

L'ETAT DE SANTE DES FRANÇAIS

Publié chaque année, ce rapport conjugue les approches transversales par population, déterminant et pathologie, pour illustrer l'état de santé des français. Il met aussi en vue les principaux problèmes de santé auxquels les politiques publiques doivent répondre.

La santé est un concept complexe, qu'on n'approche pas par une seule mesure. La large définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » fait appel au ressenti des personnes et trace un idéal à atteindre pour les politiques de santé publique. Pour caractériser l'état de santé d'une population, il faut donc décliner tout ceci en composantes aussi objectivables que possible.

Les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux pays de niveau de richesse similaire, et à plus forte raison en regard de la population mondiale.

- ***Une espérance de vie élevée mais dont l'augmentation ralentit***

Les Français ont une espérance de vie élevée, 85 ans pour les femmes en 2015, parmi les plus fortes d'Europe, et 78,9 ans pour les hommes, dans la moyenne. En dix ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 1,2 an et celle des hommes de 2,2 ans.

Cependant, cette augmentation tend à se réduire maintenant et l'écart entre les deux sexes aussi, comme dans quasiment tous les pays européens. L'espérance de vie a d'ailleurs diminué entre 2014 et 2015, de 0,4 an pour les femmes et 0,3 an pour les hommes. Cette baisse serait surtout conjoncturelle, liée à la forte augmentation de la mortalité des personnes âgées au cours de l'épisode grippal particulièrement fort de l'hiver. C'est la première fois qu'une baisse annuelle de cette ampleur est constatée depuis l'après-guerre. Elle est plus forte que celles de 2003, 2005, 2008 et 2012, toutes en lien avec l'augmentation du nombre de personnes très âgées et fragiles, sensibles aux épisodes météorologiques extrêmes, canicules, ou épidémies de grippe.

Ne pas oublier toutefois la part des raisons structurelles comme la persistance ou l'accroissement des facteurs de risque de maladies chroniques (consommation de tabac, progrès de l'obésité).

- ***La mortalité diminue, y compris la mortalité prématurée (avant 65 ans)***

La réduction très notable de la mortalité toutes causes confondues se poursuit : baisse des taux de mortalité entre 2000 et 2014, de 14,7 décès à 11,4 pour 1 000 chez les hommes et de 8,4 à 6,7 chez les femmes. Cette baisse concerne toutes les classes d'âges. Pour 2014, ces taux sont inférieurs aux taux moyens de l'Europe des 28.

On relève depuis plus de 15 ans une évolution à la baisse de la mortalité prématurée (celle qui a lieu avant 65 ans), et au sein de cette mortalité prématurée, de la mortalité évitable liée aux comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduite routière dangereuse...). Baisse plus marquée chez les hommes, toujours plus concernés que les femmes : diminution entre 2000 et 2013 de 22,9 % chez les hommes, de 15,1 % chez les femmes.

La réduction de la mortalité concerne la plupart des maladies chroniques : entre 1980 et 2012, la mortalité tous cancers (première cause de mortalité) a baissé de 1,5 % en moyenne par an chez les hommes (où elle est toujours la plus élevée) et de 1,0 % chez les femmes. La survie à la plupart des cancers, qui témoigne d'une amélioration de la prise en charge et des traitements, a également nettement progressé.

Mêmes constats pour les maladies cardio-vasculaires. Une diminution est observée pour les deux sexes, chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus.

Des exceptions pourtant : la mortalité par cancer du poumon et la mortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont augmenté chez les femmes, en relation avec une consommation de tabac qui, chez elles, n'a guère fléchi.

Pour ce qui concerne le suicide, son taux de mortalité standardisé sur l'âge a globalement diminué de 22 % entre 2000 et 2013.

