

2000

Tableau de bord départemental sur la santé Tableau de bord départemental sur la santé Tableau dépar

ental sur la santé Tableau de bord départemental sur la santé

# La santé observée

bleau de bord départemental sur la santé Tableau de bord départemental

EN MAYENNE

u de bord départemental sur la santé Tableau de bord départemental sur la santé Tableau de bord départem



# SOMMAIRE

---

## Constat d'ensemble

---

- 1.1 Le contexte géographique et économique
  - 1.2 La population
  - 1.3 La mortalité
- 

## Offre et consommation de soins

---

- 2.1 Les équipements hospitaliers
  - 2.2 Les médecins
  - 2.3 Les autres professionnels de santé
  - 2.4 Les urgences
  - 2.5 La psychiatrie dans les établissements de santé
  - 2.6 Consommation de soins
- 

## Mère et enfant

---

- 3.1 Autour de la grossesse
  - 3.2 La santé de l'enfant
- 

## Personnes âgées

---

- 4.1 La population âgée
  - 4.2 Les équipements pour personnes âgées
- 

## Personnes handicapées

---

- 5.1 Les enfants handicapés
  - 5.2 Les adultes handicapés
- 

## Pauvreté-précarité

---

- 6.1 Les minima sociaux
- 

## Pathologies

---

- 7.1 Vue d'ensemble des pathologies
  - 7.2 La mortalité prématurée
  - 7.3 Les affections cardio-vasculaires
  - 7.4 Les tumeurs
  - 7.5 Les cancers du côlon et du rectum
  - 7.6 Les cancers de l'utérus
  - 7.7 Le cancer du sein
  - 7.10 Le cancer de la prostate
  - 7.11 Les maladies respiratoires
- 

## Facteurs de risque

---

- 8.1 L'alcool et ses conséquences sur la santé
  - 8.2 Le tabac et ses conséquences sur la santé
  - 8.3 La toxicomanie
  - 8.4 Les accidents
  - 8.5 Les suicides
-



# **CONSTAT D'ENSEMBLE**



## CONTEXTE NATIONAL

La France est un pays relativement peu peuplé. En 1997, sa population est de 58,6 millions d'habitants, ce qui ne la classe qu'au 21<sup>er</sup> rang des nations les plus peuplées du monde. Avec seulement 107 habitants par km<sup>2</sup> en 1996, la France a une densité de population proche de la moyenne des pays de l'Union Européenne, alors que l'Angleterre, la Belgique et l'Allemagne ont des densités deux à trois fois plus élevées et les Pays-Bas quatre fois.

Il existe en France des contrastes très forts entre les régions. A l'exception de l'Ile-de-France, une seule région, le Nord-Pas-de-Calais, supporte la comparaison avec les fortes densités anglaises, belges ou allemandes. Les espaces dépassant 100 habitants par km<sup>2</sup> sont peu étendus et distants les uns des autres. Sur une partie du territoire, le peuplement est assez clairsemé, parfois même inexistant, tant la population a diminué depuis un siècle. Par rapport aux autres pays industriels de l'Europe, la France a eu un développement urbain limité durant une longue période, mais désormais elle fait partie des nations très urbanisées. Depuis les années 50, les villes ont presque toutes enregistré de forts accroissements de population au détriment des campagnes qui se vident massivement. Les modes de vie urbaine tendent à se répandre sur la plus grande partie du territoire et plus de 4 Français sur 5 habitent aujourd'hui dans les villes ou leur voisinage. Cette proportion est comparable à celle observée dans les pays industriels de l'Europe du Nord-Ouest. L'espace rural n'est plus seulement agricole ; il a acquis de nouvelles fonctions en servant de lieu de résidence à de nombreux travailleurs de la ville. En 1990, seulement 4 % de la population vit dans une commune rurale isolée, hors de l'attraction de toute ville. Cette urbanisation poursuit encore actuellement, puisque la croissance démographique des aires urbaines est de 0,6 % par an entre 1990 et 1995, alors que dans le reste du pays l'augmentation est de 0,2 % par an.

Les objectifs actuels de la politique d'aménagement du territoire visent au rééquilibrage de la croissance entre Paris et la province, à la reconversion des régions d'ancienne industrie, au développement et au désenclavement des zones rurales, et à la répartition des activités nouvelles sur l'ensemble du territoire. Outre les contrats de plan Etat-Région, la contractualisation se développe entre de nouveaux partenaires : d'une part, entre l'Etat et les grandes métropoles ou les réseaux de villes, afin de mettre en valeur leur complémentarité, et, d'autre part, entre les régions et les collectivités locales.

Si la France est peu peuplée, elle fait partie des nations les plus riches. En 1996, elle est au 10<sup>er</sup> rang pour le produit intérieur brut par habitant, après le Luxembourg, Singapour, les Etats-Unis, la Norvège, le Japon, la Suisse, le Canada, le Danemark et l'Islande, bien avant le Royaume-Uni (18<sup>e</sup>) et l'Allemagne (19<sup>e</sup>). Durant la période 1982-1996, le produit intérieur brut a crû de 1,9 % par an. Cette croissance masque cependant des évolutions contrastées : +2,5 % entre 1982 et 1989 et +1,4 % entre 1989 et 1996. Ces évolutions nationales ont eu un impact régional inégal du fait de la disparité des situations locales : reconversions industrielles, redéploiement des activités au profit du tertiaire. De 1982 à 1996, les inégalités entre les régions hors l'Ile-de-France se sont atténuées. En revanche, l'écart entre l'Ile-de-France et la province s'est sensiblement accentué.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

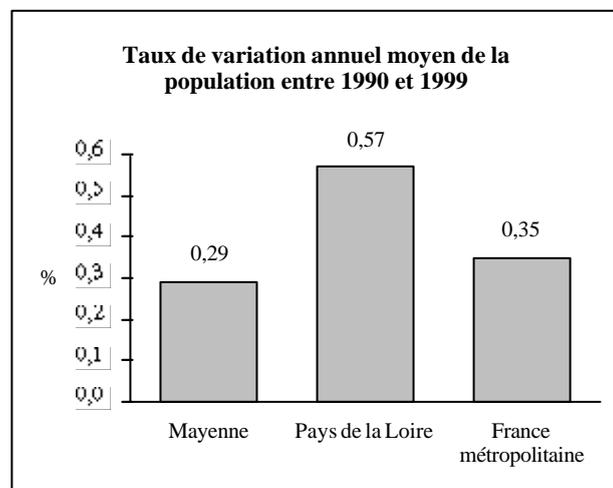
- Au recensement de 1999, la Mayenne compte 285 337 habitants, soit 7 300 de plus qu'en 1990. La progression de la population est plus faible qu'en moyenne dans la région.
- La Mayenne est un département rural à faible densité de population. Les communes rurales rassemblent la moitié des habitants du département, soit une proportion nettement supérieure à la moyenne régionale (37 %).
- L'agriculture demeure une activité importante. En 1998, 14% des actifs sont agriculteurs contre 8% au plan régional.
- Le chômage ne concerne que 5,4% de la population active au 31 décembre 1999 (9,9% pour les Pays de la Loire).

### ● Une faible croissance de la population

Entre 1990 et 1999, la population du département de la Mayenne a augmenté de 2,6% (pour s'établir à plus de 285 000 habitants), soit un accroissement annuel moyen de 0,29%.

Cette croissance, inférieure de moitié à la moyenne régionale (+0,57%) est la plus faible des cinq départements ligériens. Elle est néanmoins relativement proche de l'évolution moyenne française (+0,35%). La Mayenne se situe ainsi au 47<sup>ème</sup> rang national par son rythme de croissance.

En 1999, la densité du département est de 55 habitants au km<sup>2</sup>, soit deux fois moins que la moyenne régionale (100 habitants au km<sup>2</sup>). La population mayennaise se concentre de plus en plus sur un axe nord-sud : Mayenne, Laval, Château-Gontier.

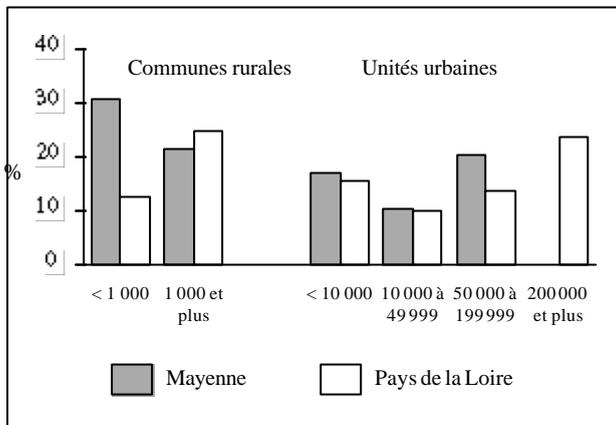


Source : INSEE, RP 90 - 99 (résultats provisoires)

**Définitions :** Pour décrire l'expansion urbaine, l'INSEE définit trois zones concentriques, sur la base du découpage communal : les villes-centres, les banlieues, le rural péri-urbain. Les communes qui n'appartiennent pas à une de ces zones, situées hors de l'attraction des villes, constituent le rural profond.

# LA GÉOGRAPHIE

**Répartition de la population selon la taille**  
de la commune ou de l'unité urbaine en 1999



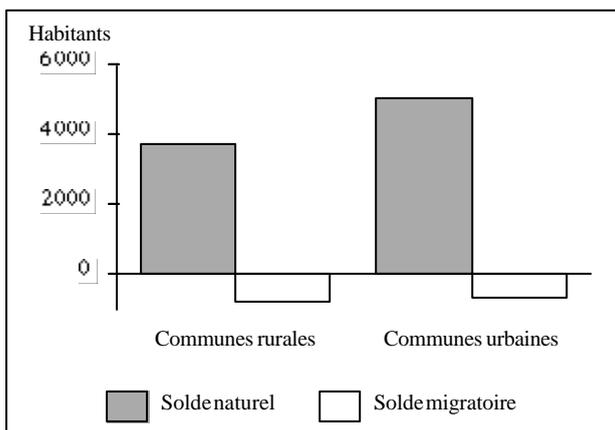
Source : INSEE, RP 99 (résultats provisoires)

**Répartition en 1999 et évolution 1990-1999**  
de la population selon la taille de la commune  
en Mayenne

	Communes		Population		Taux de variation annuel 90-99
	Taille	Nombre	Nombre	%	
Communes rurales	< 500 habitants	132	39 356	13,8	0,05
	500-999	69	48 635	17,0	0,36
	1 000-1 999	35	47 767	16,7	0,28
	2 000 et +	6	13 960	4,9	0,06
Unités urbaines	< 5 000	10	35 047	12,3	0,82
	5 000-9 999	2	12 986	4,6	0,03
	10 000-49 999	5	29 766	10,4	0,31
	50 000-199 999	2	57 820	20,3	0,19
	200 000 et plus	0	0	0,0	0,00
Mayenne		261	285 337	100	0,29

Source : INSEE, RP 90 - 99 (résultats provisoires)

**Variation de la population selon le type de commune**  
en Mayenne de 1990 à 1999



Source : INSEE, RP 90 - 99 (résultats provisoires)

## ● Un département majoritairement rural

Plus de la moitié de la population de la Mayenne (52%) réside à la campagne. L'importance des communes de moins de 1 000 habitants constitue l'une des caractéristiques de la géographie départementale. Ces 201 communes, qui représentent plus des trois-quarts des communes du département, regroupent en effet près du tiers de la population mayennaise, contre à peine 10% au niveau régional.

## ● Une croissance de la population plus marquée dans les unités urbaines que dans les communes rurales

Entre 1990 et 1999, le taux de progression annuel moyen des populations dans les communes rurales est de 0,22%. Ce sont les communes rurales situées à la périphérie des aires urbaines qui progressent le plus. Cette évolution est cependant beaucoup moins importante que pour les populations des unités urbaines (+0,36% en moyenne annuelle).

Ce sont les communes des unités urbaines de moins de 5 000 habitants qui ont le taux d'évolution de leur population le plus élevé (+0,82%). Néanmoins, leur poids dans la population totale du département n'est, en 1999, que de 12%.

L'unité urbaine de Laval, malgré la faible augmentation de sa population (+0,19% par an), concentre 20% de la population mayennaise. Son développement est plus lié à la croissance des populations dans les communes périurbaines de Laval qu'à une augmentation de la population de cette ville.

## ● Une population qui s'accroît grâce aux naissances

De 1990 à 1999, les communes du département ont pu maintenir leur population grâce à un excédent de leur solde naturel, plus important pour les communes urbaines (+0,42% par an) que les communes rurales (+0,28%). Cet excédent a permis une croissance respective de la population de 4 300 et 3 000 habitants.

L'évolution du solde migratoire ne diffère pas selon le type de commune : -0,06% par an durant cette même période. Ce solde négatif est lié à de nombreux départs non compensés par les arrivées, notamment pour le rural isolé, au nord-ouest et sud-ouest du département.

*Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.  
Le solde migratoire est la différence entre l'effectif des immigrants et l'effectif des émigrants.*



## ● Un secteur agricole important malgré de fortes créations d'emplois dans le secteur tertiaire

Globalement entre 1990 et 1998, l'emploi total en Mayenne a progressé de 746 personnes. Ce solde résulte d'un accroissement des effectifs salariés de 7 551 personnes et d'une diminution de l'emploi non salarié de 6 805 personnes. Dans 95% des cas, cette forte baisse des emplois non salariés a concerné le secteur agricole.

En 1998, le secteur tertiaire regroupe plus de la moitié des emplois totaux en Mayenne (53% contre 62% pour la région des Pays de la Loire). Et plus des trois-quarts des entreprises non agricoles du département sont, en 1999, liées à ces activités. C'est, en outre, le secteur qui a le plus créé d'emplois (+13%) entre 1990 et 1998. Enfin, 9 personnes sur 10 qui travaillent dans ce domaine d'activité sont salariées.

Malgré une baisse des effectifs en 8 ans (-2%), l'industrie reste le deuxième secteur d'activité du département. 26% de la population active mayennaise travaille dans le domaine industriel (23% pour la région), elle est salariée à 96%.

Enfin, dans le secteur primaire, la baisse des effectifs se poursuit (-27% entre 1990 et 1998). Ce secteur couvre tout de même 14% des emplois totaux du département (8% pour les Pays de la Loire). La Mayenne présente ainsi la part d'emplois dans ce secteur la plus importante de la région. Il s'agit essentiellement d'emplois non-salariés (87%).

## ● Un taux de chômage relativement faible

Malgré une faible progression de l'emploi en 8 ans, la Mayenne reste le département de la région le moins touché par le chômage.

Depuis le début des années 80, le taux de chômage du département a connu quasiment le même profil d'évolution que les Pays de la Loire et la France. Il augmente régulièrement de 1980 à 1984 (où il atteint 7,8%). Puis il régresse jusqu'en 1989 (5,7%), et évolue à nouveau à la hausse jusqu'en 1993 (où il est à son niveau le plus élevé : 8%). Depuis, ce taux diminue de manière régulière. La plus forte baisse est enregistrée en 1999 (-1%), date à laquelle le taux de chômage retrouve le même niveau qu'en 1981 (5,4%). Pour cette même année, le taux de chômage de la France est de 10,6% (soit le double de celui de la Mayenne) et celui des Pays de la Loire de 9,9%.

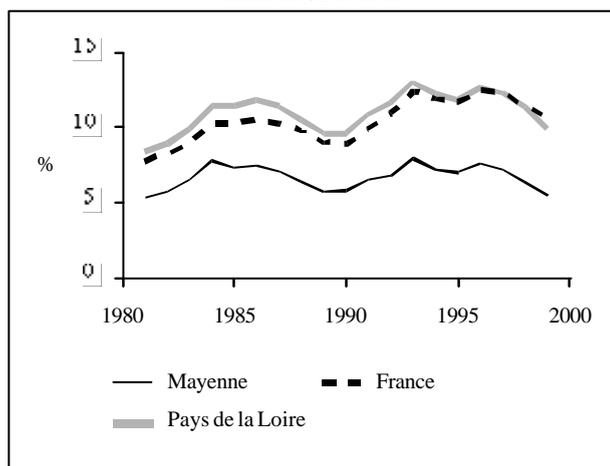
La proportion de chômeurs en Mayenne varie selon les zones d'emploi, de 5,4% (Mayenne Nord et Est) à 6,1% (Segreen Sud Mayenne et Laval), pour l'année 1999.

## Indicateurs économiques par secteur d'activité en Mayenne

	Estimation de l'emploi total			
	effectifs 01/01/1990 (Mayenne)	effectifs 01/01/1998 (Mayenne)	%	% Pays de la Loire en 1998
<b>Salariés</b>				
Agriculture	1 796	2 117	2,3%	2,6%
Industrie	29 304	28 898	31,0%	25,6%
Construction	5 878	6 219	6,7%	6,4%
Tertiaire	48 734	56 029	60,1%	65,4%
<b>Total</b>	<b>85 712</b>	<b>93 263</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Non-salariés</b>				
Agriculture	20 716	14 279	63,0%	40,3%
Industrie	1 363	1 179	5,2%	6,6%
Construction	1 730	1 552	6,8%	10,4%
Tertiaire	5 661	5 655	25,0%	42,8%
<b>Total</b>	<b>29 470</b>	<b>22 665</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>				
Agriculture	22 512	16 396	14,1%	7,6%
Industrie	30 667	30 077	25,9%	23,1%
Construction	7 608	7 771	6,7%	6,9%
Tertiaire	54 395	61 684	53,2%	62,4%
<b>Total</b>	<b>115 182</b>	<b>115 928</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : INSEE

## Évolution des taux de chômage en % entre 1981 et 1999



Source : INSEE, Enquête Emploi, définition BIT

### Secteurs d'activité :

- Agriculture : comprend sylviculture et pêche
- Industrie : industries agricoles et alimentaires, l'énergie, les industries de biens intermédiaires, d'équipement, de consommation. La construction ne fait pas partie de l'industrie.
- Tertiaire : commerce et réparation, services.

### Estimation d'emploi :

Actualisation des effectifs salariés et non salariés dénombrés lors du

# LA GÉOGRAPHIE ET L'ÉCONOMIE

---

### CONTEXTE NATIONAL

La France compte 60 millions d'habitants au recensement de 1999. Selon les chiffres de 1997, elle se plaçait au 3<sup>e</sup> rang des pays de l'Union Européenne pour sa population, loin derrière l'Allemagne (82 millions) mais juste après le Royaume-Uni (59 millions). Un rythme de croissance de 0,4% par an fait de la population française une des plus dynamiques sur le plan démographique : seuls le Luxembourg, l'Irlande, le Danemark et les Pays-Bas ont eu en 1996 une croissance plus forte.

Depuis le recensement de 1990, l'expansion démographique française a été assurée à 78% par l'excédent des naissances sur les décès et à 22% par le solde migratoire. Après une relative stabilisation autour de 1,8 enfant par femme à la fin des années 1980, la fécondité a de nouveau baissé au début des années 1990. L'indice conjoncturel de fécondité atteignait 1,65 enfant en 1993 et 1994. Depuis lors, cet indice s'est légèrement redressé. Il s'établit à environ 1,75 enfant en 1998. Cette évolution récente est attribuable à une augmentation de la fécondité après 30 ans. De ce fait, le nombre de naissances, qui était passé d'environ 760 000 en 1990 à 710 000 en 1994, est remonté à 740 000 en 1998. La fécondité des femmes françaises est plus élevée que la moyenne observée dans les pays de l'Union Européenne (1,44 enfant par femme en 1996), le niveau le plus élevé étant observé en Irlande (1,91).

L'évolution démographique actuelle se traduit par un vieillissement progressif de la population résultant de la baisse de la natalité et de l'allongement de la durée de la vie. A peine supérieure à 10% au début des années 1950, la proportion de personnes de 65 ans ou plus dans la population française est aujourd'hui proche de 16%. Toutefois, l'arrivée des classes "creuses" (générations 1915 à 1919) aux très grands âges va provisoirement ralentir la progression du nombre de personnes de 85 ans ou plus dans les prochaines années. A l'inverse, la part des moins de 20 ans dans la population nécessite de diminuer. Ils ne représentent plus qu'un quart de la population française contre un tiers au début des années 1970. Cependant, la France, avec une proportion de 26% en 1996, est après l'Irlande (33%) le pays de l'Union européenne où cette proportion est la plus élevée. Les personnes de 20 à 64 ans constituent une classe d'âge qui a connu une très forte augmentation au cours des dernières décennies, en raison de l'arrivée à cet âge des générations nombreuses nées après la guerre. En effet, en 1968, elles ne représentaient que 54% de la population française contre près de 59% en 1994. Depuis cette date, et pour la première fois, le poids des 20-64 ans dans la population a commencé à diminuer mais de façon très modérée.

Lors du recensement de 1990, 3,6 millions de personnes de nationalité étrangère vivaient en France, soit 6,3% de la population totale française. Parmi ces personnes, 36% étaient originaires des autres pays composant l'Union Européenne. La population étrangère reste relativement stable en France, se renouvelant sous l'effet des arrivées, départs, naissances, décès et naturalisations. Les comparaisons internationales sont difficiles à établir dans ce domaine. L'Office des statistiques de l'Union Européenne (Eurostat) a cependant estimé en 1995 que les étrangers représentent en moyenne environ 5% de la population vivant dans chacun des pays de l'Union. La composition de la population étrangère est très variable d'un pays européen à l'autre, et dépend de circonstances historiques propres à chacun d'entre eux.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

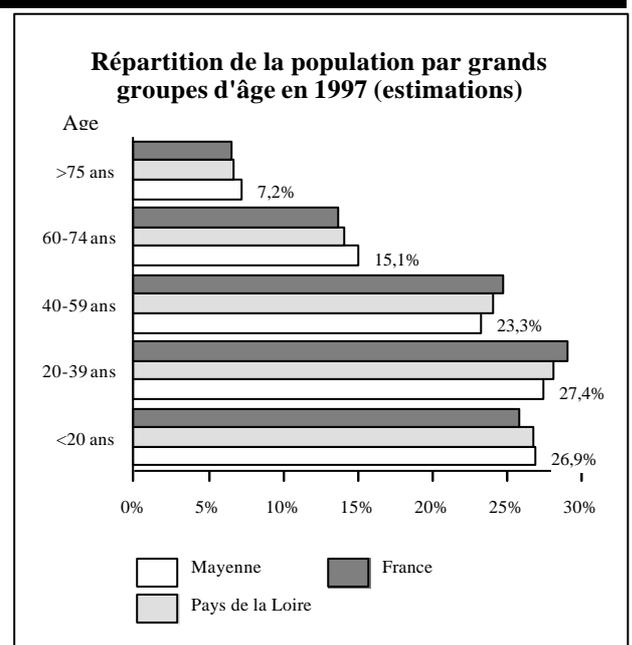
- Le département demeure relativement jeune (la proportion de personnes de moins de vingt ans est plus élevée qu'au plan national) malgré une forte croissance du nombre de personnes âgées.
- La proportion de personnes de nationalité étrangère est très faible : moins de 1% de la population du département (1990).
- 11% des familles avec enfants sont monoparentales (1990).

#### ● Un département relativement jeune malgré une forte proportion de personnes de plus de 60 ans

En 1997, 26,9% de la population de la Mayenne est âgée de moins de 20 ans. Ce résultat est conforme à la moyenne régionale et légèrement plus élevé qu'au niveau national (25,9%). 52% des personnes appartenant à cette classe d'âge sont des hommes.

La part des 20-59 ans est plus faible en Mayenne comparée aux taux moyens régionaux et nationaux. Ces résultats sont d'ailleurs les plus faibles des départements des Pays de la Loire.

Par contre la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus est plus importante en Mayenne (22,3%) que dans la région (20,8%) et en France (20,3%). Cette différence est notamment due à une sur-représentation des 60-74 ans : 15,1% de la population du département contre 13,7% pour la France. 57% des mayennais de 60 ans et plus sont des femmes.



Source : INSEE, estimations localisées de population au 01/01/1997

# LA POPULATION

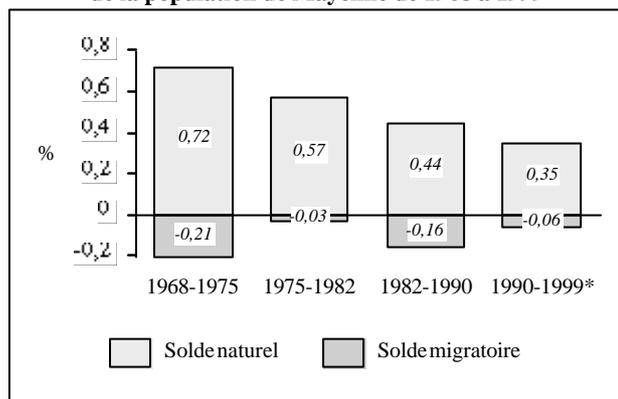
## Évolution de la population en Mayenne

1968	1975	1982	1990	1999
251 660	261 520	270 932	278 351	285 337

Source : INSEE, RP 68-75-82-90-99\*

\* résultats provisoires

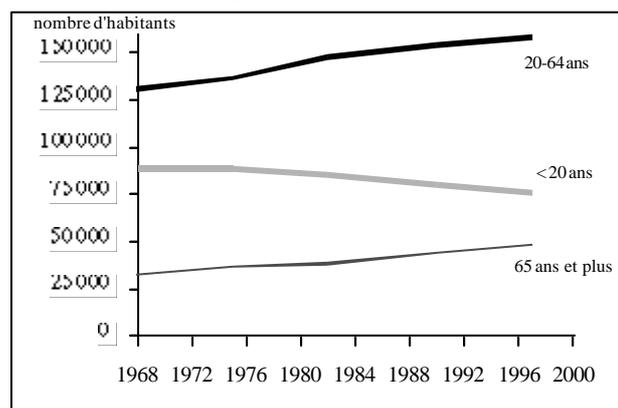
## Évolution du taux de variation annuel de la population de Mayenne de 1968 à 1999



Source : INSEE, RP 68-75-82-90-99\*

\* résultats provisoires

## Évolution de la structure par âge de la population en Mayenne de 1968 à 1997\*



Source : INSEE, RP 68-75-82-90, estimations (ELP) au 01/01/1997

## Population par sexe et groupes d'âge en 1997

	< 20 ans	20-64 ans	65 ans et +	Ensemble
Hommes	39 489	80 599	20 140	140 228
Femmes	36 912	78 213	28 354	143 479
Ensemble	76 401	158 812	48 494	283 707
% Mayenne	26,9	56,0	17,1	100,0
% Pays de la Loire	26,9	57,3	15,9	100,0
% France	25,9	58,7	15,4	100,0

Source : INSEE, estimations (ELP) au 01/01/1997

## ● Un solde migratoire pratiquement nul entre les deux derniers recensements

Avec plus de 285 000 habitants en 1999, la Mayenne est le département le moins peuplé des Pays de la Loire. Sa population représente 9% de la population régionale tandis que le département de la Loire-Atlantique couvre 35% de celle-ci.

Depuis la période 1968-1975, le taux de croissance de la population mayennaise baisse régulièrement. Il a été pratiquement divisé par deux entre les périodes 1968-1975 (0,5% d'augmentation annuelle) et 1982-1990 (0,28%). Les années 1990-1999 marquent une légère reprise de la croissance démographique en Mayenne (+0,29% par an). Cette évolution, également observée au niveau régional, est la plus faible des départements des Pays de la Loire (+0,57% d'augmentation annuelle moyenne).

Le taux de variation annuel de la population dépend de deux indicateurs : le solde naturel et le solde migratoire.

En Mayenne, le solde naturel a été divisé par deux entre les périodes 1968-1975 et 1990-1999 : respectivement +0,72% et +0,35%.

Le solde migratoire évolue de manière irrégulière. Au cours de la période 1990-1999, les départs ont été pratiquement compensés par les arrivées; le solde migratoire étant presque nul.

## ● La part de la population jeune diminue

En 1968, le nombre de jeunes de moins de 20 ans avoisinait 89 000 ; en 1997, il dépassait 76 000, soit une baisse de plus de 14% de cette population.

En trente ans, le poids de ces jeunes dans la population du département est passé de 35% à 27%.

Ces résultats sont la conséquence directe de la baisse de la natalité qui s'explique en partie par une diminution de la fécondité (l'indice conjoncturel de fécondité passe, entre 1968 et 1996, de 303 à 195 enfants pour 100 femmes). Depuis 1995, on assiste toutefois à une reprise de la natalité en Mayenne plus importante qu'au niveau régional et national.

La population des 20-64 ans a, à l'inverse, nettement augmenté durant cette même période : +21%, pour atteindre près de 160 000 habitants en 1997.

La part relative des personnes âgées entre 20 et 64 ans dans la population mayennaise est passée de 52% à 56% en trente ans.

## ● Des personnes de nationalité étrangère peu nombreuses

En 1990 moins de 1% de la population totale du département est de nationalité étrangère. La Mayenne est ainsi le département des Pays de la Loire dans lequel réside le moins d'étrangers. Cette proportion est d'ailleurs 6 fois plus faible qu'au plan national.

Les deux-tiers de ces personnes (1 485) ne sont pas originaires de pays appartenant à la Communauté Economique Européenne. Elles viennent principalement du Maroc (37%) d'Algérie (26%) et de Tunisie (15%).

Parmi les étrangers originaires des pays de la CEE, plus de la moitié (54%) sont portugais, 8% sont espagnols et 4% sont italiens.

## Répartition de la population par nationalité en 1990

	Effectifs Mayenne	%	% Pays de la Loire	% France
Français	276050	99,2	98,6	93,7
Etrangers :	2301	0,8	1,4	6,3
dont CEE	816	0,3	0,4	2,3
hors CEE	1485	0,5	1,0	4,0
Total	278351	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE, RP 1990

## ● En 1990, 11 % des familles avec enfants sont monoparentales

En 1990, près de 9 habitants de la Mayenne sur 10 vivent dans une famille. Le terme famille regroupe les couples sans enfant, les couples avec enfant(s) et les familles monoparentales.

Entre 1982 et 1990, le nombre de personnes divorcées est passé de 2 900 à 5 100. Ce bouleversement des modes de vie est à l'origine de la croissance très forte du nombre de familles monoparentales qui est passé, en Mayenne, de 2 700 à 5 000 au cours de la même période (+85% d'augmentation). En 1990, les familles monoparentales représentent ainsi 11% des familles avec enfants. Cette proportion est toutefois plus faible que celle constatée pour les Pays de la Loire (13%) et pour la France (16%).

Enfin, près de 62% des mayennais vivent en couple avec leurs enfants. Ce résultat est supérieur à celui observé sur le plan national (58%).

## Répartition de la population selon le mode de cohabitation en 1990

Nombre de personnes vivant dans :	Effectifs Mayenne	%	Nbre de familles	% Pays de la Loire	% France
un ménage d'une personne	26240	9,4		9,2	10,3
une famille					
couples sans enfant	54448	19,6	27224	19,1	19,4
couples avec enfants	172276	61,9	42584	61,3	57,6
familles monoparentales	13056	4,7	5040	5,7	7,2
un autre ménage	5008	1,8		2,3	3,3
hors ménage	7323	2,6		2,3	2,2
Population totale	278351	100,0	74848	100,0	100,0

Source : INSEE, RP 1990

*Le recensement fournit des statistiques sur l'état matrimonial légal qui ne reflète pas toujours la situation réelle de la personne.*

*L'enquête "Situation familiale" de l'INED réalisée en 1985 donne une estimation du nombre de personnes vivant maritalement. Ainsi, sur 100 personnes de 21 à 44 ans, 66 % vivent en couple et sont mariées, 10 % sont en couple et vivent maritalement, 24 % ne sont pas en couple.*

### Estimations localisées de population (ELP) :

Au cours d'une période donnée, l'évolution de la population d'une zone géographique résulte de deux facteurs : le solde naturel et le solde migratoire. Si l'accroissement naturel est connu avec précision par les statistiques d'état civil, seules des estimations permettent d'appréhender le solde migratoire. L'INSEE met en oeuvre une nouvelle méthode d'estimation de ce solde, intitulées "estimations localisées de populations" (ELP). Cette méthode s'appuie sur l'exploitation statistique d'un nombre de sources plus variées qu'antérieurement. En plus des données fiscales (taxe locale d'habitation) et des informations fournies par les distributeurs d'énergie électrique (EDF et régies) sur le nombre de leurs abonnés, la méthode utilise désormais des données issues du fichier général des électeurs, les statistiques d'enfants scolarisés et des informations des organismes versant des prestations familiales.

**Le solde naturel** est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.

**Le solde migratoire** est la différence entre l'effectif des immigrants et l'effectif des émigrants.

### Indicateur conjoncturel de fécondité :

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ou somme des naissances réduites) est le nombre moyen d'enfants nés vivants, que mettraient au monde 100 femmes ayant à chaque âge le comportement de fécondité identique à celui observé l'année considérée. Cet indicateur synthétique est obtenu en faisant la somme des taux de fécondité par âge de la mère. Un indicateur conjoncturel égal à 170 en 1995 signifie que si tous les taux de fécondité par âge devaient se stabiliser à leur niveau de 1995, 100 femmes mettraient au monde 170 enfants au cours de leur vie.

# LA POPULATION

---

### CONTEXTE NATIONAL

En 1997, l'espérance de vie à la naissance s'élève en France à 74,7 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes. Les femmes françaises ont la longévité la plus élevée du monde, après les japonaises. La situation des hommes est moins favorable avec une espérance de vie proche de la moyenne de celle des pays développés. Il en résulte que l'écart entre les deux sexes (près de 8 ans en 1997) est l'un des plus élevés du monde. Cet écart s'explique par la forte surmortalité masculine, qui semble se stabiliser depuis le début des années 80. Les facteurs à l'origine de cette surmortalité sont nombreux et malaisés à distinguer les uns des autres. Les facteurs biologiques sont très certainement accentués par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années 60, se poursuit à nouveau à un rythme soutenu, ce qui se traduit par un allongement de l'espérance de vie d'une année tous les quatre ans. Jusqu'aux années 60, les progrès s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges et à la réduction de la mortalité par affections cardio-vasculaires. Dans ce contexte général de baisse de la mortalité, le nombre de décès, relativement stable depuis huit ans (530 000 en moyenne sur la période 1995-1997), s'explique par le vieillissement de la population.

L'inégalité sociale devant la mort ne s'atténue pas entre les années 60 et 90. En 1988-92, le taux de décès des hommes entre 25 et 54 ans est près de trois fois plus élevé pour les ouvriers et employés que pour les cadres supérieurs et professions libérales.

Quant aux disparités géographiques, elles restent importantes avec un écart d'espérance de vie entre régions extrêmes élevé : 4,0 ans pour les hommes et 2,7 ans pour les femmes en 1997.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

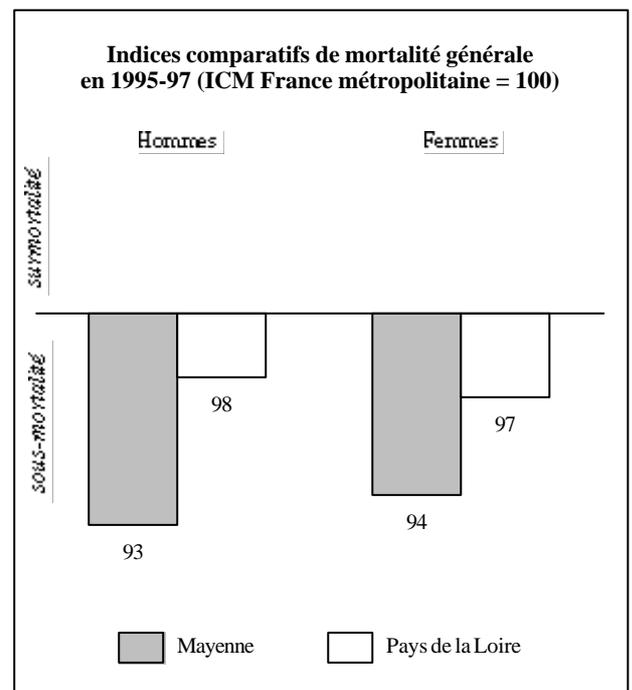
- L'espérance de vie à la naissance des habitants de la Mayenne atteint 76,2 ans pour les hommes et 82,8 ans pour les femmes en 1997. Elle est pour les hommes supérieure à la moyenne régionale (74,8 ans).
- Entre 1990 et 1996, la diminution de la mortalité s'est traduite par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 1,2 an pour les hommes et 1,4 an pour les femmes.
- La mortalité générale dans le département est inférieure à la moyenne française de 7% chez les hommes, et 6% chez les femmes.
- Il existe une importante mortalité prématurée chez les hommes, puisque un décès sur quatre survient avant 65 ans.

#### ● Une mortalité plus faible en Mayenne

Ce département se caractérise par des indices comparatifs de mortalité générale moins élevés qu'au niveau national. En effet, une fois éliminés les effets de la structure par âge, la mortalité en Mayenne est inférieure de 7 % à la moyenne nationale chez les hommes ; 6 % chez les femmes.

Cette sous-mortalité se retrouve également par comparaison à la moyenne régionale. La Mayenne est le deuxième département des Pays de la Loire, derrière le Maine-et-Loire, à avoir des indices de mortalité aussi bas.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



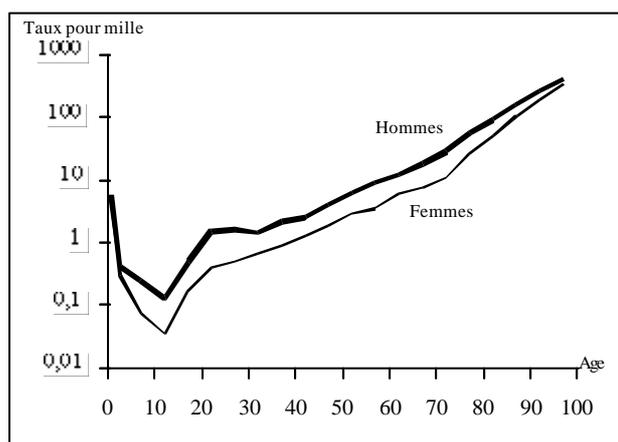
# LA MORTALITÉ

**Nombre de décès en Mayenne  
par sexe et par âge en 1995-97 (moyenne annuelle)**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins d'un an	11	7	18
1-14 ans	7	3	10
15-34 ans	51	16	67
35-64 ans	273	127	400
65 ans et plus	988	1134	2122
Ensemble	1330	1287	2617

Source : INSEE

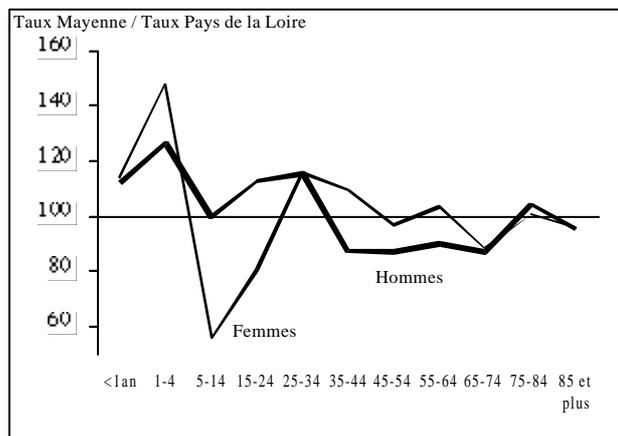
**Taux de mortalité en Mayenne  
par sexe et par âge en 1995-97**



Source : INSEE  
Représentation logarithmique

Exploitation O.R.S.

**Mortalité en Mayenne par rapport à la région  
Pays de la Loire selon le sexe et l'âge en 1995-97**



Source : INSEE

Exploitation O.R.S.

## ● Plus de décès prématurés chez les hommes que chez les femmes

Au cours de la période 1995-1997, 2 617 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année en Mayenne.

Le nombre de décès survenant avant 1 an (18 décès annuels) est relativement élevé comparativement à la tranche d'âge 1-14 ans (10 décès). Le taux de mortalité infantile (moins de 1 an) reste donc important puisqu'un risque équivalent n'est à nouveau atteint qu'à partir de 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes.

Passé le premier anniversaire, les taux de mortalité diminuent et passent par un minimum à 12 ans. Ils augmentent ensuite très nettement de 15 à 25 ans et poursuivent, à partir de 30 ans, une progression exponentielle, chez les hommes comme chez les femmes.

Les décès prématurés (survenant avant 65 ans) représentent 19% de l'ensemble des décès ; cette proportion est deux fois plus élevée chez les hommes (26%) que chez les femmes (12%).

## ● A tout âge, la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes

A tous les âges de la vie, la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine.

La surmortalité masculine est maximum à 22 ans, avec un taux de mortalité (1,5 décès pour 1 000 hommes) trois fois plus important que chez les femmes (0,4 décès pour 1 000 femmes). Cette différence résulte pour une large part de la plus grande fréquence des décès par accident et par suicide chez les hommes jeunes.

## ● Une sous-mortalité départementale qui ne s'observe que pour certaines tranches d'âge

La mortalité générale des habitants de la Mayenne est globalement inférieure à la moyenne régionale, pour les hommes comme pour les femmes. Ce constat n'est cependant pas toujours vérifié si on effectue une comparaison par tranches d'âge.

En effet, pour les hommes âgés de 0 à 34 ans, le département connaît une surmortalité non négligeable.

Pour les femmes, les écarts entre la situation en Mayenne et dans la région varient beaucoup selon le groupe d'âge.



## ● L'espérance de vie augmente au même rythme qu'au plan régional

En Mayenne, l'espérance de vie en 1997 à la naissance atteint 76,2 ans pour les hommes et 82,8 ans pour les femmes. Pour les hommes, cet indicateur est supérieur à la moyenne des Pays de la Loire (74,8 ans).

