



*Paris, le 10 février 2015*

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

**SOUS EMBARGO JUSQU'AU JEUDI 12 FÉVRIER A 0h00**

### **Rapport « *État de santé de la population en France* » : Les Français en bonne santé, mais des disparités territoriales, sociales et de genre perdurent**

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6<sup>e</sup> édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé.

Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

#### **Espérance de vie selon le genre : l'écart se réduit**

L'espérance de vie à la naissance demeure particulièrement élevée chez les femmes et supérieure à celle des hommes (85,4 ans en 2014, contre 79,2 ans pour les hommes). Cet écart s'est néanmoins réduit au cours des vingt dernières années, passant de 8,2 ans en 1994 à 6,2 ans en 2014.

L'espérance de vie à 65 ans est toujours **parmi les plus élevées en Europe**, tant pour les femmes que pour les hommes. En revanche, avant 65 ans, l'espérance de

vie des hommes est moins favorable que celle des femmes et se situe dans la moyenne européenne. Ce décalage s'explique par **le poids des morts prématurées chez les hommes**, c'est-à-dire survenant avant 65 ans. Ces décès sont notamment attribuables aux abus d'alcool et de tabac, aux expositions professionnelles plus fortes et aux comportements nutritionnels plus défavorables chez les hommes que chez les femmes. On relève ainsi 2,2 fois plus de décès prématurés chez les hommes que chez les femmes. Ce rapport grimpe à 3,1 pour les morts violentes (suicides, accidents) et à 3,3 pour les morts liées aux troubles mentaux et comportementaux.

## **Populations défavorisées : de multiples facteurs d'inégalités de santé**

Tous les indicateurs de santé (espérance de vie, recours aux soins, morbidité...) le montrent : **l'existence et l'importance des problèmes de santé sont étroitement liées à la position sociale et au niveau d'études**. Si les recherches permettent d'identifier des facteurs d'inégalités, aucun d'entre eux ne peut expliquer à lui seul ce phénomène qui résulte de causalités combinées. Ce sont les populations les plus défavorisées qui cumulent le plus souvent les expositions aux différents risques professionnels (travail pénible, de nuit, produits toxiques) ou autres (pollution, logements surpeuplés, etc.), et dont les comportements sont moins favorables à la santé (prévention, nutrition et activité physique notamment).

Ces inégalités sociales de santé **s'inscrivent avant même la naissance** et se maintiennent à tous les âges de la vie. On constate un taux de prématurés et de petits poids de naissance plus importants dans les foyers à faibles revenus. Les enfants d'ouvriers souffrent davantage de surcharge pondérale et de mauvais états de santé bucco-dentaire que les enfants de cadres. Et à l'âge adulte, les cadres et professions intermédiaires présentent les prévalences d'obésité les moins élevées.

Les disparités sociales se traduisent également par une **mortalité plus élevée**. La différence d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3,0 ans pour les femmes, un écart stable au cours des quarante dernières années. En outre, au sein d'une vie déjà plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des incapacités.

## **Disparités territoriales et sociales étroitement liées**

Les inégalités de santé d'une région à l'autre s'expliquent en grande partie par les différences de structures démographiques et sociales. D'autres facteurs peuvent intervenir, comme certaines expositions environnementales, ou encore une inégale répartition de l'offre de soins.

Ces disparités entraînent notamment par des variations importantes des taux de mortalité ou de morbidité. Les DOM illustrent particulièrement ces inégalités : la mortalité infantile y est de 5 points supérieure à celle en Métropole. Et la mortalité périnatale et néonatale, la prématurité ainsi que la part des petits poids de naissance pris dans leur ensemble y sont constamment plus élevés.

### **Télécharger :**

- Le rapport intégral « ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION, ÉDITION 2015 », DREES
- La synthèse du rapport

#### **A propos de ce rapport**

*La DREES coordonne depuis 2006 la réalisation du Rapport sur l'état de santé de la population en France. Initialement instauré pour le suivi des objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique de 2004, ce rapport a fait l'objet, en 2012-2013, d'un important travail de refonte quant aux indicateurs retenus, copiloté par la DREES et par la DGS (direction générale de la santé), avec la mobilisation de l'ensemble des producteurs de données.*

*Constitué de fiches par déterminants, par groupes de population et par pathologies, ce nouveau rapport présente une analyse problématisée des données épidémiologiques relatives aux principales thématiques de santé, ainsi qu'une partie dédiée aux indicateurs transversaux (démographie, données synthétiques de mortalité et de morbidité, inégalités sociales de santé, etc.). Parmi les indicateurs définis, un peu plus de la moitié sont déclinables à une échelle au moins régionale, et 40 % d'entre eux permettent, au moins de manière simplifiée, une approche des inégalités sociales de santé.*

#### **Ont participé à la rédaction de ce rapport :**

*Agence de la biomédecine (ABM), Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM), Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE), Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA), Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR), Institut national du cancer (INCa), Institut national des études démographiques (INED), Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut de veille sanitaire (InVS), Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Observatoire français des toxicomanies (OFDT), Observatoire national interministériel sur la sécurité routière (ONISR), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN - InVS – Université de Paris XIII).*

---

**Contacts presse – [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)**

Carmela Riposa – 01.40.56.88.84 - [carmela.riposa@sante.gouv.fr](mailto:carmela.riposa@sante.gouv.fr)