- ***Les cancers et les maladies cardio-vasculaires : les deux 1ères causes de décès***

Sur les 567 000 décès en métropole en 2013, les cancers et les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes (27,6 et 25,1 %), puis les maladies de l'appareil respiratoire (autres que cancers), 1 décès sur 15, et les morts violentes (suicides, accidents...) un décès sur 15 aussi. Ces 4 groupes de maladies rassemblent près de 2/3 des décès. Les cancers sont devenus la 1ère cause de mortalité depuis 2004, devant les maladies cardio-vasculaires, pour l'ensemble de la population. Ces dernières restent cependant la 1ère cause de mortalité chez les femmes, avant les cancers, à l'inverse des hommes.

- ***Une incidence des maladies chroniques qui ne régresse pas***

L'augmentation de la prévalenceⁱ des maladies chroniques est largement due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. Mais il existe d'autres facteurs, parfois positifs (amélioration des diagnostics, des techniques d'imagerie), parfois négatifs (surdiagnostic, augmentation de risque : sédentarité, inactivité physique, surpoids et obésité, réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales).

Depuis 2005, l'incidence chez l'homme diminue et se stabilise chez la femme. La cause réside notamment dans la baisse de l'incidence du cancer de la prostate, le plus fréquent chez l'homme, et la stabilisation de l'incidence du cancer du sein, le plus fréquent chez la femme : deux cancers dont le pronostic s'est nettement amélioré. En revanche, l'évolution du cancer du poumon chez la femme est très défavorable.

Si la mortalité par AVC ne cesse de diminuer depuis 2000, l'incidence des patients hospitalisés est en hausse chez les - de 65 ans et se stabilise ensuite. Hausse à relier à une augmentation de la présence des facteurs de risque cités ci-dessus.

Depuis 2011, l'incidence globale de l'insuffisance rénale chronique terminale s'accroît de 2 % par an (une des plus hautes d'Europe). Cette croissance s'explique d'abord par l'accroissement de la population âgée, puis par l'augmentation du diabète.

Vieillesse et amélioration de la survie en cas de pathologie chronique font que le nombre de personnes concernées par ces maladies ne cesse de s'accroître. Plus préoccupant, la hausse de la fréquence des maladies chroniques concerne aussi les - de 65 ans, particulièrement les femmes.

- ***Une fréquence importante des troubles mentaux***

Pour l'OMS, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle sont des troubles mentaux : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Elles sont responsables d'une grande partie des suicides, d'incapacités et de handicaps lourds et aussi d'une qualité de vie détériorée. Diagnostic et prise en charge précoces permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. En 2014, 350 000 patients ont été hospitalisés et/ou suivis en ambulatoire pour troubles dépressifs, (1,7 fois plus de femmes que d'hommes). 3,4 personnes pour 1 000 habitants étaient identifiées comme souffrant de troubles bipolaires et ayant eu recours au système de soins.

Pour des troubles psychotiques, 7,4 personnes pour 1000 ont été prises en charge en 2014 (schizophrénie pour moitié). Si les tentatives de suicide concernent plus de femmes que d'hommes, la mortalité par suicide est 3 fois plus forte chez les hommes.

LES DETERMINANTS DE SANTE, ENJEUX DE LA PREVENTION

Identifier les comportements qui contribuent le plus à la mortalité prématurée « évitable », reste un enjeu majeur de santé publique. Or, ces comportements sont très divers : activité physique, sommeil, alimentation, consommation de substances psychoactives.

Niveau d'éducation, conditions de vie (travail et de logement), qualité d'environnement et offre de services (en santé p.ex) ont aussi un impact déterminant. Tous ces facteurs (liés aux pratiques sociales et culturelles) ont une influence sur la santé dès la vie intra-utérine avec des effets cumulés ensuite, ce qui rend les politiques de prévention complexes. Le rapprochement des comportements masculins et féminins entraîne une réduction des écarts en matière d'état de santé. En particulier, ce rapprochement, vis-à-vis de l'alcool et du tabac contribue à une baisse de mortalité par cancer plus marquée chez les hommes que chez les femmes depuis 2000 (baisse de 19% chez les hommes et 9% pour les femmes), d'où pour partie la réduction de l'écart d'espérance de vie.