Depuis une trentaine d'année, l'espérance de vie dans le département ne cesse de s'accroître, chez les hommes comme chez les femmes. Cette évolution est similaire à celle observée dans la région.

Entre 1990 et 1996, l'espérance de vie a progressé de 1,2 an pour les hommes et 1,4 an pour les femmes. L'écart entre les deux sexes a ainsi légèrement augmenté : il est de 7,4 ans en 1996 contre 7,2 ans en 1990.

## ● Une évolution de la mortalité variable selon les groupes d'âge

Le nombre de décès annuels parmi les habitants de la Mayenne est passé de 2 470 en 1988-90 à 2 620 en 1995-97. Cette progression résulte du vieillissement de la population. En effet, au cours de ces mêmes périodes, à structure d'âge identique, les taux de mortalité ont diminué de 8% pour les hommes et de 10% pour les femmes.

Une baisse de ces taux est également constatée dans les Pays de la Loire, et en France.

Cette diminution de la mortalité s'observe pour certaines classes d'âge.

- Les enfants (0-14 ans) connaissent globalement un net recul de la mortalité générale : -37% entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997.

- Chez les jeunes adultes (15-44 ans), l'évolution des taux de mortalité diffère selon le sexe. Ainsi, chez les hommes, ces taux diminuent légèrement (-3%) alors que chez les femmes, ils augmentent fortement (+33%).

- Pour les personnes âgées de 45 à 64 ans, la baisse de la mortalité atteint 19% chez les hommes et 11% chez les femmes.

- Pour les âges les plus élevés, la mortalité masculine, comme la mortalité féminine, est relativement stable.

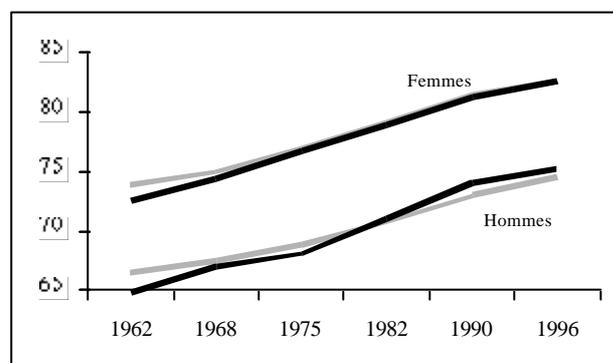
*Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.*

## Espérance de vie en âge au décès en 1997

	Espérance de vie			
	à 0 an	à 20 ans	à 40 ans	à 60 ans
<b>Mayenne</b>				
Hommes	76,2	57,0	38,2	21,1
Femmes	82,8	63,5	44,2	25,5
Écart Hommes/Femmes	6,6	6,5	6,0	4,4
<b>Pays de la Loire</b>				
Hommes	74,8	55,7	36,8 *	20,3
Femmes	82,7	63,3	43,4 *	25,5
Écart Hommes/Femmes	7,9	7,6	6,7	5,2

Source : INSEE  
\* Données 1995

## Évolution de l'espérance de vie en Mayenne et en Pays de la Loire entre 1962 et 1996



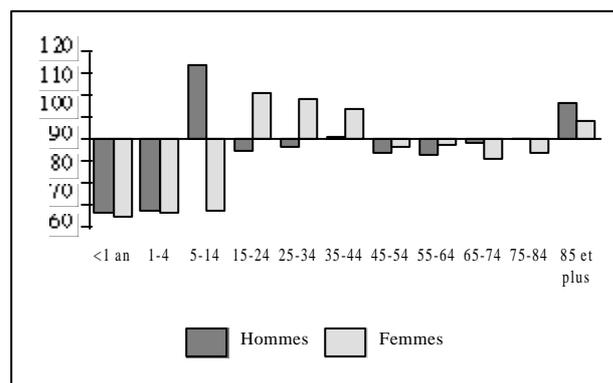
Source : INSEE  
Le filet gris représente l'espérance de vie en Pays de la Loire et le filet noir l'espérance de vie en Mayenne

## Évolution des taux comparatifs de mortalité\* entre 1988-90 et 1995-97

	Mayenne			Pays de la Loire	France
	1988-1990	1995-1997	%	%	%
Hommes	1 230,9	1 133,7	-7,9	-9,4	-10,8
Femmes	707,6	636,7	-10,0	-8,6	-11,1

Source : INSEE Exploitation O.R.S.  
\* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

## Évolution des taux de mortalité en Mayenne selon l'âge et le sexe entre 1988-90 et 1995-97 (base 100 : 88-90)



Source : INSEE Exploitation O.R.S.

# LA MORTALITÉ

---

# **OFFRE ET CONSOMMATION DE SOINS**



## CONTEXTE NATIONAL

En France, les équipements hospitaliers ont beaucoup évolué depuis une quinzaine d'années sous l'effet des progrès techniques, du développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, des contraintes économiques...

Cette évolution s'est notamment traduite, sur le plan quantitatif, par une diminution du nombre de lits d'hospitalisation pour des soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) de 305 000 à 260 000 entre 1987 et 1996. Dans une moindre mesure le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et le nombre de lits consacrés aux soins de suite (rééducation, convalescence) ont également connu une baisse respective de 107 000 à 75 000 et de 97 000 à 92 000 durant la même période. En revanche, le nombre de lits de soins de longue durée a fortement augmenté, passant de 59 000 à 81 000 entre 1987 et 1996.

En parallèle, des évolutions plus qualitatives se sont produites : développement des services de radiologie et de biologie, augmentation des équipements matériels lourds pour le diagnostic ou le traitement (scanners, appareils d'imagerie à résonance magnétique, lithotripteurs ...).

Ces diverses évolutions ont contribué à la diminution de la durée moyenne de l'hospitalisation de courte durée entre 1987 et 1996 qui est passée de 7,5 à 5,8 jours. Parallèlement, le nombre d'entrées en hospitalisation a augmenté d'environ 10% pendant la même période.

En France métropolitaine, les disparités régionales sont marquées, et le souci d'améliorer la répartition des équipements sur le territoire a été à l'origine de plusieurs mesures législatives successives. Après la loi hospitalière de 1970 qui a instauré la carte sanitaire, celle de 1991 stipulait outre la révision des cartes sanitaires, la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) "déterminant la répartition des installations et des activités de soins de la région". L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, crée des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Elles ont notamment pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, et de déterminer leurs ressources. Des contrats pluri-annuels sont passés entre les établissements et ces agences pour fixer les objectifs et les moyens, et s'adapter aux besoins de la population. Au sein même des établissements, la contractualisation est également prévue pour accroître la responsabilité des différents acteurs hospitaliers dans l'organisation de l'hôpital et dans l'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, la coopération entre établissements et le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux de soins sont encouragés. Cette ordonnance prévoit également que les établissements hospitaliers fassent tous l'objet d'une accréditation dans les cinq ans à venir par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- La Mayenne compte, fin 1997, 1 040 lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée : 54% en médecine, 35% en chirurgie et 11% en obstétrique. Cela représente une densité de 3,7 lits pour 1 000 habitants, inférieure de 16% à la moyenne nationale.

- Le secteur public couvre 90% des lits d'hospitalisation complète en médecine, 64% en chirurgie, et 100% en gynéco-obstétrique (depuis le rachat par l'hôpital de la clinique de Château-Gontier).

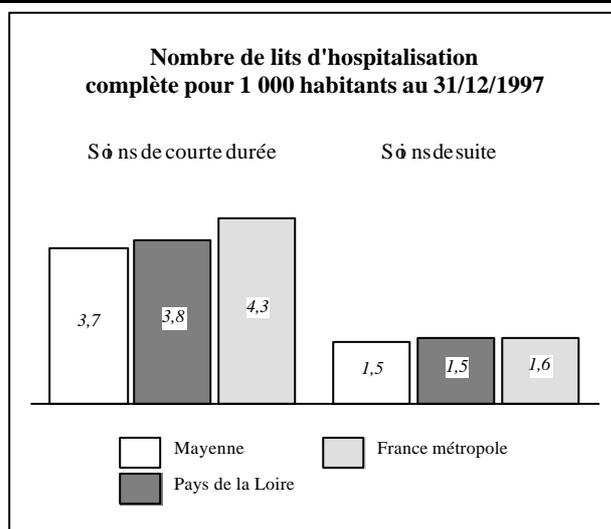
- Plus de la moitié des entrées en chirurgie sont réalisées dans des établissements privés.

- Entre 1990 et 1997, le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée diminue de 9% tandis que les entrées augmentent de 8%. La durée moyenne de séjour baisse respectivement de 20% et 9% dans le secteur public et le secteur privé.

### ● Un taux d'équipement en soins de courte durée inférieur à la moyenne nationale

En soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), la Mayenne compte 1 040 lits d'hospitalisation complète, soit 3,7 lits pour 1 000 habitants à la fin de l'année 1997. Le département a une densité d'équipement inférieure de 16% à la moyenne nationale (4,3 lits pour 1 000 habitants), mais proche de la moyenne des Pays de la Loire (3,8 lits pour 1 000 habitants).

Peu d'écart par contre en soins de suite : 1,5 lits pour 1 000 habitants dans le département, comme dans la région, contre 1,6 au plan national. Mais ces équipements rassemblent des activités de nature très diverses : services de suite et de convalescence, rééducation et réadaptation fonctionnelle.



Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1998) Exploitation O.R.S.

# LES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

## Lits d'hospitalisation complète en Mayenne au 31/12/1997

	Nombre de lits			Taux pour 1 000 hab.		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Mayenne	Pays de la Loire	France
Médecine	503	59	562	2,0	1,8	2,1
Chirurgie	230	132	362	1,3	1,6	1,8
Gyn.-obst.	116	0	116	0,4	0,4	0,4
<b>Soins de courte durée</b>	<b>849</b>	<b>191</b>	<b>1040</b>	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>	<b>4,3</b>
Rééducation fonct.	66	0	66	0,2	0,4	0,5
Autres soins de suite	299	49	348	1,2	1,1	1,1
<b>Soins de suite</b>	<b>365</b>	<b>49</b>	<b>414</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>
<b>Soins de longue durée</b>	<b>672</b>	<b>0</b>	<b>672</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>

Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1998)

Exploitation O.R.S.

## Activité en hospitalisation complète en Mayenne en 1997

	Entrées totales		Durée moyennedesejour	
	Public	Privé	Public	Privé
Médecine	19 822	2 233	7,6	7,5
Chirurgie	9 658	11 240	4,8	4,3
Gyn.-obst.	4 277	549	5,2	5,6
<b>Court-séjour</b>	<b>33 757</b>	<b>14 022</b>	<b>6,5</b>	<b>4,9</b>
<b>Moyen-séjour</b>	<b>4 187</b>	<b>402</b>	<b>26,9</b>	<b>39,2</b>

Source : DRASS-SESI

## Équipements matériels lourds en 1997

	Mayenne		Pays de la Loire		Indices de besoin (1)
	Nombre d'appareils	Taux*	Nombre d'appareils	Taux*	
Scanners	3	11	28	9	30
Médecine nucléaire	0	0	22	7	23
Angiographie numérisée	1	4	27	8	-
Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)	0	0	7	2	8

Sources : DRASS

Exploitation O.R.S.

Circulaire DGS SQ DH OE n°20 du 03/06/1993

\* pour 1 000 000 habitants

(1) Ces indices, fixés par le Ministère, sont fonction du nombre d'habitants ainsi que du nombre de lits de soins de courte durée en CHU. Les chiffres de cette colonne indiquent de combien d'appareils la région pourrait être dotée sur la seule base de ces indices. Ils sont pour toutes les régions quasi systématiquement supérieurs aux chiffres des appareils installés.

### ● Neuf lits de médecine sur dix dépendent du secteur public

La Mayenne compte à la fin de l'année 1997, 562 lits en médecine. Le taux d'équipement, 2 lits pour 1 000 habitants, est légèrement supérieur à la moyenne régionale (1,8 lits pour 1 000 habitants), mais il est proche de la moyenne nationale (2,1 lits pour 1 000 habitants).

Le secteur public est très présent dans ce champ d'activité, puisque près de neuf lits de médecine sur dix dépendent des établissements publics de santé, lesquels réalisent 90% des entrées. La durée moyenne de séjour est quasiment identique dans le secteur public et le secteur privé : respectivement 7,6 et 7,5 jours.

### ● 54% des entrées en chirurgie sont effectuées dans les établissements privés

Avec 362 lits de chirurgie à la fin de l'année 1997, la Mayenne présente un taux d'équipement inférieur de 23% à la moyenne régionale (1,3 lits pour 1 000 habitants contre 1,7 dans la région) et de 38% à la moyenne nationale (1,8 lits pour 1 000 habitants).

Près des deux-tiers des lits pour ce champ d'activité appartiennent au secteur public, qui réalise cependant moins de la moitié des entrées en hospitalisation complète. Les durées moyennes de séjour sont plus courtes dans le secteur privé (4,3 jours) que dans le secteur public (4,8 jours).

### ● Les accouchements ont tous lieu dans les maternités publiques

La gynécologie-obstétrique est la seule discipline pour laquelle le taux d'équipement du département est équivalent au taux moyen régional et national : 0,4 lit pour 1 000 habitants. La totalité de ces lits est installée dans le secteur public, depuis le rachat de la clinique de Château-Gontier par l'hôpital, en 1997.

Les services de gynécologie-obstétrique du département ont comptabilisé près de 4 830 entrées en 1997, pour 3 170 accouchements.

### ● Des "équipements lourds" en-dessous des seuils fixés par le Ministère

Le département disposait en 1997 de trois scanners et d'un appareil d'angiographie numérisée.

Globalement le département fait partie d'une région pour laquelle le niveau d'équipement se situe en-dessous des indices de besoin fixés par le Ministère.

● **Une baisse du nombre de lits et une hausse des entrées en hospitalisation complète**

En Mayenne, le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée a diminué : 1 04 lits en moins entre 1990 et 1997 (-14 lits pour le secteur public et -90 lits pour le privé), soit une baisse de 9% en 7 ans (respectivement -2% et -32% pour le secteur public et privé).

Parallèlement, le nombre d'entrées en hospitalisation complète a cru de 8% (passant de 44 347 à 47 779). Cette progression concerne exclusivement les établissements publics (+18% d'entrées en moyenne), les établissements privés ayant connu une baisse globale du nombre d'entrées (-10%). Mais ces écarts tiennent en partie leur origine dans les différentes fusions d'établissements intervenues depuis 10 ans.

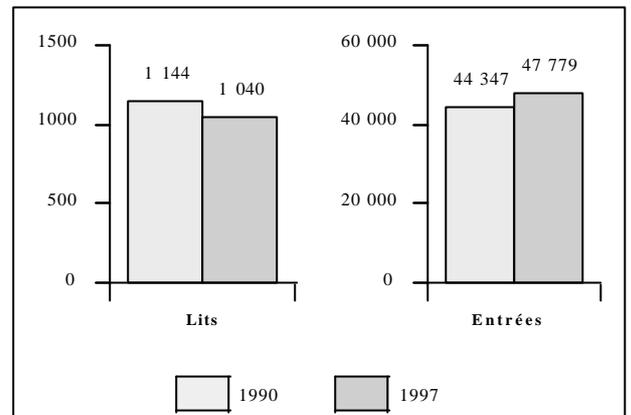
Entre 1990 et 1997, les Durées Moyennes de Séjour (DMS) en soins de courte durée ont diminué de manière plus importante dans le secteur public (-20%) que dans le secteur privé (-9%). Les séjours dans les établissements publics sont cependant toujours plus longs (6,5 jours) que ceux effectués dans les établissements privés (4,9 jours). Par ailleurs, la baisse de cet indicateur concerne toutes les disciplines de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique).

● **Près de 9 séances sur 10 en ambulatoire sont effectuées dans le secteur privé**

Depuis octobre 1992, des décrets réglementent les modalités d'exercice de l'hospitalisation partielle en soins de courte durée. Ils précisent que leur autorisation est soumise à un volume minimal d'activité ainsi qu'à l'existence de locaux et de personnels spécifiquement dédiés à cette activité.

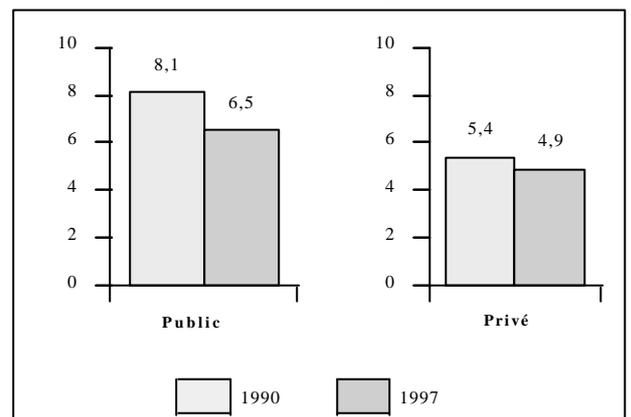
En 1997, en Mayenne, il y a eu 2,2 venues pour 100 habitants en hospitalisation de jour et de nuit, dont plus de la moitié ont été effectuées dans des établissements publics. Par ailleurs, on dénombrait 2,5 séances pour 100 habitants en ambulatoire (traitements et cures), près de 90% d'entre elles ont eu lieu dans des structures privées. Le nombre de séance de dialyse était de 1,9 pour 100 habitants, toutes ont été réalisées dans des établissements publics.

**Évolution des lits et des entrées en hospitalisation complète de soins de courte durée en Mayenne**



Source : DRASS-SESI

**Évolution de la Durée Moyenne de Séjour de soins de courte durée en Mayenne**



Source : DRASS-SESI

**Hospitalisation partielle en soins de courte durée en 1997**

	secteur public	secteur privé	Total	Nombre annuel pour 100 habitants Mayenne	PdL
Nombre de venues : hospitalisation partielle de jour et de nuit	3321	2927	6248	2,2	3,0
Nombre de venues : anesthésie ou chirurgie ambulatoire	-	-	-	0,0	2,9
Nombre de séances : traitements et cures ambulatoires	827	6194	7021	2,5	3,3
<b>Total</b>	<b>4148</b>	<b>9121</b>	<b>13269</b>	<b>4,7</b>	<b>9,2</b>
nombre de séances de dialyse	5298	-	5298	1,9	4,3

Source : DRASS

*Une entrée correspond à l'admission d'un malade dans un service d'hospitalisation complète quelle que soit la durée de son séjour.*

*Une venue ou une séance correspond au passage d'un malade dans une unité d'hospitalisation partielle ou de chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire agréée pour dispenser des soins dans des conditions qui autorisent le patient à regagner sa résidence le jour même. Le nombre de venues ou séances est le nombre de passages : un même malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année.*

*La durée moyenne de séjour est calculée en rapportant les journées d'hospitalisation (sans compter les jours de sortie, y compris pour les établissements privés qui les facturent) aux entrées totales.*

*Les taux d'équipement sont calculés sur la population totale estimée au 1er janvier 1996 par l'INSEE.*

# LES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

---



### CONTEXTE NATIONAL

Au 1er janvier 1999, la France compte 180 300 médecins libéraux et salariés, soit 300 pour 100 000 habitants. Les médecins libéraux sont plus de 119 000 : 68 700 généralistes et 50 300 spécialistes. Les densités respectives sont de 114 et 84 pour 100 000 habitants. Les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le Sud de la France métropolitaine, et les plus faibles de densités se trouvent dans la partie Centre et Nord. Ces disparités sont plus marquées pour les spécialistes que pour les généralistes.

Le nombre de médecins a plus que triplé en France au cours des trente dernières années. La croissance a été forte entre 1975 et 1990, plus faible par la suite. Le ralentissement de la progression des effectifs résulte de l'instauration, en 1971, du numerus clausus visant à limiter le nombre d'étudiants en médecine admis en 2<sup>e</sup> année. L'évolution des effectifs de médecins s'est accompagnée de modifications structurelles. Pour l'ensemble des médecins, salariés et libéraux, le nombre de spécialistes s'est accru plus fortement que celui des généralistes : respectivement + 24 % et + 16 % entre 1990 et 1999. La féminisation de la profession a également été marquée et devrait se poursuivre : la proportion de femmes parmi les médecins est passée de un sur sept en 1970 à un tiers aujourd'hui. En 2020, elles devraient être aussi nombreuses que les hommes. Selon la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi et de la solidarité, le nombre de médecins va diminuer, et de manière prononcée après 2012, sauf augmentation notable du numerus clausus. De plus, il faut s'attendre à un vieillissement du corps médical : la proportion de praticiens âgés de 50 ans et plus devrait doubler d'ici 2010 (leur part atteindra 60 %).

D'après les chiffres de la CNAM, le nombre de médecins libéraux en exercice a baissé pour la deuxième année consécutive. Même si cette baisse reste peu importante, elle est le signe précurseur d'une baisse attendue de la démographie médicale.

Depuis 30 ans, une convention signée entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie fixe les tarifs de remboursement des soins aux assurés sociaux. En 1980, une nouvelle convention a instauré la possibilité pour les médecins d'appliquer des honoraires libres, supérieurs aux tarifs fixés par les caisses. Les médecins qui ont opté pour ce secteur conventionnel dit secteur 2 (le secteur 1 regroupe les médecins conventionnés pratiquant les tarifs fixés par les caisses) ont vu leurs effectifs progresser jusqu'en 1990. Mais depuis, un nombre limité de nouveaux médecins peut accéder au secteur conventionnel 2, et le passage de médecins antérieurement en secteur 1 n'est plus possible. En 1999, les médecins libéraux en secteur 2 représentent 25 % des médecins libéraux en France : 15 % des généralistes et 37 % des spécialistes. Mais ces pourcentages varient selon les localités géographiques, ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux soins dans certaines zones, dès lors qu'une majorité de médecins pratiquent les honoraires libres.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

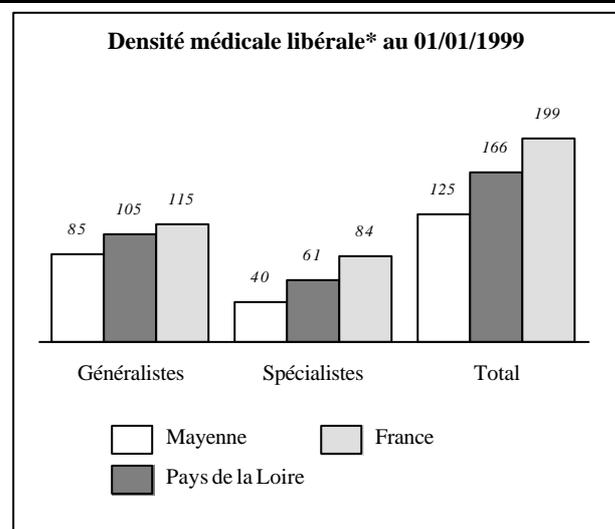
- Plus de 530 médecins exercent dans le département, dont environ 350 à titre libéral (240 médecins généralistes et 110 spécialistes).
- La densité de médecins libéraux est inférieure de 37% à la moyenne nationale. Les écarts sont plus importants pour les spécialistes (-52%) que pour les généralistes (-26%).
- Entre 1987 et 1999, le nombre de praticiens libéraux a globalement augmenté de 13% (+32% au niveau régional). Mais entre 1998 et 2000, on observe dans le département une légère baisse (-2%).
- 7% des généralistes et 9% des spécialistes sont conventionnés avec honoraires libres. Ce mode d'exercice est beaucoup moins fréquent qu'au plan régional (où il est respectivement de 11% et 27%).

#### ● Une densité de spécialistes en secteur libéral inférieure de moitié à la moyenne nationale

Avec 357 médecins libéraux au 1er janvier 1999, la Mayenne présente une densité médicale libérale inférieure de 37% à la densité moyenne française : 125 médecins pour 100 000 habitants contre 199 pour la France (166 pour les Pays de la Loire) :

- pour les généralistes, la densité de médecins est inférieure de 26% à la moyenne française : 85 médecins pour 100 000 habitants en Mayenne contre 115 pour la France)

- pour les spécialistes, l'écart est de 52% : 40 spécialistes pour 100 000 habitants en Mayenne contre 84 au plan national).



Sources : DRASS - DREES - répertoire ADELI, INSEE (estimation population au 01/01/98)

\* libéraux exclusifs et partiels

Exploitation O.R.S.

La rubrique "généraliste" inclut les médecins compétents ou à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncture, homéopathes).

# LES MÉDECINS

## Médecins généralistes et spécialistes selon le mode d'exercice en Mayenne au 01/01/1999

	Libéraux			Salariés	Total
	exclusifs	partiels	total		
<b>Généralistes</b>					
Nombre	191	52	243	86	329
%	58,1	15,8	73,9	26,1	100,0
% PdL	69,9	8,0	77,9	22,1	100,0
% France	66,7	8,4	75,1	24,9	100,0
<b>Spécialistes</b>					
Nombre	90	24	114	91	205
%	43,9	11,7	55,6	44,4	100,0
% PdL	37,3	15,8	53,1	46,9	100,0
% France	38,3	18,4	56,7	43,3	100,0
<b>Total</b>					
Nombre	281	76	357	177	534
%	52,6	14,2	66,9	33,1	100,0
% PdL	54,9	11,6	66,6	33,4	100,0
% France	52,7	13,4	66,0	34,0	100,0

Source : DRASS - DREES - répertoire ADELI

### ● Environ deux médecins du département sur trois ont une activité libérale

Parmi les 534 médecins recensés en Mayenne au début de l'année 1999, 67% exercent exclusivement ou partiellement en cabinet libéral, et 33% ont une activité essentiellement salariée. Depuis le début des années 1990, la part relative du secteur libéral a diminué au profit du secteur salarié (75% des médecins étaient libéraux, en 1990).

En 1999, 56% des médecins spécialistes installés en Mayenne exercent en secteur libéral (53% dans les Pays de la Loire).

### ● Les chirurgiens : une majorité exerce en secteur libéral

La part des médecins spécialistes en secteur libéral varie fortement selon la spécialité.

Près de 3 chirurgiens sur 4 exercent en secteur libéral. 60% des médecins dont la spécialité est médicale sont également dans ce cas.

En revanche, les salariés sont majoritaires chez les biologistes et les psychiatres.

### ● Une faible part de médecins libéraux conventionnés avec honoraires libres

La proportion de médecins relevant du secteur à honoraires libres est beaucoup plus faible dans le département que dans la région, pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes.

En Mayenne, au début de l'année 1999, 9% des spécialistes appartiennent au secteur à honoraires libres ou disposent d'un droit permanent au dépassement contre 27% en moyenne dans les Pays de la Loire.

Parmi les omnipraticiens conventionnés, 7% d'entre eux exercent avec honoraires libres dans le département contre 11% au niveau régional. De nouvelles mesures prises, au début des années 1990 pour limiter l'accès au secteur 2, expliquent notamment la diminution de la proportion d'omnipraticiens en honoraires libres (ils étaient 9% en 1988).

## Médecins spécialistes selon le type de spécialité et le mode d'exercice en Mayenne au 01/01/1999

		Libéraux*	Salariés	Total
Spécialités médicales	Nombre	53	35	88
	%	60,2	39,8	100,0
Spécialités chirurgicales	Nombre	38	14	52
	%	73,1	26,9	100,0
Biologie médicale	Nombre	2	3	5
	%	40,0	60,0	100,0
Psychiatrie	Nombre	11	12	23
	%	47,8	52,2	100,0
Santé publique	Nombre	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Nombre	104	81	185
	%	56,2	43,8	100,0

Source : DRASS - DREES - répertoire ADELI

\* Libéraux exclusifs et partiels

Les spécialités n'étant pas toujours renseignées, les effectifs répartis par spécialité peuvent être inférieurs aux effectifs globaux de spécialistes.

## Mode conventionnel des médecins libéraux en Mayenne au 01/01/1999 et 1988

	1er janvier 1988		1er janvier 1999	
	Omniprat.*	Spécial.	Omniprat.*	Spécial.
Secteur 1	203	101	218	125
Secteur 2 et DP	19	4	16	13
Non convent.	0	0	1	0
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>105</b>	<b>235</b>	<b>138</b>

Source : CNAMTS

\* Généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP), tels que acupuncteurs ou homéopathes

Mode conventionnel des médecins libéraux (CNAMTS)	
<b>Secteur 1</b>	: médecins conventionnés avec tarifs fixés par convention nationale
<b>Secteur 2</b>	: médecins conventionnés avec honoraires libres (secteur créé en 1980)
<b>DP</b>	: médecins conventionnés disposant d'un droit permanent au dépassement d'honoraires (secteur supprimé en 1980)

## ● Légère baisse des effectifs de médecins libéraux depuis deux ans

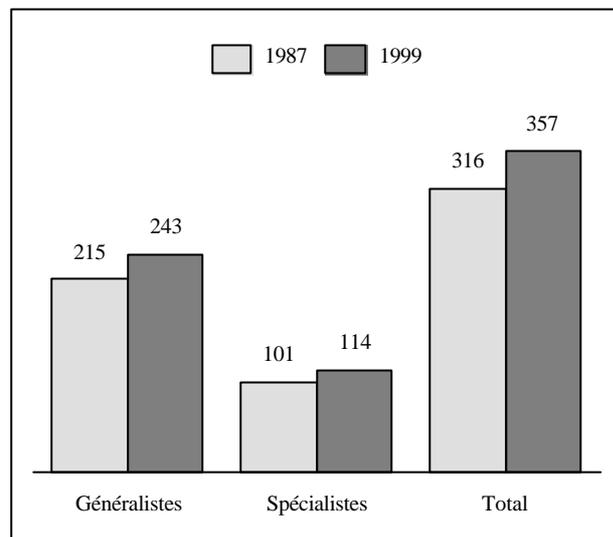
Au début de l'année 1999, on dénombrait en Mayenne 357 médecins libéraux dont 243 généralistes et 114 spécialistes.

Entre 1987 et 1999, le nombre de médecins exerçant en secteur libéral a globalement augmenté de 13% (+32% sur le plan régional).

D'après les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Laval, on observe une légère baisse du nombre de médecins libéraux (-2%) entre 1998 et 2000. Cette évolution concerne surtout les spécialistes dont l'effectif a diminué de 4%.

Cette tendance est-elle le signe précurseur d'une baisse attendue de la démographie médicale ?

**Effectifs des médecins libéraux\* en Mayenne au 01/01/1987 et 1999**



Source : DRASS - DREES - répertoire ADELI

\* Libéraux exclusifs et partiels

## ● La psychiatrie est la spécialité la plus présente en médecine libérale

Parmi les 10 principales spécialités exercées dans le département, celles qui ont les effectifs les plus importants sont la psychiatrie (et neuro-psychiatrie), la radiologie et la gynécologie.

En terme de densité, ce sont les gynécologues qui sont les plus représentés avec un taux de 21 pour 100 000 femmes. Viennent ensuite les pédiatres avec une densité de 9 pour 100 000 enfants.

Les densités de médecins libéraux en Mayenne, quelles que soient les spécialités, sont nettement inférieures aux moyennes régionales (-22 % en moyenne). La dermatologie et la psychiatrie présentent les écarts les plus importants ( respectivement - 34% et - 33%).

**Effectifs et densités en médecins libéraux pour les 10 principales spécialités en Mayenne au 01/01/99**

	Mayenne			Pays de la Loire	France
	Effectifs	%	Densité*	Densité*	Densité*
Gynéco-obstétrique***	14	10,1	20,9	28,3	38,9
Pédiatrie**	6	4,3	9,4	13,4	24,7
Psychiatrie et neuro-psy.	16	11,6	5,6	8,3	11,2
Radiologie	15	10,9	5,3	6,5	8,6
Ophthalmologie	13	9,4	4,6	6,6	7,8
Cardiologie	11	8,0	3,9	4,4	6,6
Chirurgie générale	12	8,7	4,2	4,5	6,1
Anesthésie-réanimation	10	7,2	3,5	5,1	5,6
Dermatologie	7	5,1	2,5	3,8	5,5
ORL	6	4,3	2,1	2,6	4,0
Autres	28	20,3	9,8	10,1	20,2
TOTAL ensemble des spécialités	138	100,0	48,4	61,8	90,5

Sources : CNAMTS, Exploitation O.R.S. INSEE (estimation population au 01-01-98)

\* Nombre de médecins pour 100 000 habitants

\*\* Densité calculée par rapport à la population des moins de 15 ans inclus

\*\*\* Densité calculée par rapport à la population des femmes de 15 à 49 ans

Dans le fichier ADELI du Ministère des Affaires Sociales, les médecins sont enregistrés et comptabilisés au titre de leur activité principale. La CNAMTS par contre retient, en tant que médecins libéraux, tous ceux qui ont eu une activité libérale donnant lieu à perception d'honoraires. Les médecins à temps plein ayant eu une activité privée à l'hôpital sont donc inclus dans les statistiques correspondantes.

# LES MÉDECINS

---

## CONTEXTE NATIONAL

Le secteur de la santé regroupe de multiples professionnels qui interviennent non seulement pour dispenser des soins, mais également pour aider, prévenir, informer.

Les professions médicales rassemblent les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes.

Les professions paramédicales sont diverses : elles concernent le domaine des soins (infirmier, aide-soignant), de la rééducation (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien), celui de l'appareillage (audioprothésiste, prothésiste dentaire) et celui de l'assistance technique (technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie).

Outre les médecins qui font l'objet d'un chapitre particulier, les professions les plus importantes par leurs effectifs sont : les infirmiers (355 000 en 1997 en France entière c'est à dire y compris les départements d'outre mer), les pharmaciens (56 000), les masseurs-kinésithérapeutes (50 000), les chirurgiens-dentistes (40 000), les sages-femmes (13 600) et les orthophonistes (13 000).

Les caractéristiques de ces professions sont différentes, à la fois en terme d'évolution démographique et en terme de mode d'exercice (libéral ou salarié).

Entre 1991 et 1997, la croissance des effectifs a été marquée pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes, de l'ordre de 20 à 25 %. Pour les infirmiers, la progression a été de 13 %, pour les pharmaciens de 8 % et pour les chirurgiens-dentistes de 4 %.

Dans certaines de ces professions, l'exercice libéral domine : c'est le cas des chirurgiens-dentistes dont 93 % ont une activité exclusivement ou partiellement libérale, et des masseurs-kinésithérapeutes (76 %). En revanche, les infirmiers exercent beaucoup plus rarement à titre libéral (14 %), de même que les sages-femmes (11 %). Chez les pharmaciens, on distingue habituellement les titulaires d'officine (46 % de l'ensemble des pharmaciens) et les autres modes ou cadres d'exercice (biologistes, pharmaciens hospitaliers, assistants d'officine, grossistes-répartiteurs...).

D'une façon générale, la répartition de ces professionnels est inégale sur le territoire national, et fait apparaître une moitié sud disposant de densités importantes et une moitié nord nettement moins bien pourvue.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

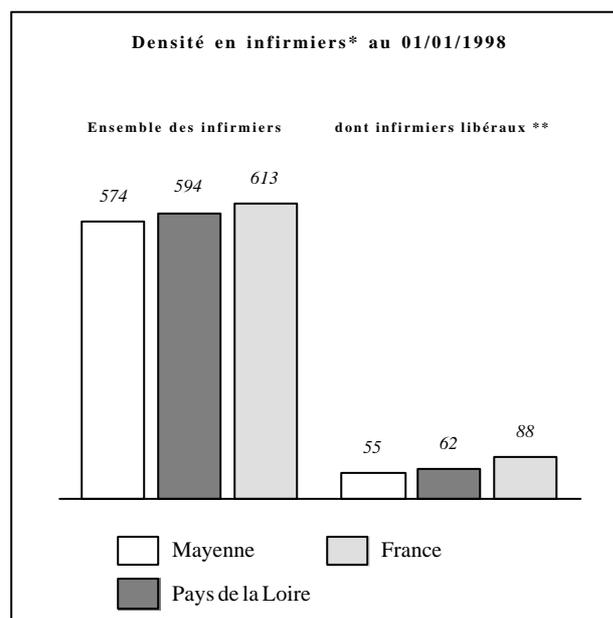
- Outre les médecins, la Mayenne compte plus de 2 200 professionnels de santé : 1 640 infirmiers, 240 pharmaciens, 150 masseurs-kinésithérapeutes, 120 chirurgiens-dentistes, 50 sages-femmes et 40 orthophonistes.
- Quelle que soit l'activité, le département est moins doté en professionnels de santé que la moyenne régionale.
- Toutes les professions (sauf les chirurgiens-dentistes) connaissent une progression de leurs effectifs entre 1991 et 1998. Dans la plupart des cas, ces augmentations n'ont cependant pas permis de réduire l'écart entre les densités de la Mayenne et celles des Pays de la Loire.

### ● Une densité d'infirmiers inférieure de 6% à la moyenne nationale

En 1998, la Mayenne compte plus de 1 630 infirmiers, dont 340 de secteur psychiatrique. La très grande majorité d'entre eux est salariée (90%).

Globalement la densité d'infirmiers en Mayenne est inférieure de 6% à la moyenne nationale (-3% par comparaison à la moyenne régionale).

Cet écart de densité avec la France est très marqué pour les infirmiers libéraux : -38% (-11% par comparaison avec les Pays de la Loire).



Sources : DRASS - DREES, INSEE (estimations population) Exploitation O.R.S.

\* Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique  
\*\* Infirmiers libéraux temps complet et temps partiel

# LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

## Effectifs et densités des infirmiers\*\* en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *
Salariés exclusifs	1218	437	414	1478	519	532
Libéraux exclusifs et partiels	108	39	43	156	55	62
Total	1326	476	457	1634	574	594

Sources : DRASS - DREES, INSEE (estimations population) Exploitation O.R.S.

\* Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

\*\* Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique

## ● Une croissance des effectifs d'infirmiers de 3% par an

En 1998, la Mayenne compte 308 infirmiers de plus qu'en 1991, soit une progression annuelle moyenne de 3% dans le département (+5% pour le secteur libéral et +3% pour le secteur salarié).

Cette évolution a cependant été moins forte qu'au niveau régional (+4% par an en moyenne pour l'ensemble des infirmiers). Et l'écart de densité entre la Mayenne et les Pays de la Loire s'est accru : en 1991, le département avait une densité en infirmiers supérieure de 4% à la moyenne des Pays de la Loire ; en 1996, celle-ci est inférieure à la moyenne régionale de 3%.

## Effectifs et densités des masseurs-kinésithérapeutes en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *
Salariés exclusifs	25	9	11	40	14	15
Libéraux exclusifs et partiels	86	31	43	109	38	55
Total	111	40	54	149	52	71

Sources : DRASS - DREES, INSEE (estimations population) Exploitation O.R.S.

\* Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

## ● Une faible densité en masseurs-kinésithérapeutes malgré une forte croissance de leurs effectifs

Depuis 1991, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté en Mayenne de plus de 4% par an ; il atteint ainsi 150, en 1998. Malgré cette progression la densité dans le département reste nettement inférieure à la moyenne régionale (-27%).

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant selon un mode libéral a augmenté de plus de 3% par an, les "libéraux" représentent, en 1998, 73% de l'ensemble de la profession. La Mayenne connaît, pour ces professionnels, une densité inférieure de 31% à la moyenne régionale.

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes salariés s'est accru en moyenne de 7% par an. L'écart de densité par rapport à la région s'est réduit, il est de -7% en 1998 (-18% en 1991).

## Effectifs et densités des orthophonistes en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *	Mayenne Effectifs	Mayenne Densité *	PdL Densité *
Salariés exclusifs	11	4	3	16	6	4
Libéraux exclusifs et partiels	18	6	11	20	7	14
Total	29	10	14	36	13	18

Sources : DRASS - DREES, INSEE (estimations population) Exploitation O.R.S.

\* Nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants

## ● Près de 40 orthophonistes en Mayenne

En 1998, la Mayenne compte près de 40 orthophonistes. Comme pour les autres professions de santé, leur densité dans le département est inférieure à la moyenne régionale : 7 pour 100 000 habitants contre 14 dans les Pays de la Loire. Et la progression annuelle des effectifs entre 1991 et 1998 (+3% en moyenne) n'a pas permis de réduire de manière conséquente cet écart.

La majorité des orthophonistes (56%) exerce en secteur libéral, en 1998.

# LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

## ● Une augmentation du nombre de pharmaciens de 3% par an

Parmi les 240 professionnels en activité, 120 sont titulaires d'officine (soit 52%). Les autres exercent comme assistants dans les officines ou sont salariés des pharmacies mutualistes, des laboratoires, des hôpitaux, des grossistes-répartiteurs ou de l'industrie.

Entre 1991 et 1999, les pharmaciens ont vu globalement leur effectif progresser de 3% par an. La croissance des effectifs concerne uniquement les autres pharmaciens, le nombre de titulaires d'officines ayant légèrement diminué.

Cette progression permet au département de présenter la même densité globale que la région (83 pharmaciens pour 100 000 habitants).

## ● Une densité en chirurgiens-dentistes inférieure de 23% à la moyenne régionale

Depuis 1991, le nombre de chirurgiens-dentistes en Mayenne est resté stable, avec 124 praticiens en 1998. 91% d'entre eux exercent en secteur libéral.

La Mayenne a, comme pour les autres professions de santé, toujours une densité inférieure à la moyenne régionale : 44 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants contre 57 dans les Pays de la Loire. Et cet écart s'est accentué entre 1991 et 1998 : il est passé de -20% à -23%.

## ● 45 sages-femmes en activité en Mayenne

Parmi les 45 sages-femmes en activité dans le département en 1998, neuf sur dix sont salariées, essentiellement dans les maternités.

Entre 1991 et 1998, le nombre de sages-femmes a augmenté en moyenne de plus de 5% par an (14 professionnels supplémentaires en 7 ans).

Cette évolution a permis de réduire l'écart entre la densité départementale et régionale, mais la Mayenne reste toujours moins dotée que les Pays de la Loire : 67 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans contre 79 au plan régional.

