

**DONNÉES SUR LA
SITUATION SANITAIRE
ET SOCIALE
EN FRANCE EN 2003**

**Annexe A au Projet de loi de financement
de la Sécurité sociale pour 2004**

DREES

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

Avant-propos

L'annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) constitue un ouvrage de synthèse annuel sur la situation sanitaire et sociale en France, avec un accent traditionnellement mis sur l'état de santé de la population.

Cette année, la préparation de cet ouvrage s'est située dans le contexte du projet de loi sur la santé publique, qui sera présenté au Parlement à l'automne 2002. Dans ce cadre, cent objectifs de santé publique ont été retenus dans le rapport annexé au projet de loi, à partir des propositions d'un groupe technique national, une partie de ces objectifs ayant été définis de façon quantifiée.

Les indicateurs quantitatifs associés au suivi de ces objectifs devront être régulièrement produits et analysés, notamment en vue de l'évaluation prévue par le projet de loi avec une périodicité quinquennale. Au rythme annuel, cet ouvrage de synthèse sur les données sanitaires et sociales, d'abord destiné aux parlementaires, a vocation à être adapté pour faire état des indicateurs qui seront au fur et à mesure produits et rendus disponibles en référence aux objectifs de la loi de santé publique, et donner des indications sur leur évolution.

À titre transitoire, et tout en conservant à ce stade le plan et le contenu habituels de l'ouvrage, la présente édition a d'ores et déjà été aménagée pour tenir compte des objectifs figurant dans le projet de loi. Lorsqu'ils étaient disponibles, les indicateurs qui pouvaient leur être associés, ou des informations approchées s'y référant, ont ainsi été systématiquement intégrés et commentés.

Une liste en a été dressée dans le tableau ci-joint, qui met en regard l'objectif évoqué par le projet de loi déposé au Parlement, les données qui s'y réfèrent mentionnées dans le présent ouvrage, et l'indication de leur source. Les collectes d'informations prévues ou indispensables pour compléter le jeu des indicateurs disponibles, ou les thèmes de recherches prioritaires en vue de leur élaboration ont été évoqués au fil du texte.

Au-delà des indicateurs directement liés aux objectifs mis en avant par la loi, l'appréciation de l'état sanitaire de la France repose bien évidemment, comme dans les éditions précédentes, sur le suivi et l'analyse d'indicateurs globaux : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues ou encore santé perçue, qui sont la base des comparaisons internationales servant à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français.

De plus, analyser l'évolution des indicateurs, qu'ils soient globaux ou spécifiques, nécessite de s'appuyer également sur des éléments de contexte, lesquels peuvent être de plusieurs types. Les contextes démographique, bien sûr, mais aussi socioéconomique doivent ainsi être pris en compte pour interpréter l'évolution des indicateurs d'état de santé ou de recours aux soins. L'évolution de la structure par sexe et âge de la population s'accompagne bien sûr d'abord d'une modification de son état de santé ; ce mécanisme, bien connu, est généralement traité en construisant des indicateurs standardisés par sexe et âge. Mais ce type de méthode est moins courant et pourtant indispensable lorsque sont impliquées les caractéristiques socioéconomiques des personnes ou des ménages, par exemple pour analyser les disparités régionales de situations d'alcoolisation excessive, de suicide ou de recours aux examens de prévention.

Les indicateurs disponibles, calculables ou approchables aujourd'hui sont le plus souvent construits à l'aide des grands systèmes d'information permanents (fichiers administratifs comme les fichiers de l'assurance maladie, les déclarations de décès, le PMSI, ou de grandes enquêtes périodiques comme l'enquête Santé et protections sociale (SPS) du CreDES, les enquêtes Insee sur les Conditions de vie ou l'enquête décennale sur la santé... Certains sont disponibles en routine sur une base annuelle ou moins fréquente, mais régulière.