- ***Une proportion de fumeurs quotidiens trop importante***

La prévalence du tabagisme quotidien est en légère baisse en 2014. La consommation de tabac des femmes et des hommes s'est rapprochée : la prévalence du tabagisme quotidien est stable chez les hommes (32%), en légère baisse chez les femmes (de 26,0 à 24,6 %). L'importante baisse du tabagisme chez les hommes, s'est traduite par une diminution de 15 % des taux de décès liés à des tumeurs malignes, de 2002 à 2013. Mais ce taux a progressé de 39 % chez les femmes sur la période ; au total, le tabagisme quotidien a diminué de 2 % pour l'ensemble des deux sexes.

- ***Une consommation quotidienne d'alcool en diminution ?***

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité. La consommation baisse régulièrement ; la France, toujours parmi les plus consommateurs, n'est plus en tête du classement européen.

Selon le Baromètre santé 2014, 18,5 % des 18-75 ans consomment régulièrement de l'alcool. La part de la population adulte concernée par au moins une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année a légèrement augmenté. Cette hausse est plus marquée chez les 18 à 25 ans.

Fait troublant : les achats d'alcool sont bien supérieurs à ces données : en 2012, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs était de 11,8 l d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus.

- ***L'augmentation du surpoids et de l'obésité, moins rapide depuis peu***

En matière de surpoids et d'obésité - associés à un risque accru de morbidité et de mortalité -, la situation est plus favorable que dans les autres pays occidentaux, même si elle s'est dégradée depuis 1980. 1 adulte sur 2 est aujourd'hui en surpoids et 1 sur 6 souffre d'obésité. D'après les dernières données, ces prévalences augmentent encore, peut-être moins vite. Des progrès sont réalisables puisque 40 % de la population consomme fruits et légumes selon les recommandations et la moitié déclare une activité physique habituelle en 2014.

- ***Un fort impact des conditions de travail sur l'état de santé et, réciproquement***

Les liens entre conditions de travail et santé sont complexes, et jouent dans les deux sens.

La santé peut être affectée par les expositions aux agents cancérigènes, mutagènes, pesticides, amiante, etc., à des facteurs de pénibilité – postures pénibles, gestes répétitifs, bruit et températures, travail de nuit, en équipe alternante – et aux risques psychosociaux (travail intense, pression, manque de reconnaissance, d'autonomie, conflit de valeur dans l'entreprise, insécurité économique).

En 2010, 8 millions de salariés (40 %) étaient exposés à au moins un facteur de pénibilité, dont 12 % à un agent cancérigène ou plus : hommes surtout ouvriers, mais aussi femmes en âge de procréer (surtout professionnelles de santé).

Ces risques, inégalement répartis entre catégories socioprofessionnelles, contribuent aux inégalités de santé.

Les maladies professionnelles sont mal décelées, du fait de la traçabilité médiocre des expositions, du délai entre début de l'exposition et survenue de la maladie (souvent après arrêt d'activité).

Elles ne sont qu'une part de la réalité : affections de l'appareil locomoteur et souffrance psychique constituent les maladies à caractère professionnel les plus déclarées par les médecins du travail. Elles affectent plus souvent ouvriers et employés. Les pathologies en lien avec la souffrance psychique touchant elles, plus souvent cadres et professions intermédiaires.

Enfin, les accidents du travail sont une part importante des dommages sanitaires liés au travail. La baisse du nombre d'AT depuis 2005, s'est accentuée encore depuis 2009, en partie du fait de la crise, surtout dans les secteurs tels que la construction et parmi les ouvriers, les hommes et les jeunes.