### Effectifs et densités des pharmaciens en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Effectifs	Densité *	PdL Densité *	Effectifs	Densité *	PdL Densité *
Titulaires d'officine	125	45	43	123	43	45
Autres	67	24	29	114	40	38
Total	192	69	72	237	83	83

Sources : DRASS - DREES,

INSEE (estimations population)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

### Effectifs et densités des chirurgiens-dentistes en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Effectifs	Densité *	PdL Densité *	Effectifs	Densité *	PdL Densité *
Salariés exclusifs	10	4	3	11	4	3
Libéraux exclusifs et partiels	115	41	53	113	40	54
Total	125	45	56	124	44	57

Sources : DRASS - DREES,

INSEE (estimations population)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

### Effectifs et densités des sages-femmes en Mayenne au 01/01/1991 et 1998

	1991			1998		
	Effectifs	Densité *	PdL Densité *	Effectifs	Densité *	PdL Densité *
Salariés exclusifs	29	44	50	40	59	65
Libéraux exclusifs et partiels	2	3	9	5	7	14
Total	31	47	59	45	67	79

Sources : DRASS - DREES,

INSEE (estimations population)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

# LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

---



## CONTEXTE NATIONAL

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète - à tort ou à raison - l'intéressé ou son entourage".

L'organisation de la prise en charge médicale des urgences en France repose sur un réseau d'intervenants publics et privés, régulée par le SAMU, les Services d'aide médicale d'urgence (SAMU). Dans le secteur public, la prise en charge des urgences ressenties est assurée par le SAMU, les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs pompiers, les centres antipoison, la police et la gendarmerie. Dans le secteur privé, il s'agit des médecins libéraux, des ambulanciers, des établissements privés de soins et des associations humanitaires. Afin d'améliorer l'accès de la population aux services d'urgence et pour faire la jonction entre les différents partenaires, les SAMU se sont dotés peu à peu d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelé "centre 15". Cette organisation permet une meilleure orientation des réponses en fonction de la demande exprimée par le patient ou son entourage. L'acheminement médicalisé vers les unités d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux est essentiellement du ressort des SMUR et des sapeurs pompiers. En 1996, 343 SMUR sont répartis sur le territoire français. Les sapeurs pompiers quant à eux, comptent, en 1996, un effectif important de volontaires et de professionnels mobilisables selon les besoins. Le nombre et la répartition des centres de secours (plus de 7 900) donnent aux sapeurs pompiers les atouts de la proximité et de la rapidité. Les médecins libéraux et les associations de médecins urgentistes participent dans la plupart des régions au fonctionnement des CRRA, qu'il s'agisse des réponses aux appels téléphoniques ou d'interventions sur les lieux de détresse.

En 1996, on dénombrait en France 678 unités d'accueil et de traitement des urgences dans les hôpitaux, ayant enregistré plus de 10 millions de passages, suivis dans 30 % des cas par une hospitalisation. Il faut cependant examiner avec prudence ces statistiques. En effet, certaines urgences ne transitent pas par ces services d'accueil en urgence. De plus, une forte proportion des passages correspond à des patients qui présentent des problèmes de santé qui auraient pu être traités en dehors du contexte des urgences.

Depuis le début des années 1990, le Conseil économique et social et la Commission nationale de restructuration des urgences ont souligné certains dysfonctionnements et proposé de restructurer l'accueil des urgences dans les établissements de santé. En mai 1997, est paru le décret relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, qui prévoit la révision et l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire des urgences, en vue d'assurer une répartition géographique homogène des installations. Les textes définissent notamment la gradation de l'offre de soins en matière d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements, et les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire ces structures pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences".

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- En 1999, le SAMU de la Mayenne a traité 19000 appels, à l'origine de 13 000 "affaires", soit en moyenne 36 "affaires" chaque jour.
- 45% des appels au centre 15 nécessitent le recours aux sapeurs-pompiers. Et un appel sur quatre se solde par de simples conseils médicaux (1997).
- Par ailleurs près de 120 passages ont été enregistrés en moyenne chaque jour dans les services d'accueil et de traitement des urgences du département en 1997. La population de la Mayenne a plus fréquemment recours à ces services que la moyenne régionale. 38% des passages aux urgences déclenchent une hospitalisation.

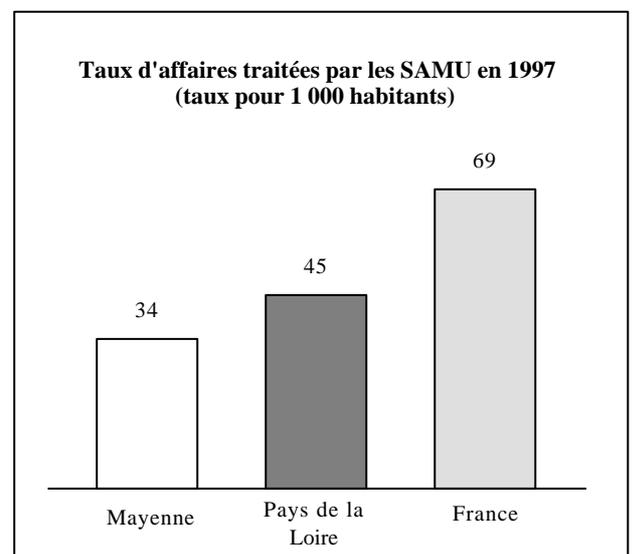
### ● Près de 30 affaires traitées chaque jour par le SAMU de Laval

Le département dispose d'un Service d'aide médicale d'urgence (SAMU), doté d'un Centre de régulation des appels (CRRA), installé à Laval.

En 1997, plus de 9 800 affaires ont été traitées par le SAMU de Laval, soit environ 27 affaires par jour. La Mayenne a, pour cette même année, un taux d'affaires traitées par le SAMU (34 affaires pour 1 000 habitants) nettement inférieur à la moyenne des Pays de la Loire (45) et à la moyenne française (69). Mais ces écarts peuvent trouver leur origine dans des méthodes d'enregistrement variables selon les départements.

Entre 1997 et 1999, le nombre "d'affaires" traitées a progressé de 33 %.

Enfin il faut préciser que l'activité du SAMU ne représente qu'une partie des urgences prises en charge dans le département.



Sources : DRASS-SESI, INSEE

Exploitation O.R.S.

# LES URGENCES

## Traitement des affaires par le SAMU en 1997

	Mayenne* %	Pays de la Loire* %	France entière* %
Information, conseil médical	25,3	27,3	30,7
Médecins libéraux	2,2	26,0	19,2
Sapeurs-Pompiers	45,3	23,5	24,6
SMUR	15,9	12,2	14,2
Ambulanciers	11,3	10,1	7,9
Secouristes	0,0	0,2	0,3
Autres	0,0	0,8	3,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : DRASS - SESI

\* Les pourcentages sont calculés à partir des réponses incomplètes obtenues à l'enquête du SESI.

Le nombre de traitements d'affaires, utilisé dans ce calcul de répartition, est supérieur au nombre d'affaires totales car une affaire concernant plusieurs personnes peut faire l'objet de plusieurs traitements.

## ● Une forte intervention des sapeurs-pompiers

Près de la moitié des affaires traitées par le SAMU du département (45%) ont nécessité un recours aux sapeurs-pompiers en 1997.

Dans un cas sur quatre, l'appel téléphonique a donné lieu à un conseil médical.

Les médecins libéraux ne sont intervenus que dans 2% des cas, contre 26% en moyenne dans les Pays de la Loire. Cette différence résulte notamment de l'organisation de l'activité des SAMU. En effet, selon les départements, les médecins libéraux peuvent être associés ou non à la régulation du centre d'appel, les médecins de garde ou les associations d'urgentistes (type SOS médecins) peuvent également être sollicités pour le traitement des affaires.

En Mayenne, la moitié des affaires prises en charge par le SAMU émanent des sapeurs-pompiers. Les particuliers sont directement à l'origine de ces traitements dans un cas sur trois. Sur le plan régional, cette répartition est différente : 45% des affaires prises en charge par le SAMU émanent des particuliers, 43% des sapeurs pompiers.

## Activité des SMUR en 1997

	Mayenne		Pays de la Loire		France
	Nb	Taux *	Nb	Taux *	Taux *
Sorties primaires	821	2,9	14 124	4,4	8,3
Sorties secondaires	250	0,9	2 918	0,9	1,9
<b>Total des sorties</b>	<b>1 071</b>	<b>3,8</b>	<b>17 042</b>	<b>5,3</b>	<b>10,2</b>

Source : DRASS - SESI - INSEE (RP 1999)

\* Taux pour 1 000 habitants

## ● En moyenne, 3 sorties par jour du SMUR

En 1997, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) a effectué près d'un millier de sorties, ce qui représente moins de 4 sorties pour 1 000 habitants. Le SMUR est intervenu en moyenne 2,9 fois par jour.

Parmi ses interventions, on distingue les sorties primaires (sorties vers un lieu de détresse) des sorties secondaires (transport d'un établissement de soins vers un autre). Dans le département, en 1997, les sorties primaires représentaient 77 % de l'ensemble des sorties du SMUR.

Ce taux semble presque trois fois plus faible que le taux moyen français.

Entre 1997 et 1999, le nombre total de sorties a progressé de 20 % dans le département.

**Le SAMU** (Service d'Aide Médicale Urgente) est doté d'un secrétariat ou d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRAA) qui assure la réception des appels émanant de la population, des services de secours, des médecins... Il est situé dans un établissement hospitalier public. Son fonctionnement est assuré conjointement par le service public hospitalier et par le secteur libéral privé. Il donne suite à ces appels en provoquant la mise en oeuvre des moyens de secours et des soins appropriés, et si besoin, leur coordination avec d'autres éléments. Il peut également donner des conseils médicaux.

**Le SMUR** (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) assure la médicalisation précoce sur les lieux de détresse. Dans le cas d'interventions primaires, il assure le bilan médical sur place, le traitement et, éventuellement, le transport des patients pris en charge. Les SMUR fonctionnent dans le cadre des centres hospitaliers. Pour leur fonctionnement interne, ils passent éventuellement une convention avec des organismes publics ou privés.

**Organisation du déclenchement des secours dans le cadre de la régulation de l'appel par le SAMU :**

Les appels font l'objet d'une régulation médicale. Le médecin régulateur du SAMU, en fonction des renseignements que lui communique l'intervenant et du bilan établi, recourt aux moyens d'intervention qui lui paraissent les plus appropriés. Il fait appel : aux médecins libéraux, aux ambulanciers privés, aux secouristes, aux sapeurs-pompiers, aux SMUR pour les urgences lourdes.

## ● Un taux de passages dans les services d'urgences plus élevé qu'au niveau régional

En 1997, la Mayenne compte 4 services d'accueil et de traitement des urgences, appartenant tous au secteur public.

Ces services ont enregistré près de 42 700 passages. Le taux de recours aux services d'urgences est supérieur au taux régional mais inférieur au taux français : 150 passages pour 1 000 habitants en Mayenne contre 132 en moyenne dans les Pays de la Loire.

38% des passages aux urgences sont à l'origine d'une hospitalisation.

*L'enquête annuelle auprès des établissements publics et privés (SAE) permet de mesurer l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences à partir du nombre de passages dans ces services. Mais ces données ne reflètent qu'imparfaitement la prise en charge hospitalière des urgences médicales. En effet, de nombreuses urgences médicales ne transitent pas par l'accueil des urgences mais sont admises directement dans les services (cardiologie par exemple). Ce phénomène varie d'un établissement à l'autre; il est plus marqué dans les centres hospitaliers universitaires que dans les autres établissements.*

## ● 42% de l'activité des sapeurs-pompiers concerne les sorties sanitaires

En 1997, les sapeurs-pompiers de la Mayenne ont réalisé plus de 4 000 sorties sanitaires (accidents de la circulation, accidents ne nécessitant que des secours à victimes, et interventions auprès de personnes en péril). Cela représente 42% de leur activité globale.

Les "secours à victimes" correspondent à des interventions pour intoxication, suffocation, accident du travail, accident en milieu aquatique et en montagne. Ces secours représentent les deux tiers des sorties sanitaires dans le département.

Les accidents de la circulation représentent un peu moins d'un tiers de l'activité sanitaire des sapeurs pompiers de la Mayenne.

Les sorties pour porter secours aux personnes en péril, correspondant aux interventions pour une suspicion de risque (personne sur un toit, enfermée, tombée dans une excavation...), sont beaucoup moins fréquentes que les précédentes (4% des sorties sanitaires).

## Activité des services d'accueil et traitement des urgences dans les hopitaux en 1997

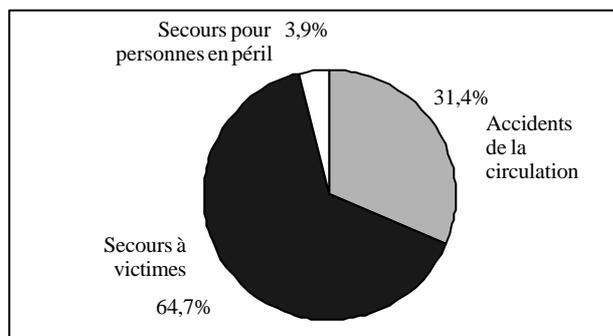
	Taux de passages (1)			Proportion d'hospitalisation		
	Mayenne	Pays de la Loire	France entière	Mayenne	Pays de la Loire	France entière
Etablissements publics	150	133	169	37,8%	38,5%	30,4%
- dont CHR	-	37	47		36,5%	28,9%
- dont CH, HL	145	95	120	37,8%	39,5%	30,6%
Etablissements privés	-	-	15	-	-	20,9%
Ensemble des établissements	150	132	184	37,8%	38,5%	29,6%

Source : DRASS-SESI, INSEE (RP 1999)

(1) taux de passages : nombre de passages aux urgences des hopitaux pour 1000 habitants.

(2) Proportion d'hospitalisation : proportion des personnes hospitalisées sur l'ensemble des passages dans les services d'accueil et de traitement des urgences de la catégorie définie en début de ligne.

## Activité sanitaire des Sapeurs-Pompiers en 1997



Source : Direction de la Sécurité Civile

\* Taux pour 1 000 habitants

# LES URGENCES

---

## CONTEXTE NATIONAL

Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique tant par les soins qu'ils nécessitent (consultations, hospitalisations) que par les handicaps et les invalidités qu'ils génèrent.

Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué en France et en Europe et les progrès enregistrés par la thérapeutique psychiatrique ont eu une influence indiscutable en rendant possible le traitement ambulatoire, ou en hospitalisation partielle (jour ou nuit), de nombreux patients jusqu'alors maintenus longtemps en hospitalisation.

Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels. En ce qui concerne le secteur public, il s'agit soit de centres hospitaliers spécialisés, soit de services de psychiatrie dans les établissements de santé. Pour le secteur privé, il s'agit des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics, des établissements de lutte contre les maladies mentales (cliniques et foyers de postcure), et des cliniques générales ayant des services de psychiatrie. Toutefois, une part non négligeable de patients sont pris en charge hors de ce système. En effet, une enquête de morbidité effectuée en 1993 a montré que 2,3 % des hospitalisations hors de ce champ concernaient des troubles mentaux. Le dispositif public de soins psychiatriques est organisé en secteurs. En 1997, la France est divisée en 822 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent environ 73 000 habitants, et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui en desservent 188 000. Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète et partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil...

Pour améliorer la planification des structures dans ce domaine, une démarche de concertation a été définie par le législateur dans les années 1985-1986, associant toutes les parties concernées autour des conseils départementaux de santé mentale. Des schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie doivent permettre de mener à bien la politique de santé mentale pour les années à venir.

Au cours de ces dernières années, l'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité (qui est passée de 129 500 lits ou places en 1985 à 98 300 en 1997) et un développement de l'hospitalisation partielle qui représente 27,5 % du total des lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie en 1997, contre 11,7 % en 1985. Actuellement, la tendance est à la diversification des modes de soins, par le développement de structures extrahospitalières et la pluralité des lieux d'interventions ; à l'intensification des prestations psychiatriques dans les hôpitaux généraux ; et au développement des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

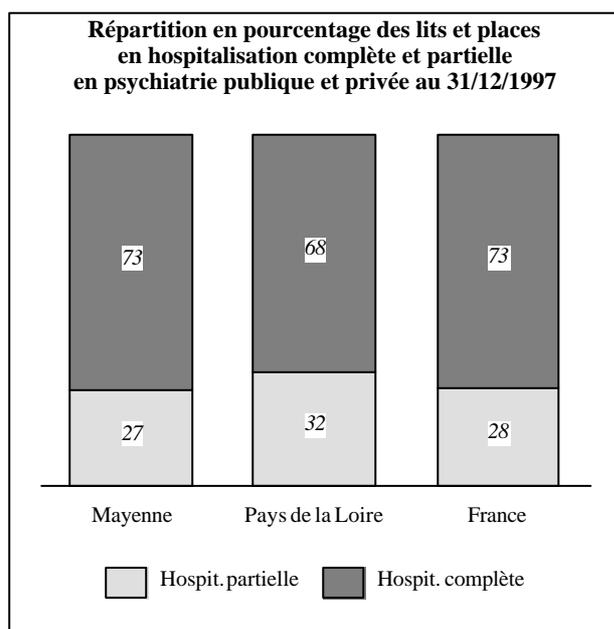
- En 1997, la Mayenne compte 470 lits (ou places) d'hospitalisation en psychiatrie, dont 344 sont destinés à l'hospitalisation complète et 126 à l'hospitalisation partielle.
- Témoin de l'évolution des pratiques de soins, la proportion de lits consacrés à l'hospitalisation partielle (de jour ou de nuit) a fortement progressé au cours des dernières années, passant de 20% à 27% entre 1993 et 1997.
- En 1997, sur les 7 000 patients (5 800 adultes et 1 200 enfants) vus au moins une fois dans l'année par le dispositif de soins psychiatriques public, la proportion de ceux pris en charge exclusivement en ambulatoire et/ou à temps partiel atteignait 78% en psychiatrie générale et 82% en psychiatrie infanto-juvénile.

### ● Plus d'une place sur quatre en hospitalisation partielle

Fin 1997, la Mayenne avait une capacité globale d'hospitalisation en psychiatrie de 470 places dont 344 en hospitalisation complète et 126 en hospitalisation partielle (de jour ou de nuit).

La part des capacités totales destinées à l'hospitalisation partielle, souvent utilisée comme indicateur de l'évolution du dispositif hospitalier psychiatrique, est de 27% dans le département contre, respectivement, 32% et 28% sur le plan régional et national.

L'hospitalisation complète comprend également les places d'appartements thérapeutiques, les centres de crise et de post cure.



Source : DRASS-SESI

# LA PSYCHIATRIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## Capacité des établissements et services de psychiatrie publics et privés en Mayenne au 31/12/1990 - 1997

Catégories d'établissements	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle		Total	
	1990	1997	1990	1997	1990	1997
CHS Lits/places	506	300	68	88	574	388
%	88,2	77,3	11,8	22,7	100,0	100,0
SPHG Lits/places	-	-	35	38	35	38
%			100,0	100,0	100,0	100,0
HPP Lits/places	-	-	-	-	-	-
%						
Secteur privé* Lits/places	44	44	-	-	44	44
%	100,0	100,0			100,0	100,0
Total Lits/places	550	344	103	126	653	470
%	84,2	73,2	15,8	26,8	100,0	100,0

Source : DRASS-SESI

\* Voir encadré de bas de page

## Nombre de lits ou places et taux d'équipement en psychiatrie générale et infanto-juvénile (secteur public et privé) en Mayenne au 31/12/1997

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
Hospitalisation complète	344	0
Hospitalisation partielle	103	38
placement familial thérapeutique		
<b>Total</b>	<b>447</b>	<b>38</b>
<b>Taux *</b>	<b>1,6</b>	<b>0,6</b>
Taux Pays de la Loire *	1,4	1,0
Taux France *	1,5	0,9

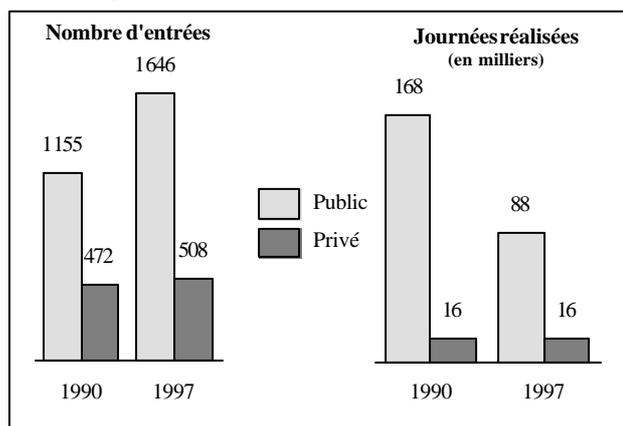
Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1998)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de lits ou places pour 1 000 habitants

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les taux sont calculés sur la population de 0 à 16 ans inclus.

## Nombre d'entrées et journées réalisées en hospitalisation complète en psychiatrie publique et privée en Mayenne au 31/12/1990 et 1997



Source : DRASS-SESI

Réalisation ORS Pays de la Loire - 2000

### ● 22% de places d'hospitalisation partielle supplémentaires en sept ans

Entre 1990 et 1997, plus de 200 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés en Mayenne. Cette baisse peut s'expliquer en partie par la reconversion d'un certain nombre d'équipements en places d'hospitalisation partielle. 23 places d'hospitalisation partielle de jour ou de nuit ont ainsi été créées en 7 ans.

La suppression de lits a uniquement concerné le Centre hospitalier public spécialisé en psychiatrie (CHS) du département qui concentre, en 1997, 83% des capacités totales en psychiatrie de la Mayenne.

Le centre hospitalier de Laval dispose d'une quarantaine de lits, soit 8% des capacités totales du département. Mais l'hospitalisation partielle constituait jusqu'à présent son seul domaine d'activité, jusqu'à l'ouverture de lits d'hospitalisation temps plein en 2000.

Enfin, les cliniques privées disposent de 9% des places d'hospitalisation plein temps en psychiatrie.

### ● Un taux d'équipement pour la psychiatrie infanto-juvénile inférieur à la moyenne régionale

Pour la psychiatrie adulte, le taux d'équipement départemental en hospitalisation complète et partielle (y compris le placement familial thérapeutique) est proche de la moyenne régionale : 1,6 lits pour 1 000 habitants en Mayenne contre 1,4 dans les Pays de la Loire.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, la totalité de la capacité d'accueil relève de l'hospitalisation partielle. Et le taux d'équipement de la Mayenne est inférieur à la moyenne régionale : 0,6 lit pour 1 000 habitants contre 1 pour les Pays de la Loire.

### ● Une forte augmentation du nombre d'entrées et une baisse du nombre de journées réalisées dans le secteur public

Le nombre total d'entrées en hospitalisation complète a progressé de 32% entre 1990 et 1997. Parallèlement, le nombre de journées réalisées a été divisé par 2 (cette baisse concerne exclusivement les séjours dans des établissements publics).

Le secteur public assure en Mayenne plus des trois quarts des entrées en hospitalisation complète, en 1997. En 7 ans, leur nombre a augmenté de 43%.

Dans le secteur privé, le nombre d'entrées en hospitalisation complète a connu une augmentation beaucoup moins forte (+ 8%).

#### Catégories d'établissements

##### Secteur public ou faisant fonction :

- Centres Hospitaliers publics Spécialisés en psychiatrie (CHS)

- Services de Psychiatrie des Hôpitaux Généraux publics (SPHG)

- Hôpitaux Psychiatriques Privés faisant fonction de publics (HPP)

Secteur privé (y compris ceux participant au service public mais non HPP) :

- cliniques et foyers de post-cure pour malades mentaux

- services de psychiatrie des cliniques non spécialisées en psychiatrie

# LA PSYCHIATRIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

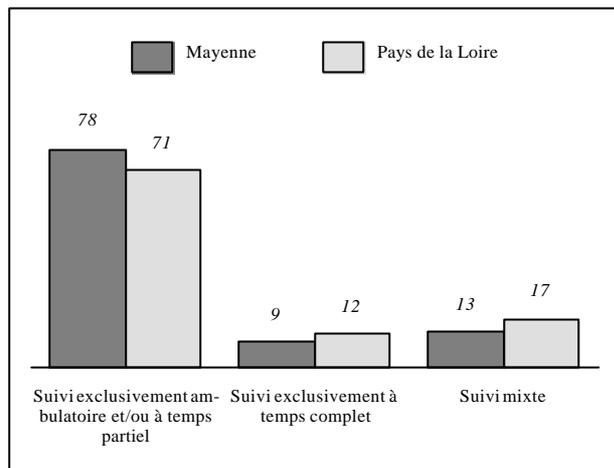
## ● Une forte proportion de patients suivis exclusivement en consultation ou à temps partiel

En psychiatrie générale, 78% des patients sont suivis exclusivement en ambulatoire et/ou à temps partiel (71% dans les Pays de la Loire), et 9% sont suivis exclusivement à temps complet (12% pour la région).

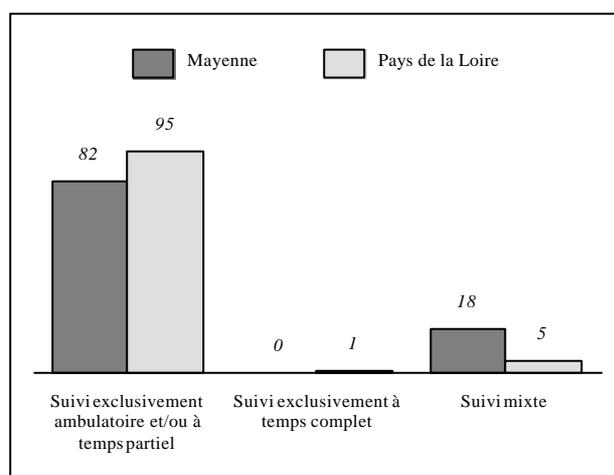
En psychiatrie infanto-juvénile, c'est également le suivi en ambulatoire ou à temps partiel qui domine : il est effectué dans 82% des cas en Mayenne et 95% dans les Pays de la Loire.

*La file active des secteurs est définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe du secteur.*

## Pourcentage de patients en psychiatrie générale selon la modalité de prise en charge dans la file active en 1997



## Pourcentage de patients en psychiatrie infanto-juvénile selon la modalité de prise en charge dans la file active en 1997



Source : DRASS-SESI

## ● Un taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers particulièrement élevé

En 1997, environ 390 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en Mayenne : 370 hospitalisations sur demande d'un tiers et 20 hospitalisations d'office.

Le département présente un taux d'hospitalisation sur demande d'un tiers de 179 pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus. Cet indicateur est nettement plus élevé que celui observé pour les Pays de la Loire (117) ou la France (118).

Par contre, la Mayenne a un taux d'hospitalisations d'office (11 pour 100 000 habitants) inférieur à la moyenne régionale (13) et nationale (19).

## Hospitalisation sans consentement dans les établissements psychiatriques publics ou faisant fonction de publics en 1997

	HDT *		HO **	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Mayenne	371	179,0	22	10,6
Pays de la Loire	2714	116,9	296	12,8
France métropolitaine	51 176	118,1	8016	18,5

Sources : DGS, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* HDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers

\*\* HO : Hospitalisation d'Office

Les taux sont calculés pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus

### Modes d'hospitalisation en psychiatrie

**Hospitalisation libre** : admission du malade avec son consentement, après avis d'un médecin

**Hospitalisation à la demande d'un tiers** : admission après la demande motivée d'une personne de l'entourage, et après deux certificats médicaux circonstanciés

**Hospitalisation d'office** : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet, avec certificat médical circonstancié

# LA PSYCHIATRIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

---



## CONTEXTE NATIONAL

La France est, avec l'Allemagne, le pays de l'Union Européenne qui consacre la part la plus élevée de sa richesse à la santé. La dépense nationale de santé (ensemble des versements intervenus durant une année au titre de la santé, dépenses de capital exclues) représente 9,5 % du produit intérieur brut en 1998.

Selon les comptes nationaux de la santé, la consommation de soins et de biens médicaux (médicaments et prothèses) a atteint en France 726 milliards de francs en 1998, soit une moyenne de 12 000 francs par habitant : 5 700 F pour les soins hospitaliers (y compris les sections médicalisées des établissements pour personnes âgées), 3 200 F pour les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, dispensaires et cures thermales) dont 1 600 F en soins de médecins, et enfin 2 300 F pour les médicaments.

L'utilisation des données provenant des enquêtes hospitalières et de l'Assurance maladie, permettent d'approcher le nombre d'entrées par habitant. Pour le secteur hospitalier, la fréquentation dans une discipline de soins de courte durée est de 21 séjours pour 100 habitants en hospitalisation complète en 1997 : environ 9 en chirurgie, 9 en médecine et 2 en obstétrique. Il faut y ajouter 3 venues pour 100 habitants en chirurgie ambulatoire, activité en fort développement. En ce qui concerne le secteur ambulatoire libéral, chaque personne a consommé en moyenne 4,8 actes d'omnipraticiens ; 3,3 actes de spécialistes (hors radiologues) ; 4,6 actes infirmiers et 2,3 actes de kinésithérapie en 1997.

La Sécurité sociale est le principal financeur de la dépense de soins et de biens médicaux, mais la part qu'elle finance varie selon le type de soins : 89 % de l'ensemble des dépenses hospitalières, contre 62 % des soins et des biens médicaux en 1998. Les ménages, les mutuelles et les assurances privées sont les autres sources de financement.

Depuis 1990, la croissance en volume de la consommation des soins et des biens médicaux s'est ralentie, mais l'année 1998 semble marquer une reprise : le taux de croissance annuel moyen est passé de 4,2 % pour la période 1990-93 à 1,4 % pour 1993-97, puis 3,4 % pour 1997-98. Cette tendance se retrouve pour les soins hospitaliers et surtout pour les soins ambulatoires. Les pouvoirs publics cherchent depuis plusieurs années à contenir la progression de ces dépenses de santé dans des limites compatibles avec l'évolution de la richesse nationale. Cette démarche a d'abord concerné l'hospitalisation publique, la tarification à la journée étant remplacée entre 1984 et 1985 par le système de dotation globale, avec un taux d'évolution des dépenses de fonctionnement fixé par les pouvoirs publics. Pour les établissements d'hospitalisation privés, un objectif prévisionnel d'évolution maximale des dépenses existe depuis 1992. En ce qui concerne les professions libérales, les mécanismes de maîtrise des dépenses sont nombreux et diffèrent selon les professions : taux d'évolution maximale opposable, objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses, seuil d'activité maximale, références médicales opposables...

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Dans le département le nombre moyen d'actes d'omnipraticiens par habitant et par an est comparable à la moyenne régionale et nationale (environ 5 actes). Par contre, le nombre d'actes de spécialistes par habitant est moins important : 1,7 actes par habitant en Mayenne contre 2,2 actes pour les Pays de la Loire et 2,6 pour la France en 1997.
- La Mayenne se situe au dernier rang des départements de la région pour le nombre d'actes dentaires par habitant.
- Les prescriptions pharmaceutiques effectuées par les médecins de la Mayenne sont en moyenne supérieures de 8% à celles qui sont établies dans les Pays de la Loire.

### ● Un nombre d'actes d'omnipraticiens par habitant comparable à la moyenne nationale, mais inférieur pour les spécialistes

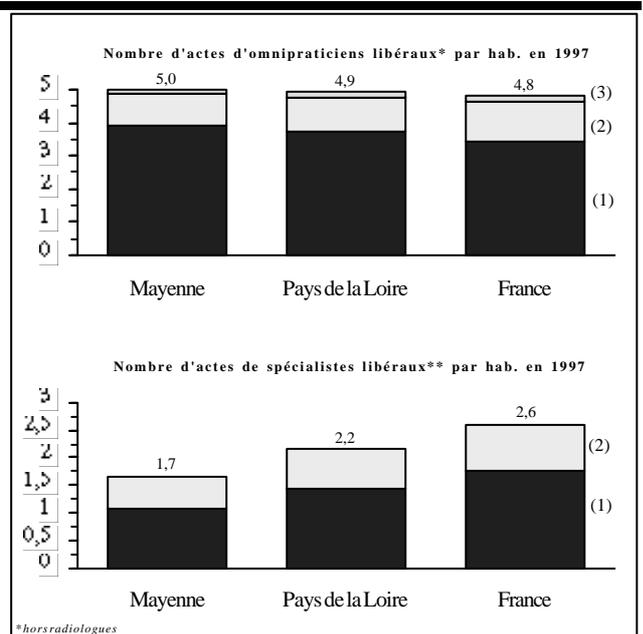
En 1997, chaque habitant de la Mayenne bénéficie en moyenne chaque année de 5 actes d'omnipraticiens et de 1,7 actes de spécialistes.

Pour les omnipraticiens, le département se situe à un niveau proche de la moyenne régionale et nationale.

En ce qui concerne les spécialistes, le nombre d'actes par habitant est inférieur de plus d'un tiers à celui de l'ensemble du pays : 1,7 actes en Mayenne contre 2,6 pour la France.

La Mayenne fait partie, avec la Vendée, des départements des Pays de la Loire ayant les taux les plus faibles.

*Il faut cependant préciser que ces chiffres sont calculés à partir du nombre d'actes effectués par les médecins libéraux installés en Mayenne, ce qui ne coïncide pas avec la consommation des habitants du département.*



Source: CNAMTS-SNIR

Exploitation O.R.S.

\* Omnipraticiens : (1) consultations (2) visites (3) autres (actes en K, S...)

\*\* Spécialistes : (1) consultations et visites (2) autres (actes en K, Z...)

# LA CONSOMMATION DE SOINS

## Évolution du nombre moyen d'actes effectués par les omnipraticiens\*, par habitant entre 1990 et 1997

	Mayenne			Pays de la Loire	France métrop.
	1990	1997	% **	%	%
Consultations	3,4	3,9	+ 15,2	+ 17,0	+ 18,5
Visites	1,1	0,9	- 15,2	- 18,6	- 10,5
Autres	0,2	0,1	- 42,1	- 15,9	- 22,8
<b>Total</b>	<b>4,7</b>	<b>5,0</b>	<b>+ 5,7</b>	<b>+ 6,2</b>	<b>+ 7,5</b>

Source : CNAMTS - SNIR, estimations INSEE Exploitation O.R.S.

\* Les omnipraticiens comprennent les médecins généralistes ainsi que les médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs...)

\*\* Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

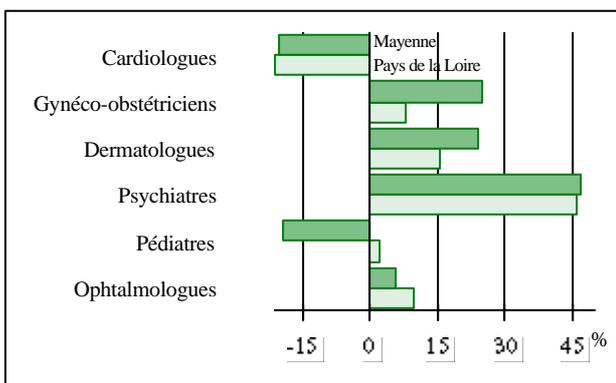
## Évolution du nombre moyen d'actes effectués par certains spécialistes, par habitant entre 1990 et 1997

	Mayenne			Pays de la Loire		
	1990	1997	% *	1990	1997	% *
Cardiologues	0,22	0,18	- 20,2	0,26	0,20	- 21,3
Gynéco-obstétriciens	0,15	0,19	+ 24,9	0,24	0,25	+ 7,8
Dermatologues	0,13	0,17	+ 24,1	0,15	0,17	+ 15,6
Psychiatres	0,10	0,15	+ 47,0	0,13	0,19	+ 46,0
Pédiatres	0,05	0,04	- 19,5	0,11	0,11	+ 2,0
Ophtalmologues	0,28	0,30	+ 5,8	0,33	0,36	+ 10,0
Total spécialistes (hors radiologues)	1,53	1,66	+ 8,4	2,00	2,15	+ 7,7
Radiologues		0,45			0,56	

Source : CNAMTS - SNIR Exploitation O.R.S.

\* Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

## Taux de croissance de la consommation par habitant d'actes de certains spécialistes (1990-1997) en %\*



Source : CNAMTS - SNIR Exploitation O.R.S.

\* Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

## Nombre d'actes\* effectués par les dentistes, par habitant en 1997

Mayenne	1,24
Pays de la Loire	1,40
France métropole	1,31

Source : CNAMTS - SNIR Exploitation O.R.S.

\* Consultations, visites, soins conservateurs, prothèses, odontologie dentofaciale

## ● Omnipraticiens : plus de consultations, moins de visites

En 1997, le nombre d'actes d'omnipraticiens par habitant et par an en Mayenne est très proche de la moyenne des Pays de la Loire et de la moyenne française. Toutefois l'évolution entre 1990 et 1997 a été plus importante au niveau national (+7,5%) que sur le plan régional (+6,2%) et départemental (+5,7%).

Cette évolution varie selon le type d'actes : le nombre moyen de consultations effectuées par les omnipraticiens a augmenté en Mayenne de 15% durant cette période alors que le nombre moyen de visites a reculé de 15%.

## ● Spécialistes : un nombre d'actes par habitant inférieur à la moyenne régionale

Le nombre d'actes de spécialistes (hors radiologues) par habitant est, en 1997, moins fréquent que dans les Pays de la Loire (23%). Depuis 1990, cet écart reste inchangé.

Parmi les différentes spécialités (hors radiologie), l'ophtalmologie est celle qui génère le plus grand nombre d'actes : 18% des actes de spécialistes. Comparée à d'autres disciplines, le nombre d'actes d'ophtalmologie par habitant a faiblement progressé : +5,8% entre 1990 et 1997 (+10% pour la région).

Viennent ensuite la gynécologie-obstétrique, la cardiologie et la dermatologie. Le nombre moyen d'actes de gynécologues-obstétriciens et de dermatologues a augmenté de près de 25% pendant cette période, alors que le nombre d'actes effectués par des cardiologues a diminué de 20%.

Mais l'évolution la plus marquante en Mayenne, comme pour la région, concerne les soins psychiatriques : rapporté à la population, le nombre moyen d'actes de psychiatres libéraux a progressé de 47%.

Etant donné la mise en place d'un nouveau système de présentation des actes de radiologie au remboursement en 1996, et la définition d'une nouvelle comptabilisation de ces actes en 1997, les données 1990 et 1997 pour cette spécialité ne sont pas comparables.

## ● Dentistes : le plus faible nombre d'actes par habitant de la région

La Mayenne se situe au dernier rang des départements de la région en terme de nombre d'actes effectués par des dentistes : environ 1,2 actes par habitant contre 1,5 pour la Vendée (département le plus consommateur de la région).

Ces chiffres sont calculés à partir du nombre d'actes effectués par les médecins libéraux installés en Mayenne, ce qui ne coïncide pas avec la consommation des habitants du département.

## ● Prescription pharmaceutique : une situation supérieure à la moyenne régionale

La Mayenne a un niveau moyen de prescriptions pharmaceutiques établies par l'ensemble des médecins supérieur de 8% à la moyenne des Pays de la Loire. Les prescriptions pharmaceutiques des omnipraticiens, qui représentent plus de 90% des prescriptions totales, sont, pour le département, supérieures à la moyenne régionale de près de 11%. A l'inverse les prescriptions établies par des médecins spécialistes sont nettement inférieures à celles de la région (140 francs en moyenne par habitant en Mayenne contre 168 francs pour les Pays de la Loire, soit une différence de 17%).

L'activité des laboratoires (mesurée en nombre de lettres clés), rapportée à la population du département a diminué entre 1990 et 1997 : -10% en Mayenne contre -1% pour les Pays de la Loire. Mais cette baisse est pour partie imputable à des révisions de la nomenclature. L'écart avec la région s'accroît : 107 lettres clés par habitant en Mayenne contre 119 dans les Pays de la Loire.

La fréquence des recours aux auxiliaires médicaux dans la département progresse respectivement de 18% pour les infirmiers et de 29% pour les orthophonistes (+23% et +24% dans les Pays de la Loire). A l'inverse, le nombre moyen d'actes effectués par des masseurs-kinésithérapeutes a diminué de 3% dans le département (+5% dans la région).

## ● Le nombre d'entrées dans les hôpitaux augmente en médecine mais baisse en chirurgie et en gynécologie

Parmi les 47 000 entrées dans les unités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) du département en 1997, 65% ont eu lieu en chirurgie, 25% en médecine et 10% en obstétrique.

Entre 1990 et 1997, le nombre d'entrées dans les services de médecine des établissements de santé de la Mayenne a fortement progressé : +21% (+9% au niveau régional). En revanche, le nombre d'entrées en chirurgie et en gynécologie-obstétrique a diminué, aussi bien en Mayenne que dans les Pays de la Loire.

En ce qui concerne les actes chirurgicaux, cette baisse est compensée par l'augmentation du nombre d'actes effectués en mode ambulatoire.

## Prescription pharmaceutique moyenne par habitant en 1997, en francs

	Mayenne	Pays de la Loire	France métropole
Prescription moyenne des omnipraticiens	1 508	1 360	1 354
Prescription moyenne des médecins*	1 649	1 528	1 591

Source : CNAMTS - SNIR

Exploitation O.R.S.

\* Omnipraticiens et spécialistes

## Évolution de l'activité des laboratoires et des auxiliaires médicaux par habitant entre 1990 et 1997

	Mayenne			Pays de la Loire	France métrop.
	1990	1997	%**	%**	%**

### LABORATOIRES

Nombre de lettres clés de biologie	119	107	-10,2	-0,8	-0,7
------------------------------------	-----	-----	-------	------	------

### AUXILIAIRES MÉDICAUX (nombre d'actes)

Infirmiers*	2,6	3,1	+17,5	+23,3	+27,3
Masseurs-kinésithérapeutes	1,6	1,6	-3,0	+5,3	+9,9
Orthophonistes	0,1	0,1	+28,8	+24,4	+40,2

Source : CNAMTS - SNIR

Exploitation O.R.S.

