Cancer du sein

En 2002, le taux de décès par cancer du sein était de 26,8 pour 100 000 femmes en France[1]. Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (11,9 % de la mortalité prématurée féminine en 2002). En matière de variations régionales, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans la région Nord - Pas-de-Calais (+32 % par rapport à la moyenne nationale) et en Haute-Normandie (+15 %). Les taux les plus bas sont observés en Corse (-17,5 % par rapport à la moyenne nationale) et en Auvergne (-10,7 %).

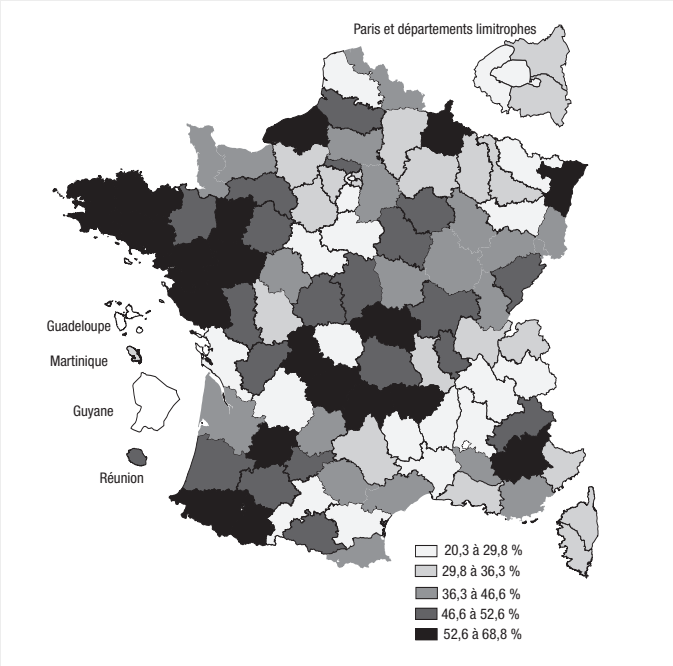
Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage d'au moins 80 % chez les femmes de 50 à 74 ans. Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004 sur la base d'un cahier des charges publié en 2001. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans et est organisé au niveau départemental. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Or, si les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement, celles du dépistage individuel (dit aussi spontané) ne le sont pas.

Mortalité par cancer du sein ● Code CIM10 : C50
Taux de participation au programme de dépistage organisé

En 2004, globalement, le taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé atteignait 40 %. Ce taux est estimé sur l'ensemble des départements (excepté la Guyane) y compris les 64 départements qui avaient débuté le programme au cours de l'année 2003. Or, l'expérience des départements engagés depuis plusieurs années dans le dépistage montre que les taux de participation sont plus faibles en début du programme. L'interprétation des taux au niveau départemental doit donc rester prudente en termes de comparaisons territoriales, du fait de la généralisation encore récente du programme de dépistage organisé à l'ensemble des départements. ●

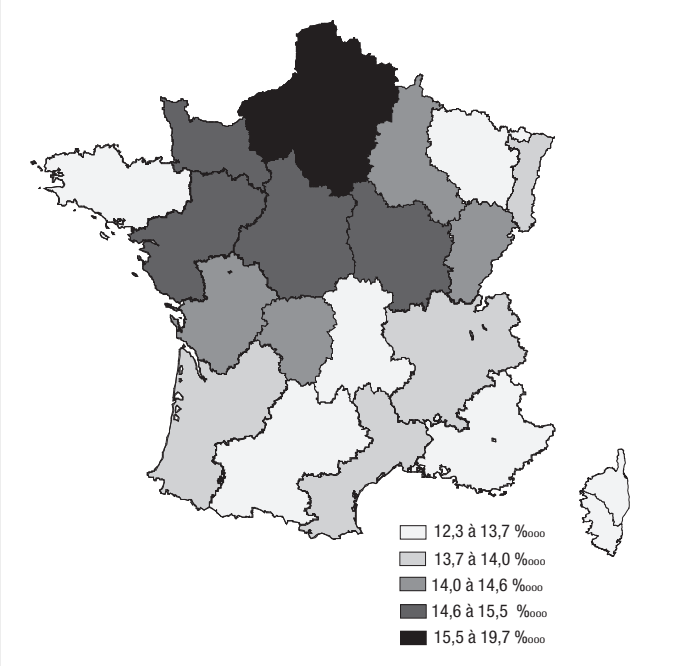
1. Pour les données régionales issues du centre européen Eurostat, les taux ont été calculés sur la population globale (hommes et femmes) et sur la France métropolitaine, à partir de données moyennes recueillies entre 2000 et 2002. Cela explique les variations d'échelles qui sont observées. Sur la population globale, le taux de décès par cancer du sein standardisé sur l'âge est de 15,0 pour 100 000 habitants.

Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2004 (quintiles)



Sources : InVS, INSEE, exploitation DREES.

Taux standardisés de mortalité par cancer du sein (quintiles)



Sources : Eurostat, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Santé - Environnement

La directive européenne n° 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé des limites de qualité pour une trentaine de paramètres. Pour les paramètres microbiologiques et pesticides, les limites de qualité étaient les suivantes :

– les germes indicateurs de contamination fécale *Escherichia coli* et entérocoques doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;

– les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une concentration supérieure à 0,1 υg/L.

L'objectif de la loi de santé publique est de diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides. La défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux sont généralement à l'origine des situations de non-conformité microbiologique recensées. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle constitue l'un des objectifs du plan national santé-environnement à l'échéance de 2010, destiné à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.

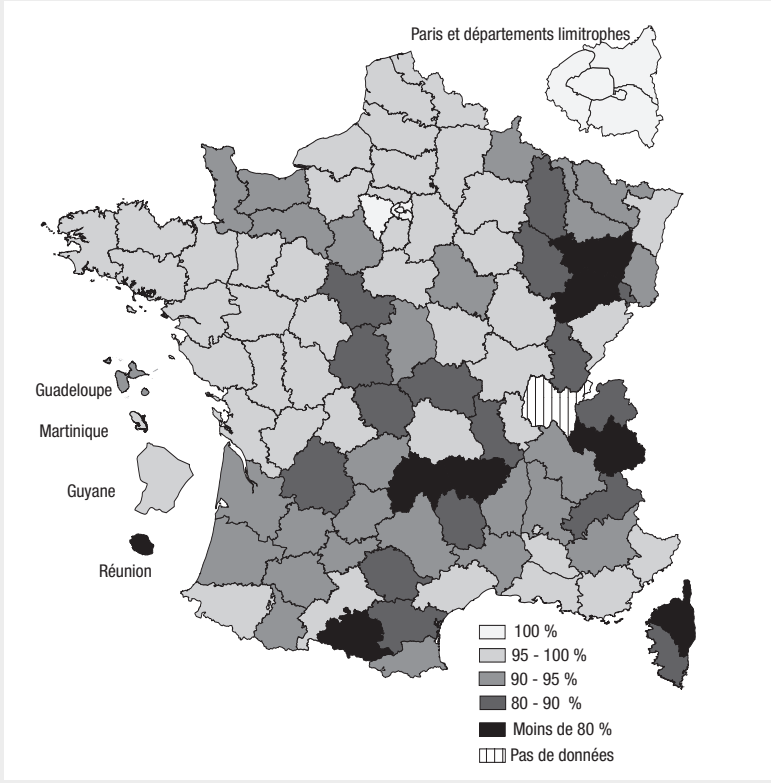
Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres microbiologiques

Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres pesticides

Au cours de l'année 2004, 4,9 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques. La diminution de la population concernée, observée depuis 2000 (8,8 %), se poursuit. Les zones géographiques où la qualité de l'eau ne respectait pas de façon permanente les limites de qualité microbiologique correspondaient à celles où les réseaux d'adduction étaient les plus nombreux et morcelés, notamment les zones de montagne (le Massif central, le massif vosgien, les Alpes, etc.). Ainsi, 99,8 % des prélèvements étaient conformes pour les unités de distribution (UDI) de plus de 50 000 habitants contre 87,6 % pour les UDI de moins de 500 habitants.

