

# L'état de santé de la population en France

Suivi des objectifs annexés à la loi  
de santé publique

Rapport 2011

## Mortalité maternelle

Chaque année en France, 50 à 100 femmes décèdent durant leur grossesse ou de ses suites<sup>1</sup>. Au cours des quinze dernières années, le taux de mortalité maternelle le plus élevé a atteint, en France métropolitaine, 13,2 décès pour 100 000 naissances en 1996, soit 97 décès maternels. La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'atteindre un taux inférieur à 5 décès pour 100 000 à un horizon quinquennal. Le nombre annuel de décès maternels étant peu élevé, le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), recommande d'examiner les taux sur deux ans et estime qu'il n'est pas pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional et annuellement. Pour les mêmes raisons, la proportion d'évitabilité est calculée, selon une moyenne mobile, sur une période de cinq ans. La qualité de la déclaration des morts maternelles étant très hétérogène selon les différents pays d'Europe, des comparaisons de taux à cette échelle ne sont pas interprétables.

2001, les certificats de décès ont été exploités dans les DOM. Les taux d'évitabilité ne sont pas significativement différents entre les DOM et la métropole. Globalement, la part des décès jugés évitables n'a pas varié entre 2000-2004 et 2003-2007 (tableau 2)

Les comparaisons internationales sont difficiles. Toutefois, d'après deux études comparant la France aux pays de l'Union européenne, à la Finlande, au Massachusetts et à la Caroline du Nord, il apparaît que la situation française pourrait être améliorée, notamment en ce qui concerne les hémorragies du *postpartum* qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en grande partie évitables. ●

### ■ INDICATEUR PRINCIPAL

#### Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

En 2007-2008, le taux de mortalité maternelle s'établit à 8,1 pour 100 000 naissances vivantes (tableau 1). Le taux de mortalité maternelle de la France entière est toujours plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,1 contre 7,1 pour 100 000). Après la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où a commencé la surveillance systématique de cet indicateur, on observe une stagnation depuis le milieu des années 2000. Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées dans notre pays (graphique 1).

Le risque de mort maternelle augmente avec l'âge, et demeure supérieur chez les femmes de nationalité étrangère. Il existe en France des disparités régionales qui ont été analysées sur plusieurs années, tant en termes de taux de mortalité maternelle qu'en termes de causes de décès. Ni l'âge ni la nationalité des femmes n'expliquent le sur-risque de mortalité maternelle qui caractérise l'Île-de-France et les départements d'outre mer (source : DOM 2010).

D'autres facteurs que celui de la région géographique sont impliqués. Tout d'abord, le nombre des décès maternels est sous-estimé dans la statistique des causes médicales de décès : les premières recherches menées en France ont établi que cette sous-estimation

était de l'ordre de 50 % en 1988-1989 ; elle était ramenée à 30 % dans une étude relative à l'année 1999 (Bouvier-Colle, 2004). Depuis 2001, la sous-estimation fluctue entre 15 % et 30 % selon les années, d'après la méthode de correction élaborée par l'INSERM U953. En dix ans, l'enregistrement des décès maternels s'est donc amélioré en France.

D'autres recherches ont montré que, compte tenu de l'évolution démographique (nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge, puis élévation régulière de l'âge maternel moyen à la naissance, atteignant 30 ans), la mortalité maternelle ne pouvait qu'augmenter. Le constat inverse s'établit à partir des données enregistrées, et conduit à penser que la baisse observée a été réelle jusqu'en 2005.

### ■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

#### Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables

Jusqu'en 2000, les données concernent seulement la France métropolitaine. À partir de

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM UNITÉ 953.

### synthèse

*La mortalité maternelle tend à stagner depuis le milieu des années 2000. Le taux officiel de mortalité maternelle s'établit à 8,1 pour 100 000 naissances vivantes en 2007-2008. Le taux de mortalité maternelle de la France entière est plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,1 contre 7,1). On estime que 44 % des décès maternels étaient évitables pour la période 2003-2007. Pour interpréter la stagnation des taux de mortalité maternelle depuis 2000, il faudra voir si la tendance se confirme en tenant compte de la diminution de la sous-déclaration des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès et de l'accroissement de l'âge moyen des mères à la maternité.*

TABLEAU 1 • Évolution des taux de mortalité maternelle de 1989 à 2008

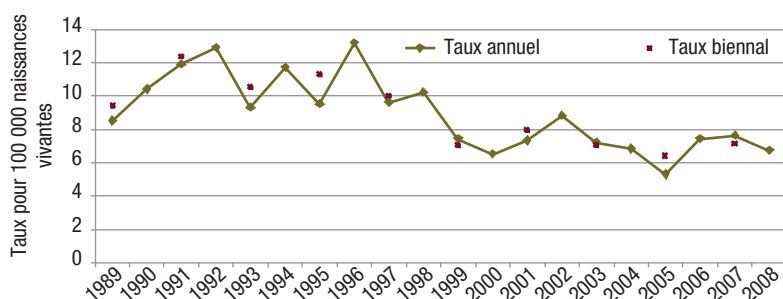
	Nombre de décès	Taux annuel*	Taux biennal*
	France métropolitaine (France entière)	France métropolitaine (France entière)	France métropolitaine (France entière)
1989	65	8,5	
1990	79	10,4	9,4
1991	90	11,9	
1992	96	12,9	12,4
1993	66	9,3	
1994	83	11,7	10,5
1995	69	9,5	
1996	97	13,2	11,3
1997	70	9,6	
1998	75	10,2	10,0
1999	55	7,4	
2000	50	6,5	7,0
2001	56 (61)	7,3 (7,6)	
2002	67 (81)	8,8 (10,2)	7,9 (8,9)
2003	55 (65)	7,2 (8,3)	
2004	52 (60)	6,8 (7,6)	7,0 (7,8)
2005	41 (47)	5,3 (5,8)	
2006	59 (68)	7,4 (8,2)	6,4 (7,0)
2007	60 (70)	7,6 (8,6)	
2008	53 (64)	6,7 (7,7)	7,1 (8,1)

\* Taux pour 100 000 naissances vivantes.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1989



Champ : France métropolitaine.

Source : Statistique nationale des causes médicales de décès, INSERM-CépiDc et INSERM unité 953.

TABLEAU 2 • Évolution de la proportion de décès « évitables » parmi les morts maternelles de 1996 à 2007

	Nombre de décès de causes obstétricales	% de décès évitables
1996-2000	269	54,0
1997-2001	258	51,6
1998-2002	264	50,4
1999-2003	265	49,1
2000-2004*	275	46,3
2001-2005*	262	47,1
2002-2006*	257	43,3
2003-2007**	233	44,1

\* France entière.

\*\* Données provisoires pour l'année 2007 (France entière).

Champ : France métropolitaine.

Sources : Comité national d'experts sur la mortalité maternelle et Inserm U953.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc ; naissances : INSEE.

CHAMP • France métropolitaine. Depuis 2001, les statistiques incluent les départements d'outre mer (DOM).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès de causes obstétricales directes et indirectes sur le nombre de naissances vivantes de l'année considérée.

LIMITES • La désagrégation par région n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple) non présentées ici.

BIAS • Sous-estimation des morts maternelles (de 50 % à 30 % selon les années), voir Bouvier-Colle, 2004.