\* Non compris les actes effectués dans les centres de soins

\*\* Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

## Evolution du nombre d'entrées pour 1 000 habitants dans les établissements de santé publics et privés entre 1990 et 1997 (hospitalisation complète)

	Mayenne			Pays de la Loire	France métrop.
	1990	1997	%*	%*	%*
Médecine	64	78	21,4	8,5	7,0
Chirurgie	78	74	-6,1	-10,9	-9,7
Gynéco-obstétrique	17	17	-1,0	-4,4	-4,4
<b>Total court séjour</b>	<b>159</b>	<b>168</b>	<b>5,5</b>	<b>-3,0</b>	<b>-2,5</b>
Psychiatrie	6	8	29,6	7,4	11,6

Source : SESI

Exploitation O.R.S.

\* Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

### Méthodologie

Les données présentées sur cette fiche proviennent de 2 sources :

- Celles des premiers tableaux, fournies par le département statistique de la CNAMTS sont issues du SNIR (système national inter-régimes), système d'information qui concerne l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes d'assurance maladie.

Ces données de remboursement constituent des indicateurs de consommation médicale en secteur libéral, c'est-à-dire en secteur ambulatoire et en cliniques privées. Afin de permettre des comparaisons dans le temps et dans l'espace, les différentes données ont été rapportées à la population de la région concernée ou de la France, en 1985 et en 1994 (estimations INSEE).

Leur utilisation dans cette perspective doit toutefois tenir compte d'un certain nombre de limites :

Tout d'abord les données concernent l'activité des professionnels de santé libéraux de la région considérée, et non les remboursements d'actes ou de prescriptions à la population de la région. La consommation est donc surestimée dans les régions touristiques, ainsi que dans celles qui sont attractives en termes de soins (lieux de cures thermales, villes de CHU...). D'autre part, ces données ne tiennent pas compte de l'activité de soins et des prescriptions en secteur non libéral (hôpitaux, centres de soins infirmiers...), ainsi que de la consommation, notamment pharmaceutique n'ayant pas donné lieu à prescription et/ou à remboursement (auto-prescription...).

- Les données du dernier tableau, fournies par le SESI, sont les entrées totales en hospitalisation complète dans les établissements de santé de la région, quel que soit le domicile de la personne hospitalisée. Ces données sont rapportées à la population estimée.

# LA CONSOMMATION DE SOINS

---

# MÈRE ET ENFANT



## CONTEXTE NATIONAL

En 1997, 725 000 enfants sont nés en France, alors qu'ils étaient 850 000 au début des années 70. Pour cette même année, l'indice conjoncturel de fécondité est de 1,71 enfant par femme. En 1996, cet indice était de 1,72, ce qui situait la France à un niveau moyen parmi les pays européens. Les indices conjoncturels de fécondité les plus élevés s'observent en Islande, Irlande et Norvège (en viron 1,9 enfant par femme), et les plus faibles dans les pays d'Europe du sud (moins de 1,5 enfant par femme). La principale exception à cette opposition Nord-Sud est l'Allemagne avec 1,3 enfant par femme.

En France, les grossesses sont d'une façon générale plus tardives. En 1997, 5 % des mères avaient plus de 38 ans contre 2 % en 1982. Cette évolution est due à une baisse de la fécondité des femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), associée à une augmentation après 30 ans.

Pour poursuivre les efforts en matière de périnatalité, le gouvernement s'est appuyé sur un rapport du Haut Comité de la Santé Publique (1994), pour lancer un plan quinquennal 1995-2000 fixant 4 objectifs de santé publique : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20 %, réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 %, et réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

D'après l'enquête nationale sur la périnatalité (Ministère de la santé, Inserm) de 1995, la majorité des femmes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires, mais elles sont 1 % à être peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de 4 consultations) et 11 % à n'avoir jamais consulté l'équipe de la maternité avant l'accouchement.

Les pratiques obstétricales sont en pleine mutation : techniques de diagnostic anténatal de plus en plus précises, banalisation de l'anesthésie péridurale, augmentation du nombre de césariennes, le taux est passé de 12 % en 1985 à 16 % en 1997. Parallèlement, les techniques médicales dans le domaine de la stérilité se sont développées, notamment l'assistance médicale à la procréation (4 500 enfants sont nés par fécondation in vitro en 1993). Ces interventions ont des conséquences, non seulement obstétricales mais aussi à plus long terme sur la santé des enfants, qui restent encore imparfaitement connues. La loi du 29 juillet 1994 concernant la bioéthique, qui donne un cadrage à ces problèmes, ne permet toutefois pas de les résoudre tous.

La mortalité maternelle se situe à un niveau très faible dans les pays développés, avec par exemple moins de 100 cas par an en France, ce chiffre étant probablement sous-estimé. Cet indicateur, très significatif du niveau de santé d'une collectivité, préoccupe les pouvoirs publics en France dans la mesure où les comparaisons internationales semblent indiquer que le niveau français est relativement élevé.

Enfin, en 1996, environ 163 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Toutefois, le nombre réel se situerait plutôt aux alentours de 200 000, en raison d'une sous-déclaration de ces interventions, soit par négligence, soit par volonté délibérée de ne pas déclarer les avortements pratiqués.

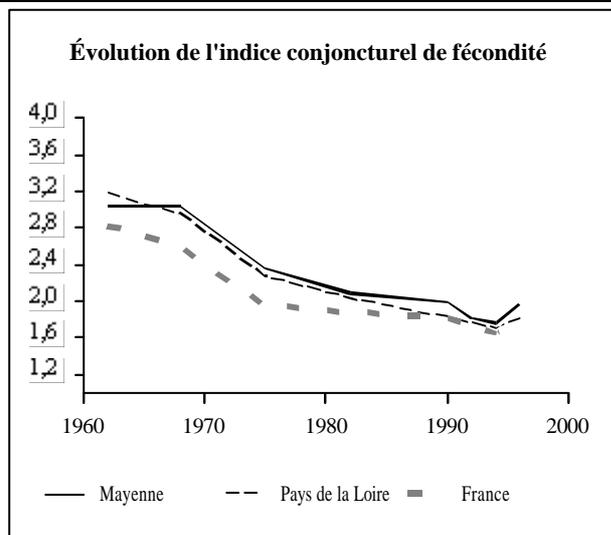
## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- 3 700 naissances ont été dénombrées dans le département en 1998 (contre près de 4 400 en 1980). La Mayenne connaît une reprise récente de la natalité (environ +7% par rapport à 1997).
- Le nombre de naissances chez les mères âgées de 35 ans et plus a fortement augmenté : il est passé de 180 à 380 entre 1982 et 1997.
- 13% des accouchements sont effectués sous césarienne (16% au niveau régional).
- La Mayenne compte 13 IVG pour 100 conceptions en 1996, contre respectivement 15 et 18 dans les Pays de la Loire et en France.

### ● Une fécondité qui reste supérieure à la moyenne nationale

De manière tendancielle, la fécondité départementale est supérieure à la fécondité moyenne régionale et nationale.

En 1968, l'indice conjoncturel de fécondité en Mayenne était de 3,03 enfants par femme contre 2,96 dans les Pays de la Loire et 2,59 en moyenne pour la France. A partir de 1969, cet indicateur chute fortement jusqu'en 1994 où il atteint son minimum : 1,76 enfant par femme en Mayenne contre 1,71 dans les Pays de la Loire et 1,65 en France. Depuis la Mayenne connaît une augmentation de la fécondité plus rapide qu'au plan régional et national. En 1996, l'indice conjoncturel de fécondité est ainsi de 1,96 en Mayenne contre respectivement 1,81 et 1,72 pour les Pays de la Loire et la France.

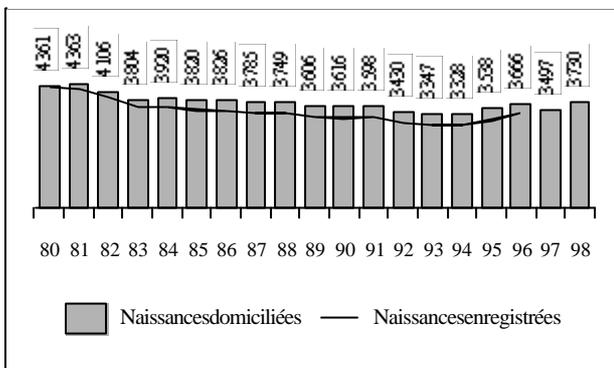


Source : INSEE

**Méthode :** L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

# AUTOUR DE LA GROSSESSE

## Évolution du nombre de naissances enregistrées et domiciliées en Mayenne de 1980 à 1998\*

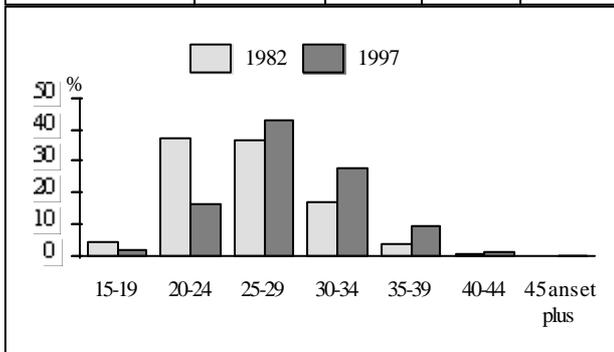


Source : INSEE

\* pour 1998, il s'agit de données provisoires

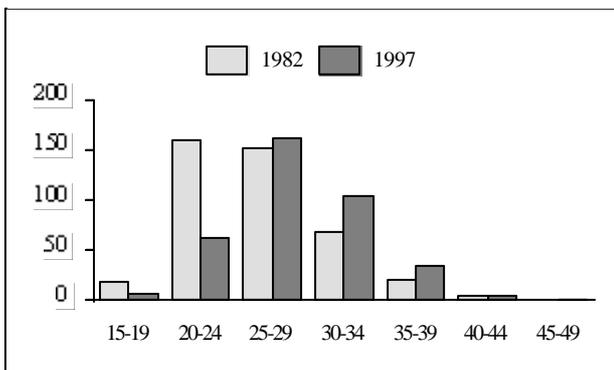
## Structure d'âge des mères en 1997 et répartition par classes d'âge en 1982 et 1997

	Mayenne		Pays de la Loire	France
	Effectifs	%	%	%
Moins de 18 ans	7	0,2	0,6	0,4
18-37 ans	3 374	96,5	94,3	95,7
38 ans et plus	116	3,3	5,1	3,9



Source : INSEE

## Taux de fécondité par âge en 1982 et 1997



Source : INSEE (estimations de population et naissances totales en 1982 et 1997) Exploitation O.R.S.

## ● Une reprise de la natalité depuis 1995

En 1980, près de 4 400 naissances ont été dénombrées et domiciliées en Mayenne. Ce nombre a régulièrement diminué jusqu'en 1994, où il a atteint son niveau le plus bas, avec un peu plus de 3 300 naissances. En 1995, l'arrivée des petits-enfants du "baby-boom" a permis de retrouver un niveau de natalité proche de celui observé en 1991. En 1996, la remontée de la natalité s'est poursuivie avant de rechuter en 1997 et de s'accroître à nouveau en 1998. A cette date, la Mayenne comptait plus de 3 700 naissances domiciliées.

Les naissances enregistrées dans le département sont toujours moins nombreuses que les naissances domiciliées. En 1996, au moins une femme domiciliée sur dix en Mayenne a accouché dans un autre département.

Le nombre de naissances hors mariage ne cesse d'augmenter : 37% des naissances en 1997 contre 26% en 1990, mais il reste proche de la moyenne régionale (38% en 1997).

## ● Des naissances à des âges plus avancés

L'âge moyen des mères augmente. En Mayenne, il est ainsi passé de 26 ans en 1982 à 28,5 ans en 1997. Cette évolution se constate également au niveau régional : la moyenne se situe en 1997 à 28,6 ans contre 26,1 ans en 1982.

Les naissances chez des femmes jeunes sont, en Mayenne, de moins en moins fréquentes. Ainsi, en 1982, 37% des femmes ayant accouché avaient entre 20 et 24 ans, cette proportion est égale à 17% pour l'année 1997.

A l'inverse, la part des naissances concernant les femmes âgées de 35 ans et plus a triplé : en 1997, elle est égale à 11%, contre 4% en 1982.

Pour des raisons différentes, les grossesses aux âges extrêmes, chez les femmes très jeunes, ou au contraire relativement âgées, constituent des grossesses à risque élevé.

En 1997, on dénombre seulement 7 naissances de mères âgées de moins de 18 ans contre 19 en 1982.

**Méthode :** Les naissances domiciliées sont établies à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Y sont compris les faux mort-nés, c'est-à-dire les enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil (dans les trois jours francs qui suivent la naissance).



## ● 3 mères sur 4 se déclarent actives

Parmi les femmes ayant donné naissance à un enfant en 1997, en Mayenne, 75% se déclarent actives. Cette proportion, proche de la moyenne régionale (73%), est nettement plus élevée qu'au plan national (67%).

## ● 13% de naissances par césariennes

En Mayenne, comme dans les Pays de la Loire, la pratique des césariennes a fortement augmenté en 10 ans : +59% (+24% sur le plan régional).

En 1997, 400 césariennes ont été réalisées pour 3 200 accouchements, soit 13% du nombre total d'accouchements dans le département. Ce pourcentage est inférieur à la moyenne régionale (près de 16% des accouchements).

8 césariennes sur 10 ont été effectuées dans des établissements hospitaliers publics.

## ● 13 IVG pour 100 conceptions

En Mayenne, le recours à l'avortement est moins fréquent qu'au niveau régional et national : en 1995, environ 13 Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) pour 100 conceptions y ont été dénombrées contre respectivement 15 et 18 IVG pour 100 conceptions dans les Pays de la Loire et en France.

L'évolution du taux d'IVG pour le département diffère de la tendance régionale et nationale : diminution régulière de 1985 à 1993, légère augmentation en 1993 puis nouvelle baisse à partir de 1994.

Le nombre d'IVG des habitantes de la Mayenne (IVG domiciliées) a diminué de 265 cas entre 1982 et 1996 (-34%). Il reste cependant toujours supérieur au nombre d'IVG enregistrées dans le département : plus de 23% des avortements des mayennaises ont été effectués dans des établissements de santé situés dans un autre département.

**\* Méthode :** les IVG enregistrées sont comptabilisées suivant le lieu où a été pratiquée l'intervention, les IVG domiciliées suivant le lieu de résidence de la femme. Le recours à l'IVG est calculé en rapportant les IVG domiciliées aux conceptions. Les conceptions sont obtenues en additionnant les naissances vivantes, les mort-nés et les IVG. Les courbes présentées sont "lissées", c'est-à-dire que chaque année représentée est, en fait, la moyenne avec les deux années qui l'entourent (exceptées les années 1980 et 1994).

**Source :** les IVG comptabilisées correspondent aux déclarations établies lors de chaque intervention sur un bulletin statistique anonyme. Cependant l'obligation de déclaration n'est pas toujours respectée, par négligence ou par volonté délibérée.

## Activité professionnelle des mères en 1997

	Mayenne	Pays de la Loire	France entière
Naissances	3 497	39 492	725 423
Mères inactives	888	10 495	239 122
<b>% de mères inactives</b>	<b>25,4</b>	<b>26,6</b>	<b>33,0</b>

Source : INSEE

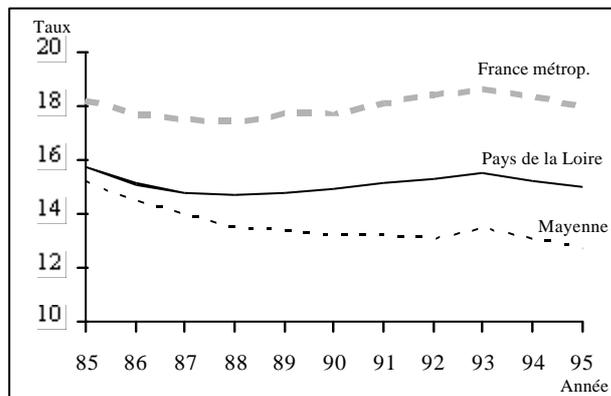
*L'activité des mères est définie par l'existence ou non d'une activité professionnelle au moment de la naissance, c'est-à-dire avant le congé légal de maternité.*

## Taux de césariennes (secteurs public et privé) en 1985, 1990, 1994 et 1997

	1985	1990	1994	1997
Nombre d'accouchements en Mayenne	3 448	3 210	3 151	3 168
Nombre de césariennes en Mayenne	258	313	347	409
<b>% de césariennes en Mayenne</b>	<b>7,5</b>	<b>9,8</b>	<b>11,0</b>	<b>12,9</b>
% de césariennes dans les Pays de la Loire	11,5	13,8	14,7	15,5
% de césariennes en France métropolitaine	11,8	13,8	15,5	16,2

Source : DRASS-DREES

## Évolution du taux d'IVG pour 100 conceptions\* de 1985 à 1995



Sources : INSEE, DREES

Exploitation O.R.S.

\* Moyenne mobile sur trois ans

## Effectifs des IVG en Mayenne en 1990 et 1996

	IVG enregistrées	IVG domiciliées
1982	634	772
1990	421	575
1996	389	507

Sources : INSEE, DREES

# AUTOUR DE LA GROSSESSE

---

## CONTEXTE NATIONAL

Les travaux récents, tels le "Baromètre santé jeunes 97/98" réalisé par le Comité français d'éducation pour la santé, confirment que les jeunes, dans leur très grande majorité, sont en bonne santé. Cependant, il ne faut pas oublier que c'est pendant l'enfance et l'adolescence que s'acquiescent les habitudes et les comportements qui détermineront l'état de santé à l'âge adulte : habitudes alimentaires, consommation d'alcool ou de tabac, comportements de protection lors des relations sexuelles, ...

Parmi les maladies de l'enfant, les pathologies infectieuses de la sphère ORL et pulmonaire, les affections bucco-dentaires et certains accidents sont très fréquents, mais ces affections sont le plus souvent bénignes. Cependant, en raison de leur grand nombre, elles occasionnent des recours aux soins importants.

Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans sont rares : selon la dernière enquête de morbidité hospitalière (1993), le taux d'hospitalisation des 1 à 4 ans était de 187 séjours pour 1 000 habitants et celui des 5-14 ans était de 117 ; le taux d'hospitalisation tout âge confondu était de 231 séjours pour 1 000 habitants. Ces hospitalisations, qui peuvent durer moins de 24 heures, sont motivées par des accidents (chutes, accidents de transport, intoxications) dans un tiers des cas, suivis par des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies de l'appareil digestif.

La mortalité des enfants se concentre principalement sur la première année de vie : on enregistre sur cette période les deux tiers des décès des moins de 15 ans (3 384 décès en 1997 sur un total de 5 208). Il s'agit principalement des conséquences des affections congénitales\* et des affections d'origine périnatale\*\*. C'est également au cours de cette période qu'on enregistre les morts subites du nourrisson dont la fréquence a considérablement diminué ces dernières années.

Il faut noter que la mortalité infantile (enfants de moins d'un an) a décliné en France de manière considérable, passant de 18,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 4,8 en 1996, selon l'INSEE). Comme dans de nombreux autres pays, on observe maintenant une diminution plus lente du taux de mortalité infantile. Avec 5,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1994 (source OCDE), la France se situe au 11<sup>e</sup> rang mondial derrière des pays tels l'Islande, première avec 3,4 pour 1 000, le Japon (4,2), les pays d'Europe du Nord (Suède 4,4, Finlande 4,6, Norvège 5,2), la Suisse (5,1) ou le Luxembourg (5,3).

Entre 1 et 4 ans, les décès sont rares (773 en 1997), mais ils n'en sont pas moins lourds de conséquences tant pour les familles que pour la collectivité. Les décès à cet âge sont dus principalement à des accidents (un tiers des cas), puis à des tumeurs ou des anomalies congénitales.

Chez les enfants de 5 à 14 ans, les deux tiers des 1 051 décès enregistrés en 1997 sont dus à des accidents (de la route principalement) et à des tumeurs (notamment les leucémies).

L'importance des accidents dans la mortalité des enfants explique la forte mobilisation des professionnels de la santé, mais aussi des décideurs et du grand public, autour du problème des accidents domestiques et de la circulation. Un système européen de surveillance des accidents de la vie domestique et des loisirs (EHLASS) basé sur les déclarations des services d'urgences de 60 hôpitaux (dont 8 en France) a été mis en place en 1986. Il permet de mieux décrire les causes, les mécanismes et les conséquences des accidents, qu'ils soient domestiques, de sport, de loisirs ou de la circulation. Ces travaux ont servi de base à la définition d'un certain nombre d'actions de prévention.

Par ailleurs, la maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter certaines insuffisances dans la couverture vaccinale des enfants.

C'est par exemple le cas de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccin ROR) pour laquelle, depuis 1990, les pouvoirs publics ont entrepris des campagnes nationales d'information et d'incitation à la vaccination. Ainsi, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole, lors de la visite du 24<sup>e</sup> mois, est passée de 22 % en 1983 à 83 % en 1997. A la même date, 89 % des enfants de 6 ans sont vaccinés contre cette maladie.

On reste cependant loin de l'objectif de 95 % d'enfants vaccinés pour obtenir l'éradication de cette maladie. Des études montrant un risque important de survenue d'épidémies de rougeole dans les années à venir, le Conseil supérieur d'hygiène publique a modifié le calendrier vaccinal et recommande une seconde vaccination ROR pour tous les enfants entre 3 et 6 ans et un rattrapage entre 11 et 13 ans pour les enfants qui n'ont pas bénéficié de la vaccination auparavant.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

● Parmi les enfants qui naissent chaque année, un peu moins de 18 décèdent au cours de leur première année de vie, dont 50 % le premier mois. Le taux de mortalité infantile continue de baisser dans le département. Il est de 5,1 pour 1 000 en 1995-1997.

● La mort subite du nourrisson constituait l'une des principales causes de décès d'enfants de moins d'un an. Toutefois grâce à une intense campagne de prévention, son importance régresse et l'on a dénombré seulement 2 décès pour cette cause en moyenne chaque année au cours de la période 1995-1997.

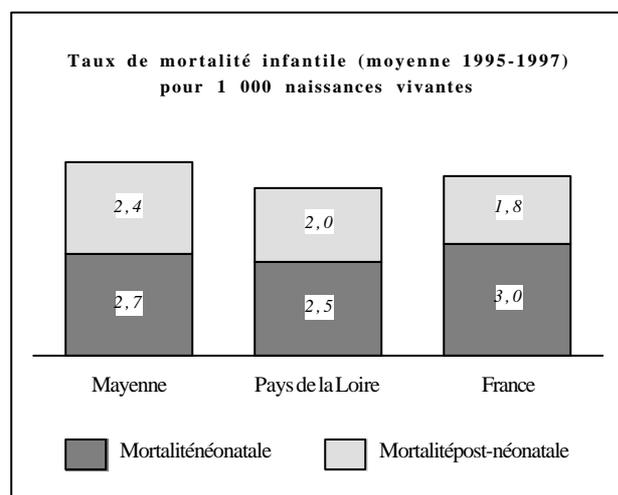
● Au-delà de cette première année, les problèmes qui menacent la santé et la vie de l'enfant deviennent très différents. Les troubles mentaux graves constituent le principal motif d'admission en affection de longue durée des jeunes de moins de 15 ans (un tiers des cas). Les décès entre 1 et 14 ans sont peu fréquents (10 décès par an), et sont d'origine accidentelle dans un cas sur deux.

### ● La baisse du taux de mortalité infantile se poursuit

Au cours de la période 1995-97, 18 enfants de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année en Mayenne.

Le niveau de mortalité infantile (5,1 décès pour 1 000 naissances vivantes) est légèrement supérieur à celui observé au plan national (4,7).

C'est en Limousin que la mortalité infantile est la plus élevée (6,2 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes) et en Corse, la plus faible (3,5). Mais on observe pour ces taux des variations aléatoires d'une année sur l'autre, étant donné le faible nombre de décès constatés.

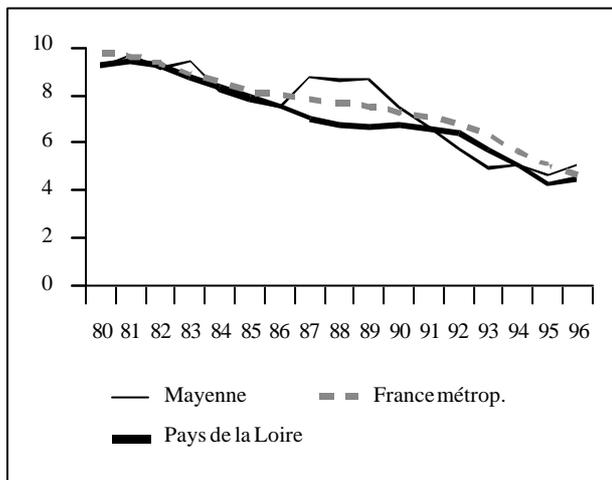


Sources : INSERM SC8, INSEE

Exploitation O.R.S.

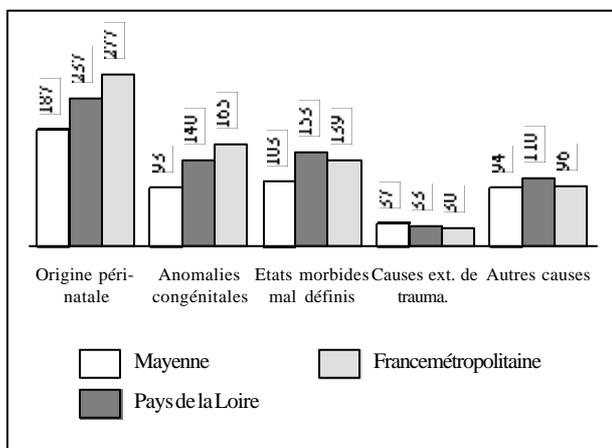
# LA SANTÉ DE L'ENFANT

Évolution du taux de mortalité infantile de 1980 à 1996  
(pour 1 000 naissances vivantes)



Source : INSEE Exploitation O.R.S.  
Courbes lissées (moyennes mobiles sur 3 ans)

Taux de mortalité des enfants de moins d'un an  
par grandes causes en 1995-97  
(taux pour 100 000 naissances vivantes)



Sources : INSERM SC8, INSEE Exploitation O.R.S.

Naissances prématurées et nouveau-nés pesant moins de 2 500 g dans les Pays de la Loire en 1997  
(pour 100 certificats du 8ème jour exploité)

	Mayenne	France métrop.
Naissances < 37 SA *	6,3	5,2
dont < 35 SA	3,6	1,8
dont < 33 SA	0,6	0,8
Nouveau-nés < 2 500 g.	5,0	6,2
dont 2 000 à 2 499 g.	3,7	4,5
dont 1 000 à 1 999 g.	1,2	1,5
dont < 1 000 g.	0,1	0,2

Sources : Conseils Généraux, DRASS-SESI

\* semaines d'aménorrhée

## ● La mort subite du nourrisson n'est plus la principale cause de décès avant un an

Trois grandes causes de mortalité sont à l'origine de 71 % des décès avant un an :

- Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale constituent la première cause de mortalité infantile aujourd'hui en Mayenne, avec un nombre total de 20 décès pour les trois années 1995-1996-1997.

- Les symptômes et états morbides mal définis constituent la deuxième cause de mortalité infantile avec seulement 11 décès pour les trois années 1995-97, dont 7 sont classés dans la rubrique "mort subite" de cause inconnue du nourrisson. Le nombre de décès par mort subite a diminué de 39 % entre 1983-84 et 1995-97.

- Enfin, les anomalies congénitales sont responsables de 10 décès en 1995-1997.

La diminution du nombre de décès par mort subite du nourrisson est l'une des causes de l'accélération de la baisse de la mortalité infantile, en Mayenne comme en France.

## ● Des décès plus fréquents chez les garçons que chez les filles

L'espérance de vie à la naissance est nettement plus élevée chez les femmes mais cet écart concerne déjà la première année de vie.

Pour les trois années 1995-1996-1997, 33 décès concernent des garçons et 22 des filles.

## ● Environ 6,3 % de naissances prématurées, 5 % de nouveaux-nés pesant moins de 2 500 g

La prématurité correspond à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. Elle représente environ 6,3 % des naissances en Mayenne en 1997.

5 % des nouveau-nés, prématurés ou non, étaient hypotrophiques, c'est-à-dire qu'ils pesaient moins de 2 500 g.

*Le taux de mortalité infantile est le rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an, au nombre de naissances vivantes de l'année. Ce taux se décompose en mortalité néonatale (enfants de moins de 28 jours) et mortalité post-néonatale (enfants de 1 mois à 1 an).*

*Les affections congénitales sont des pathologies touchant un ou plusieurs organes et qui résultent d'un trouble du développement de l'individu entre sa conception et sa naissance.*

*Les affections d'origine périnatale sont des pathologies qui trouvent leur origine dans la période de l'accouchement ainsi que dans les périodes qui lui précède ou le suit immédiatement. Il s'agit, par exemple, des traumatismes obstétricaux, du retentissement d'une maladie de la mère sur l'enfant, d'une hypoxie ou d'une asphyxie lors de la naissance ...*

## ● Les accidents à l'origine d'un décès sur deux entre 1 et 14 ans

Entre 1 à 14 ans, les décès sont des événements relativement rares : 10 décès ont été dénombrés en moyenne chaque année en Mayenne, alors que l'on compte 18 décès d'enfants de moins d'un an chaque année pour la même période (1995-1997).

Ces décès sont d'origine accidentelle dans 50 % des cas. Les tumeurs (2 décès par an) représentent la seconde cause de mortalité pour les 5-14 ans, en Mayenne comme en France.

## ● Les troubles mentaux : principal motif d'admissions en ALD pour les moins de 15 ans

Chaque année, 94 enfants de moins de 15 ans sont admis en affections de longue durée (ALD) : 53 garçons et 41 filles.

Les admissions pour psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale représentent le tiers des affections de longue durée et concernent deux fois plus souvent les garçons que les filles.

En 1993-1995, 11 enfants ont été admis chaque année en Mayenne en ALD pour maladies cardio-vasculaires (dont les cardiopathies congénitales), 12 pour diabète et autres maladies métaboliques, et 12 pour des maladies du système nerveux.

## ● La couverture vaccinale à six ans semble nettement s'améliorer

Une enquête effectuée régulièrement en milieu scolaire permet de connaître les taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans pour la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Ces taux ont considérablement augmenté dans les différents départements des Pays de la Loire comme en France. En 1997, la proportion d'enfants vaccinés dans le département est équivalente à la moyenne française.

Ces résultats sont encourageants en regard de l'objectif des 95 % nécessaires à l'élimination de ces pathologies et de leurs complications.

Rappelons cependant que ces chiffres sont à considérer avec prudence compte-tenu de l'hétérogénéité du mode de recueil d'un département à l'autre.

Les cinq principales causes de décès pour les enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans en Mayenne (Nombre moyen annuel 1995-97)

	1-4 ans		5-14 ans	
	Mayenne	Pays de la Loire	Mayenne	Pays de la Loire
Causes ext. de traumatismes et empoisonnement	3	20	2	27
Tumeurs	0	4	2	13
Anomalies congénitales	1	6	1	5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	1	5	0	4
Etats morbides mal définis	0	2	0	2
Autres	0	4	0	9
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>61</b>

Source : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

Les principaux motifs de mises en ALD pour les enfants de moins de 15 ans entre 1993 et 1995 en Mayenne (Nombre moyen annuel)

	Garçons	Filles
Troubles mentaux et arriération mentale	20	10
Maladies cardio-vasculaires	7	4
Diabète et autres maladies métaboliques	5	7
Maladies de l'appareil respiratoire	3	2
Maladies du système ostéo-articulaire	2	7
Maladies du système nerveux	7	5
Tumeurs	4	3
Néphropathies	3	0
Maladies infectieuses	0	0
Autres	2	4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>41</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation O.R.S.

Couverture vaccinale à 6 ans chez les enfants nés en 1991 (enquête en milieu scolaire 1997)

	Mayenne (%)	Pays de la Loire (%)	France métropolitaine (%)
Rougeole	90	91	90
Rubéole	90	91	90
Oreillons	90	91	90

Source : DRASS-DREES

# LA SANTÉ DE L'ENFANT

---

# **PERSONNES AGÉES**





### CONTEXTE NATIONAL

Les résultats du recensement de 1999 devraient confirmer le vieillissement de la population française, déjà constaté au recensement de 1990. La population âgée de 60 ans ou plus était en effet passée de 9,5 millions en 1982 à 10,8 millions en 1990. Selon les estimations de l'INSEE, la part des personnes de 60 ans ou plus est de 20% en 1997 alors qu'elle était de 18,6% en 1990.

Cette situation résulte de la baisse de la fécondité depuis les années 70, et elle est accentuée par l'augmentation importante de la durée de vie, elle-même essentiellement liée à la baisse de la mortalité aux grands âges.

Cette évolution n'est pas propre à la France. Ainsi, en 1960, 15,5% de la population des pays de l'Union européenne étaient âgés de 60 ans ou plus, proportion qui atteint 19,6% en 1990. Le processus de vieillissement est plus prononcé au Royaume-Uni, au Danemark, en Belgique et en Allemagne, alors que l'Irlande reste le pays le plus "jeune" (15% de personnes de 60 ans ou plus).

En France, la population de 75 ans et plus s'élevait 2,3 millions de personnes en 1962 (4,9% de la population totale) ; en 1990, elle atteignait 4 millions (7,1 %). Au 1er janvier 1997, l'INSEE estime cette population à 3,9 millions (6,7 %). Cette baisse depuis 1990 est due à l'arrivée aux âges élevés des générations "creuses" nées entre 1915 et 1919. Ainsi, la proportion des 75-84 ans est particulièrement faible en 1997, mais augmentera dès l'an 2000. Dix ans plus tard, pour les mêmes raisons, c'est la proportion des 85 ans et plus qui connaîtra cette baisse temporaire.

Les projections démographiques, basées sur l'hypothèse du maintien des tendances (fécondité, mortalité et migrations) prévoient une augmentation modérée de la population âgée jusqu'en 2005-2010, puis une augmentation plus rapide, jusqu'en 2035, due à l'arrivée des générations du "baby-boom". Dès 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus, (9 millions en 1997), et plus de 5,6 millions de 75 ans ou plus (3,9 millions en 1997).

La population âgée est en majorité féminine : deux personnes sur trois âgées de 75 ans ou plus sont des femmes. Ce phénomène est lié à la surmortalité masculine : les hommes mourant en moyenne huit ans plus tôt que les femmes.

Avec le vieillissement de la population, s'accroît le nombre de personnes atteintes de problèmes de santé qui peuvent compromettre la capacité à effectuer certains actes de la vie courante. Ce phénomène conduit à prendre en compte la notion d'espérance de vie sans incapacité. En France, à 65 ans, les hommes ont une espérance de vie sans incapacité de 10 ans et les femmes de 12 ans.

Le vieillissement de la population pose dans tous les pays de l'Union européenne des problèmes économiques et sociaux : prise en charge de la dépendance, financement des retraites, consommation de soins.

Toutefois, le meilleur état de santé de la population âgée et la progression du niveau moyen de ses revenus sont à l'origine de la croissance de la consommation de biens et services, y compris médicaux, par les personnes âgées.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- En 1997, on estime à 20 000 personnes environ le nombre de personnes de plus de 75 ans, dont 6 200 sont âgées de plus de 85 ans.

- La proportion de personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population est plus importante en Mayenne qu'en France, avec 7,2 % des personnes de 75 ans et plus (6,6 % en France), et 2,2 % de 85 ans et plus (1,9 % en France).

- L'espérance de vie à soixante ans des hommes est supérieure d'un an en Mayenne par rapport à la situation moyenne française.

- La Mayenne fait partie des départements où le pourcentage de personnes vivant à domicile est le plus faible, car les institutions d'hébergement y sont nombreuses. Pourtant la majorité des personnes âgées vivent chez elles : au-delà de 80 ans, elles sont encore 77 % dans ce cas (année 1990).

#### ● La part de la population âgée est plus élevée en Mayenne qu'en France

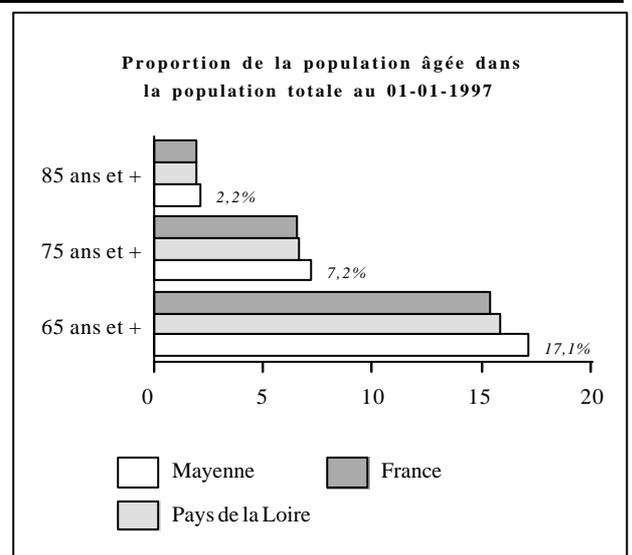
En Mayenne, 48 000 personnes, soit 17 % de la population sont âgées de plus de 65 ans.

L'Ile-de-France est la région française où cette proportion est la plus faible, 11,4 %. Cette région attire les actifs tandis que de nombreux franciliens quittent l'Ile-de-France pour leur retraite.

A l'opposé le Limousin est la région où la proportion de personnes âgées est la plus élevée, 22 % de la population est âgée de plus de 65 ans.

Les personnes de plus de 75 ans, 20 000 en Mayenne, représentent 7,2 % de la population départementale, proportion supérieure à la moyenne française (6,6 %).

6 200 personnes sont âgées de plus de 85 ans en Mayenne (2,2 % de la population).



Source : INSEE (estimations de population)

# LA POPULATION AGÉE

Espérance de vie à 60 ans en 1997

	Hommes	Femmes
Mayenne	21,0 ans	25,5 ans
Pays de la Loire	20,3 ans	25,5 ans
France	20,0 ans	25,1 ans

Source : INSEE

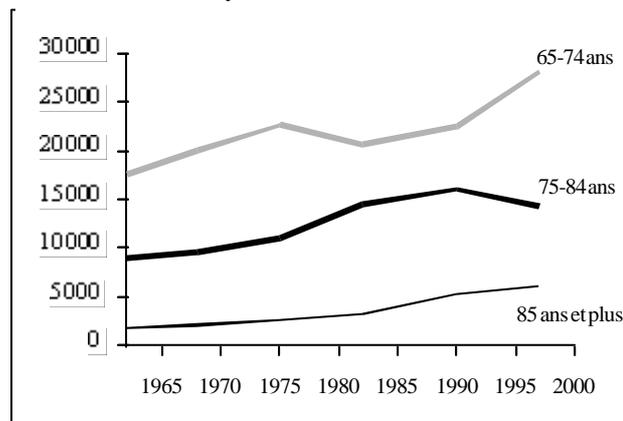
Effectifs et proportion de personnes âgées en Mayenne au 01-01-1997

	65-74ans	75-84ans	85 ans et +	Ensemble
Hommes	12 920	5 593	1 627	20 140
Femmes	15 049	8 763	4 542	28 354
Ensemble	27 969	14 356	6 169	48 494
<i>Proportion Mayenne</i>	<i>9,9</i>	<i>5,1</i>	<i>2,2</i>	<i>17,1</i>
<i>Proportion* PDL</i>	<i>9,2</i>	<i>4,7</i>	<i>1,9</i>	<i>15,9</i>

Source : INSEE

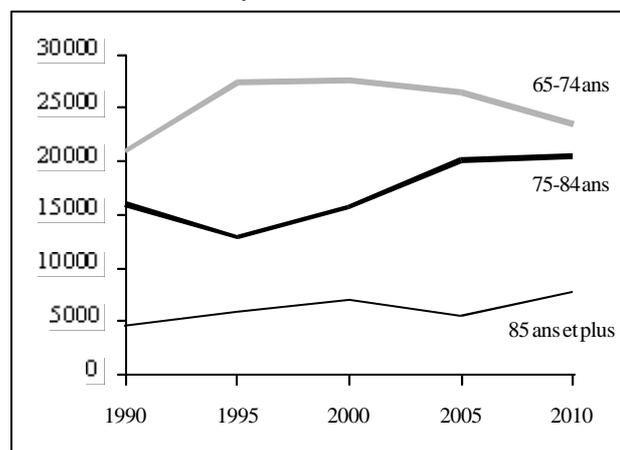
\* Proportion dans la population totale

Évolution du nombre de personnes âgées en Mayenne entre 1962 et 1997



Source : INSEE (RP et estimation de population au 01-01-1997)

Évolution prévisionnelle du nombre de personnes âgées en Mayenne de 1990 à 2010



Source : INSEE OMPHALE

## ● Une espérance de vie à soixante ans plus élevée en Mayenne qu'en France, principalement pour les hommes

En Mayenne, l'espérance de vie à 60 ans est supérieure à la moyenne française :

- l'écart est surtout important pour les hommes, respectivement 21 ans en Mayenne contre 20 ans en France
- pour les femmes, l'écart est de 0,4 ans, respectivement 25,5 ans en Mayenne et 25,1 ans en France.

La différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, bien que moins importante que celle observée à la naissance est encore de 4,5 ans.