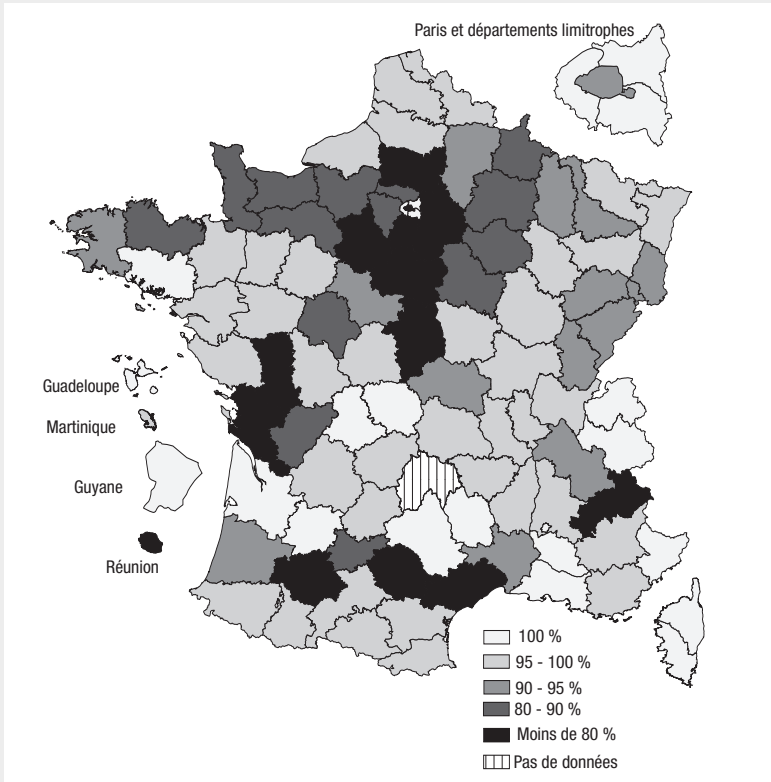
La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides est estimée à partir des informations fournies par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Au cours de l'année 2004, 6,8 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres pesticides. Les concentrations élevées et durables en pesticides dans les eaux ont nécessité de restreindre les usages alimentaires de l'eau de la distribution publique pour 115 000 personnes (0,19 %) de la population au cours de l'année 2004. Les départements pour lesquels plus de 20 % de la population a été au moins une fois alimentée par une eau non conforme aux limites de qualité pour les pesticides étaient, en Île-de-France, l'Oise et la Seine-et-Marne ; dans la région Centre, l'Eure-et-Loir, le Loiret et le Cher ; dans la région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA), les Hautes-Alpes ; dans la région Languedoc-Roussillon, l'Hérault ; en Midi-Pyrénées, le Gers et le Tarn et en Poitou-Charentes, les départements de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres .●

Pourcentage de la population alimentée par une eau de bonne qualité bactériologique en 2004



Sources : Ministère chargé de la Santé, DDASS-SISE-Eaux.

Pourcentage de la population alimentée par une eau conforme en permanence aux limites de qualité pour les pesticides en 2004



Sources : Ministère chargé de la Santé, DDASS-SISE-Eaux.

Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

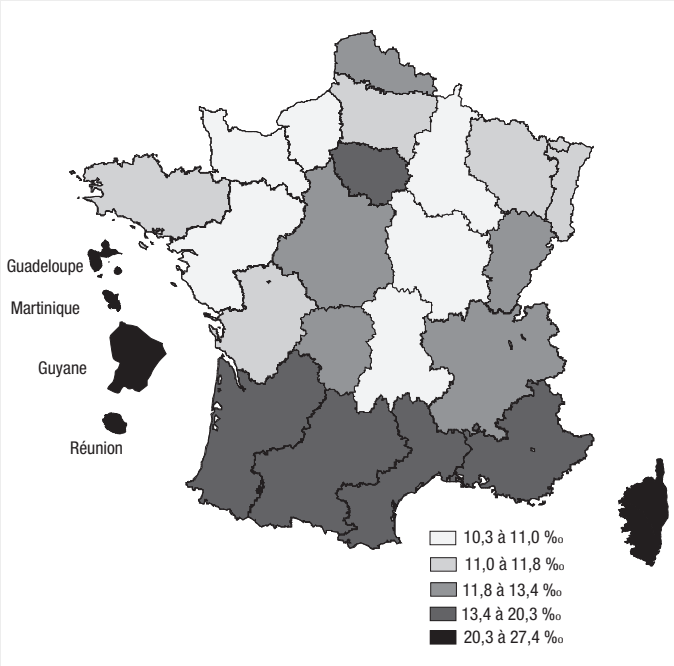
L'un des objectifs de la loi de santé publique vise à assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Taux d'IVG chez les 15-49 ans
Taux d'IVG chez les mineures

En métropole, les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 17 IVG pour 1 000 femmes, contre une moyenne de 11,9 sur l'année 2004 pour l'ensemble des autres régions. Dans les régions Pays de la Loire et Auvergne, qui comptaient en 2003 moins de 10 IVG pour 1 000 femmes, les taux s'élèvent désormais respectivement à 10,3 et 10,8. Les écarts régionaux de structure d'âge ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales. Depuis 1995, dans toutes les régions à l'exception des DOM, le nombre d'IVG s'inscrit dans une tendance globale d'augmentation. Certaines régions ont toutefois enregistré une progression particulièrement importante : parmi elles, la Corse (+ 57 % en 10 ans), le Centre et le Languedoc-Roussillon (+ 28 %). En dix ans, les taux relevés en Île-de-France et dans le sud-est de la France se sont nettement détachés de ceux du reste de la France : en 2004, le recours à l'IVG dans les régions Corse, Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Provence - Alpes - Côte d'Azur étaient ainsi supérieurs de 8 points à la moyenne des autres régions métropolitaines. Alors que chez les femmes de plus de 40 ans, le taux d'IVG reste stable, il continue de progresser chez les mineures (+32 % entre 1990 et 2004), concernant en 2004 11 500 jeunes filles de 15 à 17 ans, soit une sur 100. C'est dans les régions du nord de la France que la part des IVG chez les mineures est la plus élevée (8,6 % dans le Nord - Pas-de-Calais et 8,4 % en Champagne-Ardenne).

