
**Déclinaison
régionale
(ou infranationale)
des indicateurs associés à la
loi relative à la politique de
santé publique de 2004**

Note méthodologique

Sommaire

Le contexte.....	5
Notes générales	9
Les indicateurs associés aux objectifs.....	13
Alcool	15
Tabac	19
Nutrition et activité physique	22
Santé et environnement	30
Maladies infectieuses	33
Santé maternelle et périnatale.....	43
Tumeurs malignes	46
Pathologies endocriniennes	50
Maladies cardiovasculaires.....	52
Insuffisance rénale chronique.....	60
Troubles musculo-squelettiques	61
Traumatismes	62
Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population.....	69
Les indicateurs de santé transversaux	73
Cadrage démographique.....	74
Déterminants sociaux	76
Données synthétiques de mortalité.....	77
Problèmes de santé spécifiques	80
Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.....	87
Glossaire	95

Le contexte

Le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique propose 100 objectifs de santé spécifiques à atteindre à un horizon quinquennal. Un travail important a été mis en œuvre en 2004 sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de la Direction générale de la santé (DGS) avec l'ensemble des producteurs de données en santé, ainsi que des experts et des « utilisateurs » des informations produites pour chaque objectif, afin de sélectionner et définir de façon opérationnelle des indicateurs synthétiques de l'état de santé de la population et des indicateurs de suivi de l'atteinte de ces objectifs. La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a participé à ce travail, notamment sur l'opportunité et la faisabilité de la déclinaison régionale de ces indicateurs. Ces travaux ont donné lieu à la publication d'un rapport disponible sur le site du ministère chargé de la santé, rapport qui détaille par objectif et pour chaque indicateur défini, ses modalités de calcul, sa disponibilité et les limites de son interprétation¹.

Le suivi de ces indicateurs est coordonné par la Drees qui produit un rapport annuel avec la contribution de tous les organismes producteurs de données dans le champ de la santé. Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, ces rapports présentent pour chaque objectif l'analyse des indicateurs disponibles à l'échelle nationale ainsi qu'au niveau régional lorsque l'information est disponible et pertinente pour mettre en évidence des disparités entre régions. Le dernier rapport 2009-2010 est accessible sur le site du ministère chargé de la santé², de même que les rapports précédents.

Dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs 2006-2008³ signée entre le ministère chargé de la santé et la Fnors, une réflexion⁴ a été engagée en vue d'assurer la mise à disposition sur le site d'information en santé SCORE-Santé des indicateurs régionaux associés aux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Cette opération se concrétise aujourd'hui par la mise à disposition sur le site SCORE-Santé de l'ensemble des indicateurs qui sont disponibles de façon homogène au niveau régional, calculés selon une méthodologie standardisée à partir des bases de données ou des enquêtes nationales représentatives à un niveau infranational. Les données concernent les régions de métropole et d'outre-mer lorsqu'elles sont disponibles, et pour quelques indicateurs des données départementales ou par zone d'études et d'aménagement du territoire (Zeal). Ces indicateurs ont été définis selon la méthodologie recommandée lors de leur définition au niveau national. Les modalités de calcul, leurs limites d'interprétation ainsi que les périodes de référence sont rappelées

¹ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-indicateurs-de-suivi-de-l-atteinte-des-100-objectifs-du-rapport-annexe-a-la-loi-du-9-aout-2004-relative-a-la-politique-de-sante-publique.html>

² <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>

³ Un avenant a prolongé en 2009 la convention 2006-2008.

⁴ Un groupe de travail comprenant plusieurs observatoires régionaux de la santé et la Fnors a mené une étude de faisabilité sur la déclinaison régionale des indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs de la loi.

dans le présent guide qui a bénéficié de la relecture des institutions responsables de la production des indicateurs. Il s'agit de la Drees, de l'InVS, du CépiDc, de l'Inpes, de l'OFDT et de l'Ademe. La base sera actualisée chaque année afin de constituer des séries temporelles pour l'ensemble des indicateurs.

Le site SCORE-Santé comprend désormais deux parties, l'espace originel organisé en sept chapitres subdivisés en thèmes, et un espace spécifique dédié aux indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Ce dernier est structuré, comme au niveau national, en 27 thèmes qui regroupent un ou plusieurs objectifs annexés à la loi. Il présente pour chaque objectif les valeurs régionales (ou infra) des indicateurs disponibles.

Pour chaque indicateur présenté dans la base, sont précisés sa définition et ses modalités de calcul (numérateur, dénominateur), ainsi que la source, les niveaux de discrétisation mis à disposition et les limites d'interprétation.

Un lien associé renvoie vers le dernier rapport de suivi « L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique ».

Il convient de souligner que, selon les sources, les indicateurs de suivi d'un objectif au niveau national peuvent ne pas être disponibles à un niveau plus fin. Dans ce cas, SCORE-Santé présente simplement le lien vers le rapport national de suivi.

Pour plus de précisions concernant les objectifs quantifiés au niveau national il conviendra de se reporter à l'annexe de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 ainsi qu'au rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique (GTNDO) pour l'analyse sur laquelle s'est basée leur définition⁵, et au rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs. L'évaluation de l'atteinte de ces objectifs a été réalisée en 2010 par le Haut Conseil de la santé publique, qui a également fait de nouvelles propositions pour une prochaine loi relative à la politique de santé publique⁶.

Au total, outre les indicateurs transversaux, des indicateurs infranationaux calculés selon la même méthodologie sont actuellement disponibles pour 13 thèmes et 33 objectifs.

Dans cette note méthodologique, seuls sont cités les thèmes et objectifs pour lesquels au moins un indicateur déclinable à un niveau infranational existe.

⁵ http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=034000115&brp_file=0000.pdf

⁶ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20100317ObjectifsSP.pdf>

Notes générales

Les indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique proviennent de diverses bases de données, notamment du CépiDc de l'Inserm (décès), des régimes de l'Assurance maladie (affections de longue durée) ou de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (séjours dans un établissement de santé). Ces données sont explicitées dans cette partie du document, et la définition du territoire « zone d'étude et d'aménagement du territoire » ainsi que quelques éléments de cadrage sur les indicateurs régionaux sont rappelés.

Indicateurs régionaux présentés dans ce document

Ne sont décrits dans ce document que les indicateurs pouvant actuellement être déclinés à un niveau infranational.

Indicateurs de mortalité

Le service du CépiDc de l'Inserm produit la statistique des décès par cause. Les pathologies à l'origine du décès sont codées depuis 2000 selon la classification internationale des maladies 10^e révision de l'organisation mondiale de la santé (9^e révision de 1979 à 1999).

L'espace de SCORE-Santé créé pour les indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique présente les nombres annuels de décès depuis l'année 2000. Dans la majorité des cas, les décès sont sélectionnés selon la cause initiale de décès. Pour certaines pathologies, sont retenus les décès dont la pathologie étudiée est citée en cause initiale ou en cause associée. Ces nombres y sont déclinés par sexe et parfois pour des groupes d'âges particuliers.

Il présente également les taux bruts et les taux standardisés (selon la méthode de la population-type : standardisation directe) pour ces mêmes causes, également déclinés par sexe. La standardisation est faite en référence à la population européenne de l'IARC 1976 et sur une période triennale (le taux de 2001 correspond ainsi à la période 2000-2002). Les taux standardisés permettent d'éliminer les effets de l'âge et ainsi de comparer les niveaux régionaux de mortalité. Un pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional et le taux standardisé national est ajouté (taux régional – taux France / (taux France) x 100). Le taux brut de mortalité est le rapport entre l'ensemble des décès survenus au cours d'une période et l'effectif de la population au milieu de la période. Il représente le niveau moyen de mortalité de la population, influencé par la structure de la population par âge. Ainsi, il ne permet pas de comparaisons territoriales ou temporelles.

Indicateurs de morbidité

Les admissions en affections de longue durée (ALD)

Les données d'ALD sont fournies par les trois régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Il s'agit du nombre d'admissions en ALD de personnes ayant été reconnues pour la première fois, au cours d'une période donnée, comme atteintes d'une affection de longue durée comportant par définition un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, inscrites dans une liste de trente affections établie par décret. Les personnes bénéficient alors d'une suppression du ticket modérateur pour les soins se rapportant à l'affection.

Il ne s'agit pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité, le nombre total de personnes reconnues pour une ALD donnée étant le plus souvent inférieur à la morbidité réelle de cette pathologie.

Les principales raisons sont les suivantes :

- le patient peut-être atteint d'une des trente affections de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés,
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité),

- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD,
- les médecins conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques (par exemple, infarctus du myocarde considéré comme complication chez un coronarien).

Par ailleurs, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD. C'est la raison pour laquelle les incidences de morbidité calculées à partir des données d'ALD doivent plutôt être considérées comme des incidences « médico-sociales ».

La statistique des ALD fait l'objet d'un double classement, celui spécifique aux ALD (liste) et celui de la classification internationale des maladies.

Les hospitalisations

Les nombres d'hospitalisations sont issus d'une base de données, le « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI) élaborée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). La statistique des séjours hospitaliers en soins de courte durée - médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) - est produite à partir du recueil systématique d'informations administratives et médicales (notamment le lieu de résidence des patients, le diagnostic principal, le diagnostic relié, les diagnostics associés significatifs). Les diagnostics sont codés selon la Cim-10. Dans la plupart des cas, la sélection des hospitalisations est faite à partir de la pathologie citée en diagnostic principal. Pour certaines pathologies, sont retenues les hospitalisations dont la pathologie étudiée est citée en diagnostics principal et associé. L'unité statistique est le séjour, un patient ayant pu effectuer plusieurs séjours dans l'année. Les unités de soins de courte durée (MCO) des hôpitaux locaux et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas de soins de courte durée sont exclus ainsi que les établissements à tarif d'autorité (« établissements non conventionnés »).

Les indicateurs issus du PMSI sont actuellement calculés sur une seule année mais seront par la suite calculés sur trois années afin d'obtenir des résultats plus stables compte tenu de la faiblesse des effectifs d'hospitalisations lorsque le travail est mené à l'échelle régionale. Les nombres et taux d'hospitalisation sont déclinés par sexe. Des taux standardisés d'hospitalisation (méthode de la population-type) sont calculés afin de permettre des comparaisons entre les régions. Ces taux sont standardisés sur la population européenne de l'IARC 1976.

Découpage géographique

Certaines données ne sont pas produites à l'échelle des régions mais à celle de territoires plus grands, les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zeat). Le territoire national est découpé en huit Zeat⁷ regroupant une ou plusieurs régions. Dans ce dernier cas, les indicateurs concernant la Zeat sont des valeurs moyennes qui peuvent être sensiblement différentes de celles des régions.

⁷ Région parisienne (Île-de-France), Bassin parisien (Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie), Nord (Nord - Pas-de-Calais), Est (Alsace, Franche-Comté, Lorraine), Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes), Sud-Ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées), Centre-Est (Auvergne, Rhône-Alpes), Méditerranée (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse).

Les indicateurs associés aux objectifs

Alcool

Objectif 2 – Usage à risque ou nocif de l'alcool

Proportion d'adultes de 18-75 ans ayant déclaré une consommation excessive d'alcool « à risque ponctuel »

Proportion d'adultes de 18-75 ans ayant déclaré une consommation excessive d'alcool « à risque chronique ou de dépendance »

Définition

Pour estimer les profils d'alcoolisation en population générale : personnes à risque d'alcoolisation excessive « chronique » et personnes à risque d'alcoolisation excessive « ponctuelle », l'enquête Baromètre santé se réfère au test de l'Audit C (Alcohol Use Disorders Identification Test). Il permet de distinguer plusieurs niveaux progressifs de risque, aux conséquences plus ou moins lourdes selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée. Le risque d'alcoolisation excessive est dit « ponctuel » si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes), mais boire 6 verres ou plus en une même occasion (binge drinking) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.

Le risque devient chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement, etc.) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Des doses de consommation d'alcool très élevées laissent soupçonner une dépendance à l'alcool : soit boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque. Cependant, le test Audit-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette dernière catégorie de buveurs excessifs.

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais inhérent à toute enquête déclarative.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la consommation à risque ponctuel des habitants de Corse et du Limousin.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la consommation à risque chronique ou de dépendance des habitants d'Auvergne, de Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Poitou-Charentes.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé).

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant un usage régulier d'alcool

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant des ivresses répétées

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant des ivresses régulières

Définition

Usage régulier : Proportion de jeunes déclarant avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours.

Ivresses répétées : Proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir été ivres au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois.

Ivresses régulières : Proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir été ivres au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

Limites

Biais inhérent à toute enquête par questionnaire auto administré, absence des jeunes de nationalité étrangère.

Libellé : garçons, filles, ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2002-2003, 2005, 2008.

Source : OFDT (Enquête Escapad).

Nombre annuel de décès liés à la consommation excessive d'alcool

Taux brut de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool

Taux standardisé de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie ou autres et sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des voies aérodigestives supérieures.