D'autres données sont potentiellement disponibles mais leur traitement doit faire l'objet d'approfondissements méthodologiques. C'est le cas, pour le PMSI, de l'utilisation du chaînage des séjours des patients, par exemple. Certaines sources actuellement peu mobilisées mériteraient une investigation supplémentaire, comme les données des centres d'exams de santé des caisses d'assurance maladie. D'autres systèmes encore sont en cours de développement, comme le SNIIRAM, qui contiendra l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales.

La définition des indicateurs les plus pertinents nécessitera, pour une partie d'entre eux, un effort de recherche. Les résultats de ces travaux seront bien entendu, essentiels, ainsi que leur appropriation par le système statistique.

Certains indicateurs, enfin, sont envisagés par le rapport annexé du projet de loi mais n'existent pas dans le système d'information actuel. Leur production nécessitera un effort d'élaboration et de spécification ainsi que la définition des supports d'information nécessaires à leur collecte. Il s'agira souvent, dans un nombre important de cas, d'envisager des enquêtes *ad hoc*, notamment auprès des populations ou des usagers du système de soins. La mise en œuvre de ces opérations nécessitera des moyens statistiques adaptés, et leur méthodologie comme leur périodicité devront être précisées et coordonnées.

Données et indicateurs de santé globaux repris dans l'ouvrage	Référence	Source	Année
Espérance de vie à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.1	Insee	1980-1985-1990-1995 et annuel de 1997 à 2002
Espérance de vie à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.2	Inserm-Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Inserm-Insee	1981-1991
Mortalité totale et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée dans l'Union européenne	I-1-2 Graphique 1.2	OMS	1999
Santé perçue	I-2-1 Graphique 1.5	CreDES (SPS)	2000
Morbidité déclarée par sexe et âge	I-2-1 Graphique 1.6	CreDES (SPS)	2000
Motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins	I-2-1 Tableau 1.5	IMS-Health	2001-2002
Admissions en affections de longue durée (ALD)	I-2-2 Tableau 1.6	Cnamts	2001
Répartition des séjours hospitaliers selon la pathologie	I-2-2 Tableau 1.6	PMSI	2001
Fréquences relatives des problèmes de santé selon l'approche (la source) par tranches d'âge	I-2-3 Encadré 1.1 : Graphique Tableau	CépiDC, PMSI, SPS, CépiDC, PMSI, IMS-health, SPS, HID, ALD	

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Déterminants de santé	1 à 13				
Alcool	1 à 2				
Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 % (de 10,7l/hab/an en 1999 à 8,5 d'ici 2008)	1	Consommation annuelle d'alcool par habitant	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Insee, (WDT)	2001, (2000)
		Fréquence de consommation d'alcool en population générale	Graphique 2-3	Inpes	2000
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	2	Âge moyen de la première ivresse	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	OFDT	2002
	2	Prévalence des comportements d'ivresse répétée	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Inpes, OFDT	2000, 2001
	2	Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998
		Mortalité directement liée à la consommation chronique d'alcool	II-2-3 Plus de 35 000 décès par an...	Inserm : CépiDc	1999
		Proportion de patients présentant une alcoolisation excessive dans le système de soins	II-2-3 Un cinquième de l'activité du système de soins...	Drees	2000
Tabac	3 à 4				
		Mortalité attribuée au tabac	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Inserm : CépiDc	1999
		Ventes de cigarettes	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Altadis	1974-2000
Abaisser la prévalence du tabagisme quotidien (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)	3	Prévalence des fumeurs quotidiens par sexe, classe d'âge et CSP	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale, graphique 2-6	Insee, Inpes, OFDT	2001, 2000, 2002
	3	Age moyen d'initiation au tabac	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes...	OFDT	2002
	3	Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998
Nutrition et activité physique	5 à 13				
Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg /m2) chez les adultes : passer de 10 % en 2000 à 8% en 2008 (objectif PNNS)	5	Prévalences du surpoids et de l'obésité en population adulte (IMC)	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide, graphique 2.1	ObEpi, Credes, Insee	2003, 2000, 1991
Rachitisme carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel	8	Nombre d'hospitalisations pour rachitisme	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001
	8	Consommation de vitamine D dans la population pédiatrique	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001



Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant chaque jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine	9	Temps de marche ou activité sportive la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes	10	Consommation de fruits la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
	10	Consommation de fruits et légumes la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Obésité : interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants	12	Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 5-6 ans et les adolescents de classe de troisième	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide	Drees-Desco	1999-2000, 2000-2001
Santé et travail	14 à 17				
		Accidents du travail ayant entraîné un décès (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents de trajet ayant entraîné un décès ou une incapacité permanente	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail	14	Nombre d'accidents du travail dus aux déplacements pendant les heures de travail	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine	15	Proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire de 10 % le nombre de travailleurs soumis à des niveaux de bruit de plus de 85 db plus de 20 heures par semaine sans protection auditive	16	Proportion de salariés subissant un bruit supérieur à 85 décibels plus de vingt heures par semaines, et parmi eux, proportion de ceux qui disposent d'une protection auditive	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire les effets sur la santé des expositions aux agents cancérogènes par la diminution des niveaux d'exposition	17	Proportions de salariés et d'ouvriers exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérogènes pour l'homme et fréquences des protections individuelles et collectives	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
		Maladies professionnelles reconnues et indemnisées	II-2-1 Des maladies professionnelles mieux reconnues	Cnamts	2001

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Santé et environnement	18 à 25				
Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les limites européennes dans toutes les villes	20	Risques attribuables à la pollution atmosphérique urbaine	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Étude <i>Air Pollution and Health, European Approach</i>	1997 et 1998 (méta-analyse européenne sur les données des années 1980)
Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone	23	Nombre de décès par intoxication au CO ; Nombre d'hospitalisations pour intoxication au CO	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Inserm ; CépiDc ; PMSI	estimations en 2002 des décès annuels (fourchette) ; hospitalisations : données 2001
Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses	25	Nombre de nouveaux cas déclarés de légionellose	II-1-2 La légionellose : une maladie mieux repérée	InVS	2002
Iatrogénie	26 à 30				
		Mortalité due à des complications de soins médicaux ou chirurgicaux	I- 2 tableau 1.4	Inserm ; CépiDc	1999
Douleur	31 à 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	32	Prévalence des douleurs fréquentes jugées « importantes » en population générale	I-2-3 Les personnes âgées de plus de 65 ans	CreDES	2000
Précarité et inégalités	33 à 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 de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans	34	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquête longitudinale de cohortes)	I-3-1 Des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie, tableau 1.7, I-1-3 Des disparités géographiques..., carte 1.1	Insee	1982-1996