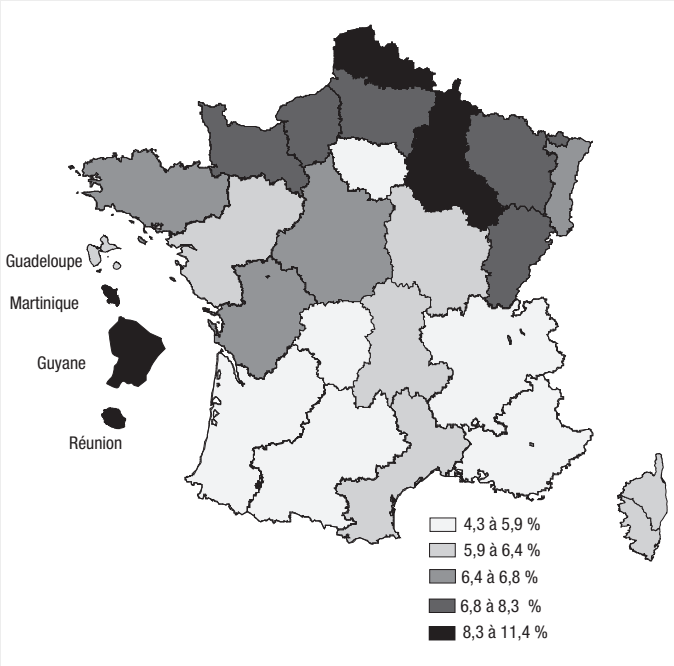
Les IVG sont par ailleurs nettement plus fréquentes dans les départements d'outre-mer (DOM) qu'en France métropolitaine. C'est en Guyane et en Guadeloupe que les recours à l'IVG sont les plus fréquents : les taux d'IVG s'élèvent à 41,7 pour 1 000 femmes en Guadeloupe, 33,8 en Guyane, 23,3 en Martinique et 19,9 à la Réunion. Ceux-ci sont associés à une natalité forte en Guyane mais beaucoup plus modérée en Guadeloupe. Chez les femmes mineures, les recours à l'IVG sont également beaucoup plus fréquents dans les DOM qu'en France métropolitaine.●

Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2004 (quintiles)



Sources : DREES-SAE, INSEE.

Part d'IVG chez les mineures en 2004 (quintiles)



Sources : DREES-SAE, données redressées 2004, PMSI MCO, INSEE.
Données régionales.

Violences et traumatismes

■ VIOLENCES ROUTIÈRES

Violences routières ● taux de mortalité à 30 jours : indicateur d'accidentologie locale
Suicide ● taux de mortalité par suicide

La loi de santé publique prévoit de réduire fortement, en tendance régulière et permanente, le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