Taux brut de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool : nombre annuel moyen de décès par maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie ou autres et sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des voies aérodigestives supérieures, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) de mortalité par maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie ou autres et sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des voies aérodigestives supérieures.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

La mortalité liée à l'alcool regroupe trois causes de décès :

- maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie ou autres et sans précision : Cim-10 = K70, K74.6,
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Cim-10 = F10,
- cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx : Cim-10 = C00-C14, de l'œsophage : Cim-10 = C15 et du larynx : Cim-10 = C32.

Libellés : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Proportion d'accidents corporels dont l'alcoolémie est connue

Proportion d'accidents mortels dont l'alcoolémie est connue

Nombre d'accidents corporels¹

Nombre d'accidents mortels¹

Nombre d'accidents corporels dont l'alcoolémie est connue¹

Nombre d'accidents mortels dont l'alcoolémie est connue¹

Définition

Proportion d'accidents corporels avec alcool : nombre d'accidents corporels de la circulation dans lesquels au moins un conducteur (ou un piéton impliqué) a un taux d'alcoolémie positif, rapporté au nombre d'accidents corporels) pour lesquels l'alcoolémie a été enregistrée.

Proportion d'accidents corporels dont l'alcoolémie est connue : nombre d'accidents corporels de la circulation pour lesquels l'alcoolémie a été enregistrée, rapporté au nombre d'accidents corporels.

Est défini comme accident corporel de la circulation tout accident impliquant au moins un véhicule routier en mouvement, survenant sur une voie ouverte à la circulation publique, et dans lequel au moins une personne est blessée ou tuée. Sont exclus les actes volontaires (homicides volontaires, suicides) et les catastrophes naturelles.

Sont comptées comme « tuées » les victimes d'accidents décédées sur le coup ou dans les trente jours qui suivent l'accident. Avant le 1^{er} janvier 2005, le délai retenu n'était que de six jours. Sont comptées comme « blessées » les victimes d'accidents dont l'état a nécessité des soins médicaux (avec ou sans hospitalisation).

¹ Les nombres d'accidents corporels et mortels et les proportions d'accidents corporels et mortels pour lesquels l'alcoolémie est connue ne sont pas des indicateurs stricto sensu relatifs aux objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique mais des indicateurs de cadrage sur ces données.

Limites

Lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident corporel de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués. Dans un certain nombre d'accidents, l'alcoolémie du ou des conducteurs impliqués n'est pas connue. En 2008, à l'échelle nationale, l'alcoolémie est connue dans 80 % des accidents corporels et 77 % des accidents mortels.

Il s'agit de données enregistrées (comptabilisées sur le lieu de l'accident) et non domiciliées (comptabilisées au lieu de domicile de l'accidenté).

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : nombre et pour 100.

Période : 2003-2007.

Source : Onisr (fichier des accidents).

Tabac

Objectif 3 - Tabagisme quotidien

| Proportion d'adultes de 18-75 ans déclarant fumer chaque jour

Définition

Les fumeurs quotidiens peuvent fumer du tabac à rouler, des cigarettes, cigarillos, cigares, ou la pipe.

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais inhérents à toute enquête déclarative.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la consommation quotidienne de tabac des habitants de Corse et du Limousin dans l'enquête de 2005.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé).

| Proportion de personnes de 15-75 ans déclarant être exposées à domicile à la fumée de tabac

Définition

Les personnes déclarant être exposées à la fumée de tabac à domicile sont celles ayant répondu « oui, régulièrement » ou « oui de temps en temps » à la question : « Y-a-t-il quelqu'un qui fume (vous compris) à l'intérieur de votre domicile ? ».

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais inhérent à toute enquête déclarative.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la consommation quotidienne de tabac des habitants de Corse.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé).

Proportion de jeunes âgés de 17 ans déclarant fumer quotidiennement

Définition

Nombre de jeunes de 17 ans déclarant fumer au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours, rapporté au nombre de jeunes du même âge.

Limites

Biais inhérent à toute enquête par questionnaire auto-administré, absence de jeunes de nationalité étrangère.

Libellé : garçons, filles, ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2002-2003, 2005, 2008.

Source : OFDT (Enquête Escapad).

Proportion de femmes fumant au moins une cigarette par jour au cours du 3^e trimestre de grossesse

Définition

Nombre de femmes fumant au moins une cigarette par jour au cours de 3^e trimestre de grossesse rapporté au nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

Limites

Il s'agit de données déclaratives recueillies lors d'enquêtes transversales répétées en maternité auprès de femmes venant d'accoucher. La procédure d'échantillonnage (exhaustif, une semaine donnée) ne

permet pas de disposer de données à l'échelle régionale ou départementale. Ces données sont produites à l'échelle des zones d'études et d'aménagement du territoire (Zeat).

Libellé : femmes.

Échelon géographique : Zeat.

Unité : pour 100.

Périodes : 1998, 2003.

Source : Inserm, DGS, Drees (Enquête nationale périnatale).

Nombre annuel de décès (et décès prématurés) par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon

Taux brut de mortalité (et mortalité prématurée) par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon

Taux standardisé de mortalité (et mortalité prématurée) par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon.

- décès tous âges par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon,
- décès des personnes de moins de 65 ans par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon.

Taux brut de mortalité (et mortalité prématurée) par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon : nombre annuel moyen de décès, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) de mortalité et taux standardisé (direct) de mortalité prématurée par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité (et le taux standardisé régional de mortalité prématurée) par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon correspondent aux codes Cim-10 = C32-34

Libellé :

- hommes, moins de 65 ans ;
- hommes, tous âges ;
- femmes, moins de 65 ans ;
- femmes, tous âges ;
- ensemble, moins de 65 ans ;
- ensemble, tous âges.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Nutrition et activité physique

Objectif 5 - Surpoids et obésité chez l'adulte

Proportion d'adultes de 18 ans ou plus déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité)

Définition

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m². L'IMC est égal au poids divisé par le carré de la taille (IMC= poids/taille²).

Limites

Biais inhérents à toute enquête déclarative ; le poids est notamment sous estimé alors que la taille est surestimée, conduisant à une sous estimation de l'indice de masse corporelle.

La Corse et les régions d'Outre Mer sont exclues de l'enquête.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 1997, 2000, 2003, 2006, 2009.

Sources : Inserm, Institut Roche, *TNS Healthcare (Kantarhealth)* (Enquête ObÉPI).

Objectif 9 – Sédentarité et inactivité physique

Proportion d'adultes de 12-75 ans déclarant pratiquer une activité physique de niveau au moins « modéré » (enquête Baromètre santé)

Définition

Nombre de personnes de 12-75 ans déclarant pratiquer une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé » pour 100 personnes interrogées sur cette question, lors de l'enquête Baromètre santé 2005.

Cet indicateur est construit à partir du questionnaire du Comité de recherche de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), qui fournit une description globale de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques selon son intensité (marche, intensité modérée et intensité élevée). L'ensemble de ces informations sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physiques permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques : niveaux « bas », « modéré » ou « élevé ».

Le niveau modéré est défini par une pratique d'activité physique se rapportant à l'un des trois critères suivants:

- trois jours ou plus par semaine d'une activité physique intense au moins 20 minutes par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une activité physique modérée et/ou de marche pendant au moins une demi-heure par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 MET-min/semaine ; le MET est une unité d'activité physique qui traduit les dépenses énergétiques par rapport au repos (*Metabolic Equivalent Task*).

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'Ipaq mise en évidence dans d'autres études.

Le questionnaire Ipaq n'est pas validé chez les moins de 18 ans.

Effectifs d'enquêtes insuffisants pour la pratique d'une activité physique de niveau modéré ou élevé des habitants de 9 régions métropolitaines : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, Poitou-Charentes.

Ces résultats issus de l'enquête Baromètre santé ne sont pas comparables à ceux issus du Baromètre santé nutrition 2008.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Sources : Inpes (Enquête Baromètre santé).

Proportion d'adultes de 12-75 ans déclarant une activité physique de niveau « élevé » (enquête Baromètre santé)

Définition

Nombre de personnes de 12-75 ans déclarant pratiquer une activité physique de niveau élevé pour 100 personnes interrogées sur cette question, lors de l'enquête Baromètre santé 2005.

Cet indicateur est construit à partir du questionnaire du Comité de recherche de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), qui fournit une description globale de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques selon son intensité (marche, intensité modérée et intensité élevée). L'ensemble de ces informations sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physiques permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques : niveaux « bas », « modéré » ou « élevé ».

Le niveau « élevé » est défini par la pratique d'une activité physique se rapportant à l'un des deux critères suivants:

- trois jours ou plus par semaine d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 MET-min./semaine;
- ou quotidiennement d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou intense, entraînant une dépense énergétique d'au moins 3 000 MET-min./semaine.

Le MET est une unité d'activité physique qui traduit les dépenses énergétiques par rapport au repos (*Metabolic Equivalent Task*).

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'Ipaq mise en évidence dans d'autres études.

Le questionnaire Ipaq n'est pas validé chez les moins de 18 ans.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la pratique d'une activité physique de niveau élevé des habitants de 15 régions métropolitaines : Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes.

Ces résultats issus de l'enquête Baromètre santé ne sont pas comparables à ceux issus du Baromètre santé nutrition 2008.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé).

Proportions de personnes de 12-75 ans déclarant faire du sport habituellement (enquête Baromètre santé)

Définition

Nombre de personnes déclarant faire du sport habituellement pour 100 personnes interrogées sur cette question lors de l'enquête Baromètre santé 2005.

Les données régionales sont redressées sur la structure démographique de la région et les proportions sont standardisées sur le sexe et cinq groupes d'âges (15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans) de la population française (recensement de 1999) afin d'être comparables entre régions.

Limites

Biais de déclaration sur la pratique d'activité physique.

Effectifs d'enquêtés insuffisants pour la pratique habituelle d'un sport dans 3 régions : Corse, Franche-Comté, Limousin.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé).

Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant un niveau d'activité physique de niveau « élevé » (enquête Baromètre santé nutrition)

Définition

Nombre de personnes déclarant un niveau d'activité physique élevé pour 100 personnes interrogées.

Cet indicateur est construit à partir du questionnaire *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)* développé par l'Organisation mondiale de la santé, qui fournit une description de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques d'intensité élevée et d'intensité modérée, tout en distinguant les contextes de pratique d'activités physiques (travail, déplacements, loisirs). L'ensemble de ces informations permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques de niveau « limité », « moyen » ou « élevé ».

Le niveau d'activité physique totale « élevé » correspond à :

- une activité physique intense (qui essouffle ou qui accélère fortement le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 équivalents métaboliques (MET)-minutes/semaines,
- ou quotidiennement, de la marche à pied ou de l'activité physique modérée (qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3 000 MET-minutes/semaine.

Le MET est une unité d'activité physique qui traduit les dépenses énergétiques par rapport au repos (*Metabolic Equivalent Task*).

Les données sont standardisées sur le sexe et l'âge de la population de France métropolitaine au recensement de population de 2006.

Limites

Biais inhérent à toute enquête déclarative.

Les données sont disponibles pour 7 régions ayant bénéficié d'un sur-échantillon régional en 2008 : Languedoc-Roussillon, Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Franche-Comté, Haute-Normandie.

Ces résultats issus de l'enquête Baromètre santé nutrition ne sont pas comparables à ceux issus du Baromètre santé 2005.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2008.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé nutrition 2008).

Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant un niveau d'activité physique de niveau au moins « moyen » (enquête Baromètre santé nutrition)

Définition

Nombre de personnes déclarant un niveau d'activité physique modéré pour 100 personnes interrogées.

Cet indicateur est construit à partir du questionnaire *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*

développé par l'organisation mondiale de la santé, qui fournit une description de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques d'intensité élevée et d'intensité modérée, tout en distinguant les contextes de pratique d'activités physiques (travail, déplacements, loisirs). L'ensemble de ces informations permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques de niveau « limité », « moyen » ou « élevé ».

Le niveau d'activité physique totale est qualifié de « moyen » s'il ne correspond pas aux critères de l'activité physique de niveau élevé et si au moins un des 3 critères suivants est respecté :

- au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine
- ou au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine
- ou de la marche à pied ou de l'activité physique modérée ou intense pendant au moins cinq jours, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes/semaine. Le MET est une unité d'activité physique qui traduit les dépenses énergétiques par rapport au repos (*Metabolic Equivalent Task*).

Les données sont standardisées sur le sexe et l'âge de la population de France métropolitaine au recensement de population de 2006.

Limites

Biais inhérent à toute enquête déclarative.

Les données sont disponibles pour 7 régions ayant bénéficié d'un sur-échantillon régional en 2008 : Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Franche-Comté, Haute-Normandie.

Ces résultats issus de l'enquête Baromètre santé nutrition ne sont pas comparables à ceux issus du Baromètre santé 2005.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2008.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé nutrition 2008).

Objectif 10 – Consommation de fruits et légumes

Proportion de personnes de 18-75 ans ayant consommé des fruits ou légumes moins de 5 fois la veille de l'enquête

Définition

Proportion de personnes déclarant avoir une consommation de fruits et de légumes inférieure à 5 fois par jour la veille de l'enquête.