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Déficiences et handicap	35				
		Limitations fonctionnelles en population générale	II-5-1	Insee : HID	1998-1999
Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles	35	Estimation des situations de dépendance chez les personnes âgées	II-5-2	Insee : HID	1998-1999
Maladies infectieuses	36 à 43				
Sida : diminuer l'incidence des cas de sida	36	Incidence annuelle du sida	II-4-4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	2001, premier semestre 2002
		Estimation des séropositivités découvertes en 2001	II-4-4 Relâchement des comportements de prévention	InVS	2001
		Incidence et mortalité globale par groupe de transmission	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
		Pourcentage de personnes ayant découvert leur séropositivité au stade de sida	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008		Circonstances de découverte de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
		Stade clinique à la prise en charge de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque	38	Incidence annuelle nationale/ régionale dans les groupes à risque	I-1-1 BCG, une protection vaccinale inégale	InVS	2001
		Couverture vaccinale des enfants	II-1-1 BCG : une protection vaccinale inégale	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000
Grippe : Atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque (ALD, professionnels de santé, 65 ans et plus)	39	Mortalité due à la grippe chez les 65 ans ou plus	II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement	Inserm : CépiDc	1999
Maladies diarrhéiques : diminuer la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an et les plus de 65 ans	40	Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classes d'âge	I-2-1 Faible avant 15 ans, la mortalité chez les jeunes... II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement...	Inserm : CépiDc	1999
Maladies à prévention vaccinale relevant de vaccinations en population générale : atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés		Taux de couverture vaccinale des enfants	II-1-1 La couverture vaccinale des enfants continue de s'améliorer, tableaux 2,1 et 2,2	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Santé maternelle et périnatale	44 à 47				
Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne (5 pour 100 000)	44	Taux de mortalité maternelle	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Inserm : CépiDc	1999
Réduire la mortalité périnatale de 15 % en 2008	45	Taux de mortalité périnatale	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2001
		Mortalité infantile	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2002
Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	47	Gémellité, prématurité, petit poids de naissance,	II-3-1 Un meilleur suivi des grossesses...	Insee, PMSI, Inserm-Drees-DGS	2001, 2001 1998
Tumeurs malignes	48 à 53				
		Mortalité totale par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Incidence estimée des cancers selon le sexe	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
F : Diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus, augmenter le taux de couverture du dépistage (25-69 ans)	48	Nombre de cas annuels de cancer du col de l'utérus	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée	49	Taux moyen de survie à 5 et 10 ans par types de cancer	Graphique 2.11 : Durée de survie et taux de létalité par site de cancer	DGS, réseau Francim, Inserm : CépiDc	2000
Cancer de la thyroïde	52	Nombre de cas annuels de cancer de la thyroïde	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
Pathologies endocriniennes	54-55				
		Mortalité due au diabète	II-4-6	Inserm : CépiDc	1999
		Nombre de diabétiques (estimations tous types de diabète confondus)	II-4-6	Cnamts	2000
		Admissions en ALD pour diabète	II-4-6	Cnamts	2001
Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques cliniques	54	Prise en charge du diabète de type II	II-4-6 tableau 2.15	InVS-Cnamts	1998-2001

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Affections neuro-psychiatriques	56 à 65				
Toxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversion VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC	56	Proportion de nouveaux cas de sida attribués à l'usage de drogues injectables	II-4-4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	premier semestre 2002
	56	Prévalence déclarée du VHC dans les enquêtes sur les usagers de drogues injectables pris en charge dans les structures sanitaires	II-2-3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants	58	Nombre de personnes prises en charge en établissements spécialisés en novembre 1999	II-2-3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
		Nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale en médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes)	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Snir	2001-2002
		Nombre de personnes suivies dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	1999
		Nombre d'enfants et d'adolescents suivis dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	2000
		Estimation de la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer dans la population âgée	II-4.3 Aux grands âges, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale	Inserm, Paquid	1999
Maladies des organes des sens	66 à 68				
		Pourcentage de personnes atteintes d'un déficit auditif par tranche d'âge	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
		Pourcentage de personnes déclarant avoir besoin d'un appareil auditif et qui n'en ont pas	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
Atteintes sensorielles chez l'enfant : dépistage et prise en charge précoce	67	Troubles de la vision connus et dépistés à 5-6 ans en ZEP et hors ZEP	I-3-3 tableau 1.10	Drees-Desco	1999-2000
Troubles de la vision : réduire la fréquence des troubles de la vision dans la population adulte et en particulier dans la population âgée et prévenir les limitations d'activités	68	Port de lunettes à différents âges	II-3-3 Les troubles de la vue...	SPS	2000
	68	Prévalences de la cécité et de la malvoyance en population générale et en institution (tous âges et chez les 65 ans ou plus)	II-3-3 Les troubles de la vue...	HID	1998, 1999



Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Cardio-vasculaires	69 à 73				
		Mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Inserm : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Inserm : CépiDc	1999
Diminuer la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques	69	Nombre annuel de séjours imputables aux cardiopathies ischémiques	II-4-2	PMSI	2001
Réduire la pression artérielle Réduire dans les populations hypertendue et normotendue AVC: Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles	71	Pression artérielle moyenne (dans la population hypertendue et dans la population normotendue)	I-2-3 Plus de sept affections déclarées par les personnes âgées de 65 ou plus	SPS	2000
	72	Nombre annuel de séjours imputables aux accidents vasculaires cérébraux	II-4-2	PMSI	2001
Affections des voies respiratoires	74 à 75				
Asthme : réduire la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation	74	Nombre d'hospitalisations pour asthme	II-1-2 Une prise en charge de l'asthme souvent insuffisante	PMSI	2001
		Prévalence de l'asthme déclaré	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	Credes, SPS	1998
		Proportion d'asthmatiques hospitalisés dans l'année	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	Credes, SPS	1998
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	76				
Pathologies gynécologiques	77 à 79				
Insuffisance rénale chronique (IRC)	80 à 81				
Stabiliser l'incidence de l'IRC terminale d'ici 2008 (actuellement 112/million d'habitants)	80	Nombre de patients traités par dialyse au 31 décembre de chaque année (prévalence)	II-3-2	SAE	2001
Troubles musculo-squelettiques	82 à 87				
Ostéoporose	82	Nombre d'hospitalisations pour fracture du col du fémur	I-2-3 Recours à l'hôpital et durée d'hospitalisations augmentent après 64 ans	PMSI	2001
Affections d'origine anté-natale	88 à 89				
Maladies rares	90				
Affections bucco-dentaires	91				
Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO moyen à l'âge de 6 ans, de 12 ans et chez l'adulte	91	Indice CAO à 12 ans	II-3.2 Une amélioration globale de la santé dentaire des enfants	UFSBD	1998
		Estimation de l'état dentaire par tranches d'âge	II-3.2 Moins de prévention régulière chez les adultes Graphiques 2.9 et 2.10	Credes	2000

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Traumatismes	92 à 95				
Suicides : diminuer de 20 % le nombre de suicides d'ici à 2008	92	Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale	Tableau 2-14 : taux de suicide par tranche d'âge	Inserm : CépiDc	1999
Traumatismes non intentionnels dans l'enfance Diminuer de 50 % la mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 14 ans d'ici à 2008	93	Mortalité par accidents de la vie courante par tranches d'âge	II-2-4 Les accidents de la vie courante sont à l'origine de plus de 19 000 décès en 1999	Inserm : CépiDc	1999
Violence routière : Réduire de 50 % les décès et séquelles lourdes d'ici à 2008	94	Nombre de morts dues à un accident de la voie publique (décès à 30 jours)	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	Observatoire national interministériel de sécurité routière	2002
	94	Nombre de personnes déclarant souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	HID	1998-2001
Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population	96 à 100				
Troubles du langage oral et écrit	96				
Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit	96	Estimations de la prévalence des troubles du langage oral et écrit	II-3-3 Les troubles du langage...	Expertise	2000
Reproduction, contraception, IVG	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	97	Taux de recours à la pilule du lendemain	II-2-2 Maitrise de la fécondité...	Inpes	2000
	97	Nombre d'IVG	II-2-2 Le nombre d'interruptions volontaires de grossesses...	Drees (SAE)	2001
	97	Proportion de femmes concernées qui n'utilisent pas, ou pas systématiquement, de contraception	II-2-2 Maitrise de la fécondité...	Inpes	2000
Santé des personnes âgées	98 à 100				
Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	99	Nombre de décès dus à des chutes chez les personnes de plus de 75 ans	II-2.4 Les chutes : un risque majeur pour les personnes âgées	Inserm : CépiDc	1999
		Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur par sexe et tranche d'âge chez les personnes âgées	Encadré 2.1	PMSI	2001