## ● L'effectif des plus de 85 ans diminue à partir de 2000

L'effectif de la population âgée subit des évolutions irrégulières, à cause des effets sur la pyramide des âges des deux guerres mondiales, qui ont provoqué d'une part une mortalité importante des générations de jeunes adultes et d'autre part un déficit des naissances pendant ces périodes :

- on compte environ 20 525 personnes âgées de plus de 75 ans en Mayenne, contre 17 700 en 1982, soit une progression au rythme annuel de 1 %

L'effectif de ce groupe d'âge a baissé jusqu'en 1995, à cause de l'arrivée dans leur soixante quinzième année, des classes creuses nées pendant la guerre 1914-1918. Mais depuis, une progression s'amorce de nouveau

- entre 1982 et 1997, le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus est passé de 3 288 à 5 322 personnes, soit une progression annuelle de 4,5 %, traduisant l'augmentation de l'espérance de vie. Cette croissance est dix fois plus rapide que celle de l'ensemble de la population.

Depuis l'année 2000, les classes creuses nées pendant la première guerre mondiale arrivant dans leur 85ème année, l'effectif des plus de 85 ans baisse, mouvement qui va durer cinq ans, avant que le mouvement s'inverse une nouvelle fois. En 2005, les personnes de ce groupe d'âge auront le même effectif que dix ans plus tôt.

Dans les groupes d'âge élevés, les femmes sont les plus nombreuses à cause de l'écart très important d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Au-delà de 85 ans, trois personnes âgées sur quatre sont des femmes.

## ● La majorité des personnes âgées vivent à leur domicile, quel que soit l'âge

En 1990, 4 500 personnes de plus de soixante ans, soit 6 % de cette tranche d'âge, vivaient en collectivités, (maisons de retraite, communautés religieuses...). Cet indicateur ne prend pas toutefois en compte les personnes vivant en logement-foyer, considérées au recensement de la population comme des domiciles personnels.

L'entrée en institution est fortement liée au vieillissement et le pourcentage de personnes à domicile décroît progressivement avec l'âge. Mais, quel que soit leur âge, les personnes vivant à domicile restent les plus nombreuses et, après 80 ans, trois personnes sur quatre sont encore chez elles.

Les Pays de la Loire sont la région qui connaît le plus faible pourcentage en France de personnes de plus de 75 ans ou plus vivant à domicile (86 %). La Mayenne se trouve dans une situation comparable à celle de la région, avec une proportion de personnes vivant à domicile encore plus faible que la moyenne régionale.

Au-delà de 80 ans, près de la moitié des femmes et un homme sur quatre vit seul.

*Ces résultats sont issus du recensement de la population de 1990.*

## ● 60 % de la population âgée de plus de 75 ans habite en ville

Parmi les 20 000 personnes de plus de 75 ans vivant en Mayenne en 1990, 45 % vivent en zone urbaine et 55 % dans les communes rurales.

Le vieillissement est d'importance comparable en milieu rural et en milieu urbain, avec respectivement 7,9 % et 7,2 % de la population âgée de plus de 75 ans.

*Ces résultats sont issus du recensement de la population de 1990.*

## ● Le nombre de bénéficiaires du Fonds solidarité vieillesse (FSV) a été divisé par deux depuis le début des années 1980

En 1998, 6 182 mayennais, soit 12,7 % des personnes âgées de plus de 65 ans, reçoivent encore une allocation du Fond de solidarité vieillesse (FSV), qui remplace le FNS. Mais le nombre de bénéficiaires continue de baisser : il a été divisé par deux depuis le début des années 1980.

Le pourcentage de bénéficiaires en Mayenne reste supérieur à celui observé en France, car la proportion du FSV est plus importante dans les départements de tradition agricole.

Mode de vie des personnes âgées en Mayenne en 1990

Tranche d'âge	60-74 ans	75-79 ans	+ 80 ans	Ensemble
Nombre de personnes				
vivant en collectivités	957	663	2 853	4 473
vivant à domicile *	36 441	8 469	9 392	54 302
<i>Proportion ** de personnes vivant à domicile</i>				
Mayenne	97,4	92,7	76,7	92,4
Pays de la Loire	97,9	93,9	79,7	93,6

Source : INSEE

\* Logements-foyers compris

\*\* Proportion dans la population de la tranche d'âge

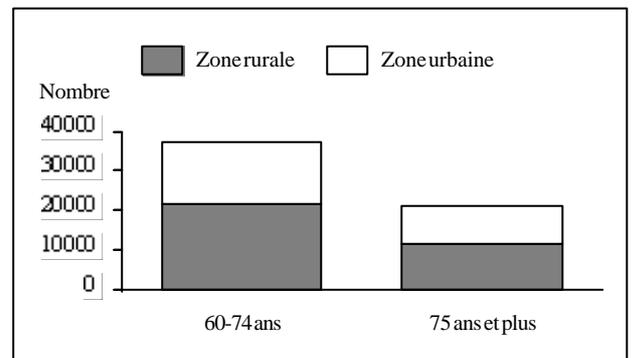
## Proportion de personnes vivant seules en 1990

	60-74 ans			75-79 ans			80 ans et plus		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Mayenne	10,8*	25,7	18,7	15,3	49,8	35,6	24,7	46,7	40,1
Pays de la Loire	9,9	25,8	18,5	15,1	46,4	34,0	22,0	44,9	37,8
France	11,4	27,0	20,0	16,3	47,4	35,2	23,0	48,0	40,0

Source : INSEE

\* 10,8 % des hommes de 60-74 ans vivent seuls

## Population âgée selon la zone d'habitation en Mayenne en 1990



Source : INSEE (RP 1990)

## Évolution du nombre d'allocataires du FSV en Mayenne entre 1984 et 1998

	1984	1990	1998
Hommes	3 962	3 249	nd
Femmes	8 556	7 132	nd
Ensemble	12 518	10 381	6 182
Proportion* Mayenne	33,0 %	23,7 %	12,7%
Proportion* Pays de la Loire	28,2 %	18,3 %	9,4 %
Proportion* France	20,5 %	14,0 %	8,1 %

Source : DRASS-SESI

\* Proportion de l'ensemble des allocataires du FNS dans la population de 65 ans et plus

Le Fonds de Solidarité Vieillesse-FSV (ex FNS), créé en 1956, a pour objet d'assurer, sous certaines conditions, un minimum de ressources aux personnes âgées ou invalides, disposant de faibles revenus. C'est une allocation "supplémentaire" qui s'ajoute aux ressources personnelles de l'intéressé dans la limite d'un plafond.

# LA POPULATION AGÉE

---

## CONTEXTE NATIONAL

Du fait du vieillissement de la population, les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les régimes d'assurance maladie, les professionnels de santé et les familles ont à faire face à un problème majeur, celui de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

L'objectif premier de la politique en faveur des personnes âgées vise à favoriser l'autonomie et le maintien à domicile. L'aide au maintien à domicile a été adaptée à l'évolution démographique de la population âgée et à celle du contexte social, grâce à une augmentation et une diversification des moyens, dans le cadre d'un important effort des collectivités locales et d'autres partenaires (associations, assurance maladie, assurance vieillesse, caisses de retraite...).

Ainsi, 41 000 personnes âgées bénéficiaient, en 1986, d'une aide ménagère à domicile, et elles sont 460 000 en 1996. De même, les services de soins infirmiers à domicile ont vu leur capacité croître depuis dix ans, passant de 28 000 places en 1986 à 56 000 en 1996. Enfin, d'autres services se sont développés, tels que le portage des repas, les systèmes de téléalarme ou la garde à domicile.

La création de la prestation spécifique dépendance (PSD) permet progressivement de prendre en considération le degré de dépendance et les besoins d'aide des personnes âgées, dans un dispositif qui entérine la différence entre le handicap de l'adulte et celui de la personne âgée.

Confiée à l'aide sociale des conseils généraux, la PSD a été mise en place durant le second semestre 1997. Son montant, soumis à des conditions de ressources, varie suivant le groupe d'isoressource (Gir), c'est-à-dire en fonction de l'intensité de l'aide nécessaire mais également suivant les départements. Fin mars 1998, 130 000 personnes bénéficiaient de cette prestation qui a contribué à rémunérer une aide salariée à domicile (52 %) ou en établissement (48 %).

Pour ce qui est des établissements, il semble qu'à terme la PSD s'accompagne d'une réforme de la tarification des structures pour personnes âgées afin de diminuer les différences entre les établissements (logements-foyers, maisons de retraite, services de soins de longue durée).

Pour les familles, outre la PSD, l'exonération des charges patronales au-delà de 70 ans et les réductions d'impôt ont permis de favoriser les emplois familiaux.

Ces aides salariées viennent en fait souvent compléter les soutiens informels qui entourent la plupart des personnes âgées. S'appuyant tantôt sur la cohabitation, tantôt sur la proximité géographique, la famille, les voisins et les amis contribuent souvent à l'approvisionnement, aux tâches domestiques et, à mesure que la dépendance s'accroît, aux repas et aux soins corporels.

L'hébergement collectif regroupe aujourd'hui trois grands types de structures "traditionnelles" : les logements-foyers, les maisons de retraite et les services hospitaliers de soins de longue durée. En 1996, environ 10 000 établissements disposent de 644 000 places environ, ce qui correspond à un taux d'équipement de 167 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

L'évolution observée depuis dix ans se traduit par une augmentation globale des capacités d'accueil de 26 %, avec cependant un ralentissement depuis deux ou trois ans. Mais, depuis le début des années 90, le nombre de personnes de plus de 75 ans tend à diminuer en raison de l'arrivée à cet âge des générations "creuses" nées pendant la première guerre mondiale. Aussi, les taux d'équipement, calculés sur cette population, sont-ils maintenant nettement plus élevés qu'au milieu des années 80 : 145 places pour 1 000 personnes âgées en 1986 contre 167 en 1996.

Il faut toutefois préciser que les personnes entrent en maison de retraite à un âge de plus en plus avancé et y restent moins longtemps, de telle sorte que le taux de rotation dans ces établissements a augmenté, renforçant les capacités d'accueil existantes.

Les dix dernières années ont été marquées par la poursuite de plusieurs phénomènes simultanés déjà présents au début des années 80 :

- la fin de la transformation des hospices en maisons de retraite ou services de soins de longue durée, s'accompagnant d'une diminution du nombre de places, en raison de la modernisation

- une médicalisation croissante des maisons de retraite publiques et privées à but non lucratif par la création de sections de cure médicale qui ont doublé en dix ans, passant de 65 500 places à 137 000

- le développement du secteur privé (notamment privé commercial) dans la création de structures d'accueil

- le développement des services de soins de longue durée (+35 %) qui disposent aujourd'hui de 82 000 places (contre 60 000 en 1986)

la création de nouveaux types d'accueil : les CANTOU (Centres d'animation naturelle tirée d'occupations utiles) prenant essentiellement en charge les personnes désorientées, les MAPAD (maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes), les MARPA (maisons d'accueil rurales pour personnes âgées), les appartements d'accueil, les structures d'hébergement temporaire, les domiciles collectifs, les structures d'accueil de jour, l'accueil familial.

Les disparités Nord-Sud qui sont observées en Europe se retrouvent à l'échelon de la France avec une moindre capacité d'accueil en hébergement collectif dans le Sud du pays.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- La Mayenne dispose de 4 500 lits d'hébergement collectif et de long séjour pour personnes âgées, répartis en plus de 110 structures. Le taux d'équipement départemental, parmi les plus élevés en France, dépasse de 32 % la moyenne nationale, reflétant un particularisme qui dépasse les frontières du département.

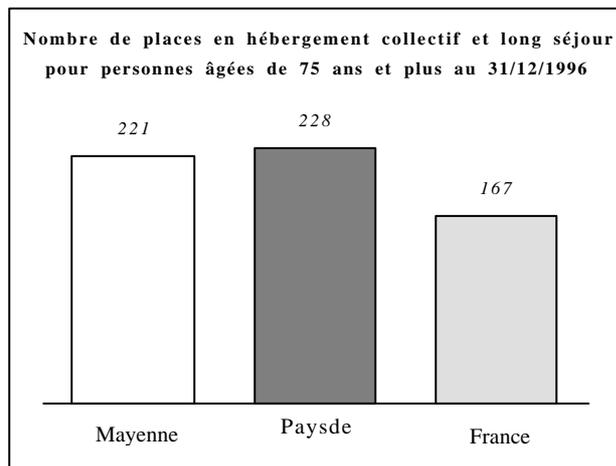
- 42 % de ces lits sont considérés comme médicalisés, dépendant d'une section de cure médicale de maison de retraite ou d'une unité de long séjour.

- En 1997, 6 % des personnes de plus de 65 ans bénéficient d'une prestation d'aide ménagère financée par un régime de protection sociale ou par l'aide sociale départementale.

### ● La Mayenne fait partie des départements français ayant les plus forts taux d'équipement

La Mayenne compte 4 500 places en structure d'hébergement et dans les services de soins de longue durée (long séjour) pour personnes âgées.

Le département, avec un taux de 221 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, fait partie des zones les mieux équipées en France. Ce taux est supérieur de 32 % à la moyenne nationale. La dispersion des taux d'équipement est particulièrement forte entre les régions. Au nord-ouest du pays, bien équipé, s'opposent les régions situées près de la méditerranée. La Corse, avec 60 places pour mille personnes âgées, a un taux quatre fois plus faible que le Maine-et-Loire, département qui a le plus fort taux d'équipement.



Sources : DRASS-SESI, INSEE (proj. OMPHALE au 01/01/1997)  
Exploitation O.R.S.

# LES ÉQUIPEMENTS POUR PERSONNES AGÉES

## Hébergement collectif pour personnes âgées en Mayenne au 31/12/1996

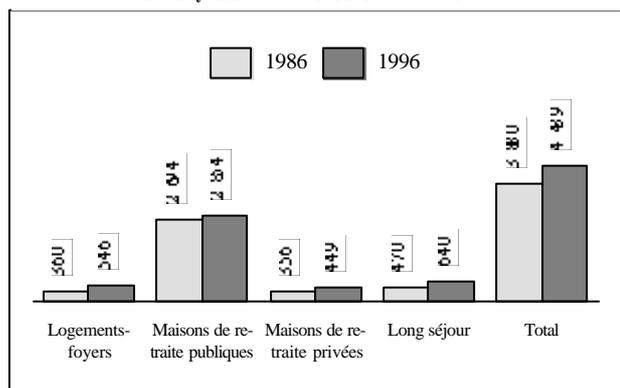
	Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement *		
			Mayenne	Pays de la Loire	France Métrop.
Logements-foyers	14	546	27	62	40
Maisons de retraite :	48	3 303	161	141	105
publiques	41	2 854	139	73	56
privées	7	449	22	68	50
Services long séjour	-	640	31	24	21
Autres établis. pour personnes âgées	2	64	3	1	1
<b>Total</b>	-	<b>4 553</b>	<b>222</b>	<b>228</b>	<b>167</b>

Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

## Capacités d'hébergement collectif pour personnes âgées en Mayenne au 31/12/1986 et 1996



Source : DRASS-SESI

## Hébergement médicalisé pour personnes âgées en Mayenne au 31/12/1996

	Nombre de places	Taux d'équipement *		
		Mayenne	Pays de la Loire	France métrop.
Sections de cure médicale	1 288	63	43	36
Services de long séjour	640	31	24	21
<b>Total</b>	<b>1 928</b>	<b>94</b>	<b>68</b>	<b>57</b>

Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

### Les structures d'hébergement pour personnes âgées :

**Maison de retraite** : il s'agit d'un hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas et divers services spécifiques. Le tarif est un prix de pension de type "tout compris". Si l'établissement est public ou privé conventionné, le prix de la journée est fixé par le Conseil Général.

**Logement-foyer** : il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge de la personne âgée qui peut bénéficier de l'aide sociale ou de l'allocation logement.

**Section de cure médicale** : elle est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie mais dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation. Elle permet d'assurer un traitement d'entretien, une surveillance médicale et des soins paramédicaux.

**Services hospitaliers de soins de longue durée (services de long séjour)** : ils accueillent des personnes âgées qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale continue.

### ● Plus de 110 structures pour personnes âgées

Plus de 110 maisons de retraite, logements-foyers et services de soins de longue durée (long séjour) sont recensés en Mayenne, chiffre qui témoigne de l'importance des équipements pour personnes âgées dans le département.

L'hébergement en maison de retraite représente 72 % de l'offre de places, la majorité de ces structures étant gérées par des établissements publics.

Les logements-foyers représentent 27 % des places et les services de soins de longue durée (long séjour) 12 %.

Les hôpitaux (long séjour et une partie des maisons de retraite), gardent un poids prépondérant dans ce secteur.

### ● 600 places supplémentaires en dix ans

Entre 1986 et 1996, 609 places supplémentaires ont été créées en Mayenne, dont 186 en logements-foyers, 253 en maisons de retraite, et 170 en services de soins de longue durée. Cela représente une progression de 16 % des capacités, moins forte que l'augmentation moyenne nationale (23 %).

Les années récentes se sont traduites non seulement par des créations d'équipements supplémentaires mais aussi par la restructuration de nombreux établissements existants : les anciens lits d'hospice ont été transformés en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée.

### ● 42% des lits pour personnes âgées sont médicalisés

La Mayenne a une capacité globale en hébergement médicalisé pour personnes âgées de 1 900 places, soit 43 % des lits pour personnes âgées. Afin de faire face au recul de l'âge d'entrée en institution, un effort particulièrement important a été mené au bénéfice des maisons de retraite, le nombre de places en sections de cure médicale ayant progressé de 33 % entre 1992 et 1996.

Le taux d'équipement médicalisé en Mayenne semble favorable : 94 places pour mille personnes âgées en Mayenne contre 57 en moyenne en France.

### ● 1 159 bénéficiaires de la PSD fin 1999

Depuis l'instauration de la PSD en 1997, le régime tarifaire des établissements et les aides à la perte d'autonomie sont en pleine évolution.

Avant 1997, les personnes âgées en perte d'autonomie avaient recours à l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), prestation versée aux personnes handicapées justifiant le service d'une tierce personne.

En 1999, parmi les 760 bénéficiaires de l'ACTP, la moitié était âgée de plus de 60 ans. Il s'agit de personnes âgées qui bénéficiaient de l'allocation avant l'instauration de la PSD.

A la même période, on dénombrait en Mayenne 1 159 bénéficiaires de la PSD, 250 vivant à domicile et 909 en établissement.

# LES ÉQUIPEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

## ● 330 places dans les services de soins à domicile

Créés au début des années 1980 pour favoriser le maintien à domicile, les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour personnes âgées se sont rapidement développés. Depuis 1991, le nombre de places offertes en Mayenne a augmenté de 31 %.

On compte en 1997, 330 places réparties dans 9 établissements. Le taux d'équipement, qui est de 0,68 places pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus, est comparable au taux régional et au taux moyen français.

Des prestations comparables à celles des SSIAD sont également assurées par des infirmières libérales notamment dans les zones non couvertes par les SSIAD. En Mayenne, la consommation moyenne\* en "actes infirmiers pour soins et garde à domicile des malades" est trois fois plus faible qu'au plan national en 1997.

\* La consommation moyenne correspond au nombre de coefficients AIS remboursés par le régime général et le régime agricole en 1997, rapporté au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (estimations INSEE 01/01/1995).

## ● Aide ménagère : un nombre de bénéficiaires qui se stabilise, sauf pour le régime agricole

Pour faire face à la perte d'autonomie, les personnes âgées peuvent avoir recours à des aides extérieures. Les services d'aide ménagère apportent une aide pour la préparation des repas, les courses, le ménage.

En 1997, 5,9 % des mayennais âgés de 65 ans et plus ont bénéficié d'une prestation d'aide ménagère financée par un régime de protection sociale ou par l'aide sociale départementale.

- le nombre de bénéficiaires d'heures d'aide ménagère au titre de l'aide sociale recule (- 26 % entre 1989 et 1997), conséquence de l'amélioration du niveau des retraites.

- quant au nombre de bénéficiaires au titre d'un régime de protection sociale, il suit des évolutions variables selon le type de financeurs. Globalement le nombre de bénéficiaires augmente cependant de 38 % au cours de la période 1989-1997. La progression est forte pour le régime agricole avec un doublement du nombre de bénéficiaires. En revanche, leur nombre diminue depuis 1994 en ce qui concerne le régime général.

Les régimes de protection sociale et l'aide sociale départementale ne constituent pas les seuls modes de prise en charge. Les caisses de retraite complémentaires financent également des heures d'aide ménagère.

Par ailleurs, l'environnement social, la famille, les emplois directs apportent également de l'aide aux personnes âgées leur permettant de rester à leur domicile.

## Services de Soins Infirmiers A Domicile en Mayenne en 1997

	Nombre de services places		% places*		
	Mayenne	France**	Mayenne	PDL	France**
1997	9	332	0,68	0,69	0,65

Sources : CNAMTS, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* Pourcentage de places rapporté à la population de 65 ans et plus

\*\* France métropolitaine

## Nombre d'actes AIS rapporté aux 65 ans et plus en 1997

	nbd'actes AIS	pop 65 et +	nbre pour 100
Mayenne	233 314	48 494	481
Pays de la Loire	3 609 427	503 961	716
France	137 516 084	90 132 256	1 526

Sources : CNAMTS, INSEE

Exploitation O.R.S.

## Bénéficiaires d'aide ménagère en Mayenne en 1997

	Nombre de bénéficiaires	% bénéficiaires		
		Mayenne	PDL	France Métrop.
Régime général	1 025	2,1	3,4	3,5
Aide sociale	308	0,6	0,7	0,9
Régime agricole**	1 529	3,2	2,0	0,8
<b>Total</b>	<b>2 862</b>	<b>5,9</b>	<b>0,6</b>	<b>5,3</b>

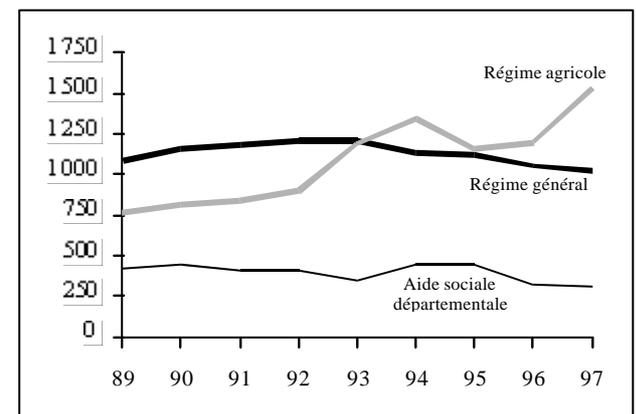
Sources : CNAV, SESI, MSA, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* Pourcentage de bénéficiaires dans la population de 65 ans ou plus

\*\* Pour le département de la Sarthe, il s'agit des données de 1996

## Évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère en Mayenne entre 1989 et 1997



Sources : SESI, CNAV, MSA

### Les services d'aide à domicile :

Les services d'aide ménagère apportent une aide pour des activités telles que la préparation des repas, les courses et le ménage. Le financement est pris en charge par les caisses de retraite ou l'aide sociale départementale, sur la base d'un volume horaire accordé à la personne âgée en fonction de son niveau de dépendance et de ses revenus.

Les services de soins à domicile prennent en charge, sur prescription médicale, des personnes nécessitant des soins infirmiers quotidiens d'hygiène et de nursing. L'assurance maladie finance les services de soins.

Les "actes infirmiers pour soins et garde à domicile du malade" réalisés par les infirmiers libéraux :

- Depuis mars 1992, il existe une lettre-clé spécifique dans la nomenclature pour ces actes : AIS (valant 14,30 F). Cela permet de les distinguer des actes infirmiers techniques (cotés en AMI).

- L'activité des centres de soins n'est pas prise en compte.

# LES ÉQUIPEMENTS POUR PERSONNES AGÉES

---



# **PERSONNES HANDICAPÉES**



## CONTEXTE NATIONAL

La recherche d'une définition du handicap est une démarche constante et nécessaire mais pleine de difficultés, un certain nombre de professionnels étant réticents à qualifier le handicap, en particulier le handicap mental, de crainte d'un certain marquage social. Sur le plan des outils et des méthodes, la classification internationale du handicap qui se diffuse progressivement en France est venue combler le vide conceptuel existant dans ce domaine mais son utilisation se heurte sur le terrain à des difficultés de mise en œuvre. Sur le plan des données statistiques, le programme d'information des Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES), ne semble pas pour le moment apporter les résultats escomptés. Les seules données exploitables aujourd'hui, en matière de connaissance du handicap, restent les prestations versées ou les prises en charge spécialisées.

En 1997, en France métropolitaine, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation Spéciale (versée aux familles qui ont la charge d'un enfant handicapé) s'élève environ à 95 000, soit 6,3 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Ce nombre de bénéficiaires de l'AES a augmenté : il était de 85 000 en 1990, soit 5,5 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Au 1er janvier 1996, en France métropolitaine, plus de 125 000 jeunes étaient accueillis dans les établissements d'éducation spéciale ou suivis par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ce qui représente 8 jeunes de moins de 20 ans pour 1 000. Cet effectif est en légère augmentation : il était de 120 000 en 1990.

Des évolutions différentes se sont produites selon les catégories d'établissements et les modes de prise en charge. Les traits les plus marquants sont la progression du nombre de jeunes accueillis dans un SESSAD qui est passé de 3 000 à plus de 12 000 entre 1985 et 1996 et celle des jeunes accueillis dans un établissement pour enfants polyhandicapés qui est passé de 400 à 2 500.

Les instituts de rééducation ont vu leurs effectifs progresser de 13 300 à 15 900 entre 1985 et 1996. Les effectifs des établissements pour jeunes déficients auditifs et visuels d'une part, pour déficients moteurs d'autre part, restent stables. Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels (instituts médico-éducatifs, médico-pédagogiques, médico-professionnels, jardins d'enfants spécialisés) sont en baisse, passant de 82 000 à 74 000.

Parmi les 6 300 000 enfants scolarisés dans les écoles du premier degré en 1998-1999, on dénombre plus de 17 000 enfants handicapés intégrés individuellement à temps partiel ou à temps plein après avis d'une CDES. Ils n'étaient que 9 000 en 1989-1990, ce qui représente une progression de près de 90 % en 9 ans.

Par ailleurs au cours de l'année scolaire 1998-1999, 47 000 enfants sont scolarisés dans les classes d'intégration scolaire (CLIS).

## SITUATION DANS LES PAYS DE LA LOIRE : FAITS MARQUANTS

- La Mayenne compte 572 bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) : le nombre de bénéficiaires pour mille jeunes de moins de vingt ans est supérieur de 15 % à la moyenne nationale.
- 125 enfants handicapés étaient intégrés individuellement dans des classes maternelles et primaires à la rentrée 1998-1999. L'intégration scolaire des enfants handicapés s'appuie notamment sur les SESSAD avec près de 150 jeunes suivis.
- 430 enfants handicapés sont orientés vers des établissements spécialisés. Dans les Pays de la Loire, l'implantation des instituts de rééducation, des établissements pour déficients visuels et auditifs et des structures pour enfants handicapés moteurs est fortement concentrée en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire ; la Mayenne ne dispose que d'établissements spécialisés pour l'accueil des déficients intellectuels.

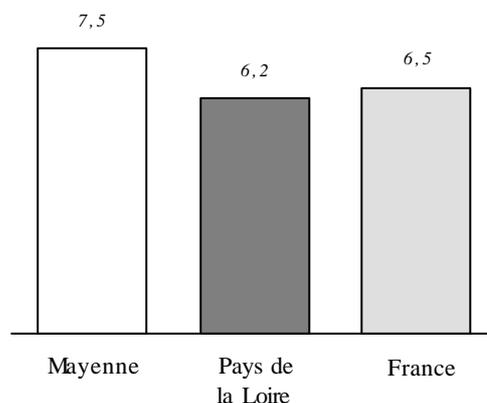
### ● Un taux de bénéficiaires de l'AES supérieur de 15 % à la moyenne nationale

En Mayenne, 572 enfants étaient bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) au 31 décembre 1998.

Rapporté au nombre de jeunes de moins de 20 ans domiciliés dans la région, ceci correspond à un taux de 7,5 bénéficiaires pour 1 000 jeunes, supérieur de 15 % à la moyenne nationale.

*L'Allocation d'Éducation Spéciale, AES, est une prestation familiale versée aux personnes qui ont la charge d'un enfant de moins de 20 ans atteint d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 % ou comprise entre 50 et 80 % s'il est placé dans un établissement d'éducation spéciale ou bénéficie de soins spécialisés à domicile. Cette prestation est versée par les caisses de Sécurité Sociale, CAF ou MSA, sans condition de ressources.*

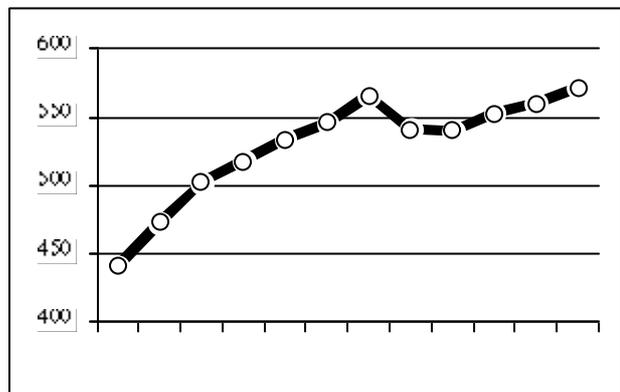
**Nombre de bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 31/12/1998**



Sources : CNAF, CCMSA (non compris les régimes spéciaux), INSEE (estimations au 01/01/1997) Exploitation O.R.S.

# LES ENFANTS HANDICAPÉS

Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AES en Mayenne de 1987 à 1998



Sources : CNAF, MSA (non compris les régimes spéciaux)

CAMSP et SESSAD en Mayenne au 01/01/1998

	nombre de services	effectifs présents
CAMSP	0	0
Services de Soins et d'Éducation Spécialisées à Domicile	6	143

Source : Ministère des Affaires Sociales (Enquête Sociale ES)

Intégration individuelle des enfants handicapés dans les écoles maternelles et primaires en Mayenne en 1998/1999

	Temps plein (*)	Temps partiel	Total
Handicap mental	46	11	57
Handicap moteur	29	6	35
Déficients viscéraux, métaboliques	4	0	4
Handicap auditif	18	4	22
Handicap visuel	5	2	7
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>23</b>	<b>125</b>

Source : Ministère de l'Éducation Nationale

(\*) Elèves handicapés admis après avis de la CDES

## ● Le nombre de bénéficiaires de l'AES progresse malgré la baisse démographique

Le nombre de bénéficiaires de l'AES poursuit sa croissance en Mayenne (comme dans les Pays de la Loire), mais à un rythme relativement irrégulier.

Entre 1987 et 1998, le nombre de bénéficiaires a progressé au rythme moyen de 1 % l'an.

Cette évolution, qui s'inscrit pourtant dans un contexte de baisse de la natalité, est peut être à rapprocher de la plus grande précocité du dépistage, mise en évidence par différents travaux.

## ● 143 jeunes sont suivis par un service de soins

Le dépistage et le suivi des enfants handicapés de moins de six ans repose notamment sur les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Dans les Pays de la Loire, 8 CAMSP sont recensés avec une organisation très variable selon les départements : la Loire-Atlantique compte à elle seule quatre structures distinctes. La Mayenne est le seul département non couvert.

Le repérage plus précoce des situations de handicap permet la mise en oeuvre de prises en charge adaptées dès le plus jeune âge grâce notamment au soutien apporté par les Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD). Au 1er janvier 1998, 143 enfants étaient concernés par ce dispositif dans le département.

## ● 125 enfants handicapés intégrés individuellement dans des classes maternelles et primaires

Depuis plus de quinze ans, le développement des services de soins (SESSAD) a accompagné l'intégration scolaire, particulièrement dans l'enseignement du premier degré. L'accueil des jeunes handicapés a lieu soit sous forme collective dans des classes spécialisées (CLIS) soit sous forme individuelle.

En ce qui concerne les intégrations individuelles, 125 enfants handicapés étaient scolarisés à temps plein ou à temps partiel dans les établissements scolaires publics et privés du département lors de l'année scolaire 1998/1999.

L'effectif le plus important est celui des enfants souffrant de déficiences intellectuelles (45 %), devant celui des handicapés moteurs (28 %) et les déficients auditifs (18 %). 82 % de ces enfants bénéficient d'une intégration à temps plein, les autres étant scolarisés à temps partiel.

● **Le nombre de jeunes présents dans les établissements spécialisés est relativement stable**

Malgré la politique volontariste en faveur de l'intégration scolaire, la place des établissements spécialisés reste prédominante dans la prise en charge des enfants et adolescents handicapés.

Environ 430 jeunes fréquentent les établissements implantés dans le département. L'effectif a légèrement diminué (- 4,6 %) entre 1994 et 1998, baisse qui a, semble-t-il, été plus que compensée par la création de places en services de soins (voir page 2).

Il s'agit essentiellement d'établissements pour **déficients intellectuels** (instituts médico-éducatifs) ou pour polyhandicapés.

La Mayenne ne dispose pas d'institut de rééducation ni d'établissement d'accueil pour jeune handicapé moteur. L'accueil des jeunes **déficients visuels ou auditifs** repose essentiellement sur des services de soins (SESSAD) qui interviennent en appui des enfants admis en milieu scolaire ordinaire, mais aussi parfois au domicile.

A l'intérieur de la région des Pays de la Loire, la répartition des équipements pour enfants handicapés témoigne d'une forte concentration géographique en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire.

**Nombre d'enfants et d'adolescents présents dans les établissements spécialisés en Mayenne au 01/01/1994 - 1996 -1998**

	1994		1996		1998	
	Nbre	Effectifs présents	Nbre	Effectifs présents	Nbre	Effectifs présents
Établissements pour enfants déficients mentaux et polyhandicapés	7	455	7	410	7	434
Instituts de Rééducation (1)	0	0	0	0	0	0
Établissements pour enfants handicapés moteurs	0	0	0	0	0	0
Établissements pour enfants déficients visuels (2)	0	0	0	0	0	0
Établissements pour enfants déficients auditifs (2)	0	0	0	0	0	0
Établissements pour enfants sourds-aveugles (2)	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>455</b>	<b>7</b>	<b>410</b>	<b>7</b>	<b>434</b>

Source : DRASS-SESI

(1) IRP : établissements destinés à accueillir des enfants présentant des troubles psychopathologiques. La majorité des jeunes y sont accueillis en internat.

(2) La région des Pays de la Loire dispose de deux établissements spécialisés pour déficients visuels, l'institut des Hauts-Thébaudières à Vertou-44 et l'institut Montéclair à Angers, mais aussi de deux établissements pour déficients auditifs (institut La Persagotière à Nantes et institut Charlotte Blouin à Angers).

# LES ENFANTS HANDICAPÉS

---

## CONTEXTE NATIONAL

L'enquête décennale sur la santé (Insee-Credes, 1991-92), estime à 5,5 millions les personnes (tous âges confondus) vivant à domicile "handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne", ce qui représente 10% de la population française. Cette population est beaucoup plus âgée que la population générale : sur 10 personnes déclarant une gêne, près de 6 sont âgées de 60 ans ou plus. Ceci explique la nature des gênes les plus souvent enregistrées, troubles moteurs et déficience visuelle, concernant chacune environ 2 millions de personnes.

Une vaste enquête "Handicaps-incapacités-dépendance" a été lancée en 1998 par l'Insee et se déroule sur 4 ans. L'année 98 a été consacrée à l'enquête dans les institutions, l'année 99 à celle auprès des ménages, en s'appuyant sur le recensement. Les résultats permettront ultérieurement de mieux connaître les problèmes de handicaps en général dans la population.

En termes d'aide financière, les statistiques montrent que 650 000 personnes bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) au 31 décembre 1997 en France (métropole et outre-mer), soit 113 000 personnes de plus qu'en 1990 (+18%).

Ce sont les Cotorep (commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel) qui, dans chaque département, sont chargées :

- d'une part, de se prononcer sur l'attribution de la qualité de travailleur handicapé et de son orientation professionnelle (première section de la Cotorep),
- d'autre part, d'apprécier le taux d'invalidité du demandeur, son droit à recevoir une prestation sociale et l'orientation vers un établissement d'hébergement ou un service le plus adéquat possible (deuxième section de la Cotorep).

En fonction du niveau de leur incapacité, les personnes handicapées peuvent exercer leurs compétences professionnelles en milieu ordinaire de travail. La loi du 10 juillet 1987 soumet les employeurs de plus de 20 salariés à une obligation d'emploi d'un quota de 6% de travailleurs handicapés. Bien que la situation s'améliore, cet objectif n'est pas encore atteint, le pourcentage étant de l'ordre de 4% en 1996.

La plupart des pays de l'Union européenne ont instauré de tels quotas, allant de 2% en Espagne à 15% en Italie. Comme en France, les législations respectives restent largement inappliquées, tant dans leur forme que dans leur fond. Mais les comparaisons sont difficiles car la définition des personnes handicapées varie d'un pays à l'autre.

Les pouvoirs publics ont fait un effort important pour développer les structures de travail protégé destinées aux personnes qui ne sont pas susceptibles de travailler en milieu ordinaire : en 1996, on compte ainsi en France (métropole et outre-mer) 97 000 places en centres d'aide par le travail (CAT) ou en ateliers protégés contre 76 000 en 1990 (+28% en 4 ans).

Ce dispositif est complété en matière d'accueil de nuit par 39 000 places en foyers d'hébergement en 1997 destinés aux travailleurs handicapés, contre 33 000 en 1990.

Pour les adultes plus lourdement handicapés et n'ayant pas la possibilité de travailler, la capacité des établissements d'accueil atteint 42 500 places en 1996, soit une progression de 80% entre 1990 et 1996. Les deux tiers de ces places se trouvent en foyers occupationnels ou foyers de vie (réservés aux handicapés disposant d'une certaine autonomie). Les personnes qui ont besoin d'une prise en charge médicalisée sont hébergées dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ainsi que dans les foyers à double tarification dont le développement est récent.

Malgré cette augmentation générale des capacités d'accueil, le nombre de places est encore reconnu comme insuffisant par la plupart des acteurs, ce qui explique que les orientations décidées par les Cotorep ne sont pas toujours suivies d'effet. D'autre part, il existe d'importantes disparités géographiques de l'offre en structures d'accueil, et certaines régions mieux dotées accueillent des personnes handicapées venant d'autres régions.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

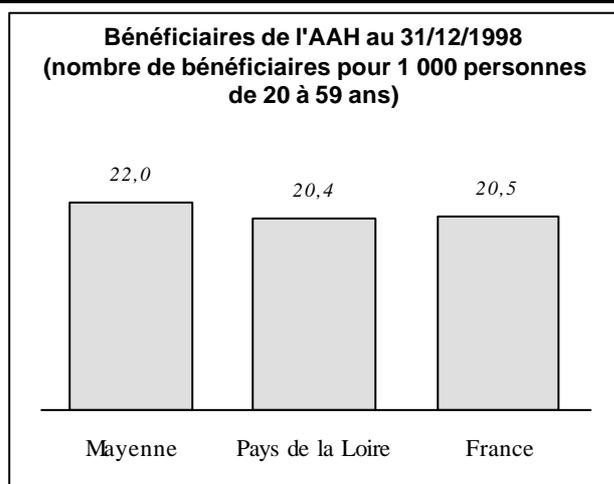
- Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), 3 200 en 1998, a augmenté de près de 4% entre 1990 et 1998. Cela représente un taux de 22 bénéficiaires de l'AAH pour mille personnes âgées de 20 à 59 ans, supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale (20 pour mille).
- Près de 900 personnes travaillent en milieu protégé, dont 82% en Centres d'Aide par le Travail. 373 travailleurs handicapés sont accueillis en foyers d'hébergement. Par ailleurs, 377 personnes sont hébergées dans les foyers de vie, maisons d'accueil spécialisées et foyers à double tarification (1997).
- De manière générale, le département dispose de taux d'équipements en établissements spécialisés plus élevés que la moyenne régionale.

### ● 22 bénéficiaires de l'AAH pour mille habitants de 20 à 59 ans

3 200 personnes bénéficient de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) en 1998 en Mayenne.

Avec 22 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, la Mayenne occupe une position supérieure à la moyenne nationale, avec un taux supérieur de 7% à la moyenne nationale.

Mais les situations régionales sont d'une extrême diversité, le taux régional de bénéficiaires de l'AAH variant de 1 à 4,5 entre l'Île-de-France et la Corse.



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

**L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)** est versée aux personnes atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80% sinon comprises entre 50 et 80% lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation (3 322 francs par mois depuis le 1er juillet 1995) est accordée sous conditions de ressources. Son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale, CAF ou MSA, mais elle est financée par l'Etat.

L'aide forfaitaire en faveur de l'autonomie des personnes handicapées est devenue le "**complément d'AAH**" depuis le 1er janvier 1994 ; il est attribué aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% percevant l'AAH et ayant fait le choix de vivre dans un logement indépendant. Il est égal à 16% du montant mensuel de l'AAH.

# LES ADULTES HANDICAPÉS

## Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH entre le 31/12/1990 et le 31/12/1998

	Nombre de bénéficiaires de l'AAH		Évolution entre 1990 et 1998 (en %)
	1990	1998	
Mayenne	3 056	3 170	3,7
Pays de la Loire	30 496	33 819	10,9
France métropol.	517 511	647 007	25,0

Sources : CNAF, CCMSA, DRASS-SESI

## Évolution du nombre de bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice entre 1989 et 1996

	Nb de bénéficiaires de l'allocation compensatrice		Évolution entre 1989 et 1996 (en %)
	1989	1996	
Mayenne	666	1 224	83,8
dont moins de 60 ans	293	325	10,9
Pays de la Loire	8 624	12 612	46,2
dont moins de 60 ans	4 008	3 172	-20,9
France métropole	194 000	283 560	46,2
dont moins de 60 ans	71 780	83 530	16,4

Source : DRASS-SESI

(e) : les effectifs manquants de certains départements ont été estimés à partir de la proportion observée dans les autres départements de la région correspondante. Les valeurs nationales sont estimées.