RÉFÉRENCES •

- Bouvier-Colle M.-H., Deneux C., Szego E., Couet C., Michel E., Varnoux N., Jouglé E., 2004, « Estimation de la mortalité maternelle en France : une nouvelle méthode », *Journal de gynécologie d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, n° 33, p. 421-9.
- Deneux C., Berg C.-J., Bouvier-Colle M.-H., Gissler M., Harper M., Alexander S., Nildman K., Breart G., Buekens P., 2005, « Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe », *Obstetrics and Gynecology*, 106, 4: 684-692.
- Salanave B., Bouvier-Colle M.-H., 1995, « Mortalité maternelle et structure des naissances. Une explication possible de la surmortalité en France », *Revue épidémiologique de santé publique*, 43: 301-7.
- Saucedo M., Deneux-Tharaux C. et Bouvier-Colle M.-H., « Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006 », *BEH* n° 2-3, janvier 2010.
- Saucedo M., Deneux-Tharaux C. et Bouvier-Colle M.-H., « Disparités régionales de mortalité maternelle en France : situation particulière de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006 », *BEH* n° 2-3, janvier 2010.
- Szego E., Bouvier-Colle M.-H., 2003, « Évolution de la mortalité maternelle en France, depuis 1980 », *Revue épidémiologique de santé publique*, 51: 361-364.
- Wildman K., Bouvier-Colle M.-H., 2004, « Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe », *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111: 164-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et unité 953.

SOURCES • Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable.

CHAMP • France métropolitaine jusqu'en 1999-2003, France entière depuis la période 2000-2004.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès maternels classés évitables par le Comité d'experts au nombre total de décès maternels expertisés.

LIMITES • Signification statistique réduite en raison du petit nombre de cas annuels ; la désagrégation par cause n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles. Entre 2004 et 2006, la procédure d'expertise a été modifiée de façon temporaire d'où une sous-estimation probable du nombre de décès évitables.

BIAS • Données non exhaustives (25 % de non-réponse en moyenne).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM unité 953.

## Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie). Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. La loi de santé publique de 2004 a retenu comme objectif de **réduire la mortalité périnatale de 15 %**. L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant aujourd'hui plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il est donc nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets tardifs, la mortalité infantile. Des changements de réglementation intervenus en 2001 et en 2008 rendent les analyses temporelles délicates. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). La circulaire de novembre 2001 a modifié cette disposition en abaissant les seuils d'enregistrement pour se caler sur une définition commune au niveau international : un acte d'enfant sans vie pouvait être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Cependant la notion d'enfant sans vie a encore été modifiée en 2008 par un autre changement législatif : désormais, depuis un jugement de la cour de Cassation de 2008, l'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est subordonné ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse. Cette dernière disposition ne permet donc plus, outre ses effets sur l'analyse des évolutions annuelles, de comparer les indicateurs de mortalité périnatale et de mortinatalité au niveau international en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité.

### ■ INDICATEURS PRINCIPAUX

#### Taux de mortalité périnatale

Entre 1995 et 2001, la mortalité périnatale a continué de diminuer, à l'instar des années précédentes, passant de 7,7 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances à 7,1 (tableau 1). Les brusques augmentations observées en 2002 (10,2 pour 1 000) et en 2008 (12,3 pour 1 000) sont liées à des changements de réglementation (voir supra).

En France, en 2008, la situation variait de 9,1 décès pour 1 000 naissances en Basse-Normandie à plus de 14,3 pour 1 000 en Île-de-France. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 19,3 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 21,8 et 25,5 pour 1 000.

#### Taux de mortinatalité

Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. En 2008, il s'élevait globalement à 10,6 enfants sans vie ou mort-nés pour 1 000 naissances (tableau 1).

En 2008, les taux de mortinatalité atteignaient 14,5 pour 1 000 naissances dans les départe-

ments d'outre-mer et respectivement 19,1 et 21,8 pour 1 000 en Guadeloupe et Martinique.

#### Taux de mortalité néonatale

La mortalité néonatale a peu évolué entre 1995 et 2001 (3,0 enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes). Elle s'est stabilisée à compter de 2005 (2,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2008). Le taux observé dans les départements d'outre-mer (6,4 pour 1 000 en 2008) était plus de deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en métropole en 1999 a montré que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés

(67,1 %) et particulièrement les grands prématurés : 30,5 % étaient nés avant 27 semaines et 25 % entre 27 et 32 semaines. Les enfants issus de grossesses multiples représentaient quant à eux 18,8 % des décès néonataux (tableau 2). Par ailleurs, 36,9 % des décès néonataux sont survenus dans les premières 24 heures, 35,1 % pendant les 6 jours suivants, 14,7 % durant la deuxième semaine et 13,4 % au cours des deux semaines suivantes.

### ■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

#### Taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 5,0 enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 3,8 pour 1 000 en 2005 (tableau 1). Il est estimé à 3,7 pour 1 000 en 2010. Du début des années 1980 au milieu des années 1990, cette baisse était principalement liée au recul de la mortalité néonatale. Mais depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante a concerné la mortalité post-néonatale (enfants décédés entre le 28<sup>e</sup> jour et un an).

Le niveau de la mortalité infantile française est inférieur à celui de l'Union européenne (4,3 pour 1 000 en 2008). Les taux les plus faibles ont été recensés dans le nord de l'Europe. À l'inverse, les deux nouveaux États membres (Bulgarie et Roumanie) ont enregistré les taux les plus forts (graphique 1). Au sein même du territoire français, de fortes disparités subsistent. En 2008, les taux de mortalité infantile sont compris entre 2,0 (Corse) et 5,1 (Champagne-Ardenne) en France métropolitaine, et ils sont supérieurs à 6,9 dans les départements d'outre-mer : 6,9 en Guadeloupe, 7,5 en Martinique, 8,0 à la Réunion et 13,6 en Guyane (voir page 90). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES-INSEE.

## synthèse

Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est reparti à la hausse depuis 2000, lié aux changements de réglementation intervenus en 2001 et en 2008.

Le taux de mortalité périnatale s'établit en 2008, à 12,3 pour 1 000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie). Le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale et a atteint 10,6 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2008. La mortalité néonatale et la mortalité infantile ont quant à elles, arrêté de baisser depuis 2005, se stabilisant respectivement autour de 2,5 et 3,8 pour 1 000 naissances vivantes.

Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs.

TABLEAU 1 • Évolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile entre 1995 et 2008

	Taux de mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie)	Taux de mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	Taux de mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)
	Taux pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie*	Taux pour 1 000 enfants nés vivants	
1995	7,7	3,0	5,0
2000	6,9	2,9	4,5
2001	7,1	3,0	4,6
2002 *	10,2	2,7	4,2
2003	11,1	2,8	4,2
2004	11,1	2,7	4,0
2005	10,8	2,5	3,8
2006	11,2	2,5	3,8
2007	11,0	2,5	3,8
2008 *	12,3	2,6	3,8

\* La forte évolution des taux de mortalité périnatale et de mortalité néonatale en 2002 et 2008 est liée à la forte augmentation du nombre d'enfants sans vie enregistrée du fait d'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 critères se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil. Selon un arrêté d'août 2008, il n'y a plus de critère de poids ou de durée pour l'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

