

QUELQUES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANÇAIS

I.1 Les évolutions démographiques

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

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

L'espérance de vie à la naissance¹ des Français est globalement élevée au regard des autres pays développés, particulièrement pour les femmes². En 2003, elle est estimée en France métropolitaine à 75,9 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes³ (tableau 1.1). Par rapport à 2002, elle a très légèrement progressé pour les hommes et diminué pour les femmes, stagnant globalement suite à la surmortalité d'août 2003 liée à la canicule.

Tableau 1.1 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1980 à 2003

en années

	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (p)	2003 (p)
Hommes	70,2	71,3	72,7	73,9	74,6	74,8	75,0	75,3	75,5	75,8	75,9
Femmes	78,4	79,4	81,0	81,9	82,3	82,4	82,5	82,8	82,9	83,0	82,9

(p) Données provisoires.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Statistiques de l'état civil, Insee.

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

2. Selon le Population Reference Bureau (États-Unis), alors que l'espérance de vie moyenne des pays les plus développés (Europe, Amérique du Nord, Australie, Japon et Nouvelle-Zélande selon la classification américaine), est en 2003 de 72 ans pour les hommes et de 79 ans pour les femmes, elle atteint respectivement 76 et 83 ans en France. Données consultables à l'adresse : www.prb.org/FrenchTemplate.cfm?Section=Donnees

3. PISON Gilles : « 60 millions d'habitants en France métropolitaine », Ined, *Population et sociétés*, n° 399, mars 2004.

Entre 1950 et 2003, l'espérance de vie a augmenté de 12,5 ans pour les hommes et 13,7 ans pour les femmes, soit en moyenne d'une année supplémentaire environ tous les quatre ans. Toutefois, ce rythme s'est ralenti ces dernières années en ce qui concerne les femmes : depuis 1993, les hommes ont gagné 2,6 ans d'espérance de vie à la naissance et les femmes 1,5 an. L'écart entre les sexes s'est réduit, passant de 8,1 ans en 1993 à 7,0 ans en 2003.

En général, dans les pays dont le développement est comparable à la France, l'espérance de vie des femmes est aussi supérieure à celle des hommes. Cependant, la France se signale par un écart entre hommes et femmes qui a été longtemps le plus important constaté dans l'Union européenne. En 2002, cet écart est de 7 ans pour l'ensemble des pays développés⁴, il atteint en moyenne 6,1 ans dans l'Union européenne où il varie de 4,4 à 7,4 ans selon les pays. Il est de 7,2 ans pour la France métropolitaine aujourd'hui devancée par l'Espagne⁵ (graphique 1.1).

Bien qu'il se soit réduit dans les années 1990 (8,2 ans en 1990), cet écart d'espérance de vie s'est stabilisé entre 1999 et 2001. Il a diminué en 2002 et 2003.

- Une nette progression des années de vie sans incapacité dans les années 1980

Pendant longtemps, l'allongement de la durée moyenne de vie a été dû à la baisse de la mortalité infantile (voir chapitre II). Désormais, l'espérance de vie progresse surtout du fait de l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés : à 65 ans, le gain moyen a été de 2,9 ans pour les hommes et de 2,7 ans pour les femmes entre 1980 et 1999⁶. Comparés aux pays de niveaux équivalents, les taux de mortalité aux âges élevés sont ainsi relativement faibles en France.

Cet accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question majeure de la « qualité » des années de vie ainsi gagnées. Selon les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux, durant la période 1981-1991, l'espérance de vie sans incapacité a progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale (tableaux 1.2 et 1.3). Les années de vie gagnées ont donc été sur cette période des années de vie en bonne santé⁷. L'enquête décennale sur la santé réalisée par l'Insee en 2002-2003 permettra prochainement de réactualiser ces estimations pour la décennie 1990.

4. Population Reference Bureau.

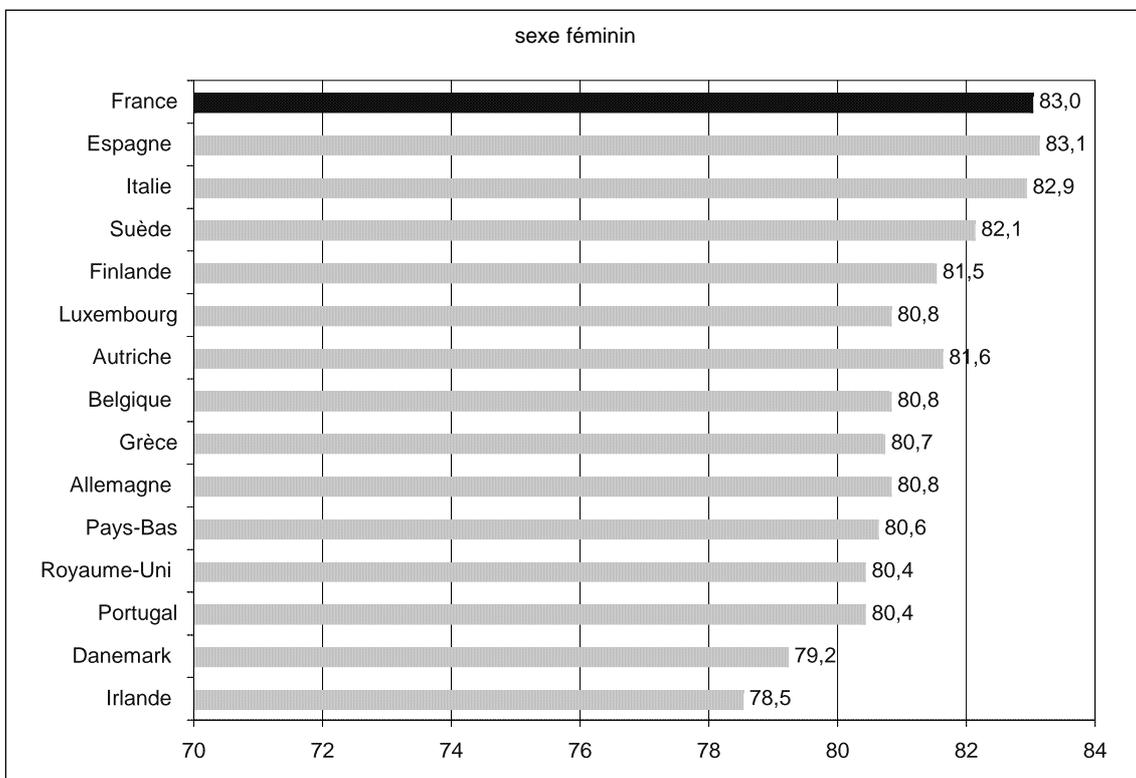
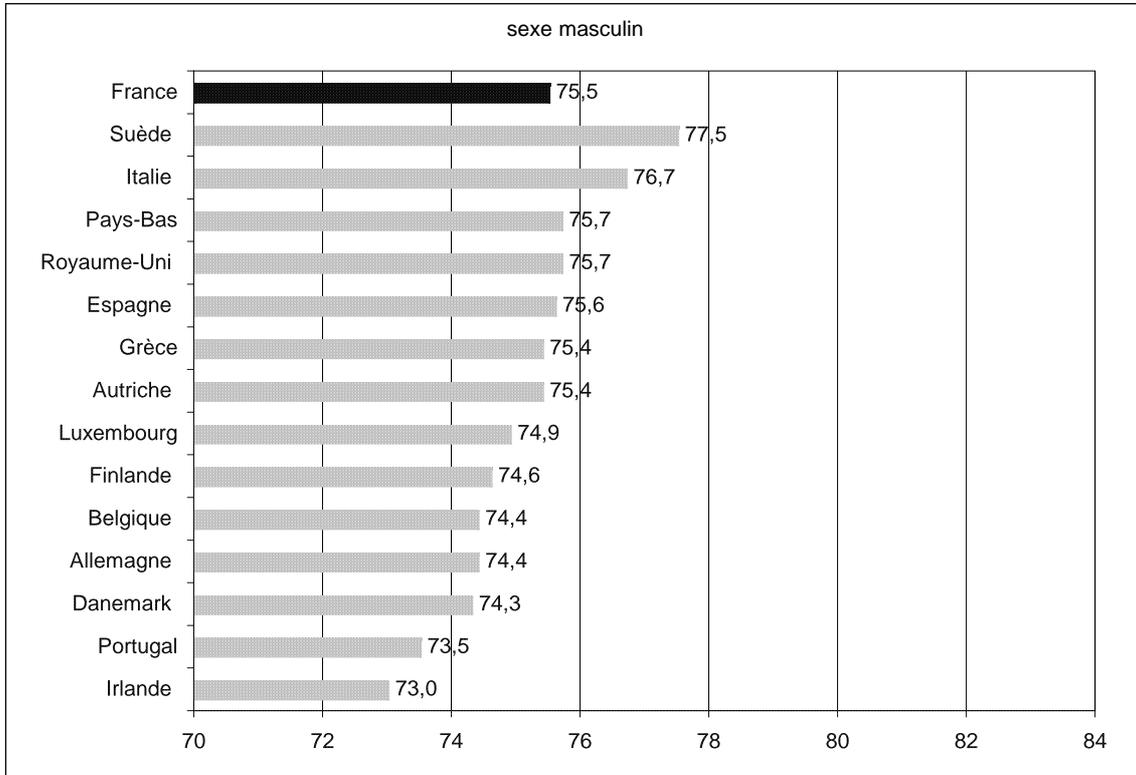
5. « Premiers résultats de la collecte de données démographiques pour 2002 en Europe », *Statistiques en bref*. Populations et conditions sociales, n° 20, juillet 2003, Eurostat.

6. OCDE, éco-santé, 2003.

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

Graphiques 1.1 - Espérance de vie à la naissance dans l'Union européenne en 2002

en années



Champ : Union européenne des 15.
Source : Eurostat.

**Tableau 1.2 - Variations de l'espérance de vie
et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991¹**

en années

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

Calculs : INSERM, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier (Robine 1993).

Champ : France métropolitaine.

Sources : Situations démographiques, Recensements de la population et enquêtes sur la santé 1980/1981 et 1991/1992.

**Tableau 1.3 - Variations de l'espérance de vie à 65 ans
et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991**

en années

	1981	1991	Évolution
HOMMES			
Espérance de vie totale à 65 ans	14,1	15,7	1,6
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,0	0,9	-0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	1,7
<i>dont avec incapacité modérée</i>	4,3	4,7	0,4
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	1,3
FEMMES			
Espérance de vie totale	18,3	20,1	1,8
<i>dont avec incapacité sévère</i>	1,8	2,0	0,2
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	1,6
<i>dont avec incapacité modérée</i>	6,7	6,0	-0,7
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	2,3

Calculs : INSERM, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier.

Champ : France métropolitaine.

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

I.1.2 Une surmortalité importante avant 65 ans

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

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies reste relativement stable dans le temps. On note cependant un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire, alors que les tumeurs sont devenues à la fin des années 1980 la première cause de décès chez les hommes.

**Tableau 1.4 – Principales causes de décès en 2000
(mortalité prématurée et mortalité totale)**

	Mortalité prématurée			Mortalité prématurée en %			Mortalité totale		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
Tumeurs	42 756	27 826	14 930	39,1	36,6	44,6	149 815	89 859	59 956
<i>Tumeurs malignes</i>	41 640	27 098	14 542	38,0	35,7	43,4	143 644	86 737	56 907
<i>de la trachée, des bronches et du poumon</i>	10 570	8 981	1 589	9,7	11,8	4,7	26 682	22 287	4 395
<i>des voies aéro-digestives supérieures</i>	5 140	4 583	557	4,7	6,0	1,7	10 666	9 090	1 576
<i>du sein</i>	4 231	34	4 197	3,9	0,0	12,5	11 068	118	10 950
<i>de l'utérus</i>	877	///	877	0,8	///	2,6	2 823	///	2 823
<i>de l'intestin</i>	2 848	1 690	1 158	2,6	2,2	3,5	15 949	8 345	7 604
<i>de la prostate</i>	610	610	///	0,6	0,8	///	9 080	9 080	///
<i>Autres</i>	18 480	11 928	6 552	16,9	15,7	19,6	73 547	40 939	32 608
Maladies de l'appareil circulatoire	15 528	11 772	3 756	14,2	15,5	11,2	161 916	75 142	86 774
<i>Cardiopathie ischémique</i>	5 802	5 005	797	5,3	6,6	2,4	45 328	25 338	19 990
<i>Maladies vasculaires cérébrales</i>	3 099	1 978	1 121	2,8	2,6	3,3	38 404	15 940	22 464
<i>Autres</i>	6 627	4 789	1 838	6,1	6,3	5,5	78 184	33 864	44 320
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	20 059	15 072	4 987	18,3	19,8	14,9	41 435	24 752	16 683
<i>Accidents de la circulation</i>	6 034	4 638	1 396	5,5	6,1	4,2	7 445	5 517	1 928
<i>Suicides</i>	7 605	5 663	1 942	6,9	7,5	5,8	10 837	7 973	2 864
<i>Autres</i>	6 420	4 771	1 649	5,9	6,3	4,9	23 153	11 262	11 891
Alcoolisme (1)	7 016	5 144	1 872	6,4	6,8	5,6	11 332	8 245	3 087
Maladies de l'appareil respiratoire	2 760	1 904	856	2,5	2,5	2,6	35 668	18 314	17 354
<i>Pneumonies et gripes</i>	733	511	222	0,7	0,7	0,7	12 904	5 765	7 139
<i>Bronchites chroniques</i>	660	509	151	0,6	0,7	0,5	7 908	5 186	2 722
<i>Autres</i>	1 367	884	483	1,2	1,2	1,4	14 856	7 363	7 493
Sida	949	750	199	0,9	1,0	0,6	1 012	800	212
Autres causes	20 392	13 501	6 891	18,6	17,8	20,6	129 672	54 928	74 744
Toutes causes	109 460	75 969	33 491	100,0	100,0	100,0	530 850	272 040	258 810

(1) Psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques.

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm - CépiDc.

Au sein de l'Union européenne, la France bénéficie d'une position relativement favorable en matière de maladies cardiovasculaires. En revanche, la mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenue avant l'âge de 65 ans, est importante puisqu'elle concerne un décès sur cinq, soit 109 460 en 2000.

L'examen de la mortalité prématurée dans treize pays de l'Union européenne⁸ place la France derrière ses voisins européens de taille comparable. Le taux français est légèrement en dessous de la moyenne en ce qui concerne les femmes (quatre pays ont une mortalité prématurée féminine plus faible), mais la situation est nettement plus défavorable pour les hommes. Seuls deux pays de l'Union européenne ont une mortalité prématurée masculine plus élevée que la France (graphiques 1.2).

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

Les cancers sont à l'origine de 27 % de la mortalité totale, soit 143 644 décès, dont 41 % avant 65 ans (38 % de la mortalité prématurée). La mortalité prématurée masculine par tumeur maligne observée en France est la plus défavorable de l'Union européenne (graphiques 1.3). Ce constat vaut en particulier pour le cancer du poumon, pour lequel la France avait également en 2000 le taux de mortalité prématurée masculine le plus élevé⁹. Celui-ci se situe au même niveau qu'en 1990, alors que la tendance générale est à la baisse dans la plupart des pays de l'Union européenne (à l'exception de la Grèce, du Portugal et de l'Espagne).

Le cancer du sein est une des causes de mortalité les plus importantes chez les femmes : 12,5 % de la mortalité prématurée féminine et 4 % de la mortalité totale, les taux standardisés correspondants étant légèrement supérieurs à la moyenne des pays de l'Union européenne.