Le nombre de fois où un aliment du groupe « fruits et légumes » a été consommé dans la journée a été calculé, un repas pouvant en compter plusieurs. Les jus sont exclus.
Les données sont standardisées sur le sexe et l'âge de la population de France métropolitaine au recensement de population de 2006.

Limites

Les résultats sont disponibles pour 7 régions ayant bénéficié d'un sur-échantillon régional en 2008 : Languedoc-Roussillon, Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Franche-Comté, Haute-Normandie.

Le recueil porte sur la veille de l'entretien, sans relevé des quantités consommées, l'enquête étant réalisée durant le premier semestre de l'année, entre février et juin.

Biais inhérents aux enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la consommation de fruits et légumes.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2008.

Source : Inpes (Enquête Baromètre santé nutrition 2008).

Objectif 12 - Surpoids et obésité chez l'enfant

Prévalence de la surcharge pondérale en grande section de maternelle

Prévalence du surpoids en grande section de maternelle

Prévalence de l'obésité en grande section de maternelle

Prévalence de la surcharge pondérale en CM2

Prévalence du surpoids en CM2

Prévalence de l'obésité en CM2

Prévalence de la surcharge pondérale en classe de troisième

Prévalence du surpoids en classe de troisième

Prévalence de l'obésité en classe troisième

Définition

Les indicateurs sont construits à partir de l'indice de masse corporelle (IMC : poids/taille²). La surcharge pondérale regroupe le surpoids et l'obésité. Les mesures anthropométriques sont réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale.

La classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obésité est réalisée selon les références du *Childhood Obesity Working Group* de l'*International Obesity Task Force* (IOTF). A la différence des adultes pour lesquels il existe une valeur unique de l'IMC pour définir les surpoids et l'obésité, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge, par tranche d'âge de six mois, et le sexe en raison des variations de corpulence au cours de la croissance. Ces seuils s'inscrivent dans des courbes qui rejoignent à 18 ans les valeurs de 25 et 30 qui correspondent respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte.

Limites

Grande section de maternelle : Absence de données en 1999-2000 et 2005-2006 pour la Guadeloupe, Martinique, Guyane mais des résultats en 1999-2000 pour la « région Antilles-Guyane » (surcharge pondérale : 10.2 % ; surpoids : 7.2 % ; obésité : 3.0 %).

CM2 : Absence de participation des académies de Poitiers et Clermont-Ferrand en 2001-2002. En 2004-2005, pas de résultat pour les Dom (absence de participation de la Guyane) ; des résultats pour La Réunion : surcharge pondérale : 26,2% ; surpoids : 17,5% ; obésité : 8,7%.

Classe de 3^e : Absence de participation de l'académie de Créteil en 2000-2001 et de Toulouse en 2003-2004.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique :

Grande section de maternelle : régions métropolitaines, la Réunion (1999-2000), la région Dom ;
CM2 : Zeat et Dom en 2001-2002 ; Zeat, en 2004-2005 ;
Classe de 3^e : Zeat, Dom.

Unité : pour 100.

Période :

Grande section de maternelle : 1999-2000, 2005-2006
CM2 : 2001-2002, 2004-2005
Classe de 3^e : 2000-2001, 2003-2004.

Source : Drees, DGS, InVS, DGESCO, DEPP (Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire).

Santé et environnement

Objectif 19 - Exposition au radon

Nombre d'établissements recevant du public (scolaires, sanitaires et sociaux) ayant des concentrations de radons supérieures à 400 Bq/m³ dans les départements considérés « prioritaires »

Définition

Nombre d'établissements ayant une concentration de radon comprise entre 400 et 1 000 Bq/m³ investigués lors d'une campagne radon dans les départements prioritaires.

Nombre d'établissements ayant une concentration de radon supérieure à 1 000 Bq/m³ lors d'une campagne radon dans les départements prioritaires.

Nombre d'établissements « dépistés » lors d'une campagne radon dans les départements prioritaires.

Sur la base des résultats de la campagne menée entre 1980 et 2000 par l'IPSN (actuel IRSN) et les Ddass, les départements présentant une concentration moyenne en radon supérieure à 100 Bq/m³ ont été identifiés à risque radon. La liste des départements concernés (31) a été mise à jour par la circulaire du 2 juillet 2001. L'arrêté du 22 juillet 2004 relatif aux modalités de gestion du risque lié au radon dans les lieux ouverts au public a rendu, dans ces départements, les mesures obligatoires dans les établissements d'enseignement, les établissements sanitaires et sociaux, les établissements thermaux et les établissements pénitentiaires. Les résultats de ces mesures sont centralisés au niveau de la base de données (Appliradon).

Libellé :

Concentration comprise entre 400 et 1000 Bq/m³

Concentration supérieure à 1000 Bq/m³

Etablissements « dépistés ».

Limites

Les mesures issues de campagnes annuelles ne sont pas exhaustives pour la plupart des départements. Ces résultats ne sont cependant pas représentatifs de la distribution des niveaux annuels de radon rencontrés dans l'ensemble de ces établissements. En effet, des corrections sont nécessaires pour prendre en compte la saisonnalité des concentrations de radon et le défaut d'exhaustivité des données. Enfin, ces contrôles portent sur l'ensemble des établissements ouverts au public et couvrent donc un champ légèrement plus large que celui visé par la loi de santé publique. Ainsi, la grande majorité des établissements contrôlés sont des établissements d'enseignement et des établissements sanitaires et sociaux.

Échelon géographique : 31 départements prioritaires.

Unité : nombre.

Période : campagne 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008.

Source : Autorité de sûreté nucléaire (campagnes radon).

Objectif 20 – Exposition de la population aux polluants atmosphériques

Concentrations moyennes annuelles en particules en suspension de diamètre inférieur à 10 µg (PM₁₀), en dioxydes d'azote (NO₂), en dioxydes de soufre (SO₂), en ozone (O₃) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants

Définition

La concentration annuelle moyenne pour un polluant est la moyenne des valeurs moyennes quotidiennes obtenues pour les différents capteurs de la région. Il s'agit d'un indicateur de l'exposition moyenne observée en zone urbaine aux principaux polluants atmosphériques visés par les réglementations européennes.

Les résultats sont ceux fournis par les capteurs ayant fonctionné au moins 75 % du temps.

Les associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) disposent de stations fixes de surveillance et de moyens mobiles (camions laboratoires). En 2009, le parc des AASQA comprend environ 2 200 instruments automatiques répartis sur plus de 750 stations de mesure. Le type de station dépend de critères d'implantation et des objectifs de surveillance de la qualité de l'air (7 catégories : trafic, industriel, urbain, périurbain, rural régional, rural national, observation spécifique).

L'ensemble des mesures est enregistré dans une base de données qui permet d'analyser l'évolution de la qualité de l'air sur le long terme. Cette base aide à suivre en temps réel d'éventuels épisodes de pollution, en lien avec les bases de données d'émissions de polluants (inventaires d'émissions).

Limites

Il ne s'agit pas à proprement parler de données régionales mais de la moyenne des données enregistrées par les capteurs de la région. Les capteurs pris en compte ne concernent que les stations dites de fond installées en zones urbaines dans les grandes agglomérations.

Libellé

Particules en suspension de diamètre inférieur à 10 µg (PM₁₀)
Dioxydes d'azote (NO₂),
Dioxydes de soufre (SO₂),
Ozone (O₃).

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : µg/m³.

Période : 2000 à 2008.

Source : Ademe-AASQA/BDQA.

Nombre de jours avec dépassement du seuil de déclenchement de la procédure d'information de la population pour les dioxydes d'azote (NO₂), les dioxydes de soufre (SO₂), l'ozone (O₃) en zone urbaine

Nombre de jours avec dépassement du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte de la population les dioxydes d'azote (NO₂), les dioxydes de soufre (SO₂), l'ozone (O₃) en zone urbaine

Définition

Nombre de jours avec au moins un dépassement de seuil d'information (ou d'alerte) de la population, quel que soit le nombre de capteurs.

Il s'agit du dénombrement de jours où il y a eu au moins un épisode de pollution dans les zones urbaines de la région.

Les résultats sont ceux fournis par les capteurs ayant fonctionné au moins 75 % du temps.

Le plus souvent, l'union européenne a fixé des concentrations de référence reprises par la législation française.

Dioxyde de soufre :

- seuil d'alerte : 500 microgrammes par m³ sur 3 heures consécutives
- seuil d'information et de recommandation : 300 microgrammes par m³ en moyenne horaire

Oxyde d'azote :

- seuil d'alerte : 400 microgrammes par m³ sur 3 heures consécutives
- seuil d'information et de recommandation : 200 microgrammes par m³ en moyenne horaire

Ozone :

- seuil d'alerte : 240 microgrammes par m³ sur 3 heures consécutives
- seuil d'information et de recommandation : 180 microgrammes par m³ en moyenne horaire

Limites

Il ne s'agit pas à proprement parlé de données régionales mais de la moyenne des données enregistrées par les capteurs de la région. Les capteurs pris en compte concernent les stations dites de fond installées en zones urbaines dans les grandes agglomérations et les stations rurales pour l'ozone.

Dioxydes d'azote (NO₂),
Dioxydes de soufre (SO₂),
Ozone (O₃).

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : jour.

Période : 2000 à 2008.

Source : Ademe-AASQA/BDQA.

Maladies infectieuses

Objectif 36 - VIH-sida

Nombre annuel de nouveaux cas de sida

Taux annuel de nouveaux cas de sida

Définition

Nombre annuel de nouveaux cas de sida diagnostiqués ; il s'agit du nombre corrigé du délai de déclaration et de la sous déclaration.

Taux de nouveaux cas de sida diagnostiqués ; rapport du nombre annuel moyen de nouveaux cas de sida survenus au cours de la période rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Il s'agit du nombre corrigé du délai de déclaration et de la sous déclaration.

Les données pour la France entière comprennent les cas de sida diagnostiqués en France, y compris chez les personnes domiciliées à l'étranger et celles de domicile inconnu. Les données se rapportent à la région de domicile.

Les données sont au 31 mars 2010.

Limites

Le nombre corrigé par l'InVS du délai de déclaration et de la sous déclaration est une estimation. La sous déclaration des cas de sida était estimé au niveau national à 15 % dans les années quatre-vingt-dix, elle a été estimée à 30 % en 2004-2006. Des variations de la sous déclaration existent selon les régions. Les données corrigées ne peuvent pas être estimées pour la Guyane en 2008 et Haute-Normandie en 2009, en raison de variations trop importantes des délais de déclaration. Le taux est alors calculé sur une période de deux ans. Les effectifs sont inférieurs à 5 cas annuels pour la Corse en 2006-2008 et 2007-2009.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux : pour 1 000 000.

Période :

nombre : 2003 à 2009

taux : 2003-2005 à 2007-2009.

Sources : InVS (Déclaration obligatoire du sida), Insee.

Nombre annuel de découvertes de séropositivité au VIH

Taux de découvertes de séropositivité au VIH

Définition

Nombre de découvertes de séropositivité au VIH (nombre corrigé du délai de déclaration, de la sous déclaration et des valeurs manquantes).

Taux de découvertes de séropositivité au VIH : rapport du nombre annuel moyen de découvertes de séropositivité survenues au cours de la période rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Il s'agit du nombre corrigé du délai de déclaration et de la sous déclaration.

Les données pour la France entière comprennent les découvertes de séropositivité diagnostiquées en France, y compris chez les personnes domiciliées à l'étranger et celles de domicile inconnu. Les données régionales se rapportent à la région de domicile.

Il s'agit des données au 31 mars 2010.

Limites

Le nombre corrigé par l'InVS du délai de déclaration, de la sous déclaration et des valeurs manquantes est une estimation, assortie d'une variance. À l'échelle nationale, le taux de sous déclaration est passée de 38 % en 2004 à 31 % en 2009. Il varie selon les régions.

Les données corrigées ne peuvent pas être estimées pour le Languedoc-Roussillon et la Picardie en 2009, en raison de variations trop importantes des délais de déclaration. Le taux est alors calculé sur une période de deux ans.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 1 000 000.

Période :

nombre annuel : 2003 à 2009

taux : 2003-2005 à 2007-2009.

Sources : InVS (Déclaration obligatoire du VIH), Insee.

Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida, non dépistées auparavant

Proportion de nouveaux cas de sida non traités parmi les cas de sida ayant connaissance de la séropositivité

Définition

Nombre de nouveaux cas de sida ignorant leur séropositivité au VIH lors du diagnostic du sida, rapporté au nombre total de nouveaux cas de sida (données brutes).

Nombre de nouveaux cas de sida à séropositivité au VIH connue et non traités par antirétroviraux depuis trois mois ou plus, rapporté au nombre de nouveaux cas de sida connaissant leur séropositivité (données brutes).

Les données pour la France entière comprennent les cas de sida diagnostiqués en France, y compris chez les personnes domiciliées à l'étranger et celles de domicile inconnu. Les données régionales se rapportent à la région de domicile. Il s'agit des données au 31 décembre 2009. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Limites

S'agissant d'une proportion, cet indicateur est calculé à partir des données brutes ; la part des données manquantes est faible, celle de cas de sida non renseignés sur la connaissance de la séropositivité au VIH lors du diagnostic est négligeable (0,1 % à 0,3 % en France de 2001 à 2005), celle de cas de sida non renseignés sur la prise d'un traitement antirétroviral est minime (2 % à 3 % en France de 2001 à 2005).