**Champ :** France (métropole et départements d'outre-mer).

**Sources :** INSEE, statistiques de l'état civil.

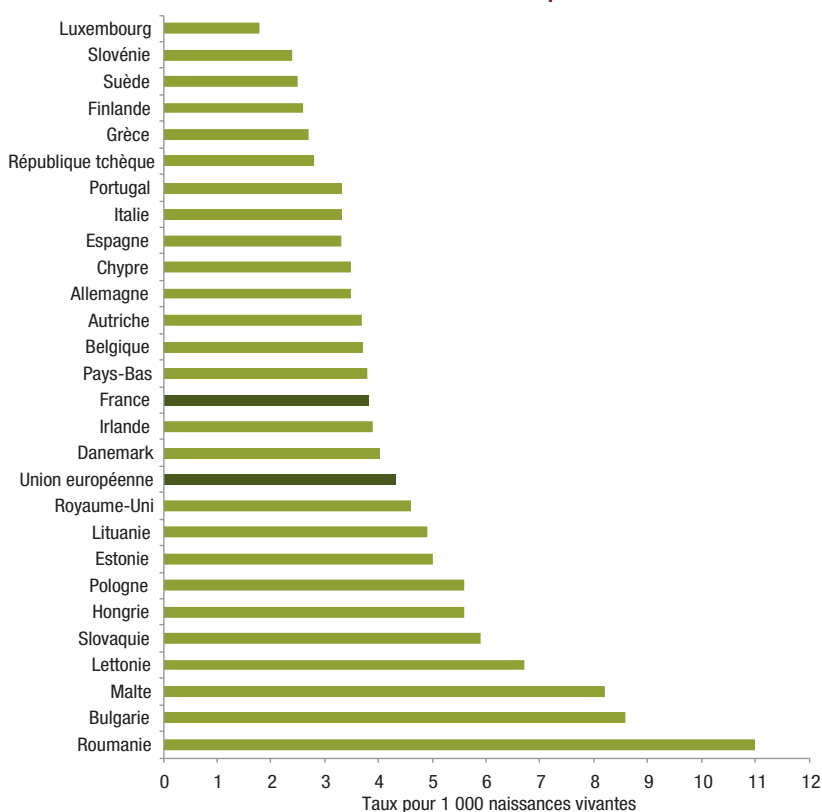
TABLEAU 2 • Répartition des décès néonataux selon le type de naissances et l'âge gestationnel en 1999 (en %)

Type de naissances	
Naissances uniques	81,2
Naissances multiples	18,8
Âge gestationnel	
< 27 semaines	30,5
27-28 semaines	12,3
29-32 semaines	12,7
33-36 semaines	11,5
37 semaines ou plus	32,9

**Champ :** France métropolitaine.

**Sources :** INSERM-CépiDc, INSERM Unité 149/953.

GRAPHIQUE 1 • Taux de mortalité infantile dans l'Union européenne en 2008



**SOURCES** • INSEE (estimations de population et statistiques de l'état civil). Eurostat pour les données européennes. INSERM-CépiDc : certificats de décès.

**CHAMP** • France (métropole et départements d'outre-mer), Union européenne.

#### CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). À partir de 2001, un acte d'enfant sans vie pouvait être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Depuis le 22 août 2008, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né vivant mais non viable peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil.

– Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et morts nés).

– Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonataux précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances.

– Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

– Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

**LIMITES ET BIAIS** • Données exhaustives.

#### RÉFÉRENCES •

– Beaumel C., Richet-Mastain L., Vatan M., 2007, «La situation démographique en 2005. Mouvement de la population», *INSEE Résultats*, n° 66.

– Pla A., 2008 «La situation démographique en 2007. Des naissances toujours plus nombreuses», *INSEE Première*, n° 1170.

– Pla A., 2009 «Bilan démographique 2009. Plus d'enfants, de plus en plus tard», *INSEE Première*, n° 1220.

– Pla A., Beaumel C. «Bilan démographique 2010. La population française atteint 65 millions d'habitants», *INSEE Première*, n° 1332.

#### ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSEE.

**SOURCES** • INSEE (état civil), INSERM (CépiDc et Unité 149/953) : certificats de décès néonataux.

**CHAMP** • France métropolitaine, 1999.

**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

**LIMITES ET BIAIS** • Données en principe exhaustives. Un certificat de décès néonatal était disponible pour 87,1% des décès néonataux.

#### RÉFÉRENCE •

– Blondel B., Eb M., Matet N., Bréart G., Jouglu E., 2006, «Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 4.

#### ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM.

**Champ :** Union européenne, 27 pays.

**Sources :** Eurostat.

## Grossesses extra-utérines

La loi de santé publique de 2004 a proposé comme objectif de **diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité**. Il n'est actuellement pas démontré que le type de traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure. Il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») et ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les secondes se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme, les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* ou les antécédents de chirurgie tubaire et correspondent souvent à une fertilité dégradée. Les autres facteurs de risque sont l'âge, les antécédents de fausse couche spontanée, d'interruption volontaire de grossesse, de contraception par stérilet et d'infertilité<sup>1</sup>.

Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002, avec toutefois des différences selon les types : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, en lien avec la diminution de la contraception par stérilet, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* et du tabagisme.

traient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'âges « extrêmes », mais aussi des ratios de GEU supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âges. L'inverse était observé dans les régions métropolitaines où les ratios de GEU étaient les plus faibles (Nord - Pas-de-Calais et Bretagne).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge (tableau 2) : la voie médicamenteuse apparaît plus souvent employée chez les moins de 30 ans, tandis que le recours à la chirurgie ouverte (laparotomie) semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Le mode de traitement varie fortement selon la région de résidence des femmes. Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction de l'âge des femmes et ce qui relèverait des pratiques régionales, notamment quant au recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

### INDICATEUR PRINCIPAL

#### Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

Seules les GEU hospitalisées peuvent être prises en compte pour le calcul de l'indicateur.

En 2008, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ont enregistré près de 13 000 séjours motivés par une grossesse extra-utérine (tableau 1). Ce nombre de séjours a diminué entre 1997 et 2008, comme le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes, qui est passé de près de 2 en 1997 à environ 1,6 en 2008. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. La part des interventions réalisées sous coelioscopie demeure très majoritaire (64 % des cas en 2008) mais elle tend à baisser. La part des interventions de chirurgie ouverte (laparotomie) a sensiblement diminué, tandis que celle des traitements médicamenteux s'est fortement accrue. La baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse, qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et ne sont pas

comptabilisées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes (moins de 20 ans ou plus de 34 ans) : en 2008, il était de 2,3 pour les femmes âgées de moins de 20 ans, de 1,9 pour celles âgées de 35-39 ans et de 2,4 pour celles qui sont âgées de 40 ans ou plus (tableau 2). Il variait également selon les régions<sup>2</sup>, passant de 1,3 dans le Nord - Pas-de-Calais à 2,8 en Guadeloupe (tableau 3). Ces écarts ne semblent pas s'expliquer par l'effet lié aux structures d'âge : les régions dans lesquelles le ratio de GEU était le plus élevé (Guadeloupe, Martinique et Corse) enregist-

#### ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

### synthèse

En 2008, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,6 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,4 à partir de 40 ans. Dans les régions Guadeloupe et Martinique, les ratios étaient supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU était traitée, en 2008, par une intervention réalisée sous coelioscopie dans 64 % des cas, en décroissance par rapport à 1997. Entre 1997 et 2008, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue. En onze ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,9 à 1,6 mais la baisse des GEU avec hospitalisation pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement et ne nécessitant pas d'hospitalisation.

1. Bouyer J., 2003, « Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences », *Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*; 32 (suppl. au n° 7) : 3S8-3S17.
2. Les effectifs par région étant, pour certaines d'entre elles, assez faibles, il a paru préférable de faire les calculs sur une moyenne annuelle obtenue à partir des trois dernières années disponibles (2006, 2007 et 2008), de façon à atténuer des variations annuelles erratiques liées à cette faiblesse des effectifs.