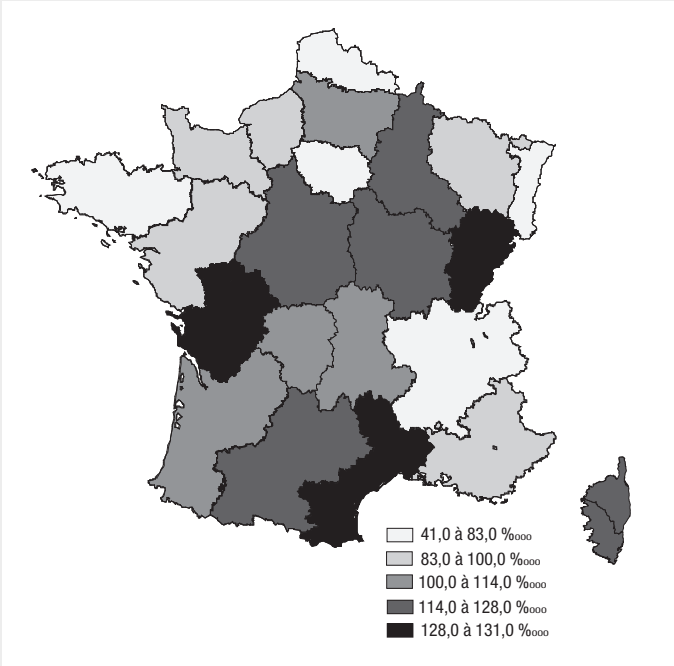
En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les DOM (décès survenant dans les 30 jours). Rapportés à la population, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants sont respectivement de 87 en métropole et de 122 dans les DOM. C'est la classe d'âge des 18-24 ans qui est la plus exposée, avec un taux de risque 2,6 fois plus fort que la moyenne en métropole et 1,9 fois plus élevé dans les DOM. Les routes de rase campagne (nationales ou départementales) sont les plus dangereuses avec 75 % des tués pour 52 % du trafic, expliquant en partie les disparités régionales observées. Pour apprécier les disparités régionales en tenant compte du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux (autoroute, rase campagne, zones urbaines), un indicateur d'accidentologie locale (IAL), basé sur le nombre de décès, est calculé : l'IAL compare les résultats d'une région à ce qu'ils seraient si cette région avait eu les mêmes taux de risque que la France métropolitaine sur ses différents réseaux routiers (IAL de référence = 1). Il existe, en ce domaine, un gradient nord-sud. Les régions dont la position relative est la moins favorable sont la Corse (1,41), le Languedoc-Roussillon (1,29) et la région PACA (1,28). Plus au nord, trois régions se distinguent par une accidentologie plus élevée : la Picardie (1,14), le Centre (1,25) et la région Champagne-Ardenne (1,40). Parmi les situations les meilleures, se trouvent les régions à fortes caractéristiques urbaines : l'Île-de-France (0,81), le Nord - Pas-de-Calais (0,89) et la région Rhône-Alpes (0,79).

■ SUICIDE

La France est l'un des pays qui enregistre l'un des taux de suicide les plus élevés en Europe. En 2001, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a calculé que le nombre d'années potentielles de vies perdues en France par suicide était de 335 pour 100 000 personnes (511 pour les hommes et 160 pour les femmes), soit 8 % du total des années de vie perdues pour cette année-là. L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de passer d'ici à 2008 à moins de 10 000 décès par an.

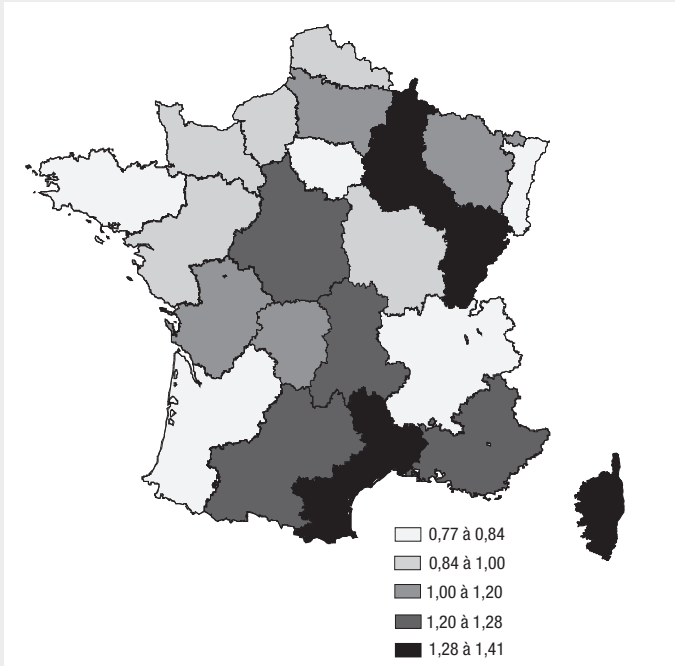
Environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 2 % présentent un risque suicidaire élevé. Si les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes : l'incidence était de 26,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes en 2002. Concernant la mortalité par suicide, les phénomènes de sous-déclaration sont estimés entre 20 % et 25 %. Cependant, ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction. Les décès dus au suicide constituent la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans. L'étude des taux standardisés de suicide annuels moyens sur la période 2000-2002 montre que douze régions ont un taux supérieur d'au moins 15 % à la moyenne nationale. Elles appartiennent, pour la plupart d'entre elles, à un grand quart nord-ouest de la France, le taux le plus élevé étant, et de loin, celui enregistré en Bretagne (+60 %), suivie de la Basse-Normandie (+33 %) et du Nord - Pas-de-Calais (+29 %). À l'opposé, quatre régions (Alsace, Midi-Pyrénées, Corse et Île-de-France) connaissent des taux de suicide nettement inférieurs à la moyenne nationale (≥ -20 %). ●

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en 2005
(quintiles)