- ***Des expositions environnementales qui concernent un grand nombre de personnes***

L'intensité des expositions environnementales (qualité de l'air, de l'eau, perturbateurs endocriniens...) est moins forte que celle des expositions professionnelles, mais elles concernent un nombre très important de personnes. Malgré la réduction des émissions des principaux polluants, les concentrations de nombreux polluants atmosphériques (notamment particules, NO₂ et O₃) restent stables dans la plupart des villes, supérieures aux lignes directrices de l'OMS. En particulier, la pollution par les particules fines émises par les activités humaines est à l'origine, d'au moins 48 000 décès prématurés par an soit 9 % de la mortalité.

DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE IMPORTANTES

Les classes plus favorisées et/ou plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, s'approprient mieux les messages de prévention et accèdent aux soins plus adaptés. Il y a en effet des différences entre catégories socioprofessionnelles pour le quasi ensemble des activités et tous

les déterminants de santé : conditions de travail, de logement, comportements (sociabilité, reconnaissance sociale, alimentation, consommation de substances psychoactives, recours aux soins...). La société contribue très largement aux inégalités sociales de santé, au-delà des contraintes budgétaires qui pèsent sur les pratiques alimentaires.

L'inverse existe également : l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Déjà présentes aux premières années, elles se cumulent au long de la vie.

Les inégalités sociales de mortalité, stables depuis des décennies, témoignent de ce cumul : sur 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes.

Beaucoup de déterminants, nutrition, activité physique, consommation de tabac, sont également échelonnés selon ces gradients sociaux. Par exemple, le nombre d'élèves en maternelle qui passent plus d'une heure devant un écran en semaine est de 59 % chez les ouvriers, 51,8 % chez les employés, 25,4 % chez les cadres. La proportion des adultes parmi les 20% les moins favorisés qui atteignent l'objectif du Programme national nutrition santé de consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour est de 11 % contre 18 % chez les 20% les plus favorisés. L'activité physique régulière est le fait de 67 % des personnes les plus favorisées contre 30 % de celles qui le sont le moins. Enfin, le tabagisme quotidien est de 19 % chez les cadres contre 42 % chez les ouvriers non qualifiés.

Les mêmes populations, cumulent les expositions aux facteurs de risque pour la santé, dans le contexte professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont aussi celles dont les comportements (alimentaires, activité physique, etc.) sont les moins favorables à la santé.

Les inégalités de recours aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement pour les plus démunis. La participation aux dépistages est différente selon la situation sociale ; les campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein ont pourtant permis de réduire ces inégalités. Mêmes différences pour les troubles de la vision et leur correction.

DES DISPARITES TERRITORIALES DE SANTE EN LIEN AVEC LES INEGALITES SOCIALES

Les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. De surcroît, les situations sont souvent accentuées par le contexte économique et la disponibilité locale de services, sanitaires et médico-sociaux. La cartographie met en évidence, pour de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité, ces différences marquées entre Métropole et Départements-Régions d'Outre-Mer (DROM), en situation plus défavorable, mais aussi entre régions métropolitaines.

L'espérance de vie est en moyenne plus élevée dans le sud de la Métropole, en Île-de-France et, pour les DROM, en Martinique. En revanche elle est en moyenne plus basse dans les Hauts-de-France et, pour les DROM, à Mayotte et en Guyane avec des écarts jusqu'à 4 ans pour les hommes, 2 ans pour les femmes en Métropole, et 3 ans pour les hommes 6 ans pour les femmes en DROM.

En lien avec les inégalités sociales, les inégalités territoriales apparaissent dès le plus jeune âge. La mortalité périnatale (nombre d'enfants nés sans vie ou nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances), et la mortalité infantile (nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire pour 1 000 enfants nés vivants) sont nettement supérieures dans les DROM (hors Mayotte) par rapport à celles de la Métropole. Le taux de mortalité infantile le plus élevé pour les DROM est de 9 pour 1 000 naissances vivantes en Guadeloupe contre 4 en Île-de-France pour la Métropole. Les DROM ont aussi des taux de prématurité et de petit poids de naissance plus élevés que toutes les régions de Métropole ; des différences toutefois entre régions métropolitaines, Hauts-

de-France et Île-de-France ayant les taux de prématurité (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée), les plus élevés.