TABLEAU 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9
2004	13 000	1,63	11,9	64,2	23,9
2005	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3
2006	12 930	1,56	10,0	63,4	26,6
2007	12 910	1,58	8,9	64,8	26,3
2008	12 910	1,56	8,8	63,9	27,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 2 • Hospitalisations en 2008 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	400	2,33	4,8	64,2	31,0
20 à 24 ans	1 650	1,45	6,7	62,1	31,2
25 à 29 ans	3 590	1,37	7,7	64,3	28,0
30 à 34 ans	3 770	1,46	9,3	64,2	26,5
35 à 39 ans	2 660	1,88	10,5	65,0	24,5
40 ans ou plus	840	2,40	11,8	60,3	27,9
<b>Total tous âges</b>	<b>12 910</b>	<b>1,56</b>	<b>8,8</b>	<b>63,9</b>	<b>27,3</b>

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 3 • Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence de la femme - Moyenne annuelle sur les années 2006, 2007 et 2008

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes (1) (en %)		Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Île-de-France	2 890	1,60	31,0	26,4	8,3	64,1	27,6
Champagne-Ardenne	280	1,70	26,4	19,9	12,3	55,3	32,4
Picardie	370	1,45	30,6	20,5	13,5	56,0	30,5
Haute-Normandie	360	1,54	26,7	19,4	8,0	66,5	25,5
Centre	460	1,53	29,5	21,3	11,8	58,4	29,8
Basse-Normandie	260	1,55	25,2	19,8	5,3	62,8	31,9
Bourgogne	290	1,62	31,7	20,8	7,2	66,4	26,4
Nord - Pas-de-Calais	740	1,31	25,1	19,5	10,0	64,2	25,8
Lorraine	430	1,58	27,6	20,0	11,1	60,8	28,1
Alsace	340	1,53	30,3	21,4	6,2	49,3	44,5
Franche-Comté	230	1,59	31,3	19,3	10,8	64,8	24,4
Pays de la Loire	700	1,53	27,5	19,6	10,1	57,0	32,9
Bretagne	530	1,40	26,0	21,7	9,1	63,6	27,3
Poitou-Charentes	280	1,52	31,7	20,7	7,1	69,4	23,5
Aquitaine	520	1,53	32,5	23,6	5,9	79,4	14,7
Midi-Pyrénées	520	1,64	31,8	23,6	9,9	66,7	23,4
Limousin	120	1,66	34,0	21,8	5,3	76,4	18,3
Rhône-Alpes	1 150	1,43	30,0	22,2	8,0	68,9	23,1
Auvergne	250	1,79	31,1	21,2	4,9	71,2	23,9
Languedoc-Roussillon	500	1,68	29,5	23,8	7,1	76,0	16,9
PACA	990	1,70	32,1	24,6	8,1	66,5	25,4
Corse	60	2,05	31,3	25,4	26,7	54,0	19,3
Guadeloupe	190	2,83	35,7	33,2	19,1	44,6	36,3
Martinique	120	2,30	40,5	33,8	23,6	48,7	27,7
Guyane	100	1,53	28,7	31,9	42,2	34,3	23,5
La Réunion	240	1,63	35,2	28,5	6,7	57,8	35,5
<b>France entière</b>	<b>12 920</b>	<b>1,57</b>	<b>30,0</b>	<b>23,0</b>	<b>9,3</b>	<b>64,0</b>	<b>26,7</b>

1. Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

**SOURCES** • Bases nationales PMSI-MCO (ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers; état civil (INSEE) pour les naissances.

**CHAMP** • France entière.

**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM-10 O00 en diagnostic principal. Les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour. En cas d'association de modes de traitement, c'est le plus «lourd» qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie); les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

**LIMITES ET BIAIS** • 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: il est passé de 94% en 1998 à près de 100% en 2008.

**RÉFÉRENCE** •

— Coste J., Bouyer J., Ughetto S., Gerbaud L., Fernandez H., Pouly J.-L., Job-Spira N., 2004, «Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002)», *Human reproduction*, vol.19 (9): 2014-2018.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • DREES.

## Situations périnatales à l'origine de handicaps (1)

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme**. La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est aussi le cas des retards de croissance intra-utérins, des infections néonatales, de l'alcoolisme maternel, des déficits nutritionnels importants ou de l'asphyxie périnatale. En se fondant sur les recommandations d'EURO-PERISTAT, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'Apgar à 5 minutes. Les déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles font l'objet d'un enregistrement systématique par les deux registres français de handicap de l'enfant et permettent de renseigner l'indicateur complémentaire sur la prévalence des handicaps sévères de l'enfant d'origine périnatale. L'indicateur retenu porte sur la paralysie cérébrale, le plus fréquent des handicaps sévères de l'enfant d'origine périnatale.

### ■ INDICATEURS PRINCIPAUX

#### Fréquence et distribution de la prématurité

La distribution de l'âge gestationnel dans l'ensemble des naissances a changé entre 2003 et 2010, suivant les résultats des deux dernières enquêtes nationales Périnatales; l'évolution a lieu surtout pour les naissances après 40 semaines d'aménorrhée qui représentent 18,1% des naissances en 2010 au lieu de 20,7% en 2003. En revanche le taux de prématurité n'a pas changé de manière significative (tableau 1).

En 2010, le taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) est égal à 7,4% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 7,2% en 2003 (tableau 2). La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité est un peu plus faible. Il atteint 6,6% en 2010 contre 6,3% en 2003. Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité a tendance à légèrement augmenter, de manière non significative entre 2003 (5,0%) et 2010 (5,5%), mais de manière régulière depuis 1995 où il était de 4,5%.

Les jumeaux présentent un risque extrêmement élevé de prématurité. Sur l'ensemble des naissances vivantes leur taux de prématurité est de 41,7% en 2010. L'excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité.

Le taux de prématurité est lié à la situation sociale des femmes. Par exemple, le taux chez les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques<sup>1</sup> ou n'ayant aucune ressource est de 8,5% au lieu de 6,3% chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle.

La proportion de naissances avant 37 semaines varie peu entre les régions, mais l'enquête nationale Périnatale a une taille insuffisante pour qu'on puisse mettre en évidence des différences régionales pour des événements peu fréquents; on constate toutefois un pourcentage plus faible d'enfants prématurés en Bassin parisien (régions limitrophes à l'Île-de-France).

En Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, l'issue de la grossesse est beaucoup moins favorable qu'en métropole. Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité est le double de celui observé en métropole.

#### Fréquence et distribution des petits poids de naissance

La prévalence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal, reflétant la prématurité et/ou le retard de croissance intra-utérine. Entre 2003 et 2010, en France métropolitaine, la distribution du poids a évolué dans le sens d'une augmentation générale des poids les plus élevés. Ainsi la proportion d'enfants de poids supérieur à 3000 g est passée de 71,6% en 2003 à 73,4% en 2010, alors que la proportion d'enfants de poids inférieurs à 2500 grammes a diminué de 8,0% à 7,2%. Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 6,4% en 2010 (5,1% pour les naissances uniques et 49,5% pour les naissances gémellaires) contre 7,2% en 2003 (tableau 3). Il semble donc se dessiner un changement de tendance puisque auparavant les pourcentages pour les naissances uniques étaient en augmentation, de 4,6% en 1995, 5,0% en 1998, puis 5,5% en 2003.

