

Haut Comité de la santé publique

RECUEIL DES
PRINCIPAUX PROBLEMES
DE SANTE EN FRANCE

D'APRES LES RAPPORTS

LA SANTE EN FRANCE
1994, 1998 ET 2002

CONTRIBUTION DU HCSP A
L'ELABORATION DE LA LOI DE
PROGRAMMATION EN SANTE PUBLIQUE

DECEMBRE 2002

INTERVENTION DE MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS MATTEI
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

"LE DEVOIR IMPERIEUX DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE ET EN EUROPE"

MARDI 1^{ER} OCTOBRE 2002

« J'ai lancé la préparation d'une loi quinquennale de programmation en santé publique. Elle aura deux grands objectifs : d'une part, prévenir la mortalité et la morbidité évitables et réduire les inégalités ; d'autre part, préserver la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de dépendance.

Le dispositif reposera sur les principes suivants :

- *une programmation pluriannuelle, sur cinq ans, pour déterminer les objectifs prioritaires de santé à atteindre, et des outils de suivi et d'évaluation,*
- *la détermination des objectifs en amont de l'allocation des ressources,*
- *la mobilisation des connaissances disponibles concernant les problèmes de santé et les possibilités d'action,*
- *l'organisation des débats et des consultations indispensables, en respectant la légitimité démocratique des élus et le rôle des représentants de l'Etat,*
- *la coordination des stratégies et des compétences des différents acteurs au niveau national et régional,*
- *l'implication des professionnels et tout particulièrement des médecins car l'idée qu'il y a le soin d'un côté et la prévention de l'autre est absurde. »*

Cette synthèse a été rédigée par

Emmanuelle Sarlon,

Interne de santé publique au HCSP,

avec l'appui méthodologique de

Gérard Badeyan, Marc Duriez, Geneviève Guérin et Roland Sambuc.

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Ce document a été élaboré à la demande de Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, qui a souhaité que le HCSP analyse, au travers de ses trois rapports *La santé en France* (1994, 1998 et 2002), les axes prioritaires qui pourraient être retenus dans le cadre de la préparation de la loi de programmation en santé publique, que le gouvernement soumettra au Parlement en juin 2003.

Ce travail est destiné à contribuer à la réflexion du Groupe Technique National de Définition des Objectifs, piloté par la Direction générale de la santé, qui a pour mission de proposer les objectifs et les programmes de santé qui constitueront le cœur de la loi.

Il recense, en se référant à la grille d'analyse proposée dans le premier rapport *La santé en France 1994*, les problèmes de santé, pathologies et déterminants mis en évidence par les trois rapports et susceptibles de constituer des priorités de santé publique.

Cette approche sanitaire est complétée par une partie sur les objectifs d'organisation du système de santé de façon à donner une vision plus transversale et élargir le champ de la réflexion.

SOMMAIRE

<u>PARTIE 1</u> :	DEFINITIONS	11
	Morbidité	
	Mortalité	
	Inégalités de santé	
	Qualité de vie	
	Prévention	
	Déterminants	
<u>PARTIE 2</u> :	METHODOLOGIE	13
	Méthodologie suivie pour les rapports	
	<i>La santé en France 1994, 1998 et 2002</i>	13
	Méthodologie suivie pour la synthèse	19
<u>PARTIE 3</u> :	PROBLEMES DE SANTE POUVANT ETRE DES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE	21
	Accidents de la circulation	22
	Accidents de la vie courante	29
	Allergies et asthme	34
	Cancer	37
	Démences	55
	Douleurs	
	(Douleur et mal de dos, céphalées...)	58
	Maladies cardio-vasculaires	63
	Maladies professionnelles et accidents du travail	74
	Maladies sexuellement transmissibles	
	(VIH et herpès génital)	79
	Ostéoporose et ménopause	83
	Périnatalité et première année de vie, affections liées à la grande prématurité	85
	Santé bucco-dentaire	92
	Santé mentale	
	(Dépression, suicide et pathologies mentales)	95
	Troubles sensoriels	108
<u>PARTIE 4</u> :	RECOURS AU SYSTEME DE SANTE DONT L'AMELIORATION CONSTITUE UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE	113
	IVG et contraception	114
	Couverture vaccinale par le ROR	117

<u>PARTIE 5</u> :	PROBLEMES DE SANTE, FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIES EVITABLES	119
	Diabète	120
	Dyslipidémies	123
	Hypertension artérielle	125
	Surpoids et obésité	127
<u>PARTIE 6</u> :	AUTRES DETERMINANTS, FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIES EVITABLES	131
	Comportements sexuels à risque	
	Consommation d'alcool	132
	Consommation de drogues illicites	135
	Consommation de tabac	144
	Inégalités sociales et géographiques	149
	Malnutrition	152
	Risques liés à l'environnement physique et professionnel	157
<u>PARTIE 7</u> :	EN DEHORS DES RAPPORTS...	161
<u>PARTIE 8</u> :	OBJECTIFS D'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	163
	Tables des graphiques	170
	Tables des tableaux	171

DEFINITIONS

MORBIDITE

La MORBIDITE se définit comme la fréquence des pathologies dans les populations, évaluée en termes de taux d'incidence ou de prévalence. On entend par population, la population générale ou tout sous-ensemble de cette dernière.

LA MORBIDITE EVITABLE est représentée par les pathologies imputables à une cause qui aurait pu être prévenue.

MORTALITE

La MORTALITE se définit comme la fréquence des décès dans les populations.

La MORTALITE EVITABLE est représentée par les décès attribuables à une cause qui aurait pu être prévenue. Elle est classiquement ventilée en deux types d'indicateurs¹ :

- La mortalité « évitable liée aux comportements à risque » : causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une action sur les comportements individuels (risques liés à la consommation de tabac, d'alcool, à une conduite dangereuse...). Cette sélection comprend les cancers du poumon, les cancers des VADS, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, le suicide et le sida.
- La mortalité « évitable liée au système de soins » : causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une évolution de certains comportements individuels. Cette sélection comprend les pathologies suivantes : cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires et hypertensives, cancers du sein, de l'utérus, des testicules, maladie de Hodgkin, leucémies, asthme, ulcères digestifs, appendicites, hernies abdominales, gripes, mortalité maternelle...

La MORTALITE PREMATUREE est, par convention, l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Actuellement, en France, elle constitue un problème prioritaire de santé publique. Les décès avant 65 ans représentent un cinquième du total des décès, soit 110 000 décès par an en 1998 (70 % pour les hommes et 30 % pour les femmes).²

¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 124-125

² 110 470 décès prématurés, toutes causes confondues, en 1998, selon le CépiDc de l'Inserm

INEGALITES DE SANTE

Les INEGALITES DE SANTE sont considérées en fonction du sexe, de la catégorie sociale et du territoire. En fonction des critères sociétaux, politiques et éthiques qui prévalent dans la société française, ces inégalités sont considérées comme non admissibles et en conséquence, leur réduction constitue un principe d'action et de choix de priorités.

QUALITE DE VIE

La QUALITE DE VIE se définit comme l'ensemble des conditions, en rapport avec l'état de santé, qui agissent sur le bien-être, les performances, qui interfèrent avec le rôle social et/ou qui modifient le fonctionnement psychique du sujet.

PREVENTION

La PREVENTION se définit comme l'ensemble des mesures prises de façon à éviter les phénomènes d'altération de l'état de santé, et donc à diminuer la morbidité et la mortalité. On distingue généralement la *prévention primaire* (mesures luttant contre l'apparition de la maladie), de la *prévention secondaire* (mesures diminuant la durée et la gravité de la maladie ou évitant les rechutes, ce qui inclut le dépistage) et *tertiaire* (mesures réduisant les déficiences ou handicaps dus à la maladie).

DETERMINANTS

Les DETERMINANTS sont les facteurs ayant une influence sur l'état de santé, soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs.

Les déterminants **négatifs**, c'est à dire favorisant la survenue de maladies ou d'accidents, retenus ici sont :

1. Les déterminants liés aux *comportements* :

Ce sont, par exemple, les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, ainsi que la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les comportements sexuels à risques et les comportements de prise de risque et de violence.

2. Les déterminants liés à l'*environnement* :

On entend par environnement l'ensemble des conditions physiques, chimiques et micro-biologiques, en milieu ouvert, domestique et professionnel, qui sont susceptibles d'avoir un effet négatif direct ou indirect, immédiat ou à long terme, sur la santé des populations.

3. Les déterminants *biologiques, génétiques et héréditaires*.

4. Les déterminants *sociaux* :

On entend par déterminants sociaux, les conditions sociales susceptibles d'influencer négativement la santé d'une partie de la population.

5. Les déterminants liés au *système de santé* :

Ce sont les défaillances du système de santé qui peuvent modifier l'état de santé de la population.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE SUIVIE POUR LES RAPPORTS SANTE EN FRANCE

Conformément à sa mission, le Haut Comité a établi des rapports périodiques (triennaux) sur l'état de santé de la population. Dans le premier de ces rapports (1994), des priorités de santé publique ont été définies et pour chacune d'entre elles des indicateurs établis, comme le décret de création le précisait. Chaque fois que possible figurait un indicateur de série temporelle et un indicateur de comparaison internationale. Les priorités ont été déterminées à dire d'experts : un premier groupe d'une centaine de spécialistes généraux de santé publique a proposé une sélection de problèmes importants ainsi que de leurs déterminants sur la base de critères explicites par utilisation d'une méthode **delphi**³. La liste finale des problèmes retenus et de leurs déterminants fut approuvée par le comité de pilotage. Par la suite, seize groupes composés d'experts de chaque discipline concernée proposèrent des objectifs correspondant aux problèmes identifiés et les principaux moyens de les atteindre. Les indicateurs furent ensuite construits par un groupe de travail ad hoc.

Le deuxième rapport (1998) a réalisé une actualisation des indicateurs présentés dans le premier rapport et sur cette base un suivi des objectifs et une présentation synthétique de l'évolution de l'état de santé de la population (la santé qui se dégrade, la santé qui stagne, la santé qui progresse).

Compte tenu des nouvelles procédures et institutions mises en place depuis 1996 dans le champ de la santé publique (conférences nationale et régionales de santé, loi de financement de la sécurité sociale) et des nombreux plans d'action thématiques présentés par le gouvernement, le rapport 2002 n'a pas maintenu le simple suivi des indicateurs du rapport 1994 mais a cherché à innover en fondant l'analyse de l'état de santé de la population sur un examen et une mise en relation plus systématique de cinq sources de données générales disponibles portant sur la morbidité déclarée, les motifs de recours aux soins de ville, les motifs d'hospitalisation, les motifs d'admission en Affections de Longue Durée (ou ALD) et les causes médicales de décès. Par ailleurs, il a été choisi de privilégier une approche en quatre classes d'âge, de manière à ouvrir les analyses sur des politiques ciblées. Le découpage des classes a été adapté à la réalité sociale et au recul progressif du vieillissement biologique (en particulier en abandonnant le seuil « économique et social » de 60 ans).

Les orientations stratégiques, les problèmes de santé prioritaires et les objectifs spécifiques définis dans le premier rapport (1994) ainsi que les sources utilisées dans le troisième (2002) sont présentées ci-après. Les indicateurs de mortalité sont repris avec les données actualisées dans la partie 3. Parmi les problèmes de santé présentés dans cette partie 3 figurent également certains qui sont issus de l'analyse produite dans le rapport 2002. Les commentaires illustrant cette partie, en particulier la présentation en classes d'âge, proviennent directement de ce dernier rapport.

³ Méthode delphi : méthode qui consiste à synthétiser les opinions des experts par des itérations successives, trois en l'occurrence, au moyen de questionnaires individuels

RAPPORTS HCSP 1994 ET 1998

Le rapport 1994 a permis de définir les fondements d'une politique de santé : les orientations stratégiques, les priorités et les objectifs spécifiques.

Les axes ou ORIENTATIONS STRATEGIQUES d'une politique de santé peuvent être de :

- Réduire les décès évitables : les indicateurs retenus sont la mortalité prématurée, la mortalité « évitable liée aux habitudes de vie », la mortalité « évitable liée au système de soins et de dépistage ».
- Réduire les incapacités évitables : l'indicateur retenu est l'espérance de vie sans incapacité.
- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades.
- Réduire les inégalités face à la santé : les indicateurs sont la mortalité prématurée selon le sexe, la catégorie sociale et la région.

Les PROBLEMES DE SANTE PRIORITAIRES pour lesquels sont proposés des objectifs spécifiques ont été sélectionnés à partir des critères suivants :

- La *gravité* : ils entraînent un décès prématuré et/ou une incapacité majeure et/ou des souffrances importantes.
- La *fréquence* : ils touchent un grand nombre d'individus ou bien leur fréquence est significativement croissante.
- L'*impact socio-économique* : les conséquences sociales ou économiques sont importantes.
- La *faisabilité* : il existe des moyens d'intervention, notamment des moyens de prévention.
- La *perception sociale* : ils sont perçus par la population comme essentiels.

Les DETERMINANTS PRIORITAIRES pour lesquels sont proposés des objectifs spécifiques ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- Leur *impact sur la santé* : existence d'une relation démontrée entre le déterminant et un ou plusieurs problèmes de santé,
- Leur *fréquence* dans la population
- La *faisabilité* : c'est à dire la possibilité d'intervention sur le déterminant.

Pour chacun de ces problèmes de santé et déterminants prioritaires, ont été adoptés :

- une présentation systématisée : importance du problème, facteurs qui l'influencent, mesures essentielles pour atteindre l'objectif et recherches à promouvoir
- et la formulation d'un ou de plusieurs objectifs.

Les OBJECTIFS ont été formulés, chaque fois que possible :

- souvent sous la forme d'un objectif de REDUCTION DU PROBLEME DE SANTE. Il peut être chiffré dans un certain nombre de cas (mortalité cardio-vasculaire, consommation d'alcool...) et, est alors fixé selon trois repères :
 - faire aussi bien que les pays européens les mieux placés,
 - faire mieux que la tendance évolutive actuelle,
 - s'assurer que les mesures essentielles proposées soient capables de produire l'amélioration souhaitée.
- mais aussi en termes d'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

Dans ces deux premiers rapports, la liste des différents problèmes de santé prioritaires, des objectifs spécifiques et des déterminants de l'état de santé était la suivante :

1. Les problèmes prioritaires et leurs objectifs spécifiques :

- Les **accidents de la voie publique** : D'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de victimes et le taux de mortalité par accident de la route.
- Les **accidents de la vie courante** : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % leur nombre et de 20 % le taux de mortalité des accidents de la vie courante (domestiques, de sport et de loisirs, à l'école).
- Les **accidents du travail** : Réduire le nombre d'accidents de travail graves (accidents qui entraînent un arrêt de travail).
- Les **cancers** : D'ici 2010, diminuer de 15 % le taux de décès par cancer du poumon, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer des voies aérodigestives supérieures, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans et réduire de 30 % le taux de décès par cancer du col de l'utérus. D'ici l'an 2000, diminuer de 10 % le taux de décès par cancer colorectal et stabiliser le taux de décès par mélanome.
- Les **maladies cardio-vasculaires** : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans.

- Le **sida** et les **MST** : Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH et par les autres agents responsables de MST, leurs complications graves et leurs conséquences sociales.
- La **santé mentale** : Diminuer la gravité et la durée des dépressions. D'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicide. Améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée.
- La **périnatalité** : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité périnatale, réduire la proportion d'enfants nés vivants avec un poids inférieur à 2 500 grammes, diminuer de 30 % la mortalité maternelle.
- Les **handicaps** et la **dépendance** : Améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes qui ne peuvent effectuer sans aide les activités de la vie courante (soins personnels, tâches domestiques), que l'étiologie soit une déficience physique ou psychique.
- Les **accidents médicamenteux** et les **infections nosocomiales** : Réduire la morbidité et la mortalité dues aux accidents thérapeutiques médicamenteux, réduire la fréquence des infections nosocomiales.
- Les **mauvais traitements à enfants** : Diminuer la fréquence des mauvais traitements à enfants : violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels et négligences lourdes, prévenir leur récurrence et réduire les conséquences des mauvais traitements subis pour l'enfant.
- Le **mal de dos** : D'ici l'an 2000, réduire la fréquence et la gravité des maux de dos, en particulier les lombalgies sévères, invalidantes et sources de désinsertion sociale.
- Les **maladies transmissibles**
- La **douleur** : Réduire la fréquence des douleurs non contrôlées, aussi bien aiguës que chroniques, en agissant de façon préventive et curative, et d'ici l'an 2000, réduire de moitié le nombre des malades déclarant souffrir au cours du cancer ou d'une intervention chirurgicale.

2. Les déterminants de l'état de santé :

- La **consommation d'alcool** : D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans, réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales, réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.
- L'**usage de tabac** : D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans, diminuer la proportion de femmes qui continuent à fumer pendant leur grossesse.

- Les **toxicomanies** : Réduire la consommation d'héroïne sans augmentation de la consommation de cocaïne ou de ses dérivés. Réduire l'apparition de problèmes de santé chez les toxicomanes, en particulier les nouvelles contaminations par le virus du Sida et les hépatites. Favoriser l'insertion sociale des toxicomanes.
- Les **comportements sexuels à risque**
- L'**environnement général** de la population
- L'**environnement professionnel**
- La **nutrition**
- La **précarité** : Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur insertion sociale.
- Les **difficultés d'accès aux soins et à la prévention** : Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

RAPPORT HCSP 2002

Pour le rapport 2002, les données de mortalité ont été mises en perspective avec quatre autres sources de données. Celles-ci apportent un éclairage sur la morbidité des ménages et l'utilisation du système de soins, notamment à partir des prescriptions de la médecine de ville et des résultats fournis par le PMSI, système d'information national sur l'hospitalisation.

1. Les indicateurs et leurs interprétations :

Il existe différentes sources de données pour décrire la santé en France : données de mortalité, motifs de recours aux soins, données de morbidité. Cependant, il faut souligner quelques limites à leur interprétation :

- Leur production dépend souvent de l'organisation du système de soins et de ses institutions et elle n'est pas toujours en rapport avec l'évaluation des états de santé.
- Il est difficile de relier les sources de données entre elles.
- Les « unités statistiques » décrites sont différentes : individus, pathologies...

2. Les sources utilisées sont diverses mais complémentaires :

- La *morbidité déclarée* : enquête santé protection sociale du CreDES (1998),
- Les *recours aux soins de ville* : enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health exploitée par le CreDES (1998),
- Les *hospitalisations* : fichier PMSI exploité par la Drees (1998),
- Les *motifs d'admissions en affections de longue durée* (ALD) : données recueillies par le régime général d'assurance maladie, CNAMTS (1998),
- La *mortalité* : fichier des causes médicales de décès géré par le CépiDc de l'Inserm (1997).

3. Rapprocher les données issues des sources précédentes a conduit à privilégier une approche de la santé par classe d'âge :

- 0-14 ans, les enfants et les adolescents : une période de développement somatique et psychique.
- 15-44 ans, les jeunes adultes : l'étape montante de la vie professionnelle et sociale.
- 45-74 ans, les adultes : poursuite de la vie sociale au-delà de 65 ans, amélioration de la qualité de vie ressentie mais apparition de problèmes de santé graves, mobilisant le système de soins.
- > 75 ans, les personnes âgées : leur santé pose des problèmes spécifiques de prise en charge.

METHODOLOGIE SUIVIE POUR LA SYNTHESE

La synthèse a été élaborée en recensant les problèmes de santé émergents du rapport *La santé en France 2002* que nous avons listés, ensuite, en fonction de la grille de lecture du rapport de 1994. Ainsi, **pour chaque problème de santé**, nous avons suivi le plan de travail suivant :

☞ Objectif(s).

- Selon les pathologies, des objectifs généraux, non chiffrés et issus des rapports ont été proposés pour contribuer à la réflexion.
- Par ailleurs, dans un encadré, nous avons rappelé, lorsqu'il existe, l'objectif quantifié du rapport 1994 concernant la pathologie.

☞ Importance du problème de santé retenu. Cette partie se décompose en deux points :

- Un constat général sur le problème, souvent actualisé à **partir d'autres travaux que les rapports du HCSP** (l'annexe A au PLFSS 2003 élaborée par la Drees a été largement utilisée).
- Les tranches d'âge pour lesquelles des commentaires ont été faits sur cette pathologie par le HCSP.

☞ Les **indicateurs**. Sont cités ceux qui ont été retenus dans le rapport du HCSP de 1994. Pour les données de mortalité, il nous a paru intéressant, grâce à l'aide du CépiDc, d'actualiser les différents graphiques réalisés en 1994, en fonction des informations disponibles jusqu'en 1999. Chaque fois qu'un objectif avait été chiffré en 1994, nous l'avons replacé sur les nouveaux graphiques. Les données présentées sont standardisées par âge et lissées par période de trois ans (comme dans le rapport de 1998).

☞ Les différents **déterminants** du problème de santé qui ont été retenus dans les 3 rapports successifs du HCSP.

☞ Les **recommandations** des différents rapports du HCSP.

☞ **A propos de ...** Il nous paraît intéressant de citer les rapports thématiques du HCSP concernant les problèmes de santé retenus, ces rapports sont le fruit de la réflexion des membres du HCSP. De plus, certains dossiers réalisés dans le cadre de la revue ADSP, ainsi que quelques références à des travaux récents (Anaes...) peuvent éclairer certains points de tel ou tel problème de santé.

Ensuite, en se référant aux définitions citées dans la partie 1, nous avons construit des tableaux par problème de santé. Pour chacun d'eux et en s'appuyant sur les orientations stratégiques définies par le Ministre, nous avons essayé de préciser la part de responsabilité du problème de santé dans la mortalité prématurée, dans la morbidité évitable et dans l'altération de la qualité de vie. Puis, nous avons tenté de cibler les types de prévention adéquats. Enfin, il nous a paru intéressant de lister les catégories de déterminants en jeu par problème de santé.

Tableau type :

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	
Qualité de vie	

Prévention primaire	
Prévention secondaire	(✓)
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Le fait de cocher une case signifie que le problème de santé a un poids relatif important au niveau des axes stratégiques (à quantifier en fonction de la tranche d'âge et des données des sources utilisées).

Les parenthèses signifient que la preuve épidémiologique de la relation n'a pas été établie ou que le type de prévention semble plus ou moins important.

L'absence de croix ne signifie pas qu'il n'y a pas de lien mais que le poids relatif semble peu important.

Dans la suite du document,

- la partie 3 présente des problèmes de santé et des pathologies susceptibles d'être des priorités de santé publique.
- la partie 4 est consacrée à des recours au système de santé dont l'amélioration constitue une priorité de santé publique.
- La partie 5 traite des pathologies ou problèmes de santé, également facteurs de risque de pathologies évitables
- La partie 6 analyse les autres déterminants qui sont des facteurs de risque de pathologies évitables.
- La partie 7 dresse une liste de problèmes de santé qui, bien qu'ils n'aient pas été mis en évidence par les sources utilisées pour le rapport 2002, pourraient être des priorités de santé publique
- Enfin, sont présentés en partie 8 les objectifs opérationnels au niveau de l'organisation du système de santé du rapport 2002.

PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES POUVANT ETRE DES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

Accidents de la circulation

Accidents de la vie courante

Allergies et asthme

Cancers

Démences

Douleurs (Douleur et mal de dos, céphalées...)

Maladies cardio-vasculaires

Maladies professionnelles et accidents du travail

Maladies sexuellement transmissibles (VIH et herpès génital)

Ostéoporose et ménopause

Périnatalité et première année de vie, affections liées à la grande prématurité

Santé bucco-dentaire

Santé mentale (Dépression, suicide et pathologies mentales)

Troubles sensoriels

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

☞ Objectif(s) :

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 : D'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de victimes et le taux de mortalité par accident de la route.

☞ Importance du problème :

1. Constat général :

En 2001, on a enregistré : 116 745 accidents corporels, 7 720 tués à six jours soit 8 160 tués à trente jours, 153 945 blessés dont 26 192 blessés graves⁴. Ce bilan de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (Onisr) note une baisse, par rapport à l'année précédente, des nombres d'accidents corporels (- 3,7 %), de blessés graves (- 4,4 %) et de blessés légers (- 5,2 %) mais une augmentation du nombre de tués (+ 1,0 %). Ce bilan en amélioration reste cependant à moduler par le niveau de gravité qui est très élevé avec 6,61 tués pour 100 accidents corporels (le plus fort au cours des vingt dernières années après 1998).⁵

D'après le rapport 2001 de l'Onisr, en ce qui concerne les données d'accidentologie les plus pertinentes et les plus permanentes, il est nécessaire de retenir les points suivants :

- Concernant les modes de déplacement, c'est la **moto** qui est le moyen le plus dangereux,
- Concernant l'âge, c'est la tranche d'âge **entre 15 et 24 ans, masculine** qui est prioritaire,
- En matière de réseau, c'est celui des **routes de rase campagne** (nationales et départementales) qui est majoritaire en termes de risque,
- En matières d'infractions, ce sont les **excès de vitesse** qui constituent l'infraction la plus répandue et proportionnellement la moins réprimée.

2. Tranches d'âge pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 0-14 ans :

Les accidents (route et vie courante) représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants (morbidité et mortalité évitable). Entre 1 et 14 ans, les taux d'hospitalisation et les taux de mortalité sont très bas par rapport aux autres classes d'âge. Mais les accidents et leurs conséquences occupent alors une place considérable puisqu'ils sont à l'origine de près de 40 % des décès et de 12 % des hospitalisations. Le risque est plus élevé chez les garçons, avec une mortalité par accident supérieure de 30 % à celle des filles et

⁴ Par convention, un blessé est considéré comme *grave* si son état a nécessité plus de 6 jours d'hospitalisation.

⁵ Observatoire national interministériel de sécurité routière. *Bilan annuel. Statistiques et commentaires. Année 2001.* Paris : La Documentation française.

des taux d'hospitalisation pour traumatisme près de deux fois plus élevés. En particulier, les accidents de la circulation sont responsables de la moitié des 800 décès accidentels annuels chez les enfants, et de très nombreux blessés (2 400 blessés graves, nécessitant une hospitalisation de plus de 6 jours et 12 000 blessés légers, selon les services de police et de gendarmerie en 1999). Les enfants qui décèdent suite à un accident de la circulation sont des piétons dans 25 % des cas, et des usagers de deux-roues dans 23 % des cas.⁶

Chez les moins de 15 ans, la diminution importante de la mortalité par accident au cours des dernières années témoigne de l'efficacité des politiques préventives menées tant dans le domaine de la prévention des accidents de la circulation que dans celui des accidents de la vie courante. Mais cette diminution est moins rapide que celle observée dans les autres pays, et la France se situe actuellement parmi les pays d'Europe ayant les taux de mortalité les plus élevés (particulièrement pour les enfants de 1 à 4 ans), avec des niveaux près de deux fois supérieurs à ceux observés dans les pays du Nord de l'Europe. Cette mauvaise situation française s'observe également dans les résultats de l'enquête HBSC (*Health Behavior School-aged Children*), menée en 1993-1994 sous l'égide de l'OMS auprès de jeunes de 11, 13 et 15 ans dans 24 pays d'Europe, qui montre une situation particulièrement péjorative pour les accidents de sport et les accidents de la circulation.⁷

b. Chez les 15-44 ans :

Les morts violentes dominent les causes de décès entre 15 et 44 ans tant chez l'homme (1 décès sur 2) que chez la femme (1 décès sur 3). Les accidents de la route sont la 1^{re} cause de décès chez l'homme et la 2^e chez les femmes avec un sex ratio supérieur à 3 pour les hommes. Les morts violentes pèsent d'un poids particulièrement lourd dans cette tranche d'âge, plaçant la France avec l'Espagne au 3^e rang des pays de l'Union européenne derrière le Portugal et la Finlande pour cette catégorie de décès. Les causes extérieures de traumatisme et empoisonnements sont en effet la première cause de décès et d'hospitalisation et, parmi ceux-ci, viennent au premier plan les accidents de la circulation et les suicides. Ces deux dernières causes expliquent en grande partie l'excès de décès constaté chez les adultes jeunes et la surmortalité masculine, dont l'ampleur reste une spécificité française. La diminution du nombre de décès par accident de la circulation reste encore totalement insuffisante pour espérer approcher les résultats obtenus dans un pays comme le Royaume-Uni.⁸

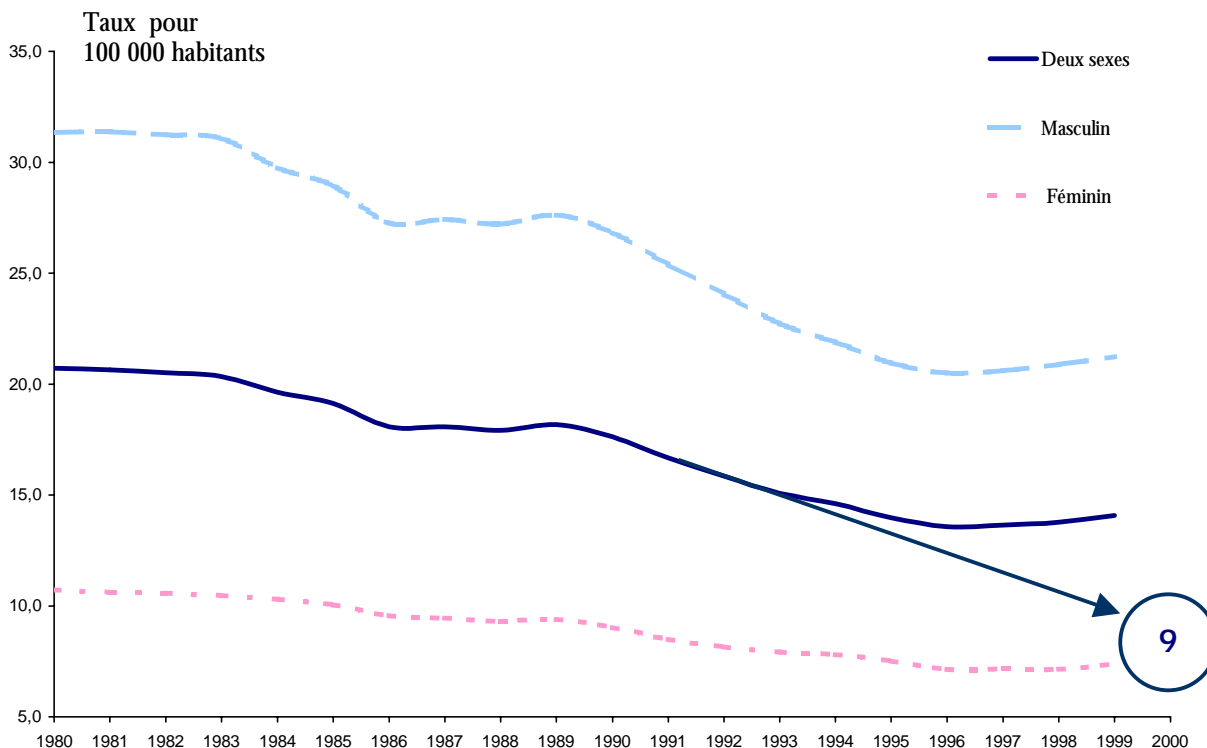
⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 80-81

⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 81

⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 100-101

☞ Indicateurs :

- Mortalité par accidents de la circulation (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 1)



Source : Inserm, CépiDc

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (E810-E819,E826-E829)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 : D'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de victimes et le taux de mortalité par accident de la route.

- Nombres de tués et de blessés par accidents de la route et par catégorie d'usagers. *Source 1994 : Onisr.*
- Mortalité par accidents de la circulation (tous âges), comparaison européenne, taux de mortalité standardisés par âge. *Source 1994 : OMS – HFA.*

☞ Déterminants :

Les principaux déterminants ont été résumés dans le livre blanc sur la sécurité routière (collection des rapports officiels de la Documentation française, 1988). Ils concernent un ensemble de 3 partenaires agissant les uns sur les autres : la route, le véhicule et l'usager. Les facteurs de risques sont **qualitatifs** (absence d'usage de la ceinture de sécurité, des casques ou des dispositifs de retenue des enfants, absence d'aménagement d'un carrefour dangereux par des feux ou d'un rond-point...) d'autres **quantitatifs** (vitesse de déplacement, alcoolémie, puissance des véhicules, efficacité de la dissuasion policière et judiciaire...). Dans l'ensemble, ces facteurs sont bien identifiés ; il est cependant nécessaire de développer l'outil épidémiologique. Une politique ambitieuse n'a de chances de réussite dans ce domaine que si l'efficacité des mesures est rapidement contrôlable.⁹

Les déterminants principaux sont résumés ainsi:

1. Le **comportement** des conducteurs :

- La prise de risque : la vitesse excessive, l'absence de ceinture de sécurité ou de casque...
- L'alcool
(Chez les 15-44 ans, la consommation excessive d'alcool reste l'un des déterminants majeurs des traumatismes et des morts violentes. Ainsi en 1993, 30 % des responsables présumés d'accidents mortels de la circulation présentaient un taux d'alcoolémie illégale.¹⁰)
- Les médicaments psychotropes et les drogues illicites.
- La fatigue et l'inattention.

2. L'aménagement des voies de **circulation**.

3. L'aménagement des **véhicules** :

- Les performances autorisées à la construction.
- L'entretien des véhicules.

L'adaptation de la vitesse aux conditions de la route et de la circulation relève du comportement des conducteurs, de l'aménagement des véhicules et des voies de circulation. La prise de risque par les conducteurs est particulièrement sensible chez les hommes jeunes, comme en témoignent les taux annuels de victimes. La fatigue, l'alcool, les drogues et les médicaments psychotropes contribuent à modifier les possibilités de réaction du conducteur. La fréquence élevée des tués le samedi et le dimanche peut être liée à ce problème. Les performances autorisées à la construction des véhicules constituent un déterminant majeur pour atteindre l'objectif d'une vitesse adaptée. Enfin, la qualité de l'aménagement des voies de circulation et des véhicules mérite une attention permanente et soutenue.¹¹

⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 211

¹⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 102

¹¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 114

Parmi les causes des accidents, il est possible de retenir quatre types de responsabilité qui peuvent évidemment se cumuler : la responsabilité d'un usager dans environ 90 % des cas, la responsabilité de l'infrastructure dans environ 50 % des cas, la responsabilité du véhicule dans 20 % des cas, les conditions générales de conduite dans 20 % des cas.¹²

De plus, dans le rapport 2002, il est souligné que les **inégalités sociales** en matière d'accident sont très mal connues. Pour les accidents de la route, aucune étude française datant de moins de dix ans ne donne le risque d'implication dans un accident, selon la situation sociale et le nombre de kilomètres parcourus. Les résultats suivants donnent un éclairage intéressant sur le sujet. Ils proviennent de la base de données des procès-verbaux d'accidents corporels gérée par l'Inrets (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) et sont issus d'une analyse réalisée sur plus de 200 000 accidents en 1997, spécifiquement sur le thème des inégalités sociales de santé. Ces données sur la gravité des accidents concernent exclusivement la situation du conducteur. En moyenne, pour 100 conducteurs victimes d'un accident ayant fait l'objet d'un procès-verbal de police ou de gendarmerie, 48 sortent indemnes de l'accident, 39 sont légèrement blessés, un peu plus de 10 sont gravement blessés et 2,5 sont tués. La répartition varie selon la situation socioprofessionnelle du conducteur : la probabilité d'être indemne est la plus forte parmi les conducteurs professionnels. Les cadres supérieurs, professions libérales et chefs d'entreprise se situent en seconde position. Si l'on classe les catégories selon le risque d'être tué ou gravement blessé, les groupes ayant un risque de plus de 10 % sont d'abord la catégorie « autre » (17,5 %), puis dans l'ordre, les retraités (16,7 %), les agriculteurs (15,4 %), les ouvriers (15 %) et les chômeurs (13,4 %). Les cadres supérieurs, professions libérales et chefs d'entreprise connaissent le risque le plus faible (7,5 %). Ces résultats sur les accidents n'ont fait l'objet d'aucune analyse complémentaire susceptible d'apporter des explications, et la poursuite de recherches spécifiques sur ce sujet s'avère nécessaire.¹³

👉 Recommandations :

Il est illusoire de vouloir assurer la sécurité en agissant uniquement sur les comportements par une dissuasion fondée sur la police et la justice. Il faut intégrer la sécurité à tous les niveaux, en privilégiant les effets automatiques et en réduisant les actions sur les comportements humains aux domaines qui ne peuvent être abordés autrement. S'il est possible d'intégrer la sécurité lors de la conception d'une machine, cette solution sera retenue et imposée de préférence à une action sur le comportement de l'utilisateur. C'est le principe de la sécurité structurelle, prenant le pas sur une sécurité reposant sur les capacités et volonté de chaque conducteur.¹⁴

Dans le rapport 1994, il a été choisi, délibérément, de privilégier des types d'actions dont l'enjeu est d'éviter des milliers de morts à relativement court terme. Cela ne signifie pas que des mesures à efficacité plus réduite doivent être négligées mais elles ne doivent pas occuper le devant de la scène et servir de prétexte pour ne pas prendre les décisions les plus efficaces :

- **Le contrôle de l'alcoolisation des conducteurs** : Les études de la relation entre la fréquence des dépistages et la modification des comportements indiquent que cette fréquence doit être élevée pour que le risque du dépistage soit pris en compte par ceux qui conduisent fréquemment sous l'influence de l'alcool. Un dépistage par permis et par an semble être une fréquence adaptée à cet objectif.

¹² Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 191-192

¹³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 179-180

¹⁴ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 212

Ces dépistages doivent être réalisés de façon homogène sur l'ensemble du territoire.¹⁵

- Le **contrôle de la vitesse des véhicules** : Toutes les études accidentologiques démontrent que la réduction des vitesses de circulation dans un environnement donné réduit la mortalité. L'objectif du contrôle de la vitesse des véhicules à la construction a été atteint pour les cyclomoteurs et les poids lourds, la décision étant facilitée par la relative faiblesse de ces vitesses limites. Cet objectif est plus difficile à atteindre pour les véhicules qui transportent la majorité des victimes, les vitesses élevées autorisées sur autoroute limitant l'efficacité d'un contrôle à la construction de la vitesse de véhicules. La seule méthode efficace consisterait à équiper les véhicules d'un limiteur de vitesse à trois positions fixant la vitesse maximale au niveau autorisé en agglomération, sur le réseau secondaire et sur autoroute.¹⁶
- L'**amélioration de l'efficacité du système de dissuasion des comportements dangereux** : il faut prendre en compte le fait que la « violence » routière est un phénomène de masse et que le volume des infractions qu'il faudrait sanctionner pour être efficace dépasse les possibilités de notre système pénal. Ce n'est pas la prison ou des sanctions sévères qui font l'efficacité du système répressif, mais la fréquence des contrôles, l'automatisme et la rapidité des sanctions qui doivent être adaptées à la route (suspension de permis, équipements de contrôle de la vitesse, confiscation du véhicule pour les récidives d'infractions graves). Il faut sortir le permis à points du domaine pénal pour en faire une sanction administrative automatique permettant des contrôles fréquents. La garantie d'équité pour le contrevenant tient à la nécessité de commettre de multiples infractions pour perdre son permis, non à l'intervention du système judiciaire. Il faut réserver le système judiciaire à un nombre limité d'infractions graves. Le système policier doit être modifié pour atteindre l'efficacité souhaitée. Il faut créer des unités spécialisées (tant pour la Police que la Gendarmerie), bénéficiant d'une formation spécifique, avec une évaluation systématique de la suite donnée aux infractions relevées. Cette méthode est la seule qui nous permettra d'échapper aux pratiques actuelles des « indulgences ». Elle rétablira l'égalité devant la loi et rendra plus acceptables des sanctions auxquelles échappe actuellement une partie importante des conducteurs en infraction.¹⁷

Il paraît important d'y ajouter une des recommandations du rapport 1994, qui est de **développer l'outil épidémiologique** tant dans le domaine de la connaissance du risque routier et des accidents (mais aussi le devenir des blessés, les comparaisons européenne et internationale...) que dans l'évaluation des actions menées.

Le rapport 2002 souligne que des programmes régionaux axés sur les déterminants pourraient constituer un cadre approprié au choix et à la coordination des actions à mener sur chacun d'eux et contribuer à mobiliser tous les acteurs concernés.¹⁸ Il est à noter que 3 de ces programmes sont en place en Guadeloupe (1998-2002), Languedoc-Roussillon et Poitou-Charentes.

¹⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 213-214

¹⁶ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 213

¹⁷ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 214

¹⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 114

A titre d'exemple, on peut citer les grands axes dégagés lors des états généraux de la sécurité routière (le 17 septembre 2002), et présentés en conseil des ministres :

- Faire respecter la règle : augmenter le nombre de contrôles (alcool, vitesse, ceinture, drogues illicites...), traitement plus rapide et systématique des infractions, formation des conducteurs (éducation routière, modification du permis de conduire) et sensibilisation permanente de l'usager.
- Promouvoir des véhicules plus sûrs (réglementation européenne) et ajouter les outils d'aide à une conduite plus apaisée, plus sûre.
- Inciter l'usager à adapter sa conduite à ses capacités et aptitudes physiques : moments de la vie, santé, environnement...
- Repenser les infrastructures en fonction de l'objectif sécurité routière dont le traitement des obstacles latéraux...
- Impliquer et responsabiliser les différents acteurs : assureurs, constructeurs, entreprises, collectivités locales...

☞ A propos de...

- Dossier ADSP n° 41 : *Les accidents de la route : des handicaps et des décès évitables*. A paraître fin Janvier 2003.

Tableau 1 : Accidents de la circulation

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	(✓)
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	(✓)
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 :	D'ici l'an 2000, réduire de 20 % leur nombre et de 20 % le taux de mortalité des accidents de la vie courante (domestiques, de sport et de loisirs, à l'école)
--------------------------------	--

☞ Importance :

1. Constat général :

Les accidents de la vie courante¹⁹ représentent en France une des principales causes de mortalité évitable : on dénombre 19 421 décès en 1999.²⁰ Pour les âges jeunes et moyens, les risques les plus fréquents sont les accidents domestiques et les accidents lors d'activités sportives. Chez les personnes âgées, le risque principal est représenté par les chutes.²¹

2. Tranches d'âge pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Les accidents des 0-14 ans :

Les accidents (route et vie courante) représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants. Entre 1 et 14 ans, les accidents de la vie courante sont fréquents représentant 12 % des hospitalisations. Le risque est plus élevé chez les garçons (taux d'hospitalisation pour traumatisme près de deux fois plus élevé). Les accidents domestiques chez les enfants sont bénins dans la majorité des cas. Cependant, certains sont susceptibles d'avoir des conséquences très lourdes, voire d'engager le pronostic vital (noyades, chutes, brûlures provoquant chaque année plusieurs dizaines de décès). Les études des conséquences des accidents en termes de déficiences, d'incapacités ou de handicaps sur les enfants hospitalisés montrent une prévalence de séquelles majeures de 6 à 7 % sans différence selon le sexe mais augmentant avec l'âge des accidentés.²²

b. Les chutes des personnes âgées :

Les chutes sont des événements très fréquents dans la vie des personnes âgées. Une faible proportion d'entre elles s'accompagne d'un traumatisme physique grave. Cependant, leurs conséquences en termes d'hospitalisation et de décès sont importantes. Ainsi, chaque année, les fractures du fémur et des membres supérieurs sont à l'origine de 91 000 séjours hospitaliers de personnes

¹⁹ Ils sont définis, par convention, comme survenant à domicile, à l'école et lors des activités sportives ou de loisirs

²⁰ Source CépiDc

²¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

²² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 80-81

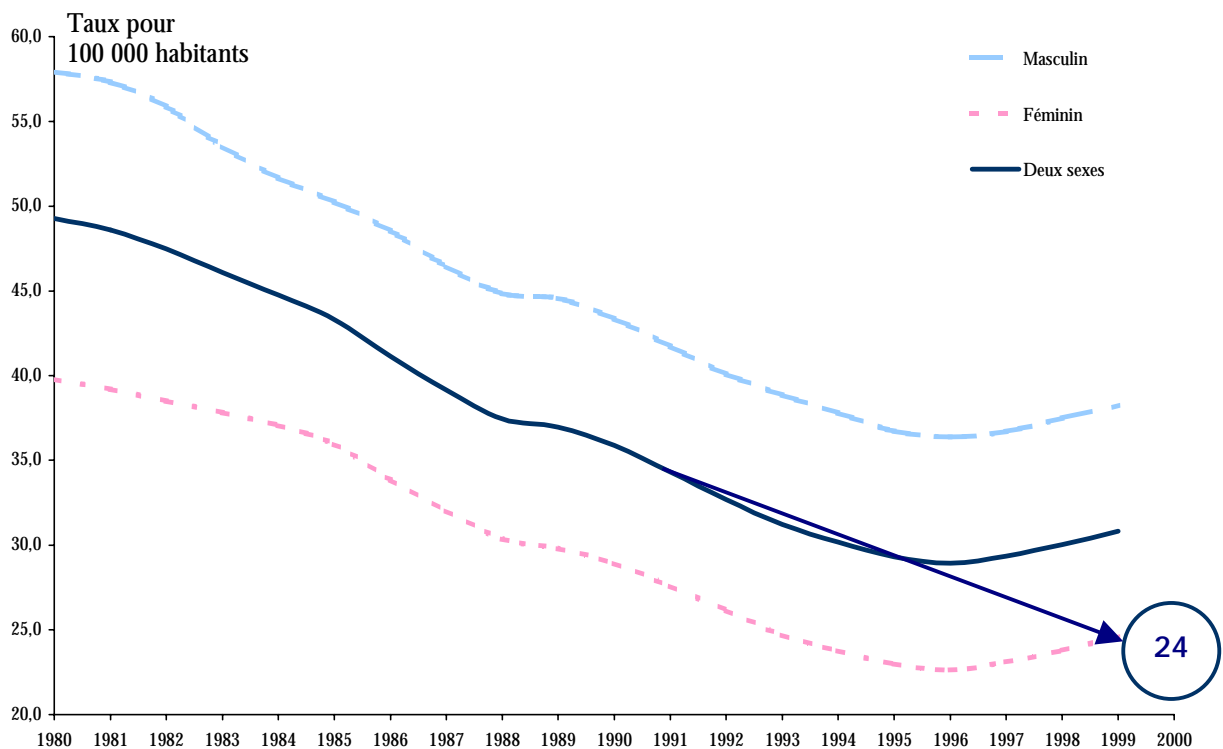
de plus de 75 ans, dont 80 % donnent lieu à une intervention chirurgicale. De plus, on dénombre 7 600 décès par chutes.

Selon l'enquête HID, les déficiences motrices concernent la moitié des plus de 75 ans. Les chutes des personnes âgées ont également des conséquences en termes de séquelles fonctionnelles et psychologiques (réduction importante et prolongée de la mobilité et des capacités physiques qui suit les blessures graves, choc psychologique provoqué par la chute entraînant une peur de tomber, un manque de confiance en soi et conduisant à une limitation et à un abandon de leurs activités habituelles).²³

Chez les femmes, il est important de prévenir l'ostéoporose, facteur de risque de fractures.

☞ Indicateurs :

- Mortalité par accidents de la vie courante (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 2)



Source : Inserm, CépiDc

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (E850-E869,E880-E899,E910-E928)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2000, réduire de 20 % leur nombre et de 20 % le taux de mortalité des accidents de la vie courante (domestiques, de sport et de loisirs, à l'école)

²³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 155

- Fréquence des accidents de la vie courante (taux d'accidents pour 100 habitants).
Source 1994 : CNAMTS.

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994²⁴, les déterminants retenus sont :

- **L'âge** : Les personnes âgées et les petits enfants sont particulièrement vulnérables. C'est avant cinq ans qu'on observe la plus grande fréquence des accidents à l'intérieur de la maison. Si les chutes sont les plus fréquentes, les brûlures sont les plus graves. Chez les personnes âgées, il s'agit essentiellement de chutes, responsables de fractures une fois sur quatre.
- Le **lieu** : Les accidents les plus graves surviennent au domicile, dans la cuisine, (brûlures et intoxications du jeune enfant), dans la salle de bain (brûlures par l'eau, intoxications et chutes) et dans l'escalier (chutes graves chez les personnes âgées). Les personnes âgées sont également sujettes à des chutes sur la voie publique ou dans les transports. Les accidents de loisirs et de sports entraînent une forte proportion de lésions graves. La gravité de ces lésions augmentent avec l'âge jusqu'à 24 ans et reste élevée jusqu'à 59 ans. Ils entraînent des hospitalisations plus fréquentes que les accidents qui surviennent à domicile.
- Le **mécanisme** : Tous âges confondus, la moitié des accidents sont des chutes. Cette proportion est plus élevée chez les enfants de moins de deux ans (chute d'une table à langer, d'un siège de bébé...) et chez les personnes de plus de 65 ans (chute de leur niveau, dans l'escalier...).
- La **prise en charge** : Une prise en charge rapide et de bonne qualité entraîne une diminution des séquelles dues aux accidents, d'où l'intérêt de disposer d'un centre régulateur pour toutes les urgences, médicales ou chirurgicales.

Chez les moins de 15 ans, des travaux récents ont mis en évidence les liens entre pathologie accidentelle et niveau socio-économique et montrent une surmortalité accidentelle des enfants des classes défavorisées.²⁵

☞ Recommandations :

Dans le rapport 1994, les mesures considérées comme essentielles pour atteindre l'objectif étaient :

- Développer la **sécurité passive** :
 - Augmenter la sécurité des lieux de vie des enfants et des personnes âgées (accessibilité à certaines installations, réglementation de la température des arrivées d'eau...).
 - Porter une attention particulière aux accidents de loisirs et de sports ; sensibiliser à la sécurité les fédérations sportives des sports les plus

²⁴ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 217

²⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 81 et [42]

dangereux ; améliorer le matériel employé par les sportifs en liaison avec l'industrie.

- Favoriser une implication et une concertation plus grande entre les consommateurs, les industriels, les urbanistes et les décideurs pour créer un environnement « plus sécuritaire ».
- Développer la **prévention active**. Sensibiliser et informer :
 - les parents d'enfants en bas âge sur les modifications à apporter dans l'aménagement de la maison et l'adoption de matériel de puériculture offrant toute sécurité en tenant compte du développement psychomoteur de l'enfant ;
 - les éducateurs en vue de promouvoir auprès des enfants la prévention des accidents ;
 - les sportifs sur les risques encourus lors de la pratique de différents sports et sur les moyens de les prévenir (ex : port du casque à vélo) ;
 - les personnes âgées et les personnes qui interviennent à leur domicile sur les aménagements intérieurs susceptibles de diminuer les risques de chute ;
 - l'ensemble de la population sur la diminution de l'utilisation de l'eau sanitaire trop chaude.
- Recherches :
 - Améliorer la représentativité du système de surveillance EHLASS sur les accidents domestiques.
 - Mener des études approfondies sur les scénarios d'accidents.
 - Développer, au niveau national et européen, les échanges de connaissances et d'expérience sur les différents types d'accidents.
 - Elaborer et mettre en œuvre des méthodes d'évaluation des différentes stratégies destinées à diminuer la fréquence et la gravité des accidents.

☞ A propos de ... :

Tableau 2 : Accidents de la vie courante

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	(✓)

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

ALLERGIES ET ASTHME

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

L'asthme est une maladie potentiellement grave et qui peut être mortelle : 2 000 morts chaque année en France (tous âges confondus). C'est une affection aux origines multi-factorielles, où la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Selon le CreDES, en 1998, cette pathologie touchait 3,5 millions d'individus : soit une prévalence de l'asthme « actuel » de 5,8 % dont la moitié d'asthme persistant. De plus, la prévalence cumulative de l'asthme « au moins un fois dans sa vie » était de 8,2 %. Par ailleurs, les enquêtes SPS du CreDES soulignent une augmentation de la prévalence déclarée de l'asthme au cours des quinze dernières années.²⁶

D'après l'enquête en milieu scolaire auprès des enfants de six ans²⁷, on peut constater que l'asthme atteint davantage les garçons que les filles : la prévalence globale de l'asthme est respectivement de 14,4 % et 10,2 % (La prévalence de l'asthme diagnostiqué est de 7,4 % pour les garçons et 4,8 % pour les filles et celle des symptômes évocateurs d'asthme de 7 et 5,4 %). De plus, c'est en agglomération parisienne ainsi que dans les communes de moins de 50 000 habitants que l'asthme diagnostiqué est le plus fréquent.

2. Tranches pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

Chez les moins de 15 ans :

Cette augmentation importante de la prévalence de l'asthme mise en évidence par de nombreuses études, s'inscrit dans un contexte de fréquence croissante de l'ensemble des maladies allergiques. Cette augmentation n'apparaît pas dans l'analyse de l'évolution des motifs de recours aux soins de ville entre 1992 et 1998. De même, le nombre de décès n'a pas augmenté entre 1990 et 1997, laissant supposer une amélioration du diagnostic et/ou du contrôle de l'asthme par les traitements.²⁸

Cependant, dans les causes fréquentes d'ALD chez les 0-14 ans, on dénombre l'insuffisance respiratoire chronique grave (15 %) avec principalement l'asthme sévère.²⁹ L'asthme, de fait, est une pathologie fréquente, déclarée pour 8 % des enfants de moins de 15 ans et à l'origine de 2 % des recours en médecine de ville. Et il faut vraisemblablement majorer ces chiffres car cette pathologie est

²⁶ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

²⁷ *La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire*, Études et résultats, n° 155, janvier 2002, Drees.

²⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 82

²⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 76

souvent sous-diagnostiquée. Donc, chez les moins de 15 ans, l'asthme cause chaque année plus de 30 000 hospitalisations (2 %) et une vingtaine de décès.³⁰

L'enquête ISAAC³¹, estime pour sa part que 9 % des enfants et 12 % des adolescents français sont concernés. Pour les rhinites et les conjonctivites, la fréquence a triplé en vingt ans : 7 % des enfants et 15 % des adolescents français sont concernés. Enfin l'allergie alimentaire touche 5 % des enfants de moins de 8 ans. L'asthme est souvent la manifestation la plus sévère de l'allergie chez l'enfant.

Il y aurait 200 millions d'asthmatiques (données OMS 1998) dans le monde. La sévérité de l'asthme a aussi augmenté jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, comme l'attestent les décès par asthme (150 000 dans le monde en 1998, OMS). Cependant, dans les pays où les recommandations nationales de prise en charge ont été appliquées, les conséquences de l'asthme régressent. L'asthme entraîne une altération de la qualité de vie ainsi qu'un absentéisme scolaire et professionnel important. Le coût de l'asthme augmente aussi et représente 1,5 % des dépenses de santé dans les pays occidentaux.³²

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

La susceptibilité à la maladie allergique fait intervenir plusieurs facteurs. L'**hérédité** joue un rôle évident mais, comme il est difficile d'impliquer un changement de génotype dans l'augmentation de fréquence de l'allergie, ce sont surtout les **facteurs environnementaux** qui sont en cause. Pendant la période anténatale, il pourrait y avoir des interactions mère-fœtus favorisant ou non la survenue ultérieure d'une allergie. Le **tabagisme maternel** est largement incriminé dans cette hypothèse. Au cours de la première enfance, les récents travaux sur la maturation du système immunitaire mettent en évidence le **rôle des infections respiratoires** et de l'environnement bactérien, mycosique et plus généralement endotoxinique quotidien. Celui-ci est nettement plus riche en milieu rural par rapport au milieu urbain. Peuvent aussi interférer : **qualité de l'habitat**, maisons surchauffées ou trop humides, mal aérées, animaux domestiques, multiplicité des plantes vertes, tabagisme passif, dégagement de composés organiques volatils (COV) de dioxyde d'azote (NO₂) par les gazinières ou les poêles à pétrole sans évacuation. De plus, il existe un rôle plus indirect de la **pollution atmosphérique** dans certaines régions et sous certaines conditions atmosphériques. Enfin, il faut souligner la valeur protectrice de l'**allaitement maternel** prolongé vis-à-vis de l'allergie.³³

☞ Recommandations :

³⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 82

³¹ *International Study of Asthma and Allergies in Childhood*, mars 1999.

³² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 83

³³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 84

☞ A propos de ... :

- Revue ADSP n° 23 *Maladies et risques émergents*, Juin 1998
- *Education thérapeutique de l'enfant asthmatique*, juin 2002, Anaes
- *Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent*, juin 2001, Anaes
- *Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques*, recommandations et références médicales de l'Anaes, 1996.

Tableau 3 : Allergies et asthme

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

CANCER

☞ Objectif(s) :

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 :	<p>D'ici 2010, diminuer de 15 % le taux de décès par cancer du poumon, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer des voies aérodigestives supérieures, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans et réduire de 30 le taux de décès par cancer du col de l'utérus.</p> <p>D'ici l'an 2000, diminuer de 10 % le taux de décès par cancer colorectal et stabiliser le taux de décès par mélanome.</p>
--	---

☞ Importance du problème :

1. Constat général :

En 1995, le réseau FRANCIM a estimé **l'incidence annuelle** (nombre de nouveaux cas par an) des cancers à **240 000 cas**, dont 56 % chez les hommes. L'incidence estimée chez les moins de 65 ans représente 38 % de l'incidence totale chez les hommes et 53 % chez les femmes. Cinq localisations anatomiques regroupent à elles seules plus de la moitié des nouveaux cas annuels : le **sein féminin** (environ 34 000 cas), le **côlon** et le **rectum** (près de 33 500 cas), la **prostate** (26 500), le **poumon** (22 000) et les **voies aérodigestives supérieures** (22 000).³⁴

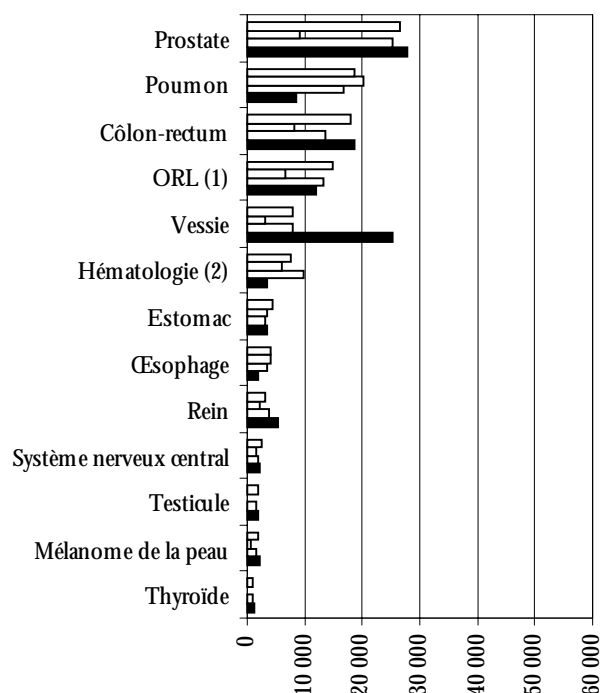
De plus, avec 150 000 décès par an, les cancers représentent la **deuxième cause de mortalité en France** (après les maladies cardio-vasculaires) pour les deux sexes confondus. En 1999, le cancer est la première cause de décès chez les hommes avec environ un décès masculin sur trois (32,4 %). Pour les femmes, c'est la deuxième cause de décès, avec environ un décès féminin sur quatre (22,6 %). Par ailleurs, le cancer représente la **première cause de mortalité avant 65 ans** avec un décès prématuré sur trois pour les hommes (36,3 %) et environ un décès sur deux pour les femmes (44,3 %).³⁵

³⁴ *Le cancer en France ; incidence et mortalité – situation en 1995 – évolution entre 1975 et 1995*, Réseau FRANCIM, ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998

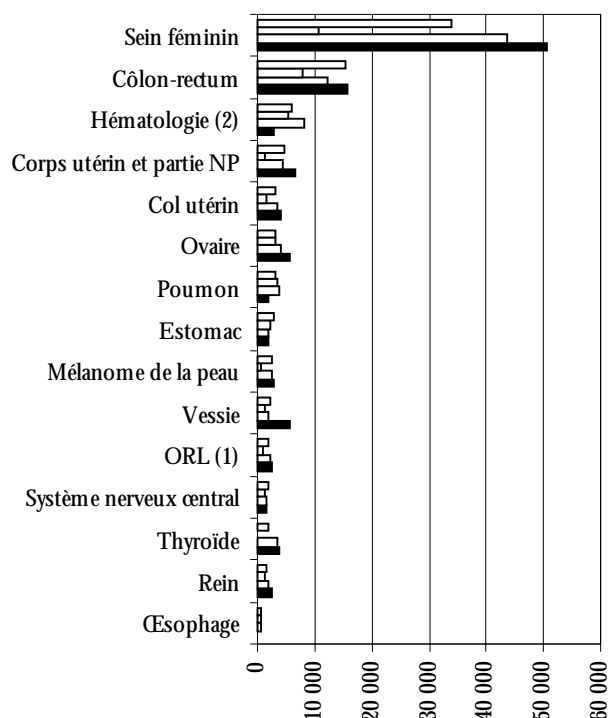
³⁵ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees. *Incidence et traitement chirurgical des cancers*, Etudes et résultats, n° 199, octobre 2002, Drees

Graphique 3³⁶ : Tumeurs malignes primitives – Nombre de cas selon le sexe et la localisation

Hommes



Femmes



 Incidence 1995

 ALD30 1998

 Mortalité 1995

 Séjours chirurgicaux 1999

- (1) Lèvre, bouche, pharynx et larynx.
- (2) Tissus lymphatique et hématopoïétique.

Champ : France métropolitaine pour l'incidence et la mortalité ; France entière pour les ALD30 et les séjours chirurgicaux.

Sources : DGS et réseau FRANCIM pour l'incidence ; CNAMTS, CANAM et MSA pour les ALD30 ; CépiDc – Inserm pour les décès et Drees, base nationale PMSI soins de courte durée MCO pour les séjours chirurgicaux.

Les séances de chimiothérapie et de radiothérapie ne sont pas prises en compte ici.

³⁶ Incidence et traitement chirurgical des cancers, Études et résultats, n° 199, octobre 2002, Drees.

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 15-44 ans :

Les cancers font leur apparition précocement, en particulier chez les femmes. La fréquence du cancer augmente fortement avec l'âge, mais cette pathologie touche déjà les personnes relativement jeunes puisque 24 000 nouveaux cas de cancers surviennent chaque année entre 15 et 44 ans, ce qui représente environ 10 % de l'ensemble des nouveaux cas annuels. Sur ces 24 000 cas, 14 000 concernent des femmes. Plus de la moitié de ceux-ci sont des **cancers gynécologiques** (sein, col et corps de l'utérus, ovaire). De plus, les cancers gynécologiques, sein (450 décès en 1997) et utérus (210 décès en 1997) sont parmi les causes de décès fréquentes à cet âge.³⁷

Par ailleurs, on ne peut pas passer sous silence l'émergence des **cancers du poumon** chez les femmes alors que ceux-ci étaient, jusqu'alors, pratiquement inexistantes. Chez les 15-44 ans, le nombre de décès féminins liés à cette pathologie a ainsi atteint 210 en 1997, en croissance de 72 % depuis 1990. Les données issues du Baromètre santé 2000 montrent que presque la moitié des hommes et des femmes de 18 ans fument régulièrement. Cette consommation, qui est en moyenne de 10 cigarettes par jour chez les femmes et de 8 chez les hommes, laisse prévoir une explosion du nombre de cancers du poumon chez la femme dans les vingt ans à venir. Chez l'homme de cette classe d'âge, les localisations des cancers sont beaucoup plus variées, avec une prédominance du cancer du poumon et des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx (1 120 cancers annuels dont 765 entre 40 et 44 ans). Ces cancers sont avant tout les conséquences de la consommation de tabac et d'alcool. Alors que la mortalité globale par cancer diminue fortement, les taux de décès par cancer du poumon stagnent, avec un nombre de décès proche de 700 par an.³⁸

b. Chez les 45-74 ans :

Plus de 60 % des cancers surviennent entre 45 et 74 ans.³⁹ Sur les 240 000 nouveaux cas annuels de cancers estimés sur l'année 1995 par le réseau Francim, 150 000, soit plus de six sur dix, concernent des personnes d'âge compris entre 45 et 74 ans. 90 000 nouveaux cas sont dénombrés chez les hommes et 60 000 chez les femmes. Les taux d'incidence masculins augmentent très rapidement puisqu'ils sont multipliés par sept de la tranche d'âge de 45 à 49 ans à celle de 70 à 74 ans, alors que les taux féminins, supérieurs aux âges précédents, ne font que doubler. L'importance des tumeurs malignes se retrouve en termes d'activité hospitalière puisqu'elles occasionnent 275 000 séjours hospitaliers chez les hommes et 173 000 chez les femmes, non compris les séances itératives pour chimiothérapie ou radiothérapie.

Deux types de tumeurs apparaissent dans les dix premières causes d'hospitalisation : les tumeurs bénignes du côlon et du rectum pour les deux sexes et, respectivement, les cancers du poumon chez les hommes et du sein

³⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 101

³⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 104

³⁹ Rapport HCSP, *La santé en France 2002*, p. 127

chez les femmes.⁴⁰ De plus, les cancers représentent 30 % des admissions en ALD pour les deux sexes confondus (autant que les affections cardio-vasculaires). Par rapport aux hommes (chez lesquels les admissions en ALD pour affections cardio-vasculaires sont prédominantes), les cancers sont prépondérants chez les femmes, avec 57 000 mises en ALD (66 000 chez les hommes). Ainsi, le cancer de la prostate est, dès cette classe d'âge, le motif le plus fréquent d'entrée en ALD chez les hommes (12 000 entrées par an), devant les cancers des voies aérodigestives supérieures (11 500) et le cancer du poumon (11 000) ; chez les femmes, le cancer du sein représente à lui seul 46 % des motifs de mises en ALD pour cancer (26 000 nouvelles ALD en 1998).⁴¹ Parallèlement, l'analyse des décès par tumeurs selon les localisations montre des évolutions extrêmement diverses.

Le cancer du poumon est le plus préoccupant en raison de son pronostic, qui reste très sévère (7 % de survie à cinq ans), et de sa fréquence, qui en font le cancer le plus grave en termes de mortalité dans cette classe d'âge. En 1995, le nombre de nouveaux cas annuels chez les 45-74 ans était ainsi estimé à 15 000 chez les hommes et à 2 000 chez les femmes, avec un nombre de décès du même ordre de grandeur. Ces cancers entraînent un décès masculin sur huit et augmentent actuellement de façon considérable chez les femmes (de 40 % en nombre absolu et de 25 % en taux sur la période 1990-1997), ce qui laisse présager de la gravité annoncée, en termes de santé publique, du tabagisme féminin pour les décennies à venir.

À l'inverse, les tumeurs des voies aérodigestives supérieures constituent la cause de décès qui bénéficie de l'évolution la plus favorable chez les hommes en termes d'incidence comme de mortalité (baisse de 25 % de 1990 à 1997), phénomène lié à la diminution de fréquence des comportements les plus excessifs en termes de consommation d'alcool (ce qui ressort également de l'étude des autres causes liées à l'alcool). Ces cancers touchent principalement les hommes avec une incidence estimée de 15 000 nouveaux cas masculins et 1 700 nouveaux cas féminins par an pour la tranche d'âge de 45 à 74 ans. L'incidence comme la mortalité de ces cancers sont en régression, mais ces tumeurs, malgré les progrès constants, restent une cause importante de mortalité prématurée.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du sein ne diminue pas. Cependant, les tumeurs malignes du sein présentent une importance considérable, avec une incidence de 23 000 nouveaux cas annuels. Elles représentent près de 40 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins entre 45 et 74 ans. Il s'agit d'une localisation cancéreuse dont les taux d'incidence s'élèvent rapidement dès 35 ans et atteignent leur maximum vers 60 ans. Le nombre de décès (6 100 en 1997) témoigne cependant d'un pronostic relativement bon à court terme, mais cette tumeur reste la première cause de mortalité féminine à cet âge avec un décès sur neuf.

Entre 45 et 74 ans, les cancers colorectaux ont une incidence de 20 000 nouveaux cas par an (données 1995), soit 12 000 hommes et 8 000 femmes. Parmi les autres localisations, deux sont relativement fréquentes : le cancer de la prostate chez l'homme, dont la prévalence est surtout importante chez le sujet très âgé, mais qui s'avère déjà fréquent pour cette tranche d'âge, avec un taux d'incidence qui augmente très rapidement à partir de 55 ans (14 500 nouveaux

⁴⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 120

⁴¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p.121

cas par an pour la tranche d'âge) et les cancers du col et du corps de l'utérus chez les femmes avec 5 000 nouveaux cas par an. On note une diminution importante de la mortalité par cancer de la prostate et par cancer de l'utérus, et une stagnation de la mortalité par cancer de l'ovaire. Les tumeurs de l'intestin ont tendance à baisser, mais davantage chez les femmes.⁴²

c. Chez les plus de 75 ans :

Plus d'un cancer sur quatre survient après 75 ans.⁴³ Les cancers constituent une cause importante de mortalité chez les plus de 75 ans, et sont à l'origine d'une consommation de soins très importante, principalement en secteur hospitalier en raison de la lourdeur des modalités de prise en charge de ces affections (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). Ils sont ainsi à l'origine de 10 % des séjours et de 9 % des journées d'hospitalisation pour les deux sexes. Les tumeurs constituent la principale pathologie prise en charge pour 13 % des séjours hospitaliers masculins et 8 % des séjours féminins. Les localisations concernées sont très diverses, et les affections les plus fréquemment en cause sont le cancer de la prostate pour les hommes, et les tumeurs colorectales, bénignes ou malignes, pour les deux sexes. Ce poids doit être majoré de celui des séances de chimiothérapie et de radiothérapie, très fréquentes dans le traitement des cancers, mais dont le champ reste mal couvert par le dispositif d'information.

Là encore, cela est cohérent avec le poids considérable des cancers dans les admissions en ALD (une sur quatre). Par ailleurs, les cancers sont à l'origine d'environ 43 000 entrées en ALD : 22 000 pour les hommes (soit 1 admission sur 3) et 21 000 pour les femmes (soit 1 admission sur 5). Les localisations les plus souvent concernées sont le sein et le côlon-rectum chez les femmes. Chez les hommes, la prostate est de loin la localisation la plus fréquente, devant le côlon-rectum, le poumon et la vessie.⁴⁴

Les estimations établies par le réseau Francim des registres du cancer permettent de compléter cette approche par des estimations d'incidence qui, pour les plus de 75 ans, constituent des minima en raison de la moindre exhaustivité des registres pour les cancers des personnes les plus âgées. Sur les 240 000 nouveaux cas annuels de cancers, 27 %, soit 65 000 cas, surviennent chaque année chez des personnes de plus de 75 ans. Les 35 000 nouveaux cas féminins sont en premier lieu des cancers colorectaux (près de 7 000) et des cancers du sein (5 000). Chez les hommes, le cancer de la prostate représente à lui seul 12 000 nouveaux cas annuels, loin devant le cancer colorectal (3 000 cas), le cancer du poumon (2 600) et celui des voies aérodigestives supérieures (2 200).

En ce qui concerne la mortalité par cancer, les localisations les plus souvent retrouvées sont la prostate et le poumon pour les hommes, l'intestin pour les deux sexes et le sein pour les femmes. Pour la plupart des localisations, la mortalité a régressé entre 1990 et 1997. On note en particulier le recul important des taux de décès par cancer de l'estomac pour les deux sexes, de l'utérus pour les femmes et des voies aérodigestives supérieures pour les hommes. Les seules

⁴² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 123-124

⁴³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 150

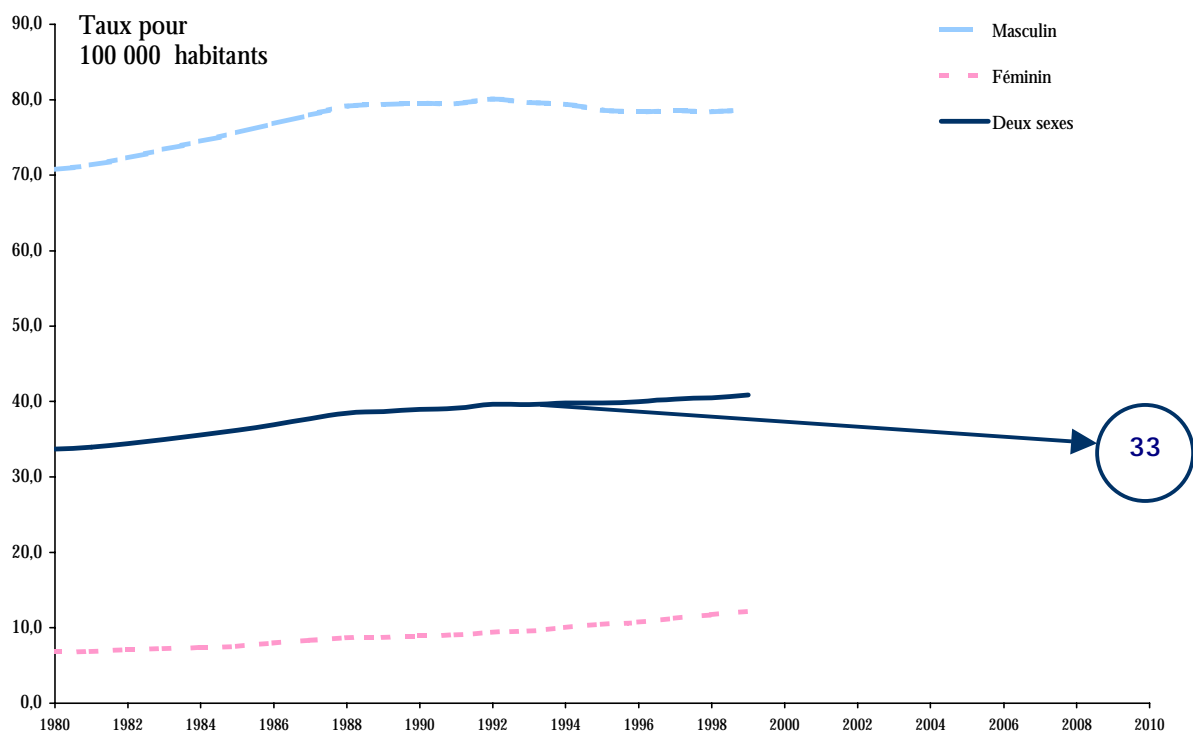
⁴⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 146

localisations dont la mortalité a augmenté sont le cancer du poumon chez les femmes (+ 20 % de 1990 à 1997) et le cancer du pancréas pour les deux sexes.⁴⁵

Malgré leur fréquence de survenue aux grands âges, la prise en charge des cancers des personnes âgées est souvent insatisfaisante, avec une réticence à les diagnostiquer et à les traiter, en raison notamment d'une attitude défaitiste de l'entourage, y compris médical, et des interrogations sur les protocoles thérapeutiques liées à l'absence d'essais prospectifs spécifiques aux personnes âgées.

👉 Indicateurs :

- Mortalité par cancer du poumon (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 4)



Source : Inserm, CépiDc

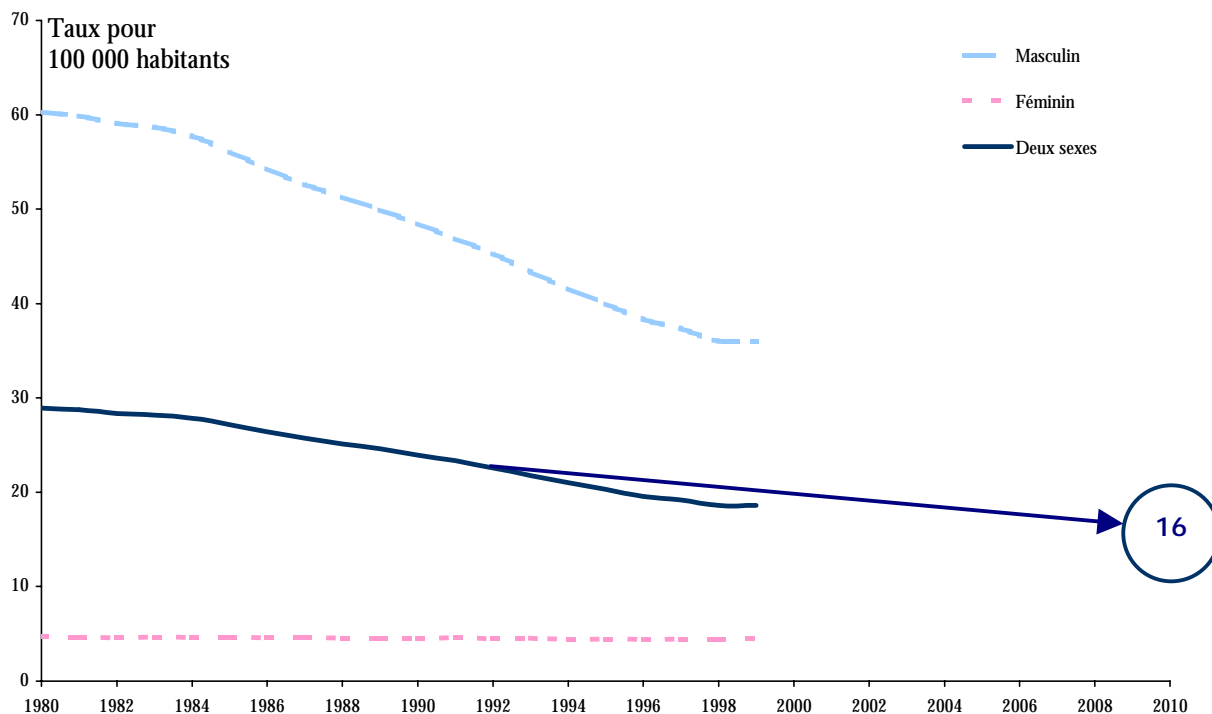
TUMEUR MALIGNNE DE LA TRACHEE, DES BRONCHES ET DU POUMON (162)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 : D'ici l'an 2010, diminuer de 15 % le taux de décès par cancer du poumon.

⁴⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 148

- Mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 5).



Source : Inserm, CépiDc

CANCER DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES (140-149,150,161)
 Dont : Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (140-149),
 Tumeur maligne de l'œsophage (150),
 Tumeur maligne du larynx (161)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2010, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer des voies aérodigestives supérieures.

- Mortalité par cancer du sein (sexe féminin, 50-69 ans), taux de mortalité standardisés par âge et lissés par période de 3 ans. (graphique 6)



Source : Inserm, CépiDc

TUMEUR MALIGNNE DU SEIN (174)

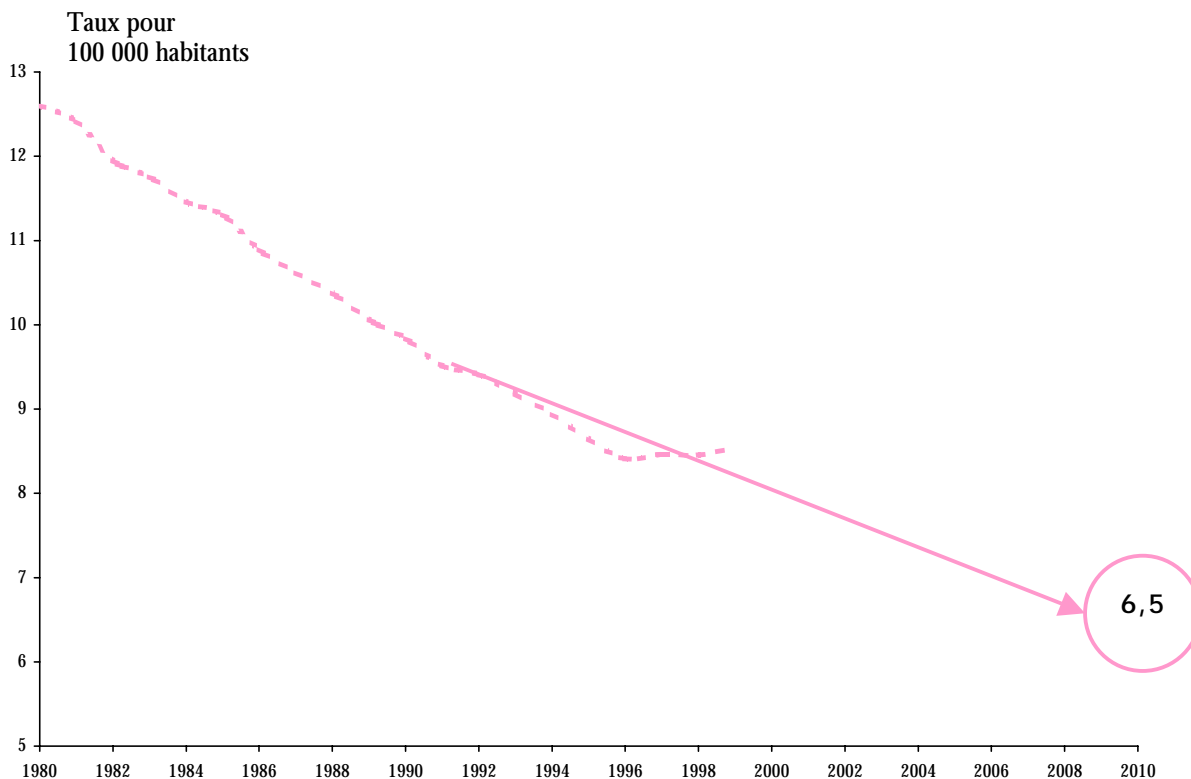


RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2010, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans.

- Fréquence du recours à la mammographie. Source 1994 : Insee – Enquête décennale de santé 1992

- Mortalité par cancer utérin (sexe féminin, tous âges), taux de mortalité standardisés et lissés par période de 3 ans. (graphique 7)



Source : Insem, CépiDc

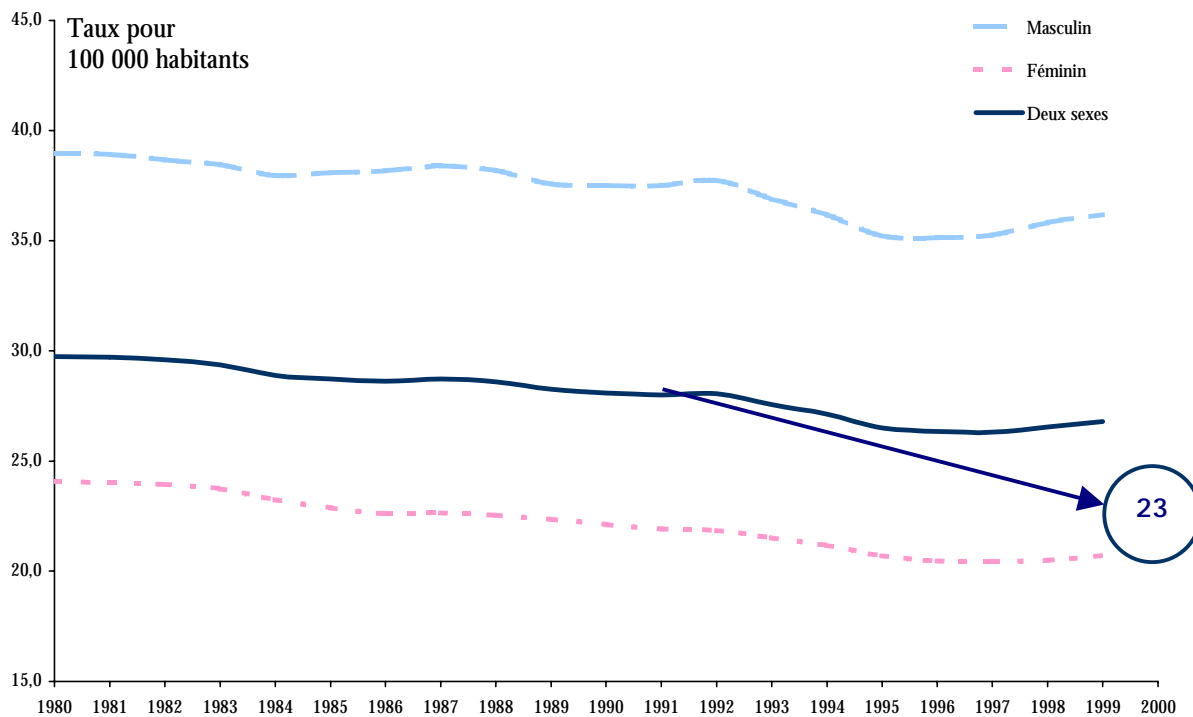
TUMEUR MALIGNNE DE L'UTERUS (179,180,182)
 Dont : Tumeur maligne de l'utérus, parties non précisées (179)
 Tumeur du col de l'utérus (180)
 Tumeur maligne du corps de l'utérus (182)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2010, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du col de l'utérus.

- Mortalité par cancer colorectal (tous âges), taux de mortalité standardisés, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 8)



Source : Inserm, CépiDc

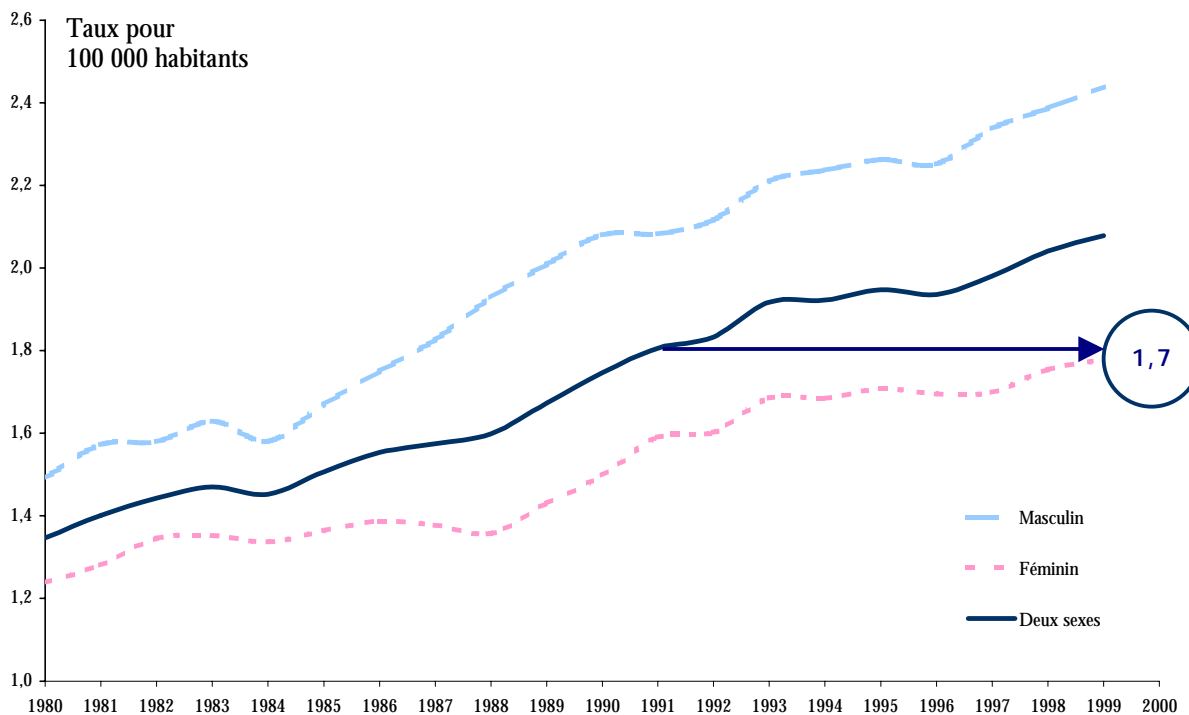
CANCER COLORECTAL (153-154)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2000, diminuer de 10 % le taux de décès par cancer colorectal.

- Mortalité par mélanome (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 9)



Source : Inserm, CépiDc

MELANOME MALIN DE LA PEAU (172)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2000, stabiliser le taux de décès par mélanome.

- Comparaisons interrégionales et européennes... Source 1994 : OMS – HFA

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994, il a été décrit un certain nombre de facteurs favorisant l'apparition d'un cancer⁴⁶.

- Les **habitudes de vie** : l'usage du **tabac** est une cause majeure d'apparition des cancers. Il est directement responsable de la grande majorité des cancers du poumon. La consommation excessive d'**alcool** associée au tabagisme favorise la survenue de cancers des voies aérodigestives supérieures. L'exposition au **soleil** est le principal facteur de risque évitable des mélanomes. Elle est particulièrement nocive chez les enfants (avant 15 ans). L'**alimentation** semble jouer un rôle essentiel dans l'apparition de plusieurs cancers⁴⁷ dont les cancers colorectaux : le rôle protecteur des légumes verts est maintenant bien établi.
- L'**environnement** : bien que le nombre de cancers attribuables aux facteurs d'environnement demeure très limité en dehors des zones de catastrophes écologiques, il est établi que le milieu de travail (produits ou poussières toxiques) et la pollution atmosphérique peuvent accroître le risque de survenue de cancer. Le nombre de cancers professionnels est mal connu en France. Environ 500 cas ont été pris en charge au titre de maladies professionnelles en France en 1999, alors que des estimations basées sur la littérature internationale permettent d'estimer leur nombre à plusieurs milliers de cas par an.⁴⁸
- Le **milieu social** : la surmortalité par cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures observée chez les hommes dans les catégories sociales les moins favorisées est en grande partie liée à des habitudes de consommation de tabac et d'alcool plus importante que dans les catégories sociales plus aisées. Chez les femmes, la catégorie sociale a une influence beaucoup plus limitée sur la survenue des cancers.
- Les **facteurs liés à l'hérédité** : ils jouent un rôle dans l'apparition des cancers du côlon et du rectum, du mélanome auquel sont plus exposées les personnes à peau claire et dans la survenue des cancers du sein.
- On peut ajouter les **déterminants professionnels** que l'on détaillera dans la sous-partie des maladies professionnelles.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 2002, un certain nombre de commentaires a été fait par tranche d'âge de population.

1. Chez les 15-44 ans :

Une **surveillance gynécologique efficace** devrait contribuer à une prise en charge précoce de ces cancers, et ce tout particulièrement pour le cancer du col de l'utérus dont le dépistage est actuellement recommandé à partir de 25 ans mais dont l'organisation sous forme de programme national n'est attendue que pour 2003. Par

⁴⁶ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 224

⁴⁷ Rapport HCSP *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, 2000.

⁴⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 130

contre, dans cette tranche d'âge, le dépistage systématique du cancer du sein n'a pas fait la preuve de son efficacité, la mammographie posant notamment des problèmes de lecture chez les femmes jeunes. L'enjeu est alors de proposer aux femmes des traitements efficaces et aussi souvent que possible conservateurs. Des progrès tout à fait notables ont été réalisés ces dix dernières années mais des interrogations persistent quant à l'égalité des chances des femmes dans la prise en charge de leur cancer du sein et surtout dans l'accès aux traitements de chirurgie reconstructrice. Sans doute encore plus que pour les autres cancers, la prise en charge du cancer du sein, du fait des risques d'atteintes très fortes de l'image de soi, doit s'appuyer sur un consentement éclairé dans un dialogue confiant avec l'équipe médicale. Le Livre blanc des premiers Etats généraux des malades du cancer, publié par la Ligue nationale contre le cancer en 1999, montre que le chemin à parcourir est encore long. Le cas particulier des femmes présentant un risque familial élevé de cancer du sein doit être mentionné. En effet, parmi ces femmes, la moitié sont porteuses d'une mutation d'un des gènes de prédisposition au cancer du sein (BRCA1 et BRCA2) et ont 9 chances sur 10 de développer un cancer du sein au cours de leur vie. Il est possible aujourd'hui de proposer un test génétique à ces femmes. En cas de mutation caractérisée, la prise en charge repose soit sur une mastectomie bilatérale et ovariectomie réalisée à titre préventif (le risque de développer un cancer de l'ovaire est lui aussi élevé), soit sur la mise en place d'une surveillance mammographique annuelle à partir de l'âge de 30 ans. Seule la première solution a pour l'instant montré un avantage en termes de réduction de la mortalité par cancer du sein. On comprend qu'une telle démarche de prévention, très difficilement acceptable, mérite d'être largement discutée avec les professionnels et surtout les femmes elles-mêmes.⁴⁹

2. Chez les 45-74 ans :

Les données d'incidence et de mortalité par cancer montrent le caractère permanent et prioritaire des **politiques de prévention primaire** et de **dépistage**.

- La **prévention primaire** des facteurs de risque constitue le premier grand axe d'action. Ainsi les habitudes tabagiques sont particulièrement en cause, comme le montre l'accélération de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes ces dernières années. De même, si la baisse de la consommation d'alcool est régulière sur les dernières décennies et conduit à une diminution significative de la mortalité qui lui est liée, celle-ci demeure plus élevée que dans les pays comparables. La nécessité de l'action contre l'usage nocif de l'alcool tient également à son rôle dans la survenue des accidents et des violences. L'entrée dans les tranches d'âge intermédiaires de la vie, avec l'apparition des premiers troubles fonctionnels et la prise de conscience des effets de l'âge, est souvent favorable à ces modifications de comportement. Le bénéfice de l'arrêt du tabagisme à tout âge est notamment bien documenté. Mais ces modifications sont bien sûr d'autant plus favorables qu'elles surviennent précocement, l'idéal étant même d'éviter la prise d'habitudes de consommation à l'adolescence. La nutrition constitue également un déterminant essentiel, son rôle dans la survenue de très nombreuses pathologies étant désormais bien établi. Les habitudes alimentaires favorables, telles que la consommation de fruits et légumes, doivent être encouragées par une pédagogie adaptée et persévérante, ainsi probablement que par une politique d'offre améliorée. Cela constitue tout l'enjeu du Programme national nutrition santé. Les expositions professionnelles constituent un autre facteur de risque pour lequel il importe de renforcer les politiques de prévention. Ainsi, l'amiante n'est pas seulement le principal facteur

⁴⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 103

de risque du mésothéliome, mais est également impliqué dans la survenue de certains cancers du poumon.

- Le deuxième grand axe de la prévention des cancers porte sur les **dépistages**. Les programmes de dépistage concernant les localisations (sein, col de l'utérus) pour lesquelles les protocoles sont désormais bien définis doivent être mis en œuvre avec toute la volonté, les moyens et le suivi nécessaires. Les études et évaluations doivent être poursuivies avec la volonté de progresser rapidement concernant les localisations pour lesquelles les protocoles sont encore l'objet de débats (notamment le cancer colorectal et celui de la prostate).

Par ailleurs, on peut y ajouter les mesures jugées essentielles dans le rapport 1994 pour atteindre les objectifs énoncés.⁵⁰

- Sensibiliser les individus aux moyens de prévenir, de dépister et de traiter précocement le cancer, en diffusant largement, notamment en milieu scolaire, le **code européen contre le Cancer**. (voir encadré)
- Maintenir le dispositif législatif concernant le tabac et renforcer les actions visant à diminuer la proportion de fumeurs dans la population adulte, à diminuer la proportion de fumeurs chez les 12-18 ans et à diminuer la quantité de tabac vendue. Ces objectifs et les moyens de les atteindre sont détaillés dans la partie consacrée à la consommation de tabac.
- Accentuer la décroissance de la consommation d'alcool, plus spécifiquement dans les régions où elle demeure la plus élevée et améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes dépendantes de l'alcool.
- Développer une démarche d'assurance qualité pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques, en particulier la radiothérapie.
- Sensibiliser et former les médecins au diagnostic précoce des cancers en particulier des mélanomes, des cancers colorectaux et des cancers des voies aérodigestives supérieures ; associer pour ces derniers une sensibilisation des médecins du travail et des chirurgiens-dentistes.
- Organiser dans des conditions optimales de réalisation le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la tranche d'âge de 50 à 70 ans. La participation des femmes dans cette tranche d'âge devrait atteindre au moins 60 % et la qualité du dépistage radiologique, des examens anatomo-pathologiques et du traitement précoce devrait être améliorée.
- Accroître la prévention et le traitement précoce du cancer du col en améliorant la couverture du dépistage afin de réduire le nombre des « exclues » du diagnostic (en particulier les femmes de milieu social défavorisé et les femmes de plus de 50 ans), en améliorant la qualité des tests utilisés (assurance de qualité), du diagnostic et du traitement et en assurant le traitement précoce des MST.
- Volet recherche et connaissance (estimation de l'incidence 2000)

⁵⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 225-226

CODE EUROPEEN CONTRE LE CANCER

Vous pouvez éviter certains cancers et améliorer votre capital santé
si vous adoptez un mode de vie plus équilibré.

1. Ne fumez pas. Si vous fumez, arrêtez le plus vite possible et ne fumez pas en présence des autres. Si vous ne fumez pas, ne vous laissez pas tenter par le tabac.
2. Si vous buvez des boissons alcoolisées (bière, vin ou alcool), modérez votre consommation.
3. Augmentez votre consommation quotidienne de fruits et de légumes frais. Mangez souvent des céréales à haute teneur en fibres.
4. Évitez l'excès de poids, augmentez votre activité physique et limitez la consommation d'aliments riches en matières grasses.
5. Évitez la surexposition au soleil et évitez les coups de soleil, surtout durant l'enfance.
6. Appliquez de manière stricte les réglementations dont la finalité est d'éviter l'exposition aux substances cancérigènes connues. Suivez toutes les consignes d'hygiène et de sécurité concernant les substances qui pourraient causer un cancer.

Plus de cancers seraient guéris s'ils étaient détectés tôt.

7. Consultez un médecin si vous remarquez une grosseur, une plaie qui ne guérit pas (y compris dans la bouche), un grain de beauté qui change de forme, de taille ou de couleur ou des saignements anormaux.
8. Consultez un médecin si vous avez des troubles qui persistent, comme la persistance d'une toux ou d'une voix enrouée, un changement des fonctions des intestins ou de la vessie, ou une perte inexplicquée de poids.

Pour les femmes...

9. Faites pratiquer un frottis vaginal à intervalles de temps réguliers. Participez à des campagnes de dépistage de masse du cancer du col.
10. Examinez vos seins régulièrement. Si vous avez plus de 50 ans, participez à une campagne de dépistage de masse par mammographie.

A propos de...

- Rapports thématiques du HCSP :
 - *Dépistage du cancer du sein et cancer du col utérin, 1993*
 - *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, 2000*
- ADSP n° 25 : *Cancer : actions préventives et prise en charge*, décembre 1998
- *Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Olsen*, rapport de l'Anaes, Janvier 2002.
- *Evaluation clinique de la numérisation en mammographie pour le diagnostic et le dépistage du cancer du sein*, rapport de l'Anaes, décembre 2000.
- *Evaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein*, rapport de l'Anaes, mars 1997.

- *Opportunité d'un dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate*, rapport de l'Anaes, janvier 1999.
- *Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col de l'utérus*, recommandations et références médicales 1995, tome 2, Anaes.

Tableau 4 : Cancer broncho-pulmonaire

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓ amiante
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Tableau 5 : Cancer des voies aérodigestives supérieures

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Tableau 6 : Cancer du sein

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

Tableau 7 : Cancer du col de l'utérus

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓ (HPV)
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓ (HPV)
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

Tableau 8 : Cancer de la prostate

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Tableau 9 : Cancer colorectal

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

DEMENCES

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

Chez les plus de 75 ans :

Bien que particulièrement nombreuses dans cette classe d'âge, les personnes souffrant de démences sont à l'origine d'un nombre de séjours en unité de soins de médecine et chirurgie relativement peu élevé (7 séjours pour 1 000 femmes et 6 pour 1 000 hommes). Ces malades sont surtout accueillis en unité de soins psychiatriques, en établissement de long séjour ou d'hébergement, ou encore soignés à domicile.⁵¹

La déficience mentale concerne près d'une personne sur cinq, du fait de la fréquence de la démence.⁵² Le poids de la pathologie mentale apparaît peu dans la morbidité déclarée et les motifs d'hospitalisation en court séjour des personnes âgées de plus de 75 ans. Cela résulte d'une part de la réticence consciente ou non à déclarer ce type de pathologie pour les personnes qui en souffrent, d'autre part des lieux de prise en charge de ces affections, principalement assurée par les établissements psychiatriques et les longs séjours qui ne sont pas concernés par les données du PMSI utilisées. Ce poids est pourtant considérable chez les personnes âgées, comme en témoignent les données de l'enquête HID qui font état d'une prévalence de la déficience mentale de 18 % chez les plus de 75 ans (soit environ 800 000 personnes). Cette prévalence est nettement plus importante en institution (45 %) qu'à domicile (15 %). La démence domine toute la pathologie mentale des personnes âgées par sa fréquence et sa gravité.

Les étiologies et les mécanismes physiopathologiques de ces affections d'origine organique sont multiples. Les démences dégénératives, et notamment la maladie d'Alzheimer, sont les plus fréquentes. L'étude coopérative européenne réunissant les données de onze cohortes représentatives de la population âgée de plus de 65 ans fournit des taux d'incidence et de prévalence par âge qui, appliqués à la population française, permettent d'estimer à 660 000 le nombre actuel de personnes atteintes de démence en France (dont 70 % de femmes et les deux tiers âgés de 80 ans et plus) dont environ 430 000 malades d'Alzheimer. Chaque année, il y aurait 165 000 nouveaux cas de démence, dont 70 % concernent des personnes de 80 ans et plus et 71,5 % des femmes. Il y aurait environ 110 000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer. L'écart considérable entre ces estimations et le nombre annuel d'entrées en ALD de personnes de plus de 75 ans pour démence (moins de 20 000 pour le régime général), même s'il doit être interprété avec précaution, illustre la faible reconnaissance de cette affection. À noter également que les démences sont, avec la maladie de Parkinson, la seule cause de décès chez les plus de 75 ans dont le taux a progressé entre 1990 et 1997.

☞ Indicateurs :

⁵¹ Rapport HCSP *La santé en France en 2002*, p. 144

⁵² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 151

☞ Déterminants :

La **maladie d'Alzheimer**⁵³ est de loin la cause la plus fréquente des démences puisqu'elle représente les deux tiers des syndromes démentiels. Elle a été longtemps conçue comme une exagération du vieillissement cérébral normal, un phénomène irrémédiable de fin de vie sur lequel aucune action n'était possible. Au cours de la dernière décennie, les progrès dans la compréhension de la maladie ont permis aux médecins, soignants, malades et proches de malades de prendre conscience que cette entité était bien une maladie comme les autres, une maladie certes très grave, mais sur laquelle il était possible d'agir. Le caractère récent de cette prise de conscience, ainsi que l'augmentation prévisible des cas du fait du vieillissement de la population, font que l'on peut presque considérer la maladie d'Alzheimer comme une maladie émergente qui serait d'emblée extrêmement fréquente. Dans le rapport 2002, sont mis en avant certains aspects de cette pathologie⁵⁴ :

- La maladie d'Alzheimer est de loin la cause principale de **dépendance lourde** du sujet âgé et la cause principale d'entrée en institution. C'est aussi une cause majeure de décès en raison des complications de décubitus liées à l'état grabataire, et au défaut de prise en charge des pathologies associées. La maladie a également un retentissement majeur sur les proches, époux ou enfants en particulier, en raison de son caractère particulièrement éprouvant, de la gêne liée aux troubles du comportement et de sa durée d'évolution. Le retentissement sur l'aidant est autant physique (mortalité accrue de plus de 50 %) que psychologique et financier.
- Pour de simples raisons démographiques, le nombre de cas de démence et de maladie d'Alzheimer va augmenter considérablement. En 2010, si aucun progrès n'est fait dans la prévention de la maladie, les chiffres pourraient passer à 800 000 déments et 550 000 malades d'Alzheimer.
- La maladie d'Alzheimer est une **maladie coûteuse**. Le coût moyen annuel par patient, toutes sévérités confondues, était de 18 294 euros en 1993 en France. Ce coût prend en compte la consommation médicale, les aides rémunérées et bénévoles (30 % du coût total) et les coûts d'hébergement en institution. Avec une prévalence actuelle de 430 000 cas, on peut donc estimer le coût global annuel net à 7,93 milliards d'euros.
- La maladie d'Alzheimer est une **maladie ignorée** et **sous-médicalisée**. En 1990, deux cas sur trois de démence prévalente étaient diagnostiqués et un cas sur trois seulement pour les démences débutantes. Même si des progrès ont été faits depuis, le nihilisme thérapeutique et la difficulté de la prise en charge font que la maladie reste très largement ignorée au stade précoce. Dans de nombreux cas, l'affection est tolérée par le milieu dans lequel vit le malade, et le recours au médecin est alors très tardif. Dans d'autres cas, et en particulier dans les milieux socioculturels élevés, la maladie est taboue, et le retard dans le recours au soin est le même. Beaucoup de médecins, généralistes ou spécialistes, considèrent que

⁵³ Elle se manifeste sur le plan clinique par une détérioration progressive des fonctions cognitives, touchant systématiquement la mémoire, mais aussi le langage, l'attention, le calcul, l'orientation dans le temps et dans l'espace, ou des fonctions plus complexes comme les fonctions exécutives qui permettent l'initiative, la planification et la réalisation de tâches successives et organisées. Ces troubles s'accompagnent souvent de troubles du comportement et de troubles de l'humeur. Les troubles cognitifs ont un retentissement progressif sur les activités de la vie quotidienne et l'autonomie. Le retentissement est d'abord important sur les activités domestiques (faire les courses, gérer son budget, prendre ses médicaments, conduire sa voiture, etc.), puis sur les activités essentielles de la vie (toilette, habillage, alimentation, locomotion).

⁵⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 152

l'apport thérapeutique des inhibiteurs centraux de l'acétyl-cholinestérase n'est pas suffisant pour justifier une attitude active face à la maladie et qu'il vaut mieux finalement l'ignorer et être rassurant. Cette opinion n'est plus pertinente quand on prend en compte l'efficacité indiscutable de l'information et du soutien aux aidants, particulièrement au stade précoce. La sous-médicalisation des démences n'est bien sûr pas propre à la France et on la retrouve, par exemple, en Suède, aux Etats-Unis, ou encore au Canada.

- Pour toutes ces raisons, la maladie d'Alzheimer expose à une **inégalité d'accès aux soins**. Une inégalité d'accès liée aux revenus du sujet qui pourra ou non payer un soutien psychologique, une femme de ménage, une garde à domicile. Une inégalité d'accès liée au milieu socioculturel, les familles les plus « demandeuses » étant celles qui obtiennent le plus. Enfin une inégalité liée à l'éloignement des centres experts et à l'intérêt variable des soignants pour la maladie et sa prise en charge, que le développement du programme Clic (Centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées) vise à réduire.

☞ **Recommandations :**

☞ **A propos de ... :**

- Revue ADSP n° 20 *Santé publique et grand âge*, Septembre 1997
- Revue ADSP n° 21 *Vieillesse, âge et santé*, Décembre 1997

Tableau 10 : Démences

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	(✓)
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

DOULEURS

DOULEUR

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 :	Réduire la fréquence des douleurs non contrôlées, aussi bien aiguës que chroniques, en agissant de façon préventive et curative, et d'ici l'an 2000, réduire de moitié le nombre des malades déclarant souffrir au cours du cancer ou d'une intervention chirurgicale.
--------------------------------	--

☞ Importance :

☞ Indicateurs :

- Vente de dérivés morphiniques anti-douleur (en hôpital et en officine).
Source 1994 : agence du médicament.
- Consommation moyenne de doses de morphine. *Source 1994 : OMS – OICS.*

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994⁵⁵, il est précisé que certains facteurs culturels et certaines habitudes de soins limitent en France la reconnaissance des **symptômes douloureux** et leur prise en charge, en particulier chez les personnes en fin de vie. Il existe une méconnaissance des moyens thérapeutiques existants pour soulager la douleur. L'approche globale et pluridisciplinaire des soins palliatifs est encore peu développée.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 1994⁵⁶, les mesures essentielles pour atteindre l'objectif en termes de douleur sont :

- Renforcer la formation initiale et continue des médecins, infirmières et autres professions paramédicales sur l'évaluation, la prise en charge et le contrôle de la douleur et de son retentissement sur la qualité de vie.
- Faciliter l'accès aux antalgiques en particulier morphiniques : conditionnement, facilitation de l'accès au carnet à souches, règles de prescription.
- Développer le rôle de référence, d'enseignement et de recherche des centres d'évaluation et de traitement de la douleur et des unités de soins palliatifs, dans les établissements et en relation avec la médecine de ville.

⁵⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 272

⁵⁶ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 272-273

- Encourager les établissements de santé à développer, dans le cadre des projets d'établissement, des programmes de prise en charge de la douleur. Proposés par une commission *ad hoc*, ces programmes devraient être coordonnés par un responsable au sein de l'établissement ; ils devraient comprendre l'élaboration, la diffusion, et l'évaluation de protocoles de soins adaptés aux besoins des malades reçus.
- Réaliser tous les deux ans une enquête rapide permettant d'évaluer l'impact du programme par questionnaire auprès des patients eux-mêmes.
- Recherche :
 - Développer les recherches épidémiologiques dans les domaines concernés sur la prévalence de la douleur, ses caractéristiques et son retentissement (douleur aiguë, per-opératoire, post-opératoire, post-traumatique, liée aux soins, douleur chronique cancéreuse et non cancéreuse), avec une attention particulière pour la douleur chez l'enfant.
 - Développer la recherche clinique appliquée (appel d'offre national recherche clinique).
 - Développer les recherches sur les attitudes qui amènent à prescrire des antalgiques majeurs ou à éviter de le faire.
 - D'autres types de douleur plus difficilement évaluables ou évitables (douleur de l'enfant, migraine...) devront faire l'objet d'études particulières avant que des objectifs puissent être proposés.

☞ A propos de ... :

- Revue ADSP n° 28 *Soins palliatifs et accompagnement*, Septembre 1999
- *Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans*, rapport de l'Anaes, mars 2000.
- *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*, rapport de l'Anaes, février 1999.
- *Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur – Caractéristiques et critères de description de l'activité*, recommandations de l'Anaes, novembre 1995.

MAL DE DOS, CEPHALEES... Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 : D'ici l'an 2000, réduire la fréquence et la gravité des maux de dos, en particulier les lombalgies sévères, invalidantes et sources de désinsertion sociale.

 Importance :

1. Constat général :

Céphalées, migraine, mal de dos, troubles circulatoires des membres inférieurs sont des pathologies, certes non létales mais sources de souffrance et de consommation de soins.

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 15-44 ans :

Dès cet âge, on doit noter l'existence d'un nombre déjà non négligeable de pathologies persistantes et sources de douleurs ou d'incapacités et d'une consommation de soins importante. Ainsi les femmes déclarent en proportion importante des céphalées et migraines, des douleurs du rachis et des troubles circulatoires des membres inférieurs. Les pathologies rachidiennes sont au premier plan des maladies d'origine professionnelle et des motifs d'arrêt de travail.⁵⁷

b. Chez les 45-74 ans :

Les pathologies ostéo-articulaires sont déclarées par plus de 4 personnes sur 10 (44 %). La rupture avec la tranche d'âge précédente est claire puisque ces pathologies ne concernent que 16 % des personnes de 15 à 44 ans. En cohérence avec les affections déclarées par les personnes, les pathologies ostéo-articulaires constituent un motif fréquent de recours aux soins de ville. Les affections du dos représentent ainsi le troisième motif de recours pour les hommes et le sixième pour les femmes, intervenant dans 7 % des consultations masculines et 6 % des consultations féminines.⁵⁸

 Indicateurs :

- Prévalence de la pathologie rachidienne déclarée. *Source 1994 : Insee, Enquête Santé 1992*
- Recours au médecin libéral pour pathologies rachidiennes. *Source 1994 : CreDES.*

⁵⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 110

⁵⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 116 et 118

☞ Déterminants :

Les **lombalgies**⁵⁹ peuvent avoir une origine accidentelle à la suite d'un traumatisme ou d'un effort excessif. Les postures inconfortables, les vibrations, la répétition de gestes inadéquats pourraient aussi être à la source d'une partie de ces douleurs. Par ailleurs, les implications psychosomatiques en matière de lombalgies ont été souvent évoquées. Cependant l'origine et l'évolution naturelle de nombreuses douleurs lombaires demeurent encore largement méconnues. Celles-ci n'ont manifestement pas toutes les mêmes caractéristiques, ni la même gravité et ne dépendent pas des mêmes facteurs de risque.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 1994, les mesures essentielles pour atteindre l'objectif en termes de mal de dos⁶⁰ sont :

- Encourager les expériences de prévention dans différents domaines (ergonomie, orientation professionnelle, médecine sportive, éducation gestuelle et posturale en milieu scolaire, écoles du dos). A cet égard, un effort particulier devrait être fait en faveur du personnel soignant dans le milieu hospitalier.
- Mettre au point des références médicales précisant les règles de bonnes pratiques d'exploration et de traitement, permettant d'améliorer la qualité des soins et de réduire les examens et prescriptions inutiles.
- Inciter à la constitution d'équipes multidisciplinaires de référence pour la prise en charge des formes graves et le développement de la recherche et de la formation dans ce domaine.
- Recherche :
 - Développer des études épidémiologiques approfondies fondées sur des définitions précises des différentes formes de douleurs dorsales et lombaires.
 - Entreprendre une évaluation rigoureuse des différentes techniques préventives ou curatives appliquées jusqu'à présent dans ce domaine de manière à faire la part entre les pratiques qui reposent sur des idées reçues et les techniques réellement efficaces.
 - Promouvoir une recherche clinique multidisciplinaire en vue d'une prise en charge efficace des formes graves.

☞ A propos de ... :

⁵⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 275

⁶⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p.274-275

Tableau 11 : Douleurs (céphalées, dorsalgies...)

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

☞ Objectif(s) :

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans.

☞ Importance :

1. Constat général :

Les maladies cardio-vasculaires représentent la **première cause de mortalité** en France avec près de 165 000 décès en 1999, soit 30,7 % de la mortalité totale. Il faut cependant préciser que la situation en France, comparée aux autres pays européens, est globalement plutôt favorable en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires. Néanmoins, notre pays se place derrière nos voisins européens en ce qui concerne la mortalité prématurée par pathologies cardio-vasculaires : 16 125 décès survenus avant 65 ans soit **14,6 %** de la **mortalité prématurée**. En termes de morbidité, un séjour hospitalier sur onze est motivé par un motif cardio-vasculaire. De plus, on constate que 290 000 séjours sont dus à une **cardiopathie ischémique** dont 73 000 pour un infarctus aigu du myocarde. Par ailleurs, le nombre de séjours imputables **aux maladies cérébro-vasculaires** est également élevé, proche de 126 000. Il est important de souligner que les **séquelles** de ces événements sont fréquentes : le nombre de mises en ALD pour AVC invalidants en 1998 s'élevait à environ 25 000.⁶¹ En France, on estime à 20 millions le nombre de personnes concernées par les démarches de prévention de ces maladies cardio-vasculaires.

2. Tranches d'âge pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 15-44 ans :

Les maladies cardio-vasculaires commencent à avoir un impact en termes de mortalité dans cette tranche d'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Mais on observe une nette prédominance masculine puisque le taux de mortalité par cardiopathie est 3 fois plus élevé chez les hommes et celui des accidents vasculaires cérébraux 1,5 fois supérieur.⁶²

b. Chez les 45-74 ans :

L'émergence des maladies cardio-vasculaires constitue une caractéristique majeure des motifs de recours aux soins de ville des 45-74 ans. Trois séances sur dix comportent une de ces pathologies parmi leurs motifs. Cela est vrai pour les deux sexes, mais il faut tenir compte du fait que les femmes consultent plus fréquemment que les hommes. Les maladies hypertensives interviennent pour une même proportion de séances chez les hommes (21 %) et les femmes (18 %). Les hommes consultent plus fréquemment que les femmes pour cardiopathies ischémiques (6 % des séances), artérites (3 %) et troubles du rythme cardiaque

⁶¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees.

⁶² Rapport *La santé en France 2002*, p. 101

(3 %). Chez les femmes, une séance sur dix a pour motif des varices et des troubles circulatoires des membres inférieurs.⁶³

Les cardiopathies ischémiques, premier motif d'hospitalisation des hommes, entraînent un séjour masculin sur vingt. Ces affections apparaissent également parmi les principales causes d'hospitalisation des femmes, mais avec un taux d'hospitalisation quatre fois moins élevé. Parmi les autres pathologies cardio-vasculaires, les varices des membres inférieurs constituent la troisième cause d'hospitalisation chez les femmes. Chez les hommes, les troubles de la conduction et du rythme cardiaque figurent également parmi les dix premières causes d'hospitalisation.⁶⁴

Les affections cardio-vasculaires représentent 30 % des admissions en ALD. Les pathologies cardio-vasculaires prédominent chez les hommes, avec 80 000 mises en ALD en 1998 (43 000 chez les femmes). Les cardiopathies ischémiques, l'infarctus et l'hypertension artérielle sévère sont les pathologies cardio-vasculaires le plus souvent en cause, avec à un degré moindre les insuffisances cardiaques.⁶⁵

Les deux principales causes de décès par maladies cardio-vasculaires diminuent fortement pour les deux sexes entre 1990 et 1997 : pour les cardiopathies ischémiques, de 20 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes; pour les maladies vasculaires cérébrales, de 20 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes. Un troisième groupe de pathologies cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies) apparaît parmi les dix premières causes de décès et diminue également.⁶⁶

À la fois facteur de risque et pathologie à part entière, l'hypertension artérielle (HTA), déclarée par un quart des individus des deux sexes, donne lieu à une prise en charge importante en médecine ambulatoire puisqu'une séance sur cinq comporte ce motif. Il en est de même des troubles du métabolisme des lipides, autre facteur de risque important des affections cardio-vasculaires, qui sont déclarés par une personne sur six et présents dans une séance de médecine ambulatoire sur dix. Même si elle n'est pas toujours optimale, comme l'ont notamment montré des travaux récents de la Cnamts sur l'HTA, la prise en charge de ces facteurs de risque en médecine de ville constitue probablement l'un des éléments explicatifs de la décroissance rapide des taux de mortalité cardio-vasculaire, qui concerne à la fois les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles de la conduction et du rythme cardiaque. Mais les cardiopathies ischémiques constituent encore aujourd'hui le premier motif d'hospitalisation et la deuxième cause de décès chez les hommes de 45 à 74 ans, et la troisième cause de décès chez les femmes. Les affections cardio-vasculaires, et principalement les pathologies ischémiques, sont également le motif le plus fréquent d'admission en invalidité chez les hommes de 50 à 60 ans (23 % des 17 000 pensions nouvellement attribuées en 1998 pour cette classe d'âge). Autres facteurs de risque cardio-vasculaire, le diabète et l'obésité sont

⁶³ Rapport *La santé en France 2002*, p. 117

⁶⁴ Rapport *La santé en France 2002*, p. 119

⁶⁵ Rapport *La santé en France 2002*, p. 121

⁶⁶ Rapport *La santé en France 2002*, p. 124

également particulièrement fréquents dans cette classe d'âge. Le diabète est ainsi déclaré par 6 % des sujets, constitue un motif important de recours aux soins et a donné lieu à un taux de mise en ALD de 414 pour 100 000 personnes protégées en 1998. Quant à l'obésité, elle concernait selon l'enquête ObEpi près de 14 % des hommes et 12 % des femmes âgés de 45 à 64 ans en 2000. Comme pour les cancers, la prévention des affections cardio-vasculaires passe à la fois par la lutte contre les facteurs de risque comportementaux, à tout âge de la vie (tabac, sédentarité, alimentation notamment), et par le dépistage et la prise en charge adaptée des facteurs de risque.⁶⁷

c. Chez les plus de 75 ans :

En ce qui concerne la morbidité déclarée par les personnes vivant à domicile (donc sans prise en compte des personnes vivant en institution), les affections cardio-vasculaires pèsent un poids considérable puisque près des trois quarts des personnes âgées déclarent en souffrir. La pathologie la plus fréquemment en cause est l'hypertension artérielle, dont 44 % des plus de 75 ans se déclarent atteints. Les troubles veineux des membres inférieurs sont souvent cités par les femmes (31 %) et beaucoup moins par les hommes (14 %). Les troubles du métabolisme des lipides, qui constituent un facteur de risque important des affections cardio-vasculaires, sont déclarés par 16 % des hommes et 19 % des femmes.⁶⁸

Les maladies de l'appareil circulatoire forment de très loin le motif de recours aux soins de ville le plus fréquent pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Leur prépondérance est encore plus grande que chez les personnes de 45 à 74 ans, puisqu'elles constituent l'un des motifs de plus de 50 % des séances, chez les hommes comme chez les femmes. Les pathologies cardio-vasculaires les plus souvent en cause sont, pour les deux sexes, l'hypertension artérielle, retrouvée dans près de 30 % des séances, et à un moindre degré les cardiopathies ischémiques, les troubles du rythme, l'insuffisance cardiaque, et les maladies vasculaires cérébrales. S'y ajoutent l'artérite pour les hommes et les troubles circulatoires veineux des membres inférieurs pour les femmes. Comme chez les 45-74 ans, le poids des maladies cardio-vasculaires dans les motifs de recours des personnes de plus de 75 ans a légèrement diminué depuis 1992 (55 à 52 %) en raison principalement du léger recul des recours pour cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales.⁶⁹

Premier motif de recours à la médecine de ville pour les personnes de plus de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire constituent également le groupe de pathologies le plus souvent à l'origine des hospitalisations. Elles sont responsables de près d'un séjour sur cinq. Insuffisance cardiaque, cardiopathies ischémiques, troubles du rythme et maladies vasculaires cérébrales sont les principales pathologies en cause. Pour chacune de ces affections, les taux d'hospitalisation sont 1,5 à 2 fois plus élevés chez les hommes.⁷⁰

⁶⁷ Rapport *La santé en France 2002*, p. 131-132

⁶⁸ Rapport *La santé en France 2002*, p. 141

⁶⁹ Rapport *La santé en France 2002*, p. 142

⁷⁰ Rapport *La santé en France 2002*, p. 144

À cet âge, les maladies cardio-vasculaires sont pour les deux sexes le motif le plus fréquent d'entrée en ALD. En 1998, 41 000 femmes et près de 26 000 hommes ont été admis en ALD pour ces affections, qui sont donc à l'origine d'environ 40 % des entrées pour les hommes comme pour les femmes. Artériopathies chroniques évolutives (cardiopathies ischémiques surtout), insuffisance cardiaque et hypertension artérielle sévère sont les trois motifs d'ALD les plus souvent en cause.⁷¹

Comme pour la population des 45-74 ans, les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs constituent les deux principaux groupes de causes de décès. Mais, après 75 ans, l'ordre s'inverse et ce sont les maladies cardio-vasculaires qui deviennent prépondérantes (40 % contre 20 % pour les tumeurs). Pour les décès d'origine cardio-vasculaire, les pathologies les plus fréquentes sont les maladies vasculaires cérébrales, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque, chacune représentant environ 10 % de l'ensemble des décès annuels. La mortalité liée à ces différentes affections a connu un net recul entre 1990 et 1997, entraînant une diminution de l'ensemble de la mortalité cardio-vasculaire (15 % sur cette période). Les troubles du rythme et les maladies hypertensives se placent également parmi les dix causes de décès les plus fréquentes.⁷²

Donc, les affections cardio-vasculaires, pathologies fréquentes et graves, mobilisent des moyens très importants et occupent une place considérable parmi les problèmes de santé des personnes âgées. Pour les plus de 75 ans, elles représentent en effet 44 % de la pathologie déclarée et 40 % des causes de décès. Cette dernière proportion doit toutefois être interprétée avec prudence, en raison des plus grandes difficultés de certification d'une cause de décès unique dans cette classe d'âge. En parallèle, le champ cardio-vasculaire mobilise des volumes de soins considérables (50 % des motifs de séances de soins de ville des plus de 75 ans, 20 % des séjours et 22 % des journées d'hospitalisation en court séjour et près de 40 % des admissions en affection de longue durée dans cette classe d'âge).⁷³

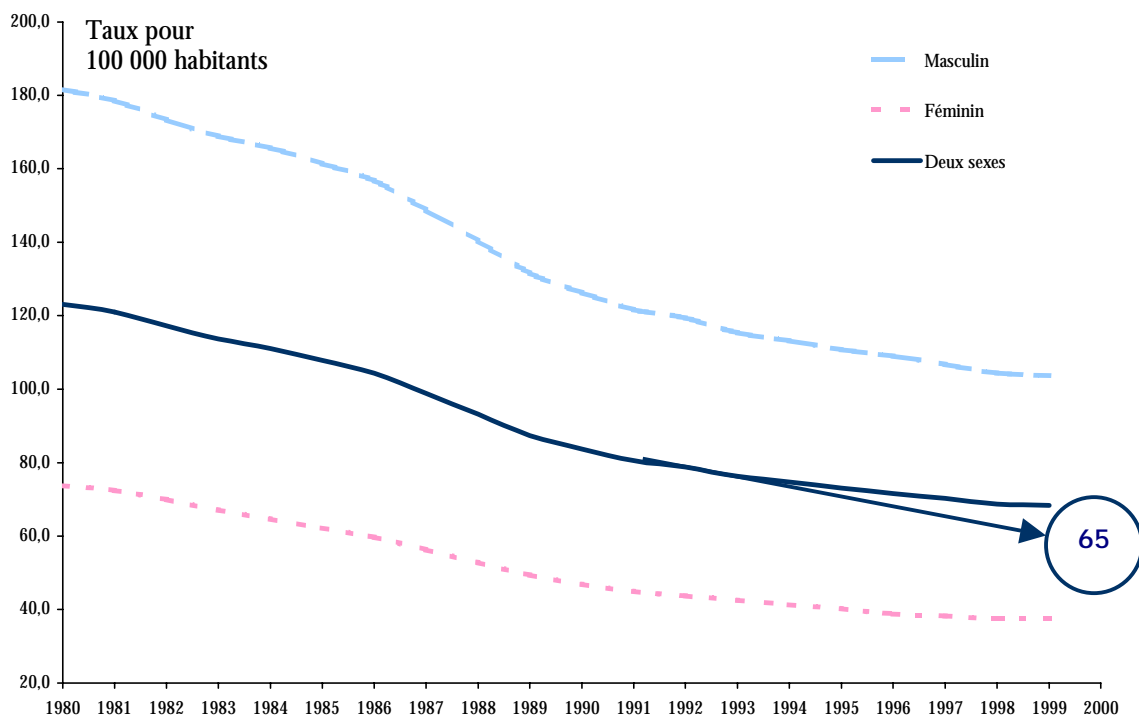
⁷¹ Rapport *La santé en France 2002*, p. 146

⁷² Rapport *La santé en France 2002*, p. 148

⁷³ Rapport *La santé en France 2002*, p. 149-150

☞ Indicateurs :

- Mortalité par maladies cardio-vasculaires avant 75 ans (deux sexes, 0-74 ans), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 10)

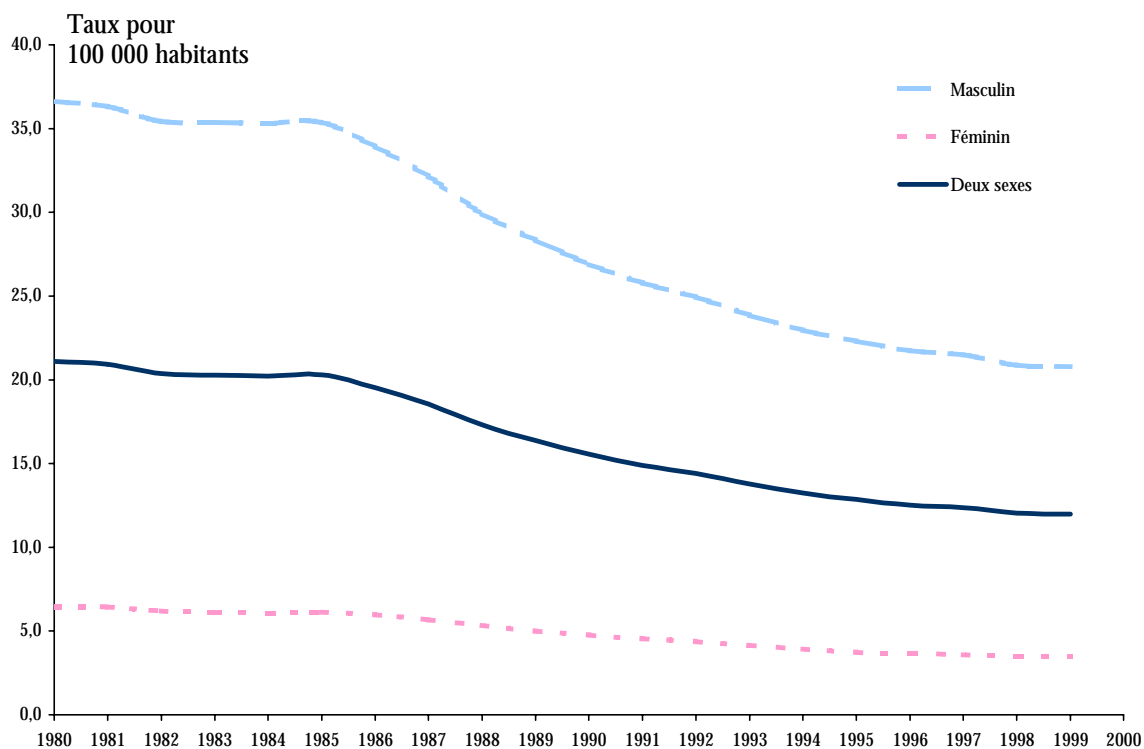


Source : Inserm, CépiDc

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (390-459)

- RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans.

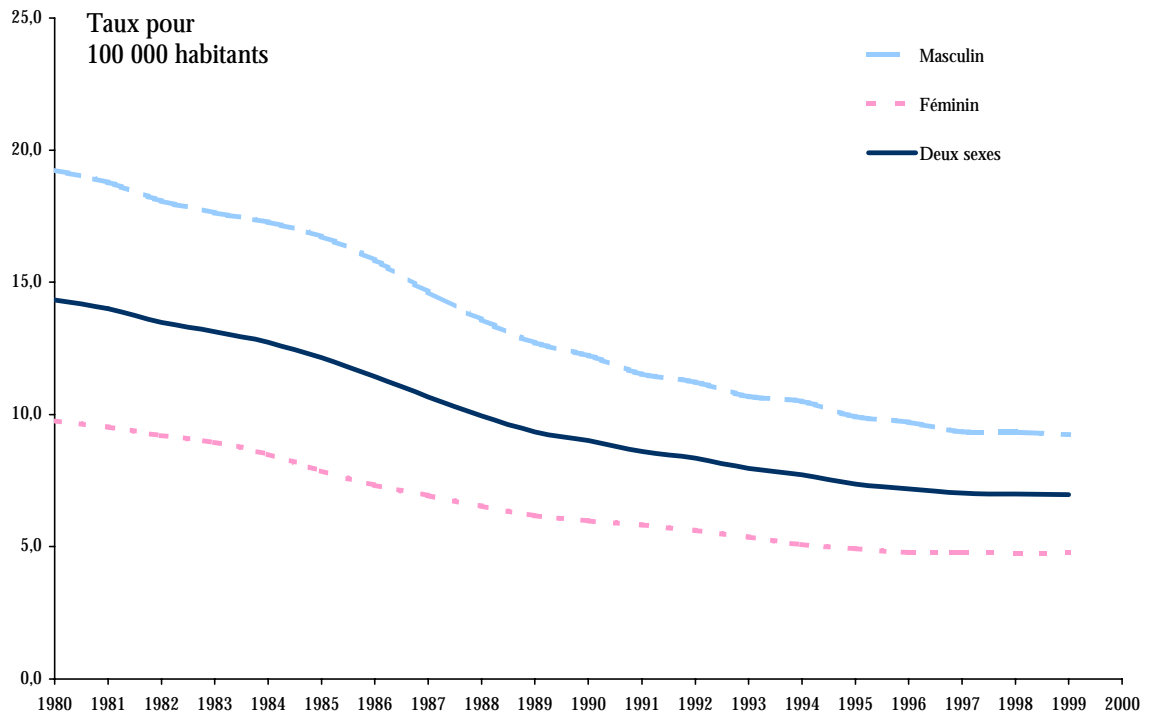
- Mortalité par cardiopathies ischémiques (0 à 64 ans), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 11)



Source : Inserm, CépiDc

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES (410-414)

- Mortalité par maladies vasculaires cérébrales (0 à 64 ans), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 12)



Source : Inserm, CépiDc

MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES (430-438)

- Hospitalisation en court séjour pour cardiopathies ischémiques, taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants. *Source 1994 : Drees.*

☞ Déterminants :

La survenue des affections cardio-vasculaires dépend fortement de l'âge et pour une partie d'entre elles de plusieurs facteurs de risque associant à la fois une susceptibilité génétique, des comportements individuels et des conditions environnementales dont l'action sur le système circulatoire se manifeste durant toute la vie avant toute traduction clinique.⁷⁴

Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire susceptibles d'être modifiés⁷⁵ donc accessibles à la prévention, on décrit :

- le tabagisme,
- l'hypertension artérielle,
- les modifications métaboliques du diabète,
- l'obésité,
- l'hypercholestérolémie et les dyslipoprotéïnémies athérogènes,
- le stress, la sédentarité.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 1994⁷⁶, un certain nombre de mesures étaient considérées comme essentielles pour réduire la mortalité par maladies cardio-vasculaires :

- Réduire les facteurs de risque dans les populations par **des actions collectives** : elles reposent sur une éducation accessible au plus grand nombre, ce qui suppose un relais par les médias et leur meilleure intégration dans l'enseignement scolaire. Par ailleurs, les secteurs économiques concernés par la prévention doivent être impliqués dans son organisation et notamment le secteur alimentaire. Dans un premier temps, il convient d'encourager l'adoption d'une alimentation équilibrée avec le contrôle de l'excès de poids par la modération de l'apport calorique (y compris sous forme d'alcool), le contrôle de l'apport total en graisses, la réduction des acides gras saturés, du cholestérol alimentaire, du sodium, et l'augmentation de la consommation de graisses végétales, de poissons, de fruits, de légumes et de céréales riches en fibres. De plus, il est nécessaire de lutter contre le tabagisme. Enfin, il est important de favoriser l'activité physique régulière, adaptée à l'âge et à la condition, avec les précautions d'usage dans la seconde moitié de la vie.

⁷⁴ Rapport *La santé en France 1998*, p. 111

⁷⁵ Rapport *La santé en France 1994*, p. 237

⁷⁶ Rapport *La santé en France 1994*, p. 237- 239

- Réduire les facteurs de risque chez les individus par des **actions personnalisées** : les professionnels de la santé dans leur ensemble, dont les médecins généralistes et les spécialistes, ont un rôle essentiel à jouer pour aider chaque personne à adopter des stratégies préventives adaptées à ses propres facteurs de risque :
 - par le développement du dépistage et de la prise en charge des hypercholestérolémies et des dyslipoprotéïnémies athérogènes suivant les principes du consensus français proposé par le Comité français de coordination des recherches sur l'athérosclérose et le cholestérol,
 - par l'amélioration du dépistage et la thérapeutique des hypertension artérielles en insistant sur la normalisation des chiffres et l'amélioration de l'observance des traitements,
 - par l'arrêt du tabac, avec le soutien psychologique adéquat, et éventuellement une aide médicamenteuse en cas de dépendance à la nicotine,
 - par le dépistage et la prise en charge optimale du diabète sucré suivant les principes...
 - par l'aide à la réduction des excès pondéraux par des mesures diététiques personnalisées.
- Améliorer l'organisation de la prise en charge précoce de l'infarctus du myocarde et optimiser les soins aux coronariens :
 - Informer les patients suivis pour une insuffisance coronarienne, et sur un plan général les personnes de plus de 50 ans, sur les signes qui doivent faire craindre la survenue d'un infarctus et inciter à un appel immédiat d'un secours médicalisé.
 - Améliorer, avec la connaissance des numéros d'appel d'urgence médicalisée, la rapidité des secours médicalisés, des transports spécialisés et l'accueil dans les unités de soins intensifs, afin de réaliser la prise en charge précoce dans les délais les plus brefs.
 - Optimiser l'organisation des soins aux coronariens et adopter des modèles de stratégie thérapeutiques validés, basés sur les résultats d'études multicentriques méthodologiques correctes.
- Améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux :
 - Optimiser la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux survenant à l'âge moyen de la vie, et notamment des accidents ischémiques transitoires, par les services de neurologie spécialisés disposant de techniques modernes d'imagerie et d'explorations fonctionnelles.
 - Evaluer périodiquement les stratégies thérapeutiques et analyser systématiquement leurs résultats à l'aide d'études multicentriques.
 - Optimiser la rééducation et la réadaptation des accidents vasculaires cérébraux.

- Promouvoir la recherche : épidémiologique (sur la prévention et l'évaluation)...

Dans le rapport 2002⁷⁷, les deux volets indispensables d'une politique de santé publique visant la réduction de 20 % tous les dix ans de la mortalité cardio-vasculaire en France sont :

- **Réduire l'exposition aux facteurs de risque cardio-vasculaire de la population, dans son ensemble, de manière homogène.** Le volet comportemental est au moins aussi important que le volet interventionnel. Il consiste à orienter les comportements alimentaires, accroître l'activité physique, réduire les consommations d'alcool et obtenir l'abstinence tabagique. Il s'agit de développer dans ces tranches d'âge des incitations positives vis-à-vis de certains comportements. Appliquer au niveau de la famille, dès la grossesse, une prévention cardio-vasculaire précoce nécessite une mobilisation non seulement d'un large personnel paramédical (sages-femmes, diététiciens), mais aussi de nombreuses professions : les responsables de la restauration collective, en particulier dans les écoles, les enseignants dans toutes les classes du cursus scolaire, universitaire et professionnel, les industriels de l'alimentation, les publicistes, les responsables des équipements collectifs et des activités sportives. Les bénéfices obtenus par la réduction du sel de l'alimentation, la limitation des calories et des graisses saturées ingérées sont scientifiquement connus et démontrés : tous les efforts se concentrent maintenant sur leur mise en application globale, adaptée aux âges, aux cultures, aux lieux de vie et à la situation sociale.
- **Améliorer la prise en charge des individus à risque ou déjà malades.** Ainsi, pour améliorer le rapport bénéfice/risque et le rapport bénéfices/coût du versant soins d'une politique de santé publique cardio-vasculaire, les professionnels de santé doivent maintenant mettre en place une **démarche de qualité totale**. Elle vise à améliorer l'exactitude et la précision de la mesure tensionnelle et des indicateurs biologiques de risque, la régularité et l'influence décisionnelle des examens cliniques et biologiques périodiques. Elle doit aussi mieux monitorer, pour les réduire, la morbidité et la mortalité des actes interventionnels dans le mois et les années qui suivent leur réalisation. Ainsi, le second volet, s'il est appliqué dans son intégralité, et si la société française se l'approprie de manière volontariste, fait naître l'espoir de l'éradication quasi totale vers 2050 des décès cardio-vasculaires avant 75 ans. Au minimum, il vise à éviter une résurgence des maladies cardio-vasculaires à partir de 2020, quand l'utilisation du tabac par les jeunes, l'absence d'exercice physique et la prise de poids par consommation alimentaire excessive, chronique ou compulsive, se seront associées pour faire croître, sur un intervalle de temps de plusieurs décennies, l'incidence des maladies métaboliques.

⁷⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 132

☞ A propos de ...

- Rapports thématiques du HCSP :
 - *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, 2000*
 - *Diabètes : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient, 1998*

Tableau 12 : Maladies cardio-vasculaires

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

MALADIES PROFESSIONNELLES ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 :	Réduire le nombre d'accidents de travail graves (accidents qui entraînent un arrêt de travail)
--------------------------------	--

☞ Importance :**1. Constat général :**

D'importants problèmes de santé trouvent tout ou partie de leur origine dans l'environnement professionnel : troubles musculo-squelettiques, troubles de l'audition, de la reproduction, pathologie respiratoire non tumorale, dermatologique, neuro-psychiatrique, cardio-vasculaire... À côté des nuisances de nature physico-chimique et biologique, les facteurs psychosociaux associés à l'organisation du travail exercent également une influence considérable, aussi bien sur la sphère somatique que sur la santé mentale. Le système français de réparation des maladies d'origine professionnelle est régulièrement mis en cause en raison d'une sous-reconnaissance globale des maladies professionnelles et de disparités régionales importantes dans la probabilité de reconnaissance d'une affection au titre des maladies professionnelles. Cette sous-reconnaissance concerne vraisemblablement l'ensemble des affections d'origine professionnelle pour lesquelles existe un tableau qui en prévoit la prise en charge, et est le plus souvent difficile à quantifier.

Cependant les données partielles disponibles dans le domaine des cancers et des troubles musculo-squelettiques permettent d'apprécier l'ampleur de ce problème. Concernant les cancers d'origine professionnelle, environ 500 cas ont été pris en charge au titre des maladies professionnelles en France en 1999, alors que des estimations basées sur la littérature internationale permettent d'estimer leur nombre à plusieurs milliers de cas par an. L'exemple des cancers professionnels dus à l'amiante, pourtant bien identifiés, est particulièrement frappant : seulement 413 cancers attribués à l'amiante ont été reconnus comme maladies professionnelles par le régime général en 1998, alors qu'une estimation « basse » de la mortalité due à l'amiante en France est de 1 950 décès pour l'année 1996. Un constat identique peut être établi pour les affections périarticulaires, et notamment pour le syndrome du canal carpien, qui est l'une des affections dont les facteurs étiologiques professionnels sont les mieux établis. Une étude récente réalisée à Montréal, mais dont les résultats peuvent globalement être transposés à la situation française, montre que la part attribuable au travail des interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien parmi les travailleurs manuels est de 76 % chez les hommes et 55 % chez les femmes. Or on estime à 130 000 par an le nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien en France pour environ 2 000 cas par an d'affections périarticulaires reconnues au titre de maladie professionnelle. Même si toutes les interventions chirurgicales ne concernent pas des travailleurs manuels, on voit donc que, là aussi, existe un très important phénomène de sous-reconnaissance de l'étiologie professionnelle de cette pathologie. Et cela alors même que, contrairement à la plupart des cancers, le délai d'apparition est bref après l'exposition aux conditions de travail qui sont à leur origine, et que de ce fait la plupart des cas surviennent en

période d'activité professionnelle, alors que les salariés sont encore surveillés par la médecine du travail.⁷⁸

Il faut préciser que le nombre de maladies professionnelles reconnues, indemnisées à ce titre, a augmenté régulièrement (17 809 en 1999 contre 4 315 en 1980 ; CNAMTS et MSA). Cette croissance tient principalement aux évolutions des critères de reconnaissance dont l'application est hétérogène. Sur vingt ans, le suivi des déclarations met en évidence une évolution importante de la répartition des maladies. Pour les affections respiratoires, il existe une baisse du nombre des déclarations de pneumoconioses consécutives à l'inhalation de silice (215 en 1999 et 549 en 1980), avec une augmentation des déclarations pour affections provoquées par les poussières d'amiante (1 953 en 1999 et 149 en 1980). Le nombre de déclarations pour pathologies périarticulaires « provoquée par certains gestes et posture de travail »⁷⁹ s'accroît fortement (12 403 en 1999 et 299 en 1980).⁸⁰

En ce qui concerne les accidents du travail, leur nombre global (déclarés et reconnus), avec arrêt, a fortement diminué au cours des trente dernières années : baisse d'un tiers entre 1970 et 2000. Cette tendance n'est pas continue et, parallèlement à la reprise de l'activité économique, on observe depuis 1997, une augmentation d'accidents du travail avec arrêt. Par ailleurs, la diminution des accidents graves et des accidents mortels est plus marquée (nombre respectivement divisé par 2,4 et 3 entre 1970 et 1999). Cependant, il faut préciser que leur nombre est stable depuis 1997. En 1999, on dénombre 51 143 accidents ayant causé une incapacité permanente et 777 décès (respectivement : 109270 et 1 562 en 1980, 73 662 et 1 285 en 1990). En termes de fréquence, cette diminution ne se fait pas au même rythme dans tous les secteurs. Les secteurs les plus touchés par les accidents graves sont l'agriculture et les travaux publics. Selon l'enquête *Conditions de travail* menée par la Dares en 1998, le risque global d'accident du travail déclaré par les enquêtés est plus élevé pour les hommes et les jeunes salariés, alors qu'il diminue avec l'âge. Les ouvriers et salariés sous contrat « précaires » (apprentis, intérimaires) déclarent plus d'accidents que la moyenne.⁸¹

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 15-44 ans :

Les pathologies rachidiennes sont ainsi au premier plan des maladies d'origine professionnelle et des motifs d'arrêt de travail. Au sein de l'entreprise EDF-GDF, 4 % des salariés se sont arrêtés de travailler au moins une fois au cours de l'année 2000 pour arthrose du rachis, sciatique, affection du disque intervertébral ou affection aiguë du rachis. Ce taux d'arrêt de travail est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes et augmente régulièrement avec l'âge (1 % à 25 ans et 5 % à 45 ans).⁸²

⁷⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 129

⁷⁹ Tendinites de l'épaule, du coude, du poignet, du genou ou de la cheville, syndromes canaux du genou, des membres supérieurs, dont le syndrome du canal carpien...

⁸⁰ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

⁸¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

⁸² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 110

b. Chez les 45-74 ans :

Chez les 45-74 ans, les expositions professionnelles constituent un facteur de risque de **cancer** pour lequel il importe de renforcer les politiques de prévention. Ainsi, l'amiante n'est pas seulement le principal facteur de risque du mésothéliome, mais est également impliqué dans la survenue de certains cancers du poumon.⁸³

☞ Indicateurs (accidents du travail):

- Taux de fréquence des accidents de travail. *Source 1994 : CNAMTS.*
- Décès et attribution d'une rente d'incapacité permanente par accidents de travail. *Source 1994 : CNAMTS.*
- Gravité des accidents de travail. *Source 1994 : CNAMTS.*
- Mortalité par accidents du travail, comparaison européenne. *Source 1994 : OMS – HFA.*

☞ Déterminants :

Les données de la littérature scientifique internationale permettent d'affirmer que les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé de la population. On estime notamment qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle, et que cette fraction s'élève jusqu'à environ 50 % pour les cancers du poumon et de la vessie.⁸⁴

L'une des conséquences de la sous-estimation des étiologies professionnelles est l'insuffisance de la prévention en milieu de travail. Le système de réparation des maladies professionnelles a été conçu, par la sanction financière qu'il représente pour les entreprises, pour favoriser des mesures de prévention et d'amélioration des conditions de travail. En fait, la sous-estimation très importante des conséquences des expositions professionnelles contribue vraisemblablement de façon puissante à différer les efforts d'information et de prévention, indispensables pour lutter contre ces pathologies évitables. Par ailleurs, en l'absence de données nationales, l'estimation de la part des maladies attribuable à des facteurs professionnels est établie exclusivement à partir de données de la littérature internationale. Le premier inconvénient de cette situation est qu'elle conduit à des estimations non valides, la part attribuable aux facteurs professionnels étant étroitement dépendante de la population concernée. Mais surtout, elle contribue à la sous-estimation du poids de la pathologie professionnelle, un problème apparaissant toujours plus important lorsque sa mesure repose sur des données nationales partagées par un grand nombre d'acteurs que sur la transposition de données étrangères, dont la diffusion est restreinte aux rares spécialistes du domaine.⁸⁵

⁸³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 128

⁸⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 202

⁸⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 130-131

Dans le rapport 1994⁸⁶, les principaux déterminants des **accidents du travail** décrits sont :

- Le **type de tâche** : Les chutes de hauteur ou de plain-pied regroupent 4 % des accidents avec arrêt de travail dans le régime général et 7 % dans le régime agricole. La manipulation d'objets et le transport manuel de charge restent une des principales sources d'accidents (3 % dans le régime général, 9 % dans le régime agricole). En ce qui concerne les décès, dans le régime général, près de 4 % des causes sont dues au risque circulation (en dehors des accidents de trajet). Les chutes de hauteur représentent ensuite la cause principale de décès (1 %). Parmi les salariés agricoles, les chutes sont à l'origine de 6 % des décès.
- L'**organisation du travail** : Deux déterminants entrent principalement en cause dans la survenue des accidents : le manque de formation des salariés (formation professionnelle, formation sur le tas, formation à la sécurité, ...) et le manque de coordination des divers intervenants autour d'une même tâche.
- La **situation de l'emploi** : La hausse des accidents, constatée ces dernières années, peut s'expliquer essentiellement par la croissance des emplois précaires se traduisant par la multiplication des emplois à durée déterminée, de l'intérim et de la sous-traitance. Cette situation majore les deux facteurs évoqués plus haut.
- Le **secteur d'activité** : C'est dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment que l'on observe le plus d'accidents mortels et d'accidents avec incapacité permanente.

De plus, dans le rapport 2002, il est souligné que les inégalités sociales en matière d'accident sont très mal connues. Les statistiques nationales sur les accidents du travail sont publiées par branche d'activité plutôt qu'en fonction des caractéristiques sociales de la victime. On ne dispose donc pas de données sur le risque d'avoir un accident du travail selon la catégorie sociale.⁸⁷

☞ Recommandations (accidents du travail) :

Dans le rapport 1994⁸⁸, les mesures pour atteindre l'objectif en termes de réduction des **accidents du travail** sont :

- Renforcer, dans le bâtiment et les travaux publics, la prévention des risques de chute de hauteur et d'accidents sur réseaux (assainissement, adductions d'eau, lignes électriques aériennes et enterrées), par la mise en œuvre de la procédure d'arrêt de travaux et la mise en place de CHSCT dans les établissements occupant entre cinquante et trois cents salariés.
- Promouvoir la démarche d'évaluation des risques a priori dans les PME-PMI. Dans ce cadre un programme prioritaire sera mis en œuvre sur la réduction du risque lié à la manutention manuelle.
- Promouvoir la coordination des divers intervenants autour d'une même tâche, en débutant ce programme dans le bâtiment et les travaux publics, par la coordination sur les chantiers.

⁸⁶ Rapport HCSP, *La santé en France 1994*, p. 220

⁸⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 179

⁸⁸ Rapport HCSP, *La santé en France 1994*, p. 221

- Intégrer la sécurité lors de la conception des machines et équipements agricoles par l'élaboration de normes (AFNOR – Union de normalisation de la mécanique) et une meilleure coordination des organismes chargés de leur contrôle.

☞ A propos de ... :

- Revue ADSP n°9 *Santé et travail*, Décembre 1994

Tableau 13 : Maladies professionnelles

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (VIH ET HERPES GENITAL)

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 : Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH et par les autres agents responsables de MST, leurs complications graves et leurs conséquences sociales.

☞ Importance :
1. Constat général :

En France, l'évolution de l'infection par le VIH a été fortement modifiée par l'introduction des associations de médicaments anti-rétroviraux en 1996. L'état de santé des personnes infectées s'est amélioré (diminution des recours hospitaliers des patients), le nombre de personnes en stade sida a diminué et l'espérance de vie des personnes infectées a été allongée. Le nombre de nouveaux cas de sida est stabilisé depuis 1998. Il en est de même pour le nombre de décès par sida. La répartition des cas de sida par groupes de transmission s'est modifiée depuis 1990 : la part de contamination hétérosexuelle continue à augmenter (49 % des cas diagnostiqués en 2001) tandis que celles par usage de drogues injectables et par relations homosexuelles ont diminué (respectivement : 15 et 24 % en 2001). Il faut souligner que le nombre de séropositifs n'est pas connu avec précision. Il est estimé à 2 voire 3 fois plus élevé que le nombre des personnes atteintes du sida. L'extension de la déclaration obligatoire des cas de sida à l'ensemble des découvertes de séropositivité devrait compléter les informations disponibles actuellement.⁸⁹

De plus, une enquête menée en 2001 par l'Inserm auprès des personnes atteintes de l'infection VIH/Sida et suivies à l'hôpital en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur⁹⁰ a permis de montrer que ce sont dans l'ensemble des personnes plutôt socialement défavorisées, avec cependant des situations très hétérogènes et fortement corrélées au mode de contamination. Un tiers de l'échantillon se compose, en effet, de personnes bien insérées socialement surtout contaminées par voie homo/bisexuelle. Moins du quart de l'échantillon regroupe des patients contaminés par utilisation de drogues injectables, fréquemment co-infectés par le VHC et dans une situation sociale défavorisée. Enfin, plus du tiers de l'échantillon est composé de personnes contaminées par voie hétérosexuelle et présentant des situations sociales plus diversifiées, dont un groupe plutôt en difficulté, composé de femmes étrangères avec des enfants.

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

Chez les 15-44 ans :

Le **sida**, malgré l'efficacité des trithérapies et une forte diminution de la mortalité, reste une cause de décès fréquente chez les hommes jeunes (5,4 décès

⁸⁹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

⁹⁰ *Les aides apportées aux personnes atteintes par l'infection VIH-Sida, Études et résultats*, n° 203, novembre 2002.

masculins pour 100 000 habitants chez les 15-44 ans en 1997).⁹¹ De plus, le nombre de nouveaux cas ne diminue plus depuis 1998. Au-delà des risques de décès, l'infection par le VIH a un impact majeur sur la vie sexuelle et tout particulièrement celle des jeunes adultes (image d'un risque mortel dans les rapports sexuels et contrainte de l'usage du préservatif). Certaines régions sont particulièrement touchées par cette affection, et les deux tiers des cas notifiés sur les années récentes concernent des personnes domiciliées en Ile-de-France, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, en Aquitaine et dans la région Antilles-Guyane. Chez les hommes de 15-44 ans, 850 cas de sida ont été diagnostiqués au cours de l'année 2000. Parmi ceux-ci, 38 % ont contracté le virus par relations homosexuelles, 29 % par relations hétérosexuelles et 22 % par l'usage de drogues injectables. Pour cette même année, 358 cas de sida ont été diagnostiqués chez des femmes de cette classe d'âge, le principal mode de contamination retrouvé étant la contamination hétérosexuelle. La proportion de femmes parmi les cas de sida diagnostiqués chez les 15-44 ans a augmenté au cours du temps (sex-ratio de 5 en 1990 et de 2,5 en 2000).⁹²

Autre infection sexuellement transmissible, l'**herpès génital** constitue un problème de santé extrêmement répandu et en progression. Mais il reste très peu reconnu, comme le soulignent les travaux menés dans le cadre d'une récente conférence de consensus française. Selon l'enquête Herpimax réalisée en 1996 dans la population adulte, la prévalence de l'infection par le virus herpès simplex 2 (HSV2), le plus souvent en cause dans l'herpès génital, est de 18 % chez les femmes et de 14 % chez les hommes. Seulement 20 % des sujets infectés par HSV2 seraient diagnostiqués. Sa fréquence et son rôle favorisant dans la transmission de l'infection à VIH rendent indispensables une meilleure connaissance épidémiologique de cette infection, et la mise en place de mesures permettant d'en améliorer la prévention, le diagnostic et la prise en charge.⁹³

👉 Indicateurs⁹⁴ :

- Ventes et distributions gratuites de préservatifs en Europe. *Source 1994 : AFLS*
- Utilisation de préservatifs dans les douze derniers mois (parmi les 18 ans et plus). *Source 1994 : AFLS*
- Fréquence de l'urétrite masculine. *Source 1994 : InVS*
- Nombre de cas de sida par année de diagnostic. *Source 1994 : InVS*
- Mode de contamination par le VIH. *Source 1994 : InVS*
- Evolution de l'incidence du sida, comparaison européenne. *Source 1994 : OMS*

⁹¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 100

⁹² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 105

⁹³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 105

⁹⁴ Le nouvel indicateur de suivi sera le nombre de déclaration de dépistages positifs.

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994⁹⁵, sont décrits les comportements et situations à risque : relations sexuelles non protégées, multipartenariat et, pour le VIH et l'hépatite, usage de drogues injectables avec partage du matériel d'injection sont les facteurs majeurs de transmission du VIH et de certaines MST. Par ailleurs, les risques de transmission de l'infection par le VIH sont potentialisés par des facteurs extrinsèques à l'individu, comme le fait d'être originaire d'un pays où la prévalence est élevée ou l'environnement social.

Dans le rapport 2002, chez les 15-44 ans, il est précisé que l'avènement des nouvelles stratégies thérapeutiques chez les personnes infectées par le VIH a, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, provoqué une diminution importante du nombre de nouveaux cas de sida et de la mortalité liée à cette affection. Cependant, en 2000, 4 personnes de 15 à 44 ans sur 10 atteintes de sida n'ont découvert leur séropositivité qu'au moment du diagnostic. La proportion de ces jeunes adultes n'ayant pas eu recours aux tests de dépistage de l'infection à VIH avant d'avoir atteint le stade de sida varie selon les modes de contaminations : 53 % pour les relations hétérosexuelles, 39 % pour les relations homosexuelles et 14 % pour les toxicomanes intraveineux. La moitié des adultes jeunes qui connaissaient leur infection par le VIH antérieurement au diagnostic de sida n'a pas eu de traitement anti-rétroviral avant la survenue du sida. Ainsi la plupart des cas de sida actuels concernent des personnes qui, n'ayant pas été dépistées, n'ont pas bénéficié d'une prise en charge thérapeutique de leur séropositivité ou des personnes qui, bien que dépistées, n'ont pas suivi de traitement anti-rétroviral. Ces données illustrent la nécessité de continuer les campagnes d'information et de prévention.⁹⁶

☞ Recommandations :

C'est vers une politique de prévention abordant l'ensemble des risques liés à la vie sexuelle que les pouvoirs publics et les acteurs de la santé doivent s'orienter.⁹⁷

Dans le rapport 1994⁹⁸, les mesures essentielles pour atteindre l'objectif sont :

- Développer, au-delà des campagnes qui visent la population générale, les actions d'éducation pour la santé réalisées envers les différents publics et communautés les plus concernés, en impliquant les pairs.
- Accroître l'accessibilité aux moyens de prévention : préservatifs à 0,15 euros, mesures spécifiques visant à réduire le partage des seringues et autres matériels d'injection chez les usagers de drogue intraveineuse.
- Améliorer les pratiques des professionnels : conseil personnalisé de prévention, réalisation des dépistages (prescription et remise des résultats), prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, par la formation et la diffusion des recommandations.
- Améliorer l'accès au dépistage volontaire et au traitement précoce de l'infection par le VIH et des maladies sexuellement transmissibles.

⁹⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 233

⁹⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 105

⁹⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 106

⁹⁸ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 234

- Recherche : Amélioration de la surveillance des MST afin d'évaluer l'impact des programmes et indirectement la diminution de la transmission du virus du Sida.

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP : *Le dépistage de l'infection par le VIH, 1992*

Tableau 14 : Maladies sexuellement transmissibles (VIH et herpès génital)

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

OSTÉOPOROSE ET MÉNOPAUSE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

Entre 45 et 75 ans, une femme sur cinq déclare souffrir de troubles de la ménopause. Cette fréquence importante peut provenir, au-delà des symptômes ressentis et d'une certaine prise de conscience liée aux campagnes d'information, de la prise en charge médicale des troubles fonctionnels et du risque d'ostéoporose, notamment par traitement hormonal substitutif. Les troubles de la ménopause sont en effet à l'origine d'une consultation féminine sur treize en médecine de ville pour cette classe d'âge. Mais cette prise en charge est encore loin d'être optimale, comme en témoigne le nombre déjà important de séjours hospitaliers pour fractures concernant chaque année des femmes de 45 à 74 ans (36 000 fractures du membre supérieur, 11 000 fractures du col du fémur, 20 000 autres fractures du membre inférieur), même si l'ostéoporose n'est pas seule en cause, ces fractures résultant de la conjonction d'une fragilité osseuse, plus ou moins grande, et d'un traumatisme plus ou moins important.⁹⁹

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

☞ Recommandations :

Des recommandations sur les stratégies de prévention de l'ostéoporose et de ses conséquences ont été formulées en 1996 dans le cadre d'une expertise collective de l'Inserm. Elles associent, à côté des préconisations en termes de recherche, des propositions concernant les premières décennies de vie (veiller à des apports en calcium et en vitamine D suffisants), la période de la ménopause (prendre en compte activement les conséquences potentielles de la carence œstrogénique, notamment par l'institution d'un traitement hormonal substitutif) et les femmes de plus de 60 ans (engager une stratégie intégrée de dépistage, de prévention et de traitement à grande échelle à partir de la soixantaine).¹⁰⁰

☞ A propos de ... :

- *L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications*, rapport de l'Anaes, avril 2001.

⁹⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 137

¹⁰⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 137

Tableau 15 : Ostéoporose

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓ (nutrition)
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

PERINATALITE ET PREMIERE ANNEE DE VIE

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 :	D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité périnatale, réduire la proportion d'enfants nés vivants avec un poids inférieur à 2 500 grammes, diminuer de 30 % la mortalité maternelle
--------------------------------	---

☞ Importance :

Avant 1 an, ce sont naturellement les affections périnatales qui prédominent, à l'origine d'un tiers des séjours hospitaliers (prématurité, hypotrophie, complications maternelles de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches...), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (15 % des hospitalisations). Les bronchites et bronchiolites aiguës constituent ainsi la deuxième cause d'hospitalisation des enfants de moins de 1 an.¹⁰¹

Avant 1 an, le nombre de décès s'est élevé en 1997 à 3 400, ce qui correspond à un taux de 473 décès pour 100 000 naissances. Environ la moitié de ces décès concerne la première semaine de vie. La surmortalité masculine s'observe dès la naissance, le risque de décès avant 1 an étant 30 % plus élevé pour les garçons que pour les filles. Le syndrome de la mort subite du nourrisson représente 10 % des causes de décès, avec à nouveau une surmortalité masculine très marquée (+ 50 %). Les autres causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les cardiopathies congénitales et les pathologies autour de la naissance (hémorragies, prématurité...)¹⁰²

Entre 1990 et 1997, les risques de mortalité infantile ont très fortement diminué (presque de moitié). Les très fortes baisses s'observent pour les enfants âgés de plus de 1 mois alors que la diminution de la mortalité néonatale a été plus modérée. La mort subite du nourrisson a été extrêmement réduite (taux 4 fois moins élevé). Ce progrès impressionnant s'explique principalement par la modification des modalités de couchage des enfants. Les décès par anomalies congénitales et les morts violentes ont aussi fortement diminué. Par contre l'étude des causes de décès confirme la faible baisse des affections périnatales.¹⁰³

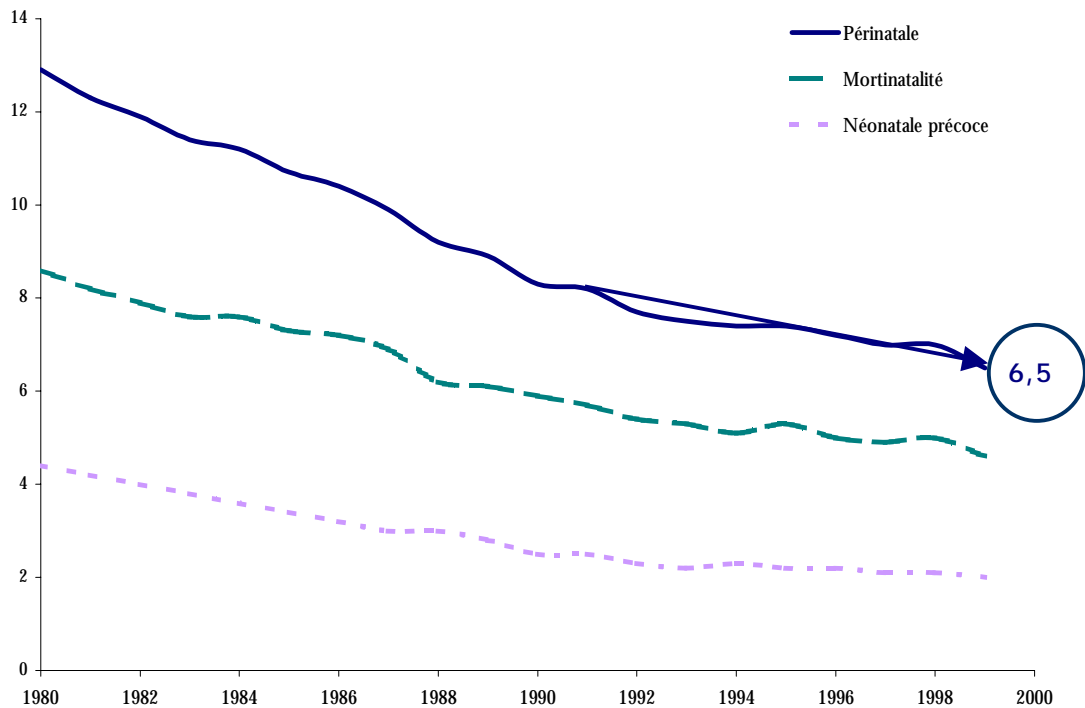
¹⁰¹ Rapport HCSP, *La santé en France 2002*, p. 75

¹⁰² Rapport HCSP, *La santé en France 2002*, p.76

¹⁰³ Rapport HCSP, *La santé en France 2002*, p.77

☞ Indicateurs :

- Mortalité périnatale, taux de mortalité pour 1 000 naissances. (graphique 13).



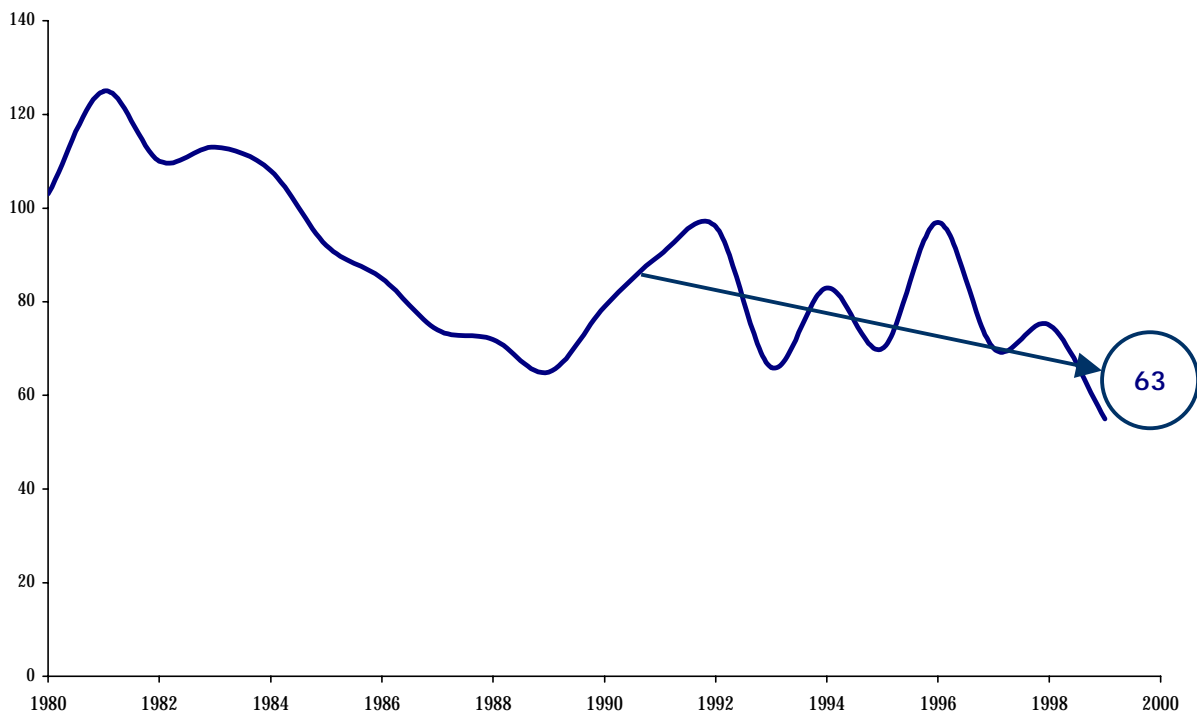
MORTALITE PERINATALE : enfants décédés à moins de 7 jours ou sans-vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie (mort-nés)

MORTINATALITE : enfants sans vie (ou mort-nés) pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie (mort-nés)

MORTALITE NEONATALE PRECOCE : enfants décédés à moins de 7 jours pour 1 000 enfants nés vivants

○ OBJECTIF QUANTIFIE 1994 : D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité périnatale

- Mortalité maternelle , nombre de décès. (graphique 14)



Source : Inserm, CépiDc

○ OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 : D'ici l'an 2000, réduire de 30 % la mortalité maternelle

- Hypotrophie à la naissance.
- Mortalité périnatale, comparaison européenne. *Source 1994 : OMS - HFA*
- Mortalité maternelle, comparaison européenne. *Source 1994 : OMS - HFA*

☞ Déterminants :

Ils sont multiples et intriqués¹⁰⁴ :

- Les pathologies de la grossesse : hypertension artérielle, anomalies du placenta, infections et hémorragies en sont les causes directes.
- L'âge de la mère, le nombre de grossesses antérieures, la grossesse multiple, les antécédents d'avortement et de prématurité ainsi que le tabagisme durant la grossesse accroissent le risque de naissance d'enfants de petit poids.

¹⁰⁴ Rapport HCSP, *La santé en France 1994*, p. 260

- Les femmes isolées, étrangères, en situation sociale ou familiale défavorable, souffrant de problèmes psychologiques ou ayant simplement des difficultés d'accès à un suivi correct de leur grossesse encourent, au moment de la naissance, des risques accrus.
- Une surveillance de la grossesse insuffisante ou de mauvaise qualité, un défaut de personnel qualifié au moment de l'accouchement, un retard au diagnostic ou une prise en charge mal adaptée représentent autant de facteurs de pertes de chance pour la mère et son enfant.

☞ **Recommandations :**

Dans le rapport 1994¹⁰⁵, les principales mesures pour atteindre l'objectif sont évoquées. Elles ont été reprises dans le plan gouvernemental adopté à la suite du rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la périnatalité. Il n'est pas inutile de les rappeler pour apprécier le chemin parcouru et ce qui reste à entreprendre.

- Accroître le suivi de la grossesse pour les femmes actuellement peu ou pas suivies (moins de trois consultations). Une attention particulière doit être portée au repérage, à l'accompagnement, à l'accès aux droits sociaux et aux soins de ces personnes vulnérables, en particulier dans le cadre de la politique de la ville.
- Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse, en élaborant et en diffusant largement un « guide de bonnes pratiques cliniques de surveillance de la grossesse », en incitant au décloisonnement et au travail en réseaux de professionnels et de services médico-sociaux tels que la Protection Maternelle et Infantile, en améliorant la diffusion et le bon usage du carnet de maternité, en formant les médecins au dépistage et au traitement précoce des pathologies de la grossesse.
- Promouvoir le transfert de la mère avant l'accouchement vers un centre qui dispose d'un service de néonatalogie dès lors qu'une difficulté majeure pour l'enfant à naître est suspectée.
- Garantir progressivement une meilleure sécurité à la naissance en faisant en sorte que dès 1995, un gynécologue obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre soient présents en permanence dans toutes les maternités qui pratiquent plus de 1 500 accouchements par an et que ces mesures soient étendues à l'ensemble des maternités d'ici l'an 2000.
- Améliorer la qualité des soins dispensés aux nouveau-nés qui présentent des difficultés à la naissance en renforçant, à l'intérieur même des maternités, la formation des sages-femmes aux premiers gestes de réanimation.
- Améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique en maternité afin d'éviter les transferts inutiles.
- Limiter la séparation mère-enfant afin de prévenir les troubles affectifs ultérieurs en incitant à aménager des chambres mère/enfant dans tous les lieux d'hospitalisation pour nouveau-né, en reconnaissant au nouveau-né la qualité

¹⁰⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 261

d'ayant droit de son père ou de sa mère afin de permettre le remboursement des soins qui peuvent lui être dispensés en maternité privée.

- Développer des politiques régionales afin de mettre en œuvre l'ensemble de ces mesures de façon cohérente et de tirer le meilleur parti des ressources engagées.
- Recherches :
 - Mieux connaître l'effectif et les caractéristiques des femmes enceintes peu ou pas suivies afin de mettre en place des actions spécifiques à leur intention.
 - Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des mesures prises.
 - Mettre en place un système d'information périnatale performant comportant notamment un audit systématique, strictement confidentiel, à la suite de chaque décès maternel, un certificat spécifique pour les décès de nouveau-nés et une enquête de morbidité périnatale qui serait réalisée à intervalles réguliers sur un échantillon de naissances.

Dans le rapport 2002¹⁰⁶, il est mis en évidence une importante amélioration de la santé des premières années de vie grâce notamment à l'efficacité de la prévention de la mort subite du nourrisson.

Pendant la période de grossesse et les mois qui suivent la naissance, les femmes enceintes et les nourrissons bénéficient d'une prise en charge importante, tant préventive que curative, assurée par de nombreux professionnels : médecins généralistes et spécialistes, services de protection maternelle et infantile (PMI), services hospitaliers.

Chez les enfants de moins de 1 an, les taux de recours aux médecins de ville et les taux d'hospitalisations sont proches de ceux observés chez les personnes âgées. Au-delà des bilans de santé obligatoires (8^e jour, 9^e mois, 24^e mois), de nombreux enfants bénéficient de consultations préventives régulières.

L'intensité et l'amélioration importante de la qualité de cette prise en charge au cours des dernières décennies ont permis un recul considérable de la mortalité infantile, divisée par deux entre 1970 et 1990, puis à nouveau presque par deux entre 1990 et 1997. De ce fait, la mortalité infantile en France est une des moins élevées du monde : autour de 5 pour 1 000 naissances en 1997. Cette amélioration spectaculaire n'est souvent pas appréhendée à sa juste mesure : le nombre annuel de décès d'enfants de moins de 1 an est ainsi passé entre 1980 et 1997 de 9 000 à 3 400, ce qui représente plus de 5 000 vies gagnées chaque année. La perte d'un enfant, événement dramatique pour les parents, n'en reste pas moins un événement rare. On comprend, dans ces conditions, que les formidables progrès dans ce domaine ne soient pas perçus au quotidien. Les données disponibles offrent cependant un regard limité sur la santé des très jeunes enfants, et permettent notamment peu de vision prospective sur leur santé future.

Par ailleurs, l'environnement psychoaffectif du début de la vie, le caractère fondamental du lien parents-enfant qui se tisse à cette période font l'objet de nombreux travaux, mais il n'est pas certain que leur prise en compte, notamment en matière de politique de santé, soit à la hauteur des enjeux, forcément difficiles à appréhender car les risques éventuels s'inscrivent souvent dans le long terme. À titre d'exemple, les conséquences autres que médicales du raccourcissement de la durée de séjour en maternité (- 0,8 jour entre 1989 et 1998) sont rarement évoquées. La fréquence

¹⁰⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 77

de l'allaitement maternel, très inférieure en France à celle des autres pays alors que ses effets bénéfiques sont bien prouvés, fait également l'objet de peu de débats. Dans ce contexte, les décisions récentes concernant le congé et le carnet de paternité apparaissent particulièrement pertinentes.

En ce qui concerne les **inégalités de santé**, dans le rapport 2002¹⁰⁷, il est souligné que les inégalités existent dès la naissance, et, pourrait-on dire, avant même la naissance. On ne dispose pas de données répétées dans le temps sur la mortalité infantile selon la situation sociale car la catégorie sociale des parents ne figure pas sur les certificats de décès des enfants. Cependant différentes études récentes montrent que les inégalités mises en évidence pour la période antérieure à 1990 se sont maintenues, et font apparaître le rôle important du niveau d'études de la mère. L'enquête nationale périnatale de 1995 a permis de faire le point sur les inégalités en matière de prématurité et de faible poids de naissance. Pour ces deux issues de grossesse, le risque est d'autant plus important que le niveau d'études de la mère est faible. On note la situation défavorable des couples d'agriculteurs, de commerçants, d'artisans, ainsi que celle des couples sans profession. Certains facteurs jouent un rôle connu dans l'étiologie de la prématurité et de l'hypotrophie, comme le fait de vivre seule, de connaître une grossesse aux âges extrêmes de la vie, d'avoir une surveillance médicale insuffisante (particulièrement pour la prématurité), ou encore le tabagisme de la mère qui a des conséquences sur la croissance du fœtus. La prise en compte de ces facteurs dans un modèle multivarié montre qu'ils n'expliquent que partiellement les différences sociales observées. D'autres mécanismes interviennent probablement, comme le fonctionnement des collectivités auxquelles appartiennent les mères ; ces facteurs contextuels peuvent jouer un rôle direct sur la santé, ou bien moduler l'effet de facteurs individuels tels que le fait d'exercer ou non une activité professionnelle.

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance*, 1994

Tableau 16 : Affections périnatales

Mortalité prématurée	
Morbidity évitable	✓
Qualité de vie	

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	(✓)
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

¹⁰⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 176

AFFECTIONS LIEES A LA GRANDE PREMATURITE

☞ Objectif(s) : Améliorer le devenir des enfants nés très prématurément.

☞ Importance :

9 000 naissances annuelles avant 33 semaines. On estime que 30 % des handicaps psychomoteurs et sensoriels majeurs de la petite enfance sont liés aux séquelles de la prématurité.¹⁰⁸

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

☞ Recommandations :

L'organisation des soins doit garantir un accès à des soins de qualité et appropriés pour tous les prématurés qui en ont besoin. Cette question pose à la fois le problème du suivi épidémiologique des enfants concernés et des questions éthiques (avis du Comité national d'éthique¹⁰⁹) La prise en charge périnatale des enfants nés très prématurément joue un rôle très important dans le développement ultérieur et la possibilité de prévention des handicaps à long terme. La qualité des soins a donc un rôle pronostique majeur.¹¹⁰

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance*, 1994

Tableau 17 : Affections liées à la grande prématurité

Mortalité prématurée	
Morbidity évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

¹⁰⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p.78

¹⁰⁹ Avis n° 65 : *Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale*

¹¹⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p.79, hors-texte

SANTE BUCCO-DENTAIRE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

L'hygiène bucco-dentaire s'est améliorée en France, notamment grâce aux actions de sensibilisation menées par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) et aux campagnes de prévention des caries par l'apport, depuis 1985, de fluor.¹¹¹ Cette amélioration générale n'empêche pas une persistance des inégalités sociales, confirmée par différentes enquêtes. Selon l'enquête réalisée en milieu scolaire en 2000-2001¹¹², la santé bucco-dentaire est moins bonne pour les élèves des écoles situées en zone d'éducation prioritaire (ZEP). En effet, dans les conditions de mesures de l'enquête¹¹³, le pourcentage d'élèves présentant des caries est près de deux fois plus élevé chez les enfants scolarisés en ZEP que chez les enfants scolarisés dans les autres zones. Les défauts de soins se constatent dans les deux types de zones cependant le phénomène est plus important en ZEP (en ZEP, les deux tiers des enfants présentant des caries n'ont aucune de leur dents cariées, soignées tandis qu'en hors ZEP, cette proportion se porte à 1/2). De plus, l'enquête du CREDES réalisée auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits montre que les personnes démunies ont un état de santé dentaire moins bon que la population générale, cet état de santé se dégradant très vite avec l'âge.¹¹⁴ Ces aspects d'inégalités sont détaillés ultérieurement dans la partie « déterminants ».

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 0-14 ans :

Les caries dentaires soignées ou non constituent le problème de santé le plus souvent déclaré dans cette tranche d'âge (19 % des moins de 15 ans), mais de nombreuses études ont montré l'amélioration considérable de l'état dentaire des enfants au cours des dernières décennies. Entre 1987 et 1998, le pourcentage d'enfants de 12 ans sans aucune dent permanente atteinte est en effet passé de 12 à 39 %. Cependant, la prise en charge de ces pathologies est loin d'être optimale. La mobilisation des professionnels concernés par la santé dentaire des enfants, qui se fait à bas bruit en termes de prestige et de reconnaissance médicale, contribue de façon certaine à la santé et à la qualité de vie actuelle et

¹¹¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹¹² *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, Études et résultats, n° 155, Janvier 2002.

¹¹³ « Dans le cadre de l'enquête, un examen dentaire a été pratiqué par les médecins et infirmiers (ères) de l'éducation nationale. Il ne peut donc avoir la précision d'un examen effectué par un dentiste et les résultats obtenus ne doivent donc pas être directement comparés à ceux des issus des enquêtes conduites en milieu scolaire par L'UFSBD. En conséquence, les prévalences ne seront pas analysées ici en niveau. Cependant, ces biais de mesure n'étant pas différents selon que l'école est ou non classée en ZEP, la comparaison peut être effectuée entre les deux types de zones. »

¹¹⁴ *Problèmes dentaires et précarité*, questions d'économie de la santé, n° 48, février 2002.

future des enfants, même si on ne sait pas en estimer l'impact, en particulier à très long terme.¹¹⁵

b. Chez les 15-44 ans :

Chez les 15-44 ans, 3 personnes sur 4 déclarent des caries, qu'elles soient soignées ou non. On peut rapprocher ce chiffre de celui des personnes de cette classe d'âge porteuses de prothèses dentaires (4 % quel que soit le sexe) Les maladies des dents et du parodonte constituent la 2^e cause d'hospitalisation chez les hommes (76 000 hospitalisations annuelles, soit un taux de 6 pour 1 000) et la 3^e chez les femmes (100 000 hospitalisations, soit un taux de 8 pour 1 000). Il s'agit essentiellement d'extraction de dents de sagesse (140 000 interventions par an pour les deux sexes).¹¹⁶

c. Chez les 45-74 ans :

En termes de fréquence, les affections de la bouche et des dents concernent 82 % des déclarations des individus. Les maladies de la bouche et des dents se répartissent entre caries et prothèses : deux tiers des personnes déclarent des caries dentaires, qu'elles soient traitées ou non, et un tiers d'entre elles disent porter des prothèses dentaires (couronnes, bridges ou prothèses amovibles) à rapprocher du taux de 4 % déclaré chez les 15-44 ans.¹¹⁷

d. Chez les plus de 75 ans :

Chez les plus de 75 ans qui ne sont pas en institution, la place importante dans les pathologies déclarées des affections de la bouche et des dents s'explique par la fréquence du port des prothèses dentaires, fixes (couronne, bridge) ou amovibles (dentier), ainsi que des caries, traitées ou non. Les deux tiers des personnes de plus de 75 ans déclarent porter une ou plusieurs prothèses dentaires, et la prévalence déclarée des caries dépasse 30 %.¹¹⁸

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

Dans le rapport 2002, les **inégalités sociales** de santé bucco-dentaire¹¹⁹ des enfants et des adolescents ont été étudiées grâce à diverses enquêtes auprès d'enfants scolarisés, répétées dans le temps. Entre 1955 et 1970, on a observé une véritable explosion de la fréquence des caries dentaires, touchant l'ensemble des enfants, indépendamment de la catégorie sociale. Depuis cette époque, les pratiques d'hygiène dentaire et de prévention des caries se sont généralisées, mais surtout dans les catégories favorisées, entraînant l'apparition d'inégalités sociales dans un domaine de santé où elles n'existaient pas. Si l'on observe ainsi une diminution globale de la fréquence des caries en France, les différences sociales sont de même importance en 1998 qu'en 1993 ou 1990.

¹¹⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 87 et p. 178

¹¹⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 93 et 97

¹¹⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 115

¹¹⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 140

¹¹⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p.177 et [65]

Les enfants d'agriculteurs ou ceux dont les parents sont inactifs ont en moyenne deux fois plus de dents cariées que les enfants de cadres.

Pour les adultes, les inégalités de santé bucco-dentaire touchent d'autres dimensions. Certains éléments, extraits de la partie française d'une étude internationale, donnent le nombre moyen de dents cariées, de dents absentes et de dents obturées pour les adultes de deux classes d'âge, répartis en trois niveaux socio-économiques (élevé, moyen, faible). Les différences les plus importantes portent sur le nombre moyen de dents absentes, presque multiplié par deux entre les deux groupes extrêmes. Dans le groupe social le plus défavorisé, les soins dentaires ont été aussi plus agressifs : on y compte à 35-44 ans 17 % de prothèses mobiles alors que le pourcentage est de 6 % dans les deux autres groupes. En revanche, la fréquence des prothèses fixes, de type bridge, est semblable entre les trois groupes. Parmi les plus âgés, les écarts sont encore plus marqués : 22 % d'édentés totaux dans le groupe de faible niveau socio-économique, 0 % dans le groupe de niveau élevé.

Les causes des inégalités de santé bucco-dentaire observées chez les adultes sont, au moins en partie, liées aux conditions d'accès aux soins dentaires et au niveau de leur remboursement consenti par l'assurance maladie. Dans l'enquête sur la santé, les soins et la protection sociale de 1997, 12 % des enquêtés déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières. Cependant différentes études conduites aux États-Unis, au Canada et aussi en France montrent que faire disparaître les barrières financières ne suffit pas, en soi, à modifier les comportements de non-recours aux soins dentaires.

☞ Recommandations :

☞ A propos de ... :

Tableau 18 : La santé bucco-dentaire

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	(✓)
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

SANTE MENTALE
(SOUFFRANCE PSYCHIQUE, DEPRESSION, PATHOLOGIES MENTALES, SUICIDE)

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 :	Diminuer la gravité et la durée des dépressions.
	D'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicide.
	Améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée.

☞ Importance du problème :
1. Définitions et constat général :

La question de la définition de la morbidité psychiatrique reste entière. En population générale, l'identification et la désignation comme pathologique d'un affect, d'un comportement ou d'un symptôme sont liées à des déterminants culturels propres à la société concernée. Cependant et malgré de nombreuses discussions, la notion de **santé mentale** voire de **souffrance psychique**, plus large que le champ de la pathologie psychiatrique, tend actuellement à s'imposer en France.

De plus, l'enquête Handicaps-Incapacités-dépendance (HID) de l'Insee, apporte des connaissances nouvelles sur les patients hospitalisés en psychiatrie en 1998-2000 (hors services psychiatriques des hôpitaux généraux)¹²⁰. Une majorité d'entre eux avait entre 20 et 59 ans, était de sexe masculin et célibataire. Deux personnes sur trois étaient en dehors du marché de l'emploi et la même proportion bénéficiait d'une reconnaissance administrative d'incapacité. Outre un surmortalité par rapport à la population du même âge, ces personnes souffrent principalement de limitations de mobilité (une personne sur deux) et de limitations intellectuelles et scolaires (une personne sur quatre).

Les grands problèmes de nature psychiatrique¹²¹ peuvent être énumérés ainsi :

- Les **troubles dépressifs majeurs**, dont la prévalence vie entière sont estimés autour de 17 à 20 % de la population, et la prévalence ponctuelle autour de 5 %. Ces troubles sont, du fait de la difficulté pour le patient à s'éprouver comme malade, trop rarement le motif explicite du recours aux soins. Ainsi, d'après l'enquête SPS du CREDES de 1996-1997, 7 % des personnes se déclarent spontanément dépressives, puis après une série de questions sur le comportement (méthode Mini), 8 % de personnes supplémentaires se révèlent dépressives.¹²²

¹²⁰ *Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000*, Études et résultats, Drees, n° 206, décembre 2002.

¹²¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 135, hors-texte.

¹²² *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression*, questions d'économie de la santé, n° 21, septembre 1999

- Le **suicide**, dont le taux en France est supérieur à la moyenne de celui des pays occidentaux comparables. En 1999, le CépiDc a enregistré 10 268 décès par suicide, soit 2 % de l'ensemble des causes de décès. Cependant, il est nécessaire de corriger ces chiffres du fait de la sous-déclaration et on estime qu'en réalité ils sont de 20 à 25 % supérieurs.¹²³
- Les **addictions** dont, en particulier, l'alcoolisme.
- Les **psychoses chroniques**, dont la prévalence s'établit autour de 2 % de la population.
- Les **troubles de la personnalité** et les **troubles anxieux**, dont l'épidémiologie comme les stratégies thérapeutiques ne font pas encore l'objet de consensus, mais qui représentent des domaines dont la prise en considération devra s'imposer.

2. Tranches d'âge pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Les moins de 15 ans :

Avant 15 ans, les troubles de la santé mentale représentent de loin la principale cause d'ALD (29 %). Au sein des troubles mentaux, les retards mentaux constituent la première affection avec plus de 2 000 jeunes enfants nouvellement concernés en 1998. Deux autres pathologies sévères doivent être mentionnées : les troubles envahissants du développement, 1300 cas (dont l'autisme avec 500 admissions en ALD), et la trisomie 21 à l'origine de 460 admissions en ALD. Les pathologies mentales graves, notamment représentées par des retards mentaux et des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), représentent 29 % des admissions en ALD d'enfants de moins de 15 ans.¹²⁴

Le rapport de l'OMS 2001 sur la santé dans le monde¹²⁵ souligne la fréquence des problèmes de comportement et de santé mentale chez les enfants et les adolescents, qui concerneraient 10 à 20 % des moins de 15 ans selon les études, et l'attention insuffisante qui est portée à ces troubles. Les différentes sources de données retenues pour le rapport 2002 du HCSP ne constituent pas des outils adaptés pour décrire la situation française dans ce domaine. Les problèmes de comportement et de santé mentale sont en effet peu reconnus et peu déclarés par l'entourage des enfants, mais aussi peu diagnostiqués par les professionnels de santé tant qu'ils n'imposent pas une prise en charge spécialisée, le souci de ne pas stigmatiser s'ajoutant fréquemment aux difficultés d'identification de troubles souvent multiformes et évolutifs. L'appréhension de ces problèmes passe donc par l'analyse de la prévalence en population générale de certains symptômes (fatigue, maux de tête, troubles du sommeil...), de certains comportements (addictions, violence, prises de risque), de troubles du

¹²³ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees, ainsi que E. Jouglé et al. « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2002 ; 50 : 49-62

¹²⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 75-76

¹²⁵ *Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 2001

développement, de l'apprentissage ou de la vie affective, de difficultés d'adaptation, et surtout de la mise en évidence du cumul de ces situations.¹²⁶

Pour les jeunes enfants, très peu de données sont disponibles à ce jour, en l'absence de recueil standardisé assuré par les services de PMI ou de santé scolaire dans le cadre des bilans de santé, hormis quelques données sur les difficultés d'apprentissage. On observerait ainsi en classe maternelle 8 % de retards de langage et 15 % d'anomalies de la motricité fine. Un cycle triennal d'enquête, mis en place par le ministère de l'Education nationale, le ministère chargé de la Santé et l'Institut de veille sanitaire auprès d'enfants de 6 ans, de CM2 et de 3^e devrait constituer une source de données précieuses dans les années qui viennent, tant pour les pathologies somatiques que pour ces problèmes de santé mentale.

Pour les préadolescents, les données sont beaucoup plus nombreuses car plusieurs grandes enquêtes ont été menées sur les attitudes et les comportements des jeunes à partir de 11 ou 12 ans (Baromètre santé 2000, ESPAD *European school Survey Project on Alcohol and other Drugs* 1999, HBSC *Health Behavior School-Aged Children* 1994 et 1998...). Toutes ces enquêtes mettent en évidence que les garçons expriment leurs difficultés préférentiellement à travers des troubles de la conduite (violences, prises de risque, consommation de produits psycho-actifs), et les filles à travers les plaintes et les troubles « corporalisés » (tentatives de suicide, troubles fonctionnels et de l'humeur, troubles des conduites alimentaires...). Ainsi, selon le Baromètre santé 2000, parmi les jeunes de 12-14 ans, près de 1 % des garçons et 3,5 % des filles déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide. À l'inverse, les auteurs et les victimes de violences sont plus souvent des garçons : 13 % des garçons déclarent avoir frappé quelqu'un et 12 % avoir été frappés physiquement dans les 12 mois précédant l'enquête, et respectivement 3,5 % et 3 % des filles. Cette prédominance masculine se retrouve pour les habitudes de consommation alcoolique. L'interprétation de ces données est complexe, comme le souligne le rapport *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* du HCSP. En effet, si la souffrance psychologique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent être considérés en eux-mêmes comme des mesures fiables de cette souffrance, car des facteurs sociaux et environnementaux sont susceptibles de favoriser ou non leur survenue. En outre, tous les troubles ou comportements n'ont pas le même degré de signification en termes de souffrance psychique. Mais cette complexité ne doit pas conduire à une insuffisance de reconnaissance et donc de prise en charge de ces troubles, dont le retentissement sur la vie actuelle et future de l'enfant peut être considérable.¹²⁷

b. Chez les 15-44 ans :

Les problèmes de santé mentale apparaissent nettement à cet âge puisque des troubles névrotiques sont signalés pour les deux sexes dans 5 % des séances de médecine de ville et la dépression dans 5 % des séances des hommes et 3 % de celles des femmes (cette dernière pathologie étant par ailleurs plus souvent déclarée par les femmes). On peut également rapprocher de ces problèmes les motifs tels que « fatigue ou malaise » chez les hommes (1 % des consultations).¹²⁸

¹²⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 87-88

¹²⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 88-89

¹²⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 95

En ce qui concerne les ALD, 44 000 des personnes de cette tranche d'âge ont bénéficié d'une exonération du ticket modérateur du fait de la gravité de leurs troubles psychiques : schizophrénie et troubles délirants (14 000), trouble grave de la personnalité (14 000), dépression sévère et troubles névrotiques (8 000), psychose maniaco-dépressive (2 000), troubles mentaux dus à l'alcool (1 000). Cela représente un tiers des entrées en ALD à cet âge. La pathologie mentale représente donc, chez l'adulte jeune, le premier groupe de maladies chroniques lourdement invalidantes. Les deux tiers des schizophrénies surviennent chez l'homme. À l'inverse, les dépressions concernent les femmes deux fois sur trois.¹²⁹

Enfin, la mortalité par suicide, reflet d'une souffrance psychologique grave avec passage à l'acte, reste au 2^e rang des causes de décès chez les hommes (3 500 morts) et chez les femmes (1 000 morts). Cette mortalité ne diminue pas, contrairement à celle des autres causes. Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide estimés par la Drees, qui représentent environ les trois quarts des tentatives de suicide, augmentent régulièrement entre 15-24 ans (300 hospitalisations pour 100 000 habitants) et 35-44 ans (360 pour 100 000). Les données du PMSI ne permettent pas pour l'instant de dénombrer les tentatives de suicide, mais les hospitalisations pour intoxication médicamenteuse sont pour près de 90 % des tentatives de suicide. Ces intoxications constituent la 5^e cause d'hospitalisation chez les femmes (47 300) et la 10^e chez les hommes (24 900). Le PMSI n'incluant pas les hôpitaux psychiatriques, il est difficile de quantifier le poids réel de la pathologie mentale comme cause d'hospitalisation.¹³⁰

La souffrance mentale, mal prise en compte à partir des sources de données disponibles, est cependant très présente puisque 5 % des femmes et 2 % des hommes déclarent souffrir de **dépression**. Mais c'est bien plus au travers des consommations de soins que ce problème se manifeste : 10 % des motifs de consultations en ambulatoire sont le fait de troubles névrotiques ou de dépression chez les femmes et près de 9 % chez les hommes. Parmi les personnes de 15 à 44 ans relevant du régime général d'assurance maladie, 8 000 ont été admises en affection de longue durée (ALD) pour dépression sévère et troubles névrotiques en 1998. Cela représente 6 % des motifs d'entrées en ALD pour cette classe d'âge. Une enquête menée par le CreDES auprès d'un échantillon représentatif de la population française aboutit à des prévalences encore plus importantes. Le taux de dépressifs serait chez les hommes de 4 % entre 16 et 19 ans et de 10 % dès l'âge de 30 ans, et ce tout au long de la vie. La prévalence serait, par contre, deux fois plus élevée chez les femmes, avec un taux de 14 % avant 20 ans et de l'ordre de 20 % après. La dépression concerne donc, entre 15 et 44 ans, plusieurs millions de personnes, dont une minorité reçoit un traitement adapté à cette maladie.¹³¹

c. Chez les 45-74 ans :

Un important groupe de motifs de recours est constitué par les troubles mentaux, notamment pour les femmes (une consultation féminine sur six

¹²⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 99

¹³⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 97

¹³¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 109

comporte un tel motif, contre une consultation masculine sur dix). Les troubles mentionnés sont principalement la dépression et les troubles névrotiques. Les pathologies mentales (dépression sévère et troubles névrotiques, troubles graves de la personnalité, démence et psychose) ne sont plus la première cause de mise en ALD comme pour les tranches d'âge antérieures, mais concernent néanmoins 19 000 femmes et 13 000 hommes.¹³²

Les pathologies mentales représentent un problème sous-estimé dans cette classe d'âge. Chez l'enfant, et surtout chez l'adolescent et le jeune adulte, la bonne santé somatique du plus grand nombre conduit à accorder une attention particulière aux difficultés psychiques qui peuvent survenir. Chez les personnes âgées, le poids considérable des démences est de mieux en mieux perçu. Pour la tranche d'âge des 45-74 ans a contrario, l'émergence généralisée de troubles physiques plus ou moins importants pourrait conduire à occulter les difficultés et pathologies psychiques. Or cette période de la vie se caractérise par un certain nombre de situations de rupture (passage de la vie active à la retraite, départ des enfants de la cellule familiale, fin de la période de fécondité pour les femmes...) qui peuvent contribuer à faire émerger ou à aggraver des états pathologiques. Pour cette classe d'âge, on dénombre ainsi chaque année 5 000 décès par suicide, dont 3 500 chez les hommes, sur un total de 11 000 suicides. Sur la période 1990-1997, la mortalité par suicide baisse dans cette tranche d'âge cependant c'est pour cette tranche d'âge que leur nombre est le plus élevé. Le nombre annuel de tentatives de suicide prises en charge par le système de soins peut être estimé à 40 000.

Les données de l'enquête HID conduisent, pour leur part, à une estimation de 4 % de personnes souffrant de troubles de l'humeur ou de dépression et de 5 % de personnes atteintes d'une autre déficience mentale. La santé mentale représente donc pour cette tranche d'âge un problème majeur de santé publique qui nécessite un effort important pour améliorer la prévention, le diagnostic (repérage des différentes pathologies, prévention des tendances suicidaires) et la prise en charge.¹³³

d. Chez les plus de 75 ans :

En ce qui concerne la morbidité déclarée par les personnes vivant à domicile (donc sans prise en compte des personnes vivant en institution), les troubles du sommeil, dont la fréquence de déclaration croît de façon régulière avec l'âge, concernent 17 % des plus de 75 ans, et sont, comme dans toutes les classes d'âge, nettement plus souvent déclarés par les femmes (21 %) que par les hommes (12 %). Ce constat peut être rapproché de la fréquence de la dépression. Les états dépressifs ont en effet une prévalence qui atteint 10 % chez les femmes de plus de 75 ans.¹³⁴ La part des recours aux soins de villes pour troubles mentaux est nettement plus grande pour les femmes (14 % des séances) que pour les hommes (8 %). Mais les pathologies les plus souvent en cause sont similaires pour les deux sexes, dépressions et troubles névrotiques.¹³⁵ La pathologie mentale, représentée

¹³² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 118 et 122

¹³³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 134-135

¹³⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 142

¹³⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 144

dans 85 % des cas par la démence dans cette classe d'âge, est à l'origine de 18 000 admissions en ALD en 1998 chez les femmes (1/5) et près de 6 000 chez les hommes (1/10).¹³⁶

Par ailleurs, les **suicides** sont à l'origine chaque année d'environ 1 800 décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Mais en raison du poids des décès par maladies dans cette tranche d'âge, les suicides ne font pas partie des principales causes de décès. C'est pourtant dans cette classe d'âge que les taux de mortalité par suicide sont les plus forts, atteignant 45 pour 100 000, 3,5 fois plus que chez les 15-44 ans. Comme pour toutes les tranches d'âge, la mortalité par suicide des hommes de 75 ans et plus est 4 fois plus élevée que celle des femmes.¹³⁷

Ainsi, le poids de la pathologie mentale apparaît peu dans la morbidité déclarée et les motifs d'hospitalisation en court séjour des personnes âgées de plus de 75 ans. Cela résulte d'une part de la réticence consciente ou non à déclarer ce type de pathologie pour les personnes qui en souffrent, d'autre part des lieux de prise en charge de ces affections, principalement assurée par les établissements psychiatriques et les longs séjours qui ne sont pas concernés par les données du PMSI utilisées.¹³⁸

Les **troubles dépressifs** sont déclarés par 8 % des personnes âgées vivant à domicile et cette pathologie représente 5 % des motifs de recours aux soins de ville. Ce poids relativement faible parmi les motifs de soins de ville est à rapprocher de la difficulté à reconnaître les états dépressifs chez la personne âgée en raison des modifications physiologiques contemporaines du vieillissement, de l'intrication fréquente avec des maladies somatiques, voire de l'expression de la dépression à travers ces maladies, mais aussi d'attitudes culturelles qui font considérer comme normal le fait qu'une personne âgée soit triste et ralentie. Une approche spécifique de la prévalence des troubles dépressifs, réalisée à l'occasion de l'enquête santé et protection sociale 1996-1997 du CreDES, estimait le taux de prévalence de la dépression chez les personnes âgées de plus de 75 ans à 20 % chez les femmes et à 12 % chez les hommes. Cette étude mettait également en évidence l'existence d'un effet génération, avec un taux de dépressifs nettement plus élevé dans la population des personnes nées entre 1920 et 1929, c'est-à-dire des personnes qui étaient âgées de 10 à 25 ans pendant la Seconde Guerre mondiale.¹³⁹

On peut également s'intéresser aux démences et à la maladie d'Alzheimer décrites précédemment.

¹³⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 146

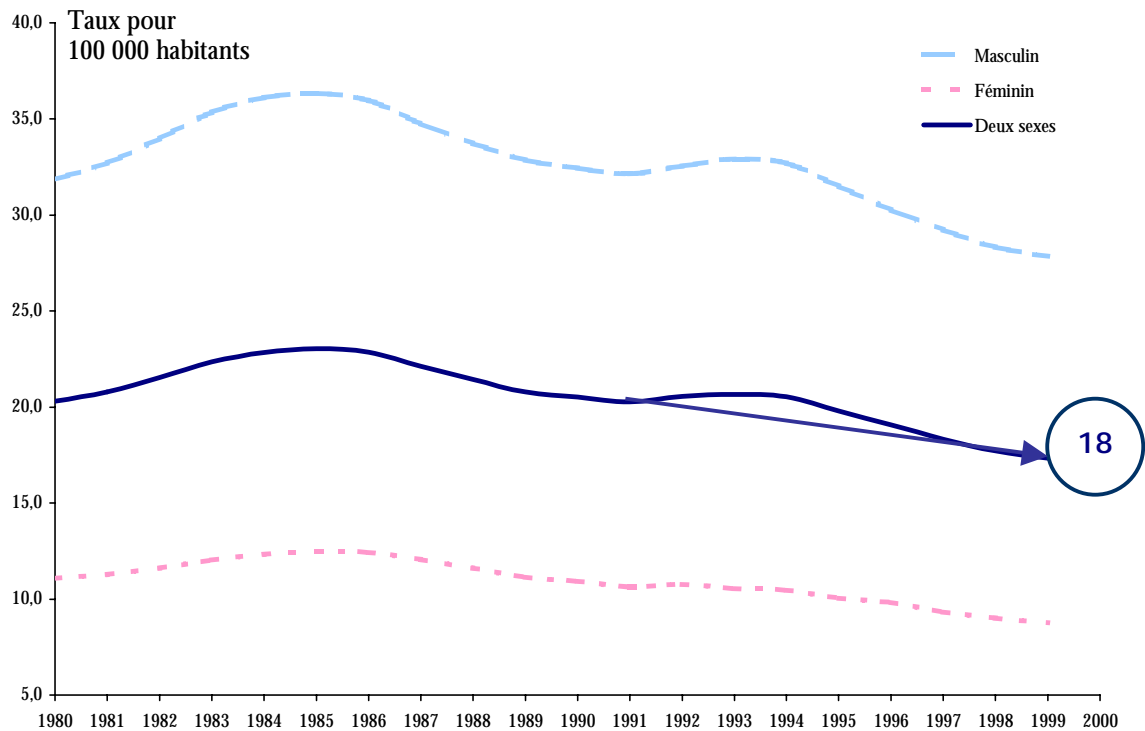
¹³⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 153

¹³⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 151

¹³⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 154

☞ Indicateurs :

- Mortalité par suicide (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 15)



Source : Inserm, CépiDc

SUICIDE (E950-E959)



RAPPEL DE L'OBJECTIF QUANTIFIÉ DE 1994 :

D'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicide.

- Hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide. *Source 1994 : Drees*
- Mortalité par suicide (tous âges) comparaison européenne. *Source 1994 : OMS - HFA*
- Insertion professionnelle des malades schizophrènes, 20-64 ans. *Source 1994 : DGS*

☞ Déterminants :

Les déterminants des **tentatives de suicide** sont:

- D'après une étude réalisée par l'Inserm et citée dans le rapport 1994¹⁴⁰, différents facteurs sont souvent associés aux tentatives de suicide chez les jeunes. Les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide se déclarent plus souvent en mauvaise santé que la moyenne. La fréquence des maladies graves est plus élevée dans ce groupe ; ils sont plus souvent hospitalisés. La proportion de buveurs réguliers, de fumeurs et d'usagers de drogue est plus élevée parmi ces jeunes, les relations familiales sont plus souvent perturbées et les troubles des conduites alimentaires plus fréquents.
- A l'âge moyen, on retrouve assez fréquemment l'existence d'un trouble psychiatrique ou d'une maladie grave, un isolement affectif, une mauvaise adaptation socioprofessionnelle et des antécédents de tentatives de suicide. Chez les personnes âgées, l'isolement, la perte du conjoint, et l'existence d'une maladie grave sont souvent associés aux tentatives de suicide. Plusieurs expériences étrangères ont démontré qu'une bonne adaptation du système de soins au repérage des dépressions, et à une prise en charge de qualité était capable de réduire de manière significative le taux de suicide dans une population .

En ce qui concerne les **déterminants des affections psychiatriques de longue durée** cités dans le rapport 1994¹⁴¹, on peut mentionner que l'évolution du monde du travail, notamment le souci de productivité, ne facilite pas l'insertion professionnelle des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Réciproquement, le chômage et l'absence de sécurité d'emploi sont susceptibles de révéler ou d'aggraver des troubles préexistants. La sectorisation psychiatrique a permis de progresser vers une meilleure insertion des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques. On observe depuis les années quatre-vingt une diminution régulière du nombre de personnes en hospitalisation de longue durée pour affection mentale.

Les **déterminants sociaux**¹⁴² : La santé mentale est une composante de la vie sociale des individus. Son altération peut être considérée comme une conséquence des difficultés vécues par les personnes mais aussi comme l'une des causes des situations socio-économiques dégradées. Les inégalités sociales de santé mentale sont décrites depuis longtemps mais restent un champ de recherche complexe et un sujet imparfaitement caractérisé. Depuis les années 40, plusieurs études ont confirmé que la psychopathologie se concentre le plus souvent dans les milieux sociaux les plus défavorisés. En population générale, les données épidémiologiques sont rares¹⁴³ : 2 enquêtes récentes fournissent des analyses par niveau socio-économique. L'une en Ile-de-France, observe des dépressions sévères 2 fois plus fréquentes chez les hommes bénéficiaires du RMI que dans le reste de la population. L'autre, issue de l'enquête Santé et protection sociale du CreDES, montre que l'absence d'emploi est le facteur socio-économique le plus lié à l'existence d'une dépression.

¹⁴⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 242-243

¹⁴¹ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 246

¹⁴² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 220

¹⁴³ Les résultats de l'enquête HID n'ont pas pu être intégrés à cette partie au moment de la rédaction du rapport *La santé en France 2002*.

Pour interpréter ces associations, plusieurs explications sont avancées :

- Elles résultent en partie d'un artefact statistique (certains comportements interprétés de façon erronée comme des troubles mentaux seraient liés à des spécificités culturelles concentrées ou à des situations défavorisées extrêmes).
- Elles sont dues à des causes génétiques (le déterminisme génétique de la schizophrénie).
- Elles proviennent d'une causalité sociale (des études de cohorte montreraient que le chômage est suivi d'une augmentation de la fréquence des dépressions et de l'alcoolisme).

De nombreux travaux qualitatifs, sociologiques et psychosociologiques éclairent sur ces interrelations entre santé mentale et conditions de vie :

- le « syndrome de l'exclusion » est défini par le trépied symptomatique : honte, désespérance et inhibition affectivo-cognitive.
- Les troubles et souffrances psychosociales, dont ceux liés aux dégradations des conditions de travail (inutilité, culpabilité, usure).

Cependant, ces travaux sont à développer dans une perspective de prévention et de prise en charge. Ainsi, le champ de la santé mentale a vu le développement d'une accumulation de savoirs, épars et parcellaires, alors même que la question sociale semble primordiale. Malgré des expériences originales entreprises, peu d'enseignements sont évalués et peu de modèles sont reproductibles.

👉 Recommandations :

Dans le rapport 2002¹⁴⁴, il est souligné que les troubles psychiatriques dans leur ensemble entraînent pour les patients, leurs proches et la société, des conséquences économiques et sociales considérables. Leur prise en charge représente donc un enjeu majeur. Or, dans ce domaine, l'accès aux soins rencontre des difficultés supplémentaires et spécifiques :

- La reconnaissance du trouble, pour le patient comme pour le professionnel de soins primaires, est difficile. Une vulgarisation plus affirmée de la clinique et des concepts de santé mentale constituerait un soutien précieux à la verbalisation de la demande de soins.
- Les représentations sociales sont encore chargées d'idées reçues, et associées à des projections péjoratives et rejetantes d'étrangeté et d'incurabilité. Une lutte résolue contre la stigmatisation des pathologies psychiatriques est à entreprendre.
- La démographie des psychiatres va connaître, sauf politique volontariste, une importante décroissance dans les dix prochaines années. Un travail en réseau entre spécialistes et système de soins primaires s'impose donc, sans toutefois promettre de répondre à l'ampleur du problème posé.

¹⁴⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 136

La santé mentale représente un problème majeur de santé publique nécessitant un effort important pour améliorer la prévention, le diagnostic (repérage des différentes pathologies, prévention des tendances suicidaires) et la prise en charge.¹⁴⁵

Certains aspects des grands problèmes psychiatriques sont précisés dans le rapport 2002¹⁴⁶ :

- Les **troubles dépressifs majeurs** sont, du fait de la difficulté pour le patient à s'éprouver comme malade, trop rarement le motif explicite du recours aux soins. Ils sont donc sous-diagnostiqués, et insuffisamment pris en charge. Un progrès dans ces deux domaines doit être considéré comme une priorité. En ce qui concerne la **dépression**, il est souligné que c'est une maladie souvent difficile à diagnostiquer en médecine de ville, du moins à son début lorsque les symptômes ne sont pas encore vécus comme trop graves par la personne qui en souffre. Un effort de formation des médecins généralistes à ce diagnostic semble tout à fait nécessaire. Il restera à expliquer le paradoxe existant entre la surconsommation de médicaments psychotropes en France et le constat évoqué ci-dessus d'un traitement insuffisant, en particulier par antidépresseurs, des malades dépressifs.¹⁴⁷
- La surmortalité par **suicide**, en l'absence de carence grave du système de soins, s'explique essentiellement par des déterminants culturels et sociaux, pour lesquels la prévention primaire est prioritairement requise.
- Les **addictions** essentiellement représentées par l'alcoolisme. Ce dernier constitue en tant que tel un facteur de risque somatique, mais est également fortement impliqué, à titre de comorbidité, dans beaucoup d'autres troubles psychiatriques (dépression, troubles anxieux...) et dans le passage à l'acte, en particulier suicidaire, ou la prise de risque. Même s'il a régressé ces dernières années, il constitue encore un problème collectif auquel il est impossible de se résigner.
- Les **psychoses chroniques** entraînent un handicap social important, et une perte majeure de qualité de vie, pour les patients et leurs proches. En général bien diagnostiquées, elles souffrent, dans notre pays, du faible développement des thérapeutiques de réhabilitation psychosociale, et de l'étanchéité des systèmes sanitaire et social pour la mise en œuvre des suppléances nécessaires dans la vie quotidienne. Celle-ci ne doit plus être, pour ces personnes, dépendante des logiques d'organisation des soins [43].
- Les **troubles de la personnalité et les troubles anxieux**, dont l'épidémiologie comme les stratégies thérapeutiques ne font pas encore l'objet de consensus, mais qui représentent des domaines dont la prise en considération devra s'imposer.

¹⁴⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 134-135

¹⁴⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 135, hors-texte.

¹⁴⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 109-110

Dans le rapport 1994¹⁴⁸, les principales recommandations concernant les **dépressions** et le **suicide** sont :

- Stimuler, dans le cadre des programmes promotion de la santé à l'école, les capacités des enfants à réagir en situation de crise et à adopter des attitudes favorables au développement de leur santé mentale.
- Développer les possibilités de soutien aux enfants et adolescents en difficulté et à leurs familles.
- Soutenir les associations d'aide et d'auto-assistance aux personnes qui souffrent de carence affective ou qui ont des idées suicidaires ainsi que les lieux de rencontre pour personnes seules et les initiatives en vue de rompre l'isolement des personnes âgées.
- Diffuser largement aux médecins généralistes une formation pratique à l'identification des dépressions et à la reconnaissance de celles qui nécessitent impérativement une intervention spécialisée.
- Promouvoir la prise en charge coordonnée des dépressions entre médecin généraliste et spécialiste.
- Poursuivre l'implantation d'équipes psychiatriques spécialisées dans les services d'urgences hospitalières en vue de prévenir les récives.
- Augmenter la disponibilité des équipes de secteur psychiatrique en adaptant les horaires d'ouverture des structures de soins ambulatoires et en favorisant les possibilités d'accès en urgence.
- Recherches : Améliorer la définition des critères diagnostiques de dépression par des études comparatives en médecine générale et en médecine spécialisée. Evaluer les stratégies thérapeutiques. Développer les études épidémiologiques en population générale.

Dans le rapport 1994¹⁴⁹, les principales recommandations concernant les **maladies mentales chroniques** sont :

- Poursuivre la politique de sectorisation et en particulier le maintien et le développement de lieux d'accueil et de soins de proximité (services de psychiatrie en hôpital général, structures de soins ambulatoires et à temps partiel en ville).
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant en institution, notamment par des mesures d'humanisation là où elles demeurent encore insuffisantes.
- Développer les soins de réadaptation permettant de réduire les handicaps et la dépendance en réapprenant les actes de la vie quotidienne.
- Améliorer la transition entre la prise en charge en milieu psychiatrique et l'insertion en milieu de vie ordinaire en favorisant les projets innovants sur le versant social.

¹⁴⁸ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 243

¹⁴⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 246

- Promouvoir les actions communautaires dans les milieux de vie (école, entreprise, quartier) en vue d'accroître l'acceptabilité des personnes handicapées en raison de troubles mentaux, en soutenant les initiatives des associations dans ce sens.
- Améliorer, par des actions d'information spécifiques, l'image de la psychiatrie dans la population.
- Accroître les possibilités de logement et d'aide à la vie quotidienne afin de favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée (ex : pensions de famille adaptées, placement familial).
- Recherches :
 - Développer les recherches sur les soins de réadaptation en vue de préciser leur nature et leurs indications et de procéder à une évaluation de l'existant.
 - Mettre au point les indicateurs susceptibles de permettre une évaluation des résultats des actions mises en œuvre.

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP : *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, 2000
- Revue ADSP n° 15 : *Santé mentale : l'individu, les soins, le système*, 1996

Tableau 19 : Souffrance psychique

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Tableau 20 : Suicide et tentative de suicide

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	
Qualité de vie	

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

TROUBLES SENSORIELS

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

Les déficiences visuelles sont fréquentes à tous les âges de la vie. Elles sont dominées par les troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie), accessibles à la correction optique. Ces troubles affectent la moitié de la population. De plus, leur prévalence augmente fortement avec l'âge (augmentation de fréquence des troubles en fonction de l'avancée dans la vie). Par ailleurs, différentes maladies peuvent être responsables de cécité (Enquête HID à domicile : 1 personne sur 1 000 est aveugle) ou de malvoyance (2,6 % de la population à domicile). Parallèlement, les personnes qui déclarent un déficit plus ou moins sévère de l'audition dans l'enquête SPS 2000 représentent 6 % de la population totale. Les troubles sensoriels imposent un dépistage précoce et une prise en charge adaptée notamment durant l'enfance (conséquences sur l'apprentissage) et chez les personnes âgées (conséquences en termes d'autonomie).¹⁵⁰

La déficience visuelle n'est pas une entité univoque et, selon son degré, on parle de cécité ou de malvoyance. Cependant si la notion de cécité est connue depuis l'Antiquité, la prise en considération de la malvoyance est bien plus récente et remonte aux vingt dernières années. Selon les cas, la déficience peut affecter la vision centrale, la vision périphérique et bien souvent les deux. On comprend alors que son retentissement fonctionnel soit très variable d'un individu à l'autre. La perte de la vision centrale va entraîner une incapacité plus ou moins importante pour lire, écrire, regarder la télévision ou encore reconnaître des visages. Elle est également à l'origine de confusions dans les actes de la vie courante. La perte de la vision périphérique altère la perception de l'espace et du mouvement, et affecte particulièrement les déplacements, surtout dans un environnement inconnu. La personne malvoyante limitera le plus possible ses sorties à l'extérieur du domicile. Chez la personne âgée, ces effets vont souvent se cumuler avec ceux d'autres déficiences associées, en particulier auditives et intellectuelles, et sont souvent majorés d'une part par une moindre capacité à compenser le déficit par les autres sens et d'autre part par un certain renoncement devant la fatalité. Bien qu'il constitue une voie d'entrée dans la dépendance, le handicap visuel est souvent négligé par l'entourage et les professionnels de santé car il est difficile à percevoir et à comprendre.¹⁵¹

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

Les données citées concernent le plus souvent les déficiences visuelles.

a. Chez les 0-14 ans :

En ce qui concerne la morbidité déclarée, arrivent en troisième position les problèmes ophtalmologiques avec, pour l'essentiel, les troubles de la réfraction

¹⁵⁰ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁵¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 158

(myopie, hypermétropie, astigmatisme) et le strabisme. Ces troubles sont un peu plus souvent cités pour les filles.¹⁵² De plus, le dépistage des anomalies visuelles et auditives, assuré notamment de façon systématique par les services de PMI et de santé scolaire, permet leur prise en charge (près de 20 % des enfants portent des lunettes). Cela est fondamental si l'on considère le rôle essentiel des capacités sensorielles dans le bon développement des apprentissages et donc de l'intégration scolaire.¹⁵³

b. Chez les 15-44 ans :

En ce qui concerne la morbidité déclarée, 4 femmes sur 10 présentent des troubles de la réfraction (30 % des hommes).¹⁵⁴

c. Chez les 45-74 ans :

En ce qui concerne la morbidité déclarée, sont citées en premier lieu les affections ophtalmologiques et celles de la bouche et des dents, dont respectivement 94 et 82 % des individus se déclarent atteints. Pour les maladies de l'œil, il s'agit essentiellement de troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie et presbytie). Leur prévalence légèrement supérieure pour les femmes s'explique par leur âge plus élevé, mais la différence entre sexes devient marginale par rapport à ce qu'elle était pour la tranche d'âge précédente.¹⁵⁵ De plus, la chirurgie de la cataracte constitue la troisième cause d'hospitalisation tous âges confondus après les séjours pour traumatismes et ceux liés à la grossesse et l'accouchement. Apparaissant nettement dès la tranche d'âge 45-74 ans, elle constitue le quatrième motif de séjour masculin avec un séjour sur quarante et le deuxième motif pour les femmes avec un sur vingt-cinq.¹⁵⁶

Les maladies de l'oreille concernent essentiellement la surdité (9 % des femmes 16 % des hommes).¹⁵⁷

d. Chez les plus de 75 ans :

Les données de morbidité déclarée ne concernant que les personnes vivant à domicile, elles ne prennent pas en compte la morbidité des personnes âgées vivant en institution¹⁵⁸. En ce qui concerne la morbidité déclarée, les atteintes sensorielles, notamment de la vue et de l'audition, sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Les atteintes ophtalmologiques sont surtout, comme dans toutes les classes d'âge, des troubles de la réfraction (presbytie, myopie, hypermétropie) qui concernent 70 % des plus de 75 ans et sont

¹⁵² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 71

¹⁵³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 87

¹⁵⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 93

¹⁵⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 115

¹⁵⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 121

¹⁵⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 116

¹⁵⁸ Celles-ci, qui représentent 10 % des personnes de plus de 75 ans et 15 % des plus de 80 ans, sont en outre des personnes dont l'état de santé est en moyenne moins bon.

fréquemment corrigés puisque 80 % des personnes âgées déclarent porter des lunettes. S'y ajoute, et ceci est par contre spécifique à cette classe d'âge, la cataracte dont 25 % des hommes et 32 % des femmes se déclarent atteints. Les données d'enquête ne permettent pas de préciser s'il s'agit de cataractes opérées ou non.¹⁵⁹

Le poids important des affections ophtalmologiques dans les motifs d'hospitalisation s'explique par la fréquence des séjours pour cataracte. Cette pathologie, qui résulte d'une opacification du cristallin et peut bénéficier d'un traitement chirurgical efficace, est à elle seule à l'origine de 9 % des séjours chez les plus de 75 ans, dans environ 20 % des cas en ambulatoire. La cataracte est à l'origine de près d'environ 400 000 hospitalisations chaque année, dont 200 000 chez les personnes de 75 ans et plus. Le taux d'hospitalisation pour ce type d'intervention a été multiplié par 3 entre 1986 et 1998, le progrès des techniques chirurgicales ayant permis d'améliorer le rapport risque-bénéfice de ces interventions et donc d'élargir leurs indications.¹⁶⁰ La **cataracte** est une opacification du cristallin qui se manifeste par une diminution progressive de la vision. Son retentissement sur la qualité de vie est très important, avant même le stade de déficience visuelle, comme en témoigne la gêne occasionnée pour la conduite automobile qui affecte plus encore la population rurale. Malgré l'efficacité de son traitement, la cataracte non opérée reste encore l'une des principales causes de malvoyance dans les pays industrialisés.

La **dégénérescence maculaire liée à l'âge** (DMLA) est l'ensemble des lésions dégénératives de la rétine centrale survenant après 50 ans. Elle atteint 30 % des personnes à partir de 75 ans. De retentissement très variable, elle entraîne d'abord une gêne à la lecture et peut évoluer vers une déficience grave affectant la vision centrale. Il n'existe pas actuellement de traitement dont l'efficacité soit avérée à moyen terme. La DMLA est la première cause de cécité dans les pays industrialisés, où elle représente environ la moitié des cas dans la tranche 75-84 ans et plus de deux cas sur trois après 85 ans.

Le **glaucome chronique** est une maladie complexe du nerf optique dont l'évolution provoque une destruction progressive et irréversible du champ visuel. Sa prévalence se situe entre 2 et 5 % à partir de 70 ans et il constitue la troisième cause importante de déficience visuelle chez les personnes âgées. Il s'agit d'une déficience très invalidante dans la vie quotidienne. Son traitement est à la fois médical et chirurgical, et sa prévention repose sur un dépistage systématique rendu difficile par son caractère insidieux et non douloureux.

Par ailleurs, près d'une personne âgée de plus de 75 ans sur trois vivant à domicile déclare souffrir de **troubles de l'audition**. La principale cause en est la déficience auditive liée à l'âge, ou presbycusie. Il s'agit d'une surdité bilatérale qui s'installe progressivement et qui, contrairement aux déficiences visuelles, est souvent mal identifiée au début par la personne âgée car elle se traduit plus par une perte de l'intelligibilité du langage que par une diminution de la sensation d'intensité sonore. L'isolement relationnel s'installe insidieusement, les échanges avec l'entourage se réduisent progressivement dans un contexte de résignation. Un dépistage précoce devrait permettre d'identifier les personnes qui doivent bénéficier d'un bilan approfondi et de mettre en place si nécessaire une prise en

¹⁵⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 140

¹⁶⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 144

charge adaptée. Celle-ci peut reposer sur un appareillage auditif qui vise à amplifier les phénomènes sonores, ainsi que sur une rééducation orthophonique. Dans tous les cas, un temps d'adaptation est nécessaire et cette période nécessite un soutien important des professionnels et de l'entourage. La différence importante entre le pourcentage de personnes âgées déclarant souffrir de troubles de l'audition (près d'une sur trois), et celui des porteurs d'une prothèse auditive (8 %) laisse à penser que cette prise en charge pourrait être améliorée. La fréquence des troubles de la vue et de l'audition et leur prise en charge souvent insuffisante expliquent la prévalence des déficiences visuelles et auditives qui, selon les données de l'enquête HID, atteignent respectivement 22 et 38 % des personnes de 75 ans et plus.

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants concernant les pathologies visuelles :

La déficience visuelle peut affecter tous les âges de la vie, mais les deux étapes extrêmes que sont la petite enfance et le grand âge sont particulièrement concernées. Cependant si les problèmes de la malvoyance infantile sont actuellement en régression grâce aux progrès simultanés de la prévention et de la thérapeutique et au développement de la réadaptation, la malvoyance des personnes âgées est un phénomène d'importance croissante et pose de nouveaux problèmes.

La pathologie visuelle est fréquente chez le sujet âgé et, du fait de l'allongement de la durée de vie, les personnes âgées malvoyantes seront non seulement plus nombreuses dans les années à venir, mais devront également vivre de plus en plus longtemps avec leur handicap.

L'ensemble des études épidémiologiques montre que la prévalence de la déficience visuelle augmente de façon exponentielle avec l'âge à partir de 50 ans. Des projections effectuées à partir d'enquêtes internationales estiment à un peu plus de 250 000 le nombre de déficients visuels âgés de 75 ans et plus. À partir de 85 ans, 10 à 15 % de la population est concernée et même 25 % en milieu institutionnalisé.

☞ Recommandations concernant la malvoyance des personnes âgées :

Améliorer la prise en charge de la malvoyance du sujet âgé nécessite de mettre en place des moyens d'action qui doivent viser tant à prévenir les déficiences évitables qu'à aider les personnes handicapées visuelles.

La prévention des déficiences évitables repose à la fois sur le dépistage de maladies comme le glaucome, ainsi que sur une meilleure gestion d'affections curables comme la cataracte dont les progrès thérapeutiques semblent encore exclure certaines catégories de la population, en particulier les personnes vivant en institution.

Dans les cas où la déficience est constituée, la prise en charge repose à la fois sur des techniques de réadaptation et sur l'accompagnement social des personnes aveugles ou malvoyantes. La réadaptation du handicap visuel consiste alors à permettre une meilleure utilisation des possibilités visuelles restantes, ainsi que des sens compensatoires. Elle fait intervenir de nombreux professionnels de santé et peut être proposée au sein d'établissements spécialisés ou en médecine de ville. Malgré son efficacité, la réadaptation visuelle est moins pratiquée en France que dans d'autres pays industrialisés pour de multiples raisons, dont le manque de structures de prise en charge, un déficit d'information à la fois des professionnels et des patients, ainsi que le coût élevé des aides techniques qui pour l'adulte ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Cette réadaptation, qui nécessite une coopération importante de la personne, est plus

difficile chez les sujets très âgés, pour lesquels l'aménagement des lieux de vie reste parfois la seule ressource.

La déficience visuelle du sujet âgé constitue un réel problème de santé publique dont l'importance est restée jusqu'à présent sous-estimée et dont le retentissement médico-économique doit être mieux évalué. Sa résolution se trouvera cependant vraisemblablement confrontée à la réduction prévisible de l'offre de soins en ophtalmologie.¹⁶¹

☞ A propos de ... :

- *Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie*, Anaes, rapport et recommandations, octobre 2002.

Tableau 21 : Troubles sensoriels (vue et audition)

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	✓

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

¹⁶¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 159

RECOURS AU SYSTEME DE
SANTÉ DONT
L'AMÉLIORATION CONSTITUE
UNE PRIORITÉ DE SANTÉ
PUBLIQUE¹⁶²

IVG et contraception

Couverture vaccinale par le ROR

¹⁶² Partie rédigée par Gérard Badeyan

IVG ET CONTRACEPTION

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

En 2000, on évaluait le nombre d'IVG à 214 000, soit 6 % de plus qu'en 1990. Entre 1990 et 1998, le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans a légèrement diminué (de 13,6 à 13,3). Si l'on restreint l'observation aux femmes de 15 à 44 ans, il s'est au contraire un peu accru (de 15,0 à 15,4). En fait, ce taux stable après 25 ans a plutôt crû pour les jeunes et très jeunes femmes. Ces taux situent la France à un niveau moyen en Europe¹⁶³.

Ainsi donc, alors que le recours aux méthodes de contraception médicalisée n'a cessé de s'accroître en France depuis les années soixante-dix, on observe parallèlement une relative stabilité des échecs de contraception. Certes le pourcentage de grossesses dites non prévues a sensiblement décliné entre 1970 et 1985, mais le recours à l'IVG reste quant à lui stable sur les vingt dernières années. Au-delà de l'hypothèse selon laquelle le recours à l'IVG serait aujourd'hui plus systématique en cas d'échec de contraception, ce « paradoxe contraceptif » conduit à s'interroger sur l'accessibilité des différentes méthodes de contraception mais aussi sur les conditions d'accès à l'IVG.

Les échecs de contraception ne résultent pas uniquement de situations où la femme ou le couple n'utilisent pas de contraception. En fait, la proportion de femmes qui ne désirent pas d'enfant et qui ne pratiquent pas de contraception est très faible (moins de 3 %), et environ 10 % des premiers rapports sont aujourd'hui sans protection. C'est la pratique supposée *régulière* de la contraception qui pose question¹⁶⁴.

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

On n'observe plus de différences de comportements selon la catégorie sociale et le lieu de résidence pour ce qui concerne l'utilisation de la pilule et du stérilet par les femmes adultes dans l'enquête de l'Ined de 1994. Concernant les jeunes, les données sur les grossesses et le recours à l'IVG conduisent cependant à penser qu'un effet de sélection sociale dans l'accès à la contraception existe bel et bien. On constate, par exemple, que les grossesses sont plus fréquentes chez les jeunes filles issues de milieux sociaux défavorisés. Le rapport à la maternité n'est certes pas le même dans les différents groupes sociaux et la survenue d'une grossesse chez une adolescente ne saurait être systématiquement qualifiée d'accidentelle : pour nombre d'adolescentes la grossesse était en fait désirée et la maternité un moyen d'acquérir une identité et un statut social. Mais il n'en reste pas moins que la fréquence du recours à l'IVG est, elle aussi, plus élevée chez les jeunes filles issues de milieux sociaux défavorisés : 1 % des jeunes filles scolarisées dans des filières classiques déclarent avoir déjà eu une IVG, contre 8 % pour celles scolarisées en milieu professionnel.

Ces inégalités sociales ne sauraient être pensées seulement en termes d'appartenance à un groupe socio-économique. D'autres enjeux apparaissent déterminants dans la survenue de certains échecs de contraception. Ainsi l'inadéquation de la méthode de contraception utilisée avec les conditions de vie et la situation affective et sexuelle de la femme peut être une source d'échec. Le déficit d'information, surtout observé chez les jeunes, est rarement seul en jeu. Au-delà des raisons

¹⁶³ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁶⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 106

structurelles, comme la difficulté d'accéder aux institutions à même de les informer, le fait que les femmes vivent une sexualité qu'elle perçoit comme socialement stigmatisée représente l'obstacle de fond à l'accès à l'information et à une bonne pratique de la contraception. Ainsi, si la communication sur la sexualité et la contraception au sein de la famille est plus facile aujourd'hui, il n'en reste pas moins que certaines jeunes femmes ne souhaitent pas parler de leur vie intime avec leurs parents et que d'autres ne le peuvent pas¹⁶⁵.

☞ **Recommandations :**

▪ **Améliorer l'accès à l'IVG.**

Deux récents rapports font état d'un certain nombre de dysfonctionnements du système de santé et soulignent en particulier le manque de capacité du secteur public à répondre aux demandes des femmes. Cette situation est liée à la restriction des budgets, à la dévalorisation de l'acte et au manque de statut des personnels. Une recherche récente sur les conditions d'accès à l'IVG montre que l'absence d'information sur les lieux de recours à l'IVG contribue également à générer des inégalités dans l'accès aux soins et que les femmes qui se rendent en premier lieu chez leur médecin généraliste sont moins bien orientées ultérieurement que les autres. Il faut aussi souligner que le recours au RU 486 reste limité : 40 % des femmes pourraient théoriquement y avoir recours alors qu'elles n'ont été que 28 % à l'utiliser en 2000¹⁶⁶.

▪ **Élargir la réflexion sur la prévention.**

Les personnes en situation de vulnérabilité et de précarité sociale apparaissent particulièrement concernées par les différents risques liés à la sexualité, qu'il s'agisse des interruptions volontaires de grossesse, des maladies sexuellement transmissibles (en recrudescence depuis quelques années) ou de l'infection à VIH. L'accès aux moyens de prévention doit encore être amélioré, non seulement du point de vue de la diffusion de l'information mais aussi et surtout au niveau de l'accessibilité sociale et financière des différents moyens de contraception et de prévention. La réflexion entre chercheurs et responsables de l'action publique et acteurs de terrain, déjà largement mise en œuvre dans le domaine de l'infection à VIH doit être élargie et prendre simultanément en compte les différents risques liés à l'activité sexuelle, qu'il s'agisse des IVG, des MST ou de l'infection à VIH¹⁶⁷.

☞ **A propos de... :**

- *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, rapport et recommandations de l'Anaes, mars 2001.

¹⁶⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 106

¹⁶⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 108

¹⁶⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 108

Tableau 22 : IVG et contraception

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

COUVERTURE VACCINALE PAR LE ROR

☞ Objectif(s) :

Réussir à terme à interrompre la transmission des trois maladies par l'obtention d'un taux de couverture vaccinale de 95 % à deux ans et l'administration d'une seconde dose avant 6 ans

☞ Importance :

Pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, les taux de couverture vaccinale des enfants ont progressé entre 1985 et 2000, atteignant en 2000 près de 84 % à 2 ans et un peu plus de 90 % à l'entrée en école maternelle et à 6 ans. Cette couverture vaccinale reste encore insuffisante, comme en témoigne l'augmentation des cas de rubéole au cours de la grossesse en 1997¹⁶⁸.

☞ Indicateurs :

- Couverture vaccinale des enfants à l'âge de deux ans. *Source : certificats de santé Drees*
- Couverture vaccinale des enfants à l'âge de trois-quatre ans. *Source : bilans de PMI Drees*
- Couverture vaccinale des enfants à l'âge de six ans. *Source : enquêtes en milieu scolaire Drees-Desco-InVS*

☞ Déterminants :

La politique de vaccination en France est établie par le ministère en charge de la santé à partir des avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, sur la base des recommandations du Comité technique des vaccinations. La création de ce comité en 1985 répondait au souci du ministère de disposer d'une expertise spécialisée dans le domaine de la vaccination, dans un contexte d'évolution rapide du calendrier vaccinal résultant de la combinaison de multiples facteurs parmi lesquels on peut citer les objectifs très ambitieux de contrôles de certaines maladies établis au niveau international (élimination au niveau européen voire éradication au niveau mondial). Si de tels objectifs permettent à terme d'espérer l'interruption des vaccinations spécifiques, ils nécessitent dans un premier temps un renforcement des stratégies de vaccination. Ainsi l'objectif d'élimination de la rougeole s'est traduit par l'adjonction d'une seconde dose de vaccin et des campagnes de rattrapage ciblées sur certaines tranches d'âge seront probablement nécessaires en France¹⁶⁹.

☞ Recommandations :

La mise en œuvre d'une politique vaccinale dépasse largement l'élaboration du calendrier de vaccination. En effet, pour que celui-ci soit appliqué de manière effective un certain nombre de conditions doivent être remplies.

- Le calendrier doit être largement diffusé et justifié auprès des professionnels de santé et du public. La multiplicité des acteurs de la vaccination en France rend difficile la dissémination de l'information concernant la vaccination, situation

¹⁶⁸ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, Drees*

¹⁶⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1994-1998*, p. 155

expliquant probablement en grande partie la stagnation de la couverture vaccinale à l'âge de 2 ans contre la rougeole, la rubéole et les oreillons au dessous de 85 %. Les outils tels que le Guide des vaccinations ou les campagnes de promotion de certaines vaccinations menées par le Comité français d'éducation pour la santé montrent les efforts récents faits dans ce domaine. L'informatisation des cabinets médicaux permettant la mise en place de réseaux représente à cet égard un espoir d'amélioration de la communication dans les deux sens concernant la vaccination.

- Cette amélioration est d'autant plus fondamentale que les objectifs d'élimination/éradication ne peuvent se satisfaire d'une proportion même faible de la population échappant à la vaccination. L'élimination de la rougeole nécessitera ainsi des couvertures supérieures à 95 % pour les deux doses. La vaccination ne peut plus se concevoir dans un tel contexte comme un choix individuel mais dans une démarche collective nécessitant l'adhésion de tous. Cette adhésion est d'autant plus difficile à obtenir que des niveaux élevés de couverture entraînent la quasi-disparition des maladies et que la crainte des effets secondaires de la vaccination peut prendre le pas sur celle de la maladie.
- Enfin des outils de suivi et d'évaluation de la politique vaccinale sont indispensables. Il s'agit essentiellement de la mesure de la couverture vaccinale, de l'évaluation de l'efficacité vaccinale, du suivi des effets secondaires et de la surveillance épidémiologique¹⁷⁰.

☞ A propos de... :

Tableau 23 : Vaccination ROR

Mortalité prématurée		Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	
Qualité de vie		Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	✓

¹⁷⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1994-1998*, p. 157

PROBLEMES DE SANTE, FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIES EVITABLES

Diabète

Dyslipidémies

Hypertension artérielle

Surpoids et obésité

DIABETE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

Le diabète, maladie métabolique chronique, se caractérise par la gravité de ses complications (aiguës et chroniques dont les atteintes vasculaires, rénales, neurologiques et ophtalmologiques). On décrit deux types de diabète : le **diabète de type I** (ou insulino-dépendant, précoce, diagnostiqué dans l'enfance, faisant l'objet d'un suivi spécialisé) et le **diabète de type II** (le plus fréquent, représentant 90 % de l'ensemble des diabètes, plutôt tardif, son début insidieux retarde souvent le diagnostic de plusieurs années, pendant lesquelles des complications se développent).¹⁷¹

En France métropolitaine, l'échelon national du service médical de l'Assurance maladie (CNAMTS) a pu estimer le nombre de patients traités par des antidiabétiques oraux et/ou de l'insuline à près de 1,8 million et la prévalence du diabète à 3 % tous âges confondus. Il faut préciser que le nombre de personnes diabétiques est supérieur en raison des diabètes équilibrés par régime alimentaire seulement et du retard au dépistage du diabète de type II. On estime que ce dernier touche aujourd'hui près de 2 millions de personnes. Les données relevées par la CNAMTS en 1994 et en 1999 montrent une croissance de 26,4 % en cinq ans (toutes modalités thérapeutiques et tous âges confondus) qui peut s'expliquer par l'allongement de la durée de vie, l'évolution démographique (génération « baby-boom » ayant plus de 55 ans), l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ou encore une sous-évaluation des enquêtes antérieures.¹⁷²

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 15-44 ans :

Le diabète représente la deuxième cause d'entrée en ALD avec 12 000 personnes (9,1 % des motifs pour les hommes et 8,6 % pour les femmes).¹⁷³

b. Chez les 45-74 ans :

Chez les 45-74 ans, les troubles métaboliques deviennent un motif fréquent de recours aux soins de ville. Le diabète représente 6 % des motifs de recours chez les hommes et 4 % chez les femmes.¹⁷⁴ De plus, le diabète représente le sixième motif de recours hospitalier pour les hommes comme pour les femmes. Mais les principes de recueil des données dans le cadre du PMSI conduisent à

¹⁷¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁷² *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁷³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 99

¹⁷⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 117

une sous-estimation du poids réel de cette pathologie. En effet, pour les recours dus à une manifestation diabétique localisée à un organe représentant en elle-même un problème clinique, c'est cette affection qui est retenue comme motif d'hospitalisation. Les rétinopathies diabétiques sont ainsi décomptées dans le chapitre des « maladies de l'œil et de ses annexes » et non dans celui des « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ». ¹⁷⁵

Parmi les motifs de mise en ALD, le diabète (troisième cause d'ALD entre 45 et 74 ans) apparaît pour 37 000 hommes et 30 000 femmes. Dans cette tranche de la population, le diabète, qui est déclaré par 6 % des sujets, constitue donc un motif important de recours aux soins ce qui représente un taux de mise en ALD de 414 pour 100 000 personnes protégées en 1998. ¹⁷⁶

c. Chez les plus de 75 ans :

Les affections endocriniennes et métaboliques sont retrouvées dans 14 % des séances de médecin. Parmi elles, le diabète est observé pour les deux sexes dans 5 % des séances. De plus, 12 000 admissions en ALD concernent des personnes âgées atteintes de diabète (7,3 % des motifs d'admission des hommes et 7,8 % de ceux des femmes).¹⁷⁷

☞ Indicateurs :

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP : *Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient*, 1998
- *Stratégie de prise en charge du diabétique de type II à l'exclusion des complications*, rapport et recommandations de l'Anaes, mars 2000.
- *Suivi du patient diabétique de type II à l'exclusion du suivi des complications*, rapport et recommandations, janvier 1999.

¹⁷⁵ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 121

¹⁷⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 132

¹⁷⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 147

Tableau 24 : Le diabète

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Pathologies induites	✓
----------------------	---

DYSLIPIDEMIES

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

La dyslipidémie correspond à une modification qualitative ou quantitative d'un ou plusieurs paramètres des lipides sériques. La dyslipidémie athérogène correspond à une ou plusieurs des anomalies suivantes : hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, diminution du HDL-cholestérol ou augmentation du LDL-cholestérol.¹⁷⁸ Les patients dyslipidémiques sont définis par une augmentation des taux sériques du cholestérol et / ou des triglycérides. Ils ont de ce fait, le plus souvent, un risque accru de développer une athérosclérose dont les complications cliniques posent de graves problèmes de santé, en particulier lorsque sa localisation est coronaire.¹⁷⁹ Les dyslipidémies peuvent être primitives (c'est à dire d'origine génétique) ou secondaires (causées par : l'obésité, la consommation d'alcool, le diabète, l'hypothyroïdie, certains médicaments...). La prévention cardio-vasculaire justifie donc la prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique, notamment par un régime puis par un traitement médicamenteux.

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 45-74 ans :

Parmi les pathologies les plus fréquemment déclarées, les troubles du métabolisme des lipides (cholestérol et hyperlipidémies mixtes) touchent de façon équivalente les deux sexes (16 % des personnes). De façon générale, les troubles métaboliques deviennent un motif fréquent de recours aux soins de ville. Les troubles du métabolisme des lipides, essentiellement l'hypercholestérolémie, interviennent ainsi dans 10 % des consultations.¹⁸⁰

b. Chez les plus de 75 ans :

Les affections endocriniennes et métaboliques sont retrouvées dans 14 % des séances de médecin. Parmi elles, les troubles du métabolisme des lipides (hypercholestérolémie ou hyperlipidémies mixtes notamment) sont observés pour les deux sexes dans 6 % des séances.¹⁸¹

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

¹⁷⁸ *Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire*, Anaes, Octobre 2000.

¹⁷⁹ *Prise en charge du patient dyslipidémique*, Afssaps, septembre 2000.

¹⁸⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 117

¹⁸¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 117

☞ Recommandations :

☞ A propos de ... :

- *Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire*, Anaes, Octobre 2000
- *Prise en charge du patient dyslipidémique*, Afssaps, septembre 2000

Tableau 25 : Les dyslipidémies

Mortalité prématurée	✓	Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	✓
Qualité de vie	(✓)	Prévention tertiaire	
Déterminants liés aux comportements individuels		✓	
Déterminants liés à l'environnement			
Déterminants génétiques		✓	
Déterminants sociaux			
Déterminants liés à une défaillance du système de santé			
Pathologies induites		✓	

HYPERTENSION ARTERIELLE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

L'hypertension artérielle (HTA) est à la fois un facteur de risque cardio-vasculaire et une pathologie à part entière. Même si elle n'est pas toujours optimale, comme l'ont notamment montré des travaux récents de la Cnamts sur l'HTA, la prise en charge de ce facteur de risque en médecine de ville constitue probablement l'un des éléments explicatifs de la décroissance rapide des taux de mortalité cardio-vasculaire, qui concerne à la fois les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles de la conduction et du rythme cardiaque. Mais les cardiopathies ischémiques constituent encore aujourd'hui le premier motif d'hospitalisation et la deuxième cause de décès chez les hommes de 45 à 74 ans, et la troisième cause de décès chez les femmes.¹⁸²

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 45-74 ans :

Un quart des individus des deux sexes déclarent souffrir d'hypertension artérielle (21,9 % des hommes et 26 % des femmes). Au niveau du recours aux soins de ville, les maladies hypertensives représentent le motif d'une séance sur cinq (même proportion de séances chez les hommes (21 %) et les femmes (18 %)).¹⁸³

b. Chez les plus de 75 ans :

La pathologie cardio-vasculaire la plus souvent en cause dans le recours aux soins de ville est, pour les deux sexes, l'hypertension artérielle, retrouvée dans près de 30 % des séances.¹⁸⁴

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

☞ Recommandations :

☞ A propos de ... :

¹⁸² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 131

¹⁸³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 116-117

¹⁸⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 142

Tableau 26 : L'hypertension artérielle

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	
Déterminants génétiques	(✓)
Déterminants sociaux	
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	

Pathologies induites	✓
----------------------	---

SURPOIDS ET OBESITE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :

Selon l'expertise collective de l'INSERM réalisée en partenariat avec la CNAMTS, la prévalence de l'obésité augmente dans la plupart des pays, y compris la France. Différents travaux sont en cours pour permettre une meilleure évaluation de ce problème de santé. Selon l'enquête santé protection sociale 2000 du CreDES, la prévalence déclarée du surpoids en France (valeur de l'IMC supérieure à 25 kg/m²), chez les 18 ans et plus, est de 36,9 % chez les hommes et 22,1 % chez les femmes. En ce qui concerne la prévalence déclarée de l'obésité (valeur de l'IMC supérieure à 30kg/m²) chez les personnes de 18 ans et plus, elle se situait alors aux alentours de 10 % (9,8 % chez les hommes et 9,7 % chez les femmes). Cette proportion est en augmentation pour les deux sexes. En effet, il y a dix ans la prévalence de l'obésité déclarée était de 6,1 % pour les hommes et de 6,8 % pour les femmes.¹⁸⁵

De plus, selon l'enquête réalisée en milieu scolaire en 2000-2001¹⁸⁶, il apparaît que 14 % des enfants de 6 ans présentent une surcharge pondérale, dont 4 % une obésité et 10 % un surpoids modéré. A cet âge, les filles apparaissent plus sujettes aux surcharges pondérales que les garçons (4,4 % d'obèses contre 3,3 % chez les garçons, et 11,5 % d'entre elles sont en surpoids modéré contre 8,8 % pour les garçons). Les enfants des grandes agglomération sont plus fréquemment en surpoids que ceux des habitants des communes rurales. Par ailleurs, la proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît nettement plus importante en ZEP (17,3 % contre 13,3 % dans les autres zones), ceci étant vrai pour la surcharge pondérale sévère comme pour le surpoids modéré.

Les registres MONICA attestent d'importantes disparités régionales avec une prévalence particulièrement élevée dans le Nord et dans l'Alsace. Ces disparités régionales sont également retrouvées dans les données de conscription de 1996 avec un rapport de 1 à 2 entre le taux le plus faible (Bretagne : 11,3 %) et le taux le plus fort (Corse : 24,2 %).¹⁸⁷

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les 0-14 ans :

L'obésité des enfants constitue un problème mal appréhendé par les sources de données exploitées dans le cadre du rapport du HCSP *La santé en France 2002*. Mais contrairement aux troubles du comportement et de la santé mentale, auxquels elle peut d'ailleurs être rattachée par certains de ses aspects, il s'agit d'un problème aisé à quantifier. Une étude récente de l'unité Nutrition de l'Institut de veille sanitaire (InVS) auprès d'un échantillon représentatif d'enfants de 7 à 9 ans

¹⁸⁵ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁸⁶ *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, Études et résultats, Drees, n° 155, janvier 2002.

¹⁸⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 186

montre une prévalence du surpoids et de l'obésité de 14 % chez les garçons et de 18 % chez les filles.¹⁸⁸

b. Chez les 15-44 ans :

Chez les 15-44 ans, la surcharge pondérale, un des facteurs de risque majeur du diabète et des maladies cardio-vasculaires, est en train de prendre en France des proportions inquiétantes à l'image de ce qui se passe aux Etats-Unis. Une enquête menée par la Sofres (ObEpi, Sofres - Inserm) qui repose sur des données déclarées par les personnes et donc peut-être minorées en ce qui concerne le poids, montre que le nombre de personnes présentant un surpoids ou une obésité a progressé en l'espace de quatre ans. En 2000, selon cette enquête, 40 % des Français présentent un surpoids ou une obésité, dont 10 % sont obèses. La prévalence du surpoids ou de l'obésité augmente très fortement entre les classes d'âge 15-24 et 35-44 ans, passant de 12 % à 46 % chez les hommes et de 11 % à 29 % chez les femmes. Les objectifs fixés par le Programme national nutrition santé deviennent une réelle priorité pour l'ensemble du pays.¹⁸⁹

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

1. Chez les 0-14 ans :

Le niveau de prévalence du surpoids et de l'obésité et sa tendance continue à la progression sont très inquiétants. En effet, outre son retentissement social et psychologique, l'obésité dans l'enfance majore considérablement le risque d'obésité à l'âge adulte, et donc de survenue de nombreuses maladies (diabète, maladies cardio-vasculaires, certains cancers, difficultés respiratoires, atteintes articulaires...). Cette situation résulte principalement d'une part de la modification des comportements alimentaires avec le développement du grignotage et la consommation importante d'aliments riches en sucres, d'autre part de la diminution de l'activité physique favorisée notamment par un usage immodéré de la télévision et des jeux vidéo. Sa reconnaissance en tant que problème de santé et donc sa prise en charge restent insuffisantes, comme en témoigne son absence parmi les principales pathologies déclarées et les principaux motifs de recours aux soins. La récente mise en place du programme national nutrition santé témoigne toutefois d'une prise de conscience des enjeux de la prévention dans ce domaine.¹⁹⁰

2. Chez les 15-44 ans :

Chez les 15-44 ans, les modes de vie et d'alimentation se sont considérablement modifiés dans la période récente. De façon générale, les apports caloriques ont légèrement diminué alors que les dépenses physiques diminuaient de façon beaucoup plus importante du fait notamment de la moindre pénibilité des métiers, de la diminution des efforts physiques de la vie courante et du temps passé devant la télévision. Par ailleurs, l'alimentation s'est industrialisée, enrichie en matières grasses

¹⁸⁸ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 91

¹⁸⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 111

¹⁹⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 92

d'origine animale et en glucides. C'est ainsi que la surcharge pondérale, l'un des facteurs de risque majeur du diabète et des maladies cardio-vasculaires, est en train de prendre en France des proportions inquiétantes à l'image de ce qui se passe aux Etats-Unis.¹⁹¹

3. Pour les 45-64 ans :

L'obésité concernait selon l'enquête ObEpi près de 14 % des hommes et 12 % des femmes âgés de 45 à 64 ans en 2000.¹⁹²

☞ Recommandations :

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP : *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, 2000.*
- *Prise en charge de l'obésité ou le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités, recommandations pour la pratique clinique labellisées par l'Anaes, Société francophone de nutrition entérale et parentérale, novembre 1998*

Tableau 27 : Le surpoids et l'obésité

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants liés aux comportements individuels	✓
Déterminants liés à l'environnement	✓
Déterminants génétiques	✓
Déterminants sociaux	✓
Déterminants liés à une défaillance du système de santé	(✓)

Pathologies induites	✓
----------------------	---

¹⁹¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 110

¹⁹² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 132

AUTRES DETERMINANTS, FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIES EVITABLES

Comportements sexuels à risque

Consommation d'alcool

Consommation de drogues illicites

Consommation de tabac

Inégalités sociales et géographiques

Malnutrition

Risques liés à l'environnement physique et professionnel

COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

Les résultats du Baromètre santé 2000 montrent qu'une grande majorité des personnes de 15 à 49 ans interrogées déclare avoir déjà eu des rapports sexuels (90,3 % des hommes et 90,8 % des femmes). Les proportions sont : à 15 ans 15 %, à 18 ans 59 %, à 20 ans 82 %, et à 25 ans 97 %. L'âge moyen déclaré du premier rapport sexuel est de 17,5 ans pour les hommes et 18,7 ans pour les femmes.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, il existe une évolution importante des comportements. Avant les grandes campagnes de prévention de l'infection à VIH, son port était peu fréquent (12 %) pour progressivement atteindre 86 % en 1999.¹⁹³

D'après l'enquête *Connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida*¹⁹⁴ (dans un échantillon représentatif des 18-54 ans), il existerait une tendance à la baisse du multipartenariat. Cependant, les auteurs de l'enquête notent un relâchement des comportements de prévention depuis 1998 (baisse de la crainte du sida et de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois).

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1998¹⁹⁵, les approches du comportement sexuel des français sont principalement :

- Le passage de la notion de risque sexuel à la notion de risque de la sexualité

La notion de risque dans le domaine de la sexualité correspond bien entendu à la probabilité de développer après un rapport sexuel une pathologie dont la plus grave est l'infection à VIH, mais également la probabilité de l'initialisation d'une grossesse non désirée...

La notion du risque nul dans ce domaine correspond à l'absence de relation sexuelle ou à l'application stricte des techniques de protection. L'enseignement des sciences humaines et sociales amène à relativiser cette notion et oblige à analyser les comportements vis-à-vis du risque par rapport aux contextes socioculturel, économique, politique et affectif propres à chaque individu.

Ainsi, l'étude du risque dans le domaine de la sexualité, comme dans d'autres domaines, interroge la théorie de la rationalité des comportements humains et

¹⁹³ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees et Baromètre santé 2000, Editions CFES.

¹⁹⁴ I.Grémy (coord.) : « *Les connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France – Evolution 1992,1994, 1998, 2001* », ORS Ile-de-France , ANRS, 2001 et *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees.

¹⁹⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 197-199

permet de distinguer une approche économique, une approche affective et cognitive, une approche sociologique du risque.

La notion économique d'utilité espérée peut s'appliquer au comportement de prévention. L'individu adoptera un comportement sans risque si la satisfaction qu'il en attend est supérieure à celle du comportement à risque. L'exemple qui peut en être donné est l'acceptation d'un rapport non protégé dans une relation de prostitution. Si le besoin d'argent est supérieur à la crainte de contracter une maladie, l'individu adoptera alors un comportement à risque.

Pour les auteurs développant les thèses cognitivistes, l'individu prend sa décision après avoir décodé, analysé et hiérarchisé une multitude d'informations. Cette approche théorique postule que les variables psychologiques prédominent dans le choix de l'individu.

Dans le domaine de la sexualité, cette théorie place le sentiment amoureux comme facteur important de prise de risque.

Pour les sociologues, les comportements individuels sont largement conditionnés par les contraintes exercées par les structures sociales. Le comportement de l'individu s'inscrit alors dans une trajectoire où l'environnement social joue un grand rôle.

Prenant en compte ces risques de la sexualité, N. Bajos montre que durant les années quatre-vingt-dix l'adoption d'un comportement de protection dépend du contexte socio-économique, politique, culturel et idéologique dans lequel évoluent les individus, des caractéristiques des réseaux sociaux dans lesquels ils sont insérés, de leurs représentations sociales en matière de sexualité, de leurs trajectoires sociales et sexuelles et, in fine, de la nature des relations affectives et sexuelles. Ainsi, la perception qu'un individu a d'avoir un comportement à risque apparaît être une variable complexe qui ne joue pas nécessairement un rôle central dans l'adoption de comportements préventifs.

- Le sida : seul risque médiatisé des comportements sexuels

L'irruption dans le domaine de la sexualité de l'infection par le VIH au début des années quatre-vingt a largement contribué à modifier les méthodes et les indicateurs d'analyse des comportements sexuels des Français. Là où les enquêtes se préoccupaient plus de la technique sexuelle, l'ère du sida a amené les chercheurs à se préoccuper davantage des comportements source de contamination et à intégrer dans leurs enquêtes des items épidémiologiques en plus grand nombre (nombre de partenaires différents sur une période donnée, utilisation de préservatifs...).

De même, les crédits de recherche sur les comportements sexuels des Français ont largement augmenté et permis d'accroître la connaissance utile aux développements des campagnes de prévention.

☞ Recommandations :

☞ A propos de ... :

Tableau 28 : Comportements sexuels à risque

Mortalité prématurée	
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants sociaux	
----------------------	--

Pathologies induites	✓
----------------------	---

CONSOMMATION D'ALCOOL

☞ Objectif(s):

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 : D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans, réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales, réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.

☞ Importance :

1. Constat général :

Le taux de mortalité directement lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué environ de 40 % en 20 ans. Toutefois, on estime entre 35 000 et 45 000, le nombre de décès par an attribuables à la consommation d'alcool soit environ 10 % de l'ensemble des décès. Ainsi en 1999, on recensait encore 22 442 décès directement liés à la consommation chronique excessive d'alcool (environ 12 % par psychose alcoolique et alcoolisme, 38 % par cirrhose alcoolique et 50 % par cancer des voies aérodigestives supérieures). Huit sur dix atteignent les hommes. Dans plus d'un cas sur deux, ces décès touchent des personnes de moins de 65 ans. De plus, l'enquête réalisée en 2000 auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé estime qu'environ un cinquième de l'activité du système de soins concerne des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive.¹⁹⁶

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

a. Chez les jeunes :

Dans le rapport 2002¹⁹⁷, la consommation d'alcool chez les jeunes a été étudiée. L'enquête européenne Health Behavior School-Aged Children (HBSC), menée en 1994 et en 1998 dans un échantillon représentatif d'écoles de 28 pays et coordonnée par le bureau régional de l'OMS à Copenhague, permet de décrire les consommations d'alcool des enfants de 11 à 15 ans.

La France est plutôt en position « favorable » : Dans le groupe de tête des pays pour la proportion d'enfants n'ayant jamais consommé d'alcool : 50 % à 11 ans, 32 % à 13 ans et 14 % à 15 ans. Par comparaison, les proportions sont respectivement de 23 %, 6 % et 4 % pour l'Angleterre et de 30 %, 13 % et 5 % pour l'Italie. Les garçons sont légèrement plus « expérimentateurs » avant 13 ans dans tous les pays (environ 5 garçons pour 3 à filles), mais cette différence disparaît ensuite.

¹⁹⁶ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

¹⁹⁷ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 90

La France est en position intermédiaire pour la consommation régulière d'alcool¹⁹⁸ : 9^e rang à 11 ans, avec 6 % des garçons et 3 % des filles, mais 14^e rang à 15 ans, avec 31 % des garçons et 15 % des filles. La France est également en bonne position pour la proportion d'élèves indiquant s'être enivrés au moins deux fois : moins de 1 % à 11 ans, 20 % pour les filles et 29 % pour les garçons à 15 ans. En Angleterre, 3 % des filles et 9 % des garçons se sont enivrés à 11 ans et 50 % des filles et des garçons à 15 ans. C'est en France que la consommation régulière (au moins une fois par semaine) a le plus diminué entre 1994 et 1998 : - 9 % pour les garçons et - 3 % pour les filles de 15 ans.

Par contre les épisodes d'ivresse ont augmenté dans la même période, comme dans tous les pays (+ 5 % pour les garçons et + 7 % pour les filles). Ainsi, partant d'une situation sans doute plus péjorative qu'ailleurs en Europe, la situation actuelle de la France est comparativement positive pour la consommation d'alcool des moins de 15 ans. Mais cela ne doit pas faire oublier que cette place est sans doute liée en partie à l'aggravation de la situation dans les autres pays et à une modification des modes de consommation : la recherche de l'ivresse remplace progressivement la consommation régulière.

b. Pour les hommes de 15 à 44 ans :

L'alcool constitue déjà une cause importante de décès, juste après les morts violentes (même si les taux de décès sont largement inférieurs à ceux des classes d'âge plus élevées). Associé au tabac, l'alcool est un déterminant important des 460 décès annuels par cancer des voies aérodigestives supérieures. L'alcool est aussi directement à l'origine de 900 décès masculins chaque année (cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme). Par ailleurs, l'alcoolisme aigu entraîne 23 000 hospitalisations par an chez les hommes et est un motif de recours très fréquent aux services d'accueil des urgences. Parmi les 15-44 ans relevant du régime général d'assurance maladie, on dénombre par ailleurs 1 000 admissions en affection de longue durée pour troubles mentaux dus à l'alcool et 1 000 admissions pour cirrhoses alcooliques.¹⁹⁹

Dans le rapport 2002, il est souligné que, chez les 15-44 ans, la consommation excessive d'alcool reste l'un des déterminants majeurs des traumatismes et des morts violentes. Ainsi en 1993, 30 % des responsables présumés d'accidents mortels de la circulation présentaient un taux d'alcoolémie illégale. Le rôle de l'alcool dans la survenue des suicides est également connu, notamment dans la mesure où la consommation de boissons alcoolisées facilite le passage à l'acte, mais est aussi susceptible d'induire une dégradation de l'environnement familial ou social des personnes concernées.²⁰⁰

c. Chez les 45-74 ans :

Les décès par cirrhose continuent à diminuer pour les deux sexes, suivant la même tendance que la consommation d'alcool.²⁰¹

¹⁹⁸ au moins une fois par semaine

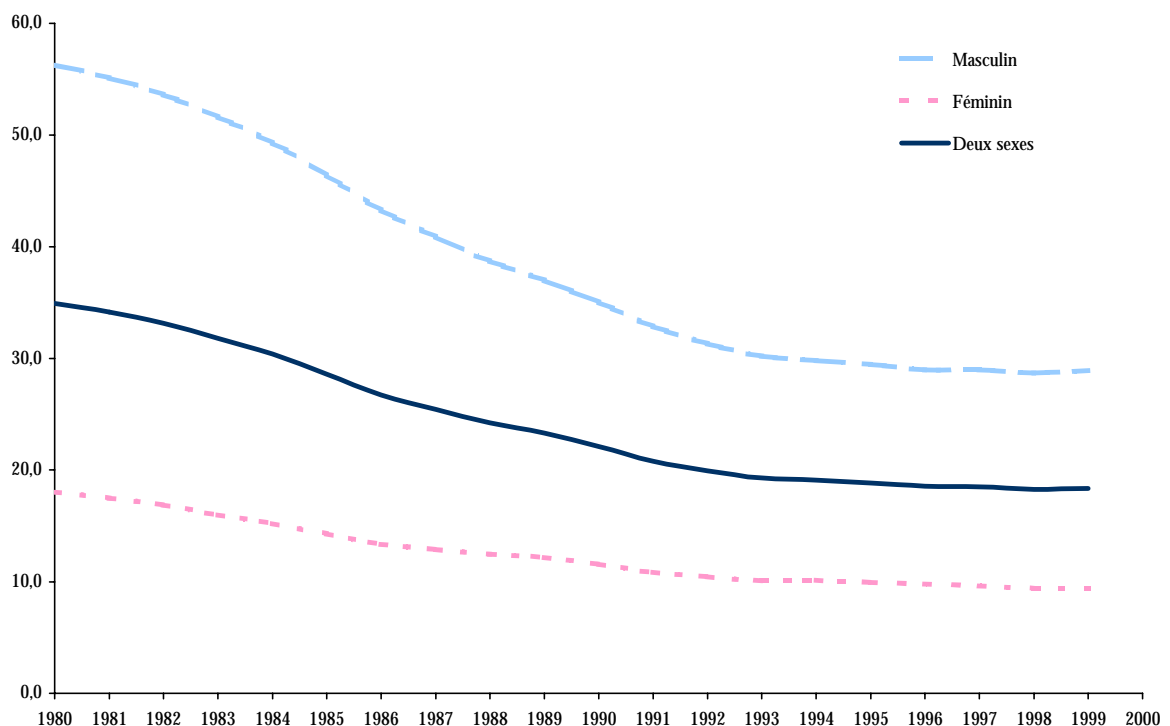
¹⁹⁹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 101-102

²⁰⁰ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 102

²⁰¹ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 128

☞ Indicateurs :

- Consommation moyenne par adulte de 15 ans ou plus (en litres). *Source 1944 : Insee*
- Evolution de la consommation excessive d'alcool chez les adultes (en % de la population). *Source 1994 : Insee - Enquête décennale de santé 1992*
- Mortalité par cirrhoses et maladies chroniques du foie (tous âges) (taux de mortalité standardisés par âges pour 100 000 habitants). *Source 1994 : OMS-HFA*
- Hospitalisation en court séjour pour alcoolisme. *Source 1994 : Drees*
- Mortalité par alcoolisme (tous âges), taux de mortalité standardisés par âge, ventilés par sexe et lissés par période de 3 ans. (graphique 16)



Source : Inserm-CépiDc

PSYCHOSE ALCOOLIQUE ET ALCOOLISME ET CIRRHOSE ALCOOLIQUE (291,303,571.0-3,5)

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 : D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans, réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales, réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.

Commentaire : les causes de décès choisies pour illustrer la mortalité par alcoolisme sont les psychoses alcooliques et cirrhoses. Les cirrhoses ne sont pas exclusivement dues à l'alcoolisme, par ailleurs l'alcoolisme entre en compte dans de nombreux autres décès : accidents, suicides, autres cancers. Cette mesure de la mortalité par alcoolisme est donc indirecte, mais les évolutions dans le temps mesurées avec cette même définition peuvent être considérées comme significatives des phénomènes étudiés.

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994²⁰², il est précisé que si des singularités liées à l'organisation psychoaffective doivent être retenues dans le déterminisme des conduites d'alcoolisation, d'autres facteurs les influencent. L'alcool est intégré aux différentes cultures, il possède une valeur symbolique forte. C'est pourquoi les politiques de santé diffèrent d'un pays à l'autre et il paraît souhaitable de les adapter même au niveau régional. La consommation d'alcool est relativement précoce chez les jeunes. Elle augmente avec l'âge, elle est plus importante chez les garçons que chez les filles. Les conduites d'alcoolisation chez les jeunes présentent des singularités par rapport aux consommations des adultes, on note en particulier la fréquence des consommations intenses discontinues. A l'âge adulte les disparités liées au sexe demeurent, tant au niveau des modalités d'alcoolisation que dans l'importance de la consommation. S'il n'existe pas de relation directe entre les professions et catégories sociales et les conduites d'alcoolisation, on constate une vulnérabilité spécifique de certains groupes sociaux. Le poids indéniable des facteurs sociaux interfère avec d'autres facteurs : biologiques, psychologiques, culturels, dont la multiplicité invite à proposer des mesures diversifiées et adaptées selon les situations.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 2002, des recommandations sont faites pour certaines tranches d'âge :

- Chez les 15-44 ans²⁰³ : Certes la consommation moyenne d'alcool diminue régulièrement dans cette tranche d'âge ; il n'en reste pas moins que la tolérance de la société française vis-à-vis de la consommation excessive d'alcool est encore très grande et que les efforts déployés par les pouvoirs publics en termes de prévention restent peu adaptés. La difficulté à faire appliquer la législation concernant la publicité sur les boissons alcoolisées, le lobbying efficace des producteurs, l'absence de campagne de prévention récente de grande ampleur sont en faveur de ce constat. *A contrario*, on peut espérer que l'élargissement du champ de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) à l'alcool et au tabac constitue le premier geste public vers une nouvelle politique. (Faire évoluer les mentalités, informer, modifier les comportements, responsabiliser les consommateurs, suivre les évolutions de la consommation...).
- Chez les 45-74 ans : De même, si la baisse de la consommation d'alcool est régulière sur les dernières décennies et conduit à une diminution significative de la mortalité qui lui est liée, celle-ci demeure plus élevée que dans les pays comparables. La nécessité de l'action contre l'usage nocif de l'alcool tient également à son rôle dans la survenue des accidents et des violences.

Dans le rapport 1994²⁰⁴, les mesures principales retenues pour atteindre l'objectif étaient :

- Agir sur les conduites d'alcoolisation :
 - Actualiser le dispositif législatif et réglementaire (réforme du Code des débits de boissons, du Code de la route).

²⁰² Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 280

²⁰³ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 102

²⁰⁴ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 280-281

- Promouvoir et assurer la cohérence entre les campagnes d'information et les actions de proximité dans les établissements scolaires, les lieux de travail, les espaces de loisir et de convivialité.
- Promouvoir et valoriser l'image du consommateur de boissons non alcooliques.
- Développer l'ensemble des moyens et des structures d'aide aux personnes qui ont un problème avec l'alcool
 - Redéfinir les missions du « dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme » et harmoniser ses moyens.
 - Créer ou développer les autres structures nécessaires à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : unités d'alcoologie ; centres de postcure ; réseaux ville – hôpital ; foyers d'accueil pour femmes alcoolodépendantes avec enfants ; foyers d'hébergement et de réinsertion.
 - Promouvoir un travail en réseau incluant le dispositif spécialisé, les structures hospitalières, les médecins généralistes, les travailleurs sociaux...
- Développer les actions en milieu spécifique :
 - dans les entreprises ;
 - actions d'insertion pour les bénéficiaires du RMI ;
 - actions auprès des femmes enceintes...
- Elaborer et mettre en œuvre des programmes régionaux. Commencer par les régions où la consommation d'alcool et ses conséquences sont les plus importantes.
- Augmenter le nombre de personnes compétentes en alcoologie :
 - Promouvoir l'enseignement de l'alcoologie auprès des médecins généralistes, des infirmières, des travailleurs sociaux...
 - Augmenter le nombre de personnels actifs dans ce domaine.
- Recherches :
 - Construire les instruments de suivi de l'importance et de l'évolution du phénomène.
 - Confier aux observatoires régionaux de la santé le suivi des indicateurs utiles en alcoologie.
 - Développer la recherche fondamentale.
 - Développer la recherche clinique et épidémiologique ainsi que la recherche en sciences sociales.

- Mener des études épidémiologiques pour étudier la prévalence des diverses formes de la maladie alcoolique dans différentes populations : clientèle des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques, des médecins généralistes...²⁰⁵
- Développer les recherches sur les actions utilisables pour modifier les conduites et les comportements.
- Evaluer régulièrement les structures de prise en charge des personnes ayant un problème avec l'alcool, quant à leur fonctionnement et leurs résultats.

☞ A propos de ... :

- Avis HCSP : *Faire face aux problèmes posés par les conduites d'alcoolisation*, 1998.
- Revue ADSP n°4 *Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool*, septembre 1993.
- *Conduites d'alcoolisation*, recommandations pour la pratique clinique labellisées par l'Anaes, Société Française d'Alcoologie, septembre 2002
- *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage*, conférence de consensus de l'Anaes, mars 2001.

Tableau 29 : La consommation d'alcool

Mortalité prématurée	✓	Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	✓
Qualité de vie	✓	Prévention tertiaire	

Déterminants sociaux	✓
----------------------	---

Pathologies induites	✓
----------------------	---

²⁰⁵ Etudes menées en 2000

CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

☞ Objectif(s) :

Rappel des objectifs de 1994 : Réduire la consommation d'héroïne sans augmentation de la consommation de cocaïne ou de ses dérivés ; réduire l'apparition de problèmes de santé chez les toxicomanes, en particulier les nouvelles contaminations par les virus du Sida et des hépatites ; favoriser leur insertion sociale.

☞ Importance :

La consommation de drogues illicites est marginale en population générale, en dehors du cannabis. Néanmoins, elle reste préoccupante chez les toxicomanes. Le niveau d'expérimentation du cannabis est nettement inférieur à celui des produits licites tels que tabac et alcool, cependant 21,6 % des 18-75 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie. L'évolution au cours de la dernière décennie est à la hausse de l'expérimentation, cette tendance étant particulièrement marquée chez les jeunes. L'héroïne est le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaire et sociale. De plus, les usagers de drogue ayant recours aux structures sanitaires et sociales sont dans $\frac{3}{4}$ des cas des hommes. Il faut préciser que 63 % des usagers de drogues injectables vus en 1999 en établissements spécialisés déclarent être atteints du virus de l'hépatite B (16 % au VIH).²⁰⁶

☞ Indicateurs :

- Produit principal consommé par les toxicomanes vus en centres spécialisés. *Source 1994 : Drees*
- Produits incriminés lors d'interpellations pour usage de drogues. *Source 1994 : ministère de l'Intérieur.*
- Mise en place des "programmes Méthadone". *Source 1994 : DGS.*
- Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants, selon les produits, 1980-1995. *Source 1998 : Octris.*
- Interpellations pour usage simple et usage-revente de stupéfiants, 1972-1997. *Source 1998 : Octris.*
- Evolution du nombre de recours annuels aux centres spécialisés dans le traitement des toxicomanies. *Source 1998 : Drees.*
- Evolution du nombre de consommateurs d'héroïne pris en charge dans les structures de prise en charge sanitaires et sociales. *Source 1998 : Drees.*

²⁰⁶ Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, Drees

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994²⁰⁷, les facteurs qui influencent la consommation de drogues illicites sont décrits comme multiples. Des dysfonctionnements familiaux fréquents, une désinsertion scolaire et professionnelle précoce marquée par des échecs scolaires et une délinquance juvénile (25 % des toxicomanes incarcérés avaient des problèmes avec la justice avant leur toxicomanie). La présence de troubles psychologiques précoces est également fréquente (dépression adolescente avec de fréquentes tentatives de suicide). L'offre de produits illicites est évidemment un facteur qui influe sur l'importance du problème. En revanche, l'hypothèse de l'escalade induisant un passage entre le cannabis et l'héroïne ne peut être démontrée avec rigueur. Si, d'après les données du rapport 1994, 41 % des toxicomanes qui fréquentent le dispositif de prise en charge ont consommé en premier lieu du cannabis seul, on sait que cinq millions de Français ont consommé ou consomment du cannabis, sans autre consommation de produit illégal. Par ailleurs, 20 % ont directement commencé par l'héroïne et 14 % par de l'alcool, des médicaments ou des solvants.

Dans le rapport 1998²⁰⁸, il est noté le problème de l'émergence de nouveaux produits, dont l'ecstasy à cette période. Il existe une plus grande diversité des produits utilisés par les toxicomanes. De fait, si la consommation d'héroïne tend à se tasser, les consommateurs de drogues et notamment les plus jeunes, se sont tournés vers d'autres produits adoptant parfois des comportements de polytoxicomanie. Le HCSP conclue que l'apparition de ces nouveaux produits et de nouveaux modes de consommation oblige à définir des stratégies de prévention.

☞ Recommandations :

Certaines des mesures jugées comme essentielles pour atteindre l'objectif dans le rapport 1994²⁰⁹ ont été mises en place par des plans gouvernementaux. Cependant, il n'est pas inutile de les rappeler :

- Promouvoir la prévention et la prise en charge des personnalités fragiles et à risque au moment de la préadolescence.
- Réduire le recours à l'injection en développant la politique de substitution et en améliorant la prise en charge et les conditions de sevrage.
- Réduire le délai entre la première injection et le premier recours aux soins en impliquant les éducateurs de rue dans l'orientation des usagers de drogue vers les professionnels de santé, en développant les lieux de contact avec les toxicomanes (types « boutique » : lieu ouvert, chaleureux où sont prévus une petite restauration, de petits soins infirmiers, la possibilité de se doucher, de laver son linge voire la mise à disposition de quelque places d'hébergement en urgence) et en améliorant les conditions d'accueil dans les lieux de soins.
- Promouvoir l'éducation à la santé des toxicomanes, en utilisant les lieux de contact, en développant les programmes d'échanges de seringues, en favorisant l'émergence de groupes d'auto-support, en développant les actions de soutien aux prostituées, et en diffusant des brochures spécialement élaborées pour ce type de public.

²⁰⁷ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 256

²⁰⁸ Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 184

²⁰⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 257

- Améliorer l'intégration socio-économique des toxicomanes par la poursuite et l'accentuation des politiques de la ville, de l'emploi des jeunes et du logement social et plus spécifiquement par l'accroissement des centres de postcure et des appartements thérapeutiques.
- Améliorer la santé mentale de cette population en accroissant la capacité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes à prendre en compte ce type de problèmes et en impliquant les secteur de psychiatrie dans la prise en charge.
- Recherche :
 - Etude sur la morbidité des toxicomanes.
 - Mise au point d'un indicateur d'évolution du nombre d'usagers de drogue intraveineuse parmi la clientèle des services d'accueil des urgences.

Dans le rapport 1998²¹⁰, il est fait état de diverses mesures recommandées par le HCSP qui ont été promues dans le cadre d'une politique de réduction des risques : la substitution, la relance de l'injonction thérapeutique, la promotion des actions de prévention et les prises en charge.

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, 2000
- Revue ADSP n° 22, *Usages de drogues et toxicomanies*, mars 1998
- *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés*, conférence de consensus de l'Anaes, avril 1998.

Tableau 30 : La consommation de drogues illicites

Mortalité prématurée		Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	
Qualité de vie	✓	Prévention tertiaire	✓

Déterminants sociaux	✓
----------------------	---

Pathologies induites	✓
----------------------	---

²¹⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 186- 190

CONSOMMATION DE TABAC

☞ Objectif(s) :

Rappel de l'objectif quantifié de 1994 :	D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35% les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans, diminuer la proportion de femmes qui continuent à fumer pendant leur grossesse.
--	--

☞ Importance :

1. Constat général :

On estime que la consommation de tabac est responsable de 60 000 décès par an soit plus d'un décès sur 9. Les deux tiers environ de ces décès peuvent être considérés comme prématurés. 95% de ces décès concernent les hommes. Tous âges confondus, 21 % de la mortalité masculine et 1 % de la mortalité féminine seraient attribuables au tabac. Compte tenu de la consommation de tabac, les projections prévoient 165 000 décès en 2025, soit un doublement des décès masculins et un déculement des décès féminins. Les ventes de tabac diminuent depuis 1990 (5,7 cigarettes en moyenne par personne et par jour en 1990 pour 4,7 en 2000). En 2000, 7,5 millions d'hommes et 5,2 millions de femmes âgées de 15 ans et plus déclarent fumer au moins une cigarette par jour, soit 27 % de cette population. La tendance générale est à la diminution de la fréquence du tabagisme. Cependant, les tendances sont moins favorables pour les adolescents de 14 à 18 ans chez qui on observe depuis quelques années une augmentation du tabagisme quotidien.²¹¹

2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

De 15 à 44 ans :

Chez les hommes de 15 à 44 ans, le tabac constitue une cause importante de décès, juste après les morts violentes (même si les taux de décès sont largement inférieurs à ceux des classes d'âge plus élevées). Le tabac est un facteur de risque important des 670 décès annuels par cancer de la trachée, des bronches et du poumon avec un taux de 5,3 pour 100 000 (il est de 168 pour 100 000 dans la tranche d'âge supérieure). À noter que ce cancer, pratiquement inexistant chez les femmes il y a quelques années, représente aujourd'hui la 7^e cause de décès (210 cas par an) et connaît une augmentation de fréquence considérable. Associé à l'alcool, le tabac constitue un déterminant important des 460 décès annuels par cancer des voies aérodigestives supérieures.²¹²

²¹¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003*, Drees

²¹² Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 101

☞ Indicateurs :

- Consommation annuelle de tabac par habitant. *Source 1994 : Insee Seita*
- Evolution des proportions de fumeurs par sexe et par groupe d'âge. *Source 1994 : Insee enquête décennale de santé*
- Pourcentage de fumeurs chez les jeunes de 12 à 18 ans. *Source 1994 : Inpes*
- Evolution du prix du tabac en France. *Source 1994 : Insee*
- Tabac et catégorie sociale. *Source 1994 : Insee enquête décennale de santé*
- Tabagisme chez les médecins généralistes (en %). *Source 1994 : CFES Baromètre Santé 1992*
- Consommation de tabac, comparaison européenne (nombre de cigarettes annuelles). *Source 1994 : OMS-HFA*

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1994²¹³, il est mentionné un certains nombre de facteurs susceptibles d'influencer l'usage de tabac :

- **L'activité professionnelle et le milieu social.** Les données de l'enquête santé 1991-1992 (Insee Sesi) confirment que la prévalence du tabagisme, une fois éliminés les effets de la structure par âge, est fortement liée à l'activité professionnelle et au milieu social. Chez les hommes, les ouvriers sont les plus nombreux à fumer (16 % de plus que la moyenne des hommes). Les artisans-commerçants et les employés se situent également au dessus de la moyenne. Les cadres supérieurs (- 23 %) et les agriculteurs (- 21 %) sont par contre très au dessous de la moyenne. Chez les femmes, l'activité de bureau apparaît comme la plus favorable au tabagisme (les employées se situent à plus de 20 % par rapport à la moyenne, suivies par les cadres supérieurs et les commerçants et artisans). En outre, le fait que les étudiantes ont le même niveau de consommation que les étudiants confirme la progression du tabagisme chez les femmes. Le stress lié à l'activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi semble jouer un rôle : les chômeurs sont les plus nombreux à fumer (60 % des hommes et 30 % des femmes), alors que les femmes au foyer et les personnes en retraite sont les moins nombreuses à fumer. La France manque de données concernant l'impact du niveau d'instruction et de l'évolution dans la vie des niveaux de revenus, qui sont, d'après des enquêtes effectuées au Royaume-Uni, des déterminants importants du tabagisme. Ces enquêtes ont démontré en outre que les catégories qui cumulent les désavantages (bas niveau d'éducation, bas revenus, allocataires de subvention, habitants dans des logements sociaux, travailleurs manuels...) ont un niveau de tabagisme plus élevé, et échappent aux mesures de contrôle du tabagisme et en particulier à l'effet dissuasif de l'élévation du prix de vente du tabac.
- **L'initiation au tabac et l'évolution vers la dépendance.** Chez les jeunes, le processus d'initiation et de développement de l'usage du tabac se déroule sur

²¹³ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 285-286

plusieurs années. Le premier stade est celui pendant lequel l'adolescent se forge une opinion et une attitude à l'égard du tabac. Un adolescent, à ce stade, est susceptible de fumer lorsqu'il est incertain de sa détermination à ne pas fumer dans l'avenir. Ensuite, les essais se répètent et l'usage s'installe, le tabagisme pendant cette période étant intermittent et de faible niveau. Le stade ultérieur est celui de l'usage régulier du tabac. Enfin, lorsque le jeune pense ne plus pouvoir s'en passer, c'est le stade de la dépendance. L'usage quotidien de la cigarette s'observe avec une certaine fréquence principalement chez les plus âgés des adolescents. Les facteurs déterminant la susceptibilité de fumer chez les adolescents dépendent à la fois de caractéristiques propres à l'adolescent et d'autres caractéristiques liées à son environnement social. Parmi les premières, les enquêtes retrouvent les difficultés scolaires, l'interruption prématurée de la scolarité, l'affirmation d'un esprit d'autonomie et d'indépendance, le peu de sensibilité aux effets du tabagisme, enfin une attitude positive déclarée envers l'usage du tabac. Parmi les secondes, la plus puissante est le tabagisme chez les pairs, notamment chez le ou la meilleur(e) ami(e). Interviennent également le fait que le tabagisme soit encouragé et approuvé par les pairs, le tabagisme dans la famille, la tolérance par les membres de la famille du tabagisme chez les jeunes, le tabagisme dans la communauté scolaire, tant chez les camarades que chez les maîtres, le tabagisme chez les leaders d'opinion (vedettes, sportifs, journalistes...). En réalité, le plus puissant facteur déterminant d'initiation du tabagisme chez les jeunes est son degré d'acceptabilité sociale dans la communauté des adultes.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 2002²¹⁴, il est précisé que la prévention primaire des facteurs de risque constitue le premier grand axe d'action de lutte contre le cancer. Ainsi les habitudes tabagiques sont particulièrement en cause, comme le montre l'accélération de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes ces dernières années. L'entrée dans les tranches d'âge intermédiaires de la vie, avec l'apparition des premiers troubles fonctionnels et la prise de conscience des effets de l'âge, est souvent favorable à des modifications de comportement. Le bénéfice de l'arrêt du tabagisme à tout âge est notamment bien documenté. Mais ces modifications sont bien sûr d'autant plus favorables qu'elles surviennent précocement, l'idéal étant même d'éviter la prise d'habitudes de consommation à l'adolescence.

De plus, dans le rapport 1994²¹⁵, les différentes mesures pour atteindre l'objectif sont :

- Maintenir le dispositif actuel : en particulier l'interdiction de la publicité, les interdictions de fumer dans les lieux clos à usage collectif, les actions d'éducation pour la santé sous forme de communication de masse et sous forme d'actions adaptées, ciblées vers des groupes particuliers, l'inscription d'avertissement sanitaire au consommateur et la limitation des taux de goudron dans les cigarettes.
- Augmenter de 15 % chaque année les taxes sur le tabac de manière à parvenir en l'an 2000 à une augmentation de 70 % du prix de vente au détail.
- Organiser une action spécifique auprès des professionnels de santé, au titre de l'exemplarité, et obtenir dans cette population une réduction importante du

²¹⁴ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 128

²¹⁵ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 287-288

tabagisme (moins de 10 % de médecins fumeurs en l'an 2000 pour environ 35 % actuellement).

- Mettre largement à disposition des fumeurs les techniques médicamenteuses et non médicamenteuses validées d'aide à l'arrêt du tabac.
- Intégrer la lutte contre le tabagisme dans les programmes scolaires et intensifier les actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire de manière à retarder de façon significative, chez les garçons comme chez les filles, l'âge de début du tabagisme. Il est très important d'avoir à l'esprit les différentes étapes qui s'écoulent entre le stade où l'adolescent est un non fumeur non confirmé, susceptible de fumer, et celui où il utilise régulièrement le tabac. C'est au cours de cette période de plusieurs années, durant laquelle le processus n'est pas fixé, qu'il faut développer les programmes de prévention.
- Ils doivent cibler les adolescents qui fument irrégulièrement, par exemple massivement lors d'une soirée, pour s'arrêter totalement pendant une période qui peut être prolongée.
- Aider les femmes enceintes à éviter de fumer en leur proposant le recours d'un service approprié, en impliquant leur entourage familial et professionnel pour éviter qu'il ne fume devant elle.
- Inciter les prescripteurs de contraceptifs hormonaux à prodiguer un conseil d'arrêt auprès des fumeuses.
- Recherche :
 - Recueillir les indicateurs permettant de suivre les résultats de la politique mise en place et de mesurer son impact.
 - Etudier l'évolution du tabagisme dans les différentes catégories de population (catégories sociales, classes d'âge).
 - Etudier plus spécifiquement la liaison entre l'évolution des infarctus et pathologies coronariennes, cancers des voies respiratoires, insuffisance respiratoires chroniques, artérites, accidents vasculaires cérébraux et l'évolution de la consommation de tabac.
 - Mieux connaître la proportion de femmes qui cessent de fumer durant la grossesse et la fréquence des petits poids de naissance liés au tabagisme.
 - Approfondir les connaissances sur les conséquences à long terme du tabagisme passif chez les enfants.
 - Connaître plus finement les causes du comportement tabagique et les facteurs qui provoquent la dépendance.
 - Promouvoir les recherches-actions sur les modalités d'éducation pour la santé dans le domaine du tabac et l'évaluation des techniques d'aide à l'arrêt du tabac.

☞ A propos de ... :

- *Arrêt de la consommation du tabac*, conférence de consensus, Anaes, octobre 1998.

Tableau 31 : La consommation de tabac

Mortalité prématurée	✓	Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	
Qualité de vie	✓	Prévention tertiaire	
Déterminants sociaux		(✓)	
Pathologies induites		✓	

INEGALITES SOCIALES ET SPATIALES DE SANTE

☞ Objectif(s) :

Dans les trois rapports, trois grands types d'inégalités face à la santé sont abordés : inégalités entre hommes et femmes, inégalités entre catégories sociales favorisées et moins favorisées et inégalités entre régions.

Rappel des objectifs de 1994 :

Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale.

Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

☞ Importance :

L'existence de fortes inégalités sociales de santé dans notre pays, alors même que les dépenses publiques de santé y sont parmi les plus élevées du monde, est une des composantes du « paradoxe français ». Le constat établi en 1994 s'est malheureusement confirmé : les inégalités ne régressent pas. La France fait moins bien en ce domaine que nombre de ses partenaires européens.

En particulier la mortalité des ouvriers et des employés est aujourd'hui près de 3 fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales. Mais d'autres chiffres sont tout aussi frappants :

- L'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans en France entre les zones d'emplois du nord et du sud de la France.
- La différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre atteint 6,5 années.
- Le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (moyenne française 100).
- Pour de nombreux indicateurs, comme la mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans), la France connaît une situation plus péjorative que la plupart de ses grands voisins européens.

Dans certains domaines pourtant considérés prioritaires par les politiques de santé, ces inégalités restent importantes, par exemple :

- le taux de prématurité varie du simple au triple et la fréquence des petits poids à la naissance du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère,
- 32 % des Maghrébins et 54 % des Africains sub-sahariens résidant en France ignorent leur séropositivité au moment où ils tombent malade du sida, contre 21 % des personnes de nationalité française.

Si ces chiffres sont aujourd'hui bien établis, au fur et à mesure que progresse la recherche sur cette question, s'accumulent des preuves que ces inégalités concernent non seulement la mortalité ou la morbidité de la population, mais aussi d'autres domaines comme le handicap et les dépendances, et leur prise en charge sociale et sanitaire. Par exemple, à handicap de gravité équivalente, la proportion

d'enfants handicapés entrant en institution est 3 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Ces inégalités sont aussi spatiales et géographiques, et c'est le second enseignement apporté par le rapport 2002. Les inégalités régionales de mortalité se sont accrues en France entre 1975 et 1990 et on observe, par exemple, une surmortalité spécifique à l'âge de 30 ans et de 40 ans dans les petites villes par rapport aux campagnes et aux pôles urbains régionaux. La géographie de l'obésité des hommes jeunes constitue un autre exemple emblématique de ces inégalités géographiques : sa fréquence (qui a doublé globalement en France en 10 ans) est nettement plus marquée dans les zones rurales que dans les zones urbaines avec, aux deux extrêmes, un rapport de 1 à 3 entre l'Ile-de-France et la Corse.

Ces chiffres conduisent le Haut Comité à attirer l'attention sur deux points fondamentaux :

- Des progrès notables ont été réalisés récemment sur l'accès aux soins curatifs des plus démunis grâce à la loi relative à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de la Couverture maladie universelle. Mais le Haut Comité attire l'attention sur la situation des étrangers sans papiers et des demandeurs d'asile qui restent aujourd'hui à l'écart de ce dispositif.
- A l'inverse, en amont du soin curatif (tout ce qui concerne l'éducation pour la santé, la prévention, les dépistages) et en aval (la prise en charge du handicap par exemple), les programmes et politiques de santé poursuivis n'ont pas permis, à ce jour, de réduire des inégalités socio-spatiales fortement marquées. Ces inégalités concernent des pathologies déterminées par les conditions et les modes de vie : cancer des voies aérodigestives supérieures, maladies cardio-vasculaires, accidents de la voie publique, sida, handicaps et dépendances, dépression...

☞ Indicateurs :

☞ Déterminants :

☞ Recommandations :

Dans le rapport 1994, les principales recommandations pour atteindre l'objectif étaient :

- Afin de faire face aux problèmes liés à la **précarité** :
 - Développer des lieux d'accueil qui soient un véritable substitut de domicile, assurer dans ces lieux de transition un accompagnement progressif vers l'autonomisation, la stabilité, la réinsertion ;
 - Assurer l'existence de services de vie quotidienne qui respectent la dignité des personnes ;
 - Développer des relations contractuelles entre les pouvoirs publics et le secteur associatif sur la base de conventions d'objectifs ;
 - Lutter contre l'isolement social et accompagner les initiatives d'insertion.
 - Mieux connaître les parcours, recenser et exploiter les connaissances disponibles, mettre au point des indicateurs permettant d'évaluer les actions mises en œuvres.

- Afin d'améliorer l'accès aux soins :
 - Améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes ayant les plus bas revenus, réduire les déficits sensoriels ;
 - Confirmer le rôle des médecins généralistes et autres professionnels de proximité dans la délivrance de soins primaires ;
 - Développer les réseaux d'acteurs médicaux et sociaux sur une base territoriale en finançant les moyens de fonctionnement ;
 - Promouvoir l'adaptation des structures sanitaires et sociales à l'accueil des personnes en situation défavorisée ;
 - Généraliser la couverture sociale sur critères de résidences ;
 - Développer les activités de promotion de la santé spécifiques.

De plus, dans le rapport 2002, le Haut Comité recommande que soit renforcé l'effort de recensement et de suivi de ces inégalités. Certains « systèmes de surveillance » existants, comme celui des maladies professionnelles ou des maladies à déclaration obligatoire, ne permettent pas d'appréhender directement ces inégalités sociales. Les efforts de recherche doivent être approfondis dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins pour comprendre, au-delà des catégories socioprofessionnelles et des ressources financières des personnes, ce qui détermine ces situations sanitaires, ces comportements de santé et ces recours aux soins.

Le Haut Comité de la santé publique s'élève contre l'idée d'après laquelle les ressources publiques destinées au système de soins curatifs permettraient de corriger les inégalités socio-spatiales de santé et recommande aux pouvoirs publics de faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité non seulement des politiques de santé mais aussi, plus largement, des politiques publiques dans leur ensemble.

☞ A propos de... :

- Rapport HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Editions ENSP février 1998
- Salem G., Rican S., Jouglu E., *Atlas de la santé en France, volume 1 ; les causes de décès*. John Libbey-Eurotexte, 2000.
- Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé* Paris : Inserm 2000.

Tableau 33 : Les inégalités de santé

Mortalité prématurée	✓	Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	✓
Qualité de vie	✓	Prévention tertiaire	

Pathologies induites	✓
----------------------	---

MALNUTRITION

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :
2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

☞ Indicateurs :

- Surcharge pondérale (en %) *Source 1994 : Insee - Enquête décennale de santé*
- Composition de la ration énergétique totale. *Source 1994 : "Consommation alimentaire d'un échantillon représentatif de la population du Val-de-Marne", Herberg et coll, RESP, n°3, 1991.*

☞ Déterminants :

La nutrition constitue un déterminant essentiel, son rôle dans la survenue de très nombreuses pathologies étant désormais bien établi.

☞ Recommandations :

Dans le rapport 2002, il est précisé que les habitudes alimentaires favorables, telles que la consommation de fruits et légumes, doivent être encouragées par une pédagogie adaptée et persévérante, ainsi probablement que par une politique d'offre améliorée. Cela constitue tout l'enjeu du Programme national nutrition santé.²¹⁶

Dans le rapport 1994²¹⁷, des recommandations ont été faites pour conforter les acquis et améliorer la nutrition des Français. Deux sont prioritaires :

- Trouver dans notre patrimoine alimentaire la source principale de notre équilibre nutritionnel : les repas structurés sont des facteurs essentiels d'équilibre nutritionnel. L'organisation des prises alimentaires autour de trois repas principaux est donc à maintenir quel que soit l'âge des individus. Elle permet une plus grande diversité des sources nutritionnelles et favoriser la convivialité ainsi que le bien-être des individus.
- Favoriser une approche populationnelle adaptée aux réalités de publics spécifiques. Trois populations doivent bénéficier d'une attention particulière en terme de prévention et d'équilibre alimentaire :
 - les adolescentes (apport souvent insuffisant en calcium et en folates) et les jeunes femmes (déficit en vitamine D, en iode, en folates) ;
 - les personnes âgées exposées à des malnutritions qui fragilisent un état de santé souvent précaire ;

²¹⁶ Rapport HCSP *La santé en France 2002*, p. 128

²¹⁷ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 306-307

- les publics les plus démunis qui dans le contexte économique actuel ont une alimentation parfois déséquilibrée.
- Sur le plan de la recherche, plusieurs axes pourraient être développés. Deux sont particulièrement importants :
 - Disposer d'outils fiables qui puissent évaluer régulièrement l'évolution de l'alimentation des Français : les méthodologies d'investigations actuelles nous permettraient de disposer facilement de ces informations essentielles pour orienter les choix de santé publique en nutrition.
 - Encourager les recherches portant plus spécifiquement sur les technologies actuelles de culture, de transformation et de conservation des aliments en rapport avec la santé des individus : l'aliment qui se trouve dans l'assiette des Français est encore le produit de la nature. Mais aujourd'hui plus qu'hier, l'homme « entoure » de ses technologies nouvelles le processus de sélection, de croissance, de transformation et de conservation de cette nourriture. Cette « optimisation » des produits a-t-elle des conséquences directes ou indirectes sur la santé ? Quel est l'impact du développement de la préparation industrielle des aliments et du recours croissant à l'alimentation collective ?
- Evaluer les modalités les moins nocives et les plus efficaces d'apports nutritionnels supplémentaires pour certains groupes de population : par supplémentation des aliments de base, apport supplémentaire spécifique (ligne d'aliments pour femmes enceintes), ou forme médicamenteuse en automédication ou sur prescription médicale.
- Un dernier élément est essentiel à prendre en compte pour redonner à la nutrition sa place en Santé publique : le développement d'une véritable culture de l'information en nutrition. Au-delà d'un débat scientifique de spécialistes ou d'intérêts économiques particuliers, il faut mettre à la disposition du public des références et des repères pour adopter ou conserver des habitudes alimentaires, facteurs d'équilibre et de santé.

De plus, dans son rapport *Pour une politique nutritionnelle de santé publique* paru en juillet 2000, le Haut Comité émet plusieurs types de recommandations fondés sur le rapport élaboré pour la direction générale de la santé intitulé *Des objectifs pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* constituant le socle du Programme national nutrition-santé.

Les Objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique destinés à la population générale préconisent :

- La modification de la consommation alimentaire : réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes de 25 %, augmenter le nombre des personnes ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés de 25 %, réduire la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques quotidiens, réduire la consommation d'alcool à 20 g chez les personnes qui consomment des boissons alcoolisées (objectif situé essentiellement dans un contexte nutritionnel).

- La modification des marqueurs de l'état nutritionnel : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne de la population adulte ; réduire de 10 mm de Hg la pression ; réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité ;
- La modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation par augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne.

Des objectifs spécifiques doivent conduire à la résolution des problèmes nutritionnels observés dans certaines populations à risque (femmes enceintes, femmes en état de procréer, enfants et adolescents, sujets âgés, personnes en situation de précarité) et portant spécifiquement sur certains nutriments (fer, folates, calcium, vitamine D) ou certains risques particuliers (carences spécifiques, malformations congénitales, allergie...).

- Le rapport préconise l'actualisation des apports nutritionnels conseillés garantissant le suivi permanent de la validité des références. Par ailleurs, la diffusion d'un guide alimentaire proposant un mode d'alimentation intégré basé sur les choix d'aliments et de comportements doit permettre, à chaque individu de satisfaire les apports nutritionnels conseillés et à la collectivité d'atteindre les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique retenus. Des guides complémentaires pourront être élaborés pour les groupes concernés par les objectifs spécifiques.
- Des mesures et actions de santé publique spécifiques recommandées destinées à l'ensemble de la population doivent prévoir :
 - l'intégration de la dimension nutritionnelle dans toutes les mesures d'ordre politique touchant l'alimentation,
 - le développement de mesures législatives et politiques ayant un impact favorable sur les consommations et comportements alimentaires,
 - l'adaptation de la réglementation dans le domaine nutritionnel aux objectifs de santé publique,
 - l'incitation et le soutien des producteurs en matière de qualité nutritionnelle,
 - la promotion de l'exercice physique dans la vie quotidienne.
- Des programmes d'information et d'éducation autour des objectifs nutritionnels prioritaires et des objectifs spécifiques à certaines populations nécessitent la mobilisation de tous les partenaires concernés, (institutionnels, experts, industriels, représentants d'association...) le développement de campagnes d'information, d'instruments de communication, de contrôle des allégations présentées par les industriels. L'accent est mis sur les actions en milieu scolaire et au niveau de la restauration collective.

L'implication des industriels de l'agro-alimentaire doit se fonder sur l'amélioration de la communication, de la publicité, sur la création d'un label officiel « Programme nutrition-santé », l'utilisation d'allégations « nutritionnelles » issues de ce programme.

- Enfin, la détection et la prise en charge des maladies nutritionnelles doivent être améliorées par le développement d'outils d'évaluation clinique de l'état nutritionnel, de recommandations pour la pratique clinique concernant la

prévention, le diagnostic et le traitement des principales maladies liées à la nutrition, des démarches d'éducation du patient et la mise en place de structures d'évaluation de l'alimentation hospitalière.

Ces mesures de politiques et actions de santé publique nécessitent pour leur mise en œuvre d'un comité d'appui à la Direction Générale de la santé.

- Des mesures et actions de santé publique spécifiques doivent porter sur :
 - les carences en fer durant la grossesse,
 - l'amélioration du statut en folates des femmes en âge de procréer, du statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées ; du statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents,
 - la dénutrition des personnes âgées,
 - les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes en situation de grande précarité,
 - les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes suivant des régimes restrictifs,
 - les problèmes d'allergies alimentaires.
- Les formations médicales et para médicales initiales et continues doivent intégrer l'étude de l'alimentation, la prévention nutritionnelle et la nutrition thérapeutique.

Une formation correspondant à un nouveau métier de « diététicien nutritionniste » doit être envisagée.
- Dans l'élaboration d'une politique globale de santé, la promotion de la recherche en nutrition humaine axée sur les déterminants, l'évaluation de l'état nutritionnel et les relations entre alimentation et santé. Le rapport préconise la création d'un réseau technologique de nutrition.
- L'ajustement du Programme national nutrition-santé à l'évolution de l'état nutritionnel de la population implique la mise en place d'un dispositif de centralisation de données collectées sur la base d'échantillons, et la disponibilité de moyens d'évaluation.

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP : *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, enjeux et propositions*, 2000

Tableau 32 : Les mauvaises habitudes alimentaires

Mortalité prématurée	✓
Morbidité évitable	✓
Qualité de vie	✓

Prévention primaire	✓
Prévention secondaire	✓
Prévention tertiaire	

Déterminants sociaux	✓
----------------------	---

Pathologies induites	✓
----------------------	---

RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET PROFESSIONNEL

☞ Objectif(s) :

☞ Importance :

1. Constat général :
2. Tranches d'âges pour lesquelles des commentaires ont été faits par le HCSP :

☞ Indicateurs :

- Nombre de décès accidentels en France par intoxication au monoxyde de carbone. *Source 1994 : Inserm CépiDc*
- Personnes ayant présenté une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) déclarée. *Source 1994 : DGS.*
- Qualité microbiologique des eaux destinées à l'alimentation. *Source 1994 : DGS.*
- Qualité physico-chimique des eaux destinées à l'alimentation teneur en nitrates. *Source 1994 : DGS.*

☞ Déterminants :

Dans le rapport 1998²¹⁸, il est précisé que l'environnement est un terme qui recouvre des domaines très larges concernant aussi bien l'ensemble de la population (environnement général) que l'environnement spécifiquement lié à l'exécution de tâches professionnelles. Les populations exposées directement à des nuisances physiques, chimiques ou biologiques d'origine professionnelle, le sont habituellement à des niveaux nettement plus élevés (et parfois pendant une durée beaucoup plus longue) que la population générale exposée aux mêmes nuisances, mais dans des conditions bien différentes. On peut ainsi rappeler que la quasi-totalité des agents cancérigènes pour l'homme ont à l'origine été identifiés dans des populations exposées professionnellement (dont l'amiante). Il existe d'autres problèmes de santé importants qui ont tout ou partie de leur origine dans l'environnement professionnel : troubles musculo-squelettiques (au moins 30 % des hommes adultes souffrent de lombalgies en grande partie liées aux conditions de travail, et on observe depuis plusieurs années, dans tous les pays qui disposent de données, au développement d'une véritable épidémie d'affections péri-articulaires), troubles de l'audition (liés au bruit industriel), de la reproduction, pathologie respiratoire non tumorale, dermatologique, neuro-psychiatrique, cardio-vasculaire... À côté des nuisances de nature physico-chimique et biologique, on connaît aujourd'hui l'influence de facteurs psychosociaux associés à l'organisation du travail, dont les conséquences pour la santé concernent aussi bien la sphère somatique que mentale. Le poids de la pathologie d'origine professionnelle est donc considérable bien qu'habituellement sous-estimé, socialement très inégalitaire et économiquement coûteux.

Il s'agit pourtant de problèmes contre lesquels il est souvent possible d'agir efficacement de façon préventive : les mesures techniques ou organisationnelles sont souvent connues, la législation française donne théoriquement les moyens de les appliquer, la médecine du travail et l'inspection du travail permettent de veiller à leur mise en œuvre sur le terrain.

²¹⁸ Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 201 - 202

Les activités professionnelles sont susceptibles de générer des risques pour la population générale, exposée de façon « passive ». Les exemples sont nombreux : amiante (proximité d'installations industrielles ou de chantiers de désamiantage, fréquentation de locaux contenant de l'amiante qui peut-être mobilisée lors d'interventions de maintenance), bruit, pollution de l'air, de l'eau ou des aliments par des sources industrielles, etc. L'activité industrielle n'est évidemment pas pour la population générale la seule source de risques environnementaux, ceux-ci peuvent être d'origine naturelle ou liés à diverses activités humaines, comme la circulation automobile ou le chauffage des habitations.

Dans ce rapport quelques thèmes ont été choisis compte tenu de leur importance particulière : la pollution atmosphérique concernant l'environnement général, les troubles péri-articulaires et les maladies occasionnées par l'exposition à l'amiante concernant avant tout l'environnement professionnel.²¹⁹

Recommandations :

Dans le rapport 1994²²⁰, il est mis en avant certains facteurs susceptibles d'entraîner des problèmes de santé. L'environnement physique est un facteur important de la qualité de la vie et de la santé. De nombreux problèmes d'hygiène du milieu sont actuellement maîtrisés. Certains progrès peuvent cependant encore être réalisés et une vigilance constante est nécessaire face aux risques potentiels qui menacent la qualité de l'environnement. Dans certains domaines, des effets sur la santé publique restent à craindre parce que les mesures préventives sont insuffisamment appliquées. Deux secteurs sont particulièrement préoccupants : les nuisances dues au bruit et les intoxications au monoxyde de carbone. Ces dernières, qui peuvent parfaitement être prévenues, entraînent encore environ deux cent cinquante décès chaque année.

Dans d'autres domaines, d'importants problèmes de santé publique ont été jugulés, mais une poursuite des actions est impérative sous peine de les voir réapparaître :

- les **eaux d'alimentation** : elles peuvent encore être contaminées par des micro-organismes si la maintenance des installations de traitement de l'eau est insuffisante, ce qui se peut se produire dans les petites communes rurales ;
- l'**alimentation** : le problème de la contamination microbiologique est bien contrôlé dans l'ensemble, mais on observe encore quelques épisodes de toxi-infections alimentaires collectives parfois de grande ampleur (en particulier par salmonelle et listeria) ;
- les **déchets radioactifs** : traitement et stockage sont maîtrisés mais la multiplication des petits producteurs de déchets et la circulation des produits radioactifs venant de l'Europe de l'est nécessitent une vigilance renforcée ;
- les **installations nucléaires** : les rejets sont bien contrôlés ; cependant, la gravité potentielle d'un accident est telle qu'il est indispensable de ne pas relâcher la surveillance.

Dans certains domaines de nouveaux risques se font jour dont il convient de surveiller de près l'évolution ; certains secteurs particuliers sont encore insuffisamment connus ou peu suivis.

- Pour les eaux d'alimentation, c'est le cas de certains champignons ou parasites.

²¹⁹ Rapport HCSP *La santé en France 1998*, p. 203 - 223

²²⁰ Rapport HCSP *La santé en France 1994*, p. 301

- La pollution de l'air à l'intérieur des locaux peut poser de nouveaux problèmes du fait des modifications des modes de vie et notamment de l'augmentation de la climatisation des immeubles et d'un temps de plus en plus important passé à l'intérieur des locaux.
- En matière de **pollution atmosphérique**, l'ozone nécessite une surveillance spécifique, actuellement en cours de réalisation. La pollution par les véhicules à moteur impose dans les grandes villes des décisions quand aux schémas de développement des transports. L'augmentation de la prévalence de l'asthme et des allergies demande des investigations complémentaires. Le rapport thématique *Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé, poursuivre la réduction des risques* analyse ces aspects de façon plus complète.
- Enfin deux types de déchets posent des problèmes spécifiques. Il s'agit des **déchets agricoles** (400 millions de tonnes/an) et des boues d'épuration dont l'épandage entraîne une pollution des sols puis des eaux et aliments ; des recherches et la mise au point d'une réglementation sont nécessaires.
- Les **déchets de soins** (750 000 tonnes/an) posent un problème différent ; en effet, les techniques de traitement sont de plus en plus performantes mais il reste à créer les filières, à prévoir une réglementation et à diffuser une information sur leur usage.

Dans d'autres domaines, il n'y a pas de problème de santé publique majeur mais il est encore possible d'améliorer les résultats :

- les **eaux de loisirs** : le contrôle sanitaire est obsolète (piscine : dermatophytes, baignades en eaux douces : leptospiroses et cercaires). De nouvelles mesures de prévention seront nécessaires, reposant sur la modification du comportement des utilisateurs et le contrôle du milieu ;
- l'**assainissement** : il peut être encore amélioré en augmentant le nombre de stations d'épuration.

Enfin, dans certains domaines les risques demeurent encore incertains ce qui nécessite un approfondissement des recherches ou des investigations : les champs électromagnétiques, l'amiante, la radioactivité extérieure et dans l'habitat (radon), les micropolluants, pesticides et dérivés des produits de traitement de l'eau et les situations de pollutions accidentelles constituent autant de risques d'exposition dont l'impact sur la santé mériterait d'être mieux exploré.

Le cas particulier du **plomb** : ce problème a acquis récemment une plus grande acuité en raison de la découverte d'un effet toxique même à très faible dose. Les méthodes de réduction du risque dans les eaux d'alimentation sont connues mais nécessitent des investissements extrêmement importants qui ne pourront être réalisés que de façon progressive. Par ailleurs, la totalité des régions à haut risque n'est pas encore identifiée. La source principale d'exposition est représentée par les anciennes peintures contenant de la céruse. Des programmes de réduction du risque et de dépistage des enfants intoxiqués ont débuté en 1994.

Dans le rapport thématique du HCSP : *Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé, poursuivre la réduction des risques*, diverses recommandations ont été formulées :

- Promouvoir un effort coordonné de recherche
- Développer la formation dans le domaine santé - environnement
- Améliorer le caractère transparent et démocratique des procédures d'autorisation d'aménagements ou d'activités pouvant générer une pollution atmosphérique
- Renforcer la cohérence des politiques publiques sur la pollution atmosphérique
- Poursuivre l'effort de réduction des sources d'émissions de polluants
- Renforcer les ponts faibles de la maîtrise des expositions et des risques
- Optimiser la surveillance de la qualité de l'air en vue de l'évaluation des risques
- Améliorer l'information de la population sur la qualité de l'air

☞ A propos de ... :

- Rapport HCSP *Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé, poursuivre la réduction des risques, 2000*

Tableau 34 : Risques liés à l'environnement

Mortalité prématurée		Prévention primaire	✓
Morbidité évitable	✓	Prévention secondaire	✓
Qualité de vie	✓	Prévention tertiaire	
Déterminants sociaux			
Pathologies induites			✓

EN DEHORS DES RAPPORTS...

LES ADDICTIONS

LES HANDICAPS ET LA DEPENDANCE²²¹

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

LES MALADIES INFECTIEUSES : TUBERCULOSE, HEPATITES...

LA SANTE EN MILIEU CARCERAL (HCSP 1992)

LA SECURITE ANESTHESIQUE (HCSP 1993)

LA SECURITE SANITAIRE

LES SOINS PALLIATIFS

LES VIOLENCES

...

²²¹ L'enquête Handicaps – Déficiences et Incapacité (HID) réalisée par l'Insee apporte des connaissances importantes sur ce sujet.

OBJECTIFS D'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE²²²

AVANT-PROPOS

Dans son rapport général de 1994 sur la santé en France, le Haut Comité de la santé publique préconisait de « donner droit de cité à la santé publique », ce qui signifiait que « non seulement le système de financement soit organisé en fonction des objectifs de santé pour la population, mais que l'organisation même du système de santé lui soit subordonnée, c'est-à-dire que les décisions prises en matière de planification des structures et d'affectation de personnel à tous les niveaux [...] et dans tous les domaines [...] en dépendent, ainsi que les orientations de formation ».

Les développements qui suivent se sont donc attachés à déterminer quel était le chemin parcouru dans l'organisation du système de santé depuis cette préconisation en essayant d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Le fonctionnement actuel du système de santé est-il fondé sur des priorités de santé et la prise en compte des besoins de la population ?
- L'organisation du système de santé est-elle conceptuellement et institutionnellement cohérente ?
- La prise en compte des questions de santé s'inscrit-elle dans des processus démocratiques et participatifs ?

Ces questions structurent l'analyse des objectifs à court et moyen terme susceptibles de répondre aux enjeux actuels et futurs.

²²² Partie rédigée par Marc Duriez

Dans son premier rapport de 1994, le Haut Comité de la santé publique stigmatisait cinq failles du système de santé : un pilotage insuffisant, un système déséquilibré, un système cloisonné, un système insuffisamment régulé et relativement figé, une évaluation timide, balbutiante.

- Un **pilotage insuffisant** : les objectifs et singulièrement de la santé publique, ne font pas l'objet d'un « affichage clair » qui s'imposerait à toutes les parties. Le HCSP mettait l'accent sur la planification hospitalière trop souvent dictée par des critères de politique locale et sur l'effet néfaste de certains corporatismes notamment dans l'élaboration du *numerus clausus*.
- Un **système déséquilibré** : le système s'insère dans une logique techniciste qui favorise le déséquilibre des rapports de force entre soins et prévention. A l'intérieur du secteur préventif, la vaccination et les dépistages représentaient la quasi-totalité des investissements.
- Un **système cloisonné** : le système est géré dans le cadre d'une dualité entre le décideur (l'État) et le financeur (l'assurance maladie). Par ailleurs, l'indispensable prise en charge globale évoquée depuis de longues années reste lettre morte. La décentralisation a confié aux collectivités territoriales des missions de santé publique mais la liaison avec les instances centrales et avec le financement des actes médicaux est faible. La dépendance est prise en charge, très insuffisamment, par une mosaïque d'intervenants.
- Un **système insuffisamment régulé et relativement figé** : le système d'allocation des ressources par budget global est considéré comme un élément de pesanteur, facteur d'immobilisme. Les Références médicales opposables, instruments de la maîtrise médicalisée instituée en 1993 n'ont pas eu l'effet escompté.
- Une **évaluation timide** : sa généralisation à tous les échelons du système de soins n'est qu'ébauchée. Pourtant, selon le HCSP, elle devrait être une clé et un moteur du changement. En tout état de cause elle ne peut être efficace en l'absence d'"objectifs affichés". Les conférences de consensus sont apparues tardivement en France. Par ailleurs, la mise en œuvre de méthodes d'évaluation médico-économiques est très en retard, à l'époque, par rapport aux systèmes étrangers. Le HCSP est conduit à s'interroger sur l'accessibilité du système de santé français - système qu'il qualifie « d'ouvert »- à l'évaluation. Mais comment envisager, sans évaluation, une réallocation des ressources vers plus d'efficacité ou d'efficience ?

Le HCSP en est à son troisième constat. Des réformes ont été mises en œuvre qui ont remédié à certains dysfonctionnements. Des progrès ont été enregistrés en matière de procédures de pilotage et d'évaluation (bien que cette dernière reste insuffisante). Il n'en demeure pas moins que certaines faiblesses structurelles persistent qui contrarient la recherche d'une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources (déséquilibres, cloisonnements, inadaptation du financement, répartition des compétences peu explicites...).

Dans son rapport de 2002, le Haut comité déclare : « Pendant très longtemps, et sans doute encore aujourd'hui, malgré des évolutions indiscutables, la politique de santé en France a plus été une promotion de l'accès aux soins qu'une politique de promotion de la santé ». En conséquence, les progrès enregistrés ont plus concerné les pathologies qui répondent le mieux aux soins et beaucoup moins les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques sont moindres (cirrhose du foie, cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures). C'est de ce décalage entre les déterminants de santé et le caractère réducteur des stratégies mises en œuvre, trop exclusivement axées sur les soins que résultent sans doute en partie les fortes inégalités de santé observées en France et le niveau élevé de la mortalité prématurée.

Ces stratégies inadaptées se doublent d'une inadaptation des modalités de financement. L'annualité budgétaire qui commande actuellement le financement du système s'accommode mal de la prise en charge des maladies chroniques dont les effets se situent dans le cadre de plusieurs années. Le financement doit s'inscrire dans une dynamique pluriannuelle et dépasser la logique comptable.

Au fil des réformes les structures nouvelles se sont ajoutées aux anciennes sans qu'une substitution ne soit envisagée. Cette observation avait déjà été stigmatisée dans le rapport du HCSP de 1998. Les conséquences en sont une complexification de la répartition des compétences, des chevauchements dans les champs d'intervention. Si l'orientation vers le niveau régional s'est trouvée légitimé par une volonté de gestion de proximité, les instances régionales n'en ont pas pour autant retrouvé un véritable espace de responsabilité. Le système français se caractérise par une certaine opacité et un manque d'efficience.

ENJEUX ET OBJECTIFS A MOYEN TERME

- **Le vieillissement de la population :**

L'importance accrue de la population âgée conduit à s'interroger sur la nature et l'ampleur des besoins à satisfaire en matière de soins ou de prise en charge de la dépendance.

Le vieillissement de la population appelle la nécessité de prendre en charge les maladies chroniques dont la survie a été assurée par les innovations thérapeutiques, notamment les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Il implique d'assurer un suivi adapté qui permette de prévenir les risques liés à l'accroissement de la longévité comme l'entrée dans la dépendance par exemple.

Les effets du vieillissement sur le système de santé deviennent aussi importants que la prise en charge thérapeutique des malades. Ceci implique des approches nouvelles s'inscrivant dans un continuum et une globalité que ne permettent pas les modalités d'organisation du système de santé. L'importance des interventions à réaliser se traduit en termes d'assistance, d'accompagnement, de soutien.

Moins de segmentation faciliterait la coordination entre l'ensemble des interventions et des institutions tant sanitaires que sociales.

De nouvelles formes de solidarité entre générations sont à envisager dans le cadre du financement de la protection sociale et dans celui des solidarités de proximité. De nouvelles interrogations éthiques sollicitent l'ensemble des acteurs.

- En matière de **démographie médicale**, on peut considérer qu'il n'y a pas aujourd'hui de pénurie globale, mais des problèmes d'ajustement se posent par spécialités, lieu d'implantation ou type d'exercice. L'enjeu à court terme consiste à déterminer les conditions d'adaptation de l'offre médicale, tant en quantité qu'en qualité pour répondre à l'accroissement et à la diversification de la demande ainsi qu'aux impacts de l'innovation médicale.

Il est vraisemblable qu'il faudra associer différentes solutions, par exemple dans le cadre d'une meilleure répartition des tâches entre médecins et non-médecins, généralistes et spécialistes. Des gains de productivité sont à rechercher. L'évolution du nombre de médecins dans les années à venir doit être perçue moins comme une fatalité que comme une incitation à améliorer l'efficacité et la qualité de l'offre de soins, notamment par le développement des réseaux.

De grands changements démographiques sont à attendre, tant au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif, qui induiront de nouvelles sollicitations du système de soins. Il faut veiller à ce que cette évolution démographique générale n'introduise pas de nouvelles inégalités sociales et géographiques.

▪ Dynamiques territoriales :

La multiplication des institutions régionales a eu pour objectif la recherche d'une plus grande efficacité de l'allocation des ressources. Mais leur fonctionnement s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique :

- Conception globale de la santé, nécessité d'une coordination des actions de prévention et des fonctions curatives fondée sur le concept d'évitabilité.
- Nécessité d'une coordination des actions de prévention et des soins qui implique une coordination des institutions régionales.

Les conseils régionaux de la santé récemment créés devraient favoriser l'émergence d'une vision partagée de la coordination, sans qu'ils disposent cependant d'un pouvoir de décision

Il est indispensable d'intégrer dans les processus d'allocation des ressources de nouvelles entités géographiques.

▪ Améliorer la performance du système de santé :

Les indicateurs de performance doivent être développés, notamment entre régions ou autres unités géographiques.

Il est souhaitable de distinguer ce qui relève des déterminants sociaux, de manques de moyens, d'une utilisation moins efficace

L'utilité et le service médical rendu doivent être davantage recherchés, par les patients, les professionnels et dans le cadre de l'allocation des ressources

La recherche de la qualité fondée sur l'évitabilité ne peut s'effectuer sans une simplification générale et sans une meilleure prise en considération de la satisfaction des personnes.

▪ Favoriser l'appropriation culturelle et la démocratie :

La santé est « redevenue publique » par la prise de conscience de la dimension collective et globale des questions de santé. L'élaboration d'une politique de santé publique fondée d'abord sur des priorités de santé avant de l'être sur des impératifs économiques nécessite une double légitimité, technique et sociale, et implique un large débat.

OBJECTIFS A COURT TERME

- **Informier sur la situation et expliquer les enjeux :**
 - Organiser des débats publics nationaux et régionaux afin de développer une pédagogie des mesures prises qui puisse mieux faire comprendre les raisons justifiant l'évolution du système de santé. Ces débats sont prévus par la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé. Leur organisation est confiée à la Conférence nationale de santé et aux conseils régionaux de santé. Ils devraient s'instaurer rapidement et être réalisés régulièrement.
 - Entreprendre, avant toute décision publique des études d'impact santé comme il est procédé en matière d'environnement. Une telle procédure, outre ses aspects positifs sur les décisions prises, conduirait à une perception plus complète et mieux partagée socialement du rôle des différents déterminants de la santé.

- **Accorder plus de reconnaissance aux acteurs pour rétablir la confiance :**
 - Améliorer la connaissance réciproque du fonctionnement des institutions et des conditions d'exercice des professionnels : informations sur les différentes professions dans les formations initiales, rencontres et formations décloisonnées.
 - Imaginer de nouvelles procédures de communication interpersonnelles pour les professionnels : entretiens avec les professionnels de santé fondés sur des protocoles structurés (Par exemple entretiens entre médecins de l'assurance maladie et les médecins libéraux sur la prise en charge du diabète de type II).
 - Aider les acteurs à exercer la réalité de leurs compétences et de leurs attributions institutionnelles : prévoir des dispositifs de représentation, un droit à la formation (cf. loi sur le droit des malades).

- **Simplifier les dispositifs et clarifier les responsabilités :**
 - Limiter la redondance des procédures : de nombreux thèmes font l'objet de compétences partagées, il serait possible d'en fédérer une grande partie. (cf. les objectifs des conseils régionaux de santé).
 - Favoriser les guichets uniques : le dispositif est en voie de généralisation pour les remboursements par l'assurance maladie et les mutuelles. Il devrait s'appliquer dans le cadre de l'organisation et le financement de projets.
 - Utiliser les possibilités administratives existantes pour faciliter la fongibilité des enveloppes : l'allocation des ressources doit se faire dans une logique globale permettant une optimisation de l'utilisation des différentes lignes budgétaires.

- Désigner des référents institutionnels pour faciliter la mise en œuvre des programmes et des actions de santé, complétant ainsi les rôles d'animation et de coordination des différents groupes de travail ou commissions nécessaires à l'élaboration des projets de santé.

▪ **Développer la logistique et mutualiser les ressources :**

- Développer et harmoniser les systèmes d'informations et d'évaluation : les données disponibles sont trop peu nombreuses pour apprécier véritablement la qualité des résultats atteints en fonction des moyens engagés.
- Développer les capacités d'animation, de concertation et d'ingénierie de projet dans le cadre de pôles régionaux d'appui logistique : de nouvelles compétences sont nécessaires pour mener des concertations impliquant un grand nombre d'institutions et de personnes.
- Il serait nécessaire que chaque région dispose d'une structure partenariale d'ingénierie de projets («pépinière de projets») apportant une aide adaptée aussi bien dans la conception que dans la gestion.
- Mettre en place des structures partagées dans le cadre de dispositifs juridiques souples et innovants : la nécessaire mutualisation des ressources suppose des modes d'organisation et de gestion partagée. Des formules plus efficaces que celles proposées par la structure associative doivent être envisagées telles que le groupement d'intérêt économique, l'association d'employeurs, l'union d'économie sociale, la société coopérative d'intérêt collectif...
- Permettre une réelle mobilité entre secteur public et secteur privé ou entre statuts de la santé publique : les rigidités actuelles sont peu compatibles avec l'obligation d'une utilisation optimale des savoir-faire disponibles, qui peuvent exister aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, mais pas dans les deux à la fois.

▪ **Anticiper :**

Le HCSP s'était préoccupé lors de sa première mandature des problèmes de couverture complémentaire touchant certaines catégories de population. Il aura fallu attendre que la situation économique devienne socialement inacceptable pour instaurer une couverture complémentaire de base dans le cadre de la CMU. Ce problème aurait pu être largement prévenu en aidant au maintien de la couverture complémentaire en cas de problème économique.

Le HCSP préconise de développer les procédures et les réseaux de vigilance en mobilisant les connaissances des acteurs de terrain et de promouvoir la réflexion prospective et l'interdisciplinarité. La capacité à imaginer le futur ne peut être l'apanage d'un seul groupe de professionnels ou d'une seule catégorie sociale. Une vision transversale permettant une synergie des points de vue est indispensable.



TABLE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Décès par accidents de la route selon le sexe	24
GRAPHIQUE 2	Décès par accidents de la vie courante selon le sexe	30
GRAPHIQUE 3	Tumeurs malignes primitives - Nombre de cas selon le sexe et la localisation	38
GRAPHIQUE 4	Décès par cancer du poumon selon le sexe	42
GRAPHIQUE 5	Décès par cancer des voies aérodigestives supérieures selon le sexe	43
GRAPHIQUE 6	Décès par cancer du sein, de 59 à 60 ans	44
GRAPHIQUE 7	Décès par cancer de l'utérus	45
GRAPHIQUE 8	Décès par cancer colorectal selon le sexe	46
GRAPHIQUE 9	Décès par mélanome selon le sexe	47
GRAPHIQUE 10	Décès par maladies cardio-vasculaires avant 75 ans et selon le sexe	67
GRAPHIQUE 11	Décès par cardiopathies ischémiques de 0 à 64 ans et selon le sexe	68
GRAPHIQUE 12	Décès par maladies cérébro-vasculaires de 0 à 64 ans et selon le sexe	69
GRAPHIQUE 13	Mortalité périnatale	86
GRAPHIQUE 14	Mortalité maternelle	87
GRAPHIQUE 15	Décès par suicide selon le sexe	101
GRAPHIQUE 16	Décès par alcoolisme selon le sexe	137

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Accidents de la route	28
TABLEAU 2	Accidents de la vie courante	33
TABLEAU 3	Allergies et asthme	36
TABLEAU 4	Cancer du poumon	52
TABLEAU 5	Cancer des voies aérodigestives supérieures	52
TABLEAU 6	Cancer du sein	53
TABLEAU 7	Cancer du col utérin	53
TABLEAU 8	Cancer de la prostate	54
TABLEAU 9	Cancer colorectal	54
TABLEAU 10	Démences	57
TABLEAU 11	Douleurs (céphalées, dorsalgies...)	62
TABLEAU 12	Maladies cardio-vasculaires	73
TABLEAU 13	Maladies professionnelles	78
TABLEAU 14	Maladies sexuellement transmissibles (VIH et MST)	82
TABLEAU 15	Ostéoporose	84
TABLEAU 16	Affections périnatales	90
TABLEAU 17	Affections liées à la grande prématurité	91
TABLEAU 18	Santé bucco-dentaire	94
TABLEAU 19	Souffrance psychique	107
TABLEAU 20	Suicide et tentative de suicide	107
TABLEAU 21	Troubles sensoriels (vue et audition)	112
TABLEAU 22	IVG et contraception	116
TABLEAU 23	Couverture vaccinale par le ROR	118
TABLEAU 24	Diabète	122
TABLEAU 25	Dyslipidémies	124
TABLEAU 26	Hypertension artérielle	126
TABLEAU 27	Surpoids et obésité	129
TABLEAU 28	Comportements sexuels à risque	134
TABLEAU 29	Consommation d'alcool	140
TABLEAU 30	Consommation de drogues illicites	143
TABLEAU 31	Consommation de tabac	148
TABLEAU 32	Mauvaises habitudes alimentaires	151
TABLEAU 33	Inégalités de santé	156
TABLEAU 34	Risques liés à l'environnement physique et professionnel	160

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur – 75 350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 79 80 – télécopie : 01 40 56 79 49
mél : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
www.hcsp.ensp.fr