Les décès dus à des causes externes représentent 18 % de la mortalité prématurée en 2000 et 8 % de la mortalité totale (41 435 décès dont 20 059 avant 65 ans). Ce groupe de causes comprend les lésions traumatiques, les intoxications et les autres effets indésirables. Elles peuvent être dues à des accidents (transports, chutes, noyades...), des agressions, des lésions auto-infligées, des intoxications ou complications à la suite de soins médicaux ou chirurgicaux. La mortalité prématurée française par « causes externes » est également particulièrement élevée pour les hommes mais aussi pour les femmes, seuls la Finlande et le Luxembourg ayant en 2000 des taux plus élevés (graphiques 1.4).

Les cirrhoses et psychoses¹⁰ liées à l'alcoolisme représentent 6 % de la mortalité prématurée et 2 % de la mortalité totale. Si l'on considère l'ensemble des pathologies directement dues ou très liées à la consommation excessive d'alcool, en ajoutant les cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage, larynx), le total des décès

8. Source OMS ; région Europe, données 2000. Les données de l'année 2000 ne sont pas disponibles pour la Belgique et le Danemark.

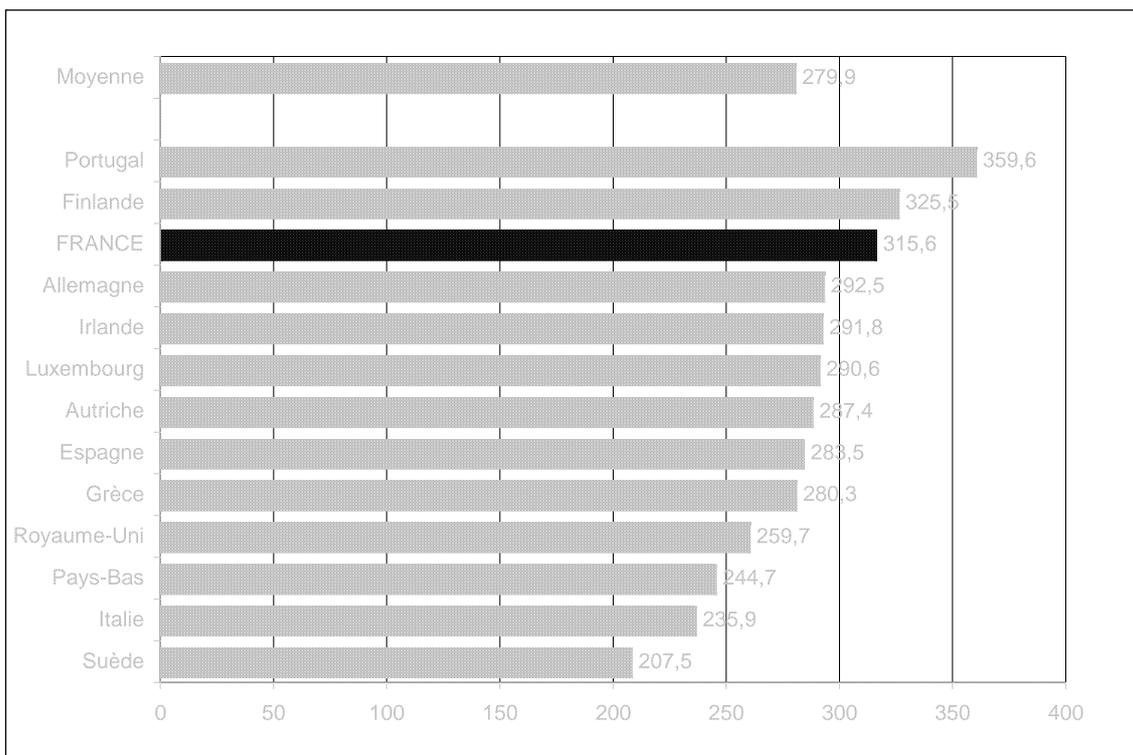
9. Alors que la mortalité masculine tous âges par cancer du poumon est proche de la moyenne européenne, la France se singularise par le nombre plus élevé de décès précoces (taux standardisés sur la population européenne). Les données 2000 ne sont pas disponibles pour la Belgique qui avait en 1997 une mortalité prématurée par cancer du poumon encore plus élevée qu'en France.

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

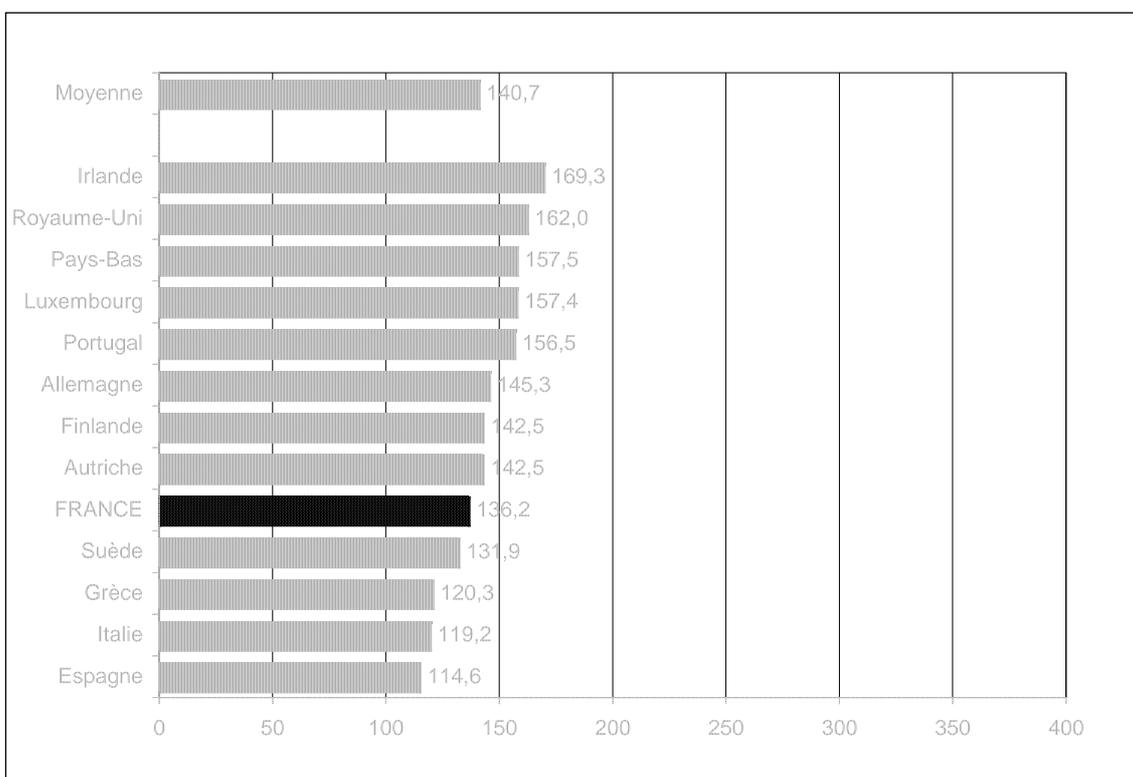
Graphiques 1.2 – Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2000

taux standardisés pour 100 000

Hommes



Femmes



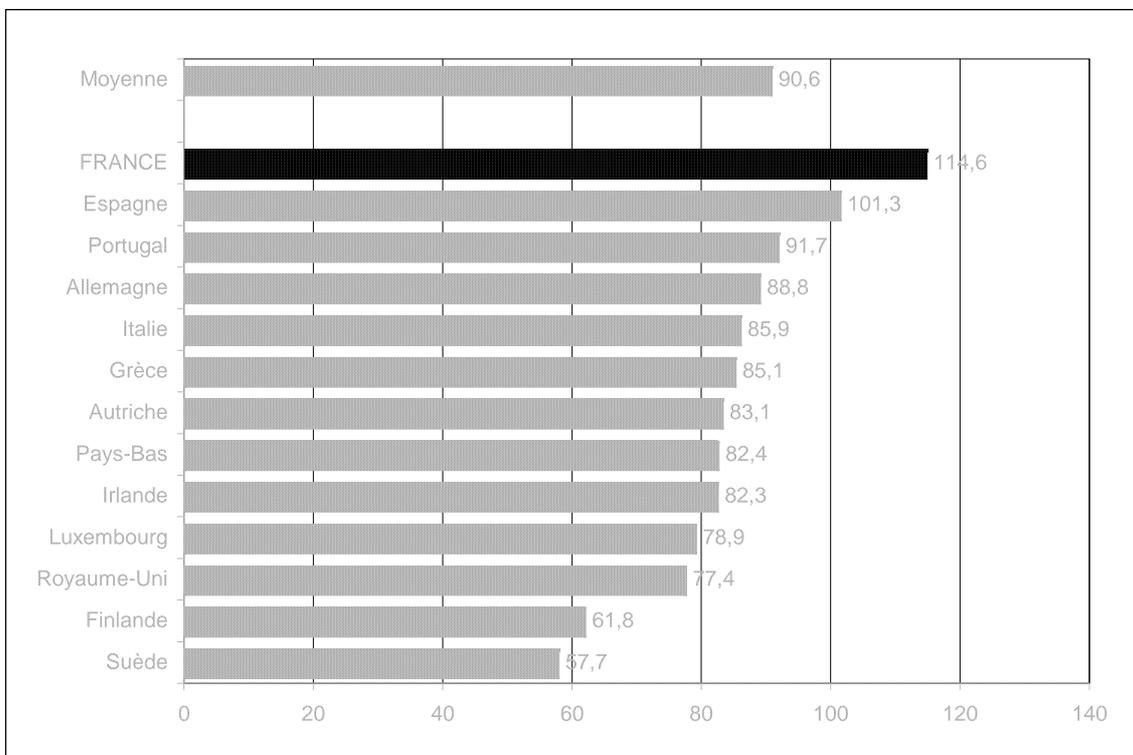
Champ : Union européenne des 15 sauf Belgique et Danemark.

Source : OMS, Région Europe.

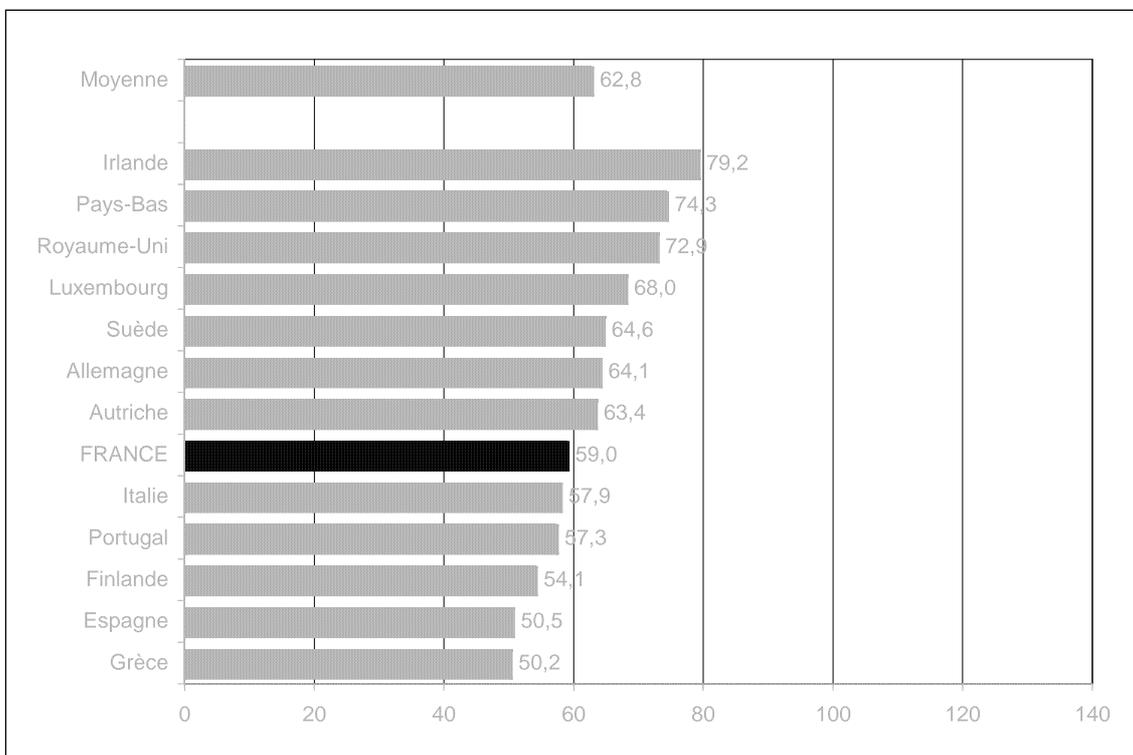
Graphiques 1.3 – Mortalité prématurée par tumeurs malignes dans l'Union européenne en 2000

taux standardisés pour 100 000

Hommes



Femmes

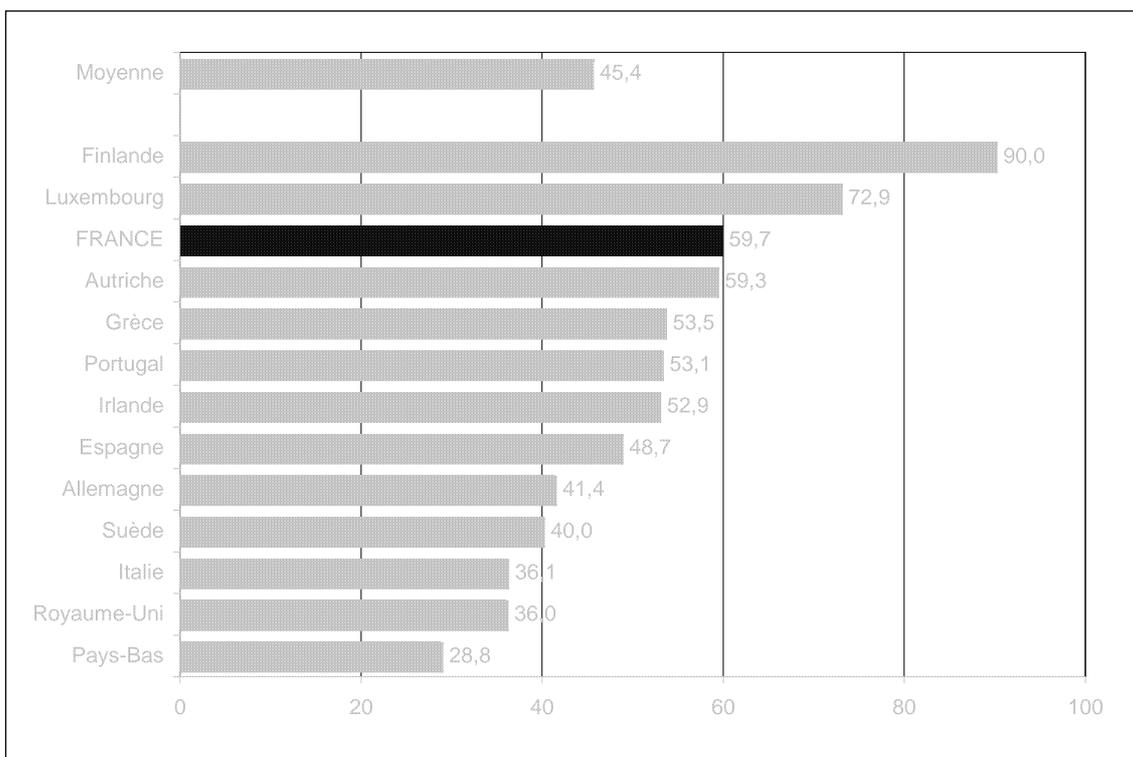


Champ : Union européenne des 15 sauf Belgique et Danemark.
Source : OMS, Région Europe.