On retrouve pour cet indicateur, les disparités sociales décrites pour la prématurité: la proportion d'enfants de poids inférieur à 2500 grammes

1. Allocation chômage, RSA

TABLEAU 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 et 2010 (toutes naissances en %)

Âge gestationnel (semaines d'aménorrhée)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
≤ 21	0,0	0,0
22-27	0,9	0,7 [0,6 - 0,8]
28-31	0,8	0,8 [0,7 - 0,9]
32	0,3	0,4 [0,3 - 0,5]
33	0,5	0,4 [0,3 - 0,5]
34	0,8	0,8 [0,7 - 0,9]
35	1,3	1,5 [1,3 - 1,7]
36	2,7	2,8 [2,5 - 3,1]
37	6,4	6,7 [6,3 - 7,1]
38	14,5	16,5 [15,9 - 17,1]
39	24,4	24,3 [23,6 - 25,0]
40	26,8	27,0 [26,3 - 27,7]
41	19,7	17,8 [17,2 - 18,4]
≥ 42	1,0	0,3 [0,2 - 0,4]
<b>Prématurité &lt; 37 semaines</b>		
Oui	7,2	7,4 [7,0 - 7,8]
Non	92,8	92,6 [92,2 - 93,0]

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

TABLEAU 2 • Taux de prématurité selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants\* en 2003 et 2010 (en %)

Prématurité (< 37 sem)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
<b>Toutes naissances</b>		
Total <sup>(1)</sup>	7,2	7,4 [7,0 - 7,8]
uniques	5,8	6,3 [5,9 - 6,7]
gémellaires	44,9	42,7 [38,0 - 43,4]
<b>Naissances vivantes</b>		
Total <sup>(1)</sup>	6,3	6,6 [6,2 - 7,0]
uniques	5,0	5,5 [5,1 - 5,9]
gémellaires	44,0	41,7 [37,0 - 42,4]

(1) y compris les triplés

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

\* Le taux de prématurité et la proportion d'enfants de petit poids varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés. Si l'estimation porte non pas sur la totalité des naissances mais seulement sur les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,4 % à 6,6 %, et celui des enfants de petit poids de 7,1 % à 6,4 %, du fait d'une proportion élevée d'enfants prématurés et de faible poids chez les mort-nés. L'influence des naissances multiples est plus marquée que celle de l'état vital à la naissance. Parmi les naissances vivantes par exemple, le taux de prématurité passe de 6,6 % pour l'ensemble de la population à 5,5 % parmi les enfants uniques ; de même le taux d'enfants de moins de 2500 grammes varie de 6,4 à 5,1 % entre ces deux populations. Ceci s'explique par le fait que 19 % des prématurés et 23 % des enfants de petit poids sont des jumeaux.

TABLEAU 3 • Taux de « petit poids » selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants\* en 2003 et 2010 (en %)

Poids (< 2500 g)	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
<b>Toutes naissances</b>		
Total <sup>(1)</sup>	8,0	7,1 [6,7 - 7,5]
uniques	6,2	5,8 [5,4 - 6,2]
gémellaires	56,3	50,1 [45,4 - 50,9]
<b>Naissances vivantes</b>		
Total <sup>(1)</sup>	7,2	6,4 [6,0 - 6,8]
uniques	5,5	5,1 [4,7 - 5,5]
gémellaires	55,9	49,5 [44,8 - 50,3]

(1) y compris les triplés

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

\* Le taux de prématurité et la proportion d'enfants de petit poids varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés. Si l'estimation porte non pas sur la totalité des naissances mais seulement sur les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,4 % à 6,6 %, et celui des enfants de petit poids de 7,1 % à 6,4 %, du fait d'une proportion élevée d'enfants prématurés et de faible poids chez les mort-nés. L'influence des naissances multiples est plus marquée que celle de l'état vital à la naissance. Parmi les naissances vivantes par exemple, le taux de prématurité passe de 6,6 % pour l'ensemble de la population à 5,5 % parmi les enfants uniques ; de même le taux d'enfants de moins de 2500 grammes varie de 6,4 à 5,1 % entre ces deux populations. Ceci s'explique par le fait que 19 % des prématurés et 23 % des enfants de petit poids sont des jumeaux.

## Situations périnatales à l'origine de handicaps (2)

était respectivement de 9,6% chez les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques<sup>1</sup> ou n'ayant aucune ressource et 5,9% chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle.

La proportion de naissances de poids inférieur à 2500 grammes varie également peu entre les régions, on constate toutefois un pourcentage plus faible d'enfants de faible poids en Bassin parisien (régions limitrophes à l'Île-de-France). En Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, le pourcentage d'enfants vivants uniques de moins de 2500 g est deux fois plus élevé qu'en métropole (11,2% pour les naissances vivantes en 2010) et stable depuis 2003.

Le groupe des enfants prématurés et celui des enfants de faible poids ne se recouvrent pas totalement; ainsi 64,7% des enfants nés à 36 semaines et 37,1% des enfants nés à 34-35 semaines pèsent 2500 grammes ou plus. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 peut être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac (voir fiche relative à l'objectif 3).

### ■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

#### Distribution des scores d'Apgar à 5 minutes

La vitalité de l'enfant mesurée par le coefficient d'Apgar s'est modifiée entre 2003 et 2010: 7,1% des enfants ont un coefficient inférieur à huit à une minute, au lieu de 5,9% en 2003; à cinq minutes, les pourcentages sont respectivement de 1,7% et 1,1% (tableau 4). La proportion d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 8 est plus élevée chez les jumeaux que chez les enfants uniques, à une minute (12,9% *versus* 7,0% en 2010) comme à cinq minutes (3,4% *versus* 1,6% en 2010).

Les indicateurs de l'état de santé ne permettent pas d'expliquer une détérioration éventuelle du statut vital, puisque la prématurité et le petit poids à la naissance ont peu changé, que la part de naissances multiples est restée stable, autour de 3%, que le taux de césarienne n'a pas augmenté de manière significative et que le taux d'hospitalisation ou de transfert des enfants a diminué. L'évolution des scores d'Apgar élevés pourrait alors s'expliquer par une attention plus grande portée à l'évaluation des enfants dans les

services et un meilleur recueil au moment de l'enquête, en raison de questions sur la réanimation, détaillées en 2010.

#### Prévalence de la paralysie cérébrale à 8 ans

Les prévalences au cours de la huitième année de vie des déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles sévères pour les enfants nés entre 1987 et 1998 étaient de 6,6 pour 1 000 enfants résidant en Isère et de 6,2 pour 1 000 en Haute-Garonne (tableau 5).

La prévalence de la paralysie cérébrale était de 2,1 et 1,7 respectivement sur les 2 registres. La proportion d'enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée était de 21,3% et de 25,5% respectivement en Isère et en Haute-Garonne, celle des enfants nés avec un poids de naissance < 1500 g de 16,7% et de 21,2% respectivement. En moyenne, un enfant sur deux avait été hospitalisé en période néonatale. Aucune variation significative de ces proportions au cours du temps (1987-1998) n'a été mise en évidence ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.

### synthèse

En 2010, 6,6% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (41,7%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) est de 6,4% parmi les naissances vivantes (49,5% en cas de naissance multiples). Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole.

Entre 2003 et 2010, les taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance ont suivi des tendances légèrement différentes. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a très légèrement augmenté, mais de manière statistiquement non significative, alors que le taux d'enfant de petit poids a diminué de 7,1% à 6,4%. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 est difficile à interpréter. Elle pourrait être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac.