Trois années sont regroupées afin d'éliminer les aléas statistiques dus aux petits nombres concernant plusieurs régions. Les nombres annuels moyens de nouveaux cas de sida sont inférieurs à 5 en Corse.

Les nombres annuels moyens de nouveaux cas de sida connaissant leur séropositivité sont inférieurs à 5 en Corse, en Franche-Comté depuis 2001-2003, en Limousin et Picardie depuis 2004-2006, en Poitou-Charentes depuis 2006-2007, en Bourgogne et Martinique en 2007-2009.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 100.

Périodes : 2000-2002 à 2007-2009.

Source : InVS (Déclaration obligatoire du Sida).

Proportion de découvertes de séropositivité VIH au stade sida

Proportion d'infections récentes (< 6 mois avant le diagnostic) parmi les découvertes de séropositivité

Définition

Nombre de découvertes de séropositivité au VIH au stade sida, rapporté au nombre de découvertes de séropositivité renseignées sur le stade clinique.

Nombre de découvertes de séropositivité au VIH pour lesquelles le résultat du test d'infection récente indique une infection survenue moins de 6 mois avant le diagnostic, rapporté au nombre de découvertes de séropositivité au VIH renseignées sur le résultat du test d'infection récente.

Les données pour la France entière comprennent les découvertes de séropositivité diagnostiquées en France, y compris chez les personnes domiciliées à l'étranger et celles de domicile inconnu. Les données régionales se rapportent à la région de domicile. Il s'agit des données au 31 décembre 2009. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Limites

Les nombres ne sont pas corrigés du délai de déclaration et de la sous déclaration. À l'échelle nationale, le taux de sous déclaration est passée de 38 % en 2004 à 31 % en 2009. Il varie selon les régions. La proportion de découvertes de séropositivité non renseignée sur le stade clinique est de 27 % en France, celle de découvertes de séropositivité non renseignées sur le caractère récent de l'infection est de 20 %. Elles varient selon les régions.

Trois années sont regroupées afin d'éliminer les aléas statistiques dus aux petits nombres concernant plusieurs régions. Trois années sont regroupées afin d'éliminer les aléas statistiques dus aux petits nombres concernant plusieurs régions. Les nombres annuels moyens de découvertes de séropositivité renseignées sur le stade clinique sont inférieurs à 5 en Corse depuis 2006-2008, ceux de séropositivité au VIH renseignées sur le résultat du test d'infection récente sont inférieurs à 5 en Corse.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 100.

Période : 2003-2005 à 2007-2009.

Source : InVS (Déclaration obligatoire du VIH).

Objectif 37 - Hépatites (VHB et VHC)

Nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour hépatite virale
Taux brut d'admission en affection de longue durée pour hépatite virale
Taux standardisé d'admission en affection de longue durée pour hépatite virale
Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour hépatite virale.

Taux brut d'admission en affection de longue durée (ALD) pour hépatite virale : nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour hépatite virale, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) d'admission en ALD pour hépatite virale : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'admission en ALD pour hépatite virale et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux national}) / \text{taux national} \times 100$.

Les admissions en affections de longue durée pour hépatite virale correspondent aux codes Cim-10 : B15-B19.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

admissions : 2005 à 2007
taux : 2005-2007.

Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Insee.

Objectif 38 - Tuberculose

Nombre de cas déclarés de tuberculose maladie

Taux d'incidence déclarée de la tuberculose maladie

Définition

Nombre annuel de nouveaux cas déclarés de tuberculose maladie.

Taux brut de nouveaux cas déclarés de tuberculose maladie : nombre de cas de tuberculose maladie déclarés au cours de l'année, rapporté à la population régionale ou départementale au 1^{er} janvier.

Un cas de tuberculose est un cas de tuberculose maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux), qu'il y ait eu ou non confirmation bactériologique.

La région ou le département sont les lieux de déclaration des cas et non le lieu de domicile des personnes.

Limites

Les nouveaux cas de tuberculose sont déclarés aux médecins inspecteurs de la santé publique de l'Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire. Les données de la déclaration obligatoire de la tuberculose ne sont pas exhaustives. Le taux d'exhaustivité est estimé à 65 % sur l'ensemble du territoire et à 80 % pour Paris.

Données non disponibles en 2007 pour la Corse (total France).

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : départements, régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période : 2000 à 2008.

Sources : InVS (Déclaration obligatoire), Insee.

Nombre de patients nouvellement admis en affection de longue durée pour tuberculose active

Taux brut d'admission en ALD n°29 pour tuberculose active

Taux standardisé d'admission en ALD n°29 pour tuberculose active

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre de personnes admises au cours de l'année en affection de longue durée (ALD) pour tuberculose active.

Taux brut d'admission en affection de longue durée pour tuberculose active : nombre annuel moyen d'admissions, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) d'admission en ALD pour tuberculose active : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'admission en ALD pour tuberculose active et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les codes de la Cim-10 correspondant à l'ALD n°29 sont :

- A15 Tuberculose de l'appareil respiratoire, avec confirmation bactériologique et histologique,
- A16 Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique ou histologique,
- A17 Tuberculose du système nerveux,
- A18 Tuberculose d'autres organes,
- A19 Tuberculose miliaire.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité :
nombre
taux pour 100 000.

Période :
admissions : 2005 à 2007
taux : 2005-2007.

Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Insee.

Objectif 39 - Vaccination contre la grippe

Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Définition

Rapport du nombre de personnes de 65 ans ou plus relevant du régime général de l'Assurance maladie, pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la campagne de vaccination, au nombre d'assurés ou ayants droit âgés de 65 ans ou plus.

Limites

Ces données ne concernent que le régime général des travailleurs salariés (Cnamts) hors sections locales mutualistes. Par ailleurs, elles concernent la délivrance du vaccin dans les officines et non *stricto sensu* la vaccination.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : campagnes vaccinales 2006-2007 à 2009-2010.

Source : Cnamts (service prévention).

Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées de moins de 65 ans bénéficiaires d'une ALD exonérante

Définition

Rapport du nombre de personnes âgées de moins de 65 ans, relevant du régime général d'Assurance maladie et admises à au moins une des 9 affections de longue durée (ALD) donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination contre la grippe, pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la campagne de vaccination, au nombre d'assurés ou ayants droit de moins de 65 ans admis à au moins une de ces 9 ALD.

Liste des ALD pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe :

- Diabète de type 1 et Diabète de type 2
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Mucoviscidose

En 2006, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont été rajoutés à la liste de ces neuf affections.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Limites

Ces données ne concernent que le régime général des travailleurs salariés (Cnamts) hors sections locales mutualistes. Par ailleurs, elles concernent la délivrance du vaccin dans les officines et non *stricto sensu* la vaccination.

Unité : pour 100.

Période : campagnes vaccinales 2006-2007 et 2009-2010.

Source : Cnamts (service prévention).

Objectif 42 - Maladies à prévention vaccinale

Couverture vaccinale tuberculose (BCG) des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale diphtérie-tétanos des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale coqueluche des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale poliomyélite des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale hépatite B des enfants de 2 ans,

Couverture vaccinale rougeole des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale oreillons des enfants de 2 ans

Couverture vaccinale rubéole des enfants de 2 ans

Taux de recueil des certificats de santé du 24^e mois¹

Définition

Couverture vaccinale :

Nombre d'enfants de 2 ans vaccinés contre chaque maladie (ou groupe de maladies) rapporté au nombre de certificats de santé du 24^e mois exploités (CS24).

Les données de 2004 et 2005 sont brutes, celles de 2006 et 2007 sont redressées par calage sur marge sur le sexe de l'enfant et l'âge de la mère à l'accouchement.

Taux de recueil des certificats de santé :

Nombre de certificats de santé du 24^e mois reçus rapporté au nombre d'enfants de 2 ans l'année de la visite médicale.

Le certificat de santé est rempli par le médecin examinant l'enfant lors de la visite médicale obligatoire du 24^e mois et transmis au service de PMI de son département. Les services départementaux de PMI transmettent les données à la Drees qui produit la statistique départementale et

nationale. Des travaux sont en cours sur la production de la statistique régionale. Jusqu'en 2004, les services départementaux de PMI transmettaient les données agrégées à la Drees ; depuis il s'agit de données individuelles anonymisées.

¹ Le taux de recueil des certificats de santé n'est pas un indicateur stricto sensu relatif aux objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique mais un indicateur de cadrage sur ces données.

Limites

Les médecins participent irrégulièrement au système. Le taux de recueil des CS24 est estimé à l'échelle nationale à 26 % en 2006 et 31 % en 2007. Sur les 100 départements français, 54 en 2006 et 68 en 2007 ont fait remonter les données individuelles à la Drees. Ces données départementales ne permettent pas de calculer des estimations pour toutes les régions. L'InVS publiera des estimations régionales en 2011, uniquement pour les régions dont l'ensemble des départements ont transmis leurs données individuelles à la Drees.

Les informations consignées sur le CS24 concernant la situation vaccinale de l'enfant permettent à la Drees, après recodage éventuel, de connaître la situation vaccinale pour la quasi-totalité des CS24 reçus. Des informations manquantes existent cependant pour quelques départements et/ou vaccins.

Deux publications « Estimations des couvertures vaccinales à 24 mois à partir des certificats de santé du 24^e mois – 2004-2007 » de l'InVS, août 2010 et « Les certificats de santé de l'enfant au 24^e mois, validité 2006 et 2007 » de la Drees, Série Sources et méthodes, Document de travail n°14-juin 2010, détaillent la méthodologie utilisée pour le traitement des données individuelles depuis 2004 et détaillent les problèmes spécifiques rencontrés pour certains départements.

Libellés Couverture vaccinale :

- diphtérie-tétanos, 3 doses ;
- diphtérie-tétanos, 3 doses + 1 rappel ;
- poliomyélite : 3 doses ;
- poliomyélite : 3 doses + 1 rappel ;
- coqueluche : 3 doses ;
- coqueluche : 3 doses + 1 rappel ;
- *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) : 3 doses ;
- *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) : 3 doses + rappel ;
- hépatite B : 3 doses ;
- Rougeole : 1 dose ;
- Oreillons : 1 dose ;
- Rubéole : 1 dose ;
- BCG : 1 dose.

Échelon géographique : départements

Unité : pour 100.

Période :

couverture vaccinale : 2004 à 2007
taux de recueil : 2006 et 2007.

Sources : Drees-InVS, services départementaux de PMI.

Santé maternelle et périnatale

Objectif 45 – Mortalité périnatale

| Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, néonatale, et infantile

Définition

La mortinatalité (mort-nés), et la mortalité néonatale précoce (décès avant 7 jours) constituent la mortalité périnatale. Le taux de mortalité périnatale est égal au nombre de mort-nés et de décès néonataux précoces rapportés au nombre de naissances vivantes et de mort-nés.

L'ensemble de la mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et post-néonatale (décès entre 28 jours et 1 an) constitue la mortalité infantile (décès avant 1 an). Les taux de mortalité correspondant sont égaux au nombre de décès rapportés au nombre de naissances vivantes.

L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul. Il s'agit de données domiciliées.

Limites

La définition des mort-nés a changé à partir de 2002. Selon l'Insee, « la forte évolution du nombre d'enfants sans vie est liée à un changement législatif : selon une circulaire de novembre 2001, un acte d'enfant sans vie correspond désormais au terme de 22 semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes. Ces termes se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil. » Les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale de 1999-2001 ne peuvent pas être strictement comparés à ceux de 2002-2004 et suivants.

À compter du 28 août 2008, l'enregistrement à l'état civil des enfants nés sans vie n'est plus fondé sur les critères du seuil de viabilité. Ce changement peut perturber les évolutions observées.

Libellé :

- Mortinatalité ;
- Mortalité périnatale ;
- Mortalité néonatale ;
- Mortalité infantile.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 1 000.

Période : 1999-2001 à 2007-2009.

Source : Insee (État civil).

Objectif 46 – Grossesses extra-utérines

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour grossesse extra-utérine

Taux d'incidence de grossesses extra-utérines

Définition

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour grossesse extra-utérine.

Taux d'incidence : Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée de MCO pour grossesse extra-utérine, rapporté au nombre de naissances vivantes.

Les grossesses extra-utérines retenues correspondent aux séjours comportant le code Cim-10 : O00 en diagnostic principal.

Limites

Les unités de compte sont des séjours et non des patientes ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante : il est passé de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux : pour 100.

Période : 2006, 2007.

Sources : Athi (Base PMSI), Insee (état civil.) – Exploitation Drees.

Objectif 47 - Situations périnatales à l'origine de handicaps

Proportion d'enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée

Proportion d'enfants nés avant 35 semaines d'aménorrhée

Proportion d'enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée

Proportion d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 000 grammes

Proportion d'enfants dont le poids de naissance est compris entre 2 000 et 2 499 grammes

Proportion d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes

Proportion d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 6, une minute après la naissance

Proportion d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 6, cinq minutes après la naissance

Définition

Nombre d'enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée (35 semaines ou 33 semaines) rapporté au nombre de certificats de santé du 8^e jour exploités.