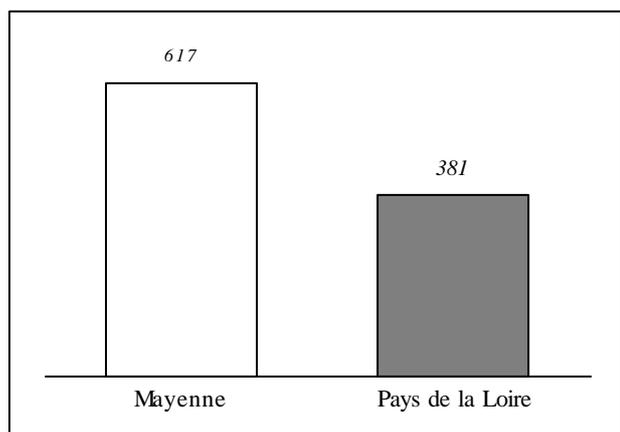
## Nombre de personnes\* dans les établissements de travail protégé en Mayenne au 31/12/1987 et 1997

	1987	1997
Centres d'Aide par le Travail	583	726
Ateliers Protégés	nd	163
Total	nd	889

Source : DRASS-SESI

\* Effectif total redressé prenant en compte les établissements n'ayant pas répondu.

## Nombre de personnes dans les établissements de travail protégé pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans au 31/12/1997



Sources : DRASS-SESI, INSEE (au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

Réalisation ORS Pays de la Loire - 2000

## ● Une progression du nombre de bénéficiaires de l'AAH moins forte qu'au plan national

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH en Mayenne est passé de 3 056 à 3 170 entre 1990 et 1998, soit une augmentation de 3,7 % en six ans (25 % en moyenne en France).

L'allocation compensatrice, destinée aux personnes dont l'état nécessite pour les actes de la vie courante l'assistance d'une tierce personne rémunérée, concernait 1 224 bénéficiaires en 1996, trois bénéficiaires sur quatre étant âgés de plus de 60 ans, (70 % au plan national). Entre 1989 et 1996, le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice a progressé de 84 % en Mayenne (46 % au plan national). Ce rythme de croissance élevé s'explique par le fait que l'usage de cette allocation a été progressivement étendu aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Mais, depuis janvier 1997, l'allocation compensatrice est réservée aux personnes de moins de 60 ans, la dépendance des personnes âgées étant prise en charge par la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). On dénombre donc seulement 760 bénéficiaires de l'ACTP en 1999 en Mayenne, suite à l'instauration de la PSD, dont la moitié est âgée de plus de 60 ans.

L'allocation compensatrice est destinée aux personnes dont l'état nécessite pour les actes de la vie courante l'assistance d'une tierce personne rémunérée, ou bien aux personnes pour lesquelles l'exercice d'une activité professionnelle entraîne des frais supplémentaires liés à leur handicap. A la charge des Conseils Généraux, le montant de cette allocation (4 337 francs à taux plein en 1995) est fonction du taux d'invalidité et des ressources du demandeur.

## ● Près de 900 personnes en milieu de travail protégé

En Mayenne, on recensait près de 900 personnes dans les établissements de travail protégé au 31 décembre 1997, dont 82 % en Centre d'Aide par le Travail.

Selon l'enquête menée en 1995 par le SESI, les personnes handicapées travaillant en Centre d'Aide par le Travail sont essentiellement des personnes souffrant d'un retard mental : 54 % souffrent d'un retard mental sévère ou moyen, 22 % d'un retard mental léger. Il s'agit d'une population relativement jeune puisque seulement 26 % avaient plus de 40 ans.

En matière de taux d'équipement, la Mayenne occupe une position privilégiée, avec un taux supérieur de 84 % à la moyenne nationale (1994).

A l'intérieur des Pays de la Loire, les écarts sont également importants, avec (en 1997) 617 places pour 100 000 adultes de 20 à 59 ans en Mayenne, contre seulement 381 pour 100 000 pour l'ensemble de la région.



## ● 373 travailleurs handicapés en foyer d'hébergement

Les foyers d'hébergement accueillent en soirée et en fin de semaine des personnes handicapées qui travaillent en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Au 31 décembre 1997, la Mayenne comptait près de 400 travailleurs handicapés hébergés dans des structures de ce type, contre environ 160 dix ans auparavant.

Rapporté à l'ensemble de la population régionale âgée de 20 à 59 ans, cela correspond à 250 travailleurs handicapés hébergés pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge : ce taux est presque trois fois supérieur à la moyenne des Pays de la Loire (90 places pour 100 000 personnes).

## ● 377 personnes en établissement d'accueil pour adultes lourdement handicapés

Une centaine de personnes lourdement handicapées sont prises en charge dans les Maisons d'Accueil Spécialisées au 31 décembre 1997.

Les foyers de vie sont des établissements destinés à accueillir des adultes moins lourdement handicapés. En 1997, ces structures accueillait 241 personnes.

Les foyers à double tarification, créés plus récemment, sont destinés aux adultes handicapés lourds qui ont besoin d'une médicalisation mais qui ne sont pas complètement pris en charge par la sécurité sociale. En 1997, ces structures accueillait 32 personnes.

La Mayenne comptait donc 377 personnes handicapées hébergées en MAS, foyer de vie ou foyer à double tarification.

Rapporté à l'ensemble de la population âgée de 20 à 59 ans, cela correspond à 260 personnes handicapées hébergées pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge : ce taux est supérieur en Mayenne à la moyenne des Pays de la Loire (220 places pour 100 000 personnes).

## Nombre de personnes \* en foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés au 31/12/1987 et 1997

	1987	1997
Mayenne	158	373
Pays de la Loire	833	1 646
France	30 146	nd

Source : DRASS-SESI

\* Effectif total redressé prenant en compte les établissements n'ayant pas répondu

## Nombre de personnes \* en établissement d'accueil pour adultes lourdement handicapés au 31/12/1987 et 1997

	1987	1997
<b>Foyers de vie</b>		
Mayenne	55	241
Pays de la Loire	1 429	2 483
France	13 405	nd
<b>Maisons d'Accueil Spécialisées</b>		
Mayenne	61	104
Pays de la Loire	388	766
France	4 626	nd
<b>Foyers à double tarification</b>		
Mayenne	0**	32
Pays de la Loire	95**	494
France	1701**	nd

Source : DRASS-SESI

\* Effectif total redressé prenant en compte les établissements n'ayant pas répondu.

\*\* Il s'agit de la capacité d'accueil installée au 31/12/1997.

### Les différentes catégories d'établissements

Les ateliers protégés sont des unités de production soumises aux contraintes de l'économie de marché, mais pouvant bénéficier de subventions de fonctionnement. Ils sont agréés par le Préfet après instruction de la demande par les services du Ministère du Travail et de l'Emploi. La capacité de travail exigée est au moins égale au tiers de la capacité normale.

Les Centres d'Aide par le Travail ont une vocation plus sociale que les ateliers protégés. Ils disposent d'une part d'un budget social avec une enveloppe globale annuelle fixée et financée par l'Etat (Ministère des Affaires Sociales), d'autre part d'un budget de production, financé par les ventes effectuées par l'établissement. La capacité de travail y est inférieure au tiers de la capacité normale.

Les foyers de vie ou foyers occupationnels reçoivent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas leur admission en Maison d'Accueil Spécialisée, mais qui ne sont pas aptes à un travail productif. Ces structures sont financées par les Conseils Généraux, qui en fixent le prix de journée.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées reçoivent des personnes handicapées adultes qui n'ont pas d'autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont pris en charge par l'assurance maladie. Leur prix de journée est fixé par le Préfet (DDASS).

Les foyers à double tarification (FDT) sont des unités pour adultes lourdement handicapés ne relevant pas d'une prise en charge complète par l'Assurance Maladie mais néanmoins d'une médicalisation ; ils peuvent être soit un établissement autonome, soit une section de foyer occupationnel, soit très rarement une section de Maison d'Accueil Spécialisée ou une section d'établissement sanitaire en cours de reconversion. Encouragés à titre expérimental par les circulaires du 14 février 1986, du 3 juillet 1987 et du 22 avril 1988, ils sont officialisés depuis 1992. Leur appellation provient de leur mode de financement conjoint par l'Assurance Maladie (pour les soins, les personnels et les matériels médicaux ou paramédicaux) et par l'Aide sociale départementale (pour la partie hébergement et l'animation).

# LES ADULTES HANDICAPÉS

---

# **PAUVRETÉ - PRÉCARITÉ**



## CONTEXTE NATIONAL

Avec l'augmentation importante du nombre de chômeurs (3 millions en 1999 contre 830 000 en 1975) les situations de précarité se sont multipliées. Différentes études sur les inégalités ont montré que la pauvreté résultait également des conditions de vie des ménages. Parce qu'ils cumulent de nombreux désavantages dans divers domaines tels que l'emploi, le logement, la protection sociale, la santé, les personnes en situation de pauvreté sont exclues des habitudes et des activités de la société dans laquelle elles vivent.

Mesurer la pauvreté-précarité présente alors des difficultés qui tiennent à la définition même de ces notions et aux sources d'information disponibles. Le manque de ressources financières des individus ou des ménages reste malgré tout le critère le plus utilisé. La notion de pauvreté correspond alors à un seuil minimal de survie.

En France, en décembre 1996, on dénombre plus de 2 500 000 bénéficiaires d'allocations d'aide sociale attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources. Il s'agit de bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), de l'Allocation de Parent Isolé (API), du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) et du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Depuis sa mise en place en 1988, le RMI a vu son nombre d'allocataires passer de 335 000 en décembre 1989 à 803 300 en décembre 1994 et à 860 000 en décembre 1996 (en France métropole). Le RMI a permis de mieux évaluer l'importance de la pauvreté-précarité en France en révélant des situations ignorées jusque-là des services sociaux, notamment chez les hommes seuls. Cependant, le RMI n'étant attribué qu'à partir de 25 ans, les problèmes de pauvreté rencontrés par les jeunes adultes restent très mal connus.

On observe actuellement en France l'émergence de populations en état de grande pauvreté. Ces personnes qu'on évalue à environ 400 000, vivent dans une extrême pauvreté : ce sont les sans-abri, les sans domicile stable, les squatters... Ces populations posent des problèmes tant d'identification que de prise en charge. C'est pourquoi, les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion s'inscrivent désormais dans un cadre global, durable et cohérent sortant ainsi de la logique parcellaire ou expérimentale qui les caractérisait à certains égards. Des mesures sont prises pour affirmer le droit effectif au logement à travers, notamment, le plan d'urgence pour le logement des plus démunis qui prévoit la réalisation de 10 000 logements d'extrême urgence auxquels s'ajoutent 10 000 logements d'insertion et un volet d'accompagnement social. Des réquisitions de logements vacants ont également eu lieu. En outre, l'accent est mis sur l'accès aux soins de ces populations, grâce au développement de différents moyens : réforme de l'aide médicale (exonération du ticket modérateur, dispense de l'avance de frais), antennes sociales et consultations sans rendez-vous dans les hôpitaux, extension des cartes santé. Un système complémentaire permettant de répondre à l'urgence commence à fonctionner dans certaines villes : le SAMU social recueille les personnes en situation de détresse et les oriente vers des centres d'accueil.

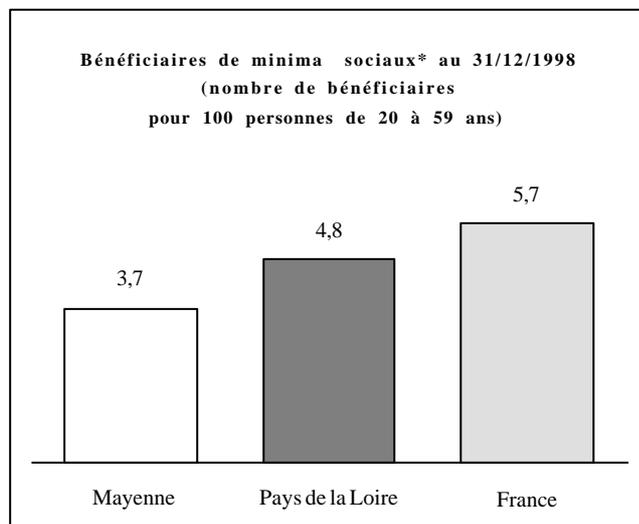
## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- 11 500 personnes bénéficient en Mayenne des minima sociaux en 1998 : Allocation aux adultes handicapés (3 200), Revenu minimum d'insertion (1 800), Allocation de parent isolé (322), Fonds de solidarité vieillesse (6 200).
- En 1998, parmi la population des 20-59 ans, 3,7 % des mayennais perçoivent l'un des minima sociaux (AAH, RMI, API), contre 5,7 % au plan national.
- 13 % de la population des 65 ans et plus est bénéficiaire du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 1998. L'effectif de bénéficiaires a été divisé par deux depuis le début des années 1980.

### ● Minima sociaux : la proportion de bénéficiaires est inférieure de 35 % en Mayenne

En Mayenne, près de 12 000 personnes bénéficient des minima sociaux : 6 200 retraités perçoivent le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), et 5 300 adultes en âge d'activité sont bénéficiaires de l'AAH, du RMI ou de l'API.

Pour les adultes de 20-59 ans, le taux de bénéficiaires (3,7 pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans) est nettement inférieur en Mayenne par rapport à la moyenne régionale et à la moyenne française (- 35 %).



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE (estimations au 01/01/1997)  
Exploitation O.R.S.

\* : AAH, RMI, API

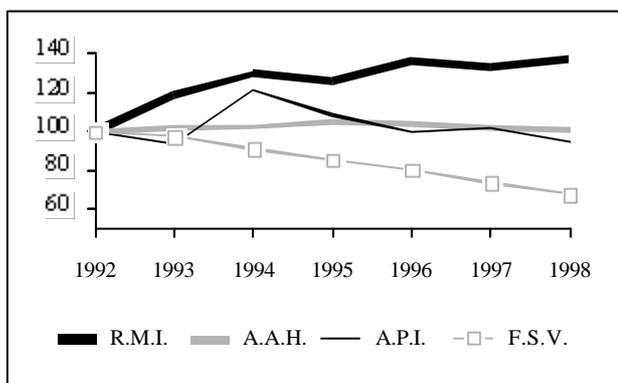
# LES MINIMA SOCIAUX

**Bénéficiaires d'allocations attribuées  
en dessous d'un niveau de ressources au 31/12/1998**

Type d'allocations	Mayenne	Pays de la Loire	France métrop.
AAH	3 170	33 819	647 007
% pp 20 à 59 ans	2,2	2,0	2,1
API	322	6 351	150 223
% pp 20 à 59 ans	0,2	0,4	0,5
RMI	1 798	40 302	993 456
% pp 20 à 59 ans	1,2	2,4	3,2
FSV	6 182	47 224	729 062
% pp 65 ans et plus	12,7	9,4	8,1
Ensemble	11 472	127 696	2 519 748

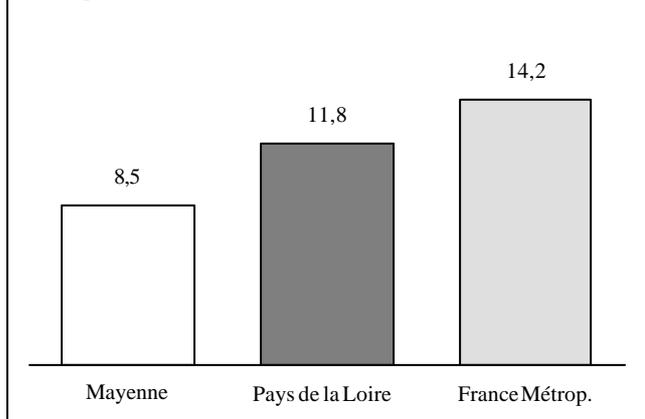
Sources : SESI, CNAF, CCMSA, INSEE (estimations au 01/01/1997)  
Exploitation O.R.S.

**Évolution du nombre de bénéficiaires des allocations  
d'assistance en Mayenne de 1992 à 1998**  
(Base 100 en 1992 pour AAH, API, FSV et RMI)



Sources : SESI, CNAF, CCMSA Exploitation O.R.S.

**Part des ménages dont les prestations légales  
représentent la totalité des ressources au 31/12/1998**



Sources : CNAF Exploitation O.R.S.

Les prestations légales sont versées par les caisses d'allocations familiales au titre de :

- Fonds national des prestations familiales,
- Fonds national de l'habitat,
- Fonds national d'aide au logement
- Compte de tiers spécifique pour le revenu minimum d'insertion.

## ● 3,7 % de la population âgée de 20 à 59 ans perçoit l'AAH, l'API ou le RMI

L'importance de la population concernée par la pauvreté ou la précarité peut être appréciée à travers le dénombrement des bénéficiaires de diverses allocations versées en dessous d'un certain niveau de ressources.

En Mayenne, 5 300 habitants âgés de moins de 60 ans bénéficient d'allocations attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources : 60 % perçoivent l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), 33 % le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), et 6,6 % l'Allocation pour Parent Isolé (API). A l'inverse de la situation nationale, les bénéficiaires de l'AAH sont plus nombreux que ceux qui perçoivent le RMI.

Au total, 3,7 % de la population départementale âgée de 20 à 59 ans, est concernée par l'AAH, l'API ou le RMI, proportion nettement inférieure à la moyenne nationale (5,7 %).

Parmi les allocations versées sous conditions de ressources, il convient de prendre également en compte l'Allocation Spécifique de Solidarité (ASS), versée sous condition de ressources, essentiellement aux chômeurs de longue durée. Au 31 décembre 1997, 1 244 personnes perçoivent cette allocation en Mayenne, soit 1% de la population âgée de 20 à 59 ans.

Mais ces différentes prestations subissent des évolutions différentes dans le temps :

- le nombre de bénéficiaires de l'AAH baisse de manière régulière depuis 1995 (-4 %)
- même tendance pour l'API dont le nombre de bénéficiaires a baissé de 13 % depuis 1995
- pour le rmi, la progression est de 38 % depuis 1992, mais la progression semble actuellement ralentir.

## ● Le nombre de bénéficiaires du FSV a été divisé par deux en 15 ans

Le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) est versé aux personnes âgées de 65 ans et plus, sous condition de ressources. Le nombre de bénéficiaires est passé en Mayenne de 12 868 en 1983 à 7 357 en 1998, soit une baisse de 43 % en 13 ans. La même tendance se retrouve au plan national (- 46 %). Cette évolution spectaculaire traduit l'amélioration du niveau de vie des retraités.

La proportion de bénéficiaires du FSV reste toutefois nettement supérieure (+ 57 %) à la moyenne nationale. L'importance du nombre d'anciens actifs agricoles est à l'origine de cette situation, les agriculteurs ayant, de manière générale, les niveaux de retraite les moins élevés. Dans la région des Pays de la Loire, la Mayenne et la Vendée, départements où les retraités du monde agricole sont nombreux, sont ceux qui ont la plus forte proportion de bénéficiaires du FSV.

# LES MINIMA SOCIAUX

## ● La population des bénéficiaires du RMI "vêillit"

Depuis la création du Revenu minimum d'insertion, le nombre de bénéficiaires a progressé de manière continue jusqu'en 1994. Depuis les évolutions sont variables selon les années.

Au 31 décembre 1998, 1 798 personnes touchent une allocation, versée dans 97 % des cas par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF).

Cette allocation touchait jusqu'à présent une majorité de jeunes adultes. Mais aujourd'hui, le groupe des 35-44 ans est le plus important (29 % des bénéficiaires).

## ● La baisse du chômage n'arrête pas le développement de la précarité

La Mayenne est un des départements français ayant le plus faible taux de chômage (5%). Mais la spectaculaire amélioration de la situation de l'emploi dans le département n'empêche pas le développement de la précarité.

D'après les chiffres les plus récents de la CAF de la Mayenne, 1 758 personnes relevant du régime général percevaient cette allocation fin 1999 soit 200 personnes supplémentaires en deuxans.

## ● Plus d'un bénéficiaire du RMI sur deux vit seul

On dénombre beaucoup de personnes "isolées" parmi les bénéficiaires du RMI : 56 % des bénéficiaires en Mayenne vivent seuls. Parmi elles, les hommes sont plus nombreux (1,8) que les femmes.

Les familles monoparentales représentent 20 % des allocataires, en Mayenne comme dans l'ensemble de la région.

Allocataires du RMI selon l'âge et taux d'attribution pour 100 personnes au 31/12/1998\*

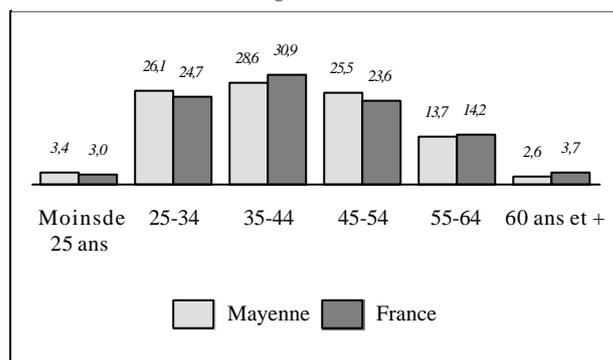
	Mayenne		Pays de la Loire		France Métrop.	
	Nombre	Taux *	Nombre	Taux *	Nombre	Taux *
Moins de 25 ans	62	0,1	1 312	0,1	29 542	0,2
25-29 ans	470	2,5	10 683	4,8	244 934	5,7
30-39 ans	515	1,3	11 985	2,7	306 632	3,5
40-49 ans	458	1,1	9 873	2,1	234 167	2,7
50-59 ans	247	0,9	5 507	1,8	141 513	2,4
60 ans et plus	46	0,1	942	0,1	36 668	0,3
<b>Ensemble</b>	<b>1 798</b>	<b>0,6</b>	<b>40 302</b>	<b>1,3</b>	<b>993 456</b>	<b>1,7</b>

Sources : CNAF, CMSA, INSEE (estimations au 01/01/1997)

Exploitation O.R.S.

\* Les taux sont calculés pour cent personnes de la tranche d'âge considérée

Répartition en pourcentage des allocataires du RMI selon l'âge au 31/12/1998



Source : CNAF

Répartition en pourcentage des allocataires du RMI par type de famille au 31/12/1998

Type de famille	Mayenne	Pays de la Loire	France
<b>Total couple</b>	<b>23,1</b>	<b>20,0</b>	<b>19,0</b>
Couple sans enfant	3,6	4,8	4,3
Couple enfants	19,6	15,2	14,7
<b>Total famille monoparentale</b>	<b>20,4</b>	<b>20,5</b>	<b>21,4</b>
<b>Total personnes seules</b>	<b>56,5</b>	<b>59,4</b>	<b>59,6</b>
Femme sans enfant	20,1	20,6	20,8
Homme sans enfant	36,4	38,8	38,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : CNAF, CCMSA

# LES MINIMA SOCIAUX

---



# **PATHOLOGIES**



## CONTEXTE NATIONAL

Selon la dernière enquête décennale sur la santé (INSEE-CREDES, 1991-1992), les Français déclarent souffrir en moyenne de 3,2 pathologies. Les maladies les plus fréquemment déclarées sont les maladies ophtalmologiques, qui affectent plus d'une personne sur 2, ainsi que les affections bucco-dentaires. Les maladies cardio-vasculaires, au 3e rang, affectent 27 % des français. Viennent ensuite les maladies ostéo-articulaires (26 %). Les maladies endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition se placent au 5e rang, en raison notamment de la fréquence de l'obésité, qui concerne 15 % des français. Ce classement n'a guère changé depuis 1980, date de la précédente enquête. Certaines affections ont vu leur fréquence de déclaration augmenter (tumeurs, hypertension artérielle, allergies...). Ces évolutions, révélatrices pour certaines de l'impact des progrès médicaux, reflètent également la transformation progressive de l'image de la santé dans la population, qui intègre de plus en plus la notion de bien-être.

En médecine libérale, les motifs de recours aux soins sont dominés par les maladies cardio-vasculaires. Viennent ensuite les affections ORL puis les troubles mentaux et du sommeil (CREDES - IMS France, enquête permanente sur la prescription médicale 1992).

En milieu hospitalier, 5 groupes de pathologies sont à l'origine de la moitié des recours aux soins : les maladies de l'appareil digestif, les motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes (examens divers, soins de surveillance ou de contrôle...), les maladies de l'appareil circulatoire, les lésions traumatiques et les empoisonnements, et les tumeurs (DREES, base nationale PMSI, 1997).

Plus de 670 000 admissions en Affections de Longue Durée (ALD) concernant des personnes de plus de 15 ans ont été prononcées chaque année sur la période 1993-1995. 3 groupes d'affections représentent plus de 70 % des motifs d'entrée en ALD : les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les troubles mentaux graves.

En ce qui concerne les décès (530 000 en France en 1997), 32 % sont dus aux maladies cardio-vasculaires. Les tumeurs sont à l'origine de 28 % des décès, les localisations principalement en cause étant : le poumon, l'intestin, les voies aéro-digestives supérieures, le sein et la prostate. Les morts violentes (suicides, chutes, accidents de la circulation...) représentent la 3e grande cause de mortalité avec 8 % des décès. L'évolution de la mortalité au cours des 20 dernières années est marquée par la diminution de la mortalité cardio-vasculaire et une relative stabilité de la mortalité par cancer. Cette dernière recouvre toutefois des évolutions différentes selon les localisations.

Au sein des 15 pays de l'Union Européenne, les 3 principales causes de mortalité sont identiques à celles observées en France. Mais la position française par rapport aux autres pays est très différente pour chacun de ces 3 groupes de pathologies. Si la France reste en 1995 le pays européen qui connaît le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, elle se situe au 4e rang des pays les plus mal placés pour la mortalité par cancer chez les hommes, et au 12e rang chez les femmes. Enfin, concernant les morts violentes, la France a la plus forte mortalité derrière la Finlande (Eurostat, statistiques des causes de décès 1994-1995).

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- La sous-mortalité globale que connaît la population du département par rapport à la moyenne française se retrouve pour les deux causes de décès les plus fréquentes : les maladies cardio-vasculaires (-8%) et les tumeurs (-3%).
- A l'inverse, pour les morts violentes, la Mayenne présente une surmortalité de 17 % par rapport à la moyenne nationale.

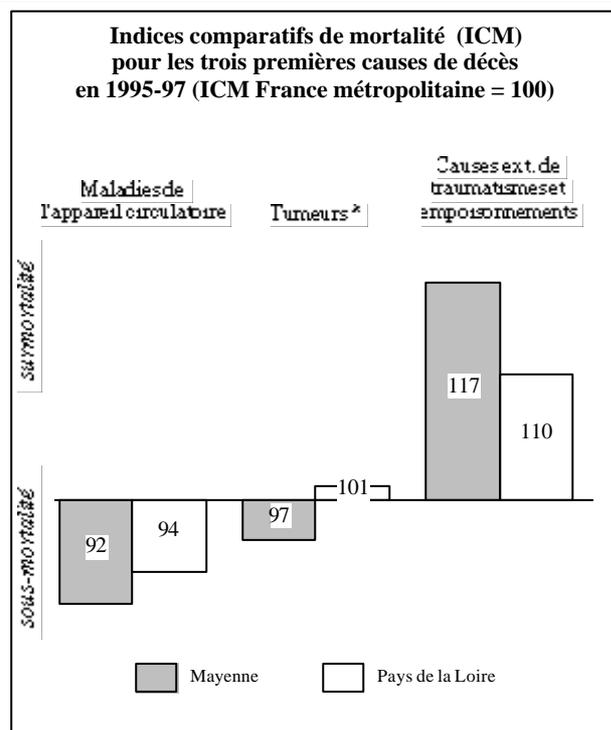
### ● Sous-mortalité pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires, surmortalité pour les causes externes de traumatismes et d'empoisonnements

Pour la période 1995-1997, 2 617 habitants de la Mayenne sont décédés en moyenne chaque année.

Dans le département, comme dans les Pays de la Loire et en France, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et les causes externes de traumatismes et d'empoisonnements (ou morts violentes) constituent les 3 premières causes de mortalité, avec respectivement 842, 740 et 257 décès annuels.

La sous-mortalité globale observée en Mayenne par rapport à la moyenne française (environ -7%), se retrouve pour les maladies cardio-vasculaires (-8%) et pour les tumeurs (-3%). A l'inverse, pour les morts violentes, le département présente une surmortalité de 17%.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.**



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différences non significatives au seuil 5%

# VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

## Principales causes de décès en Mayenne en 1995-97 (moyenne annuelle)

### 15 à 34 ans

HOMMES	Effectif	%
Morts violentes	35	69,3
<i>dont accidents de la circulation</i>	19	37,9
<i>dont suicides</i>	10	19,0
Tumeurs	4	7,8
Maladies de l'appareil circulatoire	3	5,2
Autres	9	17,6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Morts violentes	8	51,0
<i>dont accidents de la circulation</i>	4	24,5
<i>dont suicides</i>	2	10,2
Tumeurs	3	18,4
Maladies de l'appareil circulatoire	1	6,1
Autres	4	24,5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

### 35 à 64 ans

HOMMES	Effectif	%
Tumeurs	113	41,5
<i>dont cancer du poumon</i>	30	10,9
<i>dont cancer des voies aéro-digestives sup.</i>	22	8,1
Maladies de l'appareil circulatoire	43	15,8
Morts violentes	55	20,1
<i>dont suicides</i>	26	9,4
Maladies de l'appareil digestif	23	8,4
Autres	39	14,2
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Tumeurs	64	50,4
<i>dont cancer du sein</i>	21	16,3
Morts violentes	23	17,8
<i>dont suicides</i>	14	11,0
Maladies de l'appareil circulatoire	15	12,1
Maladies de l'appareil digestif	6	4,7
Autres	19	15,0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

### 65 ans et plus

HOMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	338	34,2
Tumeurs	323	32,7
<i>dont cancer de la prostate</i>	52	5,3
<i>dont cancer du poumon</i>	43	4,4
Maladies de l'appareil respiratoire	90	9,1
Autres	236	23,9
<b>Total</b>	<b>988</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	441	38,9
Tumeurs	231	20,3
<i>dont cancer du sein</i>	37	3,3
<i>dont cancer de l'intestin</i>	33	2,9
Maladies de l'appareil respiratoire	110	9,7
Morts violentes	71	6,2
Symptômes et états morbides mal définis	62	5,5
Autres	219	19,3
<b>Total</b>	<b>1134</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM SC8

### ● Entre 15 et 34 ans : les morts violentes

Sur les 67 décès survenus en moyenne chaque année en Mayenne, entre 1995 et 1997 chez les personnes âgées de 15 à 34 ans, 76% concernent les hommes.

Avec 43 décès annuels, les morts violentes dominent très largement dans cette tranche d'âge : elles sont en cause dans la moitié des décès féminins et près de 70% des décès masculins. Il s'agit essentiellement de décès par accidents de la route et par suicide.

Loin derrière avec en moyenne 7 décès par an, les tumeurs constituent la seconde grande cause de mortalité des 15-34 ans.

Les décès dus à une maladie de l'appareil circulatoire ne représentent, en Mayenne, que 6% des décès observés pour cette tranche d'âge, de 1995 à 1997.

### ● Entre 35 et 64 ans : les tumeurs

Entre 35 et 64 ans, les décès masculins sont 2 fois plus nombreux que les décès féminins.

Les tumeurs en sont la première cause, aussi bien chez les hommes (42% des décès) que chez les femmes (50%). Chez les hommes, on retrouve surtout les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (46% des tumeurs), affections très souvent liées à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac. Chez les femmes, il s'agit principalement (dans un tiers des cas) du cancer du sein.

Les morts violentes, dont notamment le suicide, sont à l'origine de 20% des décès chez les hommes de cette tranche d'âge, et de 18% chez les femmes.

Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire qui sont globalement en cause dans 15% des décès des 35-64 ans.

Les décès par maladies de l'appareil digestif représentent respectivement 8% et 5% des décès masculins et féminins observés en Mayenne entre 1995 et 1997, pour cette tranche d'âge. Ils sont dans les deux-tiers des cas dus à des cirrhoses du foie, pour les hommes comme pour les femmes.

### ● A partir de 65 ans : les décès par maladies cardio-vasculaires

C'est seulement à partir de 65 ans que les décès féminins deviennent plus nombreux que les décès masculins. Pour cette tranche d'âge, les décès par maladies cardio-vasculaires prédominent (37% des décès), suivis des décès par cancer (26%) (principalement des tumeurs de la prostate et du poumon chez les hommes, du sein et de l'intestin chez les femmes).

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la 3ème cause de mortalité pour cette classe d'âge. Ces décès sont le plus souvent dus à des pathologies pulmonaires obstructives (bronchite chronique), à des pneumonies et à des broncho-pneumonies.

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, on observe également avec une relative fréquence des décès par mort violente (chutes) (6% des décès féminins) et des décès d'origine mal définie, survenant aux âges avancés.

# VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

## ● Les troubles mentaux : 1er motif d'admission en affections de longue durée chez les 15-34 ans

Près de 230 personnes âgées de 15 à 34 ans ont été admises chaque année en Affection de Longue Durée (ALD) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie du département au cours de la période 1993-1995.

Les troubles mentaux (psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale) en sont le motif le plus fréquent, aussi bien chez les hommes (54 %) que chez les femmes (45 %).

Viennent ensuite, pour les 2 sexes, les tumeurs malignes (12% des causes d'admission en ALD) et les maladies de l'appareil digestif (10%).

## ● Entre 35 et 64 ans : les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires

Pour les personnes âgées de 35 à 64 ans, les principaux motifs d'entrée en ALD sont différents selon le sexe.

Chez les hommes, les maladies cardio-vasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD (29 %). Elles sont suivies par les cancers (27 %), puis par les troubles mentaux (16%), et par le diabète et autres maladies métaboliques (14%).

Chez les femmes, les cancers (36 %) devançant nettement les troubles mentaux et les maladies cardio-vasculaires, qui représentent respectivement 22% et 16 % des motifs d'admissions en ALD à cet âge.

## ● Après 64 ans : prédominance des maladies cardio-vasculaires

Près des deux-tiers des entrées en ALD ont lieu à partir de 65 ans. Les maladies cardio-vasculaires représentent la moitié des admissions pour cette classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

Les cancers sont à l'origine de 31 % des mises en ALD chez les hommes et 23 % chez les femmes.

Par ailleurs, les troubles mentaux restent un motif d'entrée en ALD relativement fréquent chez les femmes (14%).

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

## Principaux motifs d'admission en affection de longue durée en Mayenne en 1993-95 (moyenne annuelle)

### 15 à 34 ans

HOMMES	Effectif	%
Troubles mentaux	68	49,9
Tumeurs malignes	13	9,5
Maladies de l'appareil digestif	11	7,8
<i>dont mal. chroniq. actives du foie et cirrh.</i>	3	2,2
<i>dont recto-colite hémorragiques - crohn</i>	8	5,6
Diabète et autres maladies métaboliques	7	5,4
Maladies du système ostéo-articulaire	6	4,1
Autres	21	15,6
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Troubles mentaux	45	40,0
Tumeurs malignes	14	12,4
Maladies de l'appareil digestif	12	10,3
<i>dont mal. chroniq. actives du foie et cirrh.</i>	2	2,1
<i>dont recto-colite hémorragiques - crohn</i>	9	8,2
Maladies du système ostéo-articulaire	7	6,5
Diabète et autres maladies métaboliques	5	4,1
Autres	19	16,5
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

### 35 à 64 ans

HOMMES	Effectif	%
Maladies cardio-vasculaires	176	27,7
Tumeurs malignes	164	25,8
Troubles mentaux	96	15,1
Diabète et autres maladies métaboliques	82	12,9
Maladies de l'appareil digestif	25	3,9
<i>dont mal. chroniq. actives du foie et cirrh.</i>	21	3,3
<i>dont recto-colite hémorragiques - crohn</i>	4	0,7
Autres	67	10,6
<b>Total</b>	<b>634</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Tumeurs malignes	176	36,4
Troubles mentaux	107	22,2
Maladies cardio-vasculaires	77	15,9
Diabète et autres maladies métaboliques	46	9,5
Maladies du système ostéo-articulaire	20	4,1
Autres	57	11,8
<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>

### 65 ans et plus

HOMMES	Effectif	%
Maladies cardio-vasculaires	441	48,5
Tumeurs malignes	278	30,6
Troubles mentaux	54	5,9
Diabète et autres maladies métaboliques	47	5,2
Maladies de l'appareil respiratoire	33	3,6
Autres	56	6,2
<b>Total</b>	<b>909</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Maladies cardio-vasculaires	438	47,5
Tumeurs malignes	211	23,0
Troubles mentaux	130	14,1
Diabète et autres maladies métaboliques	60	6,5
Maladies du système nerveux	26	2,8
Autres	56	6,0
<b>Total</b>	<b>921</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation O.R.S.

# VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

---

## CONTEXTE NATIONAL

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Au cours de la période 1993-1995, près de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus, en France comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée définie comme la mortalité survenant avant 65 ans. L'espérance de vie à la naissance atteignant en France 74 ans chez les hommes et 82 ans chez les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

Durant les années 1993-1995, les décès prématurés ont concerné un peu moins de 120 000 personnes chaque année en France, soit environ 22 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Elle dépasse 30 % chez les hommes et n'atteint pas 14 % chez les femmes. Les décès prématurés sont donc proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes.

L'intensité de la mortalité prématurée est plus élevée en France que dans les pays européens voisins. La surmortalité française est plus accentuée pour les hommes que les femmes et l'écart avec les autres pays a progressé depuis dix ans. Ainsi le paradoxe français est-il de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union Européenne et une mortalité prématurée défavorable.

Une partie de cette mortalité s'avère "évitable". Plus de la moitié des décès survenant avant 65 ans est due à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes. On peut associer à chaque cause de décès évitable une modalité d'action qui serait la plus efficace pour la prévenir. Deux catégories d'actions ont été déterminées. La première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière..., la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le dépistage. Les actions visant à modifier les comportements individuels concernent environ les deux tiers des décès évitables et celles visant à améliorer la prise en charge des patients l'autre tiers. Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités que par l'autre.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Chaque année, dans le département, 500 décès concernent des personnes de moins de 65 ans et peuvent être considérés comme prématurés. Cette mortalité est pour une grande majorité masculine (70% des décès prématurés).
- La mortalité prématurée de la Mayenne est inférieure de près de 8% à la moyenne nationale (-10% chez les hommes, la sous-mortalité observée chez les femmes n'est pas significative).
- Plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités, sans que cela nécessite des équipements nouveaux ou des connaissances médicales supplémentaires.
- La mortalité prématurée a diminué de 12% chez les hommes, entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997.

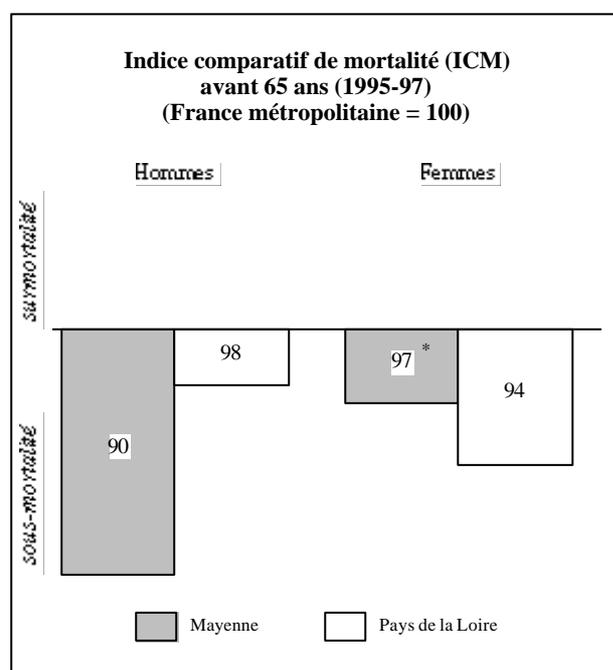
### ● Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne nationale

Durant la période 1995-1997, près de 500 personnes âgées de moins de 65 ans sont décédées, en moyenne chaque année, dans le département (340 hommes et 150 femmes). Ces décès prématurés représentent 19% de l'ensemble des décès. Mais cette proportion est deux fois plus importante chez les hommes (26%) que chez les femmes (12%).

La mortalité prématurée chez les hommes est nettement moins élevée en Mayenne que dans les Pays de la Loire et en France. L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) masculin est ainsi de 90 pour le département et de 98 pour la région (pour une valeur nationale égale à 100).