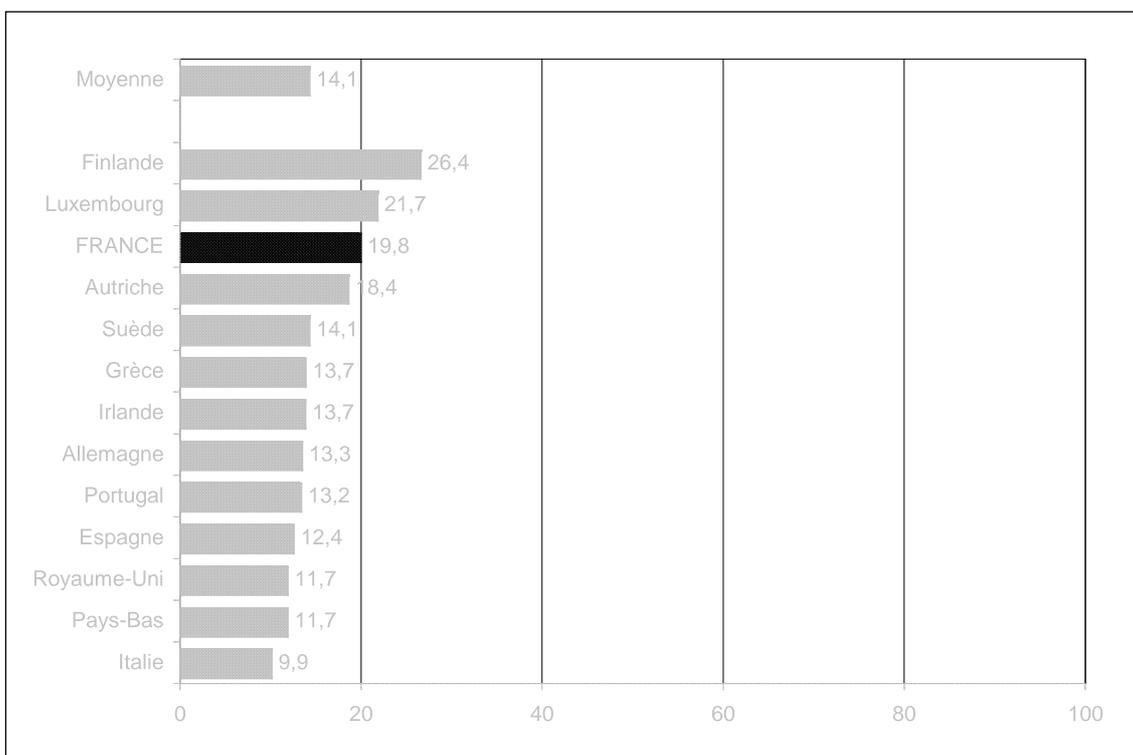
Graphiques 1.4 – Mortalité prématurée par traumatismes et empoisonnements dans l'Union européenne en 2000

taux standardisés pour 100 000

Hommes



Femmes



Champ : Union européenne des 15 sauf Belgique et Danemark.
Source : OMS, Région Europe.

prématurés liés à l'alcool atteignait 12 156 en 2000, soit 11,1 % de l'ensemble. Tous âges confondus, il s'élevait à 21 998 décès, ce nombre s'inscrivant toutefois dans une tendance à la baisse.

Le concept de « mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque » a été mis en avant par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) pour désigner la part de la mortalité prématurée liée à des comportements susceptibles d'être modifiés grâce à une politique de santé publique. Ce concept désigne une partie des décès imputés au tabac et à l'alcool (cancers du poumon¹¹ et des voies aéro-digestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses), ainsi que les décès par accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides et, dans le registre des maladies infectieuses, le sida. En 1999, le nombre de décès prématurés « évitables liés aux comportements à risque » a été estimé à 37 908, soit le tiers des décès prématurés dont près de 30 000 concernaient des hommes. Les causes les plus fréquentes sont les accidents de la circulation avant 25 ans, les suicides entre 25 et 44 ans et les cancers du poumon entre 45 et 64 ans¹². La mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque a augmenté en 2000 (38 373 décès). L'évolution la plus marquante concerne la mortalité prématurée masculine par cancer du poumon qui a augmenté en 2000 (8981 décès avant 65 ans contre 8035 en 1999)

I.1.3 Des disparités géographiques encore marquées

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

En 2000, c'est l'Indre-et-Loire qui détient le record départemental de longévité féminine (84,2 ans) et Paris celui de l'espérance de vie masculine (77,5 ans).

Les différences d'espérance de vie entre départements métropolitains sont en outre plus élevées pour les hommes que pour les femmes : 5,7 ans d'écart entre Paris et le Pas-de-Calais pour les hommes, 3,6 ans entre l'Indre-et-Loire et le Nord pour les femmes en 2000¹⁴.

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

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

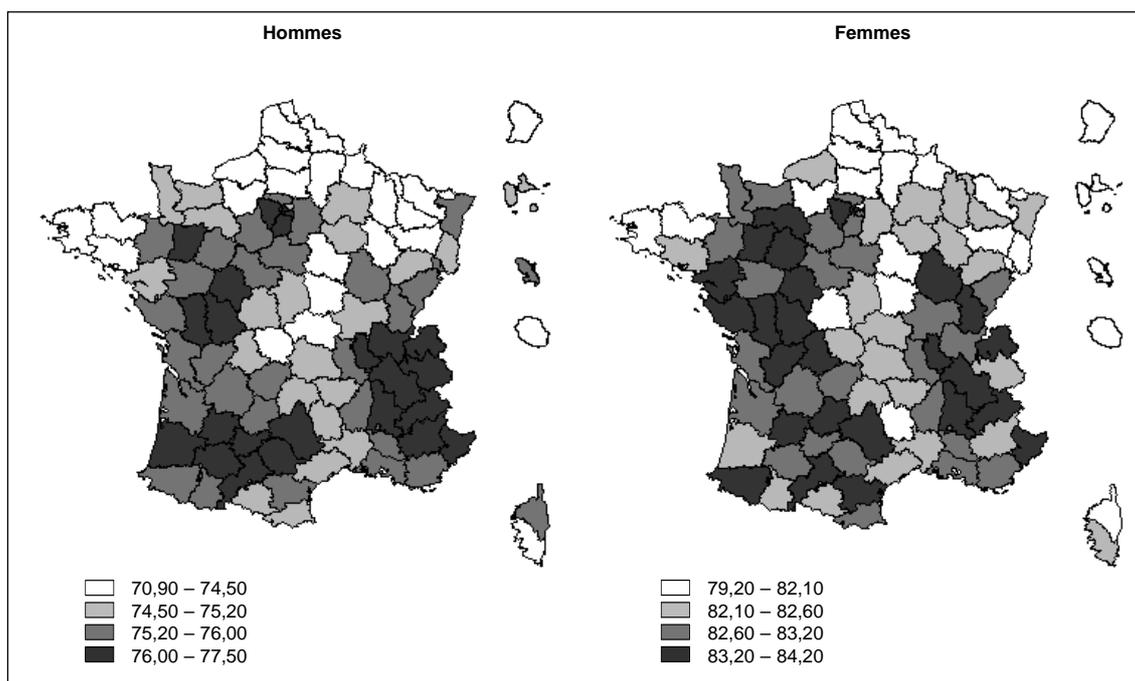
13. SALEM Gérard, RICAN Stéphane, JOUGLA Éric : « Atlas de la santé en France : Volume 1 : Les causes de décès », Paris, éd. John Libbey, 1999.

14. Ces écarts augmentent si l'on prend en compte l'outre-mer, et particulièrement la Guyane et la Réunion où l'espérance de vie à la naissance est plus faible que dans les départements métropolitains. Ils se portent alors à 6,6 ans pour les hommes et à 5 ans pour les femmes.

Les zones de surmortalité, masculine ou féminine, dessinent une figure en forme de T qui s'étend des côtes du nord de la Manche au Rhin et des Ardennes à l'Auvergne. En 2000, c'est dans la Nièvre que l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est le plus fort (9,0 ans) et dans les Alpes-de-Haute-Provence qu'il est le plus faible (5,6 ans).

En lien avec une structure de l'activité davantage orientée vers les services, on constate en outre que les niveaux de mortalité sont systématiquement plus faibles dans les grandes agglomérations, à l'exception du nord du pays où il existe peu de différences entre zones urbaines et zones rurales¹⁵. Le bassin Rennais, par exemple, se démarque du reste de la Bretagne par une nette sous-mortalité, Rennes se distinguant en effet par une importante tertiarisation qui contraste avec l'ancrage rural et agricole de la région.

Cartes 1.1 – Espérance de vie à la naissance en 1999



Champ : France entière.
Source : Insee.

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

I.2 Les grands traits de la morbidité

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

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

- Faible avant 15 ans, la mortalité chez les jeunes augmente ensuite avec les accidents

Depuis 1995, le taux de mortalité infantile¹⁶ est descendu en dessous de 5 pour 1 000, et a depuis continué à diminuer pour atteindre 4,1 pour 1 000 en 2003¹⁷ en métropole. La situation est nettement moins favorable dans les départements d'outre-mer où la mortalité infantile s'élevait encore à 6,6 pour 1 000 en 2002 (voir chapitre II).

Au cours des années 1970 et 1980, le recul de la mortalité infantile a été principalement liée à la diminution du nombre de décès précoces ou mortalité néonatale¹⁸. Dans la décennie suivante, le phénomène marquant est la diminution de la mortalité post-néonatale¹⁹, un peu plus tardive, et expliquée pour environ la moitié des cas, par la chute du nombre de décès dus à la mort subite du nourrisson. Ce terme recouvre les décès à caractère inattendu, qui surviennent chez des enfants en bonne santé apparente pendant la première année de vie avec un pic de fréquence vers l'âge de 2 ou 3 mois. Le taux de mort subite du nourrisson s'est accru depuis la fin des années 70, pour culminer en 1991 avec 1 465 décès. Suite aux campagnes d'information sur les facteurs de risque (position pendant le sommeil, literie...), la fréquence de ces décès a diminué mais, en 2000, 348 décès étaient encore attribués à cette origine. Avant un an, le nombre de décès dus à des maladies infectieuses et parasitaires est nettement plus faible : 118 décès en 2000, dont 31 pour les infections intestinales (soit un taux de 4,1 pour 100 000). Autre indicateur de santé suivi avec attention, la mortalité périnatale²⁰ dont le taux est passé de 12,9 pour 1 000 en 1980 à 8,3 en 1990, et 6,4 en 1999. Il est toutefois remonté en 2001 à 6,9 pour 1 000²¹, probablement en lien avec l'augmentation de la prématurité, puis à 10,0 pour 1 000 en 2002²² du fait de l'élargissement de l'enregistrement des enfants nés sans vie (dès 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de 500 g depuis la fin de l'année 2001).

Après un an, le taux de mortalité diminue fortement (0,25 pour 1 000 entre 1 et 4 ans) avec un minimum entre 5 et 9 ans (0,13 pour 1 000). Il augmente ensuite surtout à partir de 15 ans : 0,48 pour 1 000 entre 15 et 19 ans et 0,69 pour 1 000 entre 20 et 24 ans. A

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

17. Chiffre provisoire, « Bilan démographique 200.3 », Bulletin mensuel statistique (BMS), Insee, n° 2, février 2004. DOISNEAU Lionel : « Bilan démographique 2002 : légère diminution des naissances », Insee, *Insee Première*, n° 882, janvier 2003.

18. Décès entre la naissance et 27 jours révolus.

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

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

21. Chiffre provisoire, France métropolitaine.

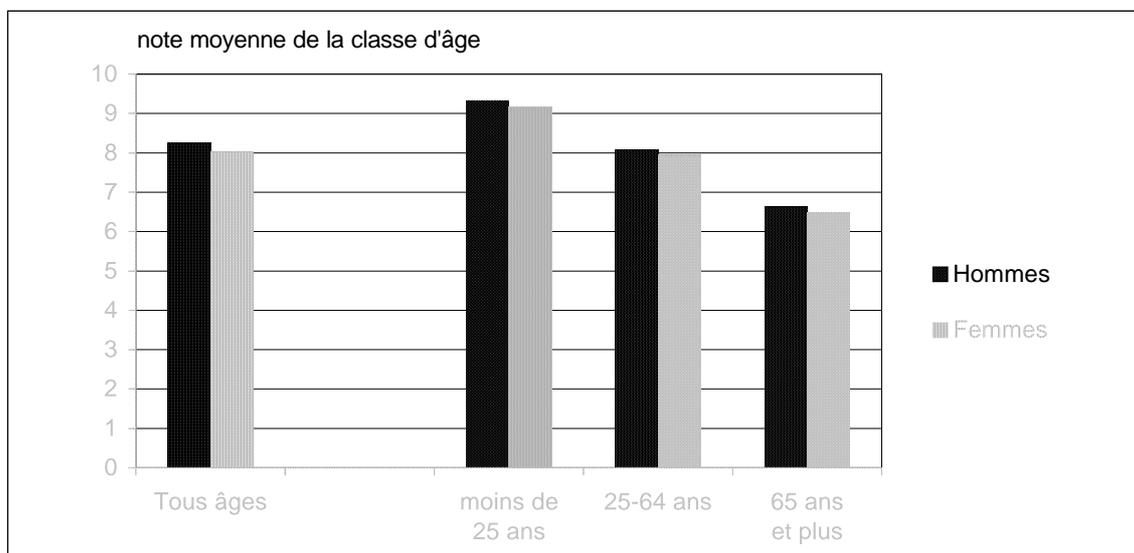
22. *Ibidem*.

l'adolescence, c'est surtout la mortalité masculine qui augmente. Le *sex ratio* est de 1,5 entre 10 et 14 ans, contre 2,3 entre 15 et 19 ans et 3 entre 20 et 24 ans du fait, essentiellement, de l'augmentation à ces âges des morts violentes qui représentent près des trois quarts des décès masculins entre 15 et 24 ans. Les accidents surtout mais aussi les suicides demeurent les principales causes de décès des jeunes de 15 à 24 ans, surtout chez les jeunes hommes (voir chapitre II sur le sujet).

- Un état de santé général satisfaisant malgré quelques pathologies en augmentation

Globalement en bonne santé, les enfants et les jeunes de moins de 25 ans souffrent en majorité de maladies bénignes. Ils constituent la catégorie de population dont les taux de recours à l'hôpital sont les plus faibles, à l'exclusion des enfants de moins d'un an dont la consommation médicale est nettement au-dessus de la moyenne tant pour des motifs curatifs que préventifs. Dans toutes les études, les jeunes se jugent globalement en bonne santé (graphique 1.5, enquête *SPS*²³). Selon le Baromètre santé jeunes 1997-1998²⁴, près de 95 % des 12 à 19 ans déclarent que leur santé est « plutôt » ou « très » satisfaisante et 1 % seulement affirme qu'elle ne l'est pas du tout. D'autres types de mesures permettent de conforter ce diagnostic. Ainsi, les scores de santé physique, calculés à l'aide de questions portant sur l'évaluation de la qualité de la vie (Profils de Duke du Baromètre santé 2000 – CFES), sont les plus élevés pour les jeunes de moins de 25 ans, ce qui n'est toutefois pas le cas pour les scores de santé mentale.

Graphique 1.5 – Estimation de l'état de santé en 2000
Note moyenne sur une échelle de 0 à 10



Champ : France métropolitaine.
Source : CreDES, enquête *SPS* 2002, exploitation Drees.

23. L'enquête *Santé et protection sociale* réalisée tous les deux ans par l'Irdes, représentative d'environ 95 % des ménages ordinaires de France métropolitaine dont un au moins des membres est assuré à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie - soit environ 95 % des ménages -, apporte des indications sur les maladies et troubles de la santé déclarés.

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

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

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

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

Comparés à l'ensemble de la population, les moins de 25 ans déclarent peu de maladies ; la plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : problèmes dentaires, troubles de la réfraction et pathologies infectieuses de l'appareil respiratoire. A cela, s'ajoutent les maladies endocriniennes, de la nutrition ou du métabolisme qui, compte tenu de la fréquence de l'excès pondéral, affectent près du cinquième de cette population.

Chez les enfants de moins de 15 ans, selon l'enquête *SPS 2002*, la prévalence déclarée des affections dentaires et des troubles de la réfraction est déjà relativement élevée (respectivement 17 et 15 %) ; les pathologies respiratoires sont également fréquentes puisqu'elles affectent 16 % de cette tranche d'âge (près de 4 % présentent des rhinopharyngites aiguës et 5 % ont déclaré de l'asthme). À cet âge, on observe également un nombre important de problèmes dermatologiques : près de 10 % des enfants sont concernés dont plus de la moitié présentent des allergies cutanées ou de l'eczéma. Les maladies de l'appareil digestif touchent quant à elles près de 5 % des enfants et les problèmes d'oreille (essentiellement des otites) 4 % (graphique 1.6).

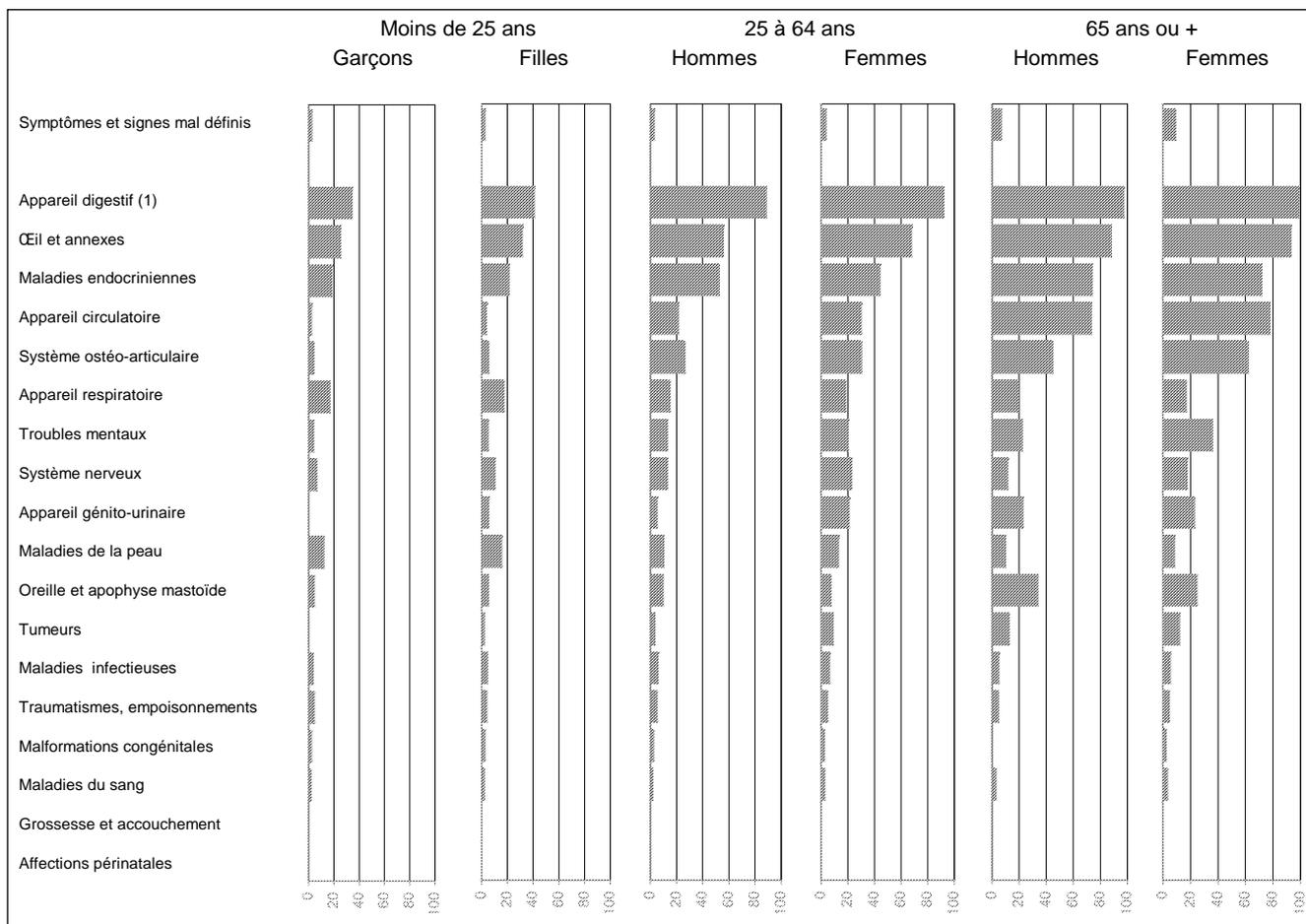
Au-delà de 15 ans, les pathologies se diversifient. L'enquête *SPS* fait ainsi apparaître un accroissement de la fréquence des affections ophtalmologiques et des maladies de peau entre 15 et 24 ans. Avec le passage à l'âge adulte, la diversité des affections croît davantage encore (ostéo-articulaires...) alors que les pathologies infectieuses plus spécifiques de l'enfance diminuent progressivement.

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

Déclarant en moyenne peu de maladies, les jeunes Français de moins de 25 ans ont aussi moins recours aux médecins : le nombre annuel moyen de séances de médecin par personne est ainsi estimé, dans cette tranche d'âge, à 5,3 contre 6,9 pour les 25-64 ans.

Graphique 1.6 - Morbidité déclarée par sexe et âge

prévalences pour 100 personnes concernées



(1) Les affections dentaires sont classées dans les affections de l'appareil digestif, ce qui explique en partie la fréquence élevée de cette classe.

Note : en dehors des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences les deux sexes tous âges réunis.

Champ : France Métropolitaine.

Source : CreDES, enquête SPS 2002.

Les plus jeunes enfants constituent cependant un cas particulier : selon l'enquête SPS 2002 du CreDES, les recours au médecin de ville atteignaient pour les enfants de moins de 2 ans près de 12 séances dans l'année, contre 7 pour l'ensemble de la population enquêtée. Les séances étaient réparties de façon voisine entre spécialistes et généralistes.

Avant 25 ans, selon l'Enquête permanente sur la prescription médicale (de l'IMS) la consultation porte fréquemment sur un seul motif : environ 132 motifs de recours pour 100 séances²⁵ contre 156 motifs entre 25 et 64 ans, et 225 au-delà de 64 ans. Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours par séance est équivalent chez les garçons et les filles. Au contraire, chez les 15-24 ans, il est plus élevé chez les filles : 136 motifs de recours pour 100 séances contre 126 chez les garçons.

Toujours selon IMS, les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux...) représentent une part considérable des consultations (tableau 1.5) : 52 motifs pour 100 séances chez les moins d'un an, 23 motifs pour 100 séances

25. Source : IMS - Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Irdes, septembre 2002 - août 2003.

**Tableau 1.5 – Motifs de recours et/ou de diagnostics
pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe**

1^{er} septembre 2002 – 31 août 2003

	Nombre de motifs pour 100 séances	
	GARÇONS	FILLES
MOINS DE 25 ANS		
Ensemble des pathologies	130,5	133,4
<i>dont : Maladies de l'appareil respiratoire</i>	37,6	32,1
<i>Prévention et motifs administratifs</i>	24,4	29,1
<i>Symptômes et états morbides mal définis</i>	15,0	15,9
<i>Maladies infectieuses et parasitaires</i>	10,9	10,4
<i>Maladies de la peau</i>	8,1	8,5
<i>Maladies ophtalmologiques</i>	7,3	7,6
<i>ORL</i>	6,8	4,9
<i>Lésions traumatiques</i>	6,2	3,8
<i>Troubles mentaux</i>	3,2	4,5
<i>Maladies ostéoarticulaires</i>	3,6	3,4
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	2,9	3,0
<i>Maladies des organes génito-urinaires</i>	0,7	4,2
DE 25 À 64 ANS	HOMMES	FEMMES
Ensemble des pathologies	154,1	158,1
<i>dont : Troubles mentaux</i>	17,1	19,2
<i>Prévention et motifs administratifs</i>	12,0	21,4
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	18,8	15,8
<i>Symptômes et états morbides mal définis</i>	15,6	16,4
<i>Maladies de l'appareil respiratoire</i>	17,6	14,2
<i>Maladies ostéoarticulaires</i>	16,4	13,3
<i>Maladies endocrines, nutrition, métabolisme</i>	13,7	9,2
<i>Maladies ophtalmologiques</i>	7,7	7,3
<i>Maladies des organes génito-urinaires</i>	2,1	9,4
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	6,9	5,7
<i>Maladies infectieuses et parasitaires</i>	6,2	5,8
<i>Maladies du système nerveux</i>	5,6	5,9
<i>Maladies de la peau</i>	5,2	6,0
<i>Lésions traumatiques</i>	5,1	3,2
65 ANS ou PLUS	HOMMES	FEMMES
Ensemble des pathologies	219,4	229,8
<i>dont : Maladies cardiovasculaires</i>	63,9	62,6
<i>Symptômes et états morbides mal définis</i>	25,4	27,7
<i>Maladies endocrines, nutrition, métabolisme</i>	26,4	24,5
<i>Maladies ostéoarticulaires</i>	15,8	25,2
<i>Troubles mentaux</i>	8,5	14,9
<i>Prévention et motifs administratifs</i>	13,1	11,6
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	10,8	12,1
<i>Maladies de l'appareil respiratoire</i>	13,2	9,5
<i>Maladies du système nerveux</i>	9,3	11,1
<i>Maladies ophtalmologiques</i>	8,0	9,0
<i>Maladies des organes génito-urinaires</i>	7,9	4,5
<i>Maladies de la peau</i>	4,6	4,6
<i>Maladies infectieuses et parasitaires</i>	3,2	3,9
<i>Tumeurs</i>	4,1	2,3
<i>Lésions traumatiques</i>	2,4	3,1

Champ : France métropolitaine - Médecine libérale.

Source : IMS HEALTH, *Étude permanente de la prescription médicale*.

ces dans la classe d'âge d'un à 14 ans, 27 motifs pour 100 séances pour les 15 à 24 ans. À cela s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile pour les enfants jusqu'à 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 2,2 millions d'examen cliniques pour environ 860 000 consultants²⁶ en 2002.

Ces raisons mises à part, ce sont les pathologies respiratoires qui sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : 36 motifs pour 100 séances pour les moins d'un an, 42 pour la classe d'âge d'un à 14 ans et 24 motifs entre 15 et 24 ans.

On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et problèmes de santé mal définis d'une part, et les maladies infectieuses d'autre part, qui représentent respectivement près de 12 et 8 % des motifs de séances ; on peut noter la part importante des maladies de la peau, en particulier chez les 15-24 ans (près de 9 % des motifs de séances).

Le recours aux soins des adolescents de 11 à 20 ans a été plus particulièrement étudié en 2000²⁷. Principalement suivis par des médecins généralistes, qui effectuent 70 % des actes les concernant, les adolescents déclarent peu d'affections et celles-ci sont généralement bénignes. Leur comportement de recours aux soins reproduit celui de leurs parents avec, notamment dans les milieux ouvriers, une santé bucco-dentaire plus fragile avec davantage de caries et un moindre recours aux dentistes. À cet âge, les troubles mentaux constituent un motif de consultation moins fréquent que chez les adultes, les problèmes les plus fréquents étant l'anxiété ou l'anxiété et les dépressions.

Si les taux de recours aux soins ambulatoires et hospitaliers des adolescents sont faibles, on note en revanche que leurs taux de passages aux urgences sont parmi les plus élevés, après les enfants en bas âges et les personnes très âgées, pour motifs dominés par la traumatologie²⁸.

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

En 2002, l'hospitalisation des moins de 25 ans représente environ 18 % des séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée²⁹. Si l'on exclut les enfants de moins d'un an, le taux de recours à l'hôpital des enfants est nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement chez les 5-14 ans (graphique 1.7). Avant 15 ans, les taux d'hospitalisation sont supérieurs pour les garçons, mais cette différence disparaît entre 15 et 24 ans, en raison des séjours liés à la grossesse et à l'accouchement (273 000 séjours pour ce motif dans cette tranche d'âge).

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

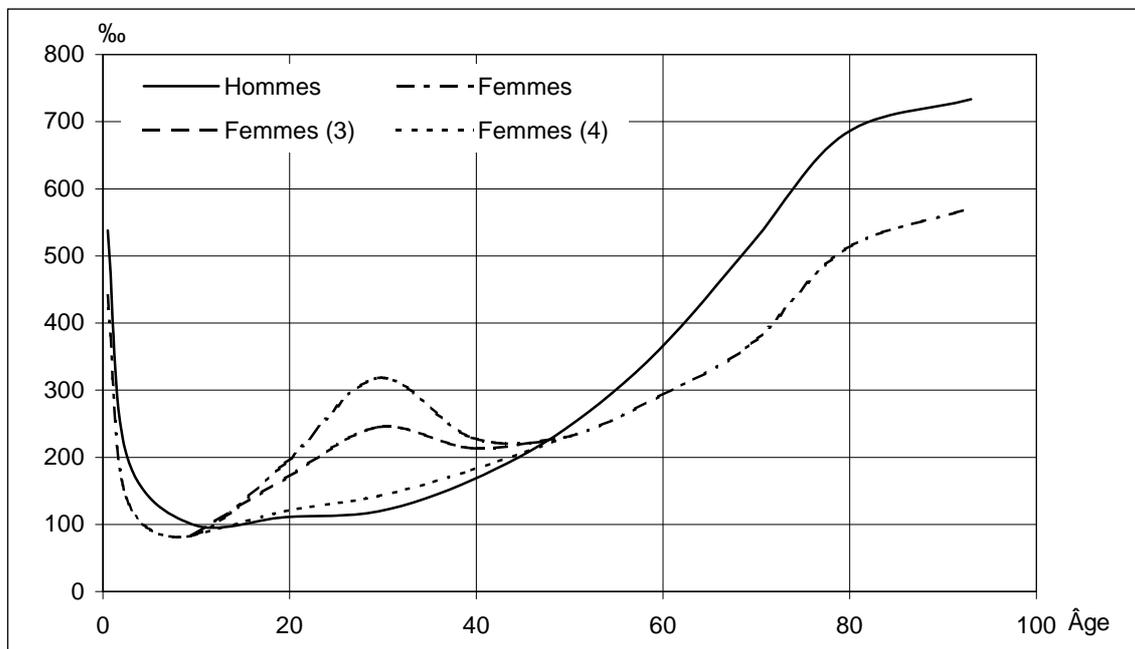
27. AUVRAY Laurence, LE FUR Philippe : « Adolescents : état de santé et recours aux soins », Credes, *Questions d'économie de la Santé*, n° 49, mars 2002.

28. « La santé des adolescents », Drees, *Études et Résultats*, n° 322, juin 2004.

29. Sources : Base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 20012, exploitation Drees ; voir aussi MOUQUET Marie-Claude : « Motifs d'hospitalisation en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 81, septembre 2000.

**Graphique 1.7 – Taux d'hospitalisation* dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements hospitaliers publics et privés
Toutes causes selon le sexe et l'âge des patients
Ensemble des hospitalisations (2)**

2002



* Nombre de séjours de résidents en France métropolitaine pour 1 000 habitants de France métropolitaine.
 (1) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
 (2) Hospitalisations \geq 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations $<$ 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.
 (3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'O.M.S. 10^e Révision).
 (4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e Révision).
 Champ : établissements publics et privés - Résidents en France métropolitaine.
 Source : ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, ministère de la Santé et de la protection sociale, Base nationale PMSI, exploitation Drees.

Enfin, avec un taux de recours de 491 pour 1 000³⁰, la fréquentation hospitalière des enfants de moins d'un an se situe nettement au-dessus de la moyenne (252 pour 1 000). Les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an sont parmi les plus forts, venant juste après ceux des personnes âgées de plus de 74 ans. Le taux de recours à l'hôpital est plus élevé chez les garçons (538 pour mille garçons, contre 441 pour mille filles). La part des pathologies périnatales est très élevée, avec près de 37 % des motifs de recours, le deuxième motif étant les maladies de l'appareil respiratoire avec 13 % des causes d'hospitalisation.

À cet égard, les causes d'hospitalisation évoluent sensiblement avec l'âge : avant 15 ans, les maladies respiratoires arrivent au premier plan (environ un séjour sur six entre 1 et 14 ans), tandis que les traumatismes et empoisonnements représentant la deuxième cause d'hospitalisation. Ils n'arrivent plus qu'au troisième rang pour les 15-24 ans, avec 13,5 % des séjours, après les maladies de l'appareil digestif qui motivent près de 20 % des séjours (maladies des dents et appendicite, notamment) et les grossesses (23,5 % des séjours).

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

Les affections respiratoires, évoquées ci-dessus, apparaissent ainsi au premier plan des motifs de recours aux soins des enfants de moins de 15 ans aussi bien en ville qu'à l'hôpital³¹, ce sont les maladies des amygdales et végétations adénoïdes qui expliquent le poids des affections respiratoires, l'asthme occupe aussi une place importante, étant à l'origine d'environ 26 500 séjours dans l'année : 3 500 pour les moins d'un an (soit un taux de 4,5 pour 1 000), 13 400 pour les 1 à 4 ans (soit 4,5 pour 1 000) et 9 600 pour les 5-14 ans (soit 1,3 pour 1 000), touchant majoritairement les garçons (près des deux tiers).

À ces âges, les hospitalisations pour carences en vitamine D sont rares (44 séjours en 2002 concernant des moins de 25 ans, dont 32 pour rachitisme évolutif) attestant d'un niveau élevé des pratiques de prévention en la matière.

... et les traumatismes pour les garçons de 15 à 24 ans

Pour les 15-24 ans, le taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements est de 20,3 pour 1 000 jeunes des deux sexes, allant de 12,6 pour 1 000 filles à 27,7 pour 1 000 garçons. Pour les garçons, si la part des luxations et entorses est importante (4,8 pour 1 000), on note des taux de 4,7 pour 1 000 pour des fractures des membres supérieurs et de 3,4 pour 1 000 pour des traumatismes crâniens. Chez les filles, ce sont les intoxications par produits pharmaceutiques qui viennent au premier plan, avec un taux d'hospitalisation de 4,2 pour 1 000 ; dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de tentatives de suicides.

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

Les prises en charges pour affections de longue durée (ALD) [tableau 1.6] peuvent par ailleurs donner une idée de l'incidence des maladies chroniques les plus graves dans cette tranche d'âge. Ce sont de loin les troubles mentaux qui constituent les affections chroniques les plus fréquentes reconnues avant 25 ans : cette catégorie comprend les psychoses, les troubles de la personnalité et les arriérations mentales. Les affections neurologiques et neuromusculaires sont environ trois fois moins nombreuses, tandis que les insuffisances respiratoires chroniques le sont environ quatre fois, et les affections cardiovasculaires, ostéo-articulaires, ainsi que les tumeurs malignes, environ cinq fois.

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

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

Le début de cette période (entre 25 et 44 ans) se caractérise par une bonne santé physique générale et, pour beaucoup de femmes, par le temps de la maternité. Cependant, il ne faut pas sous-estimer l'importance des problèmes de santé mentale, l'accrois-

31. Source : Base nationale PMSI, 20012, exploitation Drees.

**Tableau 1.6 – Affections de longue durée (ALD) en 2001
Répartition des nouveaux cas selon la cause**

en %

	MOINS DE 25 ANS		DE 25 À 64 ANS		65 ANS ET PLUS	
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Groupe des affections cardiovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12 et 13) (1)	7,6	7,0	30,7	16,8	39,4	41,7
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30)	7,5	7,6	21,3	30,2	32,1	21,2
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	5,0	5,9	18,3	16,1	11,9	11,9
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (ALD 23)	41,1	30,5	12,1	17,3	6,2	15,0
Groupe des affections neurologiques et neuro-musculaires (ALD 9, 16, 20 et 25) (2)	10,8	11,2	3,1	4,1	2,9	2,9
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)	9,1	7,7	2,7	2,8	3,8	2,7
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6)	1,0	1,2	4,6	3,2	1,0	0,8
Groupe des affections ostéoarticulaires (ALD 22, 26 et 27) (3)	3,1	11,2	1,7	3,4	0,6	1,4
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD 24)	3,2	4,5	1,2	1,6	0,2	0,2
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD 19)	2,1	1,4	0,9	0,7	0,9	0,7
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH (ALD 7)	2,0	2,8	1,5	0,9	0,0	0,0
Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive (ALD 21)	0,3	1,5	0,3	1,3	0,3	0,8
Tuberculose active (ALD 29)	1,9	2,0	0,9	0,7	0,3	0,3
Groupe des maladies du sang (ALD 2, 10 et 11) (4)	2,2	2,1	0,2	0,4	0,1	0,1
Groupe des maladies métaboliques sauf diabète (ALD 17 et 18) (5)	1,5	1,7	0,4	0,3	0,1	0,1
Autres ALD30 (ALD 4, 15 et 28) (6) et ALD30 non ventilées	1,5	1,7	0,2	0,3	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de nouveaux cas (7)	28 421	23 948	225 359	185 776	201 240	231 558

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

(1) Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1), artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD 3), insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD 5), hypertension artérielle sévère (ALD 12) et maladie coronaire (ALD 13).

(2) Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (ALD 9), maladie de Parkinson (ALD 16), paraplégie (ALD 20) et sclérose en plaques (ALD 25).

(3) Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22), scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne (ALD 26) et spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27).

(4) Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD 2), hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD 10) et hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD 11).

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

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

(7) y compris les 528 cas d'âge inconnu réventilés au pro rata des tranches d'âges.

Champ : France entière.

Source : CNAM-TS, ENSM.

sement des pathologies de la vie quotidienne, maux de tête, mal de dos, varices... que déclarent les personnes, et qui sont des facteurs de gêne et de consommations de soins. En outre, la fréquence des cancers féminins s'avère préoccupante pour cette classe d'âge.

À partir de 45 ans, on constate une augmentation massive de la fréquence des facteurs de risque (obésité, hypertension...) et de pathologies plus lourdes : cancers et maladies cardiovasculaires. Les conséquences des comportements à risque (tabagisme,

alcoolisme), des facteurs environnementaux et de ceux liés aux conditions de travail se cumulent avec les effets biologiques liés au vieillissement.

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

Selon l'enquête *SPS 2002* déjà citée, la note moyenne que s'attribuent les enquêtés d'âge actif pour l'estimation globale de leur état de santé est relativement élevée, puisqu'elle atteint, sur une échelle de 0 à 10, 8,09 pour les hommes et 7,94 pour les femmes (graphique 1.5).

Les affections les plus souvent déclarées par les personnes de cette classe d'âge étendue sont les problèmes dentaires, cités par près de neuf personnes sur dix, et les troubles de la réfraction (59 %). Quatre personnes sur dix présentent un excès pondéral et une sur dix est obèse. Puis, viennent les affections ostéo-articulaires qui touchent plus d'une personne sur quatre : des douleurs ou affections du dos (15 %) et les affections articulaires périphériques (12 %).

Les troubles veineux sont plus fréquents chez les femmes. Entre 25 et 64 ans, 18 % des femmes disent en souffrir, contre 7 % des hommes. L'hypertension artérielle concerne, quant à elle, 11 % des hommes et des femmes. Des troubles dépressifs sont mentionnés par 8 % des femmes et près de 5 % des hommes. Lors de l'enquête précédente, seuls 65 % des hommes et 56 % des femmes déclaraient ne ressentir aucune douleur³² ; une douleur très importante était en revanche mentionnée par 2 % des hommes et 4 % des femmes.

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

En ville³³, les motifs de recours aux soins diffèrent pour les hommes et les femmes de 25 à 64 ans (tableau 1.5). Pour les hommes, sur 100 séances chez le médecin, les motifs cardiovasculaires en représentent environ 19, les motifs respiratoires presque 18, les troubles mentaux se situant pour leur part en troisième position (17 motifs pour 100 séances), avant les maladies du système ostéo-articulaire et les symptômes, signes et états morbides mal définis (autour de 16 motifs pour 100 séances). Pour les femmes, ce sont les actes administratifs et préventifs qui arrivent au premier rang avec plus de 21 motifs de consultation pour 100 séances, devant les troubles mentaux (19), les symptômes et états morbides mal définis et les pathologies circulatoires (autour de 16), puis les pathologies respiratoires (14).

32. Question non posée en 2002.

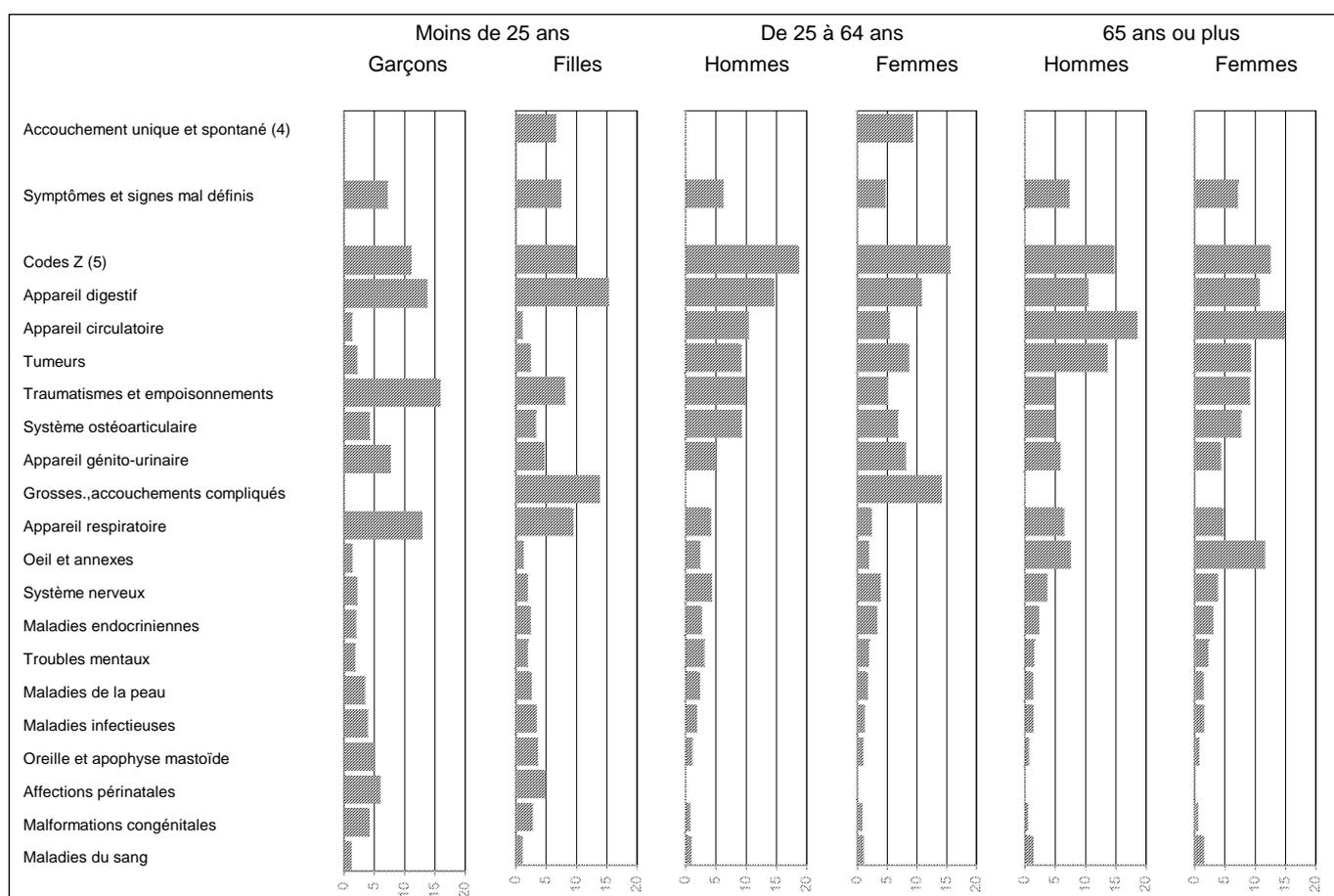
33. Source : IMS-Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Irdes, septembre 2002-août 2003.

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

Les motifs d'hospitalisation³⁴ dans les services de soins somatiques sont de la même façon très diversifiés dans cette tranche d'âge (graphique 1.8). Une modification importante apparaît toutefois aux environs de 45 ans (graphique 1.7).

Graphique 1.8 – Répartition des séjours (1) hospitaliers annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient (2002)

en %



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

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

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

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

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e Révision.

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

Champ : établissements publics et privés - Résidents en France métropolitaine.

Source : ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, ministère de la Santé et de la protection sociale, Base nationale PMSI, exploitation Drees.

34. Source : Base nationale PMSI 20012, exploitation Drees.

Par ailleurs, avant 45 ans, la grossesse et l'accouchement sont au premier rang des hospitalisations féminines : entre 25 et 34 ans, le taux d'hospitalisation pour ce motif est le plus élevé de toutes les tranches d'âge (176,1 pour 1 000 femmes de 25 à 34 ans).

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

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

Les motifs d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif sont en outre répandus dans toutes les classes d'âge ; en effet, ce chapitre de la Classification internationale des maladies (CIM) inclut les affections des dents et du parodonte, ainsi que l'appendicite.

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

Plus de 400 000 personnes âgées de 25 à 64 ans ont été admises en 2002 en « affections de longue durée » (ALD) par le régime général de l'assurance maladie, 55 % sont des hommes et 45 % des femmes (tableau 1.6).

Les causes d'admissions les plus fréquentes à cette période de la vie sont les cancers et les maladies cardiovasculaires et, dans une moindre mesure, le diabète et les maladies mentales (psychose, troubles de la personnalité et arriération mentale). Ces quatre types de pathologies représentent plus de quatre nouvelles admissions sur cinq, et les deux premiers, une sur deux. Les affections cardiovasculaires prédominent chez les hommes et les tumeurs chez les femmes.

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

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

Le nombre d'affections déclarées s'accroît sensiblement avec l'âge. Aussi, les personnes âgées ont-elles un taux de recours aux soins nettement plus élevé, tant en ville qu'à l'hôpital. Les problèmes liés aux chutes et à l'ostéoporose, ainsi que la démence, sont quant à eux spécifiques aux âges élevés.

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

La note moyenne que s'attribuent les personnes pour estimer leur état de santé baisse régulièrement avec l'âge et n'est plus que de 6,6 pour les hommes et 6,5 pour les femmes chez les personnes de 65 ans ou plus (graphique 1.5).

Selon l'enquête *SPS 2002*, au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent en moyenne plus de sept affections y compris les problèmes dentaires et les troubles de la vue.

Parmi les affections les plus souvent déclarées, on trouve les troubles de la réfraction chez 82 % des plus de 64 ans. La cataracte, non incluse dans ce chiffre, est de plus signalée par près de 19 % des femmes et 14 % des hommes.

La gravité des problèmes dentaires déclarés reste en outre importante : 40 % des personnes enquêtées âgées de 65 ans ou plus ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents. Le port d'une prothèse dentaire amovible, type dentier, concerne 52 % des personnes de cette classe d'âge avec des disparités sociales importantes.

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

Si l'on exclut les problèmes dentaires et visuels, les pathologies les plus fréquentes à ces âges sont les affections cardiovasculaires (74 % des 65 ans ou plus) et notamment l'hypertension, qui est mentionnée par 44 % des sujets de cette tranche d'âge.

Les troubles endocriniens ou du métabolisme (71 %) et les affections ostéo-articulaires (53 %) sont également fréquemment cités. On peut noter que les troubles des lipides atteignent plus du quart des plus de 64 ans, et l'obésité³⁵, 15 %. Les troubles du sommeil sont signalés par 23 % des femmes et 14 % des hommes. Les états dépressifs sont également plus fréquents chez les femmes qui sont 11 % à les déclarer contre près de 6 % des hommes. Le déficit auditif est aussi relativement fréquent à cet âge, surtout chez les hommes. Il est mentionné par 31 % des hommes et 21 % des femmes. Cette différence de fréquence entre hommes et femmes a probablement pour partie une origine professionnelle.

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

Autre élément de qualité de vie, la capacité à se déplacer : 26,5 % des personnes de 65 ans ou plus déclarent avoir des difficultés à se déplacer et 11.5 % des difficultés à faire leur toilette. Ces limitations sont liées au milieu social des enquêtés : à âge et sexe comparables, elles sont plus fréquentes chez les personnes vivant dans un milieu d'ouvriers ou d'employés de commerce³⁶. À ces âges, plus de six personnes sur dix déclarent en outre des douleurs fréquentes³⁷. Celles-ci sont jugées « importantes » ou « très importantes » par une personne sur trois (respectivement 24 et 6 contre 11 et 2,6 dans la population générale tous âges confondus).

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

Toutes pathologies confondues, le nombre de motifs de recours pour 100 séances de consultations chez les médecins de ville³⁸ augmente avec l'âge, atteignant 230 motifs pour 100 séances chez les femmes et 219 motifs pour 100 séances chez les hommes alors qu'il est de l'ordre de 155 entre 25 et 64 ans (tableau 1.5).

Les pathologies cardiovasculaires prédominent nettement, avec une valeur voisine de 63 motifs de recours pour 100 séances pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus, et de 70 motifs pour 100 séances chez les 75 ans ou plus. Viennent ensuite les symptômes et états morbides mal définis (27 motifs pour 100 séances), les maladies endocriniennes et métaboliques (25 motifs pour 100 séances) et les maladies ostéo-articulaires (22 motifs pour 100 séances). À noter que la part des symptômes et états morbides mal définis est nettement plus élevée chez les personnes âgées de plus de 64 ans et s'accroît aussi au sein de cette tranche d'âge.

Les taux d'hospitalisation³⁹ augmentent également très rapidement à partir de 65 ans (graphique 1.7). Ce taux, égal à 324 pour 1 000 pour les 55-64 ans, passe chez les 65-74 ans à près de 437 puis de 577 chez les 75-84 ans et de 616 au-delà de 84 ans. En soins de courte durée, environ le tiers des séjours concerne des personnes de plus de 64 ans. Parallèlement, les durées d'hospitalisation s'allongent au fur et à mesure que l'âge des personnes hospitalisées s'accroît.

Les maladies de l'appareil circulatoire (graphique 1.8) sont, en 2002, à l'origine d'un peu plus d'un séjour hospitalier sur six pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 794 000 séjours hospitaliers. Elles représentent la première cause de décès dans cette tranche d'âge (34,7 %), loin devant les tumeurs (25,4 %) et les pathologies respiratoires (7,8 %) [encadré 1.1].

Les autres causes d'hospitalisation sont plus diversifiées selon le sexe. Pour les femmes, trois groupes de pathologies interviennent dans des proportions voisines : les maladies de l'œil (11 %), la cataracte étant à elle seule responsable de près de 10 % des séjours hospitaliers des femmes âgées, les maladies de l'appareil digestif (10 %), et les traumatismes

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

37. Enquête SPS 2000.

38. Source : IMS - Health, Enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Irdes, septembre 2002 – août 2003.

39. Source : Base nationale PMSI 20012, exploitation Drees.

mes (9 %) en raison, surtout, de la fréquence des fractures du col du fémur (58 300 séjours pour les femmes de ce groupe d'âge sur un total de 82 300 en 2002, tous âges et tous sexes confondus). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires sont les tumeurs (13 %) et les maladies de l'appareil digestif (10 %). La part des motifs de recours aux soins autres que maladie ou traumatisme s'élève à 13 % pour l'ensemble de la tranche d'âge (pour les deux sexes réunis), mais diminue de façon sensible au fur et à mesure que l'âge augmente ; ils motivent près de 17 % des séjours pour les hommes de 65 à 74 ans et un peu moins de 8 % pour les femmes de plus de 84 ans.

En 2002, près de la moitié des admissions en ALD concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (près de 433 000, soit 44 % des admissions masculines et 52 % pour les femmes). Dans cette tranche d'âge, les femmes sont plus nombreuses et représentent 53,5 % des nouvelles admissions (tableau 1.6). Conformément aux données d'hospitalisation et de mortalité, les pathologies graves incidentes les plus fréquentes sont à cet âge les affections cardiovasculaires et les tumeurs, qui représentent respectivement 41 et 26 % des entrées en ALD. Viennent ensuite le diabète (12 %) et les troubles mentaux (11 %).

Tableau – Pathologies les plus fréquentes selon l'âge

	Mortalité (1) 2000 % des décès	Hospitalisations « MCO » (1) 2002 % des séjours	Soins de ville (1) 2002-2003 % des motifs	Morbidité déclarée 2002 Prévalences	Déficiences HID 1999 Prévalences	ALD 2002 % des entrées en ALD
Tous âges	530 850 Appareil circulatoire 30,5 % Tumeurs 28,2 % Traumatismes et empoisonnements 7,8 % Appareil respiratoire 6,7 % Appareil digestif 4,5 %	14 922 000 Appareil digestif (dont dents) 11,9 % Appareil circulatoire 9,0 % Tumeurs 8,1 % Traumatismes et empoisonnements 7,6 % Système ostéoarticulaire 6,2 %	618 500 000 (dont 11 400 000 âge inconnu) Appareil circulatoire 14,2 % Appareil respiratoire 11,5 % Système ostéoarticulaire 8,1 % Troubles mentaux 8,0 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 7,1 %	Appareil digestif (dont dents) 74,3 % Affections ophtalmologiques 55,6 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 42,6 % Appareil circulatoire 26,4 % Système ostéoarticulaire 24,3 %	Déficiences motrices 16,3 % Déficiences intellectuelles ou mentales 15,7 % Déficiences auditives 8,7 % Déficiences cardiovasculaires 6,4 % Déficiences visuelles 5,5 %	896 302 Affections cardio-vasculaires 31,2 % Tumeurs malignes 24,8 % Diabète 14,0 % Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale 14,0 % Affections neurologiques et neuro-musculaires 3,7 %
Moins de 25 ans	9 668 (3 393 avant 1 an) Traumatismes et empoisonnements 40,4 % Affections d'origine périnatale 14,7 % Anomalies congénitales 10,3 % Tumeurs 7,6 % Maladies du système nerveux et des organes des sens 4,3 %	2 724 000 (376 000 avant 1 an) Appareil digestif (dont dents) 14,2 % Traumatismes et empoisonnements 11,6 % Appareil respiratoire 10,8 % Appareil génito-urinaire 5,8 % Affections d'origine périnatale 5,1 %	118 800 000 (dont 10 700 000 avant 1 an) Appareil respiratoire 26,6 % Maladies infectieuses 8,0 % Maladies de la peau 6,2 % Affections ophtalmologiques 5,6 % Maladies de l'oreille 4,5 %	Appareil digestif (dont dents) 36,1 % Affections ophtalmologiques 26,9 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 18,4 % Appareil respiratoire 15,5 % maladies de la peau 12,2 %	Déficiences intellectuelles ou mentales 10,8 % Déficiences respiratoires 4,3 % Déficiences motrices 2,9 % Déficiences visuelles 2,6 % Troubles du langage 2,2 %	52 368 Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale 36,3 % Affections neurologiques et neuro-musculaires 11,0 % Insuffisance respiratoire chronique grave 8,4 % Tumeurs malignes 7,5 % Affections cardio-vasculaires 7,3 %
25-64 ans	99 792 Tumeurs 42,1 % Traumatismes et empoisonnements 16,2 % Appareil circulatoire 15,2 % Appareil digestif 6,7 % Troubles mentaux 2,9 %	7 319 000 Appareil digestif (dont dents) 12,1 % Tumeurs 8,5 % Système ostéoarticulaire 7,5 % Appareil circulatoire 7,2 % Traumatismes et empoisonnements 6,8 %	296 400 000 Troubles mentaux 11,8 % Appareil circulatoire 10,9 % Appareil respiratoire 10,0 % Système ostéoarticulaire 9,3 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 7,0 %	Appareil digestif (dont dents) 88,9 % Affections ophtalmologiques 60,5 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 46,7 % Système ostéoarticulaire 26,8 % Appareil circulatoire 24,3 %	Déficiences intellectuelles ou mentales 16,2 % Déficiences motrices 15,9 % Déficiences auditives 6,0 % Déficiences cardiovasculaires 5,3 % Déficiences visuelles 6,0 %	411 135 Tumeurs malignes 25,3 % Affections cardio-vasculaires 24,4 % Diabète 17,3 % Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale 14,4 % Maladies chroniques actives du foie 3,9 %
65 ans ou plus	421 390 Appareil circulatoire 34,7 % Tumeurs 25,4 % Appareil respiratoire 7,8 % Traumatismes et empoisonnements 5,1 % Maladies du système nerveux et des organes des sens 4,1 %	4 879 000 Appareil circulatoire 16,3 % Tumeurs 11,0 % Appareil digestif (dont dents) 10,2 % Affections ophtalmologiques 9,3 % Traumatismes et empoisonnements 6,7 %	191 900 000 Appareil circulatoire 27,9 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 11,2 % Système ostéoarticulaire 9,5 % Troubles mentaux 5,5 % Appareil digestif 5,2 %	Appareil digestif (dont dents) 96,6 % Affections ophtalmologiques 89,6 % Appareil circulatoire 74,4 % Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme 71,5 % Système ostéoarticulaire 53,3 %	Déficiences motrices 44,9 % Déficiences auditives 32,4 % Déficiences intellectuelles ou mentales 24,2 % Déficiences cardiovasculaires 22,8 % Déficiences visuelles 15,2 %	432 799 Affections cardio-vasculaires 40,6 % Tumeurs malignes 26,3 % Diabète 11,9 % Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale 10,9 % Insuffisance respiratoire chronique grave 3,2 %

(1) Le classement ne prend pas en compte les séjours pour grossesse et accouchement, symptômes et états morbides mal définis et motifs de recours autres que maladies ou traumatismes tels que prévention, motifs administratifs, surveillance ou raisons économiques et sociales.

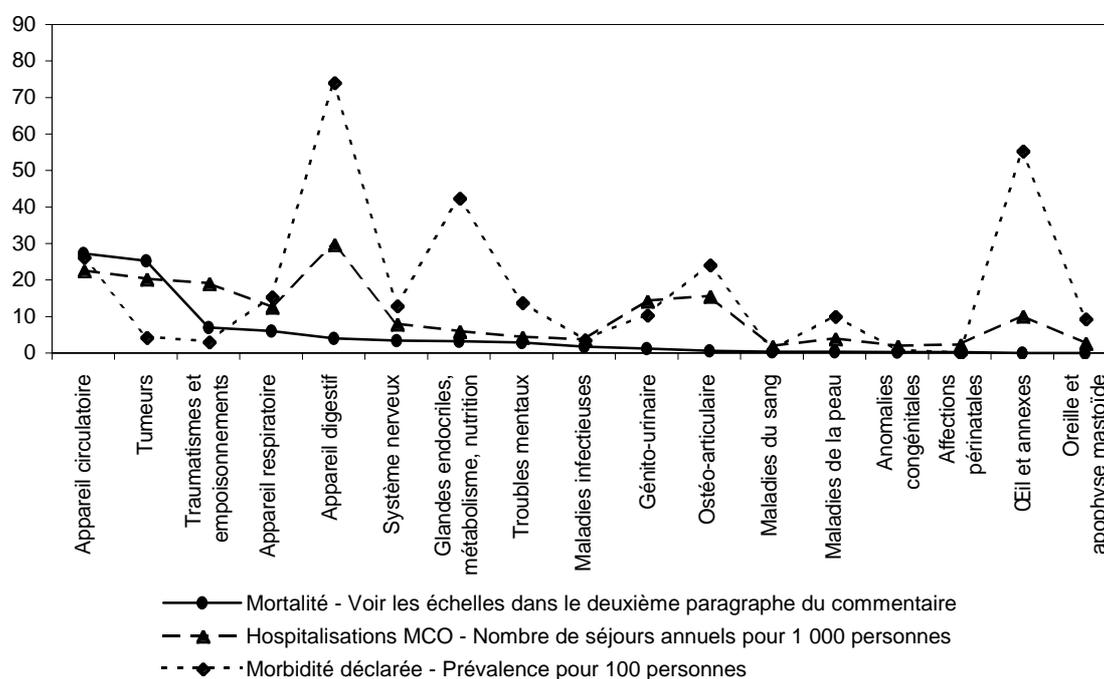
Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM - CépiDc, statistique des causes médicales de décès pour la mortalité, DREES, exploitation de la base nationale PMSI pour les hospitalisations MCO, IMS HEALTH, Étude permanente de la prescription médicale, IRDES, enquête SPS pour la morbidité déclarée, INSEE, enquête HID à domicile pour les déficiences, CNAVMS - ENSM, étude des incidences médico-sociales des affections de longue durée pour les ALD.

ENCADRÉ 1.1 – FRÉQUENCES RELATIVES DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Graphiques – Mortalité, hospitalisations MCO, morbidité déclarée

Taux tous âges



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

Champ : France métropolitaine.

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

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

Si à première vue, les ordres de grandeurs des taux peuvent apparaître équivalents, ceci est dû à des effets d'échelle : en effet la morbidité déclarée est exprimée en prévalences pour 100 personnes¹, les taux d'hospitalisation en séjours pour 1 000 personnes², alors que le taux brut de mortalité tous âges est ici rapporté à 10 000 personnes³. En outre, les taux de mortalité varient considérablement avec l'âge ; en conséquence, pour les besoins de la présentation graphique, les échelles des taux de mortalité varient selon les tranches d'âges considérées : les taux de mortalité par cause sont rapportés à 100 000 personnes dans le graphique des moins de 25 ans, 10 000 pour celui des 25-64 ans et 1 000 pour celui des 65 ans et plus.

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

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

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

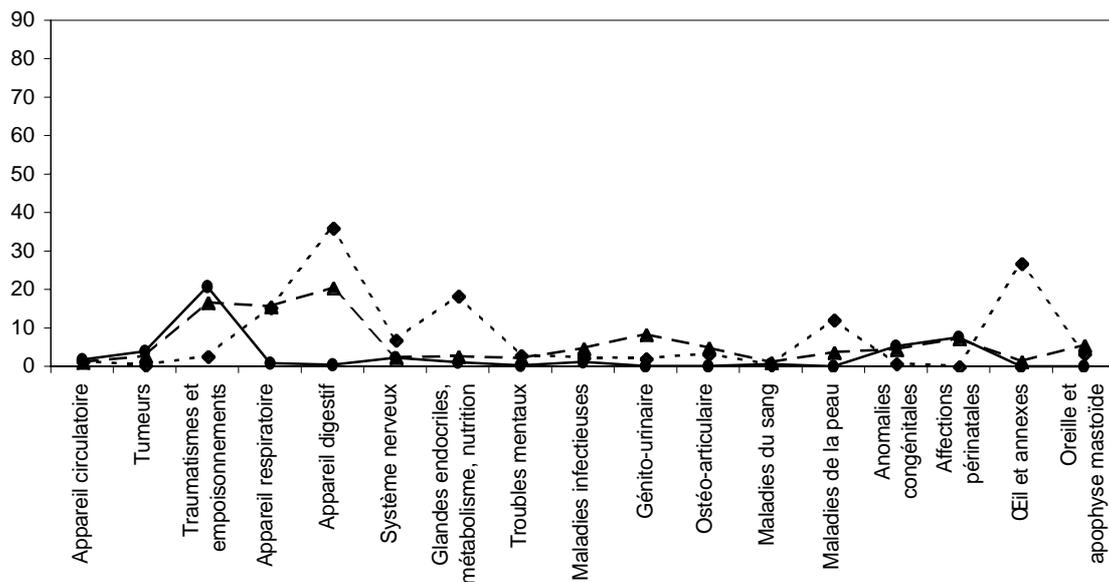
En revanche, les pathologies ophtalmologiques et ostéo-articulaires sont des pathologies fréquentes, mais peu souvent en cause dans la mortalité. Ce sont toutefois des facteurs majeurs de handicaps : dans l'enquête HID, 16 % des personnes interrogées à domicile présentaient des déficiences motrices,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

1. Plusieurs pathologies pouvant être déclarées par une même personne.

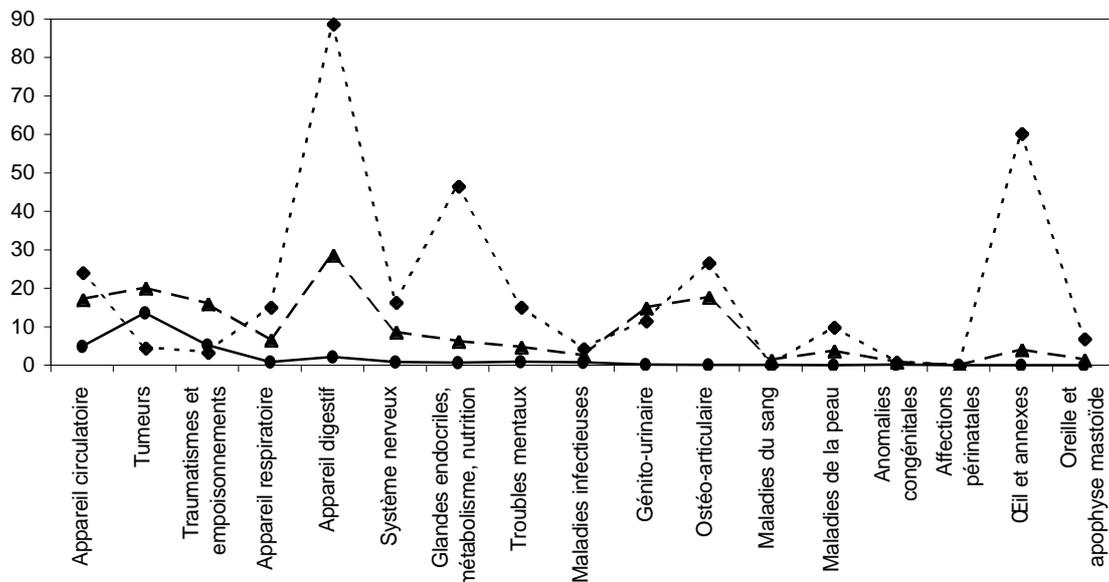
2. Chaque séjour donne lieu à un seul diagnostic principal. Les séjours pour grossesse, accouchement, symptôme ou état morbide mal défini, et les motifs de recours autres que maladies ou traumatismes (prévention, motif administratif, surveillance, raison économique ou sociale...) ont été exclus.

3. Également une seule cause initiale par décès.

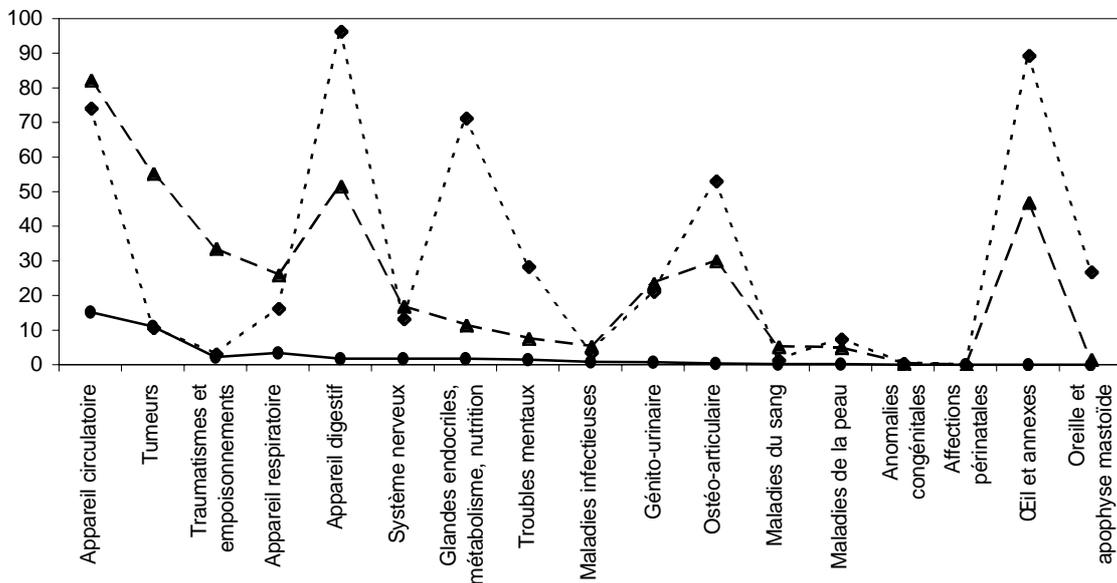
Taux moins de 25 ans



Taux 25 à 64 ans



Taux 65 ans ou plus



I.3 Des disparités sociales de santé et de recours aux soins qui perdurent

Malgré des résultats globaux satisfaisants, des disparités sociales significatives demeurent tant en matière d'état de santé que de recours aux soins. Seuls certains aspects en sont rappelés ici, sachant qu'un important travail de l'Inserm⁴⁰ leur a été consacré, ainsi qu'un chapitre spécifique du dernier rapport du Haut comité de la santé publique⁴¹.

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

Le dernier calcul d'espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle, sur la période 1982-1996, montre que l'écart demeure important entre les « cadres, professions libérales » et les « ouvriers », et qu'il est plus marqué encore chez les hommes (6,5 ans) que chez les femmes (3,5 ans)⁴² [tableau 1.7]. Les disparités en termes de mortalité persistent aussi aux âges élevés : en France, dans la population masculine, les anciens ouvriers de 60 ans ou plus ont un risque de mortalité plus élevé de 58 % que les anciens cadres supérieurs, professions libérales et intellectuelles (période 1990-1994)⁴³. Outre la situation professionnelle (conditions de travail, revenus...), les déterminants sociaux de la santé sont fortement liés au contexte socio-économique dans lequel vivent les individus, incluant de nombreuses caractéristiques : le niveau d'études, les conditions de logement, la structure familiale, les événements marquants... Ainsi, une étude récente montre que, pour la population féminine, l'environnement familial (statut matrimonial, nombre d'enfants, décès des parents durant l'enfance), le type de carrière (interrompue ou continue) et les caractéristiques du logement sont des critères déterminants pour expliquer les inégalités de mortalité⁴⁴ ; ces critères sont particulièrement utiles pour appréhender la situation des femmes dont le statut professionnel décrit moins clairement la situation sociale que pour les hommes. Plus généralement, ils contribuent à une meilleure compréhension des relations entre situation sociale et santé.

Au cours du temps, lorsque l'on compare des groupes de population dont les caractéristiques sont stables de période en période, les inégalités sociales de mortalité se sont globalement maintenues. Les progrès médicaux, sanitaires et sociaux qui ont favorisé la baisse de la mortalité ont bénéficié à tous les groupes étudiés, mais ils ne semblent pas avoir permis aux moins favorisés de rattraper leur retard en matière d'espérance de vie et d'atténuer les inégalités⁴⁵. Aux âges élevés aussi, l'écart est resté constant entre les années 70 et les années 90⁴⁶. Cependant, lorsqu'on compare des groupes de population particuliers dont la

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

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

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

43. CAMBOIS Emmanuelle : « Occupational and Educational Mortality Differentials in the French Elderly People : Magnitude and Trends over last Decades », Demographic Research, suppl 2, 2004.

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

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

46. CAMBOIS Emmanuelle : « Occupational and Educational Mortality Differentials in the French Elderly People : Magnitude and Trends over last Decades », Demographic Research, suppl 2, 2004.

Tableau 1.7 – Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle de 1982 à 1996

en années

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

* L'espérance de vie est arrondie à la demi-année la plus proche.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, échantillon de mortalité de 1982.

structure a évolué au cours du temps (notamment les catégories sociales extrêmes), on constate des évolutions différenciées de la mortalité ; au sein de la catégorie des ouvriers, les moins qualifiés ont connu une évolution de leur risque de mortalité moins favorable que la moyenne. Ainsi, bien que les écarts demeurent constants entre anciens cadres et anciens ouvriers, le différentiel de mortalité entre anciens cadres supérieurs et anciens ouvriers non qualifiés s'est accru : ces derniers avaient un risque de mortalité plus élevé de 74 % que celui des anciens cadres supérieurs sur la période 1969-1973, et de 83 % sur la période 1990-1994. Cette tendance s'explique en partie par l'évolution de la structure sociale de la population âgée et en particulier du groupe des ouvriers. Par exemple, le niveau d'études des ouvriers sans qualification a moins progressé durant la période que le niveau de formation moyen. Par ailleurs, cette catégorie constitue une part décroissante de la population⁴⁷, incluant dans la période récente sa fraction la plus défavorisée (en termes de qualifications, de revenus, de conditions de travail, de risque de chômage...). L'écart accru entre cadres supérieurs et ouvriers non qualifiés reflète ce changement structurel. Ainsi, pour interpréter les évolutions constatées, l'étude des inégalités sociales de santé doit-elle s'accompagner d'une étude des caractéristiques des différents groupes considérés et de leurs évolutions au cours du temps (place d'un groupe au sein de la population, niveau moyen d'étude, environnement familial, type d'activité, risque de chômage...); des situations sociales particulières et les besoins de santé associés peuvent alors faire l'objet d'études spécifiques, comme c'est le cas dans le domaine de la précarité et de la santé (voir paragraphe I.3.3).

47. *Ibidem*.

En matière de mortalité, les différences s'expriment aussi à travers les causes de décès. Si on n'identifie pas de causes propres à chacun des groupes sociaux, la structure de la mortalité par cause fait apparaître des différences. Sur la période 1975-1980, l'Insee estimait qu'aux âges adultes, les accidents, les suicides et les cirrhoses constituaient une proportion des causes de décès plus importante chez les ouvriers, puis chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, que chez les cadres. Chez ces derniers, ce sont les tumeurs malignes et les maladies cardiovasculaires qui étaient relativement plus importantes. Une estimation des quotients de mortalité par maladies cardiaques montrait à cette époque qu'ils différaient peu entre catégories, étant même plus importants pour les cadres que pour les ouvriers dans la population féminine⁴⁸. L'évolution de la mortalité par maladie cardiovasculaire au cours des décennies est toutefois souvent avancée pour expliquer la persistance des inégalités sociales de mortalité depuis les années 1980 ; les taux de mortalité liés à certaines de ces pathologies diminueraient surtout dans les catégories socioprofessionnelles les plus élevées, sous l'effet d'une diminution différentielle de leur incidence et des inégalités dans le taux de létalité qui leur est associé⁴⁹. L'Inserm indique aussi une influence croissante du diabète et des maladies respiratoires comme facteurs de la surmortalité des ouvriers et des employés par rapport aux cadres supérieurs (méthode basée sur l'information des certificats de décès)⁵⁰.

1.3.2 Des différences face à la maladie et à ses conséquences

Comme le résume l'ouvrage de l'Inserm, de nombreuses études ont montré l'existence d'inégalités sociales dans toutes les dimensions de la santé⁵¹ : mortalité (voir ci-dessus), morbidité et handicap.

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

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

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

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

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

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

Le lien entre le milieu social et les conséquences des maladies et accidents que sont les incapacités et les handicaps a aussi été clairement mis en évidence.

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

Tableau 1.8 – Espérance de vie pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991

en années

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

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, échantillon de mortalité de 1975.

Tableau 1.9 – Espérance de vie sans incapacité pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991

en années

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

Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, échantillon de mortalité de 1975 et enquête décennale de santé 1991-1992.

Les deux paragraphes suivants s'intéressent plus particulièrement à l'état de santé des populations défavorisées : leur situation sociale accentue en effet, lorsqu'elle est marquée par la précarité, ces désavantages face à la santé.

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

Depuis le milieu des années 1990, les pouvoirs publics se préoccupent des conditions de vie et de l'état de santé des groupes de population en situation sociale précaire (problèmes importants d'emploi, de logement, ruptures sociales...). De nombreuses études ont été menées pour mieux identifier, parmi ces groupes de population, les problèmes de santé qui les caractérisent et les besoins que les systèmes de soins courants ne parviennent pas à satisfaire⁵². Comme pour les différences dans les causes de décès, on ne repère généralement pas de problèmes de santé spécifiques à ces groupes de population mais plutôt une fréquence plus importante de certains problèmes et un recours différent aux soins. Par exemple, parmi les

52. CAMBOIS Emmanuelle : « les personnes en situation sociale difficile et leur santé » in « les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 », ONPES/La Documentation française, 2004.

bénéficiaires de prestations ou de couvertures sociales, comme le RMI ou la CMU, les usagers de centres de soins gratuits et des centres d'hébergement, ou plus généralement les plus démunis, les problèmes psychiques et respiratoires sont plus fréquents que dans la population générale. Sont également constatés un recours plus fréquent à l'hospitalisation et moins fréquent aux spécialistes, des problèmes dentaires en plus grand nombre (caries, dents cassées), et de problèmes de vue aussi répandus mais moins bien corrigés (voir aussi paragraphes I.3.4 et I.3.5)⁵³. Les bénéficiaires de la CMU déclarent par exemple 20 % d'affections de plus que le reste de la population, à âge et sexe comparables. Toujours à âge et sexe comparables, les adultes sont presque quatre fois plus nombreux que les autres adultes à déclarer avoir un état de santé mauvais ou très mauvais, deux fois plus nombreux à être limités dans leurs activités habituelles, et ils sont 40 % de plus à déclarer souffrir d'un problème de santé chronique⁵⁴. On repère aussi plus souvent, parmi les personnes démunies, des problèmes locomoteurs et des incapacités ; conséquences de maladies ou d'accidents, ils illustrent probablement les difficultés de récupération et de gestion des problèmes de santé auxquels elles sont confrontées.

Les modes particuliers de recours aux soins qui caractérisent ces groupes, souvent liés au manque de ressources, peuvent en outre se révéler inadaptés à leur état de santé, ou peu favorables aux démarches préventives ou de dépistage et à l'accompagnement des problèmes installés : consultations tardives, services d'urgence, recours exclusif à des soins généralistes...

Bien qu'ayant de nombreuses similarités (peu de ressources, faible niveau de formation, souvent au chômage, milieux d'origine défavorisés...), les différents groupes de population qui font l'objet de ces études se révèlent toutefois différents par leurs problèmes de santé et par leurs besoins : parmi les plus démunis, les bénéficiaires de la CMU concentrent une proportion de familles monoparentales plus importante que la moyenne (voir paragraphe I.3.5), alors que les usagers des centres de soins gratuits ont d'autres profils et d'autres besoins en termes d'état de santé et de situation sociale (absence de logement, dépendance à des substances psycho-actives, absence de papiers en règle...). Une analyse des filières de soins auxquelles recourent ces personnes, en fonction de leurs caractéristiques spécifiques, est nécessaire pour mettre en lumière ces différences et adapter l'accueil et les services qui leur sont proposés⁵⁵.