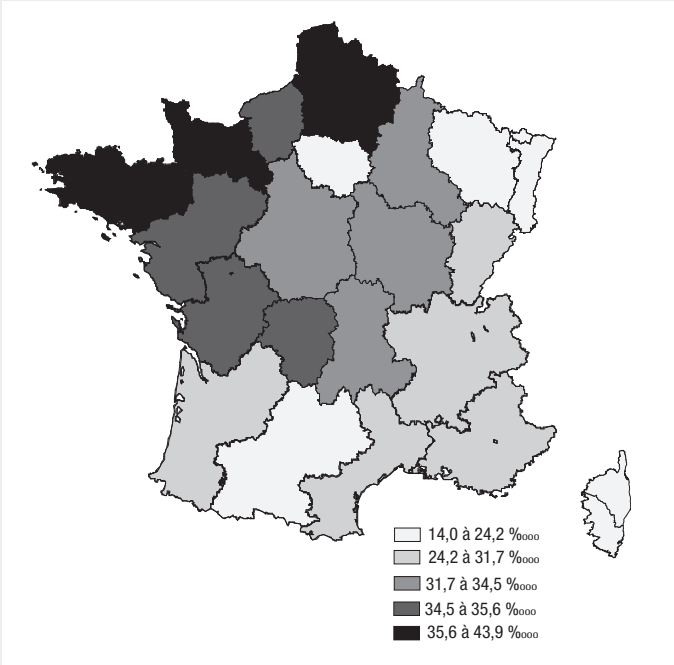
Source : ONISR (www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire).

Indicateur d'accidentologie locale en 2005
(quintiles)



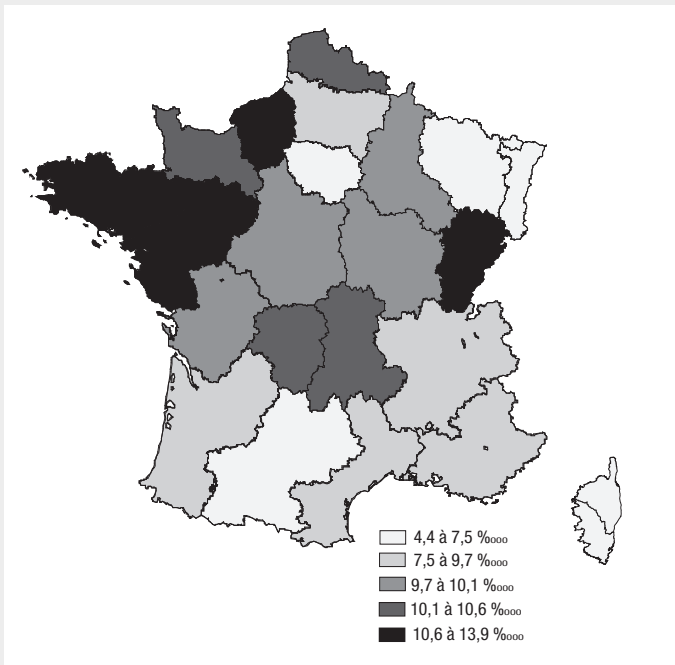
Source : ONISR (www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire).

Taux standardisés* de mortalité par suicide chez les hommes
(quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.
* Population du recensement de 1990 (France métropolitaine).

Taux standardisés* de mortalité par suicide chez les femmes
(quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.
* Population du recensement de 1990 (France métropolitaine).

Personnes âgées

■ CHUTES

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est d'ici à 2008 de réduire de 25 % le nombre chutes des personnes de plus de 65 ans. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans leur survenue : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Les taux de mortalité par chute ont été retenus comme indicateur complémentaire dans la loi de santé publique car les taux de mortalité par chute en métropole sont parmi les plus élevés d'Europe.

En 2002, 4 318 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle (36,6/100 000), parmi lesquelles 1 785 hommes (45,2/100 000) et 2 533 femmes (31,4/100 000). Ces résultats sont établis en excluant les « décès à la suite d'une fracture sans autre indication ». Les femmes décédées d'une chute étaient plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité standardisés montrent en réalité une surmortalité masculine (sex-ratio : 1,4), qui s'observe quasiment à tous les âges au-delà de 65 ans. Les taux de mortalité augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les plus de 85 ans. En matière de disparités régionales, des différences significatives existent notamment en Rhône-Alpes (taux de mortalité le plus élevé) et en Île-de-France (taux le plus faible). Les autres différences régionales observées ne sont pas significativement différentes de la moyenne nationale.