TABLEAU 4 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003 et 2010 (en %)

	2003	2010
	%	% [IC à 95 %]
<b>Apgar à une minute</b>		
≤ 5	2,7	3,7 [3,4 – 4,0]
6-7	3,3	3,4 [3,1 – 3,7]
8-9	18,7	20,7 [20,0 – 21,4]
10	75,4	72,2 [71,5 – 72,9]
<b>Apgar à 5 minutes</b>		
≤ 5	0,4	0,5 [0,4 – 0,6]
6-7	0,7	1,2 [1,0 – 1,4]
8-9	4,6	5,6 [5,2 – 6,0]
10	94,3	92,7 [92,3 – 93,1]

**Champ :** Naissances vivantes en France métropolitaine.

**Sources :** Enquête nationale Périnatale - 2003 et 2010.

**SOURCES** • Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U953).

**CHAMP** • France entière (sauf la Martinique en 2010).

**CONSTRUCTION DES INDICATEURS** • Numérateur : nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou de poids inférieur à 2500 g, rapporté aux naissances vivantes ou à l'ensemble des naissances. Dénominateur : toutes les naissances une semaine donnée (en métropole : n = 14 903 enfants en 2010, n = 14 737 en 2003). Il s'agit de tous les enfants nés vivants ou mort-nés ainsi que des IMG au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance. Les informations ont été recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

**LIMITES ET BIAIS** • En 2010, la Martinique n'a pas participé à l'enquête par manque de personnel pour gérer la coordination au niveau du département. Le pourcentage de valeurs manquantes pour les variables d'intérêt est faible, d'environ 0,5% en métropole et dans les 3 DOM ayant participé à l'enquête (Guadeloupe, Guyane et Réunion).

**RÉFÉRENCES** •

- Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et évolution depuis 2003 », *Rapport INSERM*. À paraître.
- Blondel B., Supemant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », *Rapport INSERM*.
- Vilain A., Peretti C. (de), Herbet J.-B., 2005, « Enquête nationale Périnatale 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », *Rapport DREES*.
- Vilain A., Peretti (de) C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.
- Blondel B., Kermarrec, 2011, « La situation périnatale en France en 2010 », INSERM U953.

**ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • INSERM-DREES.

TABLEAU 5 • Taux de prévalence dans la 8<sup>e</sup> année de vie des déficiences sévères pour 1 000 enfants entre 1987 et 1998

	Prévalence (IC 95 %)	
	RHEOP	RHE31
Paralysie cérébrale (PC)	2,1 [1,9 - 2,3]	1,7 [1,5 - 1,9]
Déficiência motrice (hors PC)	1,0 [0,9 - 1,2]	1,3 [1,1 - 1,5]
Trisomie 21 (T21)	1,0 [0,8 - 1,1]	0,8 [0,7 - 1,1]
Déficiência intellectuelle sévère hors T21	2,2 [2,0 - 2,4]	2,3 [2,1 - 2,6]
Déficiência visuelle sévère	0,5 [0,4 - 0,6]	0,7 [0,6 - 0,8]
Déficiência auditive sévère	0,8 [0,7 - 0,9]	0,8 [0,6 - 0,9]

**Champ :** Départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie (pour RHEOP) et Haute-Garonne (pour RHE31).

**Sources :** Registres français de handicap de l'enfant.

**SOURCES** • Registres de handicap de l'enfant (RHEOP, RHE31).

**CHAMP** • Départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie pour RHEOP et Haute-Garonne pour RHE31.

**CONSTRUCTION DES INDICATEURS** • Sont inclus tous les enfants tous les enfants nés entre 1987 et 1998, porteurs d'au moins une déficiência sévère dans leur huitième année de vie et dont les parents résident en Isère, Savoie et Haute-Savoie (n = 1 143) ou en Haute-Garonne (n = 934). Les données ont été recueillies par un médecin à partir des dossiers médicaux disponibles. Elles concernaient : 1) la description des déficiences principales, de leurs origines probables et des déficiences qui leurs sont associées ; 2) des données périnatales (âge gestationnel, poids de naissance, hospitalisation en néonatalogie) et pédiatriques générales lorsqu'elles étaient disponibles ; 3) les modalités de la prise en charge médicale, sociale et scolaire de l'enfant. Les taux de prévalence et leurs intervalles de confiance à 95% (loi binomiale exacte) ont été calculés pour 1 000 enfants résidant dans les départements concernés dans leur huitième année de vie. Les dénominateurs par année et département étaient fournis par l'INSEE.

**LIMITES ET BIAIS** • (i) Les enfants présentant un trouble envahissant du développement (TED) isolé ont été exclus. (ii) L'accord parental était sollicité pour l'enregistrement. Le taux de refus exprimé était de 1,5% pour le RHEOP et 5% pour le RHE31. (iii) En ce qui concerne les données périnatales, celles-ci doivent être interprétées avec prudence, les résultats étant probablement légèrement sous-estimés.

**RÉFÉRENCE** •

- Delobel-Ayoub M., Van Bakel M., Klapouszczak D *et al.*, 2010 « Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps », *BEH thématique*, n° 16-17 : 180-4, mai (BEH).

**ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • Registres RHEOP, RHE31.

## Dépistage du cancer du col de l'utérus (1)

Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer (-2,9% par an en moyenne).

Cette baisse semble en grande partie attribuable au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin, dont la pratique est largement répandue en France.

En effet, ce dépistage, qui permet de découvrir et de traiter de nombreuses lésions précancéreuses, a un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer.

L'augmentation de la couverture des frottis devrait permettre de maintenir la diminution de l'incidence de ce cancer. Le dépistage cible plus particulièrement les femmes de 25 à 65 ans.

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an**, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV (*Human papillomavirus*).

Le test HPV est recommandé en France pour la conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin présentant des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US, classification de Bethesda 2001). Nous ne disposons pas actuellement de données permettant de suivre le taux de prescription de ce test. À l'avenir, la vaccination contre les *papillomavirus* humains chez les jeunes filles pourrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus, voire sur les modalités de dépistage.

### ■ INDICATEURS PRINCIPAUX

#### Incidence du cancer du col de l'utérus

En France, en 2010, le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus est estimé à 2820 soit un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 6,4 pour 100 000 femmes<sup>1</sup>. Le cancer du col de l'utérus est ainsi le onzième cancer le plus fréquent chez la femme.

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 (-2,9% par an en moyenne). Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000 (-1,8% par an en moyenne entre 2000 et 2005). En 2000, on estime qu'il y avait 3295 cas soit un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 7,8 pour 100 000 femmes contre 3068 en 2005 soit un taux de 7,1 pour 100 000.

L'incidence augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans et le risque de mortalité jusqu'à 50 ans (graphique 1). Toutefois, le risque d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus avant 74 ans diminue au fil des cohortes : il passe de 3,57% pour les femmes nées en 1910 à 0,85% pour celles nées en 1940, puis décroît plus lentement (graphique 2).

Dans l'Union européenne (UE), la situation est hétérogène : en 2004, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale variait de 4,7 (Finlande) à 18,6 (Slovénie) cancers invasifs du col utérin pour 100 000 femmes en 2004. La France se situait dans la moyenne de

l'Europe à 25 en termes d'incidence (11<sup>e</sup> position) et de mortalité (9<sup>e</sup> position) [graphique 3].

#### Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCU), définie comme un frottis en trois ans, est basée sur les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie chez les femmes de 25 à 65 ans. Les données d'évolution montrent un léger accroissement des taux de dépistage entre 2004-2006 et 2007-2009 pour toutes les classes d'âge. Globalement, 58,5% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2007-2009 contre 57,0% pour la période 2004-2006. La couverture de dépistage est de 59,6% chez les 25-34 ans, 67,1% chez les femmes de 35 à 44 ans et de 60,1% chez les 45-54 ans. Ce taux chute en dessous de 50% après 55 ans (graphique 4).

Les taux de couverture sont un peu plus bas pour les femmes affiliées au RSI (54,4%) et pour celles affiliées au MSA (51,4%) sur la période 2007-2009.