La sous-mortalité prématurée observée chez les femmes, dans le département, n'est pas significative.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avant 65 ans étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

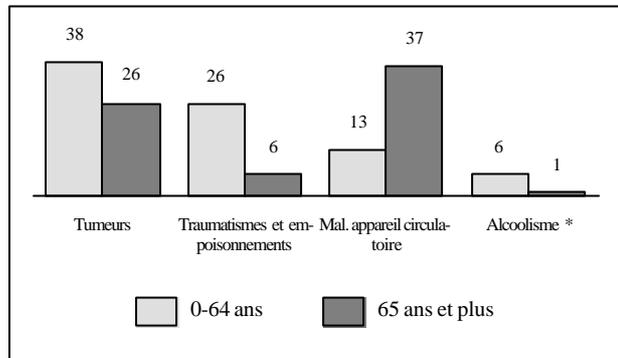


Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Répartition (en %) des causes de décès selon l'âge en Mayenne en 1995-97



Source : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

\* Y compris psychose alcoolique et cirrhose alcoolique

Causes à l'origine des décès avant 65 ans selon le sexe en Mayenne en 1995-97

	Hommes		Femmes	
	Nombre*	%	Nombre*	%
<b>Tumeurs</b>	<b>119</b>	<b>34,7</b>	<b>68</b>	<b>44,3</b>
cancers poumon	30	8,7	4	2,6
" VADS**	22	6,5	2	1,5
" intestin	8	2,3	3	2,2
" sein	-	-	21	13,7
" utérus	-	-	5	3,0
<b>Trauma. et empoison.</b>	<b>94</b>	<b>27,6</b>	<b>33</b>	<b>21,7</b>
accidents circulation	31	9,0	9	5,9
suicides	36	10,5	16	10,2
<b>Mal. ap. circulatoire</b>	<b>46</b>	<b>13,5</b>	<b>17</b>	<b>10,8</b>
cardio. ischémiques	21	6,0	3	2,0
mal. vasc. cérébrales	8	2,3	4	2,4
<b>Alcoolisme***</b>	<b>25</b>	<b>7,3</b>	<b>4</b>	<b>2,8</b>
<b>Sida</b>	<b>6</b>	<b>1,7</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>
<b>Autres causes</b>	<b>52</b>	<b>15,2</b>	<b>30</b>	<b>19,7</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

\* Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans

\*\* Voies aéro-digestives supérieures

\*\*\* Y compris psychose alcoolique et cirrhose alcoolique

Évolution de la mortalité avant 65 ans en Mayenne entre 1988-90 et 1995-97 (taux comparatifs pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes	
	1988-90	1995-97	1988-90	1995-97
<b>Toutes causes</b>	<b>327,3</b>	<b>289,1</b>	<b>133,7</b>	<b>129,4</b>
Tumeurs	104,4	100,7	51,7	56,5
Trauma. et empoison.	99,5	79,9	27,2	28,7
Mal. ap. circulatoire	50,4	39,1	11,4	13,6
Alcoolisme*	23,5	20,9	11,1	3,8
Sida	1,5	4,6	0,3	0,9

Sources : INSERM SC8; INSEE (RP, estimations)

Exploitation O.R.S.

\* Y compris psychose alcoolique et cirrhose alcoolique

## ● A l'origine de la mortalité prématurée : les suicides, les accidents de la circulation et les cancers

Avant 65 ans, quatre grandes causes sont à l'origine de plus de 8 décès sur 10 en Mayenne. Il s'agit des tumeurs (38% des décès), des traumatismes et empoisonnements (morts violentes) (26%), des maladies cardio-vasculaires (13%) et des maladies directement attribuées à l'alcoolisme (psychose et cirrhose alcooliques : 6%).

Les morts violentes sont 4 fois plus nombreuses dans cette classe d'âge que pour les personnes âgées de 65 ans et plus, mais, a contrario, les maladies cardio-vasculaires sont beaucoup moins fréquentes.

## ● Les décès prématurés sont 2 fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes

### - Pour les hommes :

Les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes de moins de 65 ans, en Mayenne (près d'un décès sur 10). Les accidents de la circulation sont à l'origine, quant à eux, de 9% des décès prématurés.

Les décès par cancers du poumon, souvent liés à la consommation de tabac, et les décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures, liés à la consommation associée de tabac et d'alcool, sont fréquents avant 65 ans. Ces deux localisations représentent, pour cette tranche d'âge, près de la moitié des décès par cancers masculins ; et sont respectivement à l'origine de 9% et 7% des décès prématurés.

Enfin, les maladies directement attribuées à l'alcoolisme sont à l'origine de 7% des décès prématurés masculins.

### - Pour les femmes :

Le cancer du sein constitue de loin la première cause de mortalité chez les mayennaises de moins de 65 ans (14% des décès). Viennent ensuite les suicides (10%) et les accidents de la circulation (6%).

## ● Une mortalité prématurée qui diminue chez les hommes

Entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997, pour le département, la mortalité prématurée (toutes causes confondues) a significativement diminué chez les hommes : le taux de mortalité est ainsi passé de 327 à 289 pour 100 000 habitants (soit 12% de baisse). La plus importante baisse concerne les maladies cardio-vasculaires dont le taux comparatif de mortalité a diminué de 22% entre ces deux périodes.

Chez les femmes, la seule évolution significative de la mortalité prématurée concerne les maladies liées à l'alcoolisme dont le taux de mortalité est passé de 11 à 4 pour 100 000 habitants entre 1988-1990 et 1995-1997.

**Le taux comparatif de mortalité** ou **taux standardisé direct** est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.



# LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

## ● Plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités

Dans les conditions sanitaires et sociales françaises, 56% des décès prématurés masculins et 51% des décès prématurés féminins survenus en Mayenne peuvent être considérés comme "évitables", selon les critères utilisés dans le cadre de recherches menées au niveau européen par l'INSERM (voir encadré ci-dessous).

Les actions capables d'en diminuer la fréquence diffèrent selon le sexe. Chez les hommes, dans 81% des cas, elles passent par des modifications de comportements à risque. Pour les femmes, il s'agit autant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge par le système de soins, que d'entreprendre des actions sur les facteurs de risque individuels.

Cette différence d'approche est particulièrement frappante dans le cas des cancers. Chez les hommes, 91% des tumeurs "évitables" seraient dues à des facteurs comportementaux (consommation excessive d'alcool, de tabac...). Chez les femmes, 83% des cancers "évitables" pourraient être prévenus par une meilleure utilisation du système de soins (actions de dépistage des cancers du sein, de l'utérus...).

**Définition :** Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

Les travaux européens classent les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

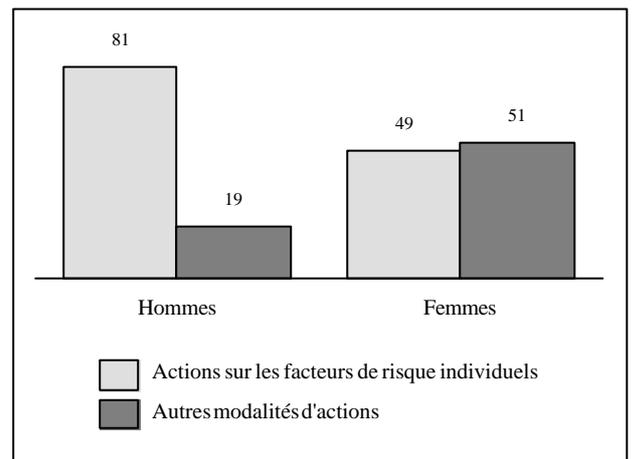
## Répartition des décès avant 65 ans en Mayenne selon leur caractère "évitable" en 1995-97

	Hommes		Femmes	
	Nombre*	%	Nombre*	%
Décès "évitables"	192	56,1	78	50,8
<i>facteurs de risques individuels</i>	155	45,3	38	24,7
<i>autres</i>	37	10,8	40	26,0
Autres décès	150	43,9	76	49,2
<b>Total décès prématurés</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM SC8, estimation FNORS

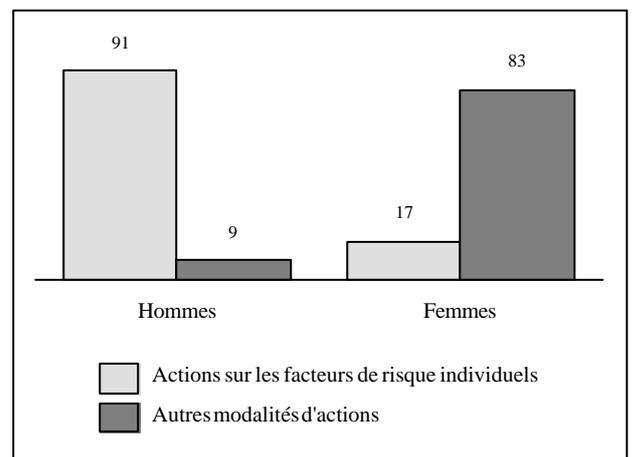
\* Nombre annuel moyen

## Répartition (en %) des décès "évitables" selon le type d'actions pour les prévenir en Mayenne en 1995-97



Source : INSERM SC8, estimation FNORS

## Répartition (en %) des cancers "évitables" selon le type d'actions pour les prévenir en Mayenne en 1995-97



Source : INSERM SC8, estimation FNORS

# LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

---

## CONTEXTE NATIONAL

En France, comme dans tous les pays développés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation.

Pendant la période 1993-95, les affections cardio-vasculaires ont provoqué environ 171 000 décès par an. Mais, depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue. Cette baisse est particulièrement liée à celle des décès par accidents vasculaires cérébraux (-32% en 12 ans) qui sont devenus moins fréquents que les décès par infarctus du myocarde (-8% en 12 ans).

La mortalité par maladie cardio-vasculaire varie considérablement selon les pays. Actuellement, la France se situe parmi les pays qui ont les plus faibles taux de mortalité pour chacune des principales affections cardio-vasculaires.

Les données de morbidité cardio-vasculaires sont, en France, très parcellaires. Différentes sources permettent néanmoins d'approcher l'ampleur de cette morbidité. Les enquêtes de morbidité hospitalière menées par le ministère chargé de la santé montrent qu'environ 12% des hospitalisations sont motivées par ces affections. D'autre part, environ 225 000 admissions en affections de longue durée ont été prononcées chaque année (pendant la période 1993-95) pour une pathologie cardio-vasculaire. Enfin, il existe trois registres des cardiopathies ischémiques (Haute-Garonne, Bas-Rhin, et communauté urbaine de Lille) intégrés à un programme international (proj et Monica, coordonné par l'OMS et réalisé dans 27 pays depuis 1984). Ces registres permettent d'apprécier l'incidence et les tendances évolutives de la pathologie coronaire aiguë. Ils ne concernent que les personnes âgées de 25 à 64 ans. Les premiers résultats montrent la grande disparité géographique de la maladie, avec une incidence plus élevée dans les pays du Nord et de l'Est de l'Europe.

Plusieurs facteurs de risque influencent l'apparition de ces pathologies et sont souvent associés : hypertension, cholestérol, diabète, tabagisme, alimentation et modes de vie. La réduction de ces risques passe non seulement par des actions collectives auprès du grand public, mais aussi par l'action de tous les professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de la maladie. En effet, un grand nombre de décès liés à ces affections sont considérés comme prématurés (environ 13 000 décès surviennent avant 65 ans en 1993-95), et une partie d'entre eux pourraient être évités grâce à une action sur les facteurs de risque ou par une meilleure prise en charge par les différents acteurs du système de soins.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Avec en moyenne 840 décès par an, les affections cardio-vasculaires sont la cause de décès la plus fréquente en Mayenne. Ces décès concernent principalement des personnes âgées: environ 780 d'entre eux surviennent après 65 ans.
- La mortalité cardio-vasculaire départementale est inférieure à la moyenne nationale de 8% pour les hommes et de 5% pour les femmes.
- Les taux comparatifs de mortalité ont nettement baissé pour les 2 principales pathologies cardio-vasculaires, depuis la fin des années 80.
- Par ailleurs, les affections cardio-vasculaires sont à l'origine de plus de 1 100 admissions en affections de longue durée chaque année. Les artériopathies chroniques et évolutives pour les hommes, et l'hypertension artérielle sévère pour les femmes, en sont les motifs les plus fréquents (avec respectivement 35% et 28% des entrées).

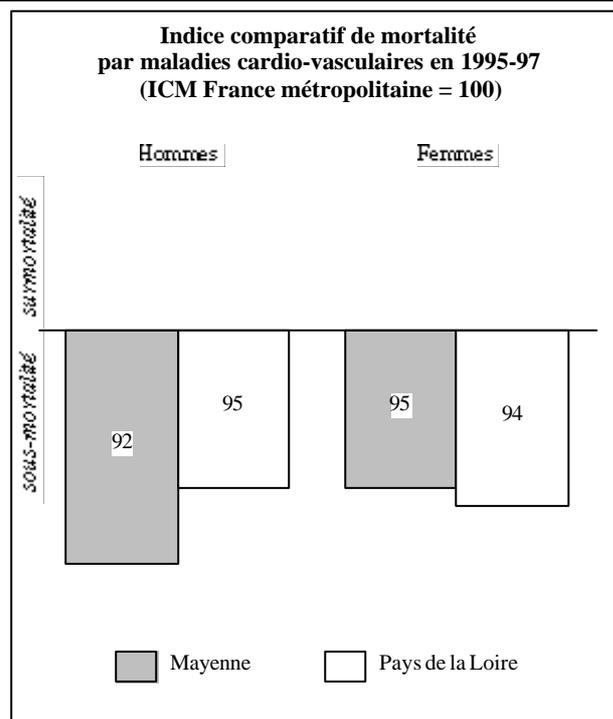
### ● Une mortalité cardio-vasculaire inférieure à la moyenne nationale

Entre 1995 et 1997, plus de 840 habitants de la Mayenne sont décédés en moyenne chaque année de maladies cardio-vasculaires. Ces décès concernent principalement les personnes âgées (93% des décès surviennent à partir de 65 ans) et les femmes (54% des décès). Les maladies cardio-vasculaires représentent d'ailleurs la première cause de décès chez les femmes (36% des décès féminins).

La mortalité par maladie cardio-vasculaire observée en Mayenne est inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (-8%) comme chez les femmes (-5%).

Les écarts de mortalité cardio-vasculaire entre les départements des Pays de la Loire sont importants. L'indice comparatif de mortalité varie ainsi de 87 pour la Sarthe à 101 pour la Loire-Atlantique.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5% est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.**



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

# LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

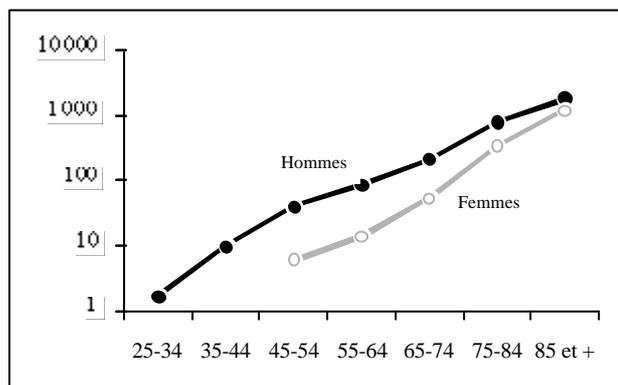
## Mortalité par affections cardio-vasculaires en Mayenne en 1995-97

	Nombre moyen annuel de décès	ICM
<b>Cardiopathies ischémiques</b>		
Hommes	121	88,7
Femmes	94	83,4
<b>Maladies vasculaires cérébrales</b>		
Hommes	91	95,3*
Femmes	122	89,6

Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil 5%

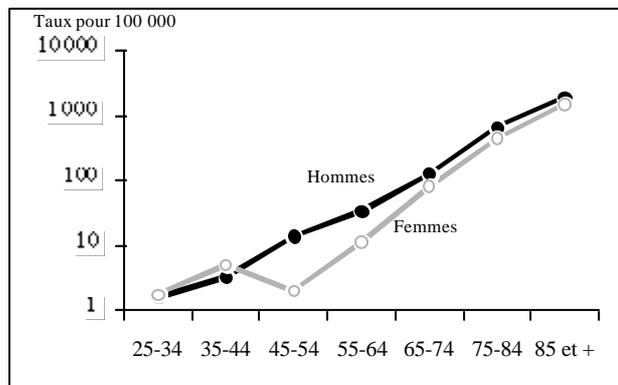
## Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques par âge et sexe en Mayenne en 1995-97



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

## Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales par âge et sexe en Mayenne en 1995-97



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

### ● Une sous-mortalité qui se retrouve pour les deux principales pathologies cardio-vasculaires

Les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine de la moitié des décès par affections cardio-vasculaires (51%).

La sous-mortalité départementale observée sur l'ensemble des affections cardio-vasculaires se retrouve pour ces deux pathologies, chez les hommes comme chez les femmes.

### ● Les cardiopathies ischémiques : première cause de mortalité cardio-vasculaire chez les hommes de moins de 75 ans

Entre 1995 et 1997, plus de 210 mayennais sont décédés en moyenne chaque année d'une cardiopathie ischémique, dont 56% d'hommes.

Les décès masculins sont plus précoces : 40% d'entre eux surviennent avant 75 ans chez les hommes, 12% chez les femmes. A structure par âge identique, la surmortalité masculine apparaît très nettement, avec un taux comparatif de mortalité 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les écarts s'estompent cependant avec l'âge.

Les cardiopathies ischémiques constituent la première cause de décès d'origine cardio-vasculaire chez les hommes de moins de 75 ans (40% des décès par maladie cardio-vasculaire).

### ● Les maladies vasculaires cérébrales : 8 décès sur 10 ont lieu à partir de 75 ans

Sur la période 1995-1997, environ 210 personnes du département sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie vasculaire cérébrale. 81% d'entre elles avaient 75 ans ou plus.

Dans 57% des cas, les décès par maladies vasculaires cérébrales concernent les femmes. Cependant, à structure par âge identique, les hommes présentent globalement une mortalité plus élevée, avec un taux comparatif supérieur de près de 50% à celui des femmes. Les écarts s'estompent cependant avec l'âge.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).  
Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

# LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

## ● Les taux comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires diminuent

Entre 1988-1990 et 1995-1997, le nombre moyen de décès annuels par maladies cardio-vasculaires a légèrement augmenté, passant de 820 à 840. Cependant, si l'on tient compte de l'évolution de la structure par âge de la population, la mortalité a baissé de près de 10% pour les hommes, et de 16% pour les femmes. Cette baisse de la mortalité s'observe notamment pour les cardiopathies ischémiques et pour les maladies vasculaires cérébrales.

- Le nombre annuel moyen de décès par **cardiopathies ischémiques** est passé d'environ 228 à 214 entre ces deux périodes, ce qui correspond à une baisse de la mortalité de 14% pour les hommes et de 24% pour les femmes.

La diminution de la mortalité prématurée (avant 65 ans), est notable puisqu'elle atteint -13% dans le département.

- Les **maladies vasculaires cérébrales** ont été à l'origine de 213 décès en moyenne chaque année, entre 1995 et 1997, contre 212 pour la période 1988-1990. A structure par âge comparable, ce résultat correspond à une diminution de 11% des taux de mortalité masculins et de 16% des taux féminins.

L'évolution de la mortalité par maladie vasculaire cérébrale diffère selon l'âge : le nombre de décès dus à cette pathologie diminue pour les moins de 65 ans (-24%) mais s'accroît chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (+3%).

## ● Plus de 1 100 admissions en ALD sont, chaque année, liées à des maladies cardio-vasculaires

Sur les 3 244 personnes admises en affections de longue durée en moyenne chaque année au cours de la période 1993-1995, 1 138 (soit 35%) l'ont été pour une affection cardio-vasculaire. Les motifs d'admission diffèrent selon le sexe.

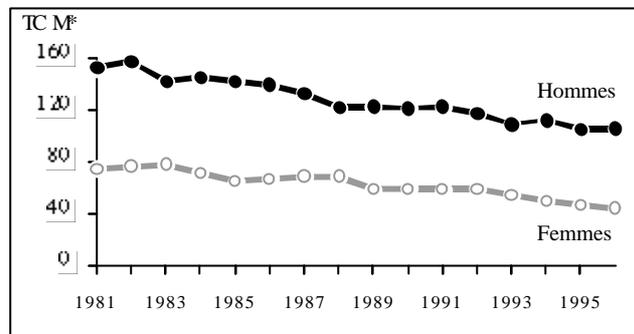
Pour les hommes, ce sont les artériopathies chroniques et évolutives qui constituent le motif d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires le plus fréquent (35% des cas). Pour ces pathologies, le tabac est un facteur de risque important.

Pour les femmes, la première cause d'admission en ALD est l'hypertension artérielle sévère (28% des entrées).

Les insuffisances cardiaques et les cardiopathies congénitales constituent également un motif important de mise en ALD chez les hommes comme chez les femmes (28% des admissions, en moyenne).

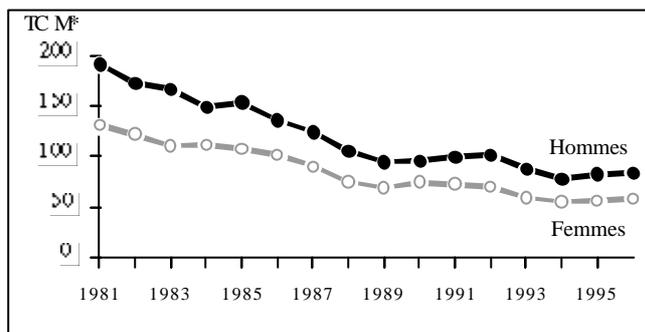
Enfin, chaque année, près de 150 personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral invalidant et plus de 80 individus ayant eu un infarctus du myocarde sont admis en ALD.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques en Mayenne entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 habitants)



Sources: INSERM SC8; INSEE (RP; estimations) Exploitation ORS.  
\*Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

Évolution des taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en Mayenne entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 habitants)



Sources: INSERM SC8; INSEE (RP; estimations) Exploitation ORS.  
\*Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

## Admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires en Mayenne en 1993-95 (moyenne annuelle)

Affections	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Artériopathie chronique et évolutive	216	34,8	127	24,6
Insuffisance cardiaque et cardiopathies congénitales	175	28,2	144	27,7
Hypertension artérielle sévère	100	16,1	145	28,0
Accident vasculaire cérébral invalidant	78	12,6	71	13,8
Infarctus du myocarde (- 6 mois)	51	8,2	31	5,9
<b>Total</b>	<b>620</b>	<b>100,0</b>	<b>518</b>	<b>100,0</b>

ORS.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

---

## CONTEXTE NATIONAL

Selon les estimations établies par le Réseau français des Registres des cancers (Francim), le nombre de nouveaux cas annuels de cancers diagnostiqués en France est passé de 189 000 à 240 000 entre 1985 et 1995. Cette augmentation de l'incidence est liée en partie à l'accroissement du vieillissement de la population. Mais elle résulte également de l'augmentation de la fréquence des cancers puisque les taux d'incidence (standardisés sur la population mondiale) sont passés de 299 à 319 pour 100 000 chez les hommes et de 185 à 212 chez les femmes.

Environ un million de séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée ont été motivés en 1993 par une pathologie tumorale (dont 700 000 par une tumeur maligne), ce qui représente 8,4% de l'ensemble des séjours (Enquête de morbidité hospitalière du Ministère de la Santé, 1993).

Les pathologies tumorales sont la première cause de mortalité chez l'homme à l'origine de 32% des décès entre 1993 et 1995 et la deuxième chez la femme (23%) après les maladies de l'appareil circulatoire (36%). Chaque année, on enregistre environ 146 000 décès par tumeur, dont 60% chez les hommes et 70% chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Les deux principales localisations cancéreuses causes de décès chez l'homme sont le poumon (20 000 décès par an) et la prostate (9 300 décès par an) ; chez la femme, ce sont le sein (10 700 décès par an) et l'intestin (7 900).

Les principaux facteurs de risque des cancers sont les facteurs nutritionnels (35% de la mortalité par cancer), le tabac (22%) et l'alcool (12%).

On estime qu'environ 20% des décès prématurés (avant 65 ans) par cancer sont évitables ; chez l'homme 90% d'entre eux pourraient être évités par des actions de prévention portant sur les facteurs de risques individuels, tandis que chez la femme 80% pourraient être évités par des actions de dépistage et une meilleure prise en charge par le système de soins.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

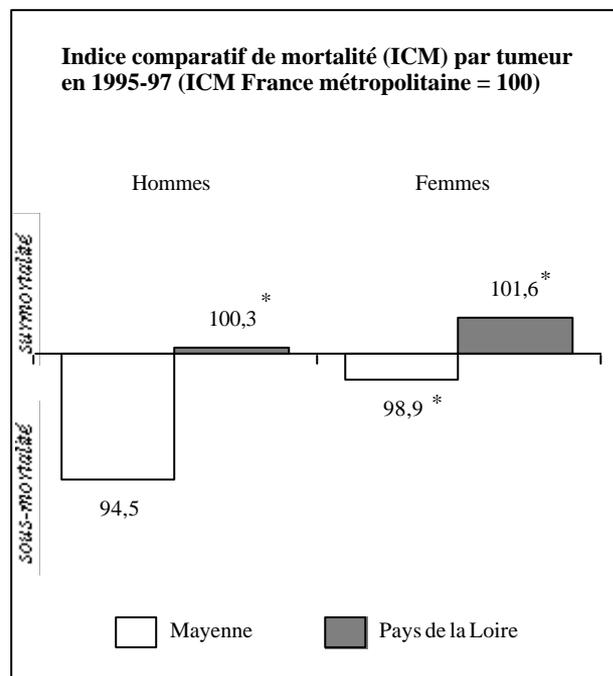
- Le cancer est, après les maladies cardio-vasculaires, la seconde cause de mortalité dans le département, à l'origine d'environ 740 décès chaque année.
- Dans le département, 60% des décès par tumeur concernent les hommes, et 25% surviennent avant 65 ans.
- La mortalité par cancer est inférieure à la moyenne nationale de près de 3% (-6% chez les hommes, la sous-mortalité observée chez les femmes n'est pas significative).
- Entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997, la mortalité par cancer est restée stable, chez les hommes comme chez les femmes.

### ● Une mortalité par tumeur inférieure à la moyenne française, chez les hommes

Entre 1995 et 1997, environ 740 habitants de la Mayenne sont décédés en moyenne chaque année d'une tumeur, 60% de ces décès concernaient les hommes. Les cancers représentent la seconde cause de mortalité dans le département (28% de l'ensemble des décès), après les maladies cardio-vasculaires (32%).

A structure d'âge comparable, la mortalité par tumeur chez les hommes, dans la Mayenne, est inférieure à la moyenne nationale (-6%). Cet indice de mortalité se distingue aussi par rapport à la région, qui connaît globalement une mortalité comparable à la moyenne française. Chez les femmes, l'indice comparatif de mortalité de la Mayenne n'est pas significativement différent de la moyenne française, tout comme au plan régional.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.**

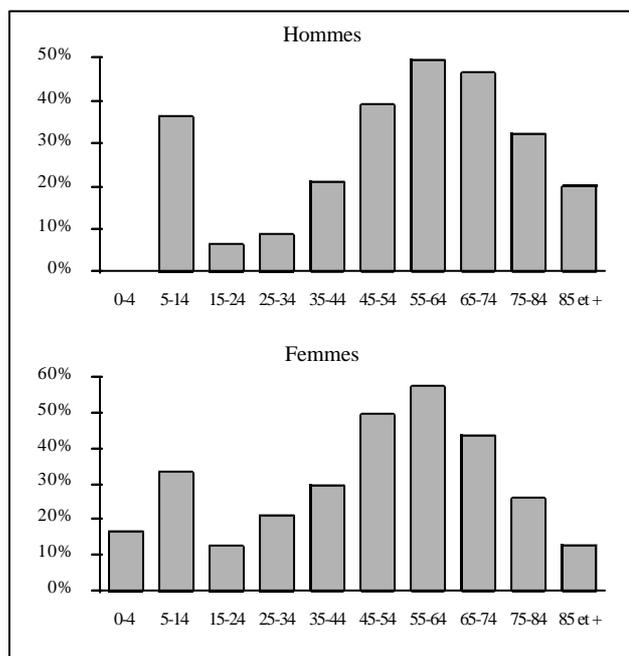


Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE estimations au 1/1/1996 et 1/1/1997

\* Différence non significative au seuil de 5 %

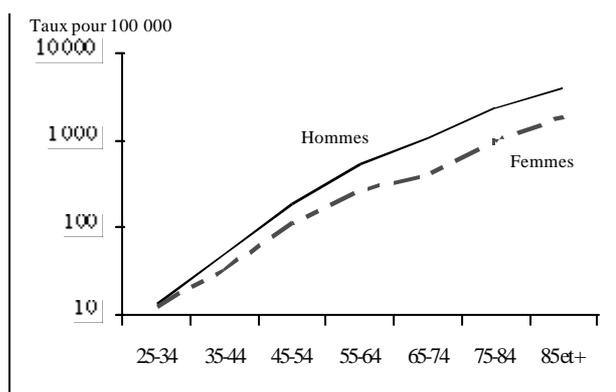
# LES TUMEURS

## La part des tumeurs parmi l'ensemble des décès en Mayenne pour la période 1995-97



Source : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.

## Taux de mortalité par tumeur selon l'âge et le sexe en Mayenne en 1995-97

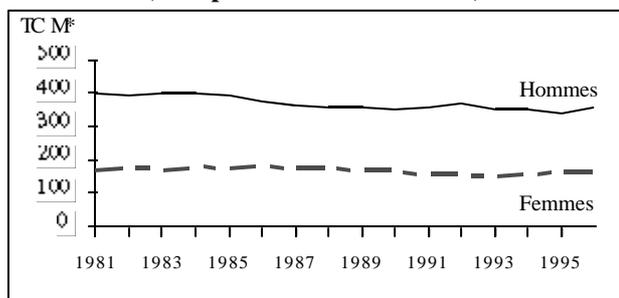


Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.

INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

## Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeur en Mayenne entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8, INSEE Exploitation O.R.S.

\*Taux comparatif de mortalité (données lissées sur 3 ans)

### ● Un poids des tumeurs dans la mortalité générale maximum pour les 55-64 ans

Globalement en Mayenne, les tumeurs sont à l'origine de 28% de l'ensemble des décès. Mais le poids de la mortalité par tumeur dans la mortalité générale est proportionnellement plus important chez les hommes (33%) que chez les femmes (23%).

Par ailleurs, la part de la mortalité par tumeur dans la mortalité générale augmente régulièrement avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

C'est entre 55 et 64 ans, chez l'homme comme chez la femme, que le poids relatif des tumeurs est maximum (atteignant respectivement 50% et 57% des décès toutes causes confondues).

Au-delà de 65 ans, la part relative des tumeurs dans la mortalité diminue, en raison de l'augmentation très importante de la mortalité cardio-vasculaire.

### ● La surmortalité masculine concerne toutes les classes d'âge

Les taux de mortalité par tumeur restent assez faibles jusqu'à 25 ans. Mais ensuite, leur progression est brutale. Ainsi le taux de mortalité est multiplié par 3 entre les classes d'âge 25-34 ans et 35-44 ans, et par 4 entre les classes 35-44 ans et 45-54 ans. Il croît ensuite de façon continue jusqu'aux âges avancés de la vie.

La surmortalité masculine s'observe pour toutes les classes d'âge et l'écart hommes-femmes s'accroît avec l'âge. A partir de 60 ans, les taux de mortalité par tumeur masculins sont environ 2 fois plus élevés que les taux féminins.

### ● La mortalité par tumeur reste stable

Entre 1988-1990 et 1995-1997, le nombre moyen annuel de décès par tumeur est passé de 660 à 740, soit une augmentation de 12%. Cette progression est principalement liée au vieillissement de la population départementale. En effet, en neutralisant l'effet de l'évolution de la structure par âge de la population, on observe, en Mayenne, au cours de cette période, une relative stabilité de la mortalité par tumeur, chez les hommes comme chez les femmes.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*



● **Dix localisations représentent 78 % de l'ensemble des décès par tumeur**

**Cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes**

Les localisations tumorales liées à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac -cancers pulmonaires et cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, larynx et l'œsophage)- sont à l'origine d'un tiers des décès par tumeur chez les hommes. Le cancer broncho-pulmonaire étant responsable à lui seul de 17% des décès masculins par tumeur.

Viennent ensuite les cancers de la prostate (13%) et de l'intestin (11%).

**Cancer du sein chez les femmes**

Le cancer du sein est la première cause de mortalité féminine par cancer, avec 19% des décès par tumeur. Les décès dus aux cancers de l'intestin sont également assez nombreux (12% des décès par cancer). Ces tumeurs sont 2 fois plus fréquentes que les tumeurs de l'ovaire et des annexes de l'utérus (6%).

Ces grandes tendances sont sensiblement les mêmes que celles observées dans les Pays de la Loire.

● **Chaque année, plus de 860 personnes sont admises en affection de longue durée pour cancer**

Entre 1993 et 1995, 863 personnes ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie de la Mayenne.

Les cancers sont ainsi à l'origine de 27% de l'ensemble des entrées en ALD pendant cette période.

Plus de la moitié des personnes concernées sont des hommes, et 60% des admissions masculines ont lieu à partir de 65 ans. Chez les femmes, en raison notamment des cancers du sein qui touchent des personnes relativement jeunes, les admissions en ALD sont proportionnellement plus nombreuses avant 65 ans.

**Décès par tumeur pour les 10 premières localisations cancéreuses en Mayenne (1995-97)**  
(Effectifs annuels moyens)

Hommes	Effectif	%	% Région
Trachée, bronches, poumons	73	16,5%	17,6%
Prostate	57	12,8%	11,6%
Intestin	46	10,5%	10,2%
Digestif autre	41	9,3%	11,6%
Estomac	29	6,6%	4,5%
Oesophage	27	6,2%	4,7%
Sièges autres, sans précision	27	6,2%	6,5%
Lèvres-Oro-Pharynx	24	5,5%	5,2%
Autres parties app. respiratoire	15	3,4%	4,3%
Pancréas	12	2,8%	3,5%

Femmes	Effectif	%	% Région
Sein	58	19,4%	19,3%
Intestin	36	12,2%	13,9%
Sièges autres, sans précision	26	8,8%	9,0%
Digestif autre	22	7,5%	7,2%
Ovaires, autres annexes de l'utérus	19	6,3%	5,9%
Pancréas	16	5,2%	4,7%
Estomac	15	5,0%	4,1%
Utérus	14	4,8%	4,7%
Leucémies	13	4,2%	3,8%
Tumeurs à évolution imprévisible	12	4,0%	3,3%

Source : INSERM

Exploitation O.R.S.

**Les admissions en affection de longue durée pour cancer en Mayenne en moyenne en 1993-1995**

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	4	0,9	3	0,7
15-34 ans	13	2,8	14	3,5
35-64 ans	164	35,7	176	43,6
65 ans et plus	278	60,6	211	52,3
<b>Total</b>	<b>459</b>	<b>100,0</b>	<b>404</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation O.R.S.

**Estimations FRANCIM** : Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres des cancers Francim qui couvrent environ 10% de la population française. Elles proviennent de 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Somme et Tarn. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.

# LES TUMEURS

---

## CONTEXTE NATIONAL

Le cancer colo-rectal est le plus fréquent des cancers chez les hommes après celui de la prostate et celui du poumon, et chez les femmes après le cancer du sein. On estime qu'une personne sur 25 en sera atteinte au cours de son existence, le plus souvent après 45 ans. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), est d'environ 36 000 pour l'année 1995 en France métropolitaine. Entre 1985 et 1995, ce nombre a augmenté en France de 19 % chez les hommes comme chez les femmes. Pendant ces dix ans, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a augmenté dans les mêmes proportions : il est passé de 34 à 41 pour 100 000 chez les hommes, et de 22 à 26 pour 100 000 chez les femmes. Globalement, l'incidence du cancer du côlon augmente alors que celle du rectum diminue légèrement.

La mortalité par cancer colo-rectal diminue chez les hommes comme chez les femmes ; néanmoins, ce cancer est responsable actuellement d'environ 16 000 décès chaque année et le taux de survie à cinq ans est d'environ 40 %.

Le risque de cancer colo-rectal est une fois et demi plus élevé chez l'homme que chez la femme, et augmente avec l'âge à partir de 45 ans. Il semble plus élevé dans les populations urbaines que dans les populations rurales. Il paraît également positivement corrélié au statut socio-économique. Une alimentation trop riche en graisse animale et pauvre en fibres est souvent associée au risque de cancer colo-rectal, et le tabac semble également en cause. Par ailleurs, plusieurs études récentes concluent en faveur du rôle protecteur de l'activité physique. De ce fait, la stratégie de prévention de ces cancers repose essentiellement sur le dépistage précoce. On peut distinguer actuellement plusieurs groupes d'individus à risque de cancer colo-rectal, pour lesquels la stratégie de dépistage ne doit pas être la même. Le groupe à haut risque est formé des sujets déjà traités pour un cancer ou un adénome colo-rectal, de leurs apparentés au premier degré et des femmes ayant eu un cancer du sein. Le groupe à très haut risque est constitué des personnes atteintes de polyposose adénomateuse familiale et de celles concernées par les cancers colo-rectaux héréditaires sans polyposose. Pour ces deux groupes, le dépistage repose sur une coloscopie. Les personnes de plus de 45 ans qui ne font pas partie des deux groupes précédents constituent la catégorie à risque moyen, pour lequel le dépistage repose sur un dépistage de masse. Dans ce cas, des études ont prouvé l'efficacité du dépistage par test de recherche de saignement dans les selles (Hémocult).

En février 2000, un programme cancer a été lancé par le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale. Il a pour objectif de renforcer la prévention, de généraliser le dépistage (celui du cancer colo-rectal n'est pas programmé précisément), d'améliorer la prise en charge, de garantir les droits des malades et de coordonner les efforts de recherche.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Environ 80 habitants du département décèdent chaque année d'un cancer colo-rectal.
- Dans 60% des cas, les cancers du côlon et du rectum concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.
- La mortalité par cancer du côlon-rectum est restée relativement stable au cours des 15 dernières années.
- Les admissions en affections de longue durée pour cancer colo-rectal représentent 10% des admissions en ALD pour cancer. Plus de la moitié de ces entrées concerne les hommes.

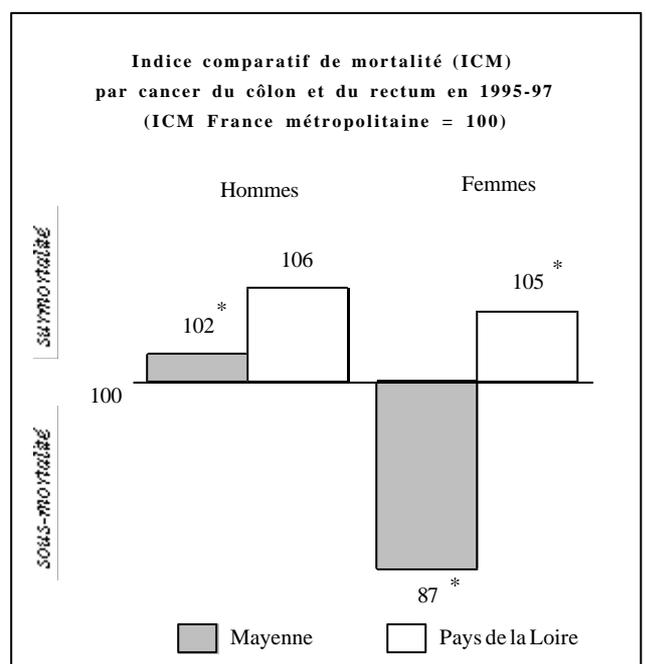
### ● Environ 80 décès par cancer colo-rectal chaque année en Mayenne

Entre 1995 et 1997, plus de 80 habitants de la Mayenne (46 hommes et 36 femmes) sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer du côlon ou du rectum.

Comparé à la moyenne nationale, le département connaît une sous-mortalité féminine par cancer colo-rectal (-13%). La mortalité masculine est, quant à elle, proche de la moyenne française.

Cependant étant donné les faibles effectifs concernés, il apparaît que ces différences ne sont statistiquement pas significatives.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil de 5 %

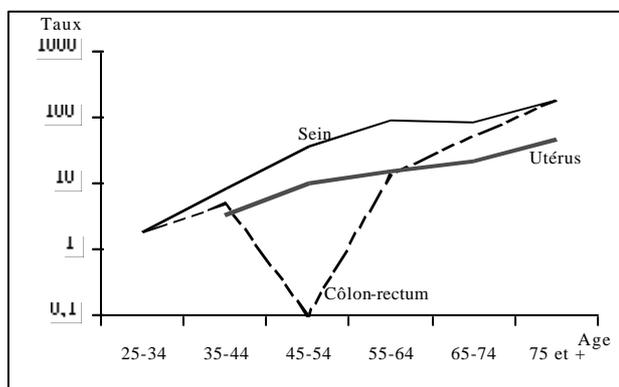
# LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

La mortalité par cancer du côlon et du rectum  
en Mayenne en 1995-1997  
(effectifs annuels et taux pour 100 000 habitants)

Age	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
< 25 ans	0	0,0	0	0,0
25-34 ans	0	1,7	0	1,8
35-44 ans	0	0,0	1	5,2
45-54 ans	2	14,1	0	0,0
55-64 ans	5	36,9	2	13,8
65-74 ans	13	98,9	8	53,2
75 ans et +	25	359,1	24	185,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>32,6</b>	<b>36</b>	<b>24,9</b>

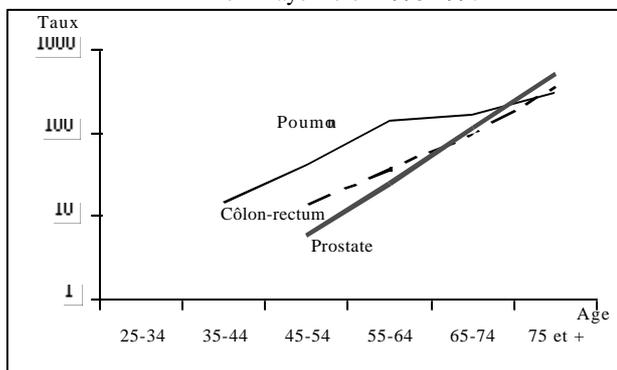
Sources : INSERM SC8, Exploitation O.R.S.  
INSEE estimations au 1/1/1996 et 1/1/1997

Taux de mortalité par âge pour 100 000 femmes  
par cancer du côlon-rectum, du sein et de l'utérus  
en Mayenne en 1995-1997



Sources : INSERM SC8, Exploitation O.R.S.  
INSEE estimations au 1/1/1996 et 1/1/1997  
Représentation logarithmique

Taux de mortalité par âge pour 100 000 hommes  
par cancer du côlon-rectum, du poumon et de la prostate  
en Mayenne en 1995-1997



Sources : INSERM SC8, INSEE RP 90, Exploitation O.R.S.  
INSEE estimations au 1/1/1996 et 1/1/1997  
Représentation logarithmique

## ● Un cancer surtout fréquent chez les personnes âgées

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux de mortalité par cancer colo-rectal augmentent fortement avec l'âge.