Taux de mortalité par chutes ● Codes CIM10 : W00 à W19

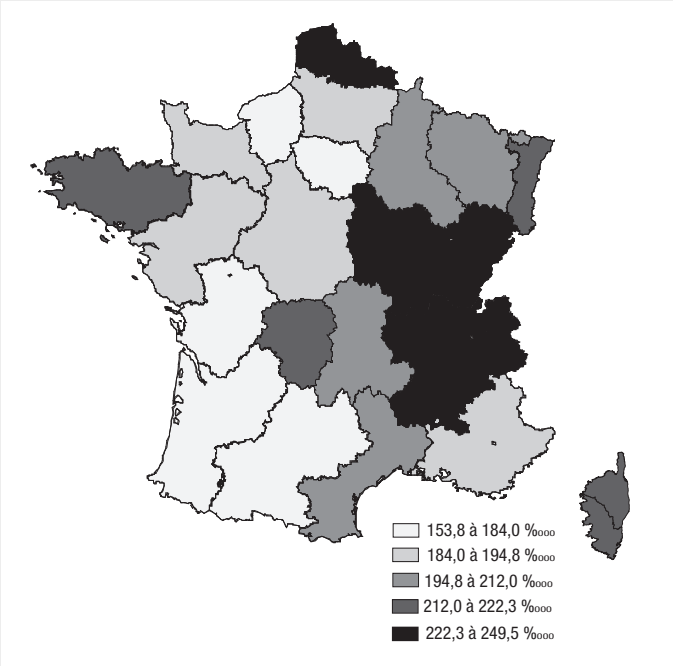
Taux de mortalité par chutes et fractures d'origine indéterminée ● Codes CIM10 à W19 - X59 en cause principale et S02 - S12 - S22 - S32 - S42 - S52 - S62 - S72 - S82 - S92 - T02 - T10 - T12 - T142 parmi les autres causes

Taux standardisé d'hospitalisation en MCO pour fracture du col du fémur ● Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal et ceux comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur.

■ FRACTURE DU COL DU FÉMUR

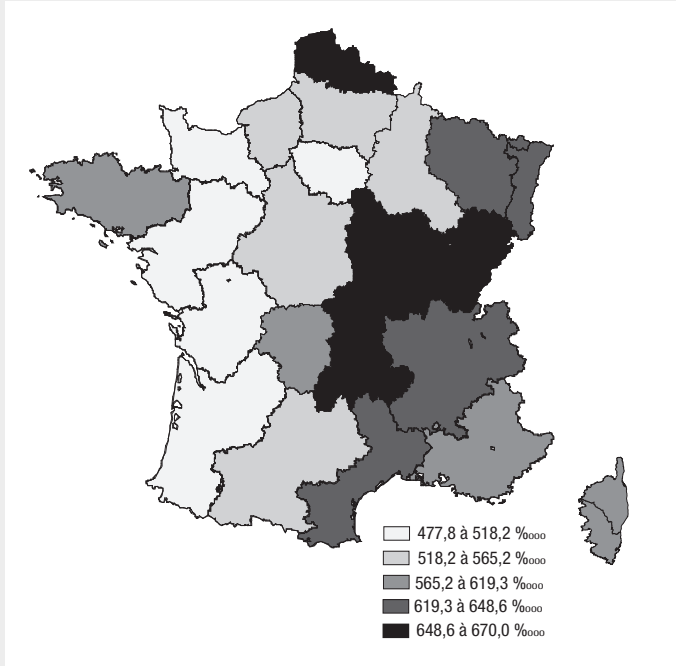
En 2003, les services de soins de courte durée (MCO) ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, près de 75 000 séjours motivés par une fracture du col du fémur. Ces données sont surestimées car certains séjours ont parfois été comptabilisés plusieurs fois. Il s'agit dans près de huit cas sur dix de femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge. En nombre de séjours, les taux bruts d'hospitalisation tous âges ont atteint, en 2003, 100 pour 10 000 femmes et 40 pour 10 000 hommes. Les variations régionales des taux d'hospitalisation standardisés sont faibles. Pour dix-neuf régions, l'écart est de moins de 10 % par rapport au taux national. Les Antilles enregistrent, quant à elles, des taux très inférieurs au taux national (environ -60 % pour le total deux sexes). À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs (environ +30 % pour les deux sexes). La position relative de ces régions est la même pour les hommes et les femmes. En revanche, à la Réunion, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est sensiblement plus bas que le taux national (-30 %), tandis que celui des hommes est nettement plus élevé (+20 %). ●

Taux standardisés de mortalité par chute chez les personnes de plus de 85 ans (quintiles)