Nombre d'enfants nés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes (inférieur à 2 000 grammes, compris entre 2 000 et 2 499 grammes) rapporté au nombre de certificats de santé du 8^e jour exploités.

Nombre d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 6, une et cinq minutes après la naissance, rapporté au nombre de naissances vivantes

Limites

Le calcul est effectué à partir des certificats de santé du 8^e jour (CS8) fournis par les services départementaux de PMI à la Drees et leur nombre peut être inférieur à celui des naissances. En 2006, le nombre de CS8 reçus correspond à 56,7 % des naissances vivantes et à 64,5 % en 2007.

Les indicateurs ne sont pas directement élaborés à partir des fichiers bruts des certificats de santé remontés par les départements mais à partir de fichiers corrigés et redressés.

Tous les services de PMI ne transmettent pas les informations ; les résultats sont disponibles pour 62 départements en 2006, pour 73 en 2007.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : départements.

Unité : pour 100.

Période : 2006 et 2007.

Source : Drees, services départementaux de PMI.

Tumeurs malignes

Objectif 48 - Cancer du col de l'utérus

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus

Taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus

Définition

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus.

Taux standardisé (direct) d'incidence du cancer du col de l'utérus : le taux standardisé (direct) est le taux d'incidence que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

L'estimation du nombre de nouveaux cas de cancer est réalisée par modélisation en appliquant le rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres départementaux de cancer à la mortalité des différentes régions.

Les cancers du col de l'utérus correspondent aux codes de la CimO3 : C53.

Limites

Le nombre et le taux concernant la France métropolitaine correspondent à l'ensemble des régions excepté la Corse.

Libellé : femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période : 2000, 2005.

Sources : Francim, HCL, INCa, InVS, Inserm.

Objectif 49 - Patients atteints de tumeurs malignes

Nombre de comptes rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) enregistrés par les réseaux de cancérologie

Définition

Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est l'une des « conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer » ; en outre, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) constitue l'un des critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie, de la radiothérapie externe et de la chirurgie des cancers. Dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie (circulaire du 22 février 2005), les centres de coordination en cancérologie (3C) ont notamment pour rôle de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP. Pour suivre le parcours du patient et sa prise en charge, la mise en place d'outils permettant de transmettre et de partager des données médicales est indispensable : il s'agit par exemple du dossier communicant de cancérologie, piloté par les réseaux régionaux de cancérologie, ou de la visioconférence, qui facilite la participation des médecins aux RCP. Les données d'activité 2006 et 2007 des réseaux de cancérologie montrent que la tenue d'une RCP avant le traitement, assortie de la remise d'un programme personnalisé de soins au patient, se systématisent. Les outils de requête et de traçabilité utilisés permettent de recueillir des données de meilleure qualité mais elles sont encore non exhaustives ; de plus, elles reflètent l'ensemble des cas prévalents et non les seuls cas incidents. En 2007, 465 564 dossiers de malades ont été enregistrés en RCP (+ 20 % par rapport à 2006).

Limites

Les données ne sont pas disponibles pour la Corse et la Guyane.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre.

Période : 2007.

Sources : INCa (Tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie).

Objectif 50 - Cancer du sein

Proportion de femmes de 50-74 ans ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein

Définition

Nombre de femmes de 50-74 ans ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein, rapporté au nombre de femmes de 50-74 ans.

Le nombre de femmes dépistées est fourni par les structures de gestion, selon un questionnaire annuel standardisé. La population utilisée pour le dénominateur des taux est issue des projections 2005-2030 réalisée par l’Insee.

Limites

Certaines femmes âgées de 50-74 ans, suivies à titre individuel par leur médecin ou pour des raisons médicales, ne participent pas au dépistage organisé.

Les données ne sont pas disponibles pour les départements de Corse.

Libellé : femmes.

Échelon géographique : départements, régions.

Unité : pour 100.

Période : campagnes 2004-2005 à 2008-2009.

Sources : InVS, Insee.

Objectif 51 – Mélanome de la peau

Nombre estimé de nouveaux cas de mélanome de la peau

Taux standardisé d’incidence du mélanome de la peau

Définition

Nombre annuel estimé de nouveaux cas de mélanome de la peau.

Taux standardisé d’incidence du mélanome de la peau.

Le taux standardisé (direct) est le taux d’incidence que l’on observerait dans le territoire s’il avait la même structure par âge qu’une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L’estimation du nombre de nouveaux cas de cancer est réalisée par modélisation en appliquant le rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres départementaux de cancer à la mortalité des différentes régions.

Les mélanomes de la peau correspondent aux codes de la CimO3 : C44.

Limites

L’estimation n’est pas réalisée pour la Corse et les régions d’Outre mer.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité :
nombre
taux : pour 100 000.

Période : 2000 et 2005.

Sources : Francim, HCL, INCa, InVS, Inserm.

Objectif 53 – Cancer colorectal

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer colorectal
Taux standardisé d'incidence du cancer colorectal

Définition

Nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer colorectal.

Taux standardisé d'incidence du cancer colorectal : le taux standardisé (direct) est le taux d'incidence que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

L'estimation du nombre de nouveaux cas de cancer est réalisée par modélisation en appliquant le rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres départementaux de cancer à la mortalité des différentes régions.

Les cancers du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal correspondent aux codes de la Cim O3 : C18-C21.

Limites

L'estimation n'est pas réalisée pour la Corse et les régions d'Outre mer.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité :
nombre
taux : pour 100 000.

Période : 2000 et 2005.

Sources : Francim, HCL, INCa, InVS, Inserm.

Pathologies endocriniennes

Objectif 54 - Surveillance des personnes diabétiques

- Taux brut de prévalence du diabète traité chez les assurés du régime général
- Taux standardisé de prévalence du diabète traité chez les assurés du régime général

Définition

Taux brut de prévalence du diabète traité : Nombre d'assurés du régime général traités pour diabète rapporté au nombre d'assurés du régime général.

Taux standardisé (direct) de prévalence du diabète traité chez les assurés du régime général : le taux standardisé (direct) est le taux prévalence que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge et sexe qu'une population de référence (France entière au 1^{er} janvier de l'année $n + 1$).

Les personnes diabétiques traitées sont définies par la délivrance d'antidiabétiques oral et/ou de l'insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 100.

Période : 2007, 2009.

Sources : Cnamts, Insee.

Objectif 55 - Complications du diabète

- Nombre annuel de décès liés au diabète
- Taux brut de mortalité liée au diabète
- Taux standardisé de mortalité liée au diabète
- Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité liée au diabète et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès liés au diabète.

Taux brut de mortalité liée au diabète : nombre annuel moyen de décès par diabète, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) de mortalité liée au diabète : Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité liée au diabète et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les décès pour diabète correspondent aux codes de la Cim-10 : E10-E14 en cause initiale ou en première ou deuxième cause associée (*cf.* limites).

Limites

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier, notamment lorsque le décès est lié à une des ses complications. La prise en compte des causes associées au décès permet de quantifier le nombre de décès où le diabète est impliqué soit directement, soit indirectement comme pathologie aggravant le pronostic d'autres maladies.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

nombre : 2000 à 2008
taux : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Maladies cardiovasculaires

Objectif 69 – Cardiopathies ischémiques

- Nombre annuel de décès (et décès prématurés) par cardiopathie ischémique
- Taux brut de mortalité (et mortalité prématurée) par cardiopathie ischémique
- Taux standardisé de mortalité (et mortalité prématurée) par cardiopathie ischémique
- Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité (et mortalité prématurée) par cardiopathie ischémique et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par cardiopathie ischémique :

- décès tous âges par cardiopathie ischémique,
- décès des personnes de moins de 65 ans par cardiopathie ischémique.

Taux bruts de mortalité par cardiopathie ischémique et de mortalité prématurée par cardiopathie ischémique : nombre annuel moyen de décès, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisés (direct) de mortalité par cardiopathie ischémique et de mortalité prématurée par cardiopathie ischémique : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge que la population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité et de mortalité prématurée par cardiopathie ischémique et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les cardiopathies ischémiques correspondent aux codes Cim-10 = I20-I25.

Libellé :

- hommes, moins de 65 ans ;
- hommes, tous âges ;
- femmes, moins de 65 ans ;
- femmes, tous âges ;
- ensemble, moins de 65 ans ;
- ensemble, tous âges.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008

taux brut : 2000-2002 à 2006-2008

taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008

pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Nombre annuel de décès par thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Taux brut de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Taux standardisé de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par thrombose veineuse et embolie pulmonaire.

Taux brut de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire : nombre annuel moyen de décès, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge que la population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par thrombose veineuse et embolie pulmonaire et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les décès par thrombose veineuse et embolie pulmonaire correspondent aux codes Cim-10 = I26, I80.1 à I80.3.

Libellé :

- hommes

- femmes

- ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008

taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique

Taux brut d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique

Taux standardisé d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'hospitalisation par cardiopathie ischémique et la valeur nationale

Définition

Nombre de séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour cardiopathie ischémique.

Taux brut de séjour hospitalier pour cardiopathie ischémique : nombre de séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique, rapporté à la population (estimations localisées de population, Insee).

Taux standardisé (direct) de séjour hospitalier pour cardiopathie ischémique : taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de séjour hospitalier pour cardiopathie ischémique et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Ont été retenus les séjours dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, comportant un des codes Cim-10 : I20 à I25 en diagnostic principal. Ont été exclus les séjours avec GHM de transfert, les séances et les hospitalisations de durée inférieure à un jour non terminées par un décès.

Les séjours sont affectés au lieu de résidence des patients.

Limites

Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :
nombre
taux pour 100 000.

Période : 2004, 2005, 2006.

Sources : Atih (Base nationale PMSI), Insee (estimations localisées de population) – Exploitation Drees.

Objectif 72 - Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Nombre d'hospitalisations complètes en soins de courte durée (MCO) pour accidents vasculaires cérébraux

Taux brut d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour accidents vasculaires cérébraux

Taux standardisé d'hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour accidents vasculaires cérébraux

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'hospitalisation pour accidents vasculaires cérébraux et la valeur nationale

Définition

Nombre de séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), pour accidents vasculaires cérébraux.

Taux brut de séjour hospitalier pour accidents vasculaires cérébraux : nombre de séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour accident vasculaire cérébral, rapporté à la population (estimations localisées de population, Insee).

Taux standardisé (direct) de séjour hospitalier pour accidents vasculaires cérébraux : taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de séjour hospitalier pour accidents vasculaires cérébraux et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Ont été retenus les séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), comportant un des codes Cim-10 : I60 à I64 en diagnostic principal ou G46 en diagnostic principal à condition que le séjour comporte un diagnostic associé I60 à I64.

Ont été exclus les séjours avec GHM de transfert, les séjours et les hospitalisations de durée inférieure à un jour non terminées par un décès (en tant que facteurs de doubles-comptes des AVC hospitalisés). Les séjours sont affectés au lieu de résidence des patients.

Limites

Il s'agit de données non redressées ne prenant pas en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période : 2006.

Sources : Atih (Base nationale PMSI), Insee (estimations localisées de population) – Exploitation Drees.

Nombre annuel de décès (et décès prématurés) par maladie vasculaire cérébrale

Taux brut de mortalité (et mortalité prématurée) par maladie vasculaire cérébrale

Taux standardisé de mortalité (et mortalité prématurée) par maladie vasculaire cérébrale

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par maladie vasculaire cérébrale et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par maladie vasculaire cérébrale :

- Décès tous âges par maladie vasculaire cérébrale ;
- Décès de personnes de moins de 65 ans par maladie vasculaire cérébrale

Taux brut de mortalité (et mortalité prématurée) par maladie vasculaire cérébrale : rapport du nombre annuel moyen de décès survenus au cours de la période rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé (direct) de mortalité (et mortalité prématurée) par maladie vasculaire cérébrale : Taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité (et mortalité prématurée) par maladie vasculaire cérébrale et le taux standardisé national : $\text{taux régional} - \text{taux France} / (\text{taux France}) \times 100$.

Les maladies vasculaires cérébrales correspondent aux codes de la Cim-10 = I60-I69.

Libellé :

- hommes, moins de 65 ans ;
- hommes, tous âges ;
- femmes, moins de 65 ans ;
- femmes, tous âges ;
- ensemble, moins de 65 ans ;
- ensemble, tous âges.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Objectif 73 - Insuffisance cardiaque

Nombre de décès pour insuffisance cardiaque

Taux brut de mortalité pour insuffisance cardiaque

Taux standardisé de mortalité pour insuffisance cardiaque

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par insuffisance cardiaque et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès pour insuffisance cardiaque.

Taux brut de mortalité pour insuffisance cardiaque : rapport du nombre annuel moyen de décès survenus au cours de la période rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé de mortalité pour insuffisance cardiaque : taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité pour insuffisance cardiaque et le taux standardisé national : $\text{taux régional} - \text{taux France} / (\text{taux France}) \times 100$.