Parmi les comportements facteurs d'inégalités territoriales, la consommation d'alcool : la proportion de buveurs quotidiens parmi les 15-75 ans est nettement plus forte en Occitanie (18 % contre 11 % pour la moyenne nationale), plus faible en Île-de-France et dans les DROM.

Le taux d'hospitalisation et la mortalité pour les grandes maladies chroniques (hors cancers où les données régionales ne sont pas disponibles) manifestent des différences notables entre les régions.

LA SANTE AUX DIFFERENTS AGES

- ***Santé périnatale et enfance***

Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 en 2014, stable depuis 2012. La mortalité néonatale, c'est-à-dire les enfants nés vivants et décédés avant 28 jours, est de 2,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2014, relativement stable depuis 2005.

En 2014, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples. Ce taux évolue peu. Le faible poids de naissance, souvent en relation avec une naissance prématurée et/ou un retard de croissance intra-utérin, est un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte.

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, et bien sûr le mal-être et l'isolement chez l'enfant. Depuis 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (avec de fortes inégalités sociales).

- ***L'adolescence : l'âge des conduites à risque***

Passés les premiers mois de la vie, la plupart des pathologies sont bénignes. C'est toutefois dans l'enfance et l'adolescence que s'installent, avec les habitudes de vie, divers déterminants de l'état de santé. À ces âges, les pathologies pèsent peu sur l'état de santé. Les accidents et violences ont en revanche un poids important : les « causes externes de blessure et d'empoisonnement » représentent un tiers des décès avant 25 ans (7 % pour l'ensemble de la population), malgré une baisse des accidents de la vie courante et de la circulation dans les années 2000.

L'adolescence est marquée parfois, par des addictions, des troubles alimentaires, et des conduites routières dangereuses : tous ces comportements n'exposent pas forcément à un risque de décès mais peuvent avoir des répercussions, de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiques à l'âge adulte. Les évolutions récentes incitent à la vigilance. On a constaté un repli de l'expérimentation d'alcool et de tabac entre 2000 et 2014, mais pas pour ce qui est des usages réguliers. La consommation quotidienne de tabac est repartie à la hausse après 2008. En 2014, 1/3 des jeunes de 17 ans fument tous les jours. Après un répit de 2003 à 2008, l'usage régulier d'alcool est relancé comme les alcoolisations ponctuelles importantes.

Enfin, s'agissant du risque de suicide, les données disponibles mettent en évidence la vulnérabilité des adolescentes de 15 à 19 ans ; c'est dans cette tranche d'âge que la prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge est de très loin la plus élevée (2,6 %).

- ***La santé sexuelle et reproductive***

En 2013, 97 % des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, suivie par le stérilet et le préservatif. Mais suite au débat médiatique de

2012-2013 sur les pilules de 3ème et 4ème générations, les femmes ont modifié leur comportement, en les abandonnant au profit d'autres moyens de contraception.

Le nombre d'IVG varie peu depuis 2006 : 219 000 à 229 000 femmes concernées chaque année par une IVG, soit 14,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2015. Ces taux varient selon les régions, plus élevés en DROM, Île de-France et Sud de la France.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes constituent un problème de santé publique du fait de leur grande fréquence, leur transmissibilité, leurs complications (neurosyphilis...), de leurs séquelles (infertilité...) et parce qu'elles sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH. En 2014, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH est de près de 6 600 soit 100 cas par million d'habitants.

En 2015, l'âge moyen des mères à la naissance atteint 30,1 ans, soit une progression de 1 an et 4 mois en 20 ans. En 2015, la part des mères de 40 ans ou plus pour l'ensemble des naissances vivantes atteint 5,1 %, et a été multipliée par cinq depuis 1980.