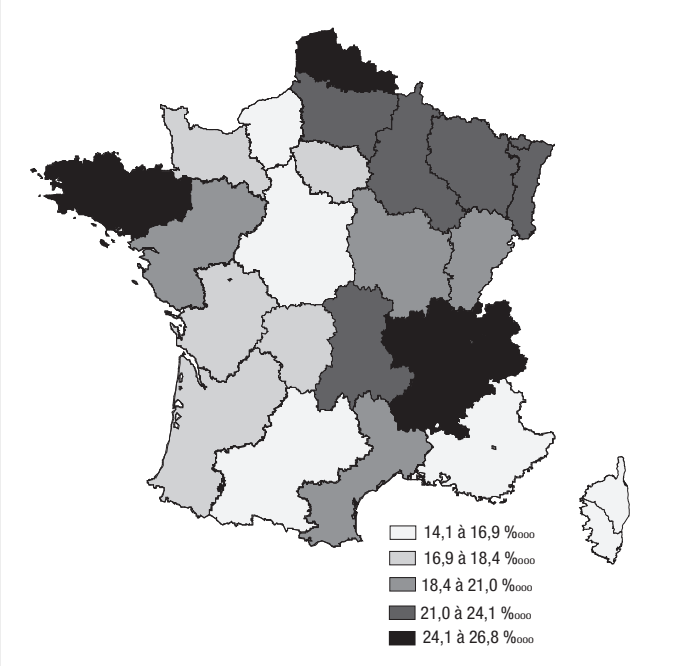
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute ou fracture d'origine indéterminée chez les personnes de plus de 85 ans (quintiles)



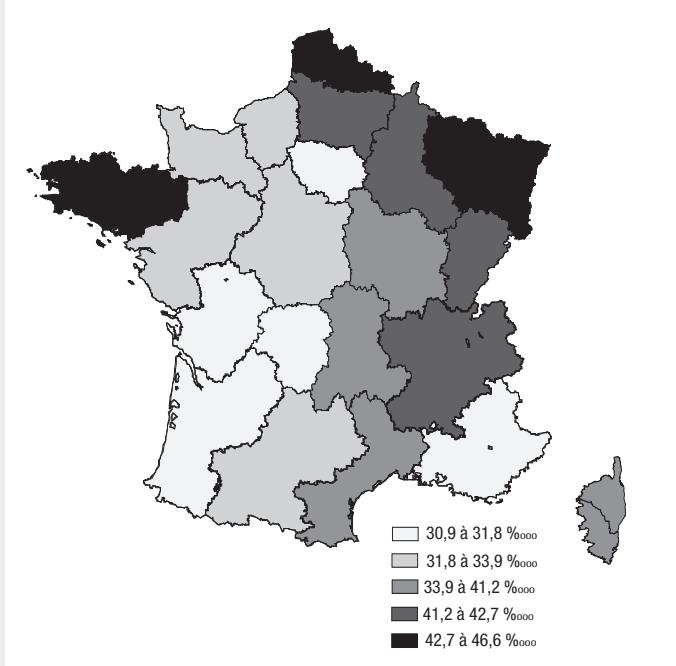
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute chez les personnes de 65 à 84 ans (quintiles)



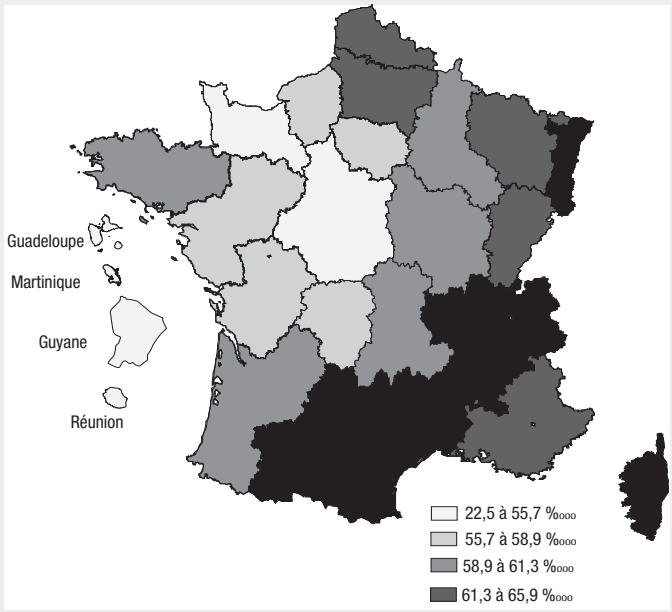
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute ou fracture d'origine indéterminée chez les personnes de 65 à 84 ans (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés d'hospitalisation en soins de courte durée (MCO) pour fracture de col du fémur en 2003 (quintiles)



Sources : Base nationale PMSI MCO 2003, INSEE, exploitation DREES.
Données selon la région de résidence.