L'InVS a réalisé une évaluation épidémiologique des programmes « pilotes » de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) sur leurs activités des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à améliorer nettement le dépistage en métropole : la couverture de dépistage atteignait 71% dans le Bas-Rhin (25 à 65 ans), 68,5% dans le Haut-

Rhin (25 à 65 ans) et 59,4% en Isère (50 à 74 ans) et se maintenait à un niveau élevé entre 50 et 65 ans (62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère); en revanche, le taux de couverture du dépistage de la Martinique était estimé à 39,2%.

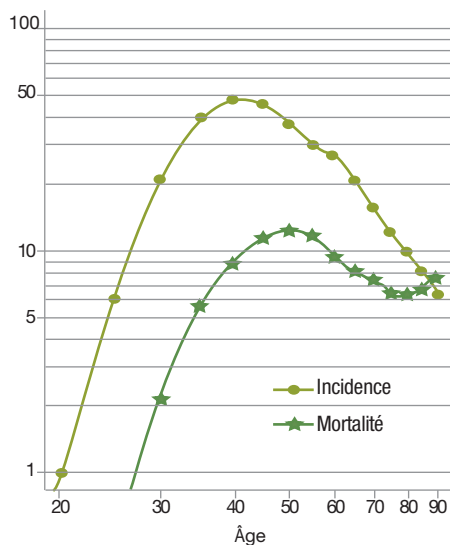
### ■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

#### Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans

Le nombre annuel de FCU réalisés en médecine libérale est obtenu par la liquidation des actes de l'assurance-maladie correspondants. Ce volume de frottis remboursés ne correspond pas au volume de frottis de dépistage effectués puisqu'il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle. Les nombres de frottis présentés proviennent des données de la CNAMTS. En 2009, près de 4,9 millions de frottis ont été remboursés ; le nombre de frottis remboursés ne cesse d'augmenter depuis 2004. Rapportés aux assurées sociales de la CNAMTS âgées de 25 à 65 ans, on obtient des taux d'activité moyens annuels d'environ 30% et ce pour toute la période de 2004 à 2009, soit une couverture de 89% si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les trois ans.

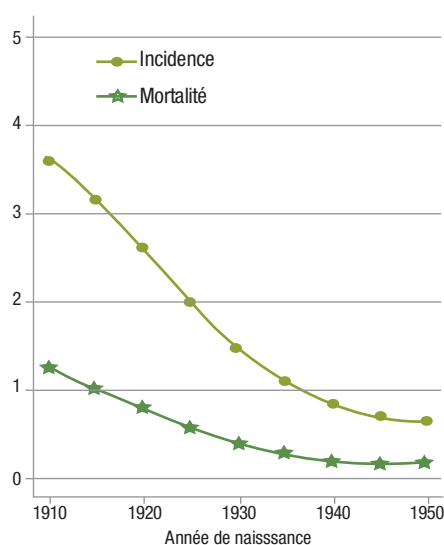
1. Il s'agit de données de projections à partir des incidences observées jusqu'en 2005 en faisant l'hypothèse d'une prolongation des tendances observées entre 2000 et 2005.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'incidence et de mortalité\* par âge pour la cohorte née en 1930 (échelle log-log)



\* Taux pour 100 000 personnes par années, standardisés sur la population mondiale.  
**Champ :** France métropolitaine, femmes tous âges.  
**Sources :** Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

GRAPHIQUE 2 • Risque cumulé (0-74 ans) d'incidence et de décès selon la cohorte de naissance (en %)



**Champ :** France métropolitaine, femmes tous âges.  
**Sources :** Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

**SOURCES** • Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

**CHAMP** • France métropolitaine, femmes tous âges.

**LIMITES SOURCES** • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

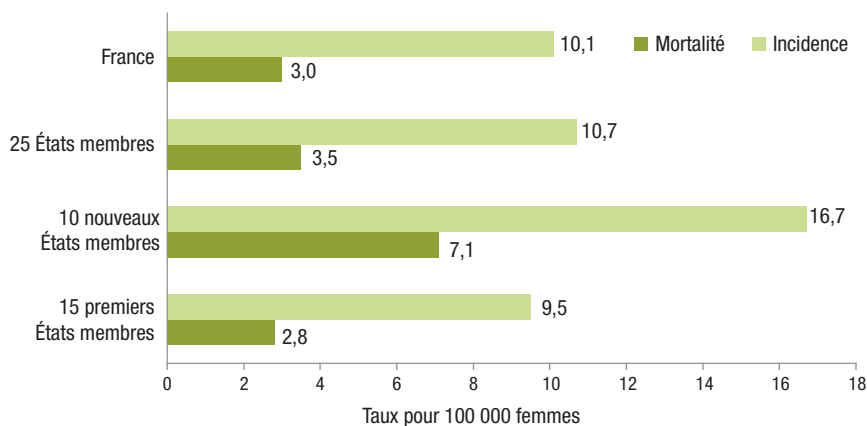
**RÉFÉRENCES** •

— Guizard A.V., Trétarre B., 2008, « Col de l'utérus », in Réseau français des registres de cancer, *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*, Francim, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, Saint-Maurice. [www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations\\_cancers](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers).

— [www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/projection\\_2010](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/projection_2010).

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.

GRAPHIQUE 3 • Taux d'incidence et de mortalité\* du cancer du col de l'utérus en Europe avant l'élargissement à 27



\* Taux standardisés sur la population mondiale.  
**Champ :** Europe, femmes tous âges.  
**Sources :** IARC.

**SOURCES** • IARC.

**CHAMP** • Europe, femmes tous âges.

**LIMITES SOURCES** • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des données des registres dans chaque pays européen.

**RÉFÉRENCE** •

— Arbyn M., Raifu A.-O., Autier P., Ferlay J., 2007, « Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004 », *Annals of Oncology*, 18(10):1708-15.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.

## Dépistage du cancer du col de l'utérus (2)

### Proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre Santé 2010, 83 % ont déclaré avoir eu un FCU aux cours des trois dernières années et 4 % déclaraient ne jamais en avoir eu.

Le baromètre cancer 2005, les enquêtes Santé Protection Sociale (ESPS) 2006 et 2008, l'enquête Handicap Santé (HSM) 2008 et le baromètre santé 2010 permettent de connaître le pourcentage de femmes de 25 à 65 ans qui déclarent avoir eu un FCU au cours des 3 dernières années (graphique 5). Le recours déclaré au FCU varie avec l'âge : en 2010 les taux les plus élevés (supérieurs à 80 %) sont observés chez les femmes entre 25 et 50 ans. Les femmes âgées de 60 à 65 ans déclarent un recours au FCU plus faible (70 %).

D'après l'enquête Baromètre santé 2010, la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'enquête varie selon l'activité, la catégorie professionnelle et le niveau de diplôme. Les femmes en activité professionnelle déclarent plus souvent avoir eu un FCU dans les trois ans que les femmes inactives (87 % contre 75 %) mais ce sont les retraitées, qui ont les taux les plus bas (70 %). Il en est de

même pour les femmes de 25 à 65 ans qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88 % contre 75 %). Le recours au FCU dans les trois ans varie également en fonction du revenu : il est de 78 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 1 100 euros net par mois, alors qu'il est de 88 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par UC est supérieur à 1 800 euros net par mois. Par catégorie professionnelle, ce sont toujours les agricultrices et les femmes sans activité qui déclarent les taux de recours les plus bas (67 %). En 2010, ce sont les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise qui déclarent les taux de recours les plus élevés (91 %) devant les femmes cadres (87 %).

Les enquêtes santé protection sociale et HSM réalisées en 2008 confirment les constats sur les inégalités de recours. L'enquête HSM permet par ailleurs de préciser que le taux de recours déclaré le plus bas est observé chez les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire : elles déclareraient pour 62,1 % d'entre elles avoir pratiqué un FCU dans les trois ans contre 80,5 % pour les femmes ayant une couverture complémentaire. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

### synthèse

*En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus se situe dans la moyenne des 25 États membres de l'UE. Elle ne cesse de diminuer depuis 25 ans (-2,9 % par an en moyenne). Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000 (-1,8 % par an en moyenne entre 2000 et 2005).*

*En 2010, ce cancer est le onzième cancer chez la femme pour le nombre de cas incidents estimé à près de 2 820 cas, avec un pic à 40 ans. Parallèlement, le risque de développer un cancer du col de l'utérus avant 74 ans a considérablement diminué avec l'année de naissance. Une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait permettre de diminuer encore l'incidence.*

**SOURCES** • Enquête Handicap-santé 2008 en ménage ordinaire de l'INSEE, exploitation DREES. Cette enquête s'appuie sur un échantillon de 28 500 individus et les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans l'échantillon.

**CHAMP** • Champ • Personnes de tous âges résidant en ménages ordinaires en France métropolitaine et DOM

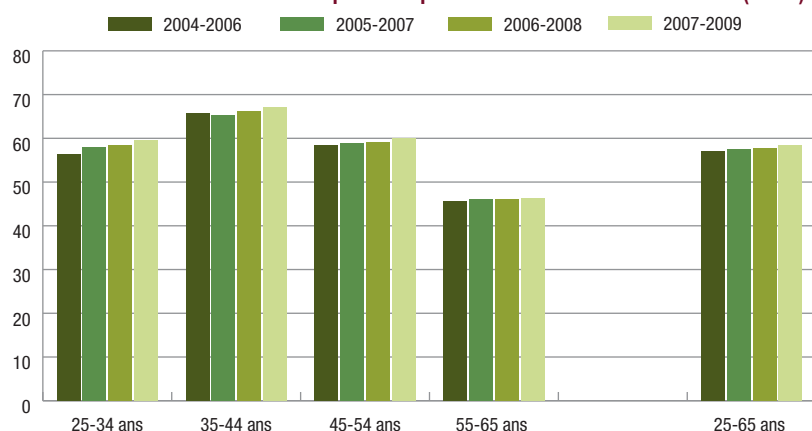
**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Les données sont déclaratives. L'entretien a été réalisé en face à face par des enquêteurs de l'INSEE, au domicile des personnes interrogées. Le protocole de collecte de l'enquête Handicap-santé 2008 en ménages ordinaires autorise le recours à un tiers lorsque la personne enquêtée est incapable de répondre par elle-même.

**LIMITES ET BIAIS** • La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Les biais sont ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté de la mammographie, réponses conformes à la réponse supposée attendue.

#### RÉFÉRENCES

- Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », *Études et Résultats*, DREES, n° 717, septembre.
- Dos-Santos S., Makdessi Y., 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », *Études et Résultats*, DREES, n° 718, février.
- Une documentation régulièrement mise à jour est disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/handicap-sante.html>

GRAPHIQUE 4 • Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans pour les périodes 2003-2005 à 2007-2009 (en %)



**Champ :** France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) : échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie.

**Sources :** CNAMTS.

**SOURCES** • Enquêtes ESPS.

**CHAMP** • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées, recueillies par auto-questionnaire. L'enquête ESPS était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. Elle est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). L'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine

**LIMITES ET BIAIS** • (i) Il existe une surestimation des taux liée à la mesure de la période de trois ans couvrant les trois années calendaires précédant l'année de l'enquête. Ces biais sont inhérents aux enquêtes déclaratives : surdéclaration en lien avec la thématique cancer, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen... (ii) Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • IRDES.

**SOURCES** • Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), CNAMTS. L'EGB est une extraction des bases nationales des individus de chaque régime et de leurs consommations de soins stockées dans le SNIIR-AM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie). L'échantillon comporte des données individuelles de consommation de soins, des caractéristiques individuelles et d'état de santé. Ces données sont mises à jour de manière régulière. Cet échantillon a été constitué afin d'assurer le suivi de la consommation de soins et des taux de recours aux soins (Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du SNIIRAM).

**CHAMP** • Femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS.

**MÉTHODOLOGIE** • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des codes P55 et bio 0013. Le dénominateur est le nombre de femmes de la tranche d'âge assurées sociales à la CNAMTS. L'EGB donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis pour trois ans par femme, on est certain de parler de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il est cependant impossible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur colation.

**LIMITES ET BIAIS** • (i) L'échantillon ne couvre actuellement que le régime général hors sections locales mutualistes mais a vocation à couvrir tous les régimes de Sécurité sociale, (ii) il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle (faisant suite à un frottis de dépistage positif), (iii) les frottis réalisés à l'hôpital ne sont pas pour le moment comptabilisés.

**RÉFÉRENCE** •

— Arbyn M., Raifu A.-O., Autier P., Ferlay J., 2007, «Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004», *Annals of Oncology*, 18(10):1708-15.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Assurance maladie.

**SOURCES** • Baromètre cancer 2005 et Baromètre santé 2010, INPES.

**CHAMP** • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées (n = 5 409 femmes âgées de 15 à 85 ans en 2010). Les enquêtes «Baromètres santé» sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche ou sur liste rouge. En 2005, l'échantillon a été élargi et complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage ; on procède ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu auquel il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage. Les données du Baromètre santé 2010 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions et niveau de diplôme.

**LIMITES ET BIAIS** • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Les biais sont inhérents aux enquêtes déclaratives : surdéclaration en lien avec la thématique cancer, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen.

**BIAIS SOURCES** • Ceux des enquêtes déclaratives (oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté du frottis, etc.).

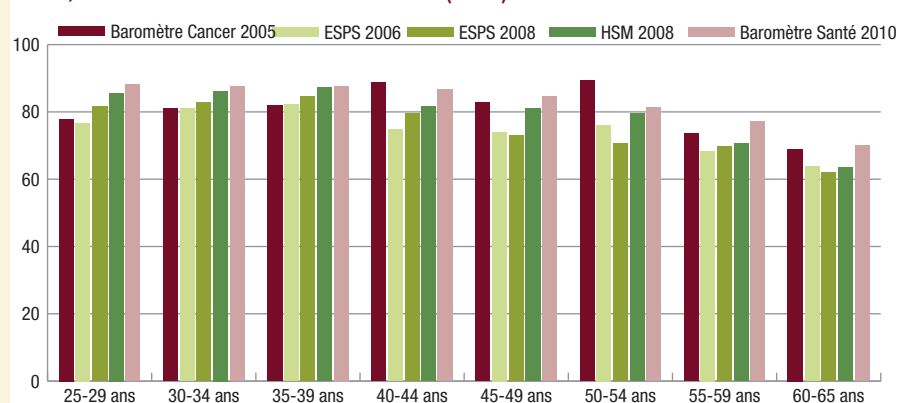
**RÉFÉRENCE** •

— Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.), 2011, *Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé*, INPES, Saint-Denis.

— Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A., 2006, *Baromètre cancer 2005*, INPES.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • INPES.

GRAPHIQUE 5 • Couverture déclarée du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin, au cours des trois dernières années (en %)



**Champ :** France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

**Sources :** Baromètre cancer 2005, INPES ; Enquête Santé Protection Sociale 2006 et 2008 (ESPS), IRDES ; enquête Handicap Santé, volet santé des ménages (HSM) 2008, INSEE-DREES.