Chez les hommes, plus de la moitié des décès par cancer colo-rectal (55%) concernent des personnes âgées de plus de 75 ans.

Chez les femmes, ce sont plus des deux tiers des décès (68%) qui surviennent à partir de cet âge.

## ● Chez les femmes, moins de décès par cancer colo-rectal que par cancer du sein

Avec en moyenne 36 décès par an, le cancer colo-rectal est la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes, après le cancer du sein qui est à l'origine chaque année, dans le département, de 58 décès.

Les taux de mortalité féminins, par âge, pour le cancer du côlon-rectum restent toujours inférieurs aux taux de mortalité par cancer du sein, sauf à partir de 75 ans où le cancer colo-rectal rejoint le cancer du sein dans la mortalité féminine.

## ● Globalement moins de décès masculins par cancer colo-rectal que par cancer du poumon

Le cancer du poumon (73 décès par an en moyenne sur la période 1995-1997) et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (environ 61 décès) sont de loin les cancers les plus fréquemment en cause dans la mortalité masculine par cancer, en Mayenne. Avec environ 46 décès annuels, le cancer colo-rectal arrive au quatrième rang des causes de décès par cancer, après le cancer de la prostate (56 décès).

Si l'on considère l'évolution des taux de mortalité par classe d'âge des cancers du poumon, de la prostate et du côlon-rectum, on constate que le cancer colo-rectal se situe au deuxième rang derrière le cancer du poumon jusqu'à 65 ans. Entre 65 et 75 ans, le taux de mortalité par cancer du côlon-rectum passe au troisième rang derrière le taux de mortalité par cancer de la prostate. Et à partir de 75 ans, le cancer colo-rectal revient au second rang des causes de décès par tumeurs, devant le cancer du poumon et derrière le cancer de la prostate.

**Taux brut de mortalité :** le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de l'année dans une population donnée et l'effectif de cette population pour la même année.

**Taux de mortalité par tranche d'âge :** le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de l'année dans un groupe d'âge spécifique et l'effectif de la population de ce groupe d'âge pour la même année.

**Taux standardisés de mortalité ou taux comparatifs :** ils sont obtenus à l'aide de la méthode de standardisation directe. Cette méthode consiste à éliminer l'effet de la structure par âge de la population à l'étude en utilisant la structure par âge d'une population de référence, en l'occurrence la population féminine de la France entière de 1990.

# LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

● **La mortalité par cancer du côlon-rectum est restée relativement stable au cours des 15 dernières années**

Depuis le début des années 80, le nombre total annuel de décès par cancer du côlon a varié entre 60 et 90, avec toutefois une légère tendance évolutive à la hausse.

Mais cette dernière est vraisemblablement à rapporter au vieillissement de la population. En effet, les taux comparatifs de mortalité par cancer colo-rectal, qui permettent de prendre en compte, pour le département, les modifications de la structure par âge de la population, sont depuis 1981 relativement stables, en Mayenne comme dans les Pays de la Loire. Cette évolution est observée chez les hommes comme chez les femmes.

● **Près de 90 admissions annuelles en affection de longue durée pour cancer du côlon ou du rectum**

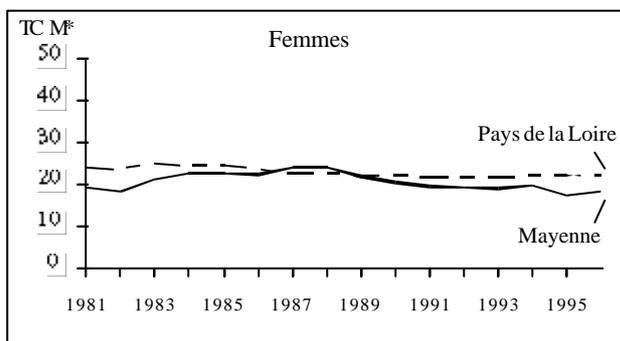
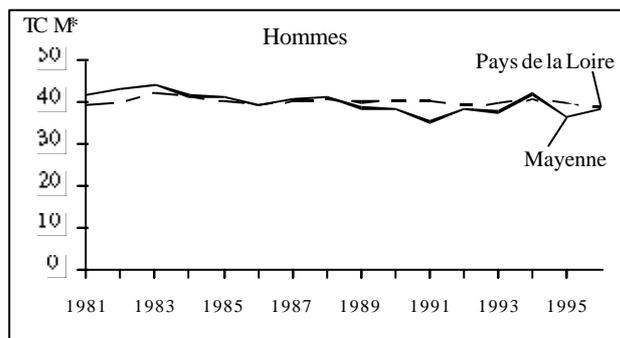
Entre 1993 et 1995, 87 personnes ont été admises en moyenne chaque année en Affections de Longue Durée (ALD) pour un cancer du côlon ou du rectum par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie du département : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes.

Le cancer colo-rectal est ainsi à l'origine de 3% des entrées totales en ALD et de 10% des admissions en ALD pour cancer.

53% de ces admissions concernent des hommes.

Les admissions sont surtout nombreuses à partir de 65 ans, chez les hommes (70% des admissions) comme chez les femmes (76%).

Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE RP90 et estimations de population.

\*\*Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

Admissions en affections de longue durée pour cancer du côlon et du rectum (moyenne annuelle) en Mayenne en 1993-1995

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
25-34ans	1	0,7	0	0,3
35-44ans	1	1,0	2	1,6
45-54ans	2	1,4	0	0,3
55-64ans	10	7,2	8	6,2
65-74ans	15	10,6	12	9,5
75-84ans	13	9,6	12	9,5
85 ans et plus	4	2,9	7	6,0
Total	46	33,3	41	33,3

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation O.R.S.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1990 et 1992.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

---

## CONTEXTE NATIONAL

Le réseau des registres des cancers (Francim) estime que le nombre de nouveaux cas annuels de cancers de l'utérus en France a peu varié entre 1985 et 1995, restant stable aux environs de 8 500, alors qu'il était d'environ 10 000 en 1975. Le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) est en légère baisse entre 1985 et 1995, passant de 21 à 19 pour 100 000 femmes. Avec environ 3 000 décès annuels, pour la période 1995-97, les cancers de l'utérus constituent la cinquième cause de décès par cancers chez les femmes après ceux du sein, du côlon-rectum, du poumon et de l'ovaire. Le taux de mortalité (standardisé sur la population française) diminue, passant de 12 à 9 pour 100 000 femmes entre 1981-83 et 1995-97.

Les cancers de l'utérus regroupent celui du col et celui du corps de l'utérus. Ils se distinguent par l'âge de survenue, par leurs facteurs de risque et leurs pronostics. Dans la plupart des pays, l'incidence du cancer du corps de l'utérus augmente, et celle du col de l'utérus diminue ou se stabilise. En France, entre 1975 et 1995, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus a pratiquement diminué de moitié, alors que le nombre de cancers du corps restait stable. Les statistiques de mortalité ne permettent cependant pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante (60%) de localisations utérines non précisées.

Dans le monde, il existe une importante variation des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus. Ces différences peuvent s'expliquer par une différence d'exposition aux facteurs de risque et/ou par des politiques de dépistage différentes.

Le cancer du corps de l'utérus ne permet pas de dépistage systématique. Par contre, de nombreuses études épidémiologiques internationales ont démontré que le dépistage organisé du cancer du col par le frottis cervical permettait de diminuer l'incidence par cancer du col de l'utérus et la mortalité.

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en 1995 préconisaient la réalisation d'un frottis tous les 3 ans chez les femmes de 20 à 65 ans. Des programmes de dépistages organisés sont mis en place, depuis 1993, dans 4 départements pilotes : le Doubs, l'Isère, le Haut-Rhin et la Martinique. Une réflexion sur la mise en place au niveau national d'un programme de dépistage de ce type est en cours. Bien que le nombre de frottis actuellement effectués (environ 5 millions par an) soit susceptible d'assurer la couverture de cette population, leur répartition n'est pas optimale. En effet, d'une part, les femmes de plus de 45 ans (âge à partir duquel l'incidence de ce cancer augmente) ne bénéficient pas d'une surveillance suffisante, et, d'autre part, les femmes des milieux socio-économiques défavorisés participent moins aux démarches de dépistage. Il est donc important de cibler spécifiquement ces femmes lors de la mise en place des campagnes de dépistage des cancers du col de l'utérus.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

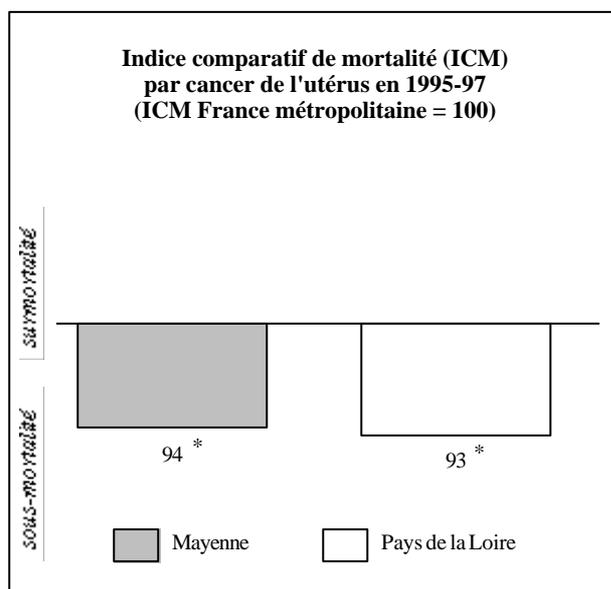
- Environ 14 femmes du département décèdent chaque année d'un cancer de l'utérus.
- Plus des deux tiers des décès par cancer utérin surviennent chez les femmes âgées de plus de 65 ans.
- La mortalité par cancer de l'utérus est relativement stable depuis 15 ans.
- Environ 30 admissions en affection de longue durée sont effectuées chaque année en Mayenne pour cancer de l'utérus.

### ● Une dizaine de décès par cancer de l'utérus chaque année

Entre 1995 et 1997, environ 14 habitantes de la Mayenne sont décédées chaque année d'un cancer de l'utérus.

Dans le département, la mortalité par cancer de l'utérus est inférieure de 6% à la moyenne française. Cependant, étant donné les faibles effectifs concernés, cette différence n'est pas significative.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5% est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\*Différence non significative au seuil de 5%

# LE CANCER DE L'UTÉRUS

La mortalité par cancer de l'utérus  
en Mayenne en 1995-1997  
(effectifs annuels et taux pour 100 000 femmes)

Age	Nombre	Taux pour 100 000 femmes
< 44 ans	1	3,4
45 - 64 ans	4	13,0
65 - 84 ans	6	25,4
85 ans et +	4	80,9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>10,0</b>

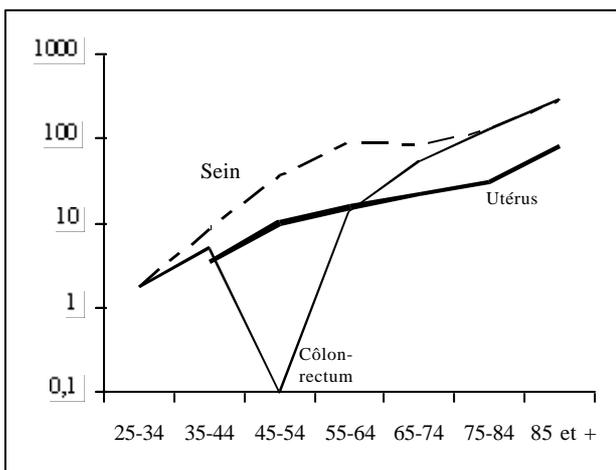
Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

## ● Plus des deux tiers des décès par cancer de l'utérus surviennent à partir de 65 ans

On enregistre pratiquement pas de décès par cancer de l'utérus avant 45 ans, mais à partir de cet âge la mortalité augmente très progressivement.

Sur les 14 décès par cancer de l'utérus survenus en moyenne chaque année entre 1995 et 1997, en Mayenne, 10 (soit 71% de ces décès) concernent des femmes âgées de 65 ans ou plus.

Taux de mortalité par cancer de l'utérus, du sein et du côlon-rectum, par âge pour 100 000 femmes en Mayenne en 1995-1997



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

## ● Les décès par cancer de l'utérus représentent moins de 5% des décès par tumeur

Le cancer utérin est à l'origine de 4,8% des décès par tumeur, en Mayenne. La mortalité par cancer de l'utérus est ainsi nettement moins élevée que la mortalité par cancer du sein (19% des décès par tumeur) ou par cancer de l'intestin (12%).

Si l'on considère l'évolution des taux de mortalité par âge des trois cancers féminins susceptibles de faire l'objet de programmes de dépistage : sein, côlon-rectum et utérus, on constate globalement que la mortalité par cancer de l'utérus est beaucoup moins importante que la mortalité par cancers du sein ou du côlon-rectum.

**Taux brut de mortalité** : le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de l'année dans une population donnée et l'effectif de cette population pour la même année.

**Taux de mortalité par tranche d'âge** : le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de l'année dans un groupe d'âge spécifique et l'effectif de la population de ce groupe d'âge pour la même année.

**Taux standardisés de mortalité ou taux comparatifs** : ils sont obtenus à l'aide de la méthode de standardisation directe. Cette méthode consiste à éliminer l'effet de la structure par âge de la population à l'étude en utilisant la structure par âge d'une population de référence, en l'occurrence la population féminine de la France entière de 1990.



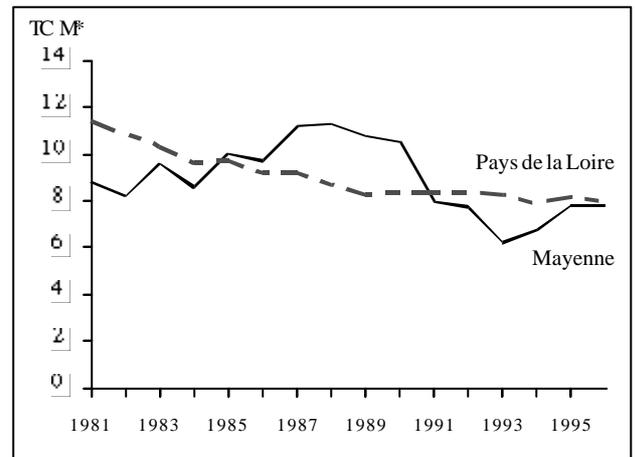
● **La mortalité par cancer de l'utérus est relativement stable**

En raison du faible nombre de cas, l'évolution de la mortalité par cancer de l'utérus est difficile à interpréter.

Entre 1981 et 1996, le nombre de décès par cancer de l'utérus a varié selon les années entre 9 et 20, sans tendance évolutive nette.

Sur la même période, le taux comparatif de mortalité, qui permet de tenir compte des modifications de la structure par âge de la population, a également fluctué, avec notamment un niveau plus élevé à la fin des années 80 (autour de 11 pour 100 000 femmes). Depuis le milieu des années 90, il est à nouveau à un niveau moindre, du même ordre que celui observé au début des années 80 (8 décès pour 100 000 femmes). On ne peut donc affirmer que la mortalité par cancer de l'utérus est en recul dans le département, comme c'est le cas dans l'ensemble des Pays de la Loire.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 femmes)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE RP90 et estimations de population.

\* Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

● **Chaque année, près de 30 admissions en affection de longue durée pour cancer de l'utérus**

Entre 1993 et 1995, 28 femmes ont été admises en moyenne chaque année en Affection de Longue Durée (ALD) pour un cancer de l'utérus, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie de la Mayenne : régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes.

Chez les femmes, le cancer de l'utérus est ainsi à l'origine de près de 2% des entrées totales en ALD et de 7% des admissions en ALD pour cancer.

44% des admissions en ALD pour cancer de l'utérus concernent des femmes âgées de 35 à 64 ans, et 55% des femmes de plus de 65 ans.

Admissions en affection de longue durée pour cancer de l'utérus en Mayenne en moyenne en 1993-1995

	Femmes	
	Nombre	%
0-34 ans	1	3,6
35-64 ans	12	44,0
65 ans et plus	15	54,8
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation O.R.S.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1990 et 1992.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# LE CANCER DE L'UTÉRUS

---

## CONTEXTE NATIONAL

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas annuels a été estimé par le réseau des registres des cancers (Francim) à environ 34 000 pour l'année 1995. L'incidence du cancer du sein augmente en France comme dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence.

Après une période de forte croissance depuis les années 50, la mortalité par cancer du sein reste plutôt stable depuis les années 80. Pendant la période 1993-95, ce cancer a néanmoins été responsable de plus de 10 000 décès féminins chaque année, quatre décès sur dix ayant lieu avant 65 ans. Le cancer du sein fait partie des cancers pour lesquels la probabilité de survie a augmenté au cours des dernières décennies. Par ailleurs, les conditions de diagnostic et de traitement se sont notablement modifiées : augmentation de la fréquence des tumeurs de petite taille, progression des traitements conservateurs du sein entraînant une amélioration de la qualité de vie des patientes.

Les facteurs de risque connus (antécédents familiaux) ne permettent pas actuellement une prévention primaire. En revanche, l'évolution lente à un stade localisé du cancer du sein permet un dépistage à un stade précoce.

De nombreuses expériences dans le monde ont montré l'efficacité du dépistage par mammographie (diminution de la mortalité) chez les femmes de 50 ans ou plus. La pratique de la mammographie est plus développée en France que dans d'autres pays comparables, mais près de quatre examens sur dix sont pratiqués chez les femmes de moins de 50 ans, alors que c'est à partir de cet âge qu'il est le plus utile. En matière de dépistage, le Fonds national de prévention de la CNAMTS a permis de mettre en place des programmes dans dix départements pilotes dès 1989, selon des modalités différentes tant en termes d'organisation que de suivi ou de contrôle de qualité. En 1993-94 un programme national de dépistage systématique a été élaboré, avec la création d'un comité national de pilotage du programme et publication d'un cahier des charges en 1996. En 1998, une nouvelle version du cahier des charges du contrôle de qualité de la chaîne mammographique a été réalisée. L'objectif du programme est d'étendre à tous les départements un dépistage systématique. Mais de grandes différences demeurent entre les programmes mis en place dans les départements, notamment en raison des compétences juridiques, techniques ou financières des partenaires impliqués. Ainsi, souvent, deux dépistages continuent de coexister : des mammographies "spontanées" hors programme et un dépistage organisé par un programme.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

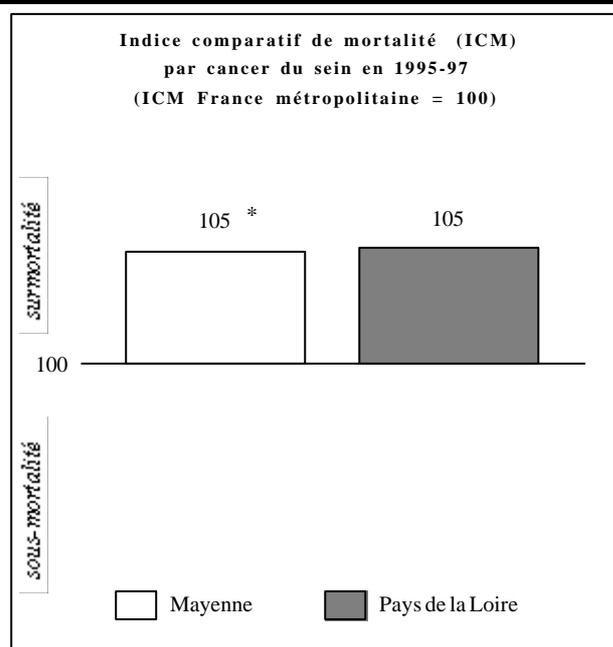
- Près de 60 femmes sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein sur la période 1995-1997. Le cancer du sein représente la première cause de décès par tumeur chez la femme.
- Les décès par cancer du sein surviennent dans un tiers des cas avant 65 ans.
- Le taux de mortalité féminin par cancer du sein a fortement progressé en 15 ans, il est passé de 26 à 33 pour 100 000 habitantes.
- Environ 140 personnes sont admises chaque année en affection de longue durée pour cancer du sein.
- Un programme de dépistage de masse des cancers du sein fonctionne dans le département depuis 1994.

### ● Près de 60 décès féminins par cancer du sein chaque année

Entre 1995 et 1997, 58 habitantes de la Mayenne sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein.

Comparé à la moyenne française, le département connaît une légère surmortalité par cancer du sein (+5%). Cependant, étant donné les faibles effectifs concernés, il apparaît que cette différence n'est pas significative.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du X<sup>2</sup> au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil de 5%

# LE CANCER DU SEIN

La mortalité par cancer du sein  
en Mayenne en 1995-1997  
(effectifs annuels et taux pour 100 000 femmes)

Age	Nombre	Taux pour 100 000 femmes
< 35 ans	0	0,5
35-44 ans	2	8,6
45-54 ans	6	36,9
55-64 ans	13	89,9
65-74 ans	13	86,5
75-84 ans	11	131,8
85 ans et +	13	279,4
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>40,5</b>

Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

## ● Plus d'un tiers des décès par cancer du sein surviennent avant 65 ans

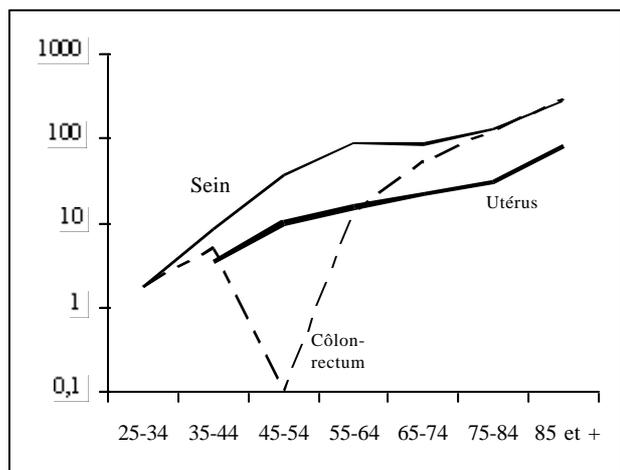
Parmi les 58 décès féminins par cancer du sein survenus en moyenne chaque année entre 1995 et 1997, en Mayenne : 21 (soit 36% de ces décès) concernent des femmes de moins de 65 ans.

## ● Le cancer du sein est de loin la première cause de décès par tumeur chez les femmes

A l'origine de plus de 19% des décès par tumeur, le cancer du sein occupe de loin la première place dans la mortalité féminine par cancer, en Mayenne (les cancers de l'intestin, à la 2ème place, sont à l'origine de 12% des décès par tumeur).

Si l'on considère l'évolution des taux de mortalité par âge des trois cancers féminins susceptibles de faire l'objet de programmes de dépistage : sein, côlon-rectum et utérus, on constate que jusqu'à 75 ans, la mortalité par cancer du sein est beaucoup plus importante que la mortalité par cancers du côlon-rectum ou de l'utérus. Mais à partir de cet âge, le taux de mortalité par cancer colo-rectal rejoint le taux de mortalité par cancer du sein, alors que le taux de mortalité par cancer de l'utérus reste nettement inférieur.

Taux de mortalité par cancer de l'utérus, du sein et du côlon-rectum, par âge pour 100 000 femmes en Mayenne en 1995-1997



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

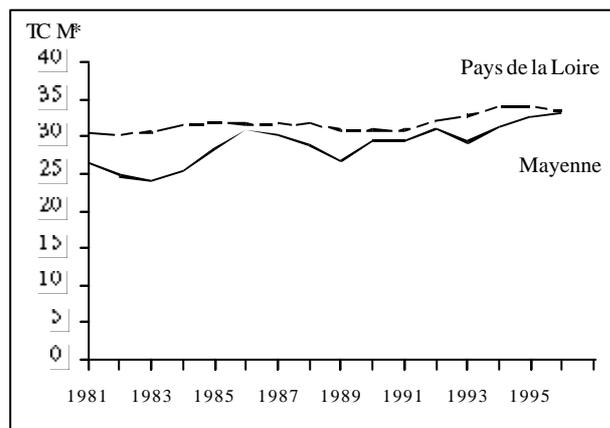
**Estimations FRANCIM :** Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres des cancers Francim qui couvrent environ 10% de la population française. Elles proviennent de 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Somme et Tarn. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.

● **Une forte croissance de la mortalité par cancer du sein**

Le nombre de décès par cancer du sein, s'il était toujours inférieur à 40 au début des années 80, est désormais le plus souvent supérieur à 50, et a même atteint ou dépassé 60 au cours des années récentes.

Cette tendance à la hausse n'est pas uniquement liée au vieillissement de la population car le taux comparatif de mortalité a fortement augmenté (+26% entre 1981 et 1996). Il faut toutefois souligner qu'en raison des faibles effectifs concernés, cette évolution du taux n'est pas statistiquement significative. Il faut également rappeler que l'amélioration du diagnostic est susceptible d'expliquer en partie cette évolution.

**Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du sein entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 femmes)**



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE RP90 et estimations de population.

\* Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

● **140 admissions annuelles en affection de longue durée pour cancer du sein**

Entre 1993 et 1995, en moyenne chaque année 140 mayennaises ont été admises en Affection de Longue Durée (ALD) pour un cancer du sein, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes.

Chez les femmes, le cancer du sein est ainsi à l'origine de 9% des entrées totales en ALD, et de 35% des admissions en ALD pour cancer.

Plus de 60% des admissions concernent des femmes âgées de 35 à 64 ans, et 37% des femmes âgées de plus de 65 ans.

**Admissions en affection de longue durée pour cancer du sein en Mayenne en moyenne en 1993-1995**

	Femmes	
	Nombre	%
0-14 ans	0	0,2
15-34 ans	2	1,4
35-64 ans	85	60,9
65 ans et plus	52	37,5
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation O.R.S.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

## Le dépistage du cancer du sein en Mayenne

Un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans fonctionne depuis plusieurs années en Mayenne, sous l'égide de l'association CAMELIAS (Campagne Mayennaise d'Etude et de Lutte Inter-Régimes des Affections du Sein), avec le soutien financier des caisses d'assurance-maladie (CPAM, MSA, CMR), du Conseil Général, de la Ligue contre le cancer et de la Mutualité de la Mayenne.

La première campagne de dépistage qui s'est déroulée de 1994 à 1997 par vagues de cantons successives, a bénéficié d'un taux de participation d'environ 60 %. 44 % des participantes ont déclaré n'avoir jamais passé de mammographie. 90 cancers ont été dépistés au cours de cette 1ère campagne, soit 5,5 cancers pour 1000 femmes testées.

Une seconde campagne s'est achevée au début de l'année 2000. Toutes les femmes qui avaient été invitées lors de la première campagne ont été réinvitées à échéance de 2 ans et demi par rapport à la date de leur précédent test. Le taux de participation à cette seconde campagne a légèrement dépassé 50 %. Le taux de fidélisation, c'est-à-dire la proportion de femmes ayant passé le test lors de la première campagne, et à nouveau lors de la 2ème campagne est de 60 %. Environ 25 % des femmes ont répondu être déjà suivies et ne pas souhaiter passer le test. Près de 60 lésions cancéreuses ont été diagnostiquées et traitées, soit un taux de cancers dépistés de 4 pour 1000. Dans 75 % des cas, la taille de la tumeur était inférieure ou égale à 20 mm, et également dans 75 % des cas, il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire.

Pour la troisième campagne, lancée en l'an 2000, la tranche d'âge concernée par les invitations a été élargie à 75 ans pour les femmes ayant déjà participé au dépistage.

### Le dépistage mammographique, seul moyen de prévention

Les facteurs de risque connus actuellement ne permettent pas d'envisager une prévention primaire du cancer du sein, d'où l'importance du dépistage, c'est-à-dire de la recherche précoce du cancer, avant l'apparition de signes cliniques.

Presque toutes les méthodes "cliniques", basées sur un simple examen médical, ne peuvent espérer découvrir une tumeur qu'au moment où elle est palpable ou visible, c'est-à-dire déjà constituée de milliards de cellules génétiquement instables, et donc potentiellement métastatiques.

Or dépister un cancer précocement ne présente d'intérêt que si le temps gagné permet d'éviter le passage à un stade plus grave. Sinon, le seul effet du dépistage est que les sujets se savent malades plus tôt, et donc plus longtemps, sans que la précocité du diagnostic n'augmente les chances de guérison.

Pour être efficace, il faut donc utiliser des techniques de diagnostic qui permettent de mettre en évidence des lésions précancéreuses, ou de détecter la tumeur à des stades infra-cliniques.

Pour le cancer du sein, les essais américains et suédois ont apporté la preuve de l'efficacité de la mammographie de dépistage après la ménopause. Pratiquée tous les 2 à 3 ans chez les femmes de 50 à 69 ans avec au moins 60 % de participation, un test mammographique de qualité permet de diminuer de 30 % la mortalité par cancer du sein dans le groupe des femmes dépistées.

### Dépistage individuel ou dépistage systématique ?

Les actions de dépistage par test mammographique exigent pour réussir d'être rigoureusement organisées, fondées sur un protocole précis prévoyant notamment la population-cible, des contrôles de qualité, une évaluation permanente et une prise en charge appropriée des personnes présentant un résultat positif.

C'est parce qu'il est difficile de remplir ces conditions dans le cadre d'un dépistage individuel, prescrit par le médecin traitant, qu'ont été mises en place des campagnes de dépistage de masse (encore appelé dépistage systématique). Ces dépistages de masse associent la proposition systématique du dépistage à toutes les personnes appartenant à un groupe de population défini par certains critères, et la mise en oeuvre de contrôles de la qualité technique des tests utilisés.

Et même dans ce cadre, pour ces actions qui s'inscrivent dans le long terme, une évaluation doit être conduite en permanence avec un souci constant de réajustement, afin que les bénéficiaires de ces programmes en terme de mortalité et de morbidité l'emportent sur les inconvénients, c'est-à-dire les risques liés aux examens, aux traitements ainsi que les conséquences psychologiques.

Les différentes études qui ont apporté la preuve de l'efficacité du dépistage mammographique ont ainsi toutes été menées dans le cadre de campagne de dépistage de masse.

Sur ces bases, un plan national de dépistage de masse du cancer du sein s'est développé progressivement en France depuis la fin des années 80, et concerne actuellement une trentaine de départements. Dans ces départements coexistent donc un dépistage individuel, prescrit par les médecins traitants, et un dépistage de masse.

## CONTEXTE NATIONAL

Tous âges confondus, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme après celui du poumon. Le réseau des registres de cancers en France (Francim) estime à environ 30 000 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate apparus en 1995, ce qui représente un taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) de 66 pour 100 000 hommes.

La France est, en Europe, parmi les pays où le taux est le plus fort, l'incidence étant plus élevée dans les pays de l'Ouest (de 20 à 61 pour 100 000 du Nord au Sud) et plus faible dans les pays d'Europe centrale (12 à 24 pour 100 000).

En France, entre 1985 et 1995, le taux d'incidence a augmenté de 29 à 66 pour 100 000 (standardisation sur la population mondiale). Un des éléments expliquant cette évolution est l'utilisation de méthodes diagnostiques plus sensibles. Dans l'hypothèse d'un maintien de l'incidence au niveau observé en 1992, le nombre de cancers prostatiques diagnostiqués devrait continuer de croître de façon importante sous la seule pression de l'évolution démographique, car il s'agit d'un cancer du sujet âgé. L'incidence du cancer de la prostate augmente de façon continue avec l'âge, notamment après 50 ans. Ce cancer présente très souvent un caractère latent : on estime que 40 % des hommes de plus de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais que seuls 8 % développeront un cancer clinique. D'autres facteurs de risque, ethniques, environnementaux et héréditaires semblent jouer également un rôle dans l'apparition du cancer de la prostate.

En termes de mortalité, en 1995-97, le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colo-rectal. Au cours de cette période, il a été responsable de 9 320 décès en moyenne par an, ce qui représente un taux comparatif de mortalité de 46 pour 100 000 hommes (taux standardisé sur la population française au recensement de 1990).

Il est important de souligner que la mortalité prématurée (avant 65 ans) due à ce cancer est relativement faible : 570 décès sur 9 320 en moyenne par an.

L'intérêt d'un dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas aussi évident que pour d'autres formes de cancer. En effet, l'intérêt d'un traitement précoce n'a jamais pu être démontré dans le cadre d'études prospectives contrôlées. Par ailleurs, un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence, et donc de conduire à traiter, de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- 57 hommes décèdent en moyenne chaque année d'un cancer de la prostate.
- Près des deux-tiers de ces décès surviennent à partir de 75 ans. Le cancer de la prostate représente la première cause de décès par tumeur chez les hommes de plus de 75 ans.
- Le nombre de décès par cancer de la prostate a nettement augmenté depuis le début des années 80, mais cette évolution est principalement liée au vieillissement de la population puisque les taux comparatifs de mortalité sont relativement stables.
- 100 nouvelles admissions en affection de longue durée ont été effectuées chaque année, entre 1993 et 1995, pour cette pathologie.

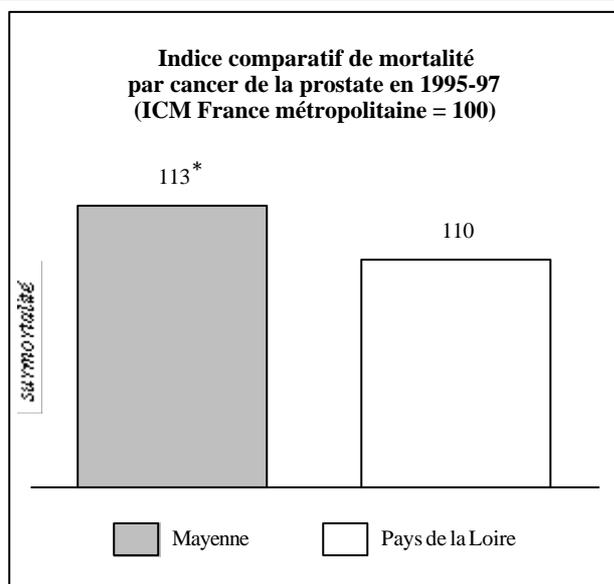
### ● Près de 60 décès par cancer de la prostate chaque année

Entre 1995 et 1997, 57 habitants de la Mayenne sont décédés d'un cancer de la prostate en moyenne chaque année.

Cette pathologie est la troisième cause de décès par cancer chez les hommes (13% des décès par tumeur), après les cancers du poumon (17% des décès) et des voies aéro-digestives supérieures (14% des décès).

La mortalité par cancer de la prostate en Mayenne est supérieure de 13% à la moyenne nationale. Cependant étant donné les faibles effectifs concernés, il apparaît que cette différence n'est pas significative.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du X<sup>2</sup> au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil de 5%

# LE CANCER DE LA PROSTATE

## La mortalité par cancer de la prostate en Mayenne en 1995-97

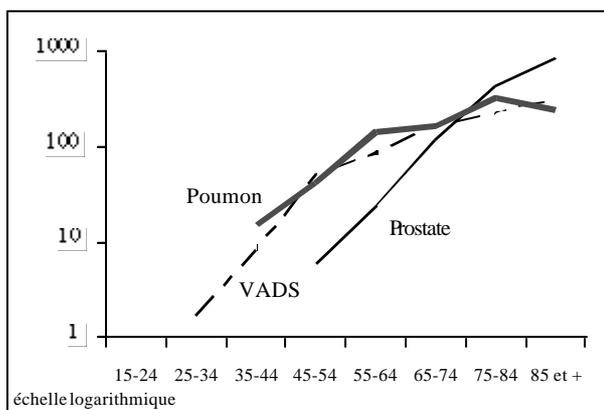
Age	Nombre annuel moyen de décès	Taux pour 100 000 hommes	
		Mayenne	Pays de la Loire
25-54 ans	1	< 1	< 1
55-64 ans	3	25	20
65-74 ans	15	120	109
75-84 ans	24	434	392
85 ans et plus	13	835	1 049
<b>Total 25 ans et plus</b>	<b>57</b>	<b>63</b>	<b>57</b>

Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

### ● Plus de 90% des décès par cancer de la prostate surviennent à partir de 65 ans

Les décès par cancer de la prostate concernent essentiellement les hommes âgés : 91% de ces décès surviennent à partir de 65 ans. A partir de cet âge, les taux de mortalité par âge ont une croissance rapide. Ils sont multipliés par 7 entre le groupe d'âge des 65-74 ans et celui des 85 ans et plus.

## Taux de mortalité par âge, par cancer de la prostate, du poumon et des VADS\* en Mayenne en 1995-97 (taux pour 100 000 hommes)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

VADS : voies aéro-digestives supérieures

### ● Ce cancer est la première cause de décès par tumeur chez les hommes âgés de 75 ans et plus

Les trois premières causes de décès par cancer chez les hommes, en Mayenne, sont par ordre d'importance : les cancers du poumon, des voies aéro-digestives supérieures et de la prostate.

Jusqu'à 75 ans, les taux de mortalité les plus élevés sont ceux du cancer du poumon mais, à partir de cet âge là, le cancer de la prostate devient la première cause masculine de décès par cancer.

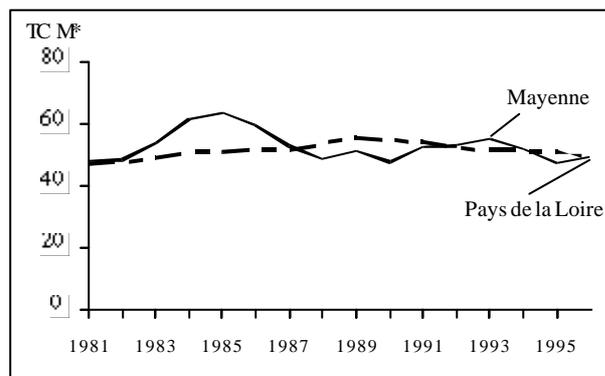


● **La mortalité par cancer de la prostate est relativement stable**

Entre 1981 et 1996, le nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate a fortement augmenté en Mayenne, passant de 37 à 57 (soit une progression de 54%).

Mais cette croissance s'expliquerait principalement par le vieillissement de la population. En effet, si l'on considère l'évolution des taux comparatifs de mortalité, qui éliminent les effets dus à la structure par âge de la population, on observe, malgré des fluctuations liées au faible nombre de décès concernés, une relative stabilité.

**Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 hommes)**



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (RP et estimations)

\* Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

● **Cette pathologie est à l'origine de 100 admissions annuelles en affection de longue durée**

Entre 1993 et 1995, en moyenne chaque année 100 mayennais ont été admis en Affection de Longue Durée (ALD) pour un cancer de la prostate, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est à l'origine de près de 6% des entrées totales en ALD et de 22% des admissions en ALD pour cancer.

79% des entrées concernent des hommes âgés de plus de 65 ans, et 46% des hommes de 65 à 74 ans.

*Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.*

**Nombre d'admissions en affection de longue durée pour cancer de la prostate en Mayenne en 1993-1995 (moyenne annuelle)**

	Nombre	Pourcentage
25-54 ans	2	2,0
55-64 ans	18	18,4
65-74 ans	46	45,8
75-84 ans	25	25,4
85 ans ou plus	8	8,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation O.R.S.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995. Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# LE CANCER DE LA PROSTATE

---

## CONTEXTE NATIONAL

Les maladies respiratoires regroupent, outre les cancers broncho-pulmonaires, des affections très différentes, d'évolution aiguë ou chronique, difficiles à classer et à évaluer, en particulier chez le sujet âgé.

En France, ces affections sont responsables chaque année de 39 000 décès, soit plus de 7 % de l'ensemble des décès (12 % si l'on inclut les cancers broncho-pulmonaires). Actuellement, la France se situe parmi les pays européens qui ont les plus faibles taux de mortalité pour l'ensemble des affections respiratoires. Mais le taux de mortalité traduit mal le poids économique et l'impact médico-social de ces maladies, liés à leur caractère épidémique ou à leur évolution souvent chronique.

En 1991-92, l'enquête décennale sur la santé (INSEE-CREDES) montre que 7 % des Français souffrent de maladies respiratoires. Par ailleurs, ces affections sont à l'origine de 7 % des séjours hospitaliers (Enquête morbidité hospitalière 1993) et de 7 séances sur 100 en médecine libérale (Enquête CREDES, clientèle et motifs de recours en médecine libérale, 1992). Au cours de ces séances, les bronchites aiguës sont le plus fréquemment observées (54 %), suivies de l'asthme (21 %). Différents travaux épidémiologiques montrent que l'asthme est une cause de plus en plus importante de morbidité. Il touche en particulier les sujets jeunes : 9 % des personnes de 20 à 44 ans ont déjà fait une crise d'asthme ou ont fait l'objet d'un diagnostic d'asthme au cours de leur vie (Etude européenne multicentrique, 1992). Une vaste étude épidémiologique lancée sous l'égide de l'Union Européenne doit permettre d'étudier les facteurs explicatifs de la prévalence et de la sévérité de la maladie. Toutefois, les connaissances déjà acquises ont permis au Ministère de la Santé de mettre en place un programme pluriannuel d'information et de sensibilisation pour la période 1994-98.

D'après l'enquête PAARC ("Pollution Atmosphérique et Affections Respiratoires Chroniques ou à répétition") de 1974-76, 2,5 millions de personnes seraient aujourd'hui atteintes de bronchites chroniques, pