

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 102 • septembre 2022

Sous embargo jusqu'au 21/09/2022 à 6h

L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

Remerciements : Samuel Allain, Elisabeth Fery-Lemonnier, Jeanne Fresson, Mathilde Gaini, Aude Leduc, Javier Nicolau, Benoît Ourliac, Sylvie Rey (DREES)

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 102 • septembre 2022

Synthèse

L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'état de santé en France : une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités

- **Le vieillissement** de la population française **se poursuit**, avec 16 % de personnes de 75 ans ou plus attendus en 2052, contre 9 % aujourd'hui. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 85,4 ans pour les femmes et à 79,3 ans pour les hommes en 2021. Si les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de croître, malgré une baisse conjoncturelle en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19, cette croissance s'amenuise. Même si elle ralentit aussi, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans : entre 2009 et 2019, la première a augmenté de 2,1 ans contre 0,8 an pour la seconde chez les femmes, et de 1,4 an contre 1,2 an chez les hommes. La réduction de la mortalité, prématurée ou non, se poursuit, **avec les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires qui demeurent les causes les plus fréquentes**, concernant chacun plus du quart des décès.
- Les **maladies chroniques** surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à **renforcer les inégalités d'espérance de vie** observées entre les plus modestes et les plus aisés.
- **Une personne sur dix présente des symptômes évocateurs de troubles dépressifs** en France métropolitaine en 2019 parmi les plus de 15 ans, avec des écarts du simple au double selon le niveau de vie. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la situation est plus critique, avec au moins 2 personnes sur 10 concernées en Guyane ou à Mayotte. Par ailleurs, un adulte sur deux est gêné par des problèmes de sommeil.
- 30 % des habitants de France métropolitaine de 15 ans ou plus déclarent ressentir des douleurs physiques. **9 % ont un problème de santé handicapant** puisque qu'il les empêche de faire « ce que les autres personnes font habituellement » depuis au moins 6 mois.
- La période particulière de crise sanitaire due à **l'épidémie de Covid-19** a entraîné une surmortalité estimée à **95 000 décès supplémentaires de mars 2020 à décembre 2021**. **L'impact psychologique sur la population a été important**, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, avec des syndromes dépressifs atteignant 22 % des 15-24 ans à la fin du premier confinement. Si les hospitalisations pour tentatives de suicide ou violences auto-infligées ont globalement diminué en 2020, on observe une **très forte augmentation de ces hospitalisations en 2021 chez les filles et les jeunes femmes**.

Déterminants de santé et prévention

- La France demeure dans le groupe de pays européens les plus consommateurs d'alcool. Même si la consommation continue de baisser, **les alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent**, et concernent en France métropolitaine 26,5 % des femmes et 50,1 % des hommes de 15 ans ou plus en 2019, contre 16,5 % et 42,0 % en 2014. **Le tabac** constitue la **première cause de mortalité évitable**, avec 75 000 décès en 2015. La **tendance** est cependant à **la baisse entre 2014 et 2019** : 18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement en 2019, alors qu'ils étaient 25 % en 2014. En 2020, la baisse semble marquer un coup d'arrêt, dans un contexte de crise sanitaire.
- Si en France métropolitaine **plus de 3 habitants sur 4 consomment tous les jours des fruits et légumes**, c'est moins de 50 % dans les DROM, où la consommation de boissons sucrées est aussi plus répandue. **20 % des habitants de France métropolitaine et 30 % des habitants des DROM ne font aucun trajet à pied d'au moins 10 minutes par semaine**.
- **La surcharge pondérale concerne 45 % des personnes** en France dont 14 % souffrant d'obésité. Les prévalences d'obésité sont plus élevées dans la partie nord de la France où elles dépassent 20 % dans certains départements, ainsi que dans les DROM, sauf à La Réunion. La part de personnes obèses diminue lorsque le niveau de diplôme ou le niveau de vie augmente.
- En ce qui concerne la santé au travail, le risque d'accidents est plus élevé en manutention manuelle, avec 37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées chez les ouvriers en 2016 contre 5,0 chez les cadres, et des contraintes physiques qui touchent particulièrement les ouvriers. **La majorité des maladies professionnelles concernent les troubles musculo-squelettiques**.
- Le recours au dépistage du cancer est inégal selon le niveau de vie, avec par exemple, 24 % des femmes de 50-74 ans parmi le cinquième des personnes les plus aisées n'ayant jamais eu de mammographie ou en ayant eu une il y a plus de 2 ans contre 39 % pour les femmes parmi le cinquième des personnes les plus modestes en 2019. **Dans les DROM, la prévention est moins répandue, surtout à Mayotte** où 85 % des hommes de 50-74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal, contre 47 % en France métropolitaine. La vaccination contre la grippe saisonnière, qui concerne 6 personnes sur 10 parmi les 75 ans ou plus, est légèrement plus répandue parmi les personnes les plus aisées.

L'accès aux soins demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) s'accroissent. Elles **risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes**. En effet, **inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer**. Ainsi, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées ; de même, l'accès aux unités neurovasculaires en cas d'AVC est moins fréquent pour les plus modestes et les différences d'accès entre les plus modestes et les plus aisés sont plus fortes dans les départements faiblement dotés en lits dans ces unités.

De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent

- **Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine**, bien que les décès liés à la grossesse, l'accouchement ou à ses suites restent rares au global (11 décès pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an après la naissance). La **mortalité périnatale**, qui concerne les enfants morts nés ou décédés dans les 7 premiers jours de vie, **a cessé de diminuer et stagne** autour de 10 pour 1 000 naissances totales durant la décennie 2010.
- Les **inégalités de santé apparaissent dès avant la naissance** avec de nombreux facteurs de risques pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance plus fréquemment présents dans les milieux défavorisés (tabac, obésité). La prématurité et les petits poids à la naissance sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste.
- Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle. En 2017, **18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses** (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse.
- La santé bucco-dentaire s'améliore globalement. Les enfants d'ouvriers ont plus souvent que ceux des cadres des troubles non corrigés de la vue.
- **La fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la polyopathie n'est pas limitée aux personnes âgées** : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans, plus encore chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au grand âge, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent, d'où une future pression attendue sur l'offre de soins.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| ■ INTRODUCTION | 4 |
| I. L'ÉTAT DE SANTÉ EN FRANCE : UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE PARCOURUE PAR DE FORTES INÉGALITÉS..... | 5 |
| 1 - Une population de plus en plus âgée | 5 |
| 2 - L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans sur la période récente..... | 6 |
| 3 - La réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée se poursuit malgré des épisodes de surmortalité, mais les inégalités de mortalité persistent..... | 8 |
| <i>Une réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée.....</i> | 8 |
| <i>Plus de la moitié des décès en 2017 causés par les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires</i> | 9 |
| <i>Une mortalité plus élevée dans le nord et le nord-est de la France</i> | 9 |
| <i>Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe</i> | 11 |
| <i>Une surmortalité due à certains épisodes de canicule</i> | 11 |
| <i>Dans les milieux plus défavorisés, les décès arrivent plus tôt dans la vie.....</i> | 11 |
| 4 - Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes | 12 |
| <i>Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers</i> | 12 |
| <i>Des motifs d'hospitalisation souvent en lien avec une maladie chronique</i> | 12 |
| <i>Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes financièrement défavorisées</i> | 13 |
| 5 - Santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés..... | 14 |
| <i>Une personne sur dix présente des symptômes dépressifs en 2019</i> | 14 |
| <i>Une personne sur deux se plaint de problèmes de sommeil.....</i> | 15 |
| <i>Une personne sur cinq âgée de 75 ans ou plus déclare souffrir de douleurs physiques fortes ou très fortes</i> | 15 |
| <i>9 % de personnes sont handicapées, au sens où elles sont fortement limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé</i> | 16 |
| <i>13 % des résidents de France métropolitaine considèrent bénéficier d'un soutien social faible.....</i> | 19 |
| 6 - L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population | 21 |
| <i>Année 2020 : une baisse de l'espérance de vie du fait du Covid-19.....</i> | 21 |
| <i>Une surmortalité exceptionnelle liée au Covid-19.....</i> | 21 |
| <i>Des inégalités sociales dans le développement de formes graves de Covid-19.....</i> | 22 |
| <i>Une prise en charge de l'activité hospitalière bousculée par la crise sanitaire</i> | 23 |
| <i>Une augmentation des problèmes de santé mentale, particulièrement chez les jeunes</i> | 23 |
| <i>Une consommation accrue de médicaments psychotropes</i> | 24 |
| <i>Une baisse des gestes suicidaires pendant les confinements de 2020 mais une augmentation continue des tentatives chez les jeunes femmes à partir de la fin 2020.....</i> | 26 |
| II. DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION | 28 |
| 1 - La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies, mais la France reste dans le groupe de pays européens les plus consommateurs | 28 |
| <i>La consommation quotidienne d'alcool continue de diminuer.....</i> | 28 |
| <i>... mais les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent chez les jeunes entre 2014 et 2019, avant un recul en 2021</i> | 28 |
| 2 - Une consommation de tabac quotidienne qui diminue | 29 |
| <i>18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement</i> | 29 |
| <i>Des différences significatives de consommation entre les territoires</i> | 29 |
| 3 - Chez les plus modestes, une alimentation avec moins de fruits et légumes et plus d'obésité, mais une sédentarité généralisée | 32 |

| | |
|--|----|
| <i>En France métropolitaine plus de trois français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes</i> | 32 |
| <i>Une population très sédentaire</i> | 32 |
| <i>20 % des personnes résidant en France métropolitaine ne réalisent pas de trajet d'au moins 10 minutes à pied une fois par semaine en France métropolitaine, et plus de 30 % dans les DROM</i> | 32 |
| <i>45 % des personnes résidant en France métropolitaine en surcharge pondérale contre 54 % à Mayotte</i> | 34 |
| <i>La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie</i> | 34 |
| <i>Les caractéristiques sociodémographiques expliquent une partie des différences territoriales observées pour l'obésité</i> | 35 |

4 - La pollution de l'air extérieur a des répercussions importantes sur la santé 37

5 - Plus de contraintes physiques et d'accidents du travail chez les ouvriers 37

| | |
|---|----|
| <i>Un risque accru d'accidents du travail en manutention manuelle</i> | 37 |
| <i>Les troubles musculo-squelettiques, première cause de maladies professionnelles</i> | 39 |
| <i>Un quart des salariés exposé à un risque biologique</i> | 39 |
| <i>Les contraintes physiques, restées relativement stables entre 2005 et 2019, touchent particulièrement les ouvriers</i> | 39 |
| <i>Des risques psychosociaux stables entre 2016 et 2019</i> | 39 |

6 - Un recours au dépistage plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées..... 40

| | |
|---|----|
| <i>Les dépistages demeurent inégalement répandus</i> | 40 |
| <i>Moins de prévention dans les DROM, surtout à Mayotte, avec dix fois moins souvent de mammographies qu'en France métropolitaine</i> | 40 |

7 - Des couvertures vaccinales souvent incomplètes et inégales 41

8 - Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins qui peuvent se cumuler..... 41

| | |
|--|----|
| <i>Les inégalités d'accès aux médecins généralistes ont tendance à s'accroître</i> | 41 |
| <i>7 % des femmes en âge de procréer résident à plus de 30 minutes d'une maternité</i> | 43 |
| <i>Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées</i> | 43 |
| <i>Parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébrale (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés</i> | 44 |

III. DE LA NAISSANCE AU GRAND ÂGE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVOLUENT, LES INÉGALITÉS DEMEURENT 45

1 - Femmes en âge de procréer : des disparités marquées entre France métropolitaine et DROM 45

| | |
|---|----|
| <i>92 % des femmes utilisent un moyen de contraception</i> | 45 |
| <i>Le recours aux interruptions volontaires de grossesse est plus fréquent dans les DROM, et parmi les femmes de milieu modeste</i> | 45 |
| <i>Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine</i> | 46 |

2 - Périnatalité : une situation contrastée entre France métropolitaine et DROM, où la mortalité périnatale est 2 fois plus élevée 46

| | |
|--|----|
| <i>La mortalité périnatale ne diminue plus et concerne 1 naissance sur 100</i> | 46 |
| <i>La mortalité périnatale est nettement plus élevée dans les DROM</i> | 46 |
| <i>7 % des naissances vivantes sont prématurées</i> | 47 |

3 - Les inégalités apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance 48

| | |
|--|----|
| <i>De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés</i> | 48 |
| <i>Dès la naissance, plus de surpoids parmi les enfants d'ouvriers que parmi ceux des cadres</i> | 49 |
| <i>Les enfants d'ouvriers aussi nombreux que les autres à avoir un trouble de la vue (en 2017) mais portent moins souvent des lunettes</i> | 49 |
| <i>18 % des effectifs de classe de troisième sont en surpoids en 2017</i> | 49 |
| <i>Les habitudes de vie provoquent de fortes disparités</i> | 49 |

4 - Les maladies chroniques chez les personnes âgées prennent de plus en plus d'ampleur 50

| | |
|---|----|
| <i>Les polyopathologies sont de plus en plus fréquentes</i> | 50 |
| <i>À partir de 75 ans, 17 % des femmes et 26 % des hommes cumulent au moins trois pathologies</i> | 51 |

| | |
|------------------------|----|
| IV. BIBLIOGRAPHIE..... | 54 |
| V. LEXIQUE..... | 59 |

■ INTRODUCTION

La santé est un concept complexe, qui ne se laisse pas approcher par une seule mesure ou une seule dimension, mais dépend de nombreux facteurs individuels et collectifs. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit de manière très large : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition fait appel au ressenti des personnes et trace un idéal à atteindre pour les politiques publiques.

Ce document propose une synthèse de l'état de santé de la population française et de ses principaux déterminants, en mobilisant les données les plus récentes, en particulier celles du Système national des données de santé (SNDS) et son appariement avec des données sociodémographiques (EDP-santé), de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, de l'enquête Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) de 2020-2021, mais aussi les résultats d'études récentes.

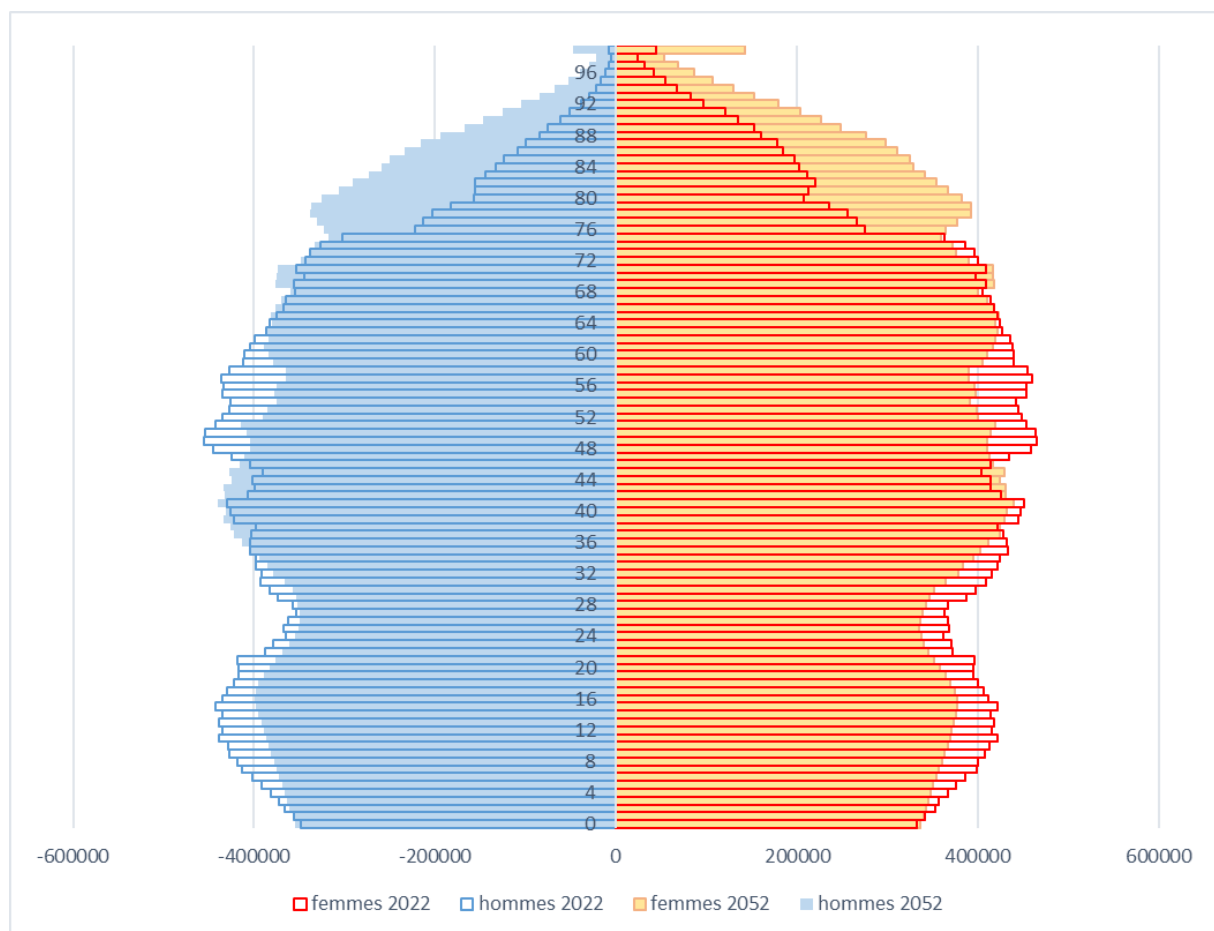
Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques sont un enjeu majeur pour la politique de santé des prochaines années et constituent un nouveau défi à l'aune des inégalités sociales et territoriales de santé pour assurer la prévention et une prise en charge qui réponde aux besoins des différentes populations et permette de vivre aussi longtemps que possible en bonne santé.

I. L'ÉTAT DE SANTÉ EN FRANCE : UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE PARCOURUE PAR DE FORTES INÉGALITÉS

1 - Une population de plus en plus âgée

La population française augmente régulièrement depuis plusieurs décennies et est composée de plus en plus de personnes âgées. La part de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17 % en 2012 à 21 % en 2022. Cette tendance longue devrait se poursuivre selon le scénario central des projections de population de l'Insee qui indique que dans 10 ans, 25 % de la population aura 65 ans ou plus et que cette proportion passera à 28 % dans 30 ans (graphique 1). L'évolution récente est plus lente chez les personnes de 75 ans ou plus dont la part dans la population totale est passée de 9 % en 2012 à 10 % en 2022. Cette part devrait néanmoins augmenter rapidement et atteindre 13 % en 2032 et 16 % en 2052.

Graphique 1 • Pyramide des âges en 2022 et en 2052



Champ > France.

Source > Insee, bilan démographique (2022) et scénario central des projections de population (2052).

L'augmentation de la part des plus âgés sera plus forte dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) où la population de 65 ans ou plus devrait plus que doubler d'ici 2050. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Guadeloupe et en Martinique, qui seraient alors les deux régions françaises avec la part la plus importante de personnes de 65 ans ou plus (respectivement 38 % et 42 %). Au contraire, La Réunion, la Guyane et Mayotte resteraient les régions les plus jeunes selon ce critère, avec des proportions de personnes de 65 ans ou plus s'élevant à 21 %, 16 % et 9 %.

Ce phénomène de vieillissement général de la population est porté par l'arrivée aux âges avancés des générations nées durant le baby-boom, par la stagnation depuis 2006 puis la diminution depuis 2014 de la natalité et par l'allongement du temps de vie. Cette augmentation de la part des personnes âgées ne sera sans doute pas sans conséquences sur les problématiques de santé et sur les occurrences des maladies, notamment des maladies chroniques et des handicaps.

2 - L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans sur la période récente

L'espérance de vie rend compte du nombre d'années que peut espérer vivre une personne si elle était exposée dès sa naissance, ou à partir d'un certain âge, aux conditions de mortalité observées une année donnée dans une population. C'est un indicateur synthétique des conditions de mortalité une année donnée, qui permet de comparer ces conditions dans le temps en neutralisant les évolutions de la structure de la population par sexe et âge. L'espérance de vie sans incapacité permet, quant à elle, d'estimer le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans les activités de la vie quotidienne du fait d'un problème de santé, en prenant en compte la part de personnes déclarant des limitations d'activité. De la même manière que l'espérance de vie, c'est un indicateur synthétique de l'état de santé de la population une année donnée au regard des limitations d'activité dans la vie quotidienne. Les évolutions d'une année sur l'autre doivent être analysées avec précaution, en raison de la dimension déclarative de l'indicateur et de la taille de l'échantillon de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) sur laquelle le calcul de l'indicateur repose. Les tendances qui se dégagent des évolutions sur de plus longues périodes sont plus robustes, en se limitant aux périodes où leur calcul est homogène (depuis 2008).

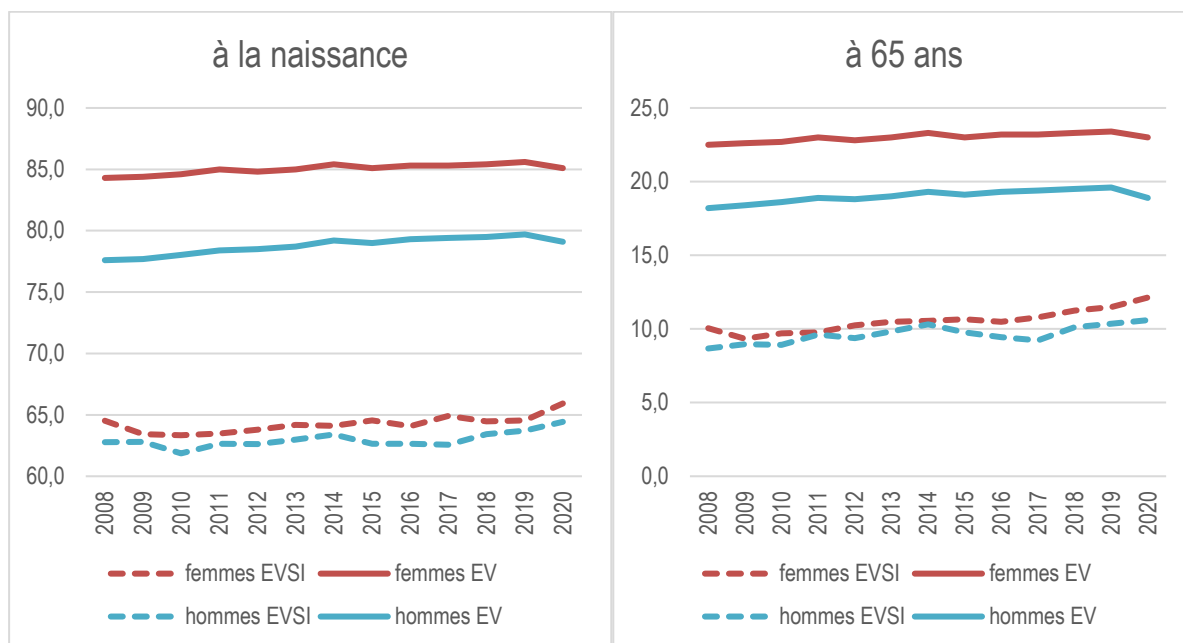
Depuis qu'elle est mesurée (1946), l'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante, mis à part des reculs conjoncturels dus à des années avec une mortalité exceptionnelle (Papon, 2019). Sur une période plus récente, entre 2009 et 2019, elle a augmenté en l'espace de 10 ans de 1,2 an pour les femmes et de 2,0 ans pour les hommes (graphique 2). Ainsi, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes se réduit. Par ailleurs, les gains d'espérance de vie à la naissance s'amenuisent avec le temps : l'espérance de vie à la naissance a progressé chez les femmes de 1 an entre 2009 et 2014 puis de 0,2 entre 2014 et 2019, chez les hommes de 1,5 an puis de 0,5 an sur ces périodes. L'année 2020 voit l'espérance de vie à la naissance baisser de façon exceptionnelle par rapport à l'année précédente du fait de l'épidémie de Covid-19 (voir la sous-partie 6 L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population). En 2021, l'espérance de vie à la naissance remonte sans retrouver exactement le niveau de 2019 et s'établit à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (Papon, 2019 ; Papon, 2022, a). L'espérance de vie à 65 ans a quant à elle progressé de 0,8 an chez les femmes et de 1,2 an chez les hommes en l'espace de 10 ans, entre 2009 et 2019, avec également une progression qui ralentit au cours du temps. Elle diminue aussi en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19 et s'établit en 2021 à 23,2 ans pour les femmes et 19,1 ans pour les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est par construction toujours inférieure à l'espérance de vie. Elle augmente aussi sur longue période mais avec des évolutions moins régulières que pour l'espérance de vie. Entre 2009 et 2019, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance progresse de 1,1 an pour les femmes et 0,9 an pour les hommes. En 2020, elle augmente brusquement de 1,3 an pour les femmes et 0,7 an pour les hommes, du fait des nombreux décès des plus fragiles. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans augmente elle aussi sur une longue période, de façon plus régulière et plus marquée que l'EVSI à la naissance : +2,1 ans pour les femmes et +1,4 an pour les hommes entre 2009 et 2019. En 2020, elle augmente encore et s'établit à 12,1 ans pour les femmes et 10,6 ans pour les hommes. Ces dernières années, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans augmente donc plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans. Ceci reflète d'une part le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes et d'autre part l'amélioration de leur prise en charge. Entre 2008 et 2019, la part des années vécues sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans est ainsi passée de 48 % à 53 % pour les hommes, et de 45 % à 49 % pour les femmes.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance est plus complexe à analyser que l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans. Elle reflète en effet également les incapacités présentes dès l'enfance ou apparaissant au cours de la vie active. Le moindre dynamisme, tant pour les hommes que pour les femmes, de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance par rapport à l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans peut ainsi être dû soit à une espérance de vie plus élevée des personnes ayant des incapacités dès l'enfance, soit à l'apparition plus fréquente d'incapacités pour les personnes en âge de travailler. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer la part de ces deux hypothèses dans les évolutions observées.

L'espérance de vie est inégale d'un territoire à l'autre, et plus élevée dans le sud et l'ouest de la France métropolitaine. Aux extrêmes, elle atteint 86,3 ans à la naissance chez les femmes et 80,3 ans chez les hommes dans le Maine-et-Loire contre seulement 82,5 ans chez les femmes et 76,0 ans chez les hommes dans le département de l'Aisne. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), l'espérance de vie à la naissance est globalement plus faible, et notamment à Mayotte où elle ne dépasse pas 73,6 ans chez les femmes et 72,3 ans chez les hommes (carte 1). Les caractéristiques sociodémographiques (niveau de formation, niveau de vie, catégorie socio-professionnelle) rendent en partie compte de ces différences territoriales (Blanpain, 2016 ; Blanpain, 2018).

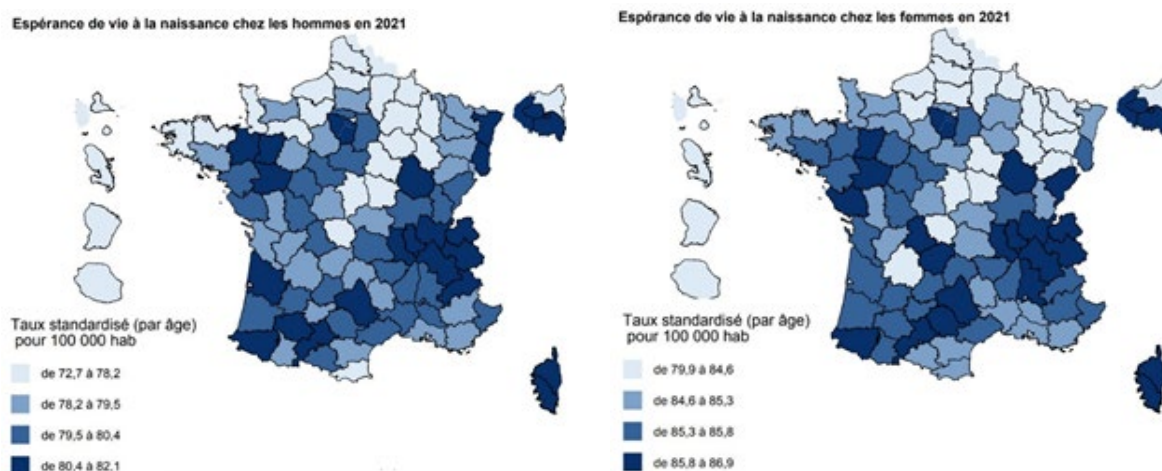
Graphique 2 • Espérances de vie et espérances de vie sans incapacité, à la naissance et à 65 ans, en années



Champ > France.

Source > Calculs Insee pour les espérances de vie (EV) et calculs DREES pour les espérances de vie sans incapacité (EVSI).

Carte 1 • Espérance de vie à la naissance par département, en années



Note > L'espérance de vie d'un département est calculée de la même façon qu'au niveau national, en s'appuyant sur les taux de mortalité par âge et sexe du département en question. Cet indicateur donne ainsi la durée moyenne de vie d'une personne si elle était confrontée toute sa vie aux taux de mortalité observés dans un département donné. Il ne correspond pas à la durée moyenne de vie des personnes effectivement nées dans un département, car elles peuvent déménager après leur naissance.

Les bornes correspondent à une répartition en quatre groupes avec le même nombre de départements.

Champ > Départements français, hors Mayotte.

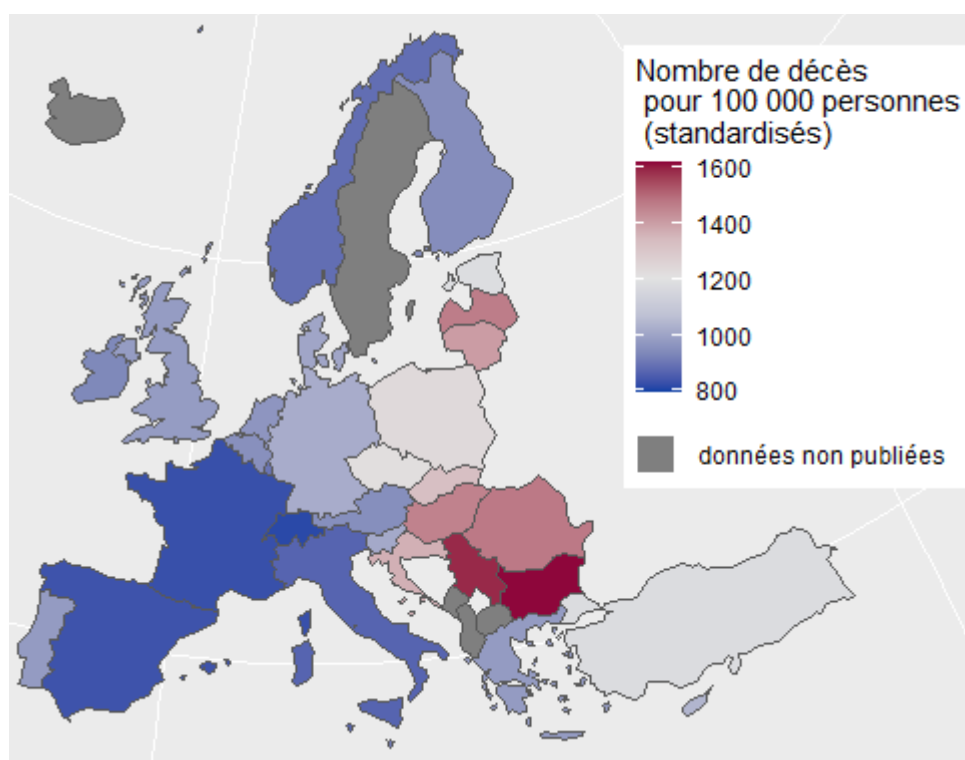
Source > Insee, état civil, estimations de population, traitements DREES.

3 - La réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée se poursuit malgré des épisodes de surmortalité, mais les inégalités de mortalité persistent

Une réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée

La réduction de la mortalité, observée depuis plusieurs décennies se poursuit quelle que soit la cause du décès (Fourcade, *et al.*, 2021). Afin de comparer des populations dont les structures d'âge sont différentes entre elles et varient dans le temps, des taux de mortalité standardisés sur l'âge sont calculés (voir *standardisation* dans le Lexique). On estime ainsi quel serait le taux de mortalité si la France avait une structure d'âge fixée¹. Le taux de mortalité standardisé ainsi calculé a diminué entre 2000 et 2017, passant, pour 100 000 habitants, de 1470 à 1080 décès chez les hommes et de 840 à 649 décès chez les femmes. Ce taux de mortalité est parmi les plus faibles de l'Union européenne (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=fr) dont le taux moyen s'élève en 2017 à 1246 pour les hommes et 821 pour les femmes dans l'Europe des 28 (carte 2).

Carte 2 • Taux standardisés de mortalité en 2017 pour 100 000 personnes



Source > Eurostat, traitements DREES.

On constate également depuis plus de 15 ans une diminution de la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans), de moindre ampleur toutefois que la baisse de la mortalité totale : les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés (Papon, 2019). En 2017, le taux de mortalité prématurée (standardisé sur l'âge) était de 190 pour 100 000 personnes, avec une différence très marquée entre les deux sexes : 257 pour les hommes et 127 pour les femmes. Il est proche de la moyenne européenne (202 pour 100 000 personnes), les différences entre sexes étant aussi marquées qu'en France.

¹ Il s'agit ici de la structure d'âge estimée pour l'ensemble des pays européens (Union européenne et l'Association européenne de libre-échange) sur la période 2011-2030, utilisée par [Eurostat pour comparer les pays européens entre eux](#).

Plus de la moitié des décès en 2017 causés par les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires

Sur les 604 000 décès observés en France en 2017, les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires en constituent les causes les plus fréquentes (respectivement 28 % et 24 %), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers (8 %) et les morts violentes composées des suicides, accidents et homicides (7 %). Ces quatre causes rassemblent les deux tiers de l'ensemble des décès et leurs poids relatifs évoluent lentement.

Depuis 2004, les cancers sont devenus la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies cardio-neurovasculaires. Les maladies cardio-neurovasculaires restent cependant la première cause de mortalité chez les femmes, devant les cancers, à l'inverse des hommes. Le nombre de décès par cancer pour 100 000 personnes (taux standardisé sur l'âge) est passé de 357 à 323 entre 2011 et 2017 pour les hommes, et de 180 à 179 pour les femmes. En 2017, il s'agit des huitièmes taux les plus bas de l'ensemble de l'Union européenne.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon continue d'augmenter, en relation avec une consommation de tabac qui, chez elles, n'a que peu fléchi au cours des trois dernières décennies, contrairement aux hommes chez qui la consommation a nettement diminué. Pour cette même raison, la mortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a également augmenté chez les femmes.

La mortalité due aux maladies cardio-neurovasculaires diminue également : entre 2011 et 2017 le nombre de décès, standardisés sur l'âge, pour 100 000 personnes est passé de 290 à 247 pour les hommes et de 178 à 151 pour les femmes. Pour ces maladies la mortalité est la plus faible d'Europe, chez les hommes (247 pour 100 000 habitants en France contre 422 pour l'Europe des 28, en 2017), comme chez les femmes (151 contre 300). C'est le cas depuis plus de 10 ans. Parmi les causes cardio-neurovasculaires de décès, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les cardiopathies ischémiques étaient en 2017 les deux principales causes (23,0 % et 22,1 % des décès imputés aux maladies cardio-neurovasculaires) avec des taux de mortalité, standardisés sur l'âge, respectivement de 42 et 45 pour 100 000 personnes. La diminution de ces taux de mortalité est observée pour les deux sexes, chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus.

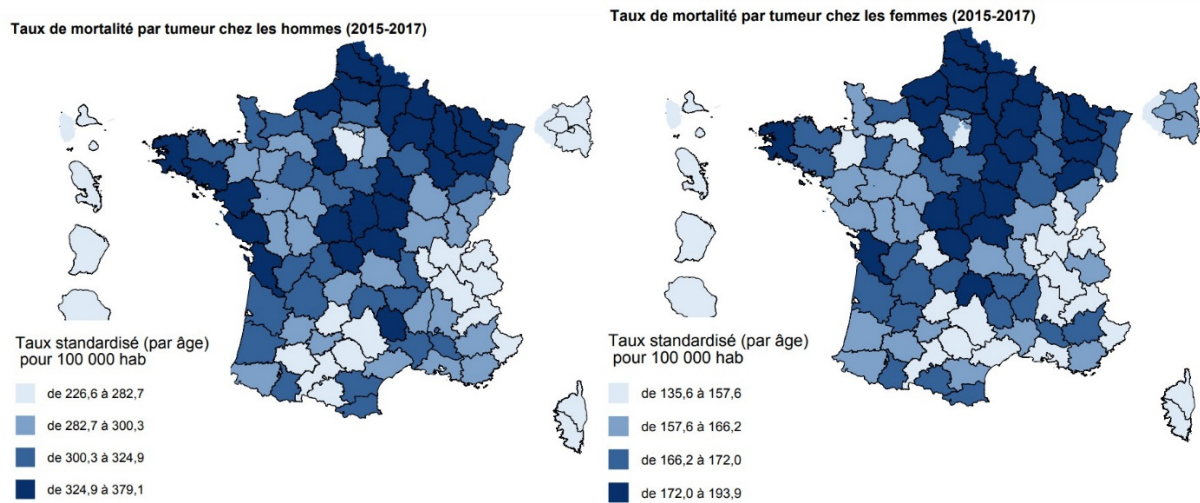
Les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers ont un taux standardisé de mortalité de 59 pour 100 000 personnes en 2017 alors qu'il était de 55 en 2011. Entre 2011 et 2017 il est passé de 82 à 84 pour les hommes et de 39 à 44 pour les femmes. Cette augmentation est expliquée par l'augmentation de la mortalité liée à la grippe en 2015, 2016 et 2017 (voir le paragraphe « Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe »). Ce taux est inférieur à la moyenne européenne de 80 pour 100 000 habitants en 2017.

Enfin, le nombre de décès par mort violente diminue entre 2011 et 2017, avec un taux standardisé qui est passé de 57 à 52 pour 100 000 personnes. La baisse est portée par les suicides, dont le taux standardisé de mortalité diminue de 17 pour 100 000 personnes en 2011 à 13 en 2017, tandis que le taux standardisé de décès par accident est globalement stable (39 pour 100 000 personnes en 2017). Le taux standardisé de mortalité par accident est près deux fois plus élevé pour les hommes (53 pour 100 000 personnes en 2017) que pour les femmes (28 pour 100 000 personnes) ; il est trois fois et demie plus élevé en ce qui concerne les suicides (21 pour 100 000 pour les hommes et 6 pour 100 000 pour les femmes). Le taux standardisé de décès par mort violente en France est supérieur à la moyenne européenne, de 43 pour 100 000 personnes en 2017.

Une mortalité plus élevée dans le nord et le nord-est de la France

Le nord et le nord-est de la France se distinguent par une mortalité plus importante, pour l'ensemble des cancers, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies cardio-neurovasculaires (carte 3, carte 4 et carte 5). Cependant, ces disparités sont difficiles d'interprétation ; elles peuvent renvoyer à l'influence de multiples facteurs : conditions de vie, de travail et de logement, mais aussi comportements et pratiques sociales.

Carte 3 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux cancers

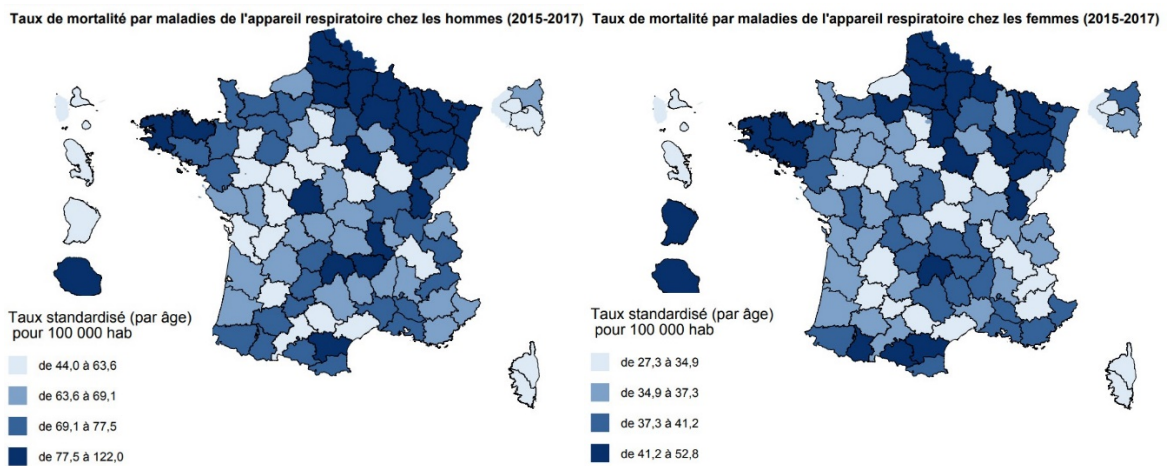


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Carte 4 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire



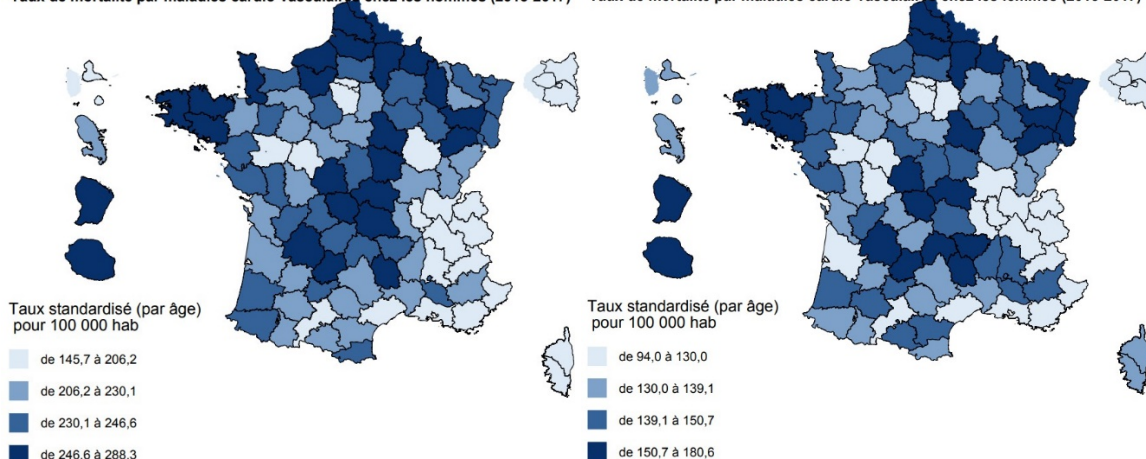
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Carte 5 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies cardio-neurovasculaires

Taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les hommes (2015-2017) Taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les femmes (2015-2017)



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe

Chaque automne ou hiver, l'épidémie de grippe est responsable d'un surcroît de mortalité par rapport aux autres périodes de l'année, notamment chez les plus âgés. Récemment, ce surcroît a été particulièrement marqué en 2015 et en 2017. Le taux de mortalité due à la grippe, standardisé sur l'âge, est de 2,7 pour 100 000 habitants en 2015 et de 3,2 en 2017, à comparer avec 0,8 en moyenne entre 2011 et 2014. Chez les plus de 65 ans, ce taux a atteint 12,3 pour 100 000 habitants en 2015 et 15,3 en 2017. La mortalité liée à la grippe en France sur la période 2011-2014 est relativement similaire à la moyenne de l'Union européenne (0,5 pour 100 000 habitants). Sur la période 2015-2017, elle est en revanche nettement supérieure à la moyenne de l'Union européenne des 28 (1,2 pour 100 000 habitants en 2015 et 1,7 en 2017). La mortalité liée à la grippe est plus importante chez les hommes que chez les femmes : en 2017, le taux est de 4,0 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 2,8 pour 100 000 habitants chez les femmes.

Une surmortalité due à certains épisodes de canicule

L'exposition à des températures élevées constitue un risque sanitaire majeur, pouvant conduire au décès ou à des séquelles importantes comme cela a été le cas en août 2003 où une surmortalité d'environ 15 000 décès a été observée en France métropolitaine. La France a ensuite connu plusieurs étés de canicule en 2006, 2015, 2018 et 2019 (Ung A, 2019). Au cours de ces épisodes de canicule, dans les départements concernés, l'augmentation de la mortalité a été comprise entre 10 % (2006) et 17 % (2015), ce qui correspond à un excès de 1 000 décès en 2006 et 1 700 décès en 2015. Si la classe d'âge des plus de 75 ans est la plus touchée, les tranches d'âge 15-44 et 65-74 le sont également (Santé publique France, bulletin de santé canicule, bilan été 2019). Quel que soit l'épisode de canicule, les femmes, plus nombreuses dans les tranches d'âge les plus élevées, connaissent la plus forte surmortalité.

Dans les milieux plus défavorisés, les décès arrivent plus tôt dans la vie

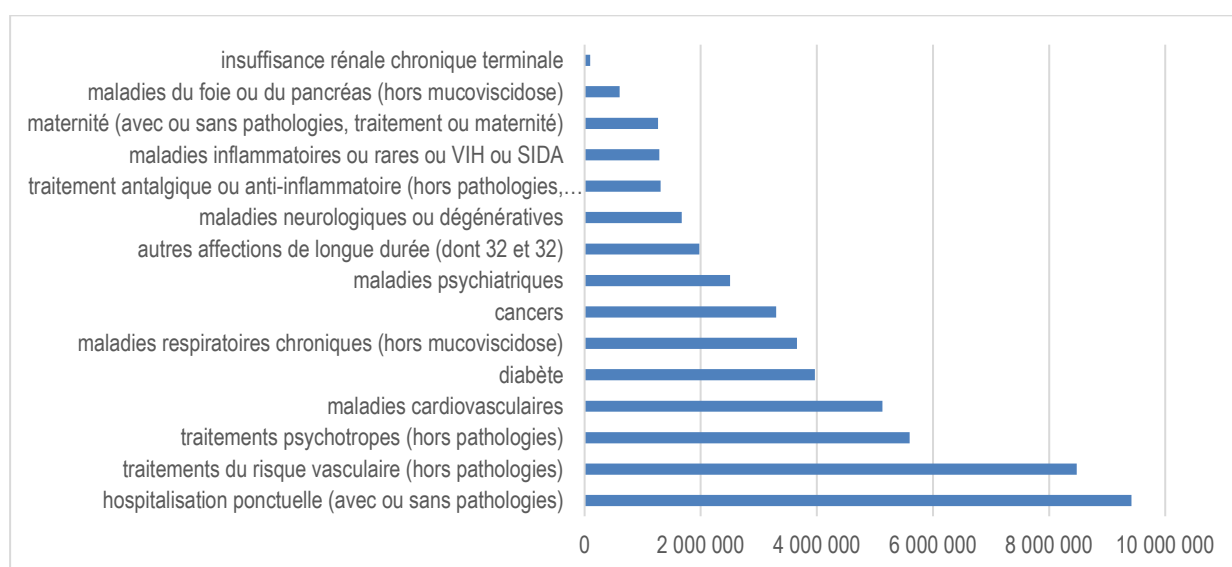
Un homme qui serait toute sa vie exposé aux risques de décès par âge des 5 % les plus aisés de sa classe d'âge, observés sur la période 2012-2016, vivrait en moyenne 13 ans de plus qu'un homme exposé toute sa vie aux risques de décès des 5 % les plus modestes. Pour une femme, cet écart serait de 8 ans (Blanpain, 2018). Un écart important est aussi observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou selon le niveau de diplôme. Ainsi, à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013, cet écart est de 3 ans chez les femmes. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés de plus de 35 ans, l'écart est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes (Blanpain, 2016).

4 - Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes

Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers

24 millions de personnes, soit 36 % des personnes ayant eu au moins une prestation de soin dans l'année (appelés par la suite les bénéficiaires), ont bénéficié d'une prise en charge pour des pathologies, des épisodes de soins (y compris maternité) ou des traitements fréquents, graves ou coûteux², repérables dans le Système national des données de santé (graphique 3). Les maladies cardio-neurovasculaires qui concernent 13 % de la population des bénéficiaires sont les plus fréquentes, suivies des maladies psychiatriques³ qui concernent 8 % de la population des bénéficiaires. À l'inverse, plus d'un bénéficiaire sur deux n'a eu en 2019 ni pathologie, ni traitement régulier, ni hospitalisation.

Graphique 3 • Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins fréquents, graves ou coûteux



Lecture > La somme des bénéficiaires de chaque catégorie est supérieure à l'ensemble des bénéficiaires car un individu peut souffrir de plusieurs pathologies. Les groupes de pathologies sont définis uniquement sur le champ des bénéficiaires dans l'année.

Champ > 2019, bénéficiaires tous régimes, France.

Sources > Cartographie 2019, Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2022.

Des motifs d'hospitalisation souvent en lien avec une maladie chronique

Ces maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. Les patients en affection longue durée (ALD) pour une maladie chronique, qui représentent 18 % des personnes ayant consommé des soins en 2016, sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées : ils constituent 43 % des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

En France, en 2019, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en MCO, sont les maladies de l'appareil digestif (dont font partie les chirurgies pour dents de sagesse), suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois

² Ces grandes catégories de pathologie regroupent les maladies cardiovasculaires, les traitements du risque vasculaire, le diabète, les cancers, les maladies psychiques, les traitements psychotropes, les maladies neurologiques ou dégénératives, les maladies respiratoires chroniques, inflammatoires ou rares, les insuffisances rénales chroniques terminales, les maladies du foie ou du pancréas, les autres ALD et la maternité.

³ Les maladies psychiatriques comprennent les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

selon l'âge et le sexe. Avant 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire représentent le plus grand nombre d'hospitalisations (18 %). Entre 15 et 44 ans, après exclusion des hospitalisations liées à la maternité, les motifs les plus fréquents concernent l'appareil digestif (22 %). Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents concernent les maladies de l'appareil digestif (15 %), les pathologies tumorales (15 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (11 %). À partir de 75 ans, la première cause d'hospitalisation concerne les maladies de l'appareil circulatoire (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation dans cette tranche d'âge (12 %), juste devant les tumeurs (11 %). Ces motifs d'hospitalisation, plutôt stables sur la période récente, ont été fortement modifiés avec la crise sanitaire (Naouri, *et al.*, 2021).

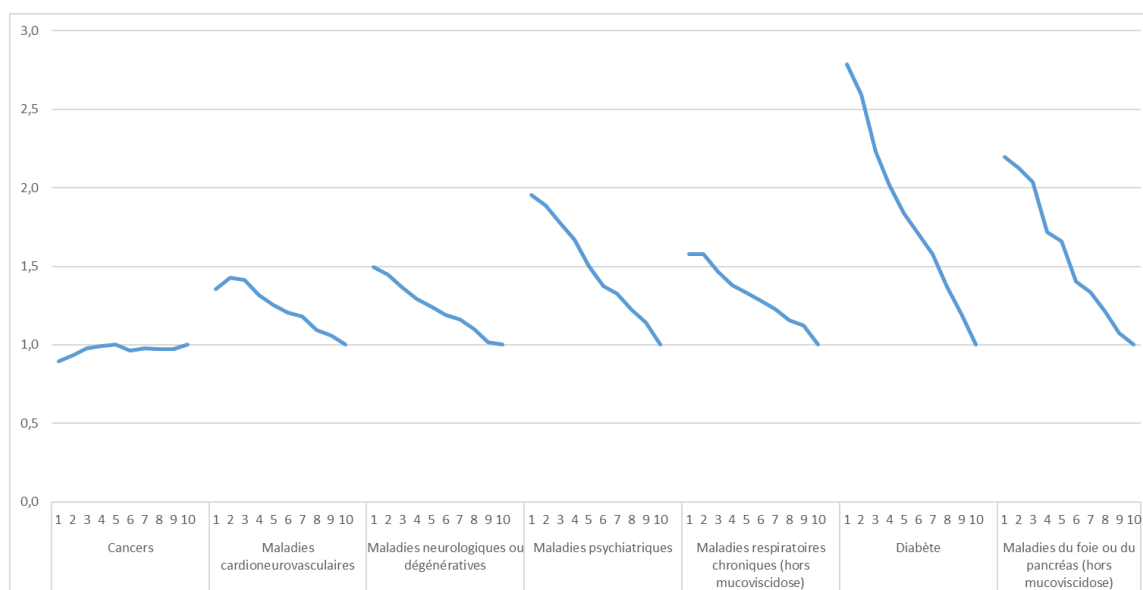
Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes financièrement défavorisées

L'incidence des maladies chroniques varie selon les caractéristiques sociales. Ainsi en 2016, le risque, standardisé sur l'âge et le sexe, d'être atteint dans l'année par une des grandes catégories de maladies chroniques définies par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans sa « cartographie des pathologies », à l'exception notable de certains cancers, est plus élevé chez les personnes les plus modestes que chez celles plus aisées (graphique 4). Les personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile de niveau de vie (le dixième des personnes qui sont les plus modestes) développent 2,8 fois plus souvent un diabète que celles dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile (le dixième des personnes qui sont les plus aisées). Les maladies chroniques du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) et les maladies psychiatriques sont les deux autres catégories les plus inégalitaires (avec des surrisques de 2,4 et de 2,0 respectivement pour les plus modestes par rapport aux plus aisés). Les maladies neurologiques ou dégénératives et les maladies cardio-neurovasculaires surviennent également de façon inégalitaire mais avec des différences moins marquées (sur-risques de 1,5 et de 1,4).

Le cas des cancers se distingue : la survenue d'un diagnostic de cancer apparaît équiprobable pour l'ensemble des personnes dont le niveau de vie est supérieur au quatrième décile (les 60 % de personnes les plus aisées). En revanche, les cancers surviendraient un peu moins fréquemment chez les personnes avec les niveaux de vie les plus modestes. Cette distribution des risques de survenue d'un diagnostic de cancer masque néanmoins une situation contrastée. Ainsi, par exemple, tandis que les personnes aisées sont plus souvent prises en charge pour des cancers de la prostate et du sein, c'est l'inverse pour le cancer du poumon. Pour le cancer de la prostate et, dans une moindre mesure, pour le cancer du sein, ces différences peuvent être liées au gradient social en matière de pratique du dépistage et à la probabilité accrue de diagnostic qui lui est liée (Bryere, *et al.*, 2017).

Ces disparités sociales pourraient trouver leurs origines dans de nombreuses dimensions comme les conditions de vie et de travail, l'accès aux soins, la littératie en santé ou encore les comportements individuels en lien avec la santé. Il faut également ajouter que certaines maladies, particulièrement les maladies d'apparition précoce telles que certaines maladies psychiatriques ou neurologiques sévères (schizophrénie, épilepsie), peuvent impacter la trajectoire éducative et sociale des individus et maintenir ou faire basculer ces individus dans les catégories sociales les plus défavorisées.

Graphique 4 • Risque standardisé de développer une maladie chronique selon le dixième de niveau de vie et la catégorie de maladie



Lecture > Les personnes du premier dixième de niveau de vie ont un risque 1,4 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire en 2016 que les individus du dernier dixième de niveau de vie.

Champ > France hors Mayotte.

Source > EDP-Santé, 2016, calculs DREES, données standardisées sur le sexe et l'âge.

5 - Santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés

Une personne sur dix présente des symptômes dépressifs en 2019

En 2019, selon l'enquête santé européenne (EHIS), 11 % de la population âgée de 15 ans ou plus et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine souffre de syndromes dépressifs⁴ (Hazo, *et al.*, 2021). Cela concerne 12 % des femmes et 9 % des hommes. Pour 4 % de la population, ce syndrome est majeur, c'est-à-dire évocateur d'un épisode dépressif caractérisé. Les syndromes dépressifs, comme de nombreux autres indicateurs de santé mentale, concernent beaucoup plus fréquemment les personnes issues des ménages les plus modestes (graphique 5).

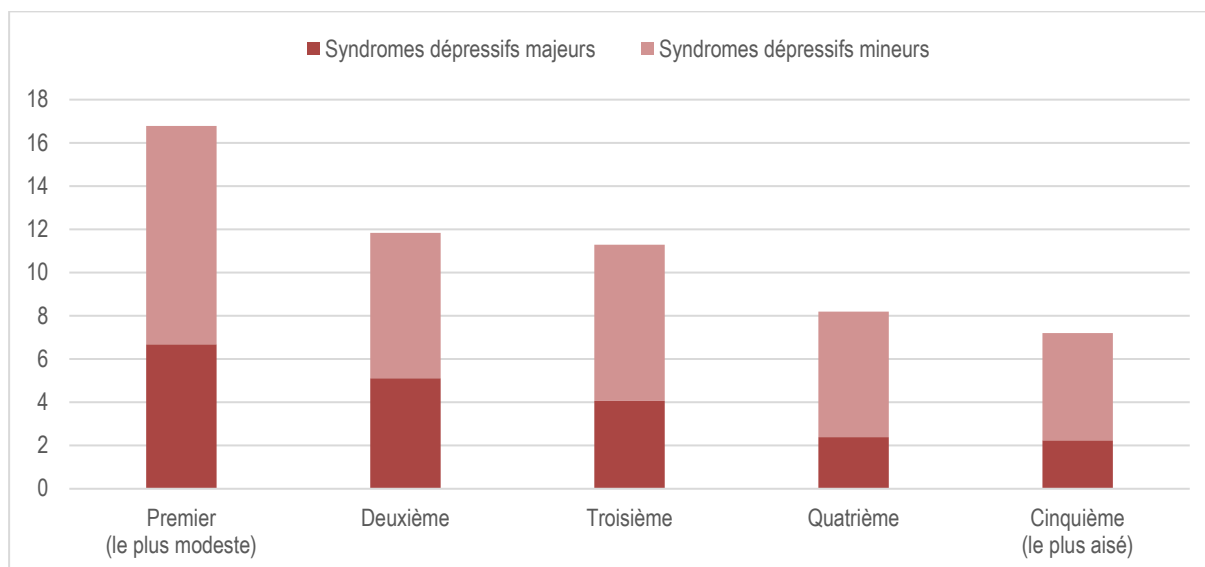
En 2014, ces syndromes dépressifs étaient beaucoup moins fréquents et concernaient 7 % de la population, 5 % des hommes et 9 % des femmes. La progression des syndromes dépressifs a été particulièrement marquée chez les personnes de 15 à 35 ans. Alors que ces dernières étaient 4 % à être touchées en 2014, soit une prévalence plus basse que dans le reste de la population (8 %), la proportion de jeunes adultes avec un syndrome dépressif double en cinq ans pour atteindre 10 % en 2019, une proportion proche de celle des autres classes d'âge.

Dans les DROM⁵, ces indicateurs sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine. Ainsi, les prévalences de syndromes dépressifs en 2019 sont de 12 % à La Réunion, 15 % en Guadeloupe, 17 % en Martinique, 20 % en Guyane et à Mayotte. Les parts de personnes atteintes d'un syndrome dépressif majeur sont également supérieures à celle de la France métropolitaine en Martinique (6 %), à Mayotte (7 %) et en Guyane (8 %) [Floury, *et al.*, Insee, 2021 ; Leduc, *et al.*, DREES, 2021].

⁴ Voir Lexique.

⁵ Afin de neutraliser les effets démographiques dans la comparaison des taux entre la France métropolitaine et les DROM, on standardise les données des DROM par âge et sexe en prenant comme référence la structure par âge de la France métropolitaine.

Graphique 5 • Prévalences des syndromes dépressifs selon le cinquième de niveau de vie (taux standardisés sur l'âge et le sexe)



Note > Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9. Les taux sont standardisés par âge et sexe, c'est-à-dire qu'ils tiennent compte du fait que les jeunes et les femmes sont surreprésentés dans les tranches de niveaux de vie les plus basses.

Lecture > En 2019, un syndrome dépressif était détecté chez 17 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes (premier cinquième de niveau de vie). Pour 7 % d'entre eux, ce syndrome était majeur. En revanche, parmi les répondants appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés, 7 % présentent un syndrome dépressif et le syndrome est majeur pour 2 % d'entre eux.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, et vivant en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Une personne sur deux se plaint de problèmes de sommeil

En 2014, selon l'enquête santé européenne (EHIS), 42 % des personnes de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine dans des ménages ordinaires déclaraient avoir été gênées au moins « plusieurs jours » durant les quinze derniers jours par « des difficultés à s'endormir, à rester endormi ou dormir trop ». Cette proportion atteint 49 % dans EHIS de 2019. La part des personnes qui déclarent avoir été gênées par de tels problèmes « presque tous les jours » durant les quinze derniers jours, situation qui laisse présager un trouble du sommeil, passe quant à elle de 8 % en 2014 à 13 % en 2019.

Une personne sur cinq âgée de 75 ans ou plus déclare souffrir de douleurs physiques fortes ou très fortes

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

Toujours subjective, la douleur est ce que l'individu affirme qu'elle est. Selon l'enquête de santé européenne, en 2019, près de 30 % des personnes résidant en France métropolitaine de 15 ans ou plus ont déclaré souffrir au cours des quatre dernières semaines de douleurs physiques d'une intensité modérée (19 %), ou forte à très forte (11 %). C'est le même ordre de grandeur qu'en 2008 (source SRCV, Insee-Eurostat, 2014). 12 % des femmes et 8 % des hommes déclarent souffrir de douleurs fortes ou très fortes et la prévalence augmente avec l'âge (12 % de 65 à 74 ans et 20 % à partir de 75 ans) et diminue avec le niveau de diplôme (10 % parmi les 75 ans et plus titulaires d'un bac+3 ou plus contre 25 % parmi ceux du même groupe d'âge sans diplôme ou avec un certificat d'études). La part des individus déclarant souffrir de douleurs fortes ou très fortes atteint 13 % à La Réunion, 14 % en Guyane, 15 % en Guadeloupe, 16 % à Mayotte et 17 % en Martinique (en données standardisées par sexe et âge). Plus une douleur se prolonge, plus elle perturbe la vie quotidienne et peut menacer le moral, le sommeil, l'appétit, le travail, les loisirs, les relations avec les autres, ainsi que l'activité professionnelle.

9 % de personnes sont handicapées, au sens où elles sont fortement limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé

Le concept de handicap fait référence à l'interaction entre les troubles fonctionnels de la personne et son environnement, qui peut engendrer des restrictions et une perte d'autonomie. Le modèle d'analyse du handicap élaboré par l'OMS est en effet le suivant : les maladies ou accidents peuvent générer des déficiences, susceptibles de créer des limitations fonctionnelles par altération des fonctions motrices ou mentales ; ces limitations peuvent engendrer des restrictions dans les activités de la vie quotidienne, susceptibles de peser sur le bien-être des personnes et de leur entourage et nécessitant le cas échéant des dispositifs médicaux, des aménagements du logement et des aides humaines. La loi de février 2005 définit ainsi le handicap : « Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

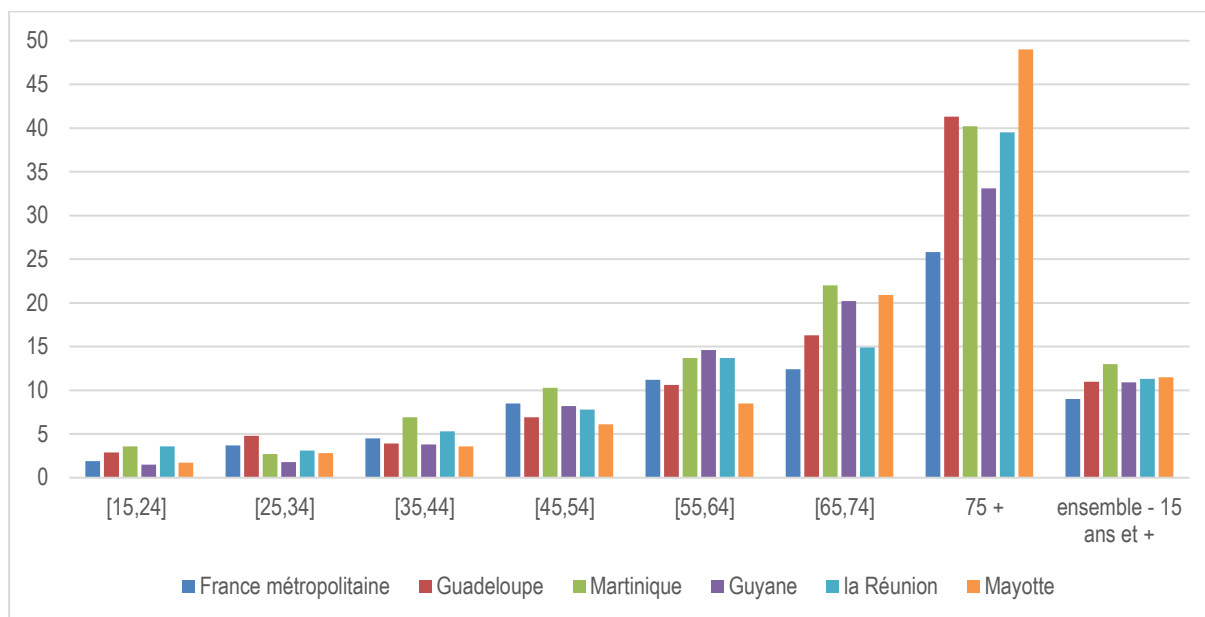
La reconnaissance administrative d'un handicap et la présence d'au moins une limitation fonctionnelle sévère permettent de proposer diverses approches du handicap. L'indicateur le plus synthétique pour repérer les personnes handicapées, retenu pour les comparaisons européennes, est le GALI⁶ « sévère » (General Activity Limitation Indicator). D'après les réponses au GALI dans l'enquête européenne de santé de 2019, 9 % des personnes de 15 ans ou plus (8,6 % des hommes et 9,4 % des femmes) vivant en France métropolitaine en logement ordinaire se déclarent fortement limitées, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que font les gens habituellement⁷. La situation dans les DROM est plutôt moins bonne, avec 11 % des 15 ans ou plus se déclarant fortement limités depuis au moins 6 mois en Guyane, 11 % en Guadeloupe, 11 % à La Réunion, 11 % à Mayotte et 13 % en Martinique (graphique 6).

En France métropolitaine, la part atteint 18 % parmi les personnes de 65 ans ou plus (et même 26 % parmi les 75 ans et plus) contre 6 % parmi celles de moins de 65 ans, avec quasiment pas de différence selon le sexe. Les écarts par diplôme sont marqués, avec en France métropolitaine 4 % de personnes se déclarant fortement limitées parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus, contre 19 % parmi les titulaires d'un certificat d'études. Certes, une partie de ces différences s'explique par des structures d'âge différentes dans ces deux populations (les moins diplômés sont surreprésentés parmi les générations les plus âgées, de même que les personnes en situation de handicap). Cependant, les écarts entre les moins diplômés et les plus diplômés demeurent à tous les âges. Par exemple, à partir de 75 ans, le taux de personnes fortement limitées est de 14 % parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus, contre 31 % parmi les titulaires d'un certificat d'études. Enfin, le niveau de vie n'est pas sans lien avec le handicap, avec 13 % des individus du premier quart de niveau de vie qui se disent fortement limités dans leurs activités de tous les jours, contre 5 % parmi ceux du quart de niveau de vie le plus élevé.

⁶ Voir Lexique.

⁷ On trouve aussi 9 % de personnes handicapées, parmi les 16 ans ou plus, à partir de la même question posée dans l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie de l'Insee en 2018.

Graphique 6 • Part des personnes handicapées d'après l'indicateur global de restriction d'activité (GALI) selon le lieu de résidence et l'âge en 2019



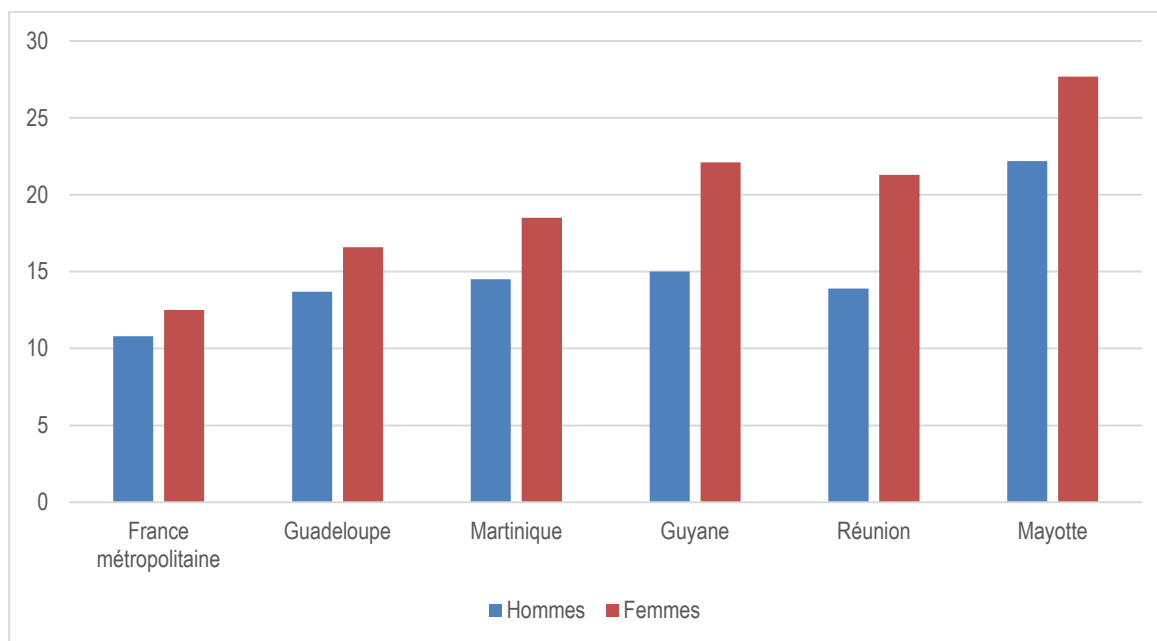
Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, et vivant en France en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

D'autres questions de l'enquête santé européenne portent sur les limitations ressenties pour voir, entendre ou faire des choses précises, y compris avec appareillage dans le cas de la vue ou de l'audition, et leur niveau de sévérité. La part de personnes présentant ainsi au moins une limitation fonctionnelle sévère, physique ou sensorielle (parmi les difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500 mètres, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches), atteint en France métropolitaine 12 % en 2019 (11 % chez les hommes et 12 % chez les femmes, mais 36 % chez les hommes de 75 ans ou plus contre 41 % chez les femmes du même âge). La part de personnes fortement limitées atteint 39 % parmi les 75 ans ou plus mais le contraste est grand là encore par niveau de diplôme : cette part est de 47 % parmi les moins diplômés (certificat d'études ou absence de diplôme), mais de 22 % parmi les diplômés de niveau bac+3 et plus.

Dans les DROM, les limitations fonctionnelles sévères pour voir, entendre, marcher 500 mètres ou monter ou descendre 12 marches sont plus fréquentes : de 15 % en Guadeloupe à 25 % à Mayotte, en données standardisées (graphique 7). En ajoutant les difficultés de mémorisation et de concentration, c'est 13 % de la population de France métropolitaine (tous âges) qui se dit sévèrement limitée (et jusqu'à 27 % à Mayotte).

Graphique 7 • Part de la population avec au moins une limitation fonctionnelle sévère, en %



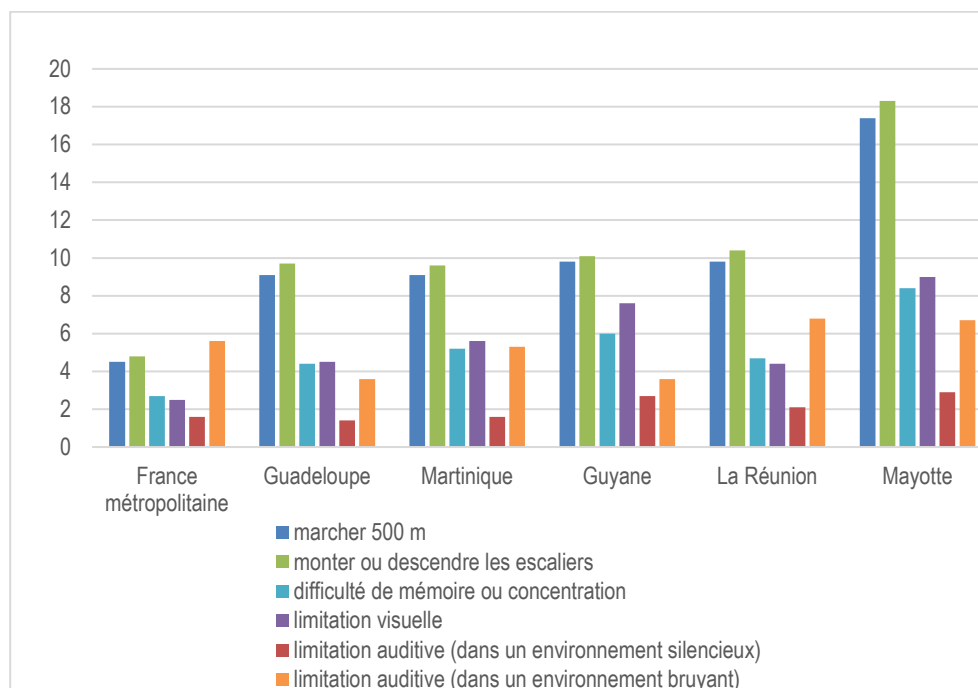
Note > On considère les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500 mètres, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Les différences (avec standardisation par sexe et âge) sont très marquées entre la France métropolitaine et les DROM pour certains types de limitations (graphique 8). Pour les difficultés à marcher 500 mètres, 4 % de la population se sent sévèrement limitée en France métropolitaine contre 17 % à Mayotte. De même, si 5 % des métropolitains ont des difficultés à monter ou descendre un escalier, c'est le cas de 18 % des résidents de Mayotte. Pour les limitations auditives dans un milieu silencieux au contraire les écarts sont faibles et témoignent même d'un égal ou meilleur ressenti dans les Antilles (1,4 % de limitations auditives sévères en Guadeloupe et 1,6 % en Martinique, contre 1,6 % en France métropolitaine et 2,9 % à Mayotte). En France métropolitaine, 2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent avoir des difficultés sévères de vue, y compris si elles disposent de lunettes ou de lentilles. La part de la population des DROM qui a des difficultés sévères de vue est significativement plus élevée dans chacun des DROM (respectivement, 4 % en Guadeloupe, 6 % en Martinique, 8 % en Guyane, 4 % à La Réunion et 9 % à Mayotte).

Graphique 8 • Part de la population concernée selon le type de limitation fonctionnelle sévère



Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire.

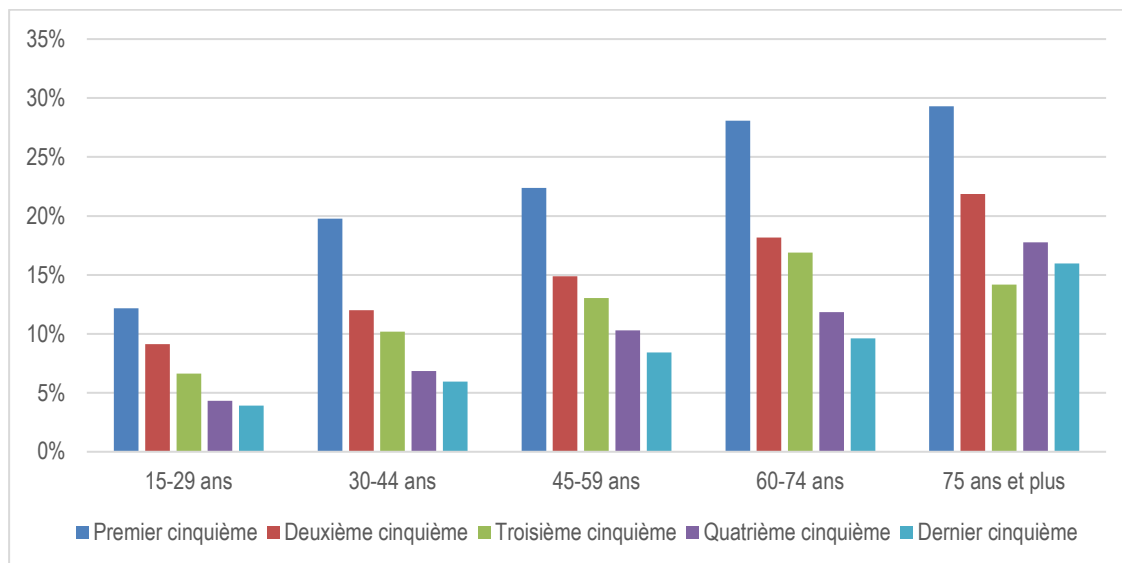
Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

13 % des résidents de France métropolitaine considèrent bénéficier d'un soutien social faible

La perception de la qualité du soutien social, appréhendé par le nombre de personnes sur qui compter, le degré d'intérêt manifesté par les autres et la facilité d'avoir de l'aide du voisinage en cas de besoin est un indicateur de l'état de santé psychologique et de la fragilité de la population. En France métropolitaine en 2019, 13,0 % de la population rapporte un niveau de soutien social faible. Cette part est légèrement plus forte chez les femmes (13,8 %) que chez les hommes (12,1 %), à tous les âges. Elle augmente avec l'âge et diminue avec le niveau de revenus ou le niveau d'éducation, les personnes sans diplôme ou avec un certificat d'études étant 22,0 % à se considérer avec un soutien faible contre 7,6 % parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac +3 ou plus. De la même façon, 20,5 % des personnes parmi le cinquième le plus modeste se considèrent avec un soutien faible contre 8,5 % pour celles appartenant au cinquième le plus aisé (graphique 9).

Si les habitants de Guadeloupe et Mayotte se sentent peu soutenus par leur entourage dans les mêmes proportions qu'en France métropolitaine (respectivement 12,0 % et 11,3 % de soutien jugé faible en données standardisées), ceux de Martinique et de Guyane, et encore plus à La Réunion, se sentent encore moins bien soutenus, avec respectivement 17,1 %, 17,5 % et 18,6 % de la population qui estiment bénéficier d'un faible soutien de son entourage (graphique 10).

Graphique 9 • Part de la population estimant bénéficier d'un faible soutien social, selon l'âge et le niveau de vie

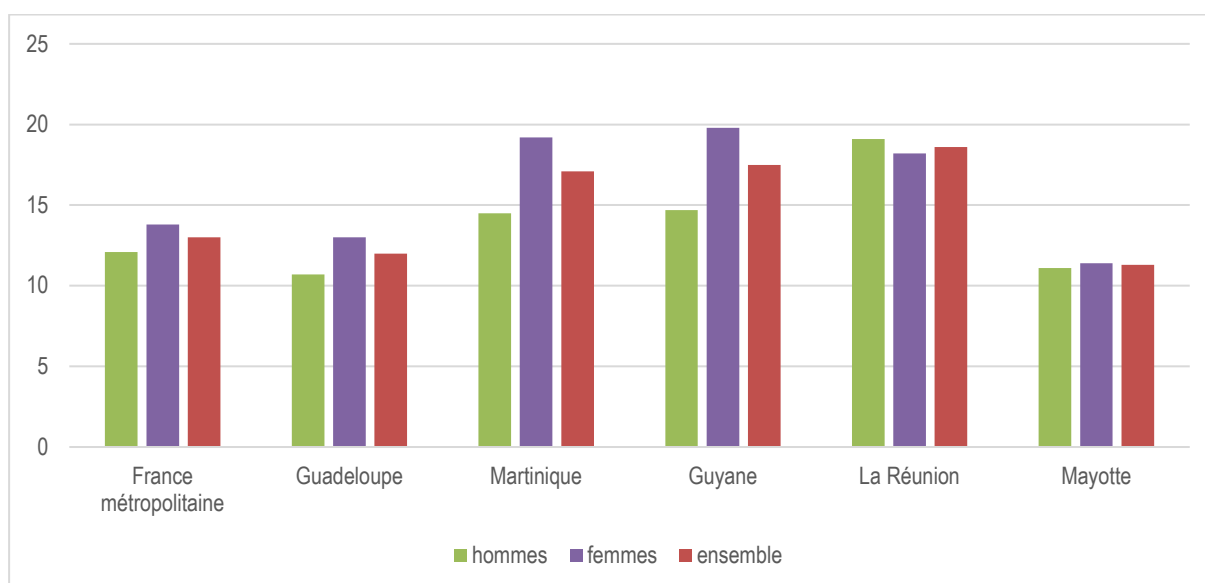


Note > Un soutien social faible correspond à une note entre 3 et 8 (3 étant la note minimale et 14 la note maximale) concernant : le nombre de personnes sur qui compter en cas de graves problèmes personnels (1 à 4 points) ; le degré d'intérêt manifesté par les autres à ce que la personne fait (1 à 5 points) ; la facilité d'avoir de l'aide de la part du voisinage en cas de besoin (1 à 5 points).

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, et vivant en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Graphique 10 • Part de la population estimant bénéficier d'un faible soutien social, selon le sexe et le lieu de résidence (en %)



Notes > Un soutien social faible correspond à une note entre 3 et 8 (3 étant la note minimale et 14 la note maximale) concernant : le nombre de personnes sur qui compter en cas de graves problèmes personnels (1 à 4 points) ; le degré d'intérêt manifesté par les autres à ce que la personne fait (1 à 5 points) ; la facilité d'avoir de l'aide de la part du voisinage en cas de besoin (1 à 5 points).

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

6 - L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population

Les premiers cas de Covid-19 ont été officiellement recensés en janvier 2020 en France et le premier décès d'un patient français dû au virus a été enregistré en février 2020. En l'espace de deux ans et 8 mois, jusqu'à fin août 2022, sept vagues épidémiques ont successivement frappé la France conduisant à 907 000 hospitalisations dont 145 000 séjours en soins critiques. À l'hôpital et en établissements sociaux et médico-sociaux, on dénombre 154 000 décès.

Année 2020 : une baisse de l'espérance de vie du fait du Covid-19

L'épidémie de Covid-19 a entraîné en 2020 une hausse importante du nombre de décès (Le Minez et Roux, 2021), qui s'est traduite par une diminution de l'espérance de vie. Cette dernière remontera mécaniquement lorsque la pandémie sera révolue. L'espérance de vie a donc baissé à la naissance de 7 mois pour les hommes entre 2019 et 2020 et de 6 mois pour les femmes. Les espérances de vie à 65 ans baissent quant à elles de 8 mois pour les hommes et de 5 mois pour les femmes. Bien qu'en hausse, l'espérance de vie ne retrouve pas encore en 2021 son niveau d'avant la pandémie. Du fait de la pandémie, l'espérance de vie diminue dans pratiquement tous les pays de l'Union européenne en 2020 : en moyenne elle a baissé de 0,8 an chez les femmes et de 1 an chez les hommes, soit une diminution plus forte qu'en France. Mais contrairement au cas de la France, cette espérance de vie européenne continue de diminuer en 2021, perdant 0,4 an pour les femmes et 0,3 an pour les hommes entre 2020 et 2021. Cette diminution est principalement portée par l'évolution négative de l'espérance de vie dans les pays de l'est de l'Europe, alors que l'espérance de vie repart à la hausse dans les pays de l'ouest, du nord et du sud (Papon, *et al*, 2021 ; Papon, 2022 b).

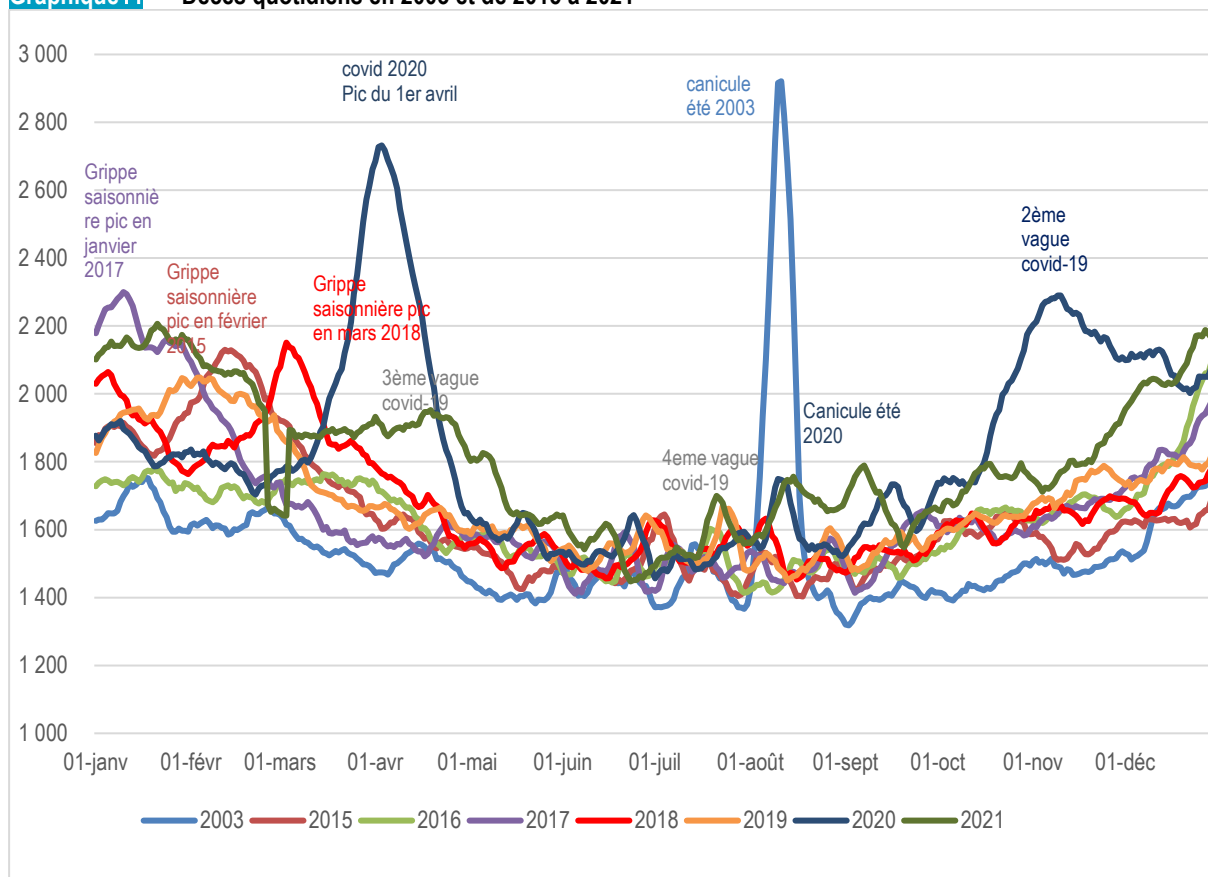
Une surmortalité exceptionnelle liée au Covid-19

De mars 2020 à décembre 2021, le nombre de décès observés a dépassé de 95 000 les décès attendus en l'absence d'épidémie (en prenant en compte depuis 2019 l'augmentation de la population âgée, la baisse attendue des quotients de mortalité et le fait que 2020 soit une année bissextile) [Le Minez et Roux, 2021 ; Blanpain, 2022]. En raison du vieillissement de la population, le nombre de décès augmente chaque année depuis 2010 mais la hausse constatée en 2020 et 2021 est beaucoup plus importante que les années précédentes (graphique 11).

Plus précisément, l'Insee estime qu'il y a eu 46 700 décès de plus qu'attendus en 2020 (+7,5 %) ⁸ et 39 100 en 2021 (+6,3 %). Au début de l'année 2022, l'écart entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus est encore élevé en janvier (+7,8 %), puis se réduit jusqu'à devenir nul en mars (-0,9 %). Le surcroît de décès de 2020 est supérieur à ceux des épisodes de canicules et des épidémies de grippe des cinq dernières années, ou encore à la canicule de 2003 dont l'intensité était plus forte mais la durée nettement plus courte.

⁸ Sur la période de mars à décembre 2020, ce sont 55 600 décès de plus que l'attendu qui ont été enregistrés (+11 %). Sur l'ensemble de l'année 2020, la surmortalité est plus faible en raison d'un moindre nombre de décès qu'attendu en janvier et février 2020.

Graphique11 • Décès quotidiens en 2003 et de 2015 à 2021



Lecture > Le 1^{er} avril 2020, 2 811 décès toutes causes confondues ont eu lieu en France, contre 1 689 en 2019.

Champ > France hors Mayotte en 2003 ; France à partir de 2015.

Source > Insee, statistiques de l'état civil, moyenne mobile sur 7 jours.

Des inégalités sociales dans le développement de formes graves de Covid-19

Une façon de mesurer le nombre de personnes ayant été infectées par le virus du Covid-19 est d'effectuer des enquêtes testant la présence d'anticorps spécifiques au virus dans le sang, on parle alors de séroprévalence. L'enquête Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) est une enquête de grande ampleur qui permet d'avoir une mesure de la séroprévalence en mai 2020 et une autre en novembre 2020.

Les différentes vagues épidémiques n'ont pas affecté de façon identique le territoire. En mai 2020, en fin de première vague, les régions présentant les taux de séroprévalence les plus élevés (Warszawski, *et al.*, 2020), sont l'Île-de-France (9,2 % des Franciliens de 15 ans ou plus ayant des anticorps) et le Grand-Est (6,7 %) et les plus faibles sont le Centre-Val de Loire (2,1 %), la Nouvelle-Aquitaine (2,0 %), l'Occitanie (1,9 %), la Normandie (1,9 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,5 %). En novembre 2020, globalement, en France métropolitaine, la situation entre l'est et l'ouest est contrastée (Warszawski, *et al.*, 2021) : les régions où le niveau de séroprévalence est le plus faible se situent à l'ouest du pays. L'Île-de-France reste la région la plus touchée avec 11,0 % de personnes ayant une sérologie positive en novembre 2020. L'Auvergne-Rhône-Alpes est la région qui enregistre, avec les Hauts-de-France, la progression la plus importante entre mai et novembre 2020 (8,4 % en novembre 2020). La Guadeloupe et la Martinique sont dans une situation comparable à celle de la France métropolitaine en novembre (leur niveau de séroprévalence est de 8,1 % et 7,3 %). La Réunion présente un niveau sensiblement plus bas (2 %) ⁹.

Par ailleurs, contrairement à la première vague épidémique, les adolescents et les jeunes adultes ont été plus touchés par le virus que les adultes d'âges intermédiaires lors de la deuxième vague : 10,1 % des 15 à 20 ans ont des anticorps, contre 6,7 % des 30 à 49 ans et 4 % des plus de 64 ans.

⁹ La Guyane et Mayotte ne sont pas couvertes par l'enquête.

Vivre dans une zone à forte densité de population ou exercer une profession essentielle dans le domaine du soin est associé, en novembre 2020 comme lors de la première vague, à une séroprévalence plus élevée.

Ainsi, le risque de contamination dépend de la période, de la zone géographique, de l'âge, des conditions de vie et de travail, mais aussi depuis 2021 du fait d'être vacciné ou non.

L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur l'état de santé peut être abordé par le prisme des admissions à l'hôpital pour cette maladie, pour les cas les plus sévères. Il apparaît que l'âge est le facteur le plus déterminant, le risque d'hospitalisation augmentant de façon exponentielle avec l'âge (Costemalle, *et al.*, 2020). De plus, quel que soit l'âge, la proportion de personnes hospitalisées pour Covid-19 décroît avec le niveau de vie des personnes (Galiana, *et al.*, 2022). Cette décroissance est d'ailleurs plus marquée chez les jeunes que chez les personnes âgées avec, chez les 35-49 ans, un taux d'hospitalisation parmi les 20 % les plus modestes 1,6 fois plus important que la moyenne de cette tranche d'âge. Ce taux relatif est de 1,2 chez les personnes de 75 ans ou plus. Indépendamment de l'âge, des conditions de logement, du lieu de naissance ou du sexe, les personnes aux niveaux de vie les plus modestes présentent un risque plus important d'avoir été hospitalisées pour Covid-19, ce qui peut être lié à un plus fort risque d'infection ou à des inégalités de répartition des comorbidités. Le risque relatif d'hospitalisation selon le niveau de vie s'est accentué au cours de la quatrième vague. La cause de cet accroissement du risque relatif chez les plus modestes pourrait être le moindre recours à la vaccination contre le Covid-19. En effet, les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés sont aussi celles qui se sont le moins rapidement vaccinées ou qui ont le plus souvent rejeté la vaccination (Bajos, *et al.*, 2022). De plus, chez les moins de 75 ans seulement, le risque de décéder à l'hôpital des suites du Covid-19 est plus important chez les personnes aux niveaux de vie les plus faibles, indépendamment des autres caractéristiques. En revanche, aucun lien entre niveau de vie et admission en soins critiques n'a été mis en évidence.

Une prise en charge de l'activité hospitalière bousculée par la crise sanitaire

En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 en MCO a diminué de 13 % par rapport à 2019 (Naouri, *et al.*, 2021). Cette baisse inédite du nombre de séjours provient en premier lieu d'une très forte baisse lors de la première vague de l'épidémie (-53 %), la baisse ayant été moins marquée lors de la deuxième vague (-12 %). Elle n'a pas été uniforme géographiquement, puisque les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées par la première vague, ont connu une diminution plus importante que les autres.

Ce recul était plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (-23 %) et pour les séjours liés à des motifs otho-rhino-laryngologiques (ORL) [-32 %], maladies infectieuses (-28 %) et maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-27 %], ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Troisième plus forte contribution à la baisse globale du nombre de séjours (derrière les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire), les maladies de l'appareil circulatoire ont, elles aussi, connu une nette baisse (-11 %) : c'est le cas notamment des séjours pour AVC et infarctus du myocarde. Enfin, les séjours de chirurgie (-16 %) et les séjours pour actes et procédures peu invasifs (-15 %) ont diminué plus fortement que les séjours médicaux (-9 %).

Une augmentation des problèmes de santé mentale, particulièrement chez les jeunes

La crise sanitaire a eu un impact psychologique sur une part importante de la population : en mai 2020, les syndromes dépressifs concernaient 13 % des personnes de 15 ans ou plus : 16 % des femmes et 11 % des hommes. En novembre 2020, cette proportion revenait à 11 % (13 % des femmes et 9 % des hommes) soit un niveau global équivalent à celui de 2019. Cependant, d'une part le taux de syndromes majeurs, touchant 5 % de la population, demeurait supérieur à celui de 2019 (4 %) ; d'autre part, les taux de syndromes dépressifs restaient encore très élevés chez les 15-24 ans (à 19 %), plus particulièrement chez les femmes dont presque une sur quatre était concernée par un syndrome dépressif et plus d'une sur dix par un syndrome majeur, soit respectivement une augmentation de +50 % et +270 % par rapport à 2019 (graphique 12). En juillet 2021, ces prévalences restent globalement stables par rapport à novembre 2020 avec toutefois une amélioration substantielle de la situation chez les femmes âgées de 16 à 24 ans compensée par une augmentation des syndromes dépressifs majeurs chez celles âgées de 55 à 64 ans et chez les hommes âgés de 65 à 74 ans (Hazo, *et al.*, juin 2022). Les jeunes femmes demeurent cependant la population la plus concernée par les syndromes dépressifs tant mineurs que majeurs.

Lors des trois volets de l'enquête EpiCov (mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021), une personne sur quatre a été détectée avec un syndrome dépressif au moins une fois. Pour 17 %, cela est le cas lors d'un seul des trois volets, pour 6 % cela a concerné deux volets, et 2 % de la population a été détectée avec un syndrome dépressif lors des trois volets. Pour 11 % de la population (8 % des hommes et 13 % des femmes), un syndrome dépressif majeur a été détecté au moins une fois lors d'un des trois questionnaires. Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, plus de 4 sur 10 a présenté un syndrome dépressif au moins une fois au cours des trois volets : 24 % lors d'un seul questionnaire, 12 % lors de deux temps de mesure, enfin 6 % des femmes de 15 à 24 ans sont détectées dépressives lors de chacun des trois questionnaires. Chez ces dernières, la moitié – 3 % des jeunes femmes – est concernée par un syndrome dépressif majeur qui persiste sur les trois volets de l'enquête, alors que moins de 1 % du restant de la population est dans ce cas.

Toutes autres choses égales par ailleurs, ces syndromes dépressifs atteignent plus fréquemment les femmes, les jeunes, les personnes en difficulté sur le plan économique, notamment du fait de la crise sanitaire, ainsi que les personnes vivant seules ou subissant des violences psychologiques, physiques dont sexuelles de la part de leur conjoint. En outre, les personnes consommant de l'alcool et du tabac chaque jour, celles déclarant un mauvais état de santé ou un handicap et celles déclarant des symptômes évocateurs d'une infection au Covid-19 avaient une probabilité plus importante d'être détectées porteuses d'un syndrome dépressif. Enfin, les personnes ayant peu confiance dans les pouvoirs publics pour résoudre la crise du coronavirus ou percevant leur génération comme particulièrement pénalisée par les mesures sanitaires présentaient aussi plus fréquemment de tels syndromes.

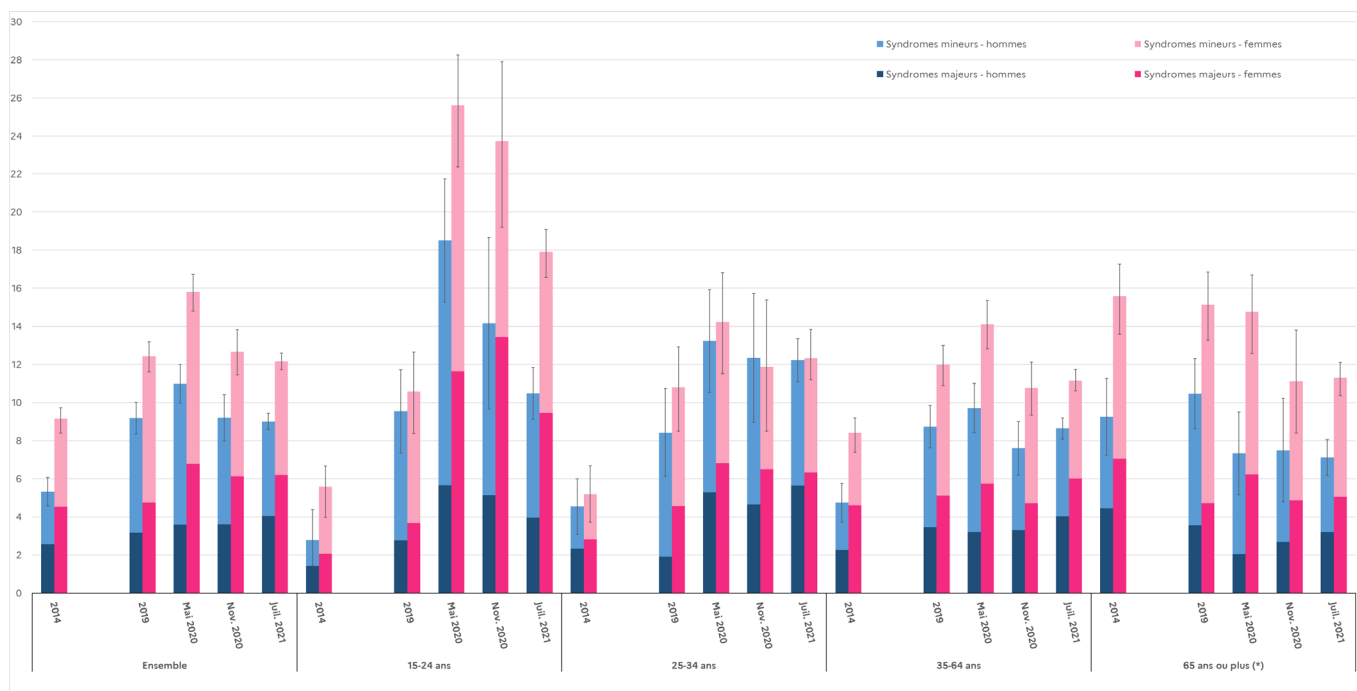
Par ailleurs, les syndromes anxieux ont également été majorés par la crise sanitaire, particulièrement chez les femmes et les plus jeunes générations (Santé publique France, 2022a). Les données de passage aux urgences et de recours à SOS Médecins à partir du second semestre 2020 témoignent d'une augmentation de plusieurs types de recours aux soins pour raisons de santé mentale (angoisses, pensées suicidaires) par rapport aux années précédentes, et le phénomène paraît principalement dû à de fortes hausses de recours chez les 18-24 ans (Santé publique France, 2022b).

Une consommation accrue de médicaments psychotropes

En novembre 2020, selon l'enquête EpiCov, 12,1 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclarait prendre « des médicaments en lien avec des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression » (8,0 % chez les hommes et 15,8 % chez les femmes). Toujours selon l'enquête EpiCov, ils étaient 10,0 % dans ce cas en mai de la même année (7,1 % des hommes et 12,7 % des femmes). Cette consommation de psychotropes varie beaucoup selon l'âge et le sexe : la proportion passe, en novembre 2020, de 2,7 % des hommes âgés de 15 à 24 ans à 12,1 % des hommes âgés de 75 ans ou plus. Chez les femmes également la proportion de consommatrices de psychotropes est progressive avec l'âge puisqu'elle passe de 7,7 % des 15-24 ans à 26,6 % des femmes de 75 ans ou plus (Hazo, *et al.*, 2021).

L'impact de la crise sanitaire sur la santé psychologique de la population s'est ressenti sur l'instauration et le nombre de délivrances de médicaments psychotropes. Le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville montre en effet une progression importante des nouveaux consommateurs d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de somnifères ainsi qu'une hausse des doses délivrées sur la période allant de mars 2020 à avril 2021. Dans une moindre mesure, les consommations de médicaments antipsychotiques (utilisés dans le traitement des troubles mentaux sévères) et de ceux liés à la dépendance aux opiacées (héroïne, morphine, etc.) et à l'alcool, ont également progressé sur la période. Enfin, les consommations de psychotropes sont plus élevées début 2021 que l'attendu (sur la base de ce qu'elles étaient en 2018-2019 et au début 2020) chez toutes les classes d'âge, en particulier chez les moins de 19 ans (Weil, *et al.*, 2021).

Graphique 12 • Syndromes dépressifs majeurs et mineurs selon l'âge et le sexe, entre 2014 et 2021, en % de la population âgée de 15 ans ou plus



*Les personnes avec un handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov. Or, elles sont plus souvent porteuses d'un syndrome dépressif que la moyenne de la population. Cela conduit à sous-estimer de 1 point la prévalence moyenne de personnes présentant un syndrome dépressif dans l'enquête EpiCov (mai, novembre 2020 et juillet 2021), et de 2 points chez les 65 ans ou plus.

Note > Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9 (encadré 2). En 2014, l'outil était le PHQ-8, très similaire au PHQ-9 (une question de moins), son utilisation à la place du PHQ-9 n'impacte pas les proportions de plus de 0,5 %.

Lecture > En juillet 2021, 4 % des hommes de 16 ans ou plus sont détectés avec un syndrome dépressif majeur et 5 % avec un syndrome dépressif mineur ; au total 9 % d'entre eux présentent un syndrome dépressif, qu'il soit mineur ou majeur (avec une incertitude de plus ou moins 0,4 %).

Champ > EHIS 2014 et 2019 : personnes âgées de 15 ans et plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire ; EpiCov : personnes de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique et à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Sources > EHIS 2014 et 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES), volets 1, 2 et 3 - mai et novembre 2020, questionnaire long, et juillet 2021 ensemble des individus.

Une baisse des gestes suicidaires pendant les confinements de 2020 mais une augmentation continue des tentatives chez les jeunes femmes à partir de la fin 2020

En novembre 2020, 2,8 % des 15 ans ou plus déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (2,5 % des hommes et 3,1 % des femmes). Cette proportion varie significativement selon les caractéristiques sociodémographiques et les comorbidités des individus, notamment en la défaveur des femmes, des plus modestes, des personnes présentant des syndromes anxio-dépressifs, des comportements boulimiques ou un handicap ainsi que de celles ayant eu des symptômes évocateurs du Covid-19 (Hazo et Boulch, 2022 ; Rouquette, *et al.*, 2022). Les individus jeunes sont également significativement plus touchés : 5,0 % des 15-24 ans (3,6 % des hommes et 6,4 % des femmes de cette tranche d'âge) sont concernés, contre 1,3 % des personnes âgées de 75 ans ou plus (0,9 % des hommes et 1,6 % des femmes de cette tranche d'âge) [Hazo, *et al.*, 2021]. Cette surreprésentation des plus jeunes dans la déclaration de pensées suicidaires est un phénomène nouveau, qu'on retrouve dans d'autres travaux menés sur la période très récente (Léon et du Roscoät., 2022). En outre, 4,0 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (2,9 % des hommes et 4,9 % des femmes) et pour 0,2 % cette tentative a eu lieu lors des douze derniers mois¹⁰.

En 2020, on observe une diminution globale du nombre de gestes suicidaires – c'est-à-dire les suicides et les tentatives de suicide – lors des deux premiers confinements de la population. D'une part, les décès par suicide lors de ces confinements ont baissé respectivement de 20 % et 8 % par rapport à l'attendu (Fouillet, *et al.*, 2022). D'autre part, les hospitalisations en court séjour pour lésions auto-infligées¹¹, utilisées pour estimer le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, baissent de 10 % en 2020 par rapport à la période 2017-2019 (Pirard, *et al.*, 2022). Les passages aux urgences pour ces mêmes gestes baissent également en 2020 par rapport à 2018-2019, bien que ceux liés à des idées suicidaires augmentent pour leur part (Forgeot et Caserio-Schönemann, 2022). Ces baisses sont liées à des diminutions marquées pendant les deux confinements.

En 2021, le nombre annuel des hospitalisations en court séjour somatique (MCO) associées à une lésion auto-infligée retrouve son niveau d'avant crise, essentiellement du fait de fortes augmentations chez les filles et les femmes âgées de 10 à 19 ans, à des niveaux sans précédents (graphique 13). Ces données sont cohérentes avec les résultats d'autres travaux : la hausse constatée dès début 2021 des passages aux urgences pour gestes suicidaires des patients âgés de 11 à 24 ans (Forgeot et Caserio-Schönemann, 2022) ; une hausse des hospitalisations en MCO pour lésions auto-infligées de patientes âgées de 10 à 24 ans dès la fin 2020 en comparaison avec la période 2017-2019 (Pirard, *et al.*, 2022) ; une forte hausse des hospitalisations entre la période couvrant septembre 2020 à août 2021 et l'année 2019 (+27,7 %) spécifiquement chez les femmes âgées de 10 à 19 ans hospitalisées pour lésions auto-infligées, accompagnée d'une plus forte fréquence des passages en soins intensifs et du recours à des moyens létaux violents¹² dans cette population (Jollant, *et al.*, 2022). Par ailleurs, bien que la qualité du codage soit moindre dans les services de la psychiatrie publique, on y observe que le total d'hospitalisations avec un diagnostic de lésion auto-infligée n'a pas baissé en 2020 et qu'il atteint en 2021 un niveau inédit depuis 2012, supérieur de 16 % à la moyenne des années 2012-2020. Entre 2020 et 2021, la forte progression d'hospitalisations de patientes âgées de 10 à 24 ans vient en effet accélérer une tendance préexistante (graphique 14). Ces hausses dans ce segment de la population sont compensées en 2021 par des diminutions chez les 30-69 ans, femmes et hommes confondus, que ce soit en psychiatrie ou en court séjour.

La stabilité, voire légère baisse, des gestes suicidaires en population générale en 2020 est un phénomène également constaté dans la plupart des autres pays européens ainsi que l'Australie, l'Amérique du nord, le Japon ou la Corée (David, 2022). L'augmentation des tentatives de suicide et la dégradation marquée de la santé mentale chez les jeunes filles et femmes dès la fin 2020 ou le début 2021 est aussi mesuré au États-Unis et en Allemagne (Yard, *et al.*, 2021 ; Sara, *et al.*, 2022)

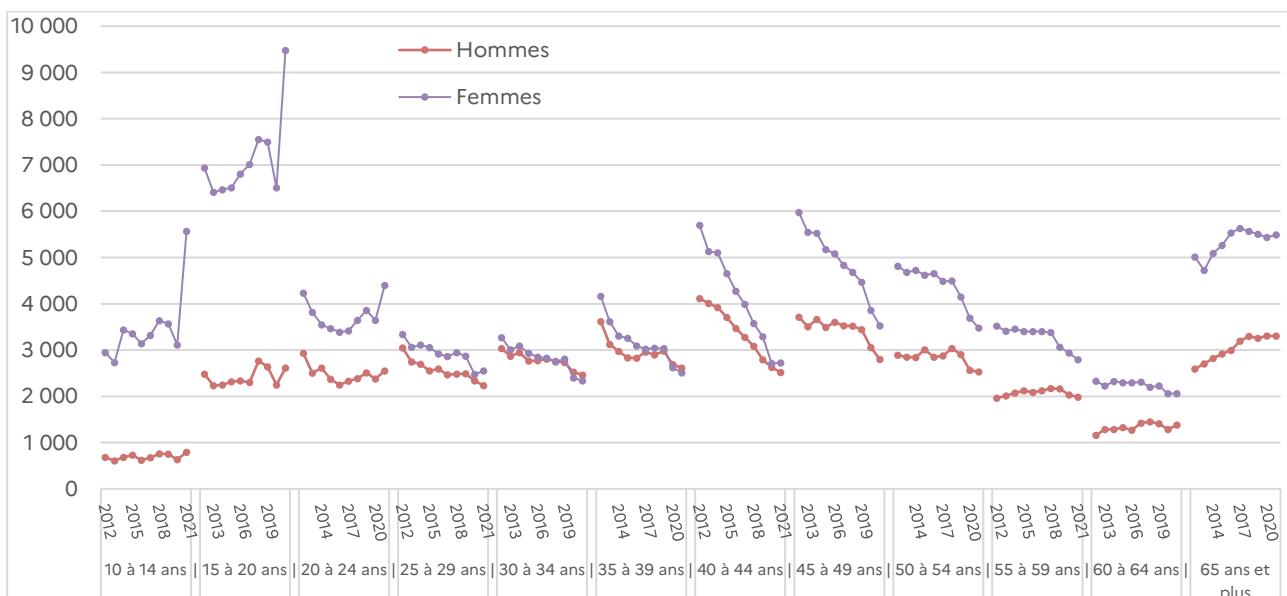
Enfin, sachant que les hospitalisations pour gestes auto-infligés suivent un gradient social assez fort en défaveur des plus modestes (Sterchele, 2022), il est possible que les conséquences économiques de la crise sanitaire aient accru cette inégalité sociale de santé.

¹⁰ Sur un champ comparable, les adultes âgés de 18 à 75 ans, le taux de tentatives de suicide déclarées dans EpiCov en 2020 est plus faible que celui mesuré dans le Baromètre de Santé publique France de 2017 où 7,2 % des enquêtés déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,4 % au cours de l'année (Léon, *et al.*, 2019). De même, le Baromètre Santé réalisé en 2020 retrouve des taux de pensées suicidaires sensiblement supérieurs à ceux d'EpiCov pour la même année (Léon et du Roscoät., 2022). Ces différences de prévalences pourraient être liées à un effet du mode de collecte (téléphone dans Baromètre *versus* multimodal dans EpiCov), notamment par sous-groupes sociodémographiques. D'autre part, contrairement au Baromètre 2020, réalisé hors périodes de confinement, une partie de l'échantillon d'EpiCov a répondu au module suicide lors du deuxième confinement et les répondants interrogés pendant cette période déclaraient significativement moins de pensées suicidaires que les autres (Hazo et Boulch, 2022).

¹¹ Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) avec des diagnostics associés codés selon la Classification internationale des maladies de X60 à X84, soient les lésions auto-infligées qui incluent tentatives de suicide, automutilations et scarifications.

¹² Saut d'une hauteur, pendaison, objets tranchants et produits chimiques en opposition aux intoxications volontaires aux médicaments

Graphique 13 • Nombre annuel de patients hospitalisés au moins une fois en court séjour (MCO) pour lésions auto-infligées par âge et sexe, de 2012 à 2021



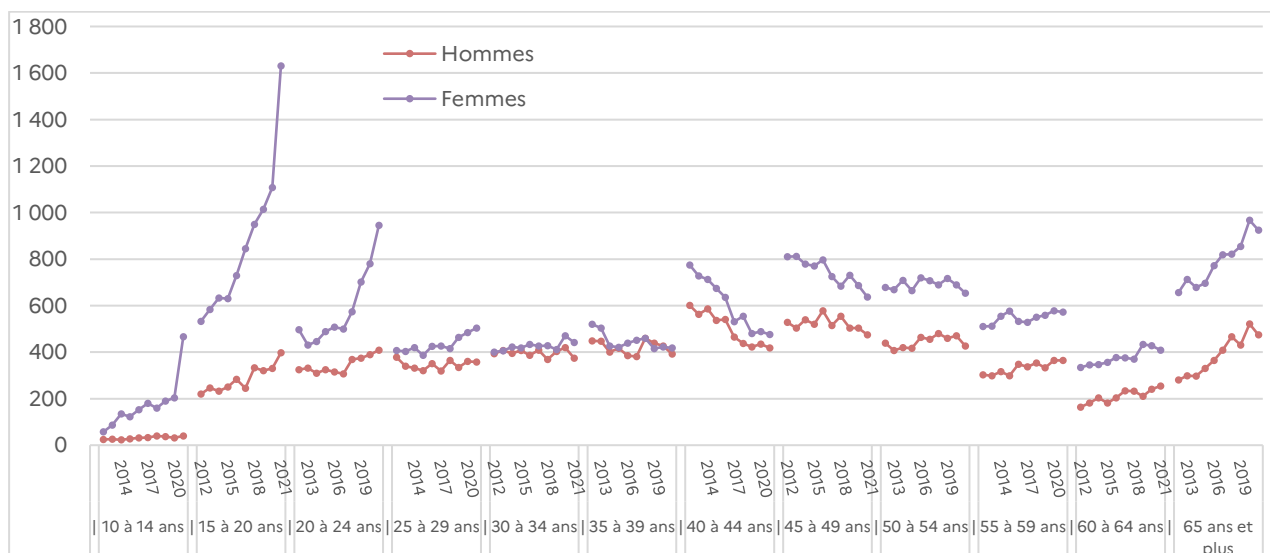
Note > Les nombres d'hommes et de femmes renvoient aux patients uniques ayant effectué une ou plusieurs hospitalisations avec un code diagnostic associé de lésion auto-infligée : code CIM-10 compris entre X60 et X84.

Lecture > En 2012, on dénombre 2 948 patientes âgées de 10 à 14 ans ayant eu au moins une hospitalisation comportant un diagnostic associé de tentative de suicide ou d'automutilation, contre 5 568 en 2021.

Champ > Séjours réalisés par des patients de 10 ans ou plus en services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hors séances (type chimiothérapies ou dialyses).

Sources > PMSI ; MCO (ATIH) 2012-2021.

Graphique 14 • Nombre annuel de patients hospitalisés au moins une fois en psychiatrie pour lésions auto-infligées par âge et sexe, de 2012 à 2021



Note > Les nombres d'hommes et de femmes renvoient aux patients uniques ayant effectué une ou plusieurs hospitalisations avec un code diagnostic associé ou principal de lésion auto-infligée : code CIM-10 compris entre X60 et X84.

Lecture > En 2012, on dénombre 57 patientes âgées de 10 à 14 ans ayant eu au moins une hospitalisation comportant un diagnostic associé de tentative de suicide ou d'automutilation, contre 467 en 2021.

Champ > Séjours réalisés par des patients de 10 ans ou plus en psychiatrie de secteur.

Sources > PMSI - PSY (ATIH) 2012-2021.

II. DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION

Le champ des comportements qui ont un impact sur la santé est très large, puisqu'il englobe pratiquement l'ensemble des activités humaines : exercice physique, sommeil, alimentation et plus généralement consommation de substances, sociabilité, etc. Les conditions de vie, en particulier de travail et de logement, la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie ont également un impact important sur la santé, de la naissance (et même dès la grossesse de la mère) à la fin de vie. Ces différents facteurs se cumulent et interagissent tout au long de la vie, ce qui rend les politiques de promotion de la santé et de prévention complexes. Ces déterminants de la santé sont fortement liés aux pratiques sociales et culturelles, avec par exemple des différences entre hommes et femmes ou entre groupes sociaux dans les comportements de santé et le recours au système de soins.

1 - La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies, mais la France reste dans le groupe de pays européens les plus consommateurs

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies. Ainsi, la France n'occupe plus la tête du classement européen comme cela a longtemps été le cas, même si elle demeure dans le groupe des pays les plus consommateurs. Les comportements changent également avec une diminution de la consommation quotidienne et une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes (API, caractérisée par l'absorption au cours d'une même occasion d'au moins 6 verres standards, soit 60 grammes d'alcool pur).

La consommation quotidienne d'alcool continue de diminuer...

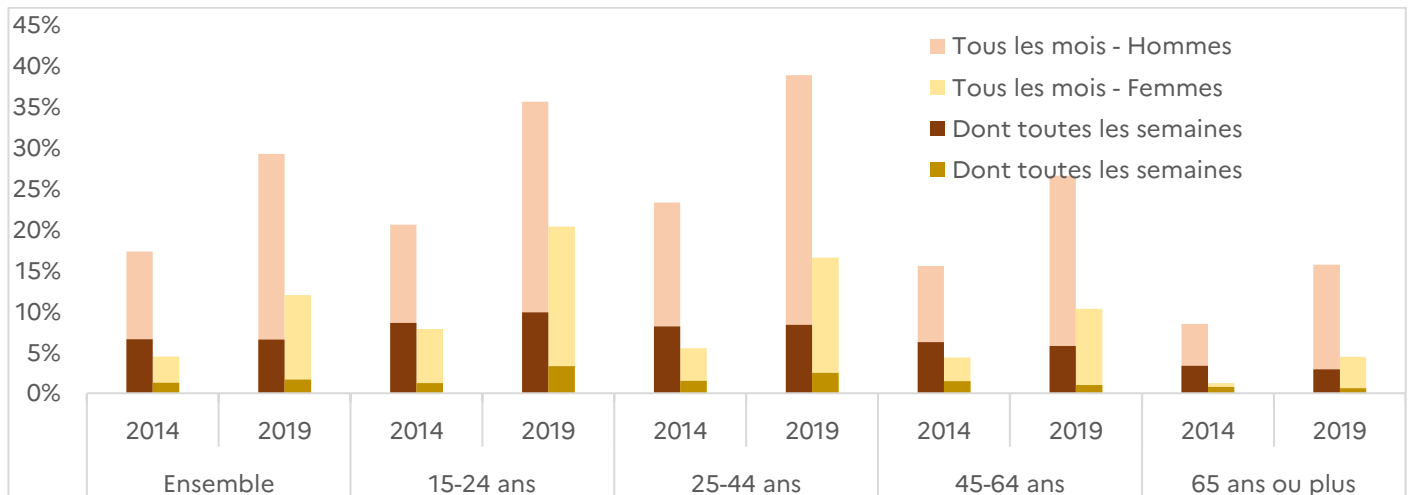
En 2019, 76 % des personnes âgées de plus de 15 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois (source EHIS). 34 % consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 10 % quotidiennement. En 2014, 11 % de la population déclarait consommer de l'alcool tous les jours. Les femmes consomment moins d'alcool que les hommes : en 2019, elles sont 6 % à boire quotidiennement contre 15 % des hommes. Cependant, la part des femmes ne consommant jamais d'alcool ou n'en ayant pas consommé dans les douze derniers mois a diminué entre 2014 et 2019. Elle est passée de 33 % à 27 % alors que cette proportion est restée quasi stable chez les hommes sur la période (17 % en 2014 et 18 % en 2019).

... mais les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent chez les jeunes entre 2014 et 2019, avant un recul en 2021

Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, 26 % des femmes et 50 % des hommes déclarent au moins une API au cours des douze derniers mois en 2019, contre 16 % des femmes et 42 % des hommes en 2014. Ces comportements avec une fréquence mensuelle sont en très forte augmentation sur la période : 29 % des hommes déclarent au moins une API par mois en 2019 contre 17 % en 2014. La progression est encore plus marquée chez les femmes (4 % en 2014 et 12 % en 2019) (graphique 15). La part des personnes déclarant au moins une API chaque semaine entre 2014 et 2019 est en moyenne stable à 4 %, mais cela masque certaines variations selon les classes d'âge. Entre 2014 et 2019, parmi les 15-34 ans, la part de ceux déclarant au moins une API par semaine a progressé alors qu'elle se stabilisait ou régressait dans les classes d'âge supérieures. Les jeunes sont particulièrement concernés par ces pratiques : en 2019, chez les 15-24 ans, un homme sur dix déclare une API par semaine et un sur quatre déclare une à trois API par mois. Ces alcoolisations importantes demeurent moins fréquentes chez les jeunes femmes mais c'est chez elles que les progressions sont les plus marquées : en 2019, elles sont 3 % et 17 % à déclarer respectivement au moins une API par semaine ou par mois, des proportions trois fois supérieures à celles observées en 2014.

Interrogés en juillet 2021 sur leurs consommations au cours des douze derniers mois, les répondants à l'enquête EpiCov font état d'API « tous les mois ou moins », moins fréquentes que ceux dans ce cas en 2019, ce qui peut être mis en lien avec la fermeture conjoncturelle des débits de boissons et les mesures de distanciation sociale. En revanche, la minorité de personnes déclarant au moins une API par semaine ne régresse pas significativement entre 2019 et 2021, demeurant à 4 %.

Graphique 15 • Fréquence d'alcoolisation ponctuelle importante (API) par âge et sexe en 2014 et 2019



Note > On parle d'alcoolisation ponctuelle importante (API) à partir de 6 verres d'alcool standard (10 cl de vin à 13°, 25 cl de bière à 4°, 2,5 cl de spiritueux à 40°, etc.) consommés en une occasion. **Lecture** > En 2014, 9 % des hommes âgés de 15 à 24 ans déclarent consommer plus de 6 verres standards d'alcool en une occasion au moins une fois par semaine, contre 10 % en 2019.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire pour EHIS 2014 et 2019.

Sources > EHIS-ESPS 2014 ; EHIS 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES), volet 3 - juillet 2021.

2 - Une consommation de tabac quotidienne qui diminue

18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement

Parmi les déterminants de santé, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, avec plus de 75 000 décès par an attribuables au tabagisme en 2015 (BEH n°15, 2019), soit 13 % des décès survenus en France métropolitaine. En 2019, 24,0 % des 15 ans ou plus déclaraient fumer et 18,5 % déclaraient fumer quotidiennement en France métropolitaine (source EHIS).

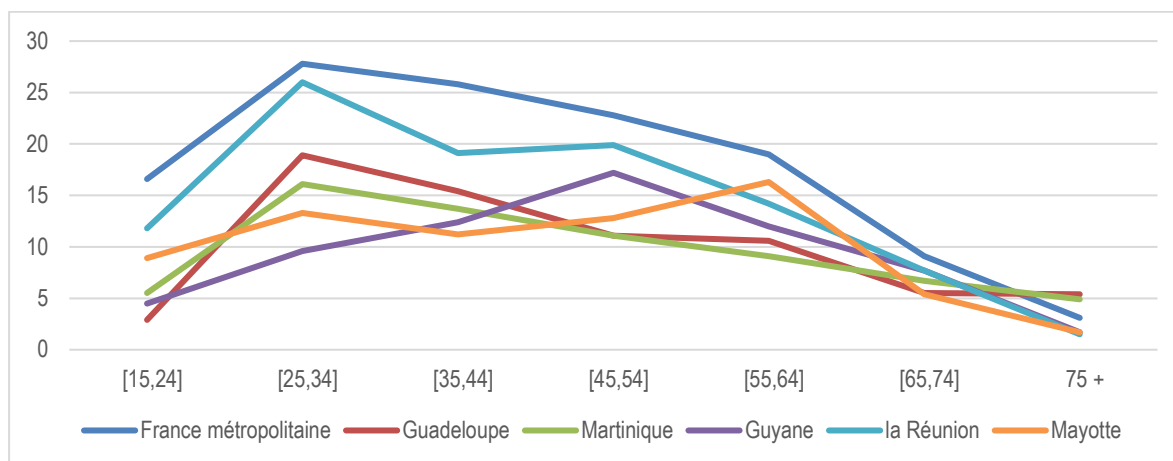
La tendance est à la baisse, avec une part de fumeurs quotidiens estimée à plus de 25 % lors de la précédente enquête européenne de santé (2014). La consommation de tabac des femmes reste inférieure à celle des hommes (15,7 % contre 21,7 % pour le tabagisme quotidien en France métropolitaine en 2019). L'enquête Baromètre de Santé publique France a notamment pour mission de suivre l'évolution de la consommation de tabac tous les ans. Même si les niveaux, notamment de fumeurs quotidiens, ne sont pas comparables entre les enquêtes EHIS et Baromètre, du fait, sans doute, de différences de méthodologie et dans les formulations des questions entre les deux enquêtes (Leduc, *et al.*, 2021), le Baromètre enregistre également une tendance à la baisse du nombre de fumeurs ces dernières années ainsi que des disparités sociales. Selon le dernier Baromètre, en 2020, la prévalence du tabagisme semble cependant se stabiliser, dans un contexte de crise sanitaire (Pasquereau, *et al.*, 2021).

En 2019, l'usage de la cigarette électronique concerne 3,4 % d'utilisateurs pour du vapotage quotidien en France métropolitaine, davantage pour les plus diplômés (3,9 % des bacs+3 ou plus contre 1,8 % des moins diplômés). La prévalence du tabagisme quotidien diminue significativement avec le niveau de revenus (21,5 % pour le cinquième le plus modeste de la population en termes de niveau de vie contre 14,5 % pour le cinquième le plus aisé de la population, toujours en 2019).

Des différences significatives de consommation entre les territoires

L'enquête santé européenne permet de décrire la prévalence de la consommation de tabac en France métropolitaine et dans chacun des DROM selon l'âge : la part de fumeurs quotidiens est largement supérieure en France métropolitaine (18,5 %) et à La Réunion (15,0 %) à celle observée dans les autres DROM, où elle est proche de 10 %. Ce sont les 25-34 ans qui fument le plus en France métropolitaine, avec 31,7 % de fumeurs quotidiens parmi les hommes de cet âge et 24,1 % chez les femmes. En Guyane ou à Mayotte c'est parmi les 45-64 ans que les taux sont les plus élevés (graphique 16).

Graphique 16 • Part de fumeurs quotidiens selon le groupe d'âge en France métropolitaine et dans chacun des DROM



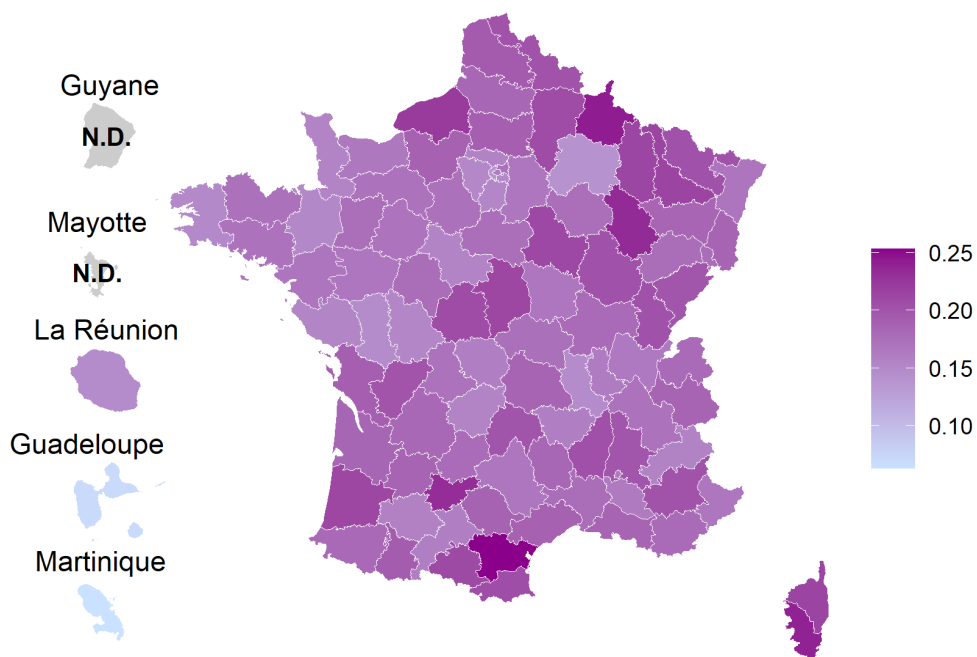
Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge).

Source > DREES – Irdes– Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

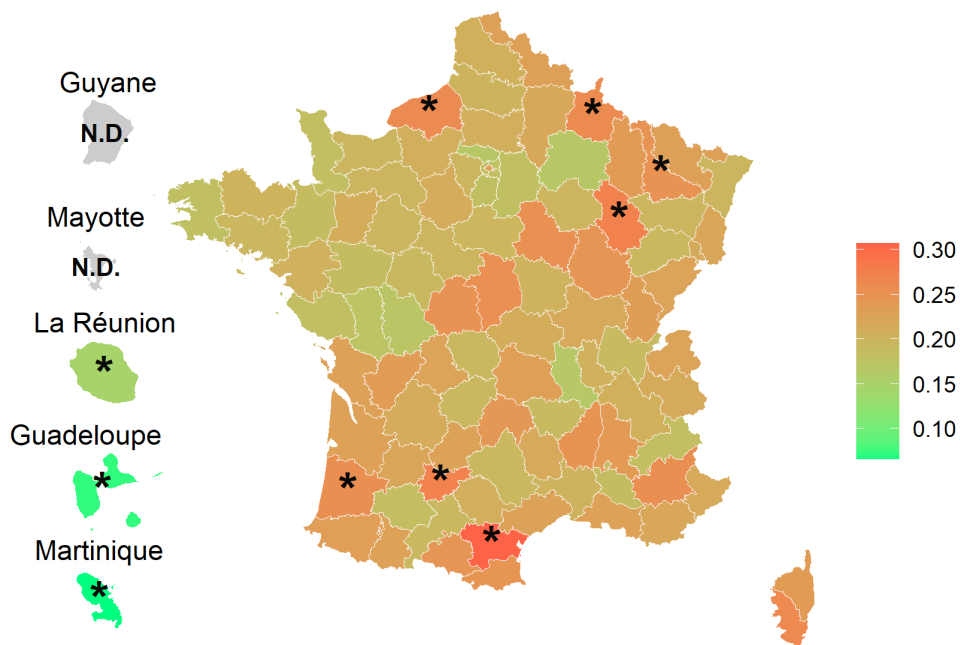
D'après l'enquête EpiCov¹³, la proportion de fumeurs quotidiens est relativement homogène en France métropolitaine (carte 6) en novembre 2020, avec cependant certains départements qui se détachent. L'écart entre les départements avec le plus de fumeurs quotidiens (Aude, Ardennes, Corse du Sud, Haute-Marne, Tarn-et-Garonne, Seine-et-Marne, Meurthe-et-Moselle) et ceux avec le moins de fumeurs quotidiens (Marne, Hauts-de-Seine, Loire, Finistère, Val-de-Marne, Ille-et-Vilaine, Yvelines, Essonne) s'élève à 10 points environ (25,3 % dans l'Aude et 14,1 % dans la Marne et les Hauts-de-Seine). EpiCov et EHIS rendent compte de la même situation dans les DROM : la proportion de fumeurs quotidiens est très nettement inférieure dans les Antilles. Selon EpiCov, ceux-ci représentent 6,3 % de la population de la Martinique et 7,0 % de la Guadeloupe, contre 17,5 % de la population française en général. La Réunion présente quant à elle une proportion de 14,7 % de fumeurs quotidiens. En contrôlant de la structure par âge, par sexe, par niveau de diplôme et par quintile de revenu au moyen d'une régression logistique, les écarts à la moyenne nationale restent significatifs au seuil de 5 % pour les trois DROM cités ainsi que pour l'Aude, la Seine-Maritime, la Haute-Marne, le Tarn-et-Garonne, la Meurthe et Moselle, les Ardennes et les Landes (carte 7).

¹³ Les champs des enquêtes EHIS 2019 et EpiCov diffèrent légèrement : EHIS couvre les logements ordinaires, soit un peu moins qu'EpiCov qui n'exclut *a priori* que les maisons de retraite, les Ehpad et les prisons.

Carte 6 • Proportion de fumeurs quotidiens par département en novembre 2020



Carte 7 • Prévalences départementales du tabagisme quotidien estimées, à caractéristiques socio-économiques fixées



Lecture > : Les taux présentés sur cette carte sont des estimations des prévalences de tabagisme quotidien à caractéristiques socio-économiques fixées (femmes, âgées entre 45 et 54 ans, revenu compris entre le 2^e et le 3^e quintile de la distribution des revenus, niveau de diplôme entre bac et bac+2). Lorsque la différence de prévalence est significativement différente au seuil de 5 % du département de l'Ain (choisi comme référence car sa prévalence est proche de la moyenne nationale), une étoile le signale.

Champ > : Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > : Insem-DREES, enquête EpiCov, vague 2 (interrogation de novembre 2020), traitements DREES.

3 - Chez les plus modestes, une alimentation avec moins de fruits et légumes et plus d'obésité, mais une sédentarité généralisée

Avoir une alimentation saine permet de se protéger contre les maladies chroniques non transmissibles telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi l'OMS recommande de consommer tous les jours cinq portions de fruits et légumes frais, des légumineuses et des céréales complètes et de limiter l'apport de sucres, de graisses et de sel¹⁴.

En France métropolitaine plus de trois français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes

L'enquête européenne de santé 2019 aborde la question de l'alimentation à travers la consommation de fruits, de légumes et de boissons industrielles sucrées¹⁵. En 2019, 75,0 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine consomment au moins une portion de fruits ou légumes par jour : 58,9 % déclarent consommer des fruits tous les jours, et 62,6 % des légumes tous les jours. 8,5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment des fruits moins d'une fois par semaine ou jamais.

La situation est très différente dans les DROM, surtout pour les légumes, moins disponibles que les fruits dans ces territoires. La consommation quotidienne de fruits est comprise entre 39 % et 45 % en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, un peu plus faible en Guyane avec 30,2 % et ne concerne que 16,4 % des habitants de Mayotte. La consommation quotidienne de légumes est de 44,3 % à La Réunion, entre 35 et 39 % dans les Antilles ou en Guyane et de 9,0 % à Mayotte. Les Mahorais se distinguent par une part particulièrement importante de la population qui ne consomme jamais ou moins d'une fois par semaine des fruits (49,4 %) ou des légumes (37,4 %).

Les disparités sociales de consommation sont plus importantes pour les légumes que pour les fruits : 70,5 % des plus diplômés en France métropolitaine consomment des légumes tous les jours contre 62,1 % chez les moins diplômés (64,0 et 63,2 % respectivement pour les fruits), mais la différence réside surtout dans la part de ceux qui n'en consomment que jamais ou occasionnellement (1,2 % des plus diplômés à 3,7 % pour les moins diplômés pour les légumes et 4,5 % à 8,4 % pour les fruits). De même, les individus appartenant au cinquième de niveau de vie le plus élevé sont deux fois moins nombreux à ne jamais consommer (ou occasionnellement) des fruits et légumes que ceux du cinquième de niveau de vie le plus bas (respectivement 4,9 % à 10,7 % pour les fruits et 1,9 % à 3,7 % pour les légumes).

Les disparités sociales sont exacerbées dans les DROM, avec des écarts de consommation de légumes très importants selon le niveau de diplôme (trois fois plus de non-consommateurs parmi les non-diplômés ou les titulaires d'un certificat d'études que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus en Martinique, quatre fois en Guadeloupe et cinq fois à Mayotte).

9,6 % des personnes résidant en France métropolitaine consomment des boissons sucrées tous les jours, contre 16,0 % en Guyane et 15,4 % à Mayotte. Cette consommation varie du simple au triple en France métropolitaine et à La Réunion entre le premier et le dernier quart de niveau de vie (5,0 % à 14,6 % en France métropolitaine sur données standardisées par sexe et âge et 6,6 % à 17,1 % à La Réunion), du simple au double aux Antilles et en Guyane (10,6 % à 19,4 % en Guadeloupe et Guyane et 8,0 % à 15,0 % en Martinique), mais est stable à Mayotte (13,1 % à 12,5 %).

Une population très sédentaire

Comme rappelé par l'OMS, l'activité physique est très bénéfique pour la santé physique et mentale. Elle contribue à la prévention et à la prise en charge de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète. Elle permet de lutter contre le surpoids et l'obésité. L'inactivité physique était évaluée en 2012 comme la quatrième cause de mortalité évitable au monde conduisant au décès de plus de 5 millions de personnes par an (Lee, *et al.*, 2012). Le questionnaire de l'enquête santé européenne porte sur tous ces aspects et permet de dresser un panorama de l'état du suivi de ces recommandations à la fois en France métropolitaine et dans les DROM (Méjean, *et al.*, 2020).

20 % des personnes résidant en France métropolitaine ne réalisent pas de trajet d'au moins 10 minutes à pied une fois par semaine en France métropolitaine, et plus de 30 % dans les DROM

En France métropolitaine en 2019, 81 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire un trajet de 10 minutes ou plus à pied au moins une fois par semaine. La situation s'améliore puisqu'en 2014, en France métropolitaine, 76 % des 15 ans ou plus faisaient au moins 10 minutes de marche par jour au moins une fois par semaine (rapport Irdes, 2017). En revanche, la situation est moins favorable dans les DROM, où c'est le cas en 2019 de 57 % des 15 ans ou plus aux Antilles, 65 % en

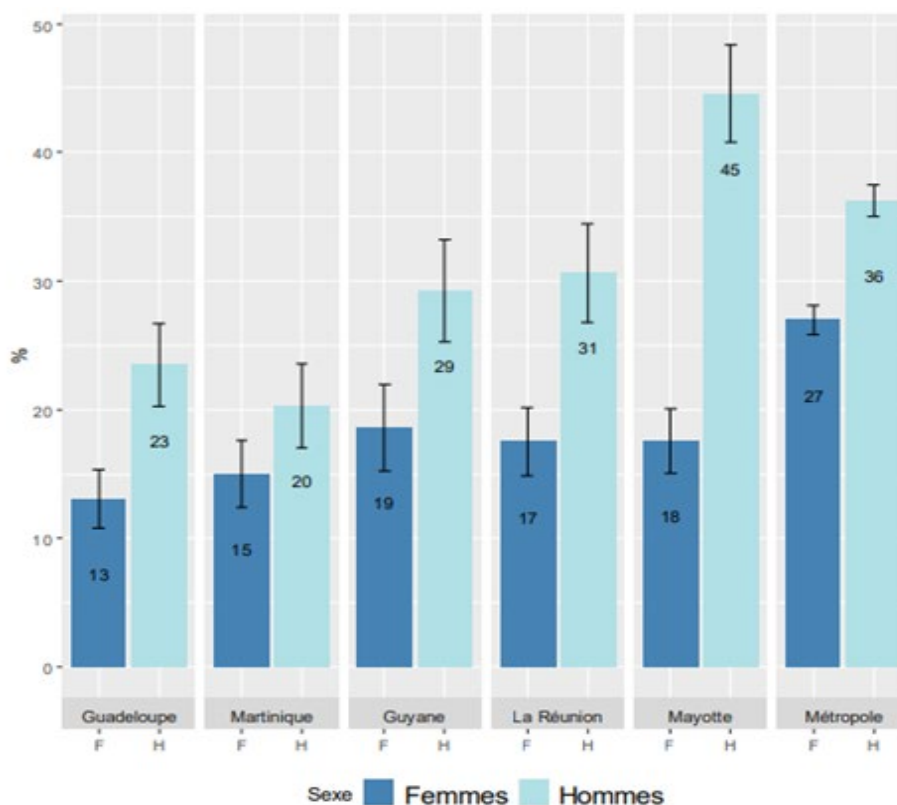
¹⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

¹⁵ Contrairement à d'autres indicateurs tirés de l'enquête santé européenne et présentés dans ce dossier, les chiffres concernant l'alimentation ne sont pas standardisés.

Guyane et à La Réunion et 70 % à Mayotte. La pratique du vélo est moins courante puisque 15 % des 15 ans ou plus en France métropolitaine déclarent faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine. Comme pour la marche, elle est plus fréquente en France métropolitaine que dans les DROM, sauf en Guyane où cela concerne 17 % de la population âgée de 15 ans ou plus. En effet, en Guadeloupe, 7 % de la population fait au moins 10 minutes de vélo par semaine, 4 % en Martinique, 9 % à La Réunion et 5 % à Mayotte. L'écart de pratique entre la France métropolitaine et les DROM peut tenir au fait que les habitants des DROM ont plus fréquemment des limitations motrices que les personnes résidant en France métropolitaine. Les conditions climatiques dans les DROM (chaleur, pluie) peuvent jouer aussi car elles incitent, quand c'est possible, à l'usage de la voiture.

La pratique quotidienne d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo, correspondant aux recommandations pour être en bonne forme physique¹⁶, concerne 31 % des personnes de France métropolitaine. Elle est plutôt homogène de 15 à 54 ans (27 % à 30 %), et augmente ensuite chez les jeunes seniors pour atteindre 37 % chez les 55-64 ans et 41 % chez les 65-74 ans avant de redescendre à 27 % parmi les 75 ans ou plus. Quel que soit le territoire, la pratique quotidienne du vélo ou de la marche au moins 30 minutes par jour est plus souvent effectuée par les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes est le plus important à Mayotte où 38 % des hommes marchent ou font du vélo pendant au moins 30 minutes par jour (contre 16 % des femmes), tandis qu'en France métropolitaine, 36 % des hommes et 27 % des femmes respectent la recommandation (graphique 17).

Graphique 17 • Part de la population faisant au moins 30 minutes de marche ou vélo par jour (en %)



Note > : L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > : En Guadeloupe, 13 % des femmes âgées de 15 ans ou plus déclare faire au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour. C'est significativement moins que les hommes qui sont 23 % à le déclarer.

Champ > : France

Source > : DREES-Irdes-Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019, traitements DREES.

La pratique d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour semble peu liée au niveau d'éducation, de revenus ou de niveau de vie en France métropolitaine et traduit une sédentarisation de l'ensemble de la population, avec une population plus

¹⁶ Pour les adultes, l'OMS recommande la pratique de 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer.

aisée légèrement moins sédentaire. Ainsi, en France métropolitaine, la pratique varie de 30 % à 35 % du premier au dernier quartile de niveau de vie, et de 29 % à 33 % des moins aux plus diplômés. Dans les DROM, les situations sont variées, avec des populations plus sédentaires (surtout en Guadeloupe et en Martinique avec moins de 18 % de la population pratiquant la marche ou le vélo au moins 30 minutes par jour, contre 22 % en Guyane, 23 % à La Réunion et 27 % à Mayotte), et des catégories plus aisées nettement moins sédentaires que les plus modestes en Guyane ou à Mayotte (avec des écarts de 19 % à 26 % entre le premier et le dernier dixième en Guyane et de 23 % à 34 % à Mayotte).

45 % des personnes résidant en France métropolitaine en surcharge pondérale contre 54 % à Mayotte

La prévalence du surpoids et de l'obésité, associés à un risque accru de morbidité et de mortalité, a augmenté depuis le début des années 1980, bien que la situation française soit plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux. En 2019, 45 % des adultes de 15 ans ou plus enquêtés dans l'enquête santé européenne¹⁷ sont en surpoids (31 %) ou obèses (14 %) en France métropolitaine¹⁸ (tableau 1). Si la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes, (respectivement 14 % et 15 %), celle du surpoids est significativement plus importante chez les hommes (37 % contre 25 %). Dans les DROM – sauf à La Réunion qui présente une part proche de celle observée en France métropolitaine avec 16 % –, la part des personnes obèses est plus élevée qu'en France métropolitaine et presque uniquement chez les femmes, particulièrement à Mayotte, où elle atteint 26 %, et où 60 % des femmes sont obèses ou en surpoids (contre 40 % des femmes de France métropolitaine).

La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie

Que ce soit en France métropolitaine ou dans les DROM (sauf en Guadeloupe où les écarts sont minimes), la part de personnes obèses (sur données non standardisées sur âge et sexe) est 2 à 3 fois plus élevée parmi les individus titulaires d'un certificat d'études ou non diplômés que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus. Le niveau de vie est également très lié à l'obésité en France métropolitaine et dans la majorité des DROM : 17 % des individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quart de la distribution sont obèses contre 10 % pour ceux dont le niveau de vie appartient au quartile de niveau de vie supérieur, alors que, pour le surpoids, il n'y a quasiment pas de différence (30 % et 31 %). À Mayotte, en revanche, l'obésité est plus fréquente parmi les niveaux de vie les plus élevés, avec 20 % d'obèses parmi les individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quartile de la distribution (contre 32 % chez les individus du quatrième quartile).

¹⁷ Le surpoids et l'obésité se définissent par l'indice de masse corporelle (IMC) qui se calcule en rapportant le poids en kilos à la taille au carré en m² : le surpoids correspond à un IMC compris entre 25,0 et 29,9 kilos/m² et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kilos/m².

¹⁸ Indicateurs de corpulence mesurés sans standardisation, pour refléter la situation observée.

Tableau 1 • Part des personnes obèses en France métropolitaine et dans les DROM en 2019 (données non standardisées, en %)

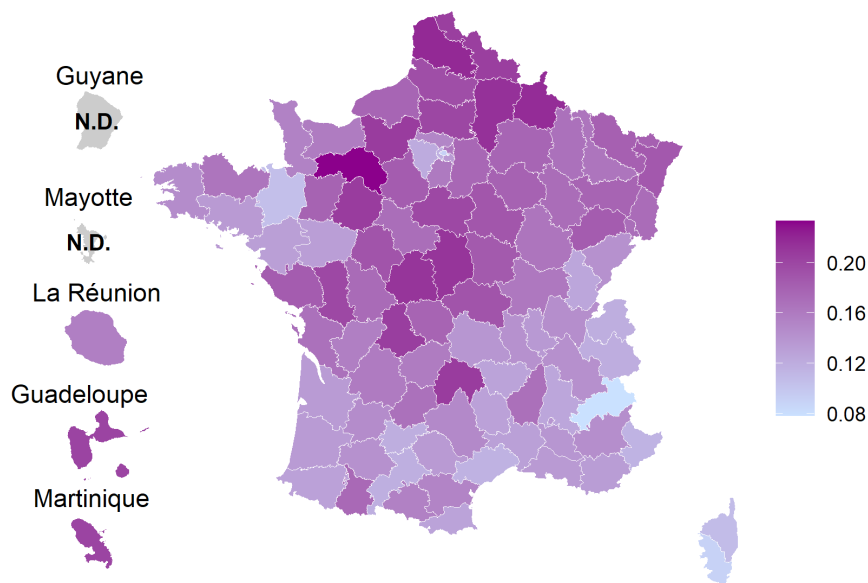
| | Femmes | | | Hommes | | |
|-----------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| | 15-24 ans | 25-44 ans | 45 ans ou + | 15-24 ans | 25-44 ans | 45 ans ou + |
| Guadeloupe | 8 | 27 | 27 | 7 | 15 | 15 |
| Martinique | 10 | 26 | 27 | 7 | 19 | 13 |
| Guyane | 7 | 26 | 29 | 6 | 16 | 18 |
| La Réunion | 9 | 25 | 19 | 5 | 16 | 13 |
| Mayotte | 13 | 38 | 52 | 3 | 17 | 28 |
| France métropolitaine | 5 | 14 | 18 | 5 | 12 | 17 |

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

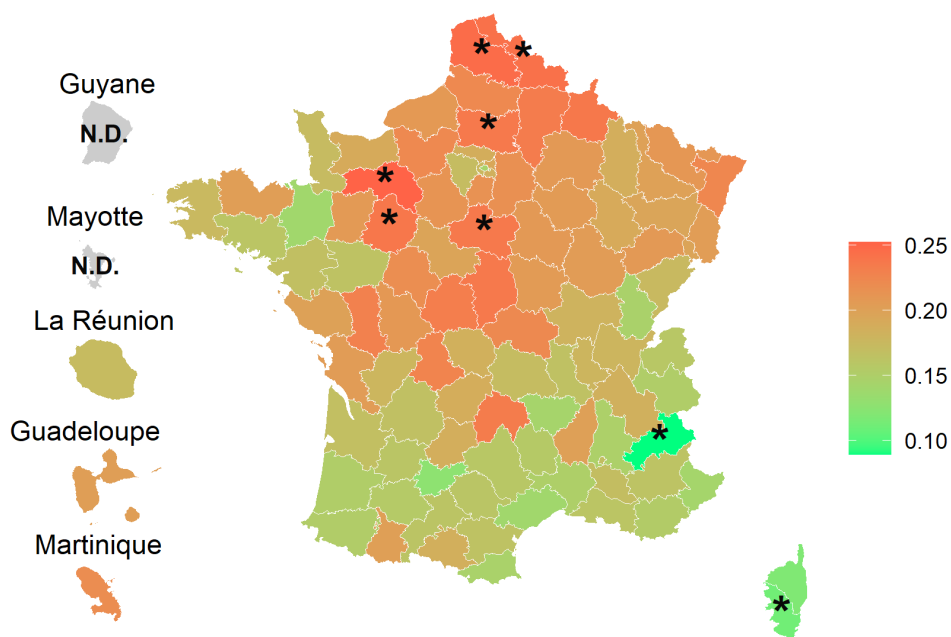
Les caractéristiques sociodémographiques expliquent une partie des différences territoriales observées pour l'obésité

La proportion de personnes obèses en novembre 2020 varie d'un département à l'autre (carte 8 et carte 9), entre 8 % (Hautes-Alpes) et 23 % (Orne), pour une proportion moyenne nationale de 15 % (source : enquête EpiCov volet 2, novembre 2020). Ces proportions sont plus élevées dans la partie nord de la France, et plutôt plus basses dans le quart sud-est. Comme mesuré dans EHIS, la prévalence de l'obésité mesurée par EpiCov en novembre 2020 est plus importante dans les Antilles (20 %) et proche de la moyenne nationale à La Réunion (16 %). En contrôlant de l'âge, du sexe, du niveau de diplôme et du niveau de vie par un modèle de régression logistique, les écarts de ces départements par rapport à la situation nationale restent significatifs au seuil de 5 % pour les Hautes-Alpes et la Corse du Sud (où la prévalence est plus faible) ainsi que dans le Nord, le Pas-de-Calais, l'Oise, le Loiret, l'Orne et la Sarthe (où la prévalence est plus élevée).

Carte 8 • Proportion de personnes obèses par département en novembre 2020



Carte 9 • Prévalences départementales d'obésité estimées, à caractéristiques socio-économiques fixées



Lecture > Les taux présentés sur cette carte sont des estimations des prévalences d'obésité à caractéristiques socio-économiques fixées (femmes, âgées entre 45 et 54 ans, revenu compris entre le 2^e et le 3^e quintile de la distribution des revenus, niveau de diplôme entre bac et bac+2). Lorsque la différence de prévalence est significativement différente au seuil de 5 % du département de l'Ain (choisi comme référence car sa prévalence est proche de la moyenne nationale), une étoile le signale.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, enquête EpiCov, vague 2 (interrogation de novembre 2020), traitements DREES.

4 - La pollution de l'air extérieur a des répercussions importantes sur la santé

La qualité de l'air représente un enjeu sanitaire majeur compte tenu de la responsabilité de la pollution de l'air dans la prévalence des maladies cardio-respiratoires ou cérébrales et des cancers. L'estimation du poids total de la pollution de l'air ambiant sur la santé de la population française pour la période 2016-2019 a permis à Santé publique France d'actualiser les évaluations faites en 2016 (Santé publique France, 2021). Chaque année en France métropolitaine, près de 40 000 décès seraient attribuables à une exposition des personnes âgées de 30 ans ou plus aux particules fines (PM_{2,5} = particules en suspension dont le diamètre est inférieur à 2,5 micromètres) et près de 7 000 décès attribuables à l'exposition au NO₂ (dioxyde d'azote provenant des processus de combustion). Ainsi, l'exposition à la pollution de l'air ambiant représente en moyenne pour les personnes âgées de 30 ans ou plus une perte d'espérance de vie de près de 8 mois pour les PM_{2,5}.

Une étude réalisée par Santé publique France (BEH, juin 2018) a estimé les retombées sanitaires de l'épisode de pollution atmosphérique de grande ampleur lié à des conditions météorologiques particulières, observé entre le 25 novembre et le 25 décembre 2016. Si l'impact attendu à court terme a été faible et à peu près équivalent en termes de mortalité non accidentelle et d'hospitalisations pour causes cardiaques, il a été plus important pour les hospitalisations pour causes respiratoires, et pour celles concernant l'asthme chez l'enfant, et particulièrement notable pour les passages aux urgences pour asthme chez l'enfant (Santé publique France, juin 2018).

Une étude de l'Insee parue en 2019 (Insee Analyses n°46) a montré que si les pathologies respiratoires prises dans leur ensemble ne semblent pas significativement affectées le jour d'une grève des transports en commun et les suivants (à l'exception des jeunes enfants, le jour de la grève), les admissions aux urgences pour affections aiguës des voies respiratoires supérieures (pharyngite, laryngite, etc.) sont significativement plus nombreuses le jour de la grève (+0,3 admission par million d'habitants, par rapport à un niveau moyen de 0,8 admission par million d'habitants un jour « standard ») et le lendemain (+0,2 admission par million d'habitants). Ces hausses sont attribuables aux conséquences de la pollution de l'air générée par l'augmentation du recours au transport automobile du fait des perturbations des transports en commun. Récemment, une autre étude (Santé publique France, rapport publié en avril 2021) a permis d'estimer les conséquences des baisses de la pollution de l'air ambiant observées durant le premier confinement au printemps 2020 sur la mortalité. Les résultats publiés soulignent que ces baisses ponctuelles des niveaux de pollution au printemps 2020 ont été associées à des bénéfices non négligeables pour la santé, avec environ 2 300 décès évités en lien avec une diminution de l'exposition de la population française aux particules ambiantes et 1 200 décès évités en lien avec une diminution de l'exposition au dioxyde d'azote (NO₂), liée principalement à la baisse du trafic routier.

Ces analyses confirment qu'une action sur la réduction des émissions de particules dans l'air peut se traduire par une diminution sensible de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé et la mortalité.

5 - Plus de contraintes physiques et d'accidents du travail chez les ouvriers

Les conditions de travail sont également liées à la santé, selon des causalités complexes qui jouent dans les deux sens (impact des expositions professionnelles sur la santé, mais aussi de l'état de santé sur les trajectoires professionnelles). Deux types de reconnaissance administrative des problèmes de santé liés au travail peuvent être distingués : les accidents du travail et les maladies professionnelles.

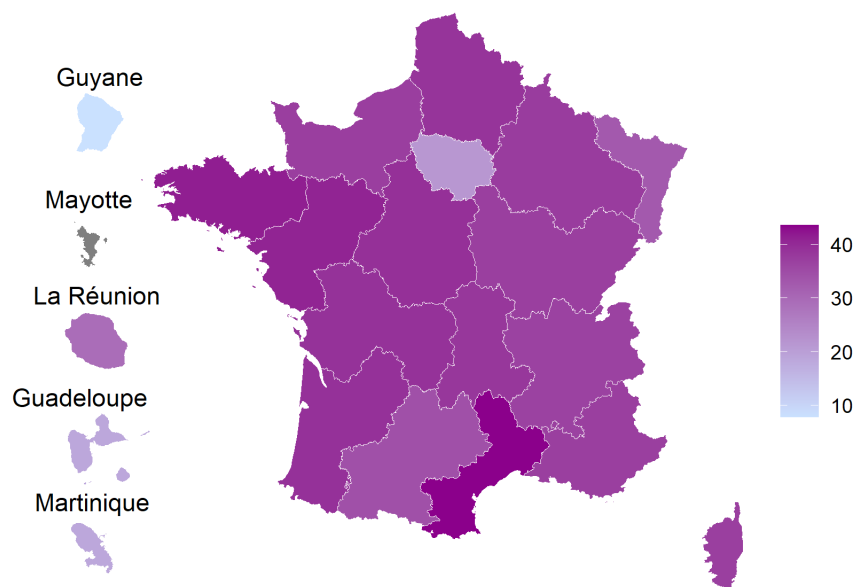
Un risque accru d'accidents du travail en manutention manuelle

Le nombre d'accidents du travail reconnus en 2019 était de 656 000 (Assurance maladie, 2020), soit 33,5 accidents pour 1 000 salariés (un niveau relativement stable depuis 2013, après une baisse tendancielle depuis 1998 où ce niveau était proche de 45 accidents pour 1 000 salariés), auxquels il faut ajouter 99 000 accidents de trajet¹⁹. Cette fréquence est très variable au sein de la population active, puisque les ouvriers présentent une fréquence d'accidents du travail beaucoup plus élevée que les cadres (37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées en 2016 contre 5,0 ; équipe Sumer, 2021 [Dares, Direction générale du travail, Santé publique France]). Les hommes sont plus touchés que les femmes (23,6 contre 17,5), mais cet écart s'explique par la différence des métiers occupés : au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, les femmes et les hommes ne présentent pas de différence significative sur ce point. À exposition similaire, la fréquence d'accidents du travail des jeunes est plus élevée que celle de leurs aînés.

¹⁹ Ces accidents de trajet (accidents survenus lors des trajets domicile-travail) sont comptés à part dans les statistiques et les études sur le sujet, mais peuvent bien donner lieu à une reconnaissance comme accidents du travail. Les accidents de la route liés à un motif professionnel hors trajets domicile-travail sont comptabilisés avec les accidents du travail.

Des disparités géographiques sont également notables (carte 10), l'Île-de-France présentant une sinistralité moins forte que partout ailleurs, ce qui s'explique principalement par la place importante que les secteurs tertiaires à la sinistralité faible occupent dans l'emploi francilien.

Carte 10 • Nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés en 2019 par caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)



Lecture > Sur le périmètre de la caisse régionale Bretagne, 41,5 accidents du travail pour 1 000 salariés ont eu lieu en 2019.

Champ > Périmètre actuel des CTN ; non compris : autres catégories professionnelles particulières.

Source > Assurance maladie - Données nationales AT/MP issues des bases annuelles système national de tarification des risques professionnels (SNTRP) sur les neuf comités techniques nationaux (CTN), y compris sections au taux fonctions supports de nature administrative (FSNA) et sections au taux bureau.

En 2019, le nombre d'incapacités permanentes prononcées s'élève à 34 000. La gravité des accidents, estimée par la part des accidents donnant lieu à une incapacité permanente, est stable entre 2017 et 2019, après une baisse continue depuis 2013.

Les secteurs les plus touchés sont le BTP (33 accidents au cours de l'année pour 1 000 salariés, contre 20,7 sur l'ensemble des secteurs) et une partie des activités de services²⁰ (intérim, santé, nettoyage...).

En 2016, les accidents graves et mortels sont plus fréquents chez les ouvriers, les hommes et les salariés de plus de 60 ans. La probabilité de subir un accident du travail grave ou mortel augmente globalement avec l'âge, à l'exception notable des salariés de moins de 20 ans : ceux-ci travaillent souvent dans des secteurs où le risque est fort, et sont donc plus touchés que les 20-29 ans. Le nombre moyen de jours d'arrêt accordés suite à un accident du travail augmente également avec l'âge jusqu'à 45 ans, pour se stabiliser au-delà.

Le nombre d'accidents de trajet s'est élevé à 99 000 en 2019 (Assurance maladie, 2020), atteignant son niveau le plus élevé depuis 2000 (les données antérieures à cette date ne sont pas disponibles). Ces accidents de trajet ont causé plus de 7,1 millions de journées d'arrêt en 2019 (+5,1 % par rapport à 2018 et +45 % par rapport à 2005) ; comme pour les accidents du travail, cela ne signifie pas cependant que la gravité des accidents ait augmenté en 2019 : la part des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité est stable en 2019, après une diminution depuis plusieurs années. Après une baisse tendancielle entre 2002 et 2016, de 640 à 250 décès, le nombre de décès lié à des accidents de trajet est en légère hausse depuis 2016, atteignant 280 en 2018 et en 2019.

²⁰ Activités relevant du Comité technique national (CTN) « Activités de services II (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage...) ».

Les troubles musculo-squelettiques, première cause de maladies professionnelles

Le nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues par l'Assurance maladie s'élève à près de 50 400 au cours de l'année 2019 (Assurance maladie, 2020). Dans les dernières années, le nombre de maladies professionnelles reconnues a peu varié : après un pic à 55 000 maladies reconnues en 2011, ce nombre a baissé jusqu'en 2017 (49 000) et remonte légèrement depuis. Les troubles musculo-squelettiques constituent de très loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées (88 %), suivies par des maladies liées à l'amiante (6 %) dont le nombre baisse pour sa part tendanciellement depuis 2009 (-45 % depuis 2009).

Les maladies psychiques liées au travail ne représentent en 2019 qu'une part relativement faible des maladies professionnelles reconnues (1 050 cas, soit 2 % des maladies professionnelles reconnues en 2019), mais sont en augmentation assez soutenue (nombre de maladies reconnues multiplié par 12 depuis 2012). L'entrée du syndrome d'épuisement professionnel (ou *burn out*) dans la 11^e édition de la classification internationale des maladies (CIM 11), adoptée en mai 2019 et entrée en vigueur en 2022, pourrait venir renforcer ce mouvement.

Un quart des salariés exposé à un risque biologique

L'enquête Surveillance médicale des risques professionnels (Sumer, Dares) de 2016-2017 offre une mesure de l'exposition des salariés aux principaux risques professionnels (équipe Sumer, 2021). Ces principaux risques peuvent être regroupés entre contraintes physiques (l'exposition à un niveau sonore supérieur à 80 dB au moins 10 heures par semaine touche 8,8 % des salariés²¹, l'exposition à un bruit comportant des chocs, des impulsions 2 heures ou plus par semaine 6,2 %), l'exposition à des produits dangereux (32,3 % des salariés exposés à au moins un agent chimique, 11,0 % à au moins un agent chimique cancérigène et 24,9 % à au moins un agent biologique), et les contraintes articulaires (4,0 % des salariés exposés à une répétition de gestes à une cadence élevée et 7,7 % à la manutention manuelle de charges au moins 10 heures par semaine).

De plus, toujours d'après l'enquête Sumer, près d'1,8 million de salariés (soit environ 7 % d'entre eux) sont potentiellement concernés par un ou plus des six critères entrant en considération pour le compte professionnel de pénibilité (C2P) [travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif, activités exercées en milieu hyperbare, températures extrêmes et bruit]. Le C2P permet aux bénéficiaires d'accumuler des points pour pouvoir se former à un métier moins exposé, bénéficier d'un temps partiel sans perte de salaire ou de partir à la retraite de manière anticipée. En 2019, 650 000 salariés ont effectivement été déclarés à ce titre par leur employeur auprès de l'Assurance maladie.

Les différents risques professionnels sont inégalement répartis dans la population. Les ouvriers, les travailleurs des secteurs de l'industrie et de la construction, les hommes et les jeunes sont plus fréquemment exposés au bruit, aux agents chimiques et cancérigènes. Le risque biologique est plus présent dans l'agriculture et la fonction publique hospitalière. Les jeunes, les ouvriers non qualifiés et les travailleurs des secteurs de l'agriculture et de l'agroalimentaire sont les plus exposés aux contraintes articulaires. Enfin, la manutention manuelle de charges est plus fréquente dans la construction, le commerce, la réparation automobile et l'agriculture.

Les contraintes physiques, restées relativement stables entre 2005 et 2019, touchent particulièrement les ouvriers

Les enquêtes Conditions de travail menées par la Dares rapportent un taux moyen de salariés exposés à au moins trois contraintes physiques²² dans l'exécution de leur travail de 35 % en 2019, 40 % des hommes et 30 % des femmes (Beatriz, *et al.*, 2021). Parmi les ouvriers non qualifiés, il est à 69 % (+8 points depuis 2005), 61 % chez les ouvriers qualifiés (+4 points), 48 % des employés de commerce et services (+11 points), 34 % des employés administratifs (+6 points), 25 % des professions intermédiaires (+2 points) et 7 % des cadres (+0 point).

Des risques psychosociaux stables entre 2016 et 2019

Les facteurs psychosociaux de risque au travail ont également des conséquences importantes sur la santé mentale et physique des personnes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail.

²¹ Champ : salariés du secteur privé et du secteur public en France (hors Mayotte).

²² Parmi cinq contraintes : rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

Étant donné l'hétérogénéité des indicateurs utilisés pour mesurer ces aspects des conditions de travail, il n'est pas possible de donner ici des ordres de grandeur synthétiques (les situations sont différentes selon les professions et les caractéristiques des travailleurs et nécessitent donc d'entrer dans le détail de chaque type de risque psychosocial) ; des publications de la Dares permettent d'aborder plus en détail ces sujets (par exemple Beatriz, *et al.*, 2021 ; Martinet, *et al.*, 2020 ; Pisarik, 2021). Globalement, ces risques sont plutôt stables entre 2016 et 2019.

6 - Un recours au dépistage plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées

Les dépistages demeurent inégalement répandus

Les inégalités de recours à la prévention et aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important en bas de l'échelle sociale. En ce qui concerne le cancer, la participation aux dépistages (mammographies, frottis, dépistage du cancer colorectal) suit un gradient social : elle est d'autant plus fréquente que les personnes ont une position sociale favorable. Les inégalités persistent malgré les campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein, qui encouragent à une mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans. Ainsi en 2019, 31 % des femmes de 50 à 74 ans avaient eu une mammographie de dépistage de cancer du sein en France métropolitaine depuis plus de deux ans, voire jamais (EHIS, 2019), mais c'était le cas de 39 % des femmes les plus modestes (dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile) contre seulement 24 % des femmes les plus aisées (dont le niveau de vie est supérieur au dernier quintile). En 2014, la même enquête auprès des femmes de 50 à 74 ans relevait des inégalités du même ordre, avec 37 % des femmes les plus modestes ayant eu une mammographie depuis plus de deux ans ou jamais contre 21 % parmi les femmes les plus aisées.

27 % des femmes de 20 à 69 ans n'ont pas eu de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis au moins trois ans en France métropolitaine en 2019. Les femmes de 35 à 44 ans sont les mieux suivies, avec 13 % d'entre elles n'ayant pas été dépistées au cours des trois dernières années. Le suivi est d'autant moins fréquent que l'âge augmente. La part de femmes non dépistées (ou dépistées depuis plus de trois ans) décroît avec le niveau de vie, atteignant 25 % parmi les 25-34 ans les plus modestes contre 13 % parmi les plus aisées.

Le dépistage du cancer colorectal reste peu répandu en France métropolitaine : 63 % des personnes âgées de 50 à 74 ans n'en ont jamais réalisé (alors qu'elles représentent la population qui devrait être testée tous les deux ans), et il n'y a pas de forte différence de recours selon le niveau de vie (62 % des individus de 65 à 74 ans les plus modestes ont fait un dépistage depuis plus de deux ans ou jamais contre 58 % parmi les plus aisés). Le fait que les différences entre niveaux de vie soient plus marquées pour les dépistages les plus répandus renvoie aux questions de littératie en santé (comment par exemple les campagnes d'information sont perçues/comprises selon le niveau de vie).

Moins de prévention dans les DROM, surtout à Mayotte, avec dix fois moins souvent de mammographies qu'en France métropolitaine

Mayotte se distingue des autres DROM par une situation particulière avec beaucoup moins de gestes de prévention : 72 % des femmes de 50 à 69 ans n'ont jamais eu de mammographie à Mayotte, contre 7 % en France métropolitaine, 15 % à La Réunion et entre 9 % et 10 % dans les autres DROM (données standardisées sur la structure par âge de la France métropolitaine). Les femmes de cette classe d'âge n'ont jamais eu de dépistage du cancer du col de l'utérus dans 52 % des cas (12 % en France métropolitaine et de 13 % à 17 % dans les autres DROM), et 85 % des hommes de 50 à 74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal à Mayotte, contre 47 % en France métropolitaine.

La mesure de la pression artérielle est bien répandue pour l'ensemble des territoires : en données standardisées sur âge et sexe, plus de 79 % des 65 ans ou plus l'ont réalisée il y a moins d'un an en France métropolitaine, 77 % en Guadeloupe, 72 % en Guyane, 77 % en Martinique, 80 % à La Réunion et 68 % à Mayotte. Pour le taux de cholestérol et la mesure de la glycémie, Mayotte se distingue encore par des proportions beaucoup plus faibles : au moins deux tiers des personnes de 55-64 ans en France hors Mayotte ont vérifié leurs taux de cholestérol et de glycémie dans l'année, contre respectivement 45 % et 55 % à Mayotte. Ces mesures présentent peu de disparités selon les classes de revenus ou de diplôme.

7 - Des couvertures vaccinales souvent incomplètes et inégales

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale permettent de contrôler voire d'éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles des vaccins sont disponibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir une couverture vaccinale assez élevée pour permettre l'éradication de ces maladies aux âges appropriés. Chez les enfants de moins de 2 ans, onze vaccins sont désormais obligatoires pour tous les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, alors que huit d'entre eux étaient seulement recommandés auparavant²³ (BSP, Mai 2021). La couverture de 95 % pour la primovaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* b, la coqueluche et le pneumocoque est déjà atteinte. Chez les enfants de 24 mois en 2018, nés en 2016, la couverture à 95 % de ces vaccinations n'est pas atteinte avec le nombre de doses nécessaires contre l'hépatite B (90 %), le ROR (rougeole-oreillons-rubéole) (83 % pour les 2 doses) et la vaccination contre le méningocoque C (79 %) et le pneumocoque conjugué 3 doses (92 %).

En ce qui concerne la grippe saisonnière, 39 % de la population des moins de 65 ans à risque étaient vaccinés à l'hiver 2020-2021, et 60 % des 65 ans ou plus (Santé publique France).

Selon l'enquête santé européenne 2019, les individus aux niveaux de vie les plus élevés (supérieurs au dernier quintile de la distribution des niveaux de vie) sont 1,5 fois plus souvent vaccinés que ceux aux niveaux de vie les plus faibles (inférieurs au premier quintile).

Par ailleurs, l'enquête nationale périnatale de 2016 a permis de mesurer une couverture vaccinale contre la grippe saisonnière de 7 % parmi les femmes enceintes pendant l'hiver 2015-2016, alors que la vaccination est recommandée pour elles quel que soit le trimestre de la grossesse depuis 2012.

Chez les adolescentes, la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV), protégeant contre le risque du cancer de col de l'utérus, reste faible, avec 29 % des jeunes filles de 15 ans nées en 2003 ayant reçu une première dose (BEH 22-23, 2019), alors que le plan cancer 2014-2019 prévoyait un objectif de 60 %. Plusieurs études ont étudié le lien entre déterminants sociaux et vaccination anti-HPV en France, les jeunes filles non vaccinées appartenant plutôt aux catégories sociales les plus modestes.

La vaccination contre le Covid-19 s'est déployée en France à partir de janvier 2021, moins d'un an après le début de l'épidémie. Un an plus tard, en janvier 2022, 9 adultes sur 10 sont vaccinés. D'après l'enquête EpiCov, en juillet 2021, soit 6 mois après le début de la campagne de vaccination, alors que près de trois quarts des adultes avaient déjà reçu une première dose de vaccin, les personnes issues des milieux les plus modestes ainsi que les personnes immigrées et leurs descendants avaient moins souvent eu recours aux vaccins contre le Covid-19. Ainsi, en France métropolitaine, 55 % des personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile avaient reçu une première dose de vaccin en juillet 2021 contre 88 % de celles dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile. Dans les trois DROM enquêtés (Guadeloupe, Martinique et La Réunion), où la couverture vaccinale est bien moins importante qu'en France métropolitaine, on constate également que les personnes qui déclarent une situation financière difficile ont eu moins souvent recours aux vaccins contre la Covid-19 que les personnes les plus aisées (Bajos, *et al.*, 2022).

8 - Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins qui peuvent se cumuler

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes ont tendance à s'accroître

Dans un contexte de baisse structurelle de la démographie médicale dans les années à venir (Anguis, 2021), l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), mobilisant les données du SNDS ainsi que les données de population de l'Insee, est un indicateur plus pertinent que la seule densité médicale pour juger de l'accessibilité aux soins (voir APL dans le Lexique). Ainsi mesurée, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans est de 3,5 consultations et visites par habitant et par an (C/hab/an) en 2019, en baisse de 6 % par rapport à 2016 (Legendre, 2021). En tenant compte du vieillissement global de la population, la baisse de l'APL aux médecins généralistes est un peu plus marquée (-7 %).

Entre 2016 et 2019, l'accessibilité aux médecins généralistes se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées (de 1,8 à 1,6 soit -10 %) que dans les communes les mieux dotées (5,9 à 5,7 soit -4 %), où elle est environ trois fois plus importante.

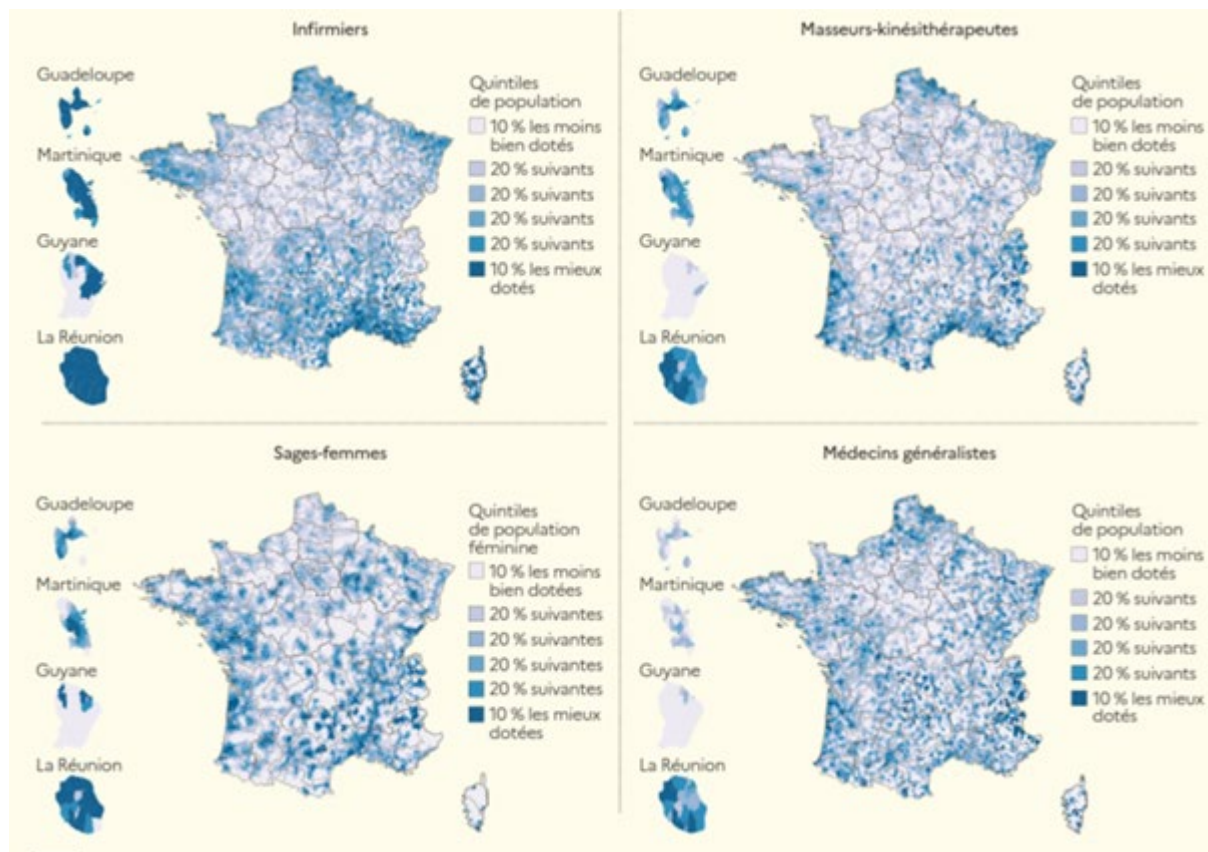
²³ La loi rend obligatoires, depuis le 1^{er} janvier 2018, onze vaccins pour les enfants de moins de 2 ans. Il s'agit des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* b.

À l'inverse, entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %). Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions (carte 11). Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes, mais elles se conjuguent à une concentration forte autour des pôles urbains. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire.

En 2019, environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux²⁴ (alors que ces territoires ruraux ne regroupent que 28 % de la population française) : 17 % dans des territoires isolés, 17 % dans des territoires ruraux au sein des petites ou moyennes aires urbaines et 41 % dans des territoires ruraux au sein des grandes aires urbaines. Un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine hors territoires ruraux (dans deux cas sur trois dans l'une des banlieues du pôle urbain de Paris). Les grandes aires urbaines hors Paris sont particulièrement épargnées par les difficultés d'accessibilité : alors que ces grandes aires regroupent 54 % de la population française, seulement 5 % de la population défavorisée en termes d'accessibilité aux trois professions de santé vit dans ces territoires.

²⁴ La définition des territoires ruraux ici est différente de la définition statistique de référence de l'Insee ; elle est plus restrictive, dans la mesure où ces territoires ne couvrent que 28 % de la population, contre 33 % selon la typologie de l'Insee.

Carte 11 • Accessibilité aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes en 2019



Note > Les bornes utilisées correspondent à des déciles de population, regroupés deux par deux entre les extrêmes (premier et neuvième déciles). Ainsi, la teinte la plus claire permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les moins bien dotés ; la deuxième teinte la plus claire, où vivent les 20 % des habitants les moins bien dotés suivants, etc. La teinte la plus foncée permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les mieux dotés. Pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes, il s'agit de la population totale, pour les sages-femmes, seule la population féminine a été prise en compte.

Champ > Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France hors Mayotte.

Source > CNAM, SNIIRAM, 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

7 % des femmes en âge de procréer résident à plus de 30 minutes d'une maternité

L'accessibilité aux maternités, concernant potentiellement toutes les femmes en âge de procréer, est un bon indicateur des risques induits par une distance trop grande au lieu d'accouchement, notamment celui d'accoucher hors d'une maternité et ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. En 2017, la moitié des femmes de 15 à 44 ans résidaient à moins de 9 minutes de la maternité la plus proche (Bergonzoni, 2021), mais pour l'autre moitié les distances peuvent parfois être importantes. Entre 2000 et 2017, la part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 30 minutes augmente de 30 % en utilisant le distancier OSRM, passant de 5,7 % à 7,6 % des femmes, et celle des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité augmente de 40 %, passant de 0,8 % à 1,1 %. Les ordres de grandeur de la part des femmes éloignées d'une maternité diffèrent selon le distancier utilisé, mais les évolutions entre 2000 et 2017 sont concordantes.

Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées.

Le renoncement aux soins est difficile à appréhender. Distinguer la part des renoncements pour raisons financière l'est encore plus, le motif principal déclaré n'étant pas suffisant puisque le renoncement est une appréciation subjective, tout comme le choix du motif déclaré comme étant principal (Lapinte et Legendre, 2021). En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (Legal, 2015), contre 3,6 % en 2019. Le renoncement est lié aux ressources du ménage, mais la faible densité médicale peut être un facteur aggravant pour les personnes les plus modestes. Les prises en charge diffèrent

également selon le niveau de revenus, avec des populations précaires ou isolées qui renoncent plus facilement à des soins de médecins généralistes et qui consultent plus souvent à l'hôpital.

Toutes choses égales par ailleurs, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie²⁵ le multiplie par 3,2. De plus, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées. Parmi les personnes qui ont renoncé à des soins, 6,9 % vivent dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes (moins de 2 consultations accessibles par an et par habitant en moyenne), contre 4,4 % de celles ayant consulté autant que nécessaire (Legendre, 2021).

Si 2,4 % des individus²⁶ ont déclaré en 2019 avoir renoncé à des soins ou à des examens à cause de leur coût, c'est 5,6 % parmi les patients appartenant au cinquième de conditions de vie le plus bas. Par ailleurs, la peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement retient de consulter 1,1 % des patients dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile de niveau de vie. Cette proportion est quatre fois moindre parmi les 40 % de patients aux niveaux de vie les plus aisés.

Parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébrale (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés

Les AVC représentent une cause importante de handicap, de démence et de décès. En 2019, en France, 123 000 personnes ont été hospitalisées au cours de l'année pour AVC et 973 000 ont eu recours au système de santé pour traiter un AVC ou ses conséquences (certains ayant fait un AVC une année précédente). La prise en charge de l'AVC repose sur la rapidité du diagnostic et de l'initiation des thérapeutiques adaptées. Dans la plus grande majorité des cas, les AVC devraient être pris en charge en unité spécialisée de neurovasculaire (UNV). Or cet accès reste encore incomplet, et spatialement et socialement déterminé. Entre 2014 et 2017, environ la moitié des AVC ischémiques ont été pris en charge en UNV. La probabilité d'être pris en charge en UNV augmente avec le nombre de lits d'UNV par département, ce qui atteste de l'existence d'un effet d'offre de soins, et diminue avec l'origine sociale. Appartenir au quart des ménages les plus modestes diminue de 10 % les chances d'être pris en charge dans ce type d'unité, par rapport au quart des ménages les plus aisés (Allain, *et al.*, 2022). De plus, les différences de prise en charge par niveau de vie semblent s'accroître lorsque l'offre diminue : là encore, inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer, au détriment des personnes les plus modestes.

²⁵ En France, un ménage est dit « pauvre en termes de conditions de vie » lorsqu'il cumule au moins huit privations ou difficultés matérielles parmi 27 liées à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement.

²⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010593301#Graphique>

III. DE LA NAISSANCE AU GRAND ÂGE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVOLUENT, LES INÉGALITÉS DEMEURENT

Le type et l'importance des problèmes de santé rencontrés par une personne sont très liés à son âge. On distingue de façon très classique les enfants et adolescents des personnes âgées et des autres adultes. Ces trois groupes présentent, sur le plan de la santé, une relative homogénéité, ainsi que des spécificités par rapport aux autres groupes. Les premières parties de ce document décrivent l'état de santé des Français en se limitant le plus souvent aux adultes ou aux plus de 15 ans. Cette partie s'intéresse plus particulièrement à la santé des femmes en âge de procréer, des enfants et des adolescents, et aborde aussi les spécificités des problèmes de santé aux grands âges.

1 - Femmes en âge de procréer : des disparités marquées entre France métropolitaine et DROM

92 % des femmes utilisent un moyen de contraception

D'après les derniers chiffres disponibles (Baromètre santé 2016 de Santé publique France), 8 % des femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes ni stériles, ayant eu des rapports hétérosexuels au cours des douze derniers mois et ne voulant pas d'enfant, n'utilisent aucun moyen de contraception en 2016. Le recul de l'utilisation de la pilule, amorcé à la suite du débat suscité fin 2012 par la « crise de la pilule » se poursuit, avec 36,5 % des femmes utilisant la pilule en 2016 contre 45,0 % en 2010. La pilule demeure néanmoins le moyen contraceptif le plus utilisé en 2016, suivi par le stérilet (25,6 %) et le préservatif (18,8 %). L'usage de l'implant se développe, atteignant 4,3 % des femmes et 9,6 % des 20-24 ans, mais l'utilisation des patchs ou anneaux se répand peu (1,1 %). L'usage du préservatif comme principal et unique moyen de contraception augmente dans toutes les tranches d'âge et particulièrement chez les jeunes (18,6 % des femmes de 20-24 ans en 2016 contre 9,0 % en 2010, et 16,3 % en 2016 contre 7,7 % en 2010 parmi les 25-29 ans). Le dispositif intra-utérin (DIU souvent appelé stérilet) apparaît désormais comme une méthode non négligeable parmi les 20-24 ans (4,7 %), et son utilisation augmente avec l'âge pour devenir le premier contraceptif utilisé à partir de 30 ans, alors que la pilule était encore le dispositif le plus utilisé à tous les âges en 2013.

Le recours aux interruptions volontaires de grossesse est plus fréquent dans les DROM, et parmi les femmes de milieu modeste

En cas de grossesse non désirée, les femmes peuvent recourir à une interruption volontaire de grossesse (IVG), autorisée depuis 1975. Depuis cette date, le nombre d'IVG évolue lentement, et connaît une légère tendance à la hausse depuis 1995 (+15 % en l'espace de 26 ans, soit +0,5 % en moyenne annuelle), avec un taux de recours de 16,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2019, avant l'impact de la crise sanitaire. En 2020, en France, 222 000 IVG ont été pratiquées (207 500 en France métropolitaine et 14 500 dans les DROM), soit 14,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. La période de confinement du printemps 2020 a entraîné une baisse nette du nombre des IVG réalisées en milieu hospitalier en mai et juin, après des années de tendance à l'augmentation du nombre des IVG et des taux de recours. Cette baisse, comme celle des naissances observées à la fin de l'année 2020 et au début de l'année 2021, est liée à une baisse des procréations pendant le confinement et non à une baisse du recours à l'IVG (Vilain, 2021).

Une IVG sur trois est prise en charge en cabinet de ville, en centres de santé ou en centres de planification ou d'éducation familiale, et 89 % des IVG réalisées en établissements de santé se font dans le secteur public. La part d'IVG médicamenteuses est passée de 16 % en 1995 à 72 % en 2020. Les femmes de 20 à 29 ans recourent le plus à l'IVG (avec des taux de recours de 26 IVG pour 1 000 femmes de 20-24 ans et 27 pour les 25-29 ans). Les recours continuent de diminuer chez les moins de 20 ans, atteignant 15 IVG pour 1 000 femmes chez les 18-19 ans et 5 pour 1 000 mineures de 15 ans ou plus. Les recours sont nettement plus importants dans les DROM, avec en 2020 19 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans à Mayotte, 22 à La Réunion, 29 à la Martinique et plus de 40 en Guyane et en Guadeloupe. Une première analyse sociodémographique à partir des données de l'EDP-Santé a montré que les taux de recours étaient plus importants parmi les femmes aux niveaux de vie les plus faibles.

Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine

Pour la période 2013-2015 en France, 262 décès d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites ont été identifiés. Ce chiffre correspond à un ratio de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement de 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes, dont 8,1 décès après la naissance, chiffres stables par rapport à la période précédente 2010-2012, et dans la moyenne des pays européens. Cependant, 58 % de ces décès sont considérés comme « évitables » ou « peut-être évitables » et dans 66 % des cas, les soins dispensés n'ont pas été optimaux, ce qui témoigne d'une marge d'amélioration. Les disparités sociales et territoriales demeurent : les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine, et la mortalité des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, particulièrement pour les femmes nées en Afrique subsaharienne dont le risque est 2,5 fois celui des femmes nées en France.

Les causes de décès maternels ont sensiblement évolué (rapport Inserm, 2021). La mortalité par hémorragie obstétricale a été divisée par deux en 15 ans, en particulier par baisse des hémorragies, du fait de la mobilisation de la communauté obstétricale au sens large (cliniciens, sociétés savantes, réseaux de périnatalité, pouvoirs publics, chercheurs), ayant permis l'amélioration des pratiques et leur mise en conformité avec les recommandations. Ainsi, les hémorragies obstétricales ne sont plus la première cause de mortalité maternelle, supplantées par les maladies cardiovasculaires et les suicides, rappelant que la santé des femmes enceintes ou récemment accouchées ne se limite pas à la sphère obstétricale. Ces deux premières causes sont responsables d'environ un décès par mois chacune, soit un peu plus du quart des morts maternelles pour ces deux motifs.

2 - Périnatalité : une situation contrastée entre France métropolitaine et DROM, où la mortalité périnatale est 2 fois plus élevée

La mortalité périnatale ne diminue plus et concerne 1 naissance sur 100

Le taux de mortalité périnatale représente le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. En 2019, il est de 10,2 pour 1 000 (tableau 2), d'après les données hospitalières, en légère baisse après quatre années très stables, proches de 10,5 ‰. La mortinatalité (comprenant tous les enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse) à partir de 22 semaines d'aménorrhée représente 83 % de la mortalité périnatale, et concerne 8,5 enfants pour 1 000. Les morts fœtales spontanées représentent en 2019 62 % des enfants mort-nés (soit 3 900 sur 6 400 mort-nés au total en 2019). Le taux de décès néonataux précoces²⁷ est de 1,7 ‰ en 2019 ; près de la moitié des enfants décèdent moins de 24 heures après leur naissance. L'âge gestationnel, le nombre de fœtus et l'âge de la mère influent beaucoup sur la mortalité périnatale, avec un taux 3,6 fois plus élevé parmi les grossesses multiples que parmi les grossesses uniques et 50 fois plus élevé parmi les naissances prématurées que parmi les naissances à terme. Chez les femmes de 40 ans ou plus, le taux est 2 fois plus élevé que parmi celles de 20 à 35 ans.

La mortalité infantile (concernant les décès d'enfants nés vivants jusqu'à leur premier anniversaire) fluctue autour de 3,7 pour 1 000 depuis le début des années 2010. Elle est concentrée autour des premiers jours de vie, et par conséquent suit de près les évolutions de la mortalité néonatale précoce. L'une comme l'autre présentent une légère augmentation entre 2014 et 2019 (+0,3 et +0,2 pour 1000, respectivement). Il est toutefois préférable de considérer la mortalité périnatale, qui combine la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, pour prendre en compte l'ensemble des décès qui se produisent au moment de la naissance (avant, pendant ou juste après) et de limiter les effets liés à des modifications de déclaration du statut vital de l'enfant, ou à des évolutions de pratiques. Dans cette perspective, du fait des évolutions de la mortinatalité, la mortalité au moment de la naissance ne suit pas de tendance particulière, à la hausse ou à la baisse, au cours des années 2010. Elle stagne donc depuis plusieurs années alors qu'elle avait tendance à baisser auparavant.

La mortalité périnatale est nettement plus élevée dans les DROM

Dans les DROM, les taux de mortalité périnatale, beaucoup plus élevés (en moyenne 16,8 enfants pour 1 000 naissances totales sur 2017-2019), atteignent jusqu'à 20,3 ‰ en Guadeloupe et 21,9 ‰ en Guyane (carte 12). En France métropolitaine, ce taux varie peu et fluctue entre 8,8 ‰ (dans les Pays de la Loire) et 11,2 ‰ (en région Centre-Val-de-Loire) [Vilain, Fresson, Rey, 2021]. La Réunion présente le taux le plus faible des DROM (12,6 ‰) du fait d'une mortinatalité beaucoup plus faible, mais la mortalité néonatale précoce est proche de celle des autres DROM, deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine.

²⁷ La mortalité néonatale concerne l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 8^e jour de vie.

Tableau 2 • La mortalité périnatale et ses composantes

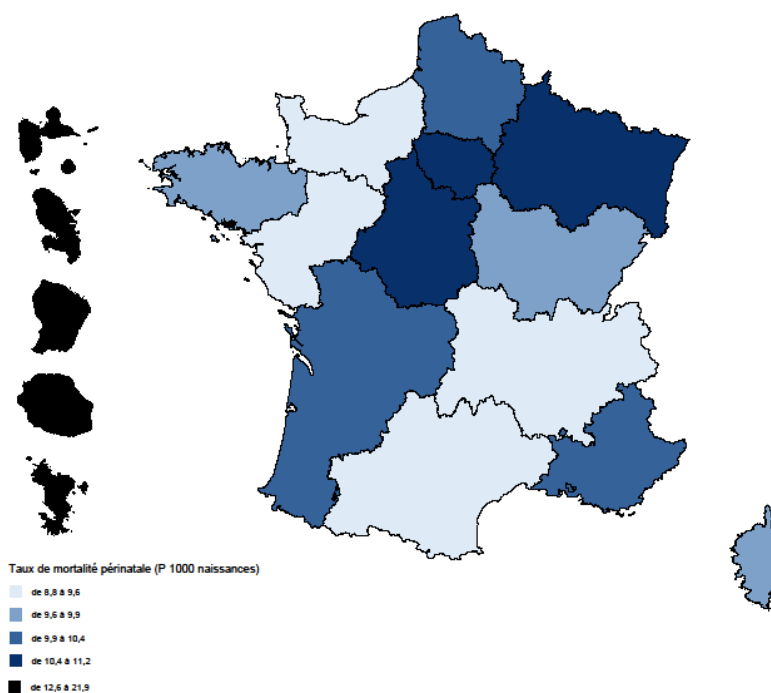
| | Taux de mortalité pour 1 000 naissances totales | Taux de mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes | Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales |
|------|---|--|--|
| 2014 | 8,8 | 1,5 | 10,3 |
| 2015 | 8,9 | 1,6 | 10,5 |
| 2016 | 8,9 | 1,6 | 10,4 |
| 2017 | 8,8 | 1,8 | 10,6 |
| 2018 | 8,8 | 1,6 | 10,4 |
| 2019 | 8,5* | 1,7 | 10,2 |

*La baisse en 2019 provient en partie d'une baisse pour les DROM, du fait d'une sous-estimation manifeste cette année-là dans les données remontées.

Champ > Naissances domiciliées en France.

Source > PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

Carte 12 • Mortalité périnatale hospitalière (moyenne 2017-2019), par région



Champ > France entière.

Source > PMSI-MCO, calculs DREES, *Études et résultats* n°1199, juillet 2021.

7 % des naissances vivantes sont prématurées

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée²⁸, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des décès néonataux et des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est particulièrement le cas pour la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. En 2019, 7,0 % des naissances vivantes survenues en France sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples²⁹. Celles-ci ont tendance à augmenter lorsque la femme est plus âgée, mais la

²⁸ Une grossesse arrivant à terme conduit à une naissance à 41 semaines d'aménorrhée.

²⁹ La DREES publie tous les ans des indicateurs de santé périnatale au niveau régional, à partir des données du [PMSI](#).

précarité et les conditions de vie jouent aussi, ainsi que la fatigue maternelle, voire la pollution. Les progrès en néonatalogie induisent une hausse du nombre de femmes qui accouchent avec des comorbidités et d'enfants de très faibles âges gestationnels qui naissent vivants mais fragiles. Dans les faits, le taux de naissances vivantes prématurées n'a pratiquement pas évolué depuis 2012 où il se situait à 7,3 %.

Le faible poids de naissance, souvent en relation avec une naissance prématurée et/ou un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Parmi les enfants nés vivants, 7,4 % ont un petit poids (moins de 2,5 kilos) ; cette proportion s'élève à 56,5 % en cas de naissance multiple contre 5,8 % parmi les naissances uniques.

3 - Les inégalités apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence (Gaini, *et al.*, 2020).

De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés

Il s'agit notamment des conditions et modes de vie (vivre seul, ne pas avoir d'emploi, etc.), de la consommation de tabac et d'alcool, des expositions environnementales et des conditions de travail défavorables. Cela explique en partie les différences d'états de santé de la mère et de l'enfant à l'issue de la grossesse. Les enquêtes nationales périnatales permettent de mesurer une partie de ces inégalités sociales de santé pendant la grossesse et à la naissance. Ainsi, en 2016, 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir du tout fumé au troisième trimestre de grossesse, contre 77 % des femmes employées et 66 % des femmes ouvrières. Des travaux récents (Fleming, *et al.*, 2018) tendent à montrer que la corpulence, le stress ou la dépression peuvent affecter l'environnement utérin et le développement du fœtus, avec des conséquences sur la santé du bébé et de l'enfant. Or, seules 5 % des femmes cadres étaient obèses avant leur grossesse, contre 14 % des employées et 17 % des ouvrières. Le contexte psychologique de la grossesse est également plus défavorable chez les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, les ouvrières et les employées : elles sont 12 % à déclarer s'être senties « mal » ou « assez mal » durant leur grossesse contre 7 % pour les cadres et 8 % pour les professions intermédiaires.

À ces facteurs s'ajoutent les différences de recours aux soins, notamment préventifs et de dépistage. Ainsi, en 2016, 75 % des femmes cadres déclarent avoir pris de l'acide folique – recommandé par l'OMS aux femmes ayant un projet de grossesse et jusqu'à douze semaines de gestation, pour prévenir les malformations du tube neural (malformations congénitales du cerveau, de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière de l'enfant) – contre 40 % pour les ouvrières. 96 % des femmes cadres déclarent avoir eu une mesure de l'épaisseur de la nuque – réalisée lors de l'échographie à la fin du premier trimestre de grossesse afin de dépister une éventuelle trisomie 21 – contre 85 % des employées, 82 % des ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Toujours sur le dépistage de la trisomie, 94 % des femmes cadres déclarent avoir fait le test des marqueurs sériques, contre 85 % des femmes ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi.

Ces différences peuvent s'expliquer par un suivi plus tardif ou moins important pour les femmes de classes sociales défavorisées que pour les femmes des catégories sociales supérieures, constaté dans les enquêtes nationales périnatales en 2016, comme en 2010 et en 2003. Mais le fait que les examens concernant les dépistages demeurent mal compris par de nombreuses femmes, essentiellement parmi les plus défavorisées, peut également y contribuer. Par exemple, en 2016, 1 % des femmes cadres déclarent ne pas savoir si leur enfant a eu une mesure échographique de l'épaisseur de la nuque, contre 11 % des femmes ouvrières et 16 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Il est possible qu'une partie des femmes répondant par la négative, plus nombreuses parmi les ouvrières et les employées, n'aient en fait pas su qu'une telle mesure avait été réalisée. En revanche, il n'y a pas de différence sociale marquée sur le dépistage du diabète gestationnel, sauf pour les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, ni sur sa prévalence.

Une des conséquences de ce suivi plus tardif ou moins important, combiné avec des facteurs de risque plus élevés, est un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé pour les femmes de milieu modeste : 18 % des ouvrières ont connu une hospitalisation prénatale contre 13 % des cadres.

S'il n'existe pas aujourd'hui de données permettant d'analyser le lien entre la mortalité fœtale et néonatale et l'origine sociale au niveau individuel, il est en revanche possible de le faire au niveau de la commune de résidence des mères. Par exemple,

le niveau socio-économique des communes, mesuré par un indice de désavantage social³⁰, influe sur le taux de mortalité foetale et néonatale, ainsi que sur la prématurité (Zeitlin, *et al.*, 2015). De plus, la prématurité et les petits poids à la naissance (chez les naissances vivantes uniques) sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste, moins diplômée ou de faible niveau de revenu (Panico, *et al.*, 2015). Or prématurité et petits poids semblent associés au risque ultérieur de mauvaise santé pendant l'enfance et même lors de la vie adulte. Cette association vient sans doute en partie de facteurs communs jouant à la fois sur l'état de santé juste après la naissance et au cours de la vie, mais il se peut aussi qu'il existe une relation de cause à effet. Par exemple, des travaux réalisés depuis le début des années 1990 (Delpierre, 2017) ont mis en évidence un lien entre un petit poids à la naissance et un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte. Ces travaux ont été parmi les premiers à montrer un lien entre ce qui peut se passer très précocement dans la vie, y compris la période intra-utérine, et un état de santé survenant des décennies plus tard.

Dès la naissance, plus de surpoids parmi les enfants d'ouvriers que parmi ceux des cadres

La persistance du surpoids est socialement différenciée (Moisy, 2017). En effet, 31 % des enfants d'ouvriers nés avec un poids de 4 kilogrammes ou plus sont en surcharge pondérale en grande section de maternelle, contre seulement 13 % des enfants de cadres dans le même cas. Par ailleurs, parmi les nouveau-nés de moins de 4 kilogrammes, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section de maternelle.

Les enfants d'ouvriers aussi nombreux que les autres à avoir un trouble de la vue (en 2017) mais portent moins souvent des lunettes

35 % des adolescents sont porteurs de lunettes ou de lentilles en 2017 selon l'enquête en milieu scolaire auprès des élèves de troisième, les filles étant plus souvent équipées que les garçons (41 % contre 29 %). Ainsi, parmi les non-porteurs de lunettes, 6 % des adolescents présentent un trouble de la vision de loin³¹, et cela concerne plus les filles que les garçons (7 % contre 5 %). Ces indicateurs, déclinés selon le groupe socioprofessionnel des parents, font, à nouveau, état de disparités : les enfants d'ouvriers sont moins souvent équipés de lunettes (31 %) que ceux des cadres (37 %), mais ils sont aussi plus nombreux à présenter un trouble non corrigé de la vision de loin (10 % contre 3 %). Ces inégalités ont pour origine une multiplicité de facteurs, parmi lesquels figure probablement le défaut de dépistage. Les écarts selon le sexe subsistent, quant à eux, quel que soit le groupe socioprofessionnel.

18 % des effectifs de classe de troisième sont en surpoids en 2017

Le surpoids et l'obésité, présents dès l'enfance ou l'adolescence, perdurent souvent à l'âge adulte et augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes. Ils peuvent également être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. En 2017, 18 % des adolescents en classe de troisième sont en surcharge pondérale, et 5 % sont obèses³² (Guignon, août 2019). Entre 2009 et 2017, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont en hausse, en particulier pour les filles (de 17 % en 2009 à 20 % en 2017). En revanche, la santé bucco-dentaire est en nette amélioration : 68 % des adolescents ont des dents indemnes de caries en 2017, contre 56 % en 2009.

Les habitudes de vie provoquent de fortes disparités

La santé des enfants et adolescents est affectée par un gradient social. Ainsi, parmi les élèves en classe de troisième en 2017, 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres en 2017 (tableau 3). La proportion de ceux qui ont des dents non cariées s'élève à 59 % pour les ouvriers, contre 77 % pour les cadres. Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par des habitudes de vie différenciées selon le milieu social. Les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées par les adolescents issus des milieux socialement favorisés : prise régulière d'un petit déjeuner, alimentation équilibrée et diversifiée, pratique d'un sport, limitation du temps passé devant les écrans, recours au dentiste.

³⁰ Cet indice est construit à partir de plusieurs composantes telles que le revenu, le chômage, le niveau d'études, la part d'ouvriers, la part de propriétaires ou encore de familles monoparentales.

³¹ Seuls les résultats des tests de dépistage des troubles de la vision de loin sont abordés dans l'enquête santé scolaire de 2017.

³² L'obésité se définit par un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kilos/m², on parle de surcharge pondérale pour un indice compris entre 25 et 30 kilos/m².

Tableau 3 - Indicateurs de santé déclinés selon l'origine sociale des élèves des classes de troisième en 2017

| En % | Part des adolescents de troisième avec... | | | | | | | | |
|--|---|---------|-------------------------------|------------------------|----------------|-------------------|------------------|--|---|
| | Surcharge pondérale | Obésité | Petit déjeuner tous les jours | Cantine tous les jours | Dents indemnes | Appareil dentaire | Port de lunettes | Troubles de la vision de loin non corrigés | >2 heures par jour devant les écrans en semaine |
| Cadres | 12 | 2,7 | 70 | 73 | 77 | 48 | 37 | 3 | 61 |
| Professions intermédiaires | 15 | 3,4 | 67 | 71 | 72 | 42 | 36 | 5 | 70 |
| Agriculteurs et commerçants | 19 | 5,7 | 61 | 61 | 67 | 39 | 33 | 6 | 73 |
| Employés | 22 | 6,2 | 60 | 54 | 64 | 34 | 35 | 7 | 78 |
| Ouvriers | 24 | 7,5 | 59 | 43 | 59 | 28 | 31 | 10 | 81 |
| Élèves scolarisés en éducation prioritaire | 25 | 7,7 | 52 | 33 | 59 | 25 | 31 | 10 | 81 |
| Élèves non scolarisés en éducation prioritaire | 17 | 4,5 | 65 | 67 | 69 | 40 | 36 | 5 | 71 |
| Filles | 20 | 5,4 | 57 | 61 | 67 | 40 | 41 | 7 | 74 |
| Garçons | 17 | 4,7 | 69 | 63 | 68 | 36 | 29 | 5 | 71 |
| Ensemble | 18 | 5,2 | 63 | 62 | 68 | 36 | 35 | 6 | 73 |

Champ > France.

Source > Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017. *Études et Résultats* n° 1122, DREES, août 2019.

L'adolescence est marquée, pour certains jeunes, par des comportements à risque qui peuvent notamment concerner la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis, etc.), les comportements alimentaires (accès boulimiques, anorexie) ou encore des conduites routières dangereuses. Tous ces comportements n'exposent pas nécessairement les jeunes à un risque de décès immédiat mais peuvent avoir des répercussions sur leur santé, allant de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiatriques à l'âge adulte.

L'enquête Escapad, conduite lors de la journée défense et citoyenneté auprès de jeunes âgés d'environ 17 ans, montre une régression des consommations et expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis dans cette population entre 2014 et 2017. Ainsi, 25,1 % des personnes âgées de 17 ans déclarent être fumeuses de tabac quotidien, contre 32,4 % en 2014, la baisse étant plus marquée chez les jeunes filles. Dans cette même enquête, les indicateurs de la consommation de cannabis sont également en net recul par rapport à 2014 et 2002, mais 7,4 % des jeunes âgés de 17 ans présenteraient un risque élevé d'usage problématique de cannabis (OFDT, 2018).

4 - Les maladies chroniques chez les personnes âgées prennent de plus en plus d'ampleur

Les polypathologies sont de plus en plus fréquentes

Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polypathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21^e siècle. L'augmentation rapide de la part de la population âgée va exercer une pression croissante sur l'offre de soins (nécessité de la réorganiser en particulier pour accroître la coordination entre les différents intervenants dans une logique de parcours proche du lieu de vie, nécessité d'investir dans la prévention

primaire³³). En 1960, 4,3 % de la population de la France métropolitaine était âgée de 75 ans ou plus, c'était le cas de 7,2 % en 2000 et de 9,6 % en 2020.

L'étude des pathologies chroniques peut se fonder soit sur les enquêtes déclaratives, soit sur les données de recours aux soins qui permettent d'obtenir des informations plus précises sur la nature des pathologies et des traitements. Le périmètre des pathologies étudiées diffère mais les résultats sont convergents.

En 2019, 91 % des 75 ans ou plus ont au moins une pathologie ou un traitement chronique³⁴ (données CNAMTS régime général et sections locales mutualistes), une proportion stable sur 5 ans. En revanche, cette part progresse au sein de l'ensemble de la population, passant de 36 % en 2014 à 42 % en 2019.

En 2019, 37 % des personnes de 75 ans ou plus sont atteintes de pathologies cardiovasculaires : 14 % souffrent de maladie coronaire, 9 % d'insuffisance cardiaque, 7 % ont eu un AVC, 16 % ont des troubles du rythme. Les hommes sont particulièrement touchés (46 % chez les 75 ans ou plus pour l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires contre 31 % chez les femmes du même âge). Globalement, la fréquence des maladies cardio-neurovasculaires double par rapport à celles des tranches d'âge précédentes (37 % versus 18 % pour les 65-74 ans et 9 % pour les 55-64 ans), et le risque de décompensation s'accroît également fortement (210 600 personnes ont eu dans l'année un accident aigu – infarctus, AVC, embolie pulmonaire ou décompensation pour insuffisance cardiaque –, soit 4,1 % des 75 ans ou plus versus 1,3 % dans la tranche 65-74 ans).

La prescription de psychotropes demeure largement plus forte aux âges élevés : 27 % de la population âgée de 75 ans ou plus ont eu un traitement (31 % des femmes et 20 % des hommes), contre 17 % pour les seuls 65-74 ans (9 % pour l'ensemble de la population). À noter qu'il est possible qu'une surprescription de psychotropes puisse conduire à surestimer, si l'on s'en tient aux données de l'Assurance maladie, la prévalence des problèmes de santé mentale. La fréquence des maladies respiratoires augmente également (12 % des personnes en sont atteintes après 75 ans).

Enfin, la maladie d'Alzheimer et les autres démences (MAAD) constituent aujourd'hui un enjeu de santé publique dans tous les pays développés. 760 000 personnes ont été identifiées en 2019 comme atteintes de MAAD dans les bases de données de l'Assurance maladie (dont 675 000 de 75 ans ou plus, soit 10,7 % des personnes de cette tranche d'âge), ce qui reste inférieur à la prévalence réelle de ces maladies, en particulier pour les personnes les plus âgées. En 2014, une étude effectuée en comparant les données médico-administratives et celles de trois cohortes européennes représentatives de la population générale et ayant procédé à une évaluation systématique de la démence chez les sujets de l'étude selon une procédure basée sur des critères validés a conclu à une sous-estimation importante de la prévalence de la MAAD après 70 ans dans le SNIIRAM, avec une prévalence estimée à 770 000 contre 525 000 pour celle mesurée en 2014 (Carcaillon-Bentata, *et al.*, 2016). Ces pathologies entraînent en outre une qualité de vie souvent dégradée pour les proches des malades.

À partir de 75 ans, 17 % des femmes et 26 % des hommes cumulent au moins trois pathologies

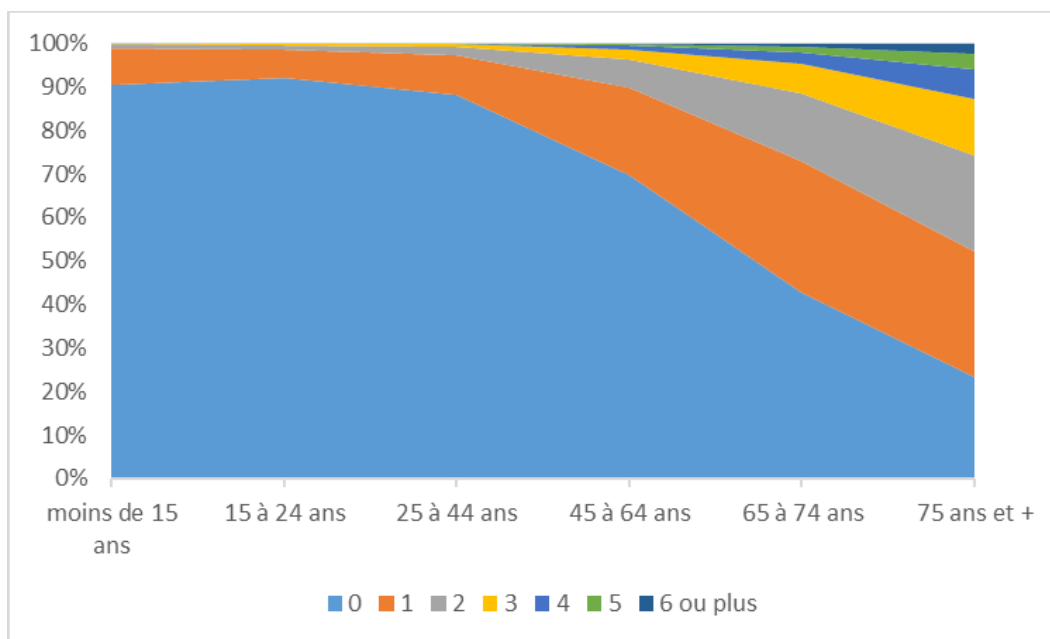
Au-delà de la forte augmentation de la prévalence des pathologies chroniques avec l'âge, et en lien avec la progression des taux de survie associés à ces pathologies, le fait le plus marquant de l'état de santé des personnes âgées dans les pays développés a trait à la forte augmentation des personnes souffrant de polypathologies, c'est-à-dire de plusieurs pathologies chroniques. 24 millions de personnes ont au moins une pathologie ou un traitement, dont 17 millions hors traitements. En moyenne, 26 % des hommes et 27 % des femmes ont au moins une pathologie (17 millions), mais parmi eux, 37 % (41 % des hommes et 33 % des femmes) en ont au moins deux (soit 6,5 millions). La fréquence des pathologies multiples augmente avec l'âge mais démarre relativement tôt (3 % de la population cumule 3 pathologies à 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans), plus encore chez les hommes que chez les femmes (graphique 18 et graphique 19) : 10 % des hommes entre 45 et 64 ans et 47 % de 75 ans ou plus cumulent au moins deux pathologies, contre respectivement 8 % et 36 % des femmes. Au moins trois pathologies sont retrouvées chez 11 % des hommes de 65 à 74 ans (6 % pour les femmes) et chez 26 % des hommes de 75 ans ou plus (17 % pour les femmes).

³³ La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. Elle est distinguée de la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de l'évolution d'une maladie ou d'un problème de santé (dépistages, etc.) et de la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

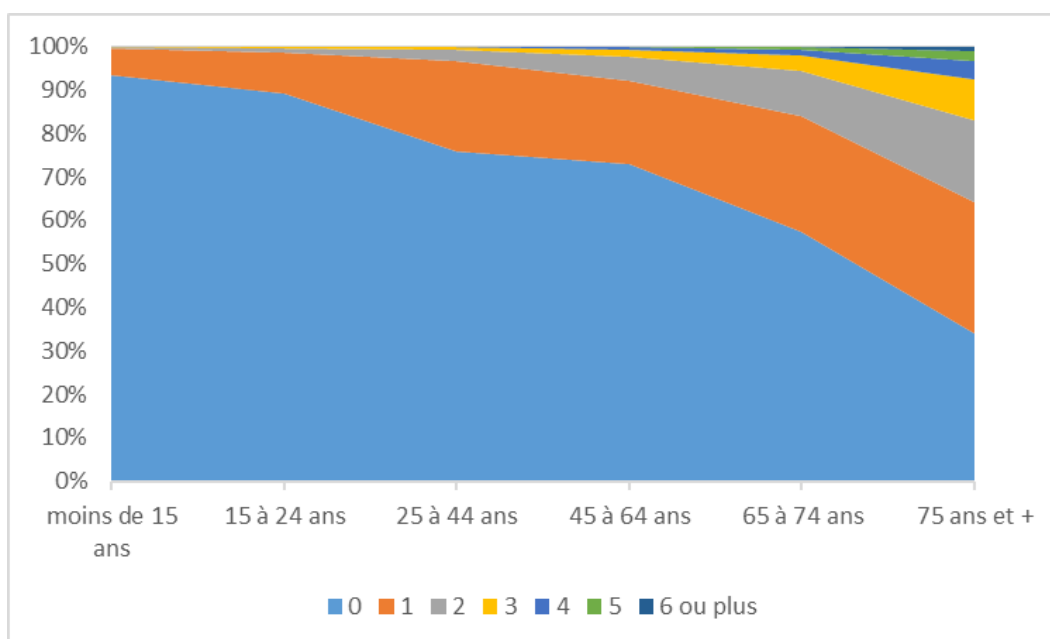
³⁴ Les algorithmes de la CNAM répertorient 58 groupes de pathologies en utilisant les codes de la classification internationale des maladies, les médicaments quasi spécifiques, les codes des diagnostics des hospitalisations et parfois les actes de la classification communes des actes médicaux.

Graphique 18 - Nombre de pathologies³⁵ (non compris les maternités et les délivrances de médicaments quand la maladie spécifique n'est pas clairement identifiée) selon le sexe et l'âge en 2019

Chez les hommes



Chez les femmes

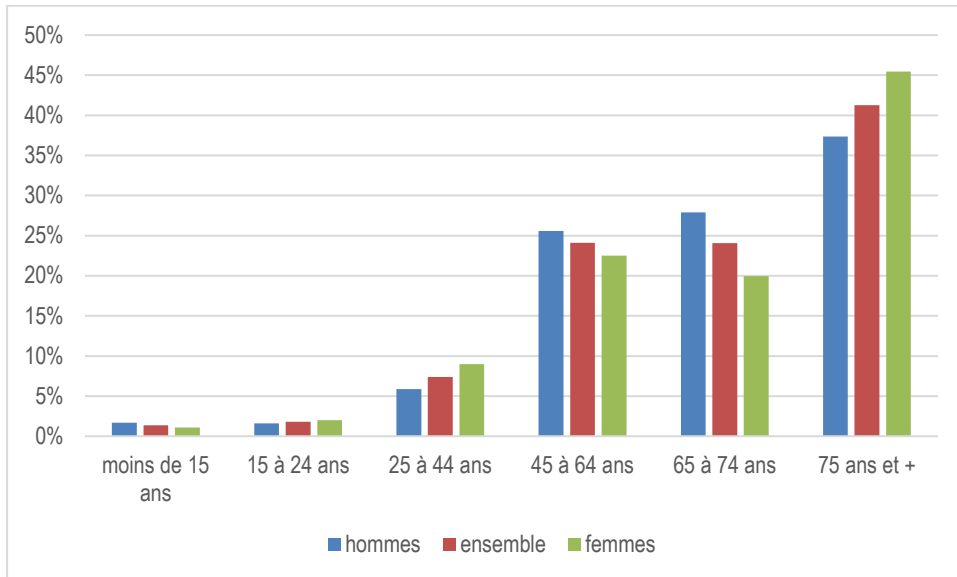


Champ > France entière, tous régimes.

Source > CNAM, cartographie des pathologies, tous régimes, calculs DREES.

³⁵ 58 groupes de maladies (graves, coûteuses ou de longue durée) repérées par des algorithmes mis en place par la [CNAM](#), regroupées en 15 grandes catégories.

Graphique 19 - Répartition par âge et sexe des consommateurs ayant plusieurs pathologies en 2019



Lecture > 37 % des hommes souffrant de plus d'une pathologie (parmi ceux qui en ont au moins une), sont âgés de plus de 75 ans.

Champ > France entière, tous régimes.

Source > CNAM, cartographie des pathologies, tous régimes, calculs DREES.

IV. BIBLIOGRAPHIE

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

Assurance maladie 2020, décembre). *Rapport annuel 2019 de l'Assurance maladie – risques professionnels.*

Bajos, N., et al. (2022, février). Recours à la vaccination contre le covid-19 : de fortes disparités sociales. DREES, *Études et Résultats*, 1222.

Beatriz, M., Erb, L.-A., Beque, M., Mauroux, A., Casteran-Sacreste, B., Pisarik, J. (2021, juillet). Quelles étaient les conditions de travail en 2019, avant la crise sanitaire ? Dares, *Dares Analyses*, 44.

Blanpain, N. (2016, février). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee, *Insee Première*, 1584.

Blanpain, N. (2018, février). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee, *Insee Première*, 1687.

Blanpain, N. (2022, mai). Impact de l'épidémie de Covid-19 : 95 000 décès de plus qu'attendus de mars 2020 à décembre 2021. Insee, *Insee Première*, 1902.

Bergonzoni, A. (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmentée entre 2000 et 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1201.

Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V. (2019, mai). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 15.

Bryere, J., Dejardin, O., Launay, L., et al. (2017, février). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4.

Carcaillon-Bentata, L., Quintin, C., Moutengou, E., et al. (2016). Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*,

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_1.html

Célant, N., Guillaume, S., Rochereau, T. (2017, septembre). L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 566.

<https://www.irdes.fr/recherche/2017/rapport-566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.html>

Corso, M., de Crouy-Chanel, P., Medina, S., et al. (2018, juin). Impact sanitaire de l'épisode de pollution aux PM10 de novembre-décembre 2016. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.

Costemalle, V., Gaini, M., Hazo, J.-B., Naouri, D. (2021). *En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins.* Insee, France, portrait social, coll. « Insee Références ».

David, M. (2022, septembre). Revue de littérature – Effets de la pandémie de Covid-19 sur les conduites suicidaires (2020 – 2021). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes 5^{ème} rapport / Septembre 2022*

Delpierre, C. (2017, octobre). Épigénétique et conséquences en Santé publique. Dans Lang, T., Ulrich, V. (coord.), *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016.*

Deroyon, T. (2021, octobre). En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes. DREES, *Études et Résultats*, 1213.

Équipe Sumer (Dares, Direction générale du travail, Santé publique France) (2021, août). Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. Dares, *Synthèses Stat'*, 37.

Équipe Sumer (2021, août). Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. Dares, *Synthèse Stat'*, 37.

- Fleming, T.P., Watkins, A.J., Velasquez, M.A., et al. (2018).** Origins of lifetime health around the time of conception : causes and consequences. *The lancet*, 391(10132).
- Floury, E., Merceron, S. (2021, juin).** *La dépression : un Réunionnais sur dix concerné - Enquête santé à La Réunion en 2019.* Insee, *Insee Analyses Réunion*, 59.
- Forgeot, C., Caserio-Schönemann, C. (2022, septembre).** Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Fouillet, A., Pontais, I., Caserio-Schönemann, C., et al. (2022, septembre).** Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., Bourdillon, F. (dir.), Luciano, L., Rey, S., Bauchet, E., et al. (coord.). (2021, janvier).** *L'état de santé de la population en France - Rapport 2017.* DREES.
- Gaini, M., Guignon, N., Moisy, M., Vilain, A., et al. (2020).** *Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance.* Insee, France, portrait social, coll. « Insee Références ».
- Garoche, B. (2016, juillet).** Les accidents du travail et les accidents de trajet en 2011 et 2012. *Dares, Dares Analyses*, 39.
- Godzinski, A., Suarez-Castillo, M. (2019, mai).** *La pollution de l'air due au trafic automobile augmente les admissions aux urgences pour maladies respiratoires.* Insee, *Insee Analyses*, 46.
- Guignon N. (2019, août).** En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé mais plus souvent en surcharge pondérale. DREES, *Études et Résultats*, 1122.
- Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., Bajos, N. (2021, octobre).** Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- Hazo, J.-B., Boulch, A. (2022, juin).** Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- Hazo, J.-B., Boulch, A. (2022, septembre).** Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires. Dans l'Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Jollant, F., Rousset, A., Corruble, E., et al. (2022, juin).** Prolonged impact of the COVID-19 pandemic on self-harm hospitalizations in France: A nationwide retrospective observational study. *Eur Psychiatry.*, 13;65(1):e35. doi : 10.1192/j.eurpsy.2022.26. PMID : 35694827; PMCID : PMC9251820.
- Inserm, Santé publique France (2021, janvier).** Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir, 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.
- <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf> Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 237 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- Lapinte, A., Legendre, B. (2021, juillet).** *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres.* DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A., (2021, avril).** Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- Legal, R., Vicard, A. (2015, juillet).** Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, 66.
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss66.pdf>
- Legendre, B. (2021, septembre).** *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux.* DREES, *Études et Résultats*, 1206.
- Le Minez, S., Roux, V. (2021, mars).** *Une hausse des décès inédite depuis 70 ans.* Insee, *Insee Première*, 1847.

- Léon, C, Chan-Chee, C, du Roscoät, E, groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2019, février).** *Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 3-4.
- Léon, C. et du Roscoät, E. (2022, septembre).** Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Martinet, B., Rosankis, E., Léonard, M., Sandret, N. (2020, septembre).** Les expositions aux risques professionnels : les risques psychosociaux. *Dares, Synthèse Stat'*, 36.
- Medina, S., Adélaïde, L., Wagner, V., de Crouy Chanel, P., Real, E., Colette, A., Couvidat, F., et al. (2021, avril).** Impact de la pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine, réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.
- Mignon, D., Jusot, F. (2020).** *Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France*. Insee, *Économie et Statistique*, 514-515-519.
- Moisy, M. (2017, décembre).** Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? DREES, *Études et Résultats*, 1045.
- Naouri, D. (2021, septembre).** En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- Pascal, M, de Crouy Chanel, P, Corso, M, et al. (2016).** *Impacts de l'exposition chronique aux particules fines sur la mortalité en France continentale et analyse des gains en santé de plusieurs scénarios de réduction de la pollution atmosphérique*, 2016. Santé publique France.
- Panico, L., Tô M., Thévenon, O. (2015, juin).** La fréquence des naissances de petits poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? Ined, *Population et Sociétés*, 523.
- Papon, S. (2019, juin).** *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés*. Insee, *Insee Focus*, 157.
- Papon, S., Beaumel, C. (2021, mars).** Bilan démographique 2020 révisé : avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages. Insee, *Insee Première*, 1846.
- Papon, S. (2022, janvier).** Bilan démographique 2021 - La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19. Insee, *Insee Première*, 1889.
- Papon, S. (2022, juillet).** *Avec l'épidémie de Covid-19, l'espérance de vie chute en 2020, particulièrement dans l'Est et le Sud de l'Union européenne*. Insee, *Insee Focus*, 271.
- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., et al. (2021, mai).** Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 8.
- Pirard, P., Chin, F., Khiredine, I., Regnault, N. (2022, septembre).** Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de Covid-19. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Pisarik, J. (2021, novembre).** L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs. DREES, *Études et Résultats*, 1215.
- Rouquette, A., Davisse-Paturet, C., Hazo, J.-B. (2022, septembre).** Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Santé publique France (2019, été).** Canicule et santé. *Bulletin de santé publique*.
- Santé publique France (2021, mai).** Vaccination. *Bulletin de santé publique*.
- https://professionnels.vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/BSP_nat_vaccination_180521.pdf#:~:text=Chez%20les%20enfants%20n%C3%A9s%20entre%20janvier%20et%20mars%202019%20et,points%20entre%202017%20et%202019.
- Santé publique France (2022, juin).** Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 34 de l'enquête CoviPrev (9-16 mai 2022). Santé publique France, *Le point sur*.

Santé publique France (2019, septembre). Prévention du cancer du col de l'utérus. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22-23.

Santé publique France (2022, août). Santé mentale. *Point épidémiologique national mensuel*, 13.

Sara, G., Wu, J., Uesi, J., Jong, N., Perkes, I., Knight, K., O'Leary, F., Trudgett, C., & Bowden, M. (2022). *Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people : Comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia.* Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 00048674221082518.

Sterchele, C. (2022, septembre). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.

Ung, A., Corso, M., Pascal, M., et al. (2016, avril). Évaluation de la surmortalité pendant les canicules des étés 2006 et 2015 en France métropolitaine. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaieurs-canicule/documents/rapport-synthese/evaluation-de-la-surmortalite-pendant-les-canicules-des-etes-2006-et-2015-en-france-metropolitaine#:~:text=En%202006%2C%20sur%20les%20deux%20de%2017%20%25%20de%20la%20mortalit%C3%A9>.

Vergier, N., Chaput, H. (2017, mai). *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.

Verrier, F., Gautier, A., Quelet, S., Bonmarin, I., et le groupe Baromètre de Santé publique France (2019, septembre). Infections à papillomavirus humain : influence des perceptions de la maladie et du vaccin sur le statut vaccinal. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22-23.

Vilain, A. (2021, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1207.

Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., et al. (2015, septembre). Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29.

Warszawski, J., et al. (2020, octobre). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 ; Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1167.

Warszawski, J. et al. (2021, juillet). 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1202.

Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., et al. (2021, mai). *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – Point de situation jusqu'au 25 avril 2021.* Epi-Phare, Rapport, 6.

Yard, E., Radhakrishnan, L., Ballesteros, M. F., Sheppard, M., Gates, A., Stein, Z., Hartnett, K., Kite-Powell, A., Rodgers, L., & Adjemian, J. (2021). *Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic—United States, January 2019–May 2021.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 70(24), 888.

Zeitlin, J., Pilkington, H., Drewniak, N., Charreire, H., Amat-Roze, J.-M., Le Vaillant, M., Combier, E., Blondel, B. (2015, février). Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6-7.

Espérance de vie en Europe

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=fr

Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge (Santé publique France)

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age>

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/synthese-des-couvertures-vaccinales-chez-l-enfant-de-2-ans>

Essentiel du risque routier – données 2020, ministère du Travail, ministère de l'Intérieur, CNAM, MSA, Santé publique France, UMRESTTE

<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/ressources-utiles/article/risque-routier-professionnel-des-chiffres-cles-pour-sensibiliser-a-la-premiere>

Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des français, Santé publique France, 2021.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/enquetes-etudes/impact-de-pollution-de-l-air-ambiant-sur-la-mortalite-en-france-metropolitaine.-reduction-en-lien-avec-le-confinement-du-printemps-2020-et-nouvelle-?>

Cartographie des pathologies, CNAM

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/donnees/effectifs-par-pathologie>

Comparaisons internationales de performance et d'accès aux systèmes de soins, DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/12%20Comparaisons%20internationales%20de%20performance%20et%20d%E2%80%99acc%C3%A8s%20aux%20syst%C3%A8mes%20de%20soins.pdf>

State of Health in the EU, France, profils de santé par pays 2019, OCDE

https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/2019_chp_fr_french_0.pdf

Vaccinations

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>

V. LEXIQUE

Syndromes dépressifs majeurs

Un syndrome dépressif est marqué par la présence plus de la moitié du temps d'au moins deux symptômes de l'épisode dépressif caractérisé, dont l'un des deux principaux : la tristesse et la perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses. Le syndrome est considéré comme majeur par l'outil de détection (le questionnaire PHQ-9) lorsque le répondant indique avoir été gêné plus de la moitié des quinze derniers jours par au moins cinq symptômes de l'épisode dépressif caractérisé, dont un des deux principaux. Le syndrome est considéré comme non majeur, ou encore mineur, si seulement deux à quatre de ces symptômes ont gêné le répondant plus de la moitié des quinze derniers jours.

APL

L'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) a été développé par la DREES et l'Irdes pour mesurer l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à compléter les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès, densité médicale par bassin de vie ou département). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations ou visites que peuvent proposer les médecins accessibles.

Les seuils de distance permettent de déterminer les zones de patientèle et de recours. Un médecin est considéré comme accessible, au moins en partie, jusqu'à 20 minutes en voiture, qui constitue donc ici la distance maximale que l'on considère comme « acceptable » pour recourir à son médecin. Néanmoins, pour tenir compte du fait qu'il est pénalisant de devoir parcourir une distance plus grande pour accéder à son médecin, des seuils intermédiaires sont ajoutés. Entre 0 (c'est-à-dire au sein de la commune de résidence car seules les distances de mairie à mairie sont calculées) et 10 minutes de voiture, la distance n'a pas d'impact sur l'accessibilité. En revanche, avoir 3 consultations accessibles à 15 minutes de chez soi est considéré comme équivalent à avoir 2 consultations dans sa commune de résidence. De même, avoir 3 consultations accessibles à 20 minutes est équivalent à avoir 1 consultation accessible dans sa commune de résidence.

Pour tenir compte du fait que les besoins de recours à un médecin généraliste varient en fonction de l'âge, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge : environ 1 pour les 50-54 ans, 0,74 pour les 25-29 ans, 1,9 pour les 75-79 ans.

GALI

L'indicateur le plus synthétique pour repérer les personnes handicapées, utilisé et promu par la DREES, utilisé pour les comparaisons européennes, est le GALI « sévère » (General Activity Limitation Indicator). Le GALI est la troisième question sur l'état de santé, visant à évaluer la dimension fonctionnelle de la santé, dans le « mini-module européen », utilisé pour comparer l'état de santé dans les pays d'Europe. Ce module fait notamment partie du questionnaire des enquêtes SRCV, EHIS, EpiCov et de l'enquête emploi en continu.

Cet indicateur permet de savoir, de façon considérée comme fiable, si une personne est atteinte d'un handicap, en prenant en compte l'ensemble des personnes ayant répondu « oui, fortement limité(e) » à la question ainsi formulée : « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » La définition légale du handicap est beaucoup plus longue et complexe, mais on ne peut pas entrer dans un niveau de détail trop fin dans un questionnaire en population générale. Il faut aussi que, lors d'une enquête statistique, la question soit compréhensible par les personnes interrogées, qui ne sont pas forcément spécialistes.

Standardisation (taux standardisés)

Lorsqu'on compare entre eux les indicateurs de santé de différents groupes de population, par exemple entre pays ou pour un même pays à différentes époques, ou encore différentes sous-populations d'un même pays, il est parfois judicieux de neutraliser dans ces comparaisons les différences dues à certaines caractéristiques purement démographiques. En particulier, l'âge est très fortement lié aux indicateurs de santé, et on s'attend logiquement à ce qu'une population jeune présente des meilleurs indicateurs de santé qu'une population âgée. Afin de comparer deux populations dont la distribution des âges diffère, on calcule des taux standardisés sur l'âge, c'est-à-dire qu'on fixe une même distribution d'âge donnée pour ces deux populations et on estime quels seraient les taux observés dans ces populations si leur distribution par âge était celle ainsi fixée. On peut par exemple se demander quel serait le taux de mortalité en France si la distribution des âges était équivalente à celle

de l'Allemagne, ou encore quel serait le taux de mortalité en France en 2020 si la distribution par âge était celle de la France de 1990. On peut faire les mêmes estimations en regardant cette fois-ci la distribution par sexe, ou encore la distribution par sexe croisée avec l'âge. Il s'agira alors dans le premier cas d'une standardisation sur le sexe et dans le deuxième d'une standardisation sur le sexe et l'âge.

Mathématiquement, un taux standardisé est une moyenne des taux par âge (ou par sexe ou toute autre variable de standardisation) pondérée par la distribution par âge (ou par sexe ou toute autre variable de standardisation) qu'on se fixe. Ainsi, si on standardise le taux d'une population jeune sur une population plus âgée, on accordera plus de poids aux taux des personnes âgées dans cette population jeune, pour faire « comme si » cette population jeune était en réalité plus âgée.

Cette technique nécessite d'avoir suffisamment de données pour calculer des taux fins (par âge le plus souvent). Il faut aussi garder à l'esprit que les taux standardisés ainsi calculés correspondent à une situation hypothétique et ne sont pas une observation directe de la réalité. Il faut que cette situation hypothétique ne soit pas trop éloignée de la situation réelle et garde un sens : il n'y aurait par exemple pas de sens à standardiser les taux de maladies des étudiants sur la population vivant en maisons de retraite.

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie à la naissance est l'un des indicateurs de santé les plus fréquemment mobilisés pour connaître l'état de santé d'une population. Il correspond au nombre moyen d'années qu'une génération fictive peut espérer vivre en étant soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité d'une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un indicateur prédictif mais d'un indicateur synthétique de mortalité, puisqu'il est difficile d'anticiper les progrès sanitaires à venir. Cependant, cet aperçu quantitatif de la moyenne des années à vivre n'est pas suffisant et doit être complété par un indicateur qui combine à la fois les dimensions quantitative et qualitative pour mieux apprécier le bénéfice de ces années de vie supplémentaires. C'est le cas de « l'espérance de vie sans incapacité », parfois aussi appelé « espérance de vie en bonne santé » ou encore « espérance de santé ». Ces trois appellations se rapportent à un même indicateur qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans le dispositif européen European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Cette question permet de repérer les personnes en situation de handicap, définies comme celles qui répondent : « Oui, fortement » (indicateur GALI [Global Activity Limitation Indicator]). On peut ainsi également calculer un indicateur d'espérance de vie sans incapacité forte (c'est-à-dire sans handicap) [Dauphin et Eideliman, 2021]. La version française de ce dispositif européen, nommée Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), interroge chaque année des ménages ordinaires qui résident en France métropolitaine. Actuellement, le dispositif SRCV ne couvre pas les départements d'outre-mer, aussi les espérances de vie sans incapacité en France sont calculées sous l'hypothèse que les prévalences d'incapacité en France entière sont identiques à celles observées en France métropolitaine. En 2020, l'échantillon était composé de 16 000 ménages répondants. Les évolutions d'une année sur l'autre doivent être analysées avec précaution, en raison de la dimension déclarative de l'indicateur et de la taille de l'échantillon. Les tendances qui se dégagent des évolutions sur plus longues périodes sont plus robustes. De plus, la formulation de la question utilisée pour identifier les incapacités a été modifiée entre 2007 et 2008. Les espérances de vie sans incapacité avant et après 2008 ne sont donc pas totalement comparables. L'enquête SRCV est collectée chaque année en début d'année. En 2020, l'Insee a collecté l'enquête entre le 3 février et le 18 avril. Cette période recouvre en partie le premier confinement, qui a commencé le 17 mars et s'est achevé le 11 mai. Il est donc possible que les effets de l'épidémie et des confinements successifs qu'elle a entraînés ne soient pas totalement pris en compte dans les réponses à l'enquête SRCV 2020.

Les dossiers de la DREES

N° 102 • septembre 2022

L'état de santé de la population en France

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