Ont été retenus les décès comportant en cause initiale le code de la Cim-10 : I50.

Limites

Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologie cardiaque préexistante (en particulier en cas de cardiopathie ischémique chronique).

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO
pour insuffisance cardiaque

Taux brut de séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO
pour insuffisance cardiaque

Taux standardisé de séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO
pour insuffisance cardiaque

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de séjours hospitaliers
pour insuffisance cardiaque et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour insuffisance cardiaque.

Taux brut de séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque : nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour insuffisance cardiaque, rapporté à la population française (estimations localisées de population, Insee).

Taux standardisé (direct) de séjours hospitaliers pour insuffisance cardiaque : taux de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour insuffisance cardiaque que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour insuffisance cardiaque et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Ont été retenus les séjours dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, comportant un des codes Cim-10 = I50 en diagnostic principal.

Limites

Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre
taux pour 100 000.

Période : 2004, 2005, 2006.

Sources : Atih (Base nationale PMSI), Insee (estimations localisées de population) – Exploitation Drees.

Insuffisance rénale chronique

Objectif 80 - Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

Nombre de nouveaux cas de malades ayant atteint le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe)

Taux brut d'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée

Taux standardisé d'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé d'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée et la valeur nationale

Définition

Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive, au cours de l'année.

Les taux sont calculés en rapportant ces nombres de nouveaux patients à la population couverte par le registre dont sont issus les cas (estimation Insee de la population de la région au 30/06).

Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe en prenant comme référence la population française métropolitaine au milieu de la période.

La région est celle du domicile du patient.

Limites

Données disponibles pour 20 régions de France métropolitaine en 2008 (la montée en charge du réseau a été progressive depuis 2002 : 4 régions en 2002, 7 régions en 2003, 9 régions en 2004, 13 régions en 2005, 16 régions en 2006 et 18 régions en 2007). Le nombre global « France » correspond au total des 20 régions.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période : 2007, 2008.

Source : Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN), rapports 2007 et 2008.

Troubles musculo-squelettiques

Objectif 82 - Ostéoporose

Nombre d'hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus

Taux brut d'hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus

Taux standardisé d'hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur, chez les personnes de 65 ans ou plus

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus, et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus.

Taux brut d'hospitalisations pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus : nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus, rapporté à la population de 65 ans ou plus (estimation localisée de population, Insee).

Taux standardisé (direct) d'hospitalisation pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus : taux de séjour hospitalier en soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat).

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional d'hospitalisation pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Ont été retenus :

- les séjours comportant un des codes Cim-10 : S720 à S722 en diagnostic principal,
- les séjours 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 ; un décompte des patients concernés a toutefois été réalisé et les taux d'incidence ayant entraîné une hospitalisation reposent alors sur l'hypothèse qu'en cas de séjours multiples dans l'année, ils concernent tous une seule fracture du col du fémur.

Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient.

Limites

Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité, évalué en journées par

comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante, passant de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006 et 2007.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :
nombre
taux pour 100 000.

Période : 2005 à 2007.

Sources : Atih, (base nationale PMSI), Insee (estimations localisées de population) – Exploitation Drees.

Traumatismes

Objectif 92 - Suicides

- Nombre annuel de décès par suicide
- Taux de mortalité par suicide pour trois groupes d'âge
- Taux standardisé (direct) de mortalité par suicide
- Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par suicides des personnes âgées de :

- 15-24 ans,
- 25-74 ans,
- 75 ans ou plus.

Taux de mortalité par suicide des personnes âgées de :

- 15-24 ans,
- 25-74 ans,
- 75 ans ou plus.

Rapport du nombre annuel moyen de décès survenus au cours de la période pour le groupe d'âge, rapporté à l'effectif moyen de la population du même groupe d'âge. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par suicide et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les suicides correspondent aux codes de la Cim-10 = X60-X84 et Y87.0.

Limites

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Les conclusions des expertises médico-légales (EML) correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm par les centres de certaines régions et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

Libellé

Nombre : hommes, femmes, ensemble ;

Taux par âge:

hommes - 15-24 ans

hommes - 25-74 ans

hommes - 75 ans et plus

femmes - 15-24 ans

femmes - 25-74 ans

femmes - 75 ans et plus

ensemble - 15-24 ans

ensemble - 25-74 ans

ensemble - 75 ans et plus

Taux standardisés : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008

taux brut : 2000-2002 à 2006-2008

taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008

pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

- Part des décès par suicide par pendaison, strangulation, suffocation
- Part des décès par suicide par arme à feu
- Part des décès par suicide par auto intoxication par produits pharmaceutiques
- Part des décès par suicide par autres modes

Définition

Part des décès par suicide selon le mode de suicide : nombre de décès par suicide selon chaque mode rapporté à l'ensemble des décès par suicide. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Les décès selon le mode de suicide correspondant aux codes de la Cim-10 suivants :

- Suicide par auto intoxications par produits pharmaceutiques : X60 à X64 ;
- Suicide par pendaisons, strangulation, suffocation : X70 ;
- Suicide par armes à feu : X72 à X74 ;
- Suicide par un autre mode : auto intoxication non médicamenteuse (X65 à X69), noyades (X71), explosif, fumée, objet tranchant et contendant (X75 à X79), saut dans le vide (X80), saut devant un objet en mouvement (X81 et X82), raisons non précisées (X83 et X84), séquelles d'une lésion auto-infligée (Y87.0).

Limites

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Les conclusions des expertises médico-légales (EML) correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm par les centres de certaines régions et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

Les effectifs de décès selon le mode de suicides sont faibles dans certaines régions.

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 100.

Période : 2000-2002 à 2006-2008.

Source : Inserm CépiDc.

Objectif 93 - Accidents de la vie courante dans l'enfance

Nombre de décès par accidents de la vie courante des enfants de 0-14 ans

Taux de mortalité par accidents de la vie courante des enfants de 0-14 ans

Définition

Nombre de décès par accidents de la vie courante chez les enfants âgés de moins de 15 ans.

Taux : nombre de décès par accidents de la vie courante chez les enfants de 0-14 ans, rapporté à la population moyenne de même âge. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Les accidents de la vie courante correspondent aux codes de la Cim-10 : Y86, V90-V94, V96, V98-V99, W00-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W60, W64-W70, W73-W87, X00-X06, X08-X29, X40-X50, X58-X59.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008

taux brut : 2000-2002 à 2006-2008

taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008

pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Objectif 94 – Violences routières

Nombre de tués par accident de la circulation

Nombre de blessés graves par accident de la circulation

Définition

Les tués sont les personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident.

Les blessés graves sont les personnes hospitalisées plus de 24 heures.

Le système de recueil des données est basé sur le Bordereau d'Analyse des Accidents Corporels (BAAC), rempli par les forces de l'ordre (Gendarmerie, Police, CRS) lorsqu'un accident ayant

provoqué un dommage corporel leur est signalé. Selon la définition du BAAC, un accident corporel de la circulation routière :

- provoque au moins une victime,
- survient sur une voie ouverte à la circulation publique,
- implique au moins un véhicule.

Sont donc exclus tous les accidents matériels ainsi que les accidents corporels qui se produisent sur une voie privée ou qui n'impliquent pas de véhicule.

Limites

Pour ces données, c'est le lieu de l'accident (données enregistrées) et non le domicile des personnes qui est renseigné (taux non calculé sur la population domiciliée). Le nombre de tués ne peut être comparé au nombre de décès par accident de la circulation de l'Inserm. La notion de délai après l'accident n'existe pas dans la définition des décès par accident de la circulation de l'Inserm.

Les définitions des tués et blessés graves ont changé depuis le 1^{er} janvier 2005. Pour les tués, le délai passe de 6 à 30 jours et pour les blessés graves, de plus 6 jours d'hospitalisation à plus de 24 heures.

Libellé :

tués
blessés graves.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre.

Période : 2005 à 2008.

Source : Onisr, Fichier des accidents.

Indicateur d'accidentologie locale

Définition

L'indicateur d'accidentologie locale (IAL) est le rapport du nombre de tués (par accident de la circulation) observés dans une région au nombre de tués qui serait obtenu si cette région avait eu les mêmes taux de risque que la moyenne nationale sur ses différents réseaux routiers.

Cet indicateur est calculé à partir du nombre de tués sur cinq ans. Depuis le 01/01/2005, les tués sont les personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident ; il s'agissait avant des personnes décédées sur le coup ou dans les 6 jours qui suivent l'accident. L'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière utilise un coefficient multiplicateur de 1,069 pour passer des « tués à 6 jours » aux « tués à 30 jours ».

L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période quinquennale utilisée pour le calcul.

Le calcul de l'IAL global est réalisé à partir des éléments suivants :

- les taux de risque sont calculés à partir de 5 réseaux routiers ainsi définis :

- 4 réseaux en « rase campagne » : réseau 1 : autoroutes, réseau 2 : routes nationales, réseau 3 : routes départementales, réseau 4 : autres voies ;
- 1 réseau en zone urbaine : réseau 5 : agglomérations (plus de 5 000 habitants).
- pour chacun des réseaux i ($i=1$ à 5) :
 - t_i = nombre de tués (cumulés sur 5 ans) sur le réseau i dans une zone géographique ;
 - e_i = exposition au risque sur le réseau i dans une zone géographique : parcours réalisés en 5 ans, exprimés en centaines de millions de véhicules par kilomètre ;
 - T_i = nombre de tués (cumulés sur 5 ans) en France entière sur le réseau i ;
 - E_i = exposition au risque en France entière sur le réseau i : parcours réalisés en 5 ans, exprimés en centaines de millions de véhicules par kilomètre ;
 - R_i = taux de risque en France entière sur le réseau i .

Limites

Le nombre de tués est issu du système de recueil des BAAC (Bordereau d'Analyse des Accidents Corporels). Il s'agit donc de données enregistrées au lieu de l'accident.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 1.

Période : 1998-2002 à 2004-2008.

Source : Onisr.

Nombre de décès par accident de transport
 Taux brut de mortalité par accident de transport
 Taux standardisé de mortalité par accident de transport
 Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par accident de transport.

Taux brut de mortalité par accident de transport : rapport du nombre annuel moyen de décès survenus au cours de la période, rapporté à l'effectif moyen de la population. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisés (direct) de mortalité par accident de transport : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire s'il avait la même structure par âge que la population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par accident de transport et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les accidents de transport correspondent aux codes Cim-10 = V01-V89.

Il s'agit des accidents de transports terrestres ; sont exclus les accidents de transport par eau, les accidents de transport aérien et par vol spatial, les accidents de transport, autres et sans précision.

Limites

Le nombre de décès de l'Inserm-CépiDc ne peut être comparé au nombre de « tués » du Setra (Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements). Les données de l'Inserm-CépiDc sont des données domiciliées alors que celles du Setra sont des données enregistrées (au lieu de l'accident). Par ailleurs, la définition du Setra fait référence à un délai entre l'accident et la mort (mort sur le coup ou dans les 30 jours -6 jours avant 2005- qui suivent l'accident), délai absent de la définition de l'Inserm-CépiDc.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé: 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population

Objectif 97 – Contraception - Interruptions volontaires de grossesse

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes mineures

Taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les femmes mineures

Définition

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) comptabilisées au lieu d'intervention.

Le taux d'interruption volontaires de grossesse (IVG) est le nombre d'IVG enregistrées (comptabilisées dans la région d'intervention) rapporté au nombre de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) domiciliées dans la région.

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) de femmes de moins de 18 ans (comptabilisées au lieu d'intervention).

Le taux d'interruption volontaires de grossesse (IVG) est le nombre d'IVG chez les femmes mineures (comptabilisées dans la région d'intervention) rapporté au nombre de femmes âgées de moins de 18 ans domiciliées dans la région.

Trois sources sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG :

- La SAE est considérée depuis le début des années 2000 comme une source fiable et régulière du nombre d'IVG pratiquées par les établissements. Elle fournit uniquement des données enregistrées au lieu de l'intervention (et non au domicile de la femme). Les IVG médicamenteuses y sont mal déclarées ;
- Le PMSI qui permet de connaître l'âge exact de la femme lors de l'entrée en séjour mais ne permet pas de distinguer les interruptions volontaires des interruptions pour motif médical ;
- L'assurance maladie qui permet de connaître les nombres de forfaits IVG remboursés pour estimer le nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville. En 2007, d'après la source CNAMTS-TS, 19 614 forfaits « honoraires de ville » ont été remboursés en France contre 10 713 IVG médicamenteuses en ville déclarées par la SAE.

Limites

Il s'agit de données enregistrées au lieu d'intervention. En 2007, environ 10 % des IVG enregistrées dans la région d'intervention concernent des femmes domiciliées dans une autre région.

Libellé

femmes – tous âges

femmes – moins de 18 ans.

Échelon géographique : régions.

Unité :
nombre
taux pour 1000 femmes.

Période : 2001 à 2007.

Sources : Drees (SAE), Athi (base PMSI), Cnamts (Erasmus), Insee – Exploitation Drees.

Proportion de femmes de 15-49 ans déclarant recourir à une méthode contraceptive

Définition

Proportion de femmes de 15-49 ans sexuellement actives déclarant utiliser, systématiquement ou pas, une méthode contraceptive pour éviter une grossesse. Il s'agit des femmes concernées par la contraception, c'est-à-dire sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir d'enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête. Les moyens contraceptifs peuvent être la pilule, le stérilet, les préservatifs masculins ou féminins, les implants, la stérilisation, les autres méthodes (locales ou naturelles).

Limites

Biais inhérent à toute enquête déclarative.
Effectifs d'enquêtes insuffisants pour la couverture contraceptive des femmes d'Auvergne, de Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes.

Libellé : femmes.

Échelon géographique : régions métropolitaines.

Unité : pour 100.

Période : 2005.

Source : Inpes, Enquête Baromètre santé.

Objectif 99 - Chutes des personnes âgées

Nombre annuel de décès par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans ou plus

Taux brut de mortalité par chute accidentelle des personnes âgées de 65 ans ou plus

Taux standardisé (direct) de mortalité par chute accidentelle des personnes âgées de 65 ans ou plus

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé de mortalité par chute accidentelle et la valeur nationale

Définition

Nombre annuel de décès par chute accidentelle des personnes de 65 ans ou plus.

Taux brut de mortalité par chute accidentelle des personnes de 65 ans ou plus : rapport du nombre annuel moyen de décès survenus au cours de la période rapporté à l'effectif moyen de la population moyenne de 65 ans ou plus. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Taux standardisé de mortalité par chute accidentelle des personnes de 65 ans ou plus : le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans la région, si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population européenne IARC 1976, Eurostat). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional de mortalité par chute accidentelle des personnes de 65 ans ou plus et le taux standardisé national : $(\text{taux régional} - \text{taux France}) / \text{taux France} \times 100$.

Les décès par chutes correspondent aux codes de la Cim-10 : W00-W19.

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

décès : 2000 à 2008
taux brut : 2000-2002 à 2006-2008
taux standardisé : 2000-2002 à 2006-2008
pourcentage d'écart : 2000-2002 à 2006-2008.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Les indicateurs de santé transversaux

Cadrage démographique

Population

Répartition de la population par sexe et groupes d'âges

Définition

Population estimée par l'Insee chaque année au 1^{er} janvier, basée sur les résultats du recensement et de l'état civil.

Libellé :

hommes, femmes, ensemble

0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus, total.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre.

Période : 1997 et 2007.

Source : Insee.

Densité de population

Définition

Rapport entre l'effectif de la population d'un territoire (estimée au recensement de population de 2006) et la superficie de ce territoire. Le résultat s'exprime en nombre d'habitants par kilomètre carré.

Échelon géographique : départements, régions.

Unité : nombre d'habitant par km².

Période : 2006.

Source : Insee.

Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus

Définition

Rapport entre l'effectif de personnes âgées de 65 ans ou plus et l'effectif total de personnes (effectifs estimés au recensement de population).

Échelon géographique : département, région.

Unité : pour 100.

Période : 2006.

Source : Insee.

Nombre de naissances

Taux de natalité

Définition

Nombre de naissances vivantes domiciliées (comptabilisées au domicile de la mère).

Taux de natalité : rapport entre le nombre de naissances vivantes de l'année et l'effectif de la population moyenne de l'année (population estimée).

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 1000.

Période : 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 à 2008.

Source : Insee.

Taux de fécondité

Indice conjoncturel de fécondité

Définition

Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères appartenant à une tranche d'âge donnée au nombre de femmes appartenant à la même tranche d'âge (tranches d'âge quinquennales). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) correspond au nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge quinquennal des femmes de 15 à 49 ans. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Échelon géographique : régions.

Unité :

taux pour 1 000

ICF : nombre.

Période : 1980-1982, 1984-1986, 1989-1991, 1994-1996, 1999-2001 à 2006-2008.

Source : Insee.

Déterminants sociaux

Couverture maladie universelle complémentaire

— Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)

— Taux de personnes bénéficiaires de la CMUc

Nombre de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

Nombre de personnes bénéficiaires pour 100 assurés.

La CMU complémentaire permet la prise en charge des frais non couverts par l'assurance maladie et qui sont à la charge de l'assuré.

Échelon géographique : départements, régions.

Unité : nombre.

Période : 2000 à 2008.

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI,.

Données synthétiques de mortalité

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans

Espérance de vie à la naissance

Espérance de vie à 65 ans

Définition

Nombre moyen d'année qu'une population d'un âge donné peut s'attendre à vivre.

L'espérance de vie à la naissance (ou âge moyen au décès) représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive de nouveau-nés qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. L'espérance de vie à 65 ans représente le nombre moyen d'années restant à vivre à un groupe fictif de personnes de 65 ans dans les conditions de mortalité du moment.

Libellé : hommes, femmes.

Échelon géographique : régions.

Unité : années.

Période : 1990, 2000 à 2007

Source : Insee.

Mortalité infantile

Taux de mortalité infantile

Définition

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. Il s'agit de taux triennaux.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : pour 1 000.

Période : 1989-1991, 1994-1996, 1999-2001 à 2007-2009.

Source : Insee.

Mortalité générale

- Nombre de décès
- Taux brut de mortalité
- Taux standardisé de mortalité
- Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Le taux brut est le rapport entre le nombre de décès domiciliés et l'effectif moyen de la population.
Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.
Pourcentage d'écart du taux standardisé régional au taux standardisé national.

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre

Taux pour 1 000.

Période :

nombre : 1990, 1995, 2000 à 2007.

taux : 1990-1992, 1994-1996, 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Mortalité prématurée

- Nombre de décès prématurés
- Taux brut de mortalité prématurée
- Taux standardisé de mortalité prématurée
- Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Décès prématurés : décès survenus avant 65 ans.

Le taux brut est le rapport entre le nombre de décès domiciliés survenus avant 65 ans et l'effectif moyen de la population de moins de 65 ans.

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart du taux standardisé régional au taux standardisé national.

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 1 000.

Période :

nombre : 1990, 1995, 2000 à 2007.

taux : 1990-1992, 1994-1996, 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Mortalité prématurée « évitable »

Nombre de décès prématurés « évitables »

Taux brut de mortalité prématurée « évitable »

Taux standardisé de mortalité prématurée « évitable »

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Définition

Décès prématurés « évitables » : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par des actions de prévention primaire.

Le taux brut est le rapport entre le nombre de décès domiciliés survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par des actions de prévention primaire et l'effectif moyen de la population de moins de 65 ans.

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional et le taux standardisé national.

Pourcentage d'écart entre le taux régional moyen des années (n-1 ; n+1) et le taux standardisé régional en 2000-2002 (période de référence).

La mortalité prématurée évitable correspond aux codes de la Cim-10 suivants :

- B20-B24 : Sida et infections à VIH
- C00-C14 : Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
- C15 : Tumeur maligne de l'œsophage
- C32-C34 : Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
- F10 : Psychose alcoolique et alcoolisme
- K70, K74.6 : Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie
- V01-V89 : Accidents de la circulation

- W00-W19 : Chutes accidentelles
- X60-X84 : Suicides
- Y87.0 : Séquelles de suicides

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre

taux pour 1 000.

Période :

nombre : 1990, 1995, 2000 à 2007.

taux : 1990-1992, 1994-1996, 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Problèmes de santé spécifiques

Principales causes de mortalité

Nombre de décès selon la cause

Taux standardisé de mortalité selon la cause

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Pourcentage de variation en 5 ans

Définition

Nombre annuel de décès pour chaque cause.

Taux standardisé (direct) de mortalité pour chaque cause.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional et le taux standardisé national.

Pourcentage d'écart entre le taux régional moyen des années (n-1 ; n+1) et le taux standardisé régional en 2000-2002 (période de référence).

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Les causes de décès présentés sont celles correspondant aux codes de la Cim-10 suivants :

A00-B99 : *Maladies infectieuses et parasitaires*

A15-A19, B90 : Tuberculose

B20-B24 : Sida et VIH Hépatites virales

C00-D48 : *Tumeurs*

C00-C97 : Tumeurs malignes
C00-C14 : lèvre, cavité buccale et pharynx
C15 : œsophage
C16 : estomac
C18 : côlon
C19-C20-C21 : rectum et anus
C22 : foie et voies biliaires intrahépatiques
C25 : pancréas
C32-C34 : larynx, trachée, bronches, poumon
C43 : mélanome malin de la peau
C50 : sein
C53 : col de l'utérus
C54-C55 : autres parties de l'utérus
C56 : ovaire
C61 : prostate
C64 : rein
C67 : vessie
C81-C96 : tissus lymphoïdes, hématopoïétique et apparentés

E00-E90 : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

E10-E14 : Diabète

I00-I99 : Maladies de l'appareil circulatoire

I20-I25 : Cardiopathies ischémiques

I30-I33, I39-I52 : Autres cardiopathies

I60-I69 : Maladies cérébrovasculaires

J00-J99 Maladies de l'appareil respiratoire

J10-J11 : Grippe

J12-J18 : Pneumonie

J40-J47 : Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures

J45-J46 : Asthme

R00-R99 : Symptômes et états mal définis

R95 : Mort subite nourrisson

V01-Y89 : Causes externes

V01-X59 : Accidents

V01-V99 : accidents de transport

W00-W19 : chutes accidentelles

X40-X49 : intoxications accidentelles

X60-X84 : suicides

X85-Y09 : homicides

A00-Y89 : Total

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période :

nombre : 2000 à 2007.

taux : 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Principales causes de mortalité prématurée

Nombre de décès prématurés selon la cause

Taux standardisé de mortalité prématurée selon la cause

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Pourcentage de variation en 5 ans

Définition

Nombre annuel de décès survenus avant 65 ans pour chaque cause.

Taux standardisé (direct) de mortalité prématurée pour chaque cause.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional et le taux standardisé national.

Pourcentage d'écart entre le taux régional moyen des années (n-1 ; n+1) et le taux standardisé régional en 2000-2002 (période de référence).

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Les causes de décès présentés sont celles correspondant aux codes de la Cim-10 suivants :

A00-B99 : Maladies infectieuses et parasitaires

B20-B24 : Sida et VIH

C00-D48 : Tumeurs

C00-C97 : Tumeurs malignes

C00-C14 : lèvre, cavité buccale et pharynx

C18 : côlon

C32-C34 : larynx, trachée, bronches, poumon

C50 : sein

C81-C96 : tissus lymphoïdes, hématopoïétique et apparentés

E00-E90 : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

E10-E14 : Diabète

F00-F99 : Troubles mentaux et du comportement

F10 : Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)

G00-H95 : Maladies du système nerveux et des organes des sens

I00-I99 : Maladies de l'appareil circulatoire

I20-I25 : Cardiopathies ischémiques

I60-I69 : Maladies cérébrovasculaires

J00-J99 Maladies de l'appareil respiratoire

J40-J47 : Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures

J45-J46 : Asthme

K00-K93 : Maladies de l'appareil digestif

K70, K73-K74 : Maladies chroniques du foie

V01-Y89 : Causes externes

V01-X59 : Accidents

V01-V99 : accidents de transport

W00-W19 : chutes accidentelles

X60-X84 : suicides

A00-Y89 : Total

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

taux pour 100 000.

Période :

nombre : 2000 à 2007.

taux : 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Principales causes de mortalité prématurée « évitable »

Nombre de décès prématurés « évitables » selon la cause

Taux standardisé de mortalité prématurée « évitable » selon la cause

Pourcentage d'écart à la valeur nationale

Pourcentage de variation en 5 ans

Définition

Décès prématurés « évitables » : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par des actions de prévention primaire.

Le taux brut est le rapport entre le nombre de décès domiciliés survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par des actions de prévention primaire et l'effectif moyen de la population de moins de 65 ans.

Le taux standardisé (direct) est le taux que l'on observerait dans le territoire si sa population avait la même structure par âge qu'une population de référence (population européenne IARC 1976). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Pourcentage d'écart entre le taux standardisé régional et le taux standardisé national.

Pourcentage d'écart entre le taux régional moyen des années (n-1 ; n+1) et le taux standardisé régional en 2000-2002 (période de référence).

La mortalité prématurée évitable correspond aux codes de la Cim-10 suivants :

- B20-B24 : Sida et infections à VIH
- C00-C14 : Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
- C15 : Tumeur maligne de l'œsophage
- C32-C34 : Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
- F10 : Psychose alcoolique et alcoolisme
- K70, K74.6 : Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie
- V01-V89 : Accidents de la circulation
- W00-W19 : Chutes accidentelles
- X60-X84 : Suicides
- Y87.0 : Séquelles de suicides
- Total mortalité prématurée évitable
- Total mortalité prématurée

Libellé : hommes, femmes, ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre
taux pour 100 000.

Période :

nombre : 2000 à 2007.
taux : 2000-2002 à 2005-2007.

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Principales cause d'admission en affection de longue durée

Nombre annuel d'admissions en affection de longue durée selon la nature de l'affection

Définition

Nombre de personnes admises au cours de l'année en affection de longue durée par affection.
Les affections de longue durée sont classées en 30 groupes de pathologies.

Libellé : ensemble.

Échelon géographique : régions.

Unité : nombre.

Période : 2005 à 2007.

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI.

Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier

Nombre et taux de séjours hospitaliers selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient

Répartition des séjours.

Définition

Nombre de séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) des établissements de santé, correspondant à un groupe de pathologies traitées. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient. Les groupes de pathologies traitées sont définies d'après le diagnostic principal correspondant aux manifestations cliniques et regroupées selon les chapitres de la Cim-10.

Les séjours pris en compte ont une durée supérieure ou égale à 24 heures ou inférieure à 24 heures s'il s'agit de séjours pour un motif autre qu'itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

Libellé :

hommes, femmes

moins de 25 ans, 25-64 ans, 65 ans ou plus.

Échelon géographique : régions.

Unité :

nombre

pour 100.

Période : 2007.

Source : Drees-Base nationale PMSI-MCO.

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
01	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % entre 1999 et 2008.
02	Réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance.
03	Abaissier la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes à un horizon quinquennal.
04	Disparition totale du tabac en milieu scolaire et la réduction du tabagisme passif au travail et dans les lieux de loisirs.
05	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m ²) chez les adultes, en passant de 42 % en 2003 à 33 % en 2008.
06	Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode ainsi que la fréquence goitres de 25%.
07	Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive de 4 % à 3 % chez les femmes en âge de procréer, de 4,2 % à 3 % chez les enfants de 6 mois à 2 ans et de 2 % à 1,5 % chez les enfants de 2 à 4 ans.
08	Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : faire disparaître le rachitisme carentiel.
09	Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, au moins 5 fois par semaine, pour atteindre 75 % chez les hommes et 50 % pour les femmes.
10	Faible consommation de fruits et légumes : réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %, pour atteindre une prévalence inférieure ou égale à 45 %.
11	Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation: parvenir à une consommation moyenne de sel inférieure à 8 g par jour par personne à un horizon quinquennal
12	Obésité : interrompre l'augmentation des prévalences d'obésité et de surpoids chez les enfants.
13	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN).
14	Réduction du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail.
15	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine à un horizon quinquennal.
16	Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive à un horizon quinquennal.
17	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérrogènes (cat. 1 et 2) par diminution des niveaux d'exposition à un horizon quinquennal.
18	Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l : passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008.
19	Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon en dessous de 400 Bq/m ³ dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires et sociaux à un horizon quinquennal.
20	Réduire d'une part de 30 % les concentrations urbaines moyennes en particules PM ₁₀ et PM _{2,5} (particules de moins de 10µm et 2,5µm de diamètre respectivement) et de dioxyde d'azote, et réduire d'autre part de 20 % les concentrations urbaines moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (NOx et ozone).
21	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques notamment d'origine industrielle et réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux.
22	Qualité de l'eau : diminuer par 2 d'ici 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 les pesticides.

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
23	Habitat : réduire de 30 % le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone.
24	Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l'Écologie, Inrets). Objectif préalable : préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisageables.
25	Qualité de l'eau : Réduire de 50 % l'incidence des légionelloses.
26	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 30 % à un horizon quinquennal.
27	Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, entraînant une hospitalisation, en passant de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à un horizon quinquennal.
28	Réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire à un horizon quinquennal.
29	Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques. Objectif préalable : actualiser les connaissances sur le nombre et la fréquence des examens radiologiques et sur les doses délivrées aux personnes exposées.
30	Réduire à moins de 30% le taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline et à l'érythromycine et stopper la progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5 %), pour les staphylocoques dorés, réduire le taux de souches hospitalières résistant à la méticilline à 25 %.
31	Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.
32	Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.
33	Réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.
34	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans. Objectif préalable : identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.
35	Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles.
36	Infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 à un horizon quinquennal.
37	Hépatites : réduire la mortalité attribuable aux hépatites chroniques de 30 % à un horizon quinquennal.
38	Tuberculose : stabiliser l'incidence de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque.
39	Grippe : atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes cibles : personnes souffrant d'une ALD, professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans et plus à un horizon quinquennal.
40	Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an et chez les personnes de plus de 65 ans à un horizon quinquennal.
41	Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2.

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
42	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés à un horizon quinquennal.
43	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008. Objectif préalable : évaluation d'un programme pilote.
44	Atteindre un taux de mortalité maternelle inférieur à 5 décès pour 100 000 naissances à un horizon quinquennal.
45	Réduire la mortalité périnatale de 15 %.
46	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité.
47	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.
48	Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an.
49	Toutes tumeurs malignes : amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs malignes, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.
50	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.
51	Cancer de la peau-mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.
52	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens. Objectif préalable : fournir un état de référence nationale de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers).
53	Cancer colorectal : définir une stratégie nationale de dépistage.
54	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques émises par l'Alfediam (SFD), l'Afssaps et la HAS pour 80 % des diabétiques.
55	Diabète : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires.
56	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.
57	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité. Objectif préalable : estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.
58	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.
59	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus à un horizon quinquennal.
60	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique. Objectif préalable : développer et valider des instruments de dépistage.
61	Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation. Objectif préalable : construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale.

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
62	Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie. Objectif préalable : étude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant.
63	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients. Objectif préalable : mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches.
64	Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes. Objectif préalable : définition des critères de sévérité.
65	Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie. Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.
66	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80 % des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques.
67	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans). Objectifs préalables : compléter la connaissance épidémiologique des atteintes sensorielles de l'enfant, des modalités et résultats des dépistages existants ; définir ou réactualiser des recommandations pour les dépistages sensoriels (âges des dépistages, contenu de l'examen) aux différents âges de l'enfant, y compris pour enfants non scolarisés en maternelle.
68	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.
69	Réduire la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires de 13 % à un horizon quinquennal : diminution des décès par cardiopathies ischémiques (de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes), par thromboses veineuses profondes (de 15 % globalement).
70	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) à un horizon quinquennal dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire.
71	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française à un horizon quinquennal.
72	Accidents vasculaires cérébraux : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à un horizon quinquennal.
73	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.
74	Asthme : réduire la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation de 20 % à un horizon quinquennal.
75	Broncho-pneumopathie chronique obstructive : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie. Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité et des conséquences sur la qualité de vie.
76	Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
77	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs. Objectifs préalables : disposer de données fiables sur l'incidence, la prévalence de l'endométriose, sur son retentissement sur la qualité de vie et sur la place respective des différents modes de prise en charge.
78	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.
79	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes. Objectifs préalables : disposer de données d'incidence, et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie des personnes souffrant de ces pathologies.
80	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.
81	Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.
82	Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.
83	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde. Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.
84	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies. Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.
85	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites. Objectif préalable : dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.
86	Lombalgies : réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008. Objectif préalable : enquête sur la fréquence des lombalgies et les limitations fonctionnelles induites.
87	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose. Objectif préalable : connaître la distribution actuelle des indicateurs de qualité de vie chez les personnes souffrant d'arthrose.
88	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose à un horizon quinquennal.
89	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes. Objectif préalable : estimer la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.
90	(Maladies rares) Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge. Objectif préalable : définir les critères opérationnels de l'équité.
91	Réduire de 30 % l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans (valeur cible: 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (valeur cible: 1,4) à un horizon quinquennal.
92	Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides.
93	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans à un horizon quinquennal.
94	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation.
95	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces. Objectif préalable : réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires.
96	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit. Objectif préalable : évaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel (juin 2001).

Les 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	
97	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.
98	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).
99	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes de plus de 65 ans à un horizon quinquennal.
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées. Objectif préalable : préciser la fréquence, le type et les circonstances des prescriptions inadaptées.

Glossaire

3C :	Centre de coordination en cancérologie
AASQA :	Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air
Ademe :	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
Afssaps :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFTN :	Anomalie de fermeture du tube neural
ALD :	Affection de longue durée
ANRS :	Agence nationale de recherche contre le sida
ASN :	Autorité de sûreté nucléaire
Atih :	Agence technique de l'information hospitalière
Audit :	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVC :	Accident vasculaire cérébral
BAAC :	Bulletin d'analyse des accidents corporels (de la circulation)
BCG :	Bacille (bilié) de Calmette et Guérin
BPCO :	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BDQA :	Base de données de la qualité de l'air
CAO (indice) :	l'indice CAO comptabilise le nombre de dents cariées, absentes ou obstruées
CCMSA :	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CépiDc :	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (service de l'Inserm)
Cim-10 :	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
Cim O3 :	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3 ^e révision
CMU :	Couverture maladie universelle
CMUc :	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts :	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CO :	Monoxyde de carbone
CPO :	Convention pluriannuelle d'objectifs
CS24 :	Certificat de santé du 24 ^e mois
CS8 :	Certificat de santé du 8 ^e jour
Ddass :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEPP :	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'Éducation nationale
DGESCO :	Direction générale de l'enseignement scolaire du ministère de l'Éducation nationale
DGS :	Direction générale de la santé
Drees :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTP :	Diphtérie, tétanos, poliomyélite
EML :	Expertise médico légale
ENNS :	Enquête nationale nutrition santé
Escapad :	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Eurostat :	Office statistique des Communautés européennes
Fnors :	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Francim :	France, cancer, incidence et mortalité, réseau des registres de cancer
GPAQ :	Global Physical Activity Questionnaire
GTNDO :	Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique
HAS :	Haute Autorité de santé
HCSP :	Haut Conseil de la santé publique
HCL :	Hôpitaux civils de Lyon
HSV2 :	Herpes simplex virus de type 2
IAL :	Indicateur d'accidentologie locale
IARC :	International Agency for research on cancer
IMC :	Indice de masse corporelle

INCA :	(Etude) Individuelle nationale des consommations alimentaires
INCa :	Institut national du cancer
Inpes :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inrets :	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS :	Institut de veille sanitaire
IOTF :	International Obesity Task Force
IPAQ :	International Physical Activity Questionnaire
IPSN :	Institut de protection et de sûreté nucléaire
IRC :	Insuffisance rénale chronique
IRSN :	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
JAPD :	Journée d'appel de préparation à la défense
LDL :	Low density lipoproteins
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MET :	METabolic equivalent
MICI :	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
NO ₂ :	Dioxyde d'azote
NO _x :	Oxyde d'azote
O ₃ :	Ozone
ObÉPI :	Enquête épidémiologique nationale sur la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte
OFDT :	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS :	Organisation mondiale de la santé
Onisr :	Observatoire national interministériel de sécurité routière
ORS :	Observatoire régional de la santé
PM ₁₀ :	Particule en suspension dans l'air, d'un diamètre aérodynamique inférieur à dix millièmes de millimètre
PM _{2,5} :	Particule en suspension dans l'air, d'un diamètre aérodynamique inférieur à 2,5 millièmes de millimètre
PMI :	Protection maternelle et infantile
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RCP :	Réunion de concertation pluridisciplinaire
Rein :	Réseau et information en néphrologie
ROR :	Rougeole, oreillons, rubéole
RSI :	Régime social des indépendants
SAE :	Statistique annuelle des établissements
SCORE-Santé :	Site commun d'observation régionale en santé
Setra :	Services d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements
SFD :	Société francophone du diabète
Sida :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SISE-Eaux :	Système d'information santé environnement - partie « Eaux »
SO ₂ :	Dioxyde de soufre
VHB :	Virus de l'hépatite virale B
VHC :	Virus de l'hépatite virale C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
Zeal :	Zone d'études et d'aménagement du territoire

Les données présentées dans cette note méthodologique et mises en ligne sur le site SCORE-Santé sont issues de nombreuses sources statistiques. Pour la plupart, des conventions de partenariat et d'échange entre les producteurs et la Fnors permettent la mise à disposition des indicateurs. Il s'agit de l'Insee, l'Inserm, l'Assurance maladie, l'Atih, l'Inpes, l'OFDT, la Drees, la DGS, l'InVS, l'Onisr et l'Ademe. D'autres données spécifiques sont issues des rapports réalisés par la Drees « L'état de la santé de la population en France –Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique ».

Ce document a été réalisé par Nolwenn Jézéquel, Sabrina Khounsombath, Lise Trottet (Fnors), Bernadette Lémercy (Fnors/ORS Bourgogne), André Ochoa (Fnors/ORS Aquitaine), Nadine Scandella (ORS Aquitaine), Alain Trugeon (Fnors/OR2S Picardie), Hervé Villet (ORS Haute-Normandie) et finalisé par Nadine Scandella (ORS Aquitaine) et Sandrine Danet (Drees) ainsi que Marie-Claude Mouquet (Drees) et Nicolas Cocagne (Drees).

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) 2006-2008 et de son avenant 2009.

FNORS

**Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé**

62 Boulevard Garibaldi – 75015 Paris

Téléphone : 01 56 58 52 40

Fax : 01 56 58 52 41

E-mail : info@fnors.org

Site Internet : www.fnors.org

DREES

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

14 Avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Téléphone : 01 40 56 80 54

Fax : 01 40 56 81 30

E-mail :

Site Internet : www.sante-sports.gouv.fr

Achevé d'écriture **février 2011**