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

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

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

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

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

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

54. LE FUR Philippe, PERRONNIN Marc : « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », Credes, *Questions d'économie de la santé*, n°78, décembre 2003.

55. PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, FIRDION Jean-Marie, PAUGAM Serge : « Santé, inégalités et ruptures sociales: Résultats de la pré-enquête conduite dans cinq zones urbaines sensibles de l'Île-de-France », Synthèse des premiers résultats pour l'Observatoire national de la pauvreté et l'exclusion sociale, mars 2002 Ined/Inserm.

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

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

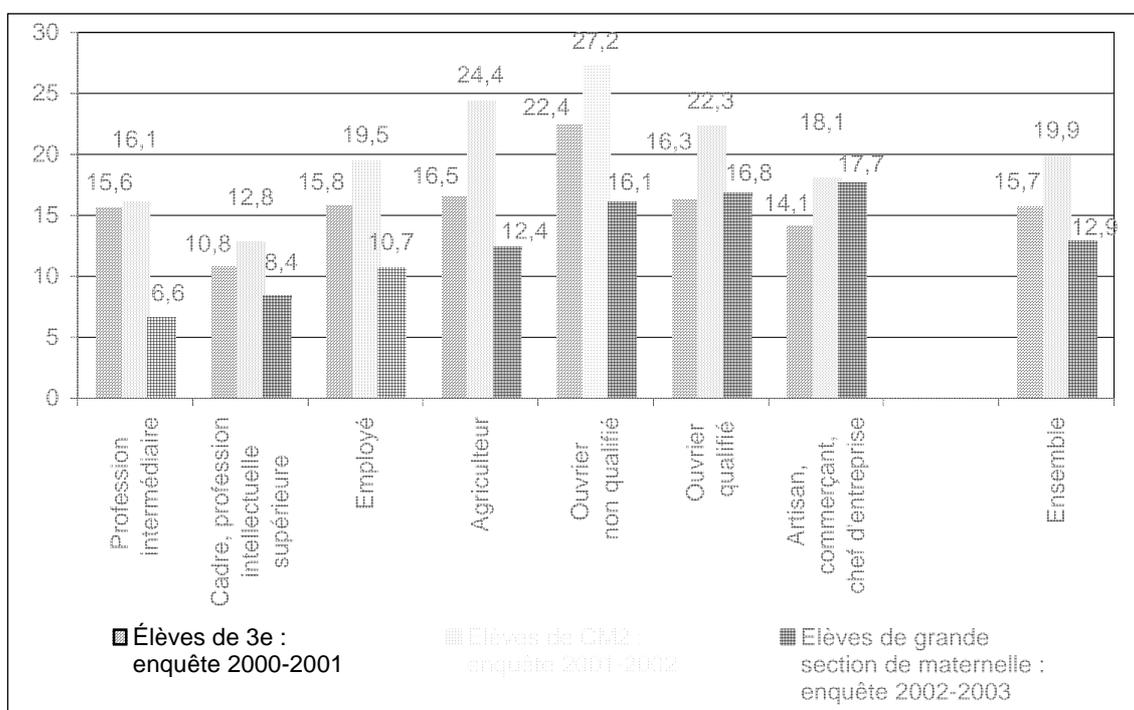
1.3.4 Des différences perceptibles dès l'enfance pour les enfants des catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées

Les enquêtes en milieu scolaire réalisées dans le cadre du cycle triennal successivement, auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, en classe de 3^e et en CM2 ont permis d'aborder certains aspects de la santé des enfants scolarisés et d'appréhender les disparités selon le niveau socio-économique de la famille, apprécié au travers de la catégorie socioprofessionnelle du père de l'élève.

- Des problèmes de surcharge pondérale plus marqués pour les enfants dont le père est ouvrier non qualifié

La proportion d'enfants en surcharge pondérale au moment de l'enquête apparaît nettement plus élevée dans les familles où le père est ouvrier non qualifié. Le risque de présenter un excès de poids y est deux fois plus important que pour les enfants de cadres, celui de souffrir d'obésité dix fois plus élevé. Ces disparités sociales se retrouvent à des niveaux différents, quelle que soit la classe des élèves (graphique 1.9). A titre d'exemple, chez les élèves de 14-15 ans scolarisés en 3^e en 2000-2001, la prévalence de la surcharge pondérale variait de 10,8 % chez les enfants de cadres à 22,4 % chez les enfants d'ouvriers non qualifiés (versus 12,8 % contre 27,2 % en CM2)⁵⁶.

Graphique 1.9 – Excès pondéral* des enfants scolarisés selon la catégorie socioprofessionnelle du père



* Excès pondéral (surpoids et obésité) selon la norme IOT.

Champ : adolescents scolarisés en 3^e, enfants scolarisés en classe de CM2, enfants en grande section de maternelle .

Source : enquêtes du cycle triennal portant sur les élèves de grandes section de maternelles, de 3^e et de CM2. Drees/Desco/InVS.

56. LABEYRIE Céline, NIEL Xavier : « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », Drees/Desco/InVS, *Études et Résultats*, n° 313, juin 2004.

Ces inégalités sociales face aux troubles staturo-pondéraux sont notamment le reflet des différences en termes d'habitudes de vie. Les populations les plus défavorisées économiquement sont aussi celles qui ont tendance à cumuler les facteurs de risque (alimentation mal équilibrée, sédentarité, manque d'activité physique...). Les enfants de CM2 dont le père est ouvrier déclarent par exemple consommer moins de légumes et de fruits que les enfants dont le père est issu d'une autre catégorie socioprofessionnelle. Cette tendance avait déjà été observée dans l'étude EPCV 2001.

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

Le dépistage réalisé par les médecins et les infirmiers(ères) de l'Éducation nationale dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des élèves de CM2 révèle un retard certain dans la prévention et le soin des caries pour les enfants issues des milieux les plus défavorisés. En effet, alors que le nombre moyen de dents cariées (soignées ou non) repérées à l'examen est de 1,3 au total par enfant, il varie du simple au double entre les cadres et les ouvriers (tableau 1.10). De surcroît, ces dents cariées restent le plus souvent sans soins, plus d'un enfant sur trois dont le père est ouvrier ayant au moins deux dents cariées non soignées contre un peu plus de un sur cinq des enfants dont le père est cadre.

Tableau 1.10 – Dentition et port de lunettes chez les élèves de CM2 en 2001-2002 selon la catégorie socioprofessionnelle du père

	Nombre moyen de dents cariées (soignées ou non)	Au moins 2 dents cariées non soignées (en %)	Porteurs des lunettes (en %)
Agriculteur	1,4	32,8	28,9
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1,3	28,6	25,6
Cadre, profession intellectuelle supérieure	0,9	22,5	26,1
Profession intermédiaire	1,1	25,2	29,9
Employé	1,2	25,4	24,6
Ouvrier qualifié	1,5	34,5	26,4
Ouvrier non qualifié	1,7	35,7	23,3
Ensemble	1,3	29,0	8,1

Champ : enfants de 9-10 ans scolarisés en classe de CM2.

Source : enquête du cycle triennal portant sur les élèves de CM2. Drees/Descro/InVS.

Ces résultats ne peuvent être directement comparés en niveau à ceux issus des enquêtes conduites en milieu scolaire par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD). Cependant, les éventuels biais de mesure n'étant pas différents selon la catégorie socioprofessionnelle du père, la comparaison entre ces catégories reste valide, et montre la persistance au cours du temps des écarts sociaux dans la santé bucco-dentaire des enfants, écarts mis en évidence par les enquêtes de l'UFSBD de 1987, 1990, 1993 et 1998.

Des disparités sociales sont également décelées concernant les troubles de la vision : l'enquête de santé scolaire auprès des enfants de CM2 montre ainsi que le port de lunettes est moins fréquent chez les enfants dont le père est ouvrier non qualifié (tableau 1.10).

I.3.5 Les déterminants de la consommation de soins : à sexe, âge et état de santé identiques, l'influence du milieu social

Les dépenses de santé croissent principalement avec l'âge, et les dépenses ambulatoires des femmes sont, à tous les âges, supérieures à celles des hommes, de manière prononcée entre 16 et 39 ans (+ 45 %), et de façon toujours significative entre 40 et 64 ans (+ 13 %).

La Drees a étudié « toutes choses égales par ailleurs » et donc, en particulier, pour des indices de risque vital et d'invalidité comparables⁵⁷, l'influence de variables socio-démographiques et économiques sur la consommation de soins médicaux à partir de l'appariement de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) et de l'enquête *Santé et protection sociale* pour les années 2000 et 2002⁵⁸.

- Des dépenses hospitalières plus importantes chez les ouvriers et des dépenses ambulatoires plus élevées chez les cadres

Le milieu social semble exercer, « toutes choses étant égales par ailleurs », une influence significative sur les comportements de consommation de soins, avec une opposition marquée entre les personnes issues de ménages dont la personne de référence est un ouvrier, qui privilégient les dépenses hospitalières (+13 % par rapport aux cadres), et les personnes issues de ménages dont la personne de référence est cadre, qui privilégient les dépenses ambulatoires (+ 15 % par rapport aux ouvriers). Au sein des dépenses ambulatoires, l'écart de dépense le plus élevé entre les cadres et les ouvriers concerne le recours aux médecins spécialistes (+ 21 % par rapport aux ouvriers) et les dépenses optiques (+ 18 %).

- Un revenu plus élevé réduit globalement la dépense de soins, à l'exception des spécialistes, de la biologie et des soins dentaires et optiques

L'élasticité-revenu des dépenses de santé apparaît quant à elle légèrement négative, estimée à -0,05. Cela signifie que, « toutes choses étant égales par ailleurs », un revenu plus élevé de 10 % entraîne une diminution des dépenses de santé (en termes relatifs) de 0,5 %. Toutefois, l'analyse par poste de dépense fait apparaître deux types de soins bien distincts. D'une part, ceux pour lesquels cette élasticité est significativement négative, traduisant des dépenses plus élevées quand le revenu est plus faible : dépenses hospitalières, de pharmacie, consultations chez un omnipraticien et recours à des auxiliaires médicaux. D'autre part, des dépenses pour lesquelles cette élasticité est légèrement positive : les dépenses de biologie, dentaires et optiques, consultations de médecins spécialisés.

57. Indicateurs établis par les médecins de l'Irdes à partir de déclaration des enquêtés lors de l'enquête SPS.

58. RAYNAUD Denis : « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Drees, *Études et Résultats*, à paraître (automne 2004).

- Un faible niveau d'éducation conduit à privilégier les soins à l'hôpital

Toutes choses égales par ailleurs, ce sont les personnes issues des ménages dont la personne de référence a un niveau scolaire équivalent au mieux à l'école primaire qui ont les dépenses hospitalières les plus élevées. *A contrario*, un faible niveau d'éducation conduit à des dépenses de médecine de ville spécialisée plus réduites et à une moindre probabilité de consulter au moins une fois dans l'année un dentiste.

Enfin, la structure démographique du ménage joue aussi un rôle dans la consommation de soins, les personnes vivant seules ont une probabilité d'engager une dépense de soins plus faible que les personnes vivant en couple ou dans un foyer avec enfant.

Les personnes appartenant à une famille nombreuse ont par ailleurs des dépenses ambulatoires plus faibles que celles issues d'une famille de taille plus restreinte.

1.3.6 L'accès aux soins des plus démunis : la mise en place de la cmu

Avant la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU), l'aide médicale permettait aux personnes les plus démunies l'accès à une couverture maladie. Elle était gérée par les conseils généraux qui en définissaient les conditions d'accès. Un certain nombre de difficultés d'accès étaient apparues pour les populations les plus fragiles avec, en outre, une grande diversité départementale des barèmes de revenus⁵⁹.

La loi créant la CMU permet depuis le 1^{er} janvier 2000 d'affilier automatiquement au régime général d'assurance maladie sur critère de résidence toute personne résidant en France de façon stable et régulière qui n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (CMU de base). Elle permet aussi de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière (CMU complémentaire), sous condition de ressources, prenant en charge sans avance de frais le ticket modérateur, le forfait journalier et les frais supplémentaires concernant les prothèses (dentaires, optique...).

Entre le 1^{er} janvier 2000 (date de mise en place de la CMU et du transfert de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale au 31 décembre 1999) et le 30 juin 2003, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base (affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence) a augmenté de 500 000, pour atteindre un million cinq cent mille personnes au 30 juin 2003. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire est passé de 3,8 à 4,8 millions au 30 juin 2003. L'évolution des effectifs a toutefois été discontinuée⁶⁰ : elle a débuté par une forte progression au cours des dix-huit premiers mois de mise en œuvre, les effectifs atteignant 5,3 millions de bénéficiaires au 30 juin 2001 pour la France entière. L'examen des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale, intervenu entre le 30 juin 2001 et le 30 septembre 2001, a ensuite entraîné une diminution sensible du nombre de bénéficiaires (-600 000). À la

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

60. BOISGUÉRIN Bénédicte : « Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2003 », Drees, *Études et Résultats*, n°287, janvier 2004. Les données de cette publication ont été réactualisées depuis, entraînant une correction à la hausse de l'effectif de bénéficiaires de la CMU complémentai-

stabilité constatée entre le 30 septembre 2001 et le 30 juin 2002, autour de 4,6 à 4,7 millions de personnes, a ensuite succédé une nouvelle diminution du nombre de bénéficiaires (-140 000) entre le 30 juin et le 31 décembre 2002. Au 30 juin 2003, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire s'établit à 4,8 millions, ce qui correspond à une hausse de 220 000 pour le 1^{er} semestre 2003.

L'enquête auprès des ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire menée par la Drees en mars 2003⁶¹ indique que 43% des ménages de nouveaux bénéficiaires avaient renoncé à des soins, pour des raisons financières, avant leur entrée dans le dispositif. Ces renoncements concernaient principalement les soins dentaires (23 % des ménages), les prothèses dentaires (14 %), l'optique (14 %) et les consultations de spécialistes (10 %). La proportion de ménages ayant commencé des soins depuis leur entrée dans le dispositif demeure forte, et stable entre 2000 et 2003 ; c'est le cas de 71 % des ménages de nouveaux bénéficiaires qui avaient auparavant renoncé à des soins. Cette proportion a augmenté entre 2000 et 2003 pour les prothèses dentaires (de 35 à 49 %) et pour l'optique (de 47 % à 61 %). Toutefois, malgré le bénéfice de la CMU, 22 % des ménages bénéficiaires de la CMU depuis plus d'un an déclarent également avoir renoncé à des soins dans les douze derniers mois pour raisons financières.

L'impact de la CMU sur les dépenses individuelles de santé a également pu être étudié⁶², le fait de bénéficier de la CMU ayant en ce domaine une incidence significative. « Toutes choses égales par ailleurs », par rapport à une situation de référence sans aucune assurance complémentaire, la CMU accroît la probabilité de recourir dans l'année à des soins de toutes natures (y compris dentaires et optiques) et augmente la dépense totale des bénéficiaires de 35 %. À état de santé égal, la dépense totale de soins des bénéficiaires de la CMU n'est toutefois pas significativement différente de celle des personnes qui déclarent être couvertes par une autre assurance complémentaire (dont la dépense estimée est supérieure de 26 % à celle des personnes sans assurance complémentaire). Toutefois, si l'on exclut les dépassements des tarifs conventionnels de la Sécurité sociale, la dépense estimée des bénéficiaires de la CMU (+31 % par rapport aux personnes sans assurance complémentaire) devient significativement supérieure à celles des personnes bénéficiant de couvertures complémentaires traditionnelles (+15 %). La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU se caractérise en particulier par une dépense pharmaceutique supérieure à celle des autres assurés complémentaires.

61. BOISGUERIN Bénédicte « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 » Drees, *Etudes et résultats*, n° 294, mars 2004.

62. RAYNAUD Denis : « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Drees, *Etudes et Résultats*, à paraître (automne 2004).