Le nombre de grossesses à risque augmente. En 2014, la proportion d'accouchements multiples est de 17,4 pour 1000. Elle augmente avec l'âge, 10,3 pour 1000 femmes âgées de 20 à 24 ans, 28,8 pour 1000 chez les femmes de 40 ans et plus.

Cette augmentation est due à la fois à un facteur biologique lié à l'âge de la mère et au recours à la procréation médicalement assistée, qui augmente avec l'âge en lien avec les difficultés à concevoir. Le nombre d'accouchements multiples a une conséquence sur l'importance de la prématurité.

Les risques du tabac durant la grossesse restent sous-estimés. Ils concernent à la fois la femme enceinte et son enfant. Le risque de petit poids de naissance chez l'enfant double chez les femmes consommatrices de 1 à 9 cigarette(s) au quotidien au 3e trimestre de grossesse comparé aux non fumeuses, et triple chez les femmes pour plus de 10 cigarettes par jour. En 2010, 1 femme sur 6 fumait chaque jour des cigarettes au 3e trimestre de grossesse. Ce chiffre a diminué depuis 1998.

La mortalité maternelle est un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites. En France, le ratio de mortalité maternelle est de 10,3/100 000 naissances vivantes à la fin des années 2000, assez stable.

Santé et vieillissement : un enjeu majeur

Le fait récent le plus marquant tient au vieillissement de la population qui s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies.

En lien à la polypathologie, la polymédication, habituelle et souvent justifiée, fait peser des risques importants sur la santé, en particulier des personnes âgées. Il est démontré qu'il existe en effet une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, interactions médicamenteuses, chutes.

En 2013, 40 % des 75 ans et plus sont concernés par la polymédication cumulative, avec en moyenne 10 médicaments ou plus sur 3 mois (33 % plus de 10 médicaments de manière continue).

Le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les plus de 65 ans a baissé de 25 % en 15 ans. Ceci grâce à la diffusion de traitements pour l'ostéoporose et au développement de programmes préventifs chez les personnes âgées.

La mortalité due aux chutes a diminué de 3,2 % par an en moyenne depuis 2000, mais depuis 2011 elle est stable chez les femmes et tend à remonter chez les hommes.

Le vieillissement de la population fait que le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. Les maladies d'Alzheimer et autres démences (MAAD) constituent aujourd'hui un enjeu de santé publique dans tous les pays

développés. En 2014 en France, 770 000 personnes de 40 ans et plus souffrant de MAAD ont été prises en charge par le système de soins, soit un taux de prévalence de 22 pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge, variant de 2 ‰ chez les patients jeunes (40-64 ans) à 60 ‰ chez les 65 ans et plus. On estime à environ 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MAAD en 2014 en France. La maladie de Parkinson est, après la maladie d'Alzheimer, la 2ème maladie neurodégénérative la plus fréquente. A la fin 2012, 160 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,45 pour 1 000 habitants (les hommes touchés 1,5 fois plus souvent que les femmes).

Au-delà des « maladies » : le retentissement des problèmes de santé sur la qualité de vie

En 2015, 25 % des personnes de 16 ans et plus déclarent être limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois, du fait d'un problème de santé, (9 % fortement limitées). Les limitations augmentent avec l'âge. Une enquête permet d'estimer que 5 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 19 % pour accomplir les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 34 % et 71 % des personnes.

Plus globalement, la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap appelle de nouvelles réponses, notamment une prise en charge globale de l'individu (sanitaire, médico-sociale, sociale et psychologique), en améliorant la coordination des acteurs, notamment via la mise à disposition d'outils informatiques et de plateformes de ressources au service des professionnels, etc. C'est le concept de parcours de santé que les acteurs du système de santé s'efforcent de promouvoir et de mettre en œuvre.

Alain Chalochet

Fondation Après-Tout

d'après « L'état de la population en France » Rapport 2017 DREES www.sante.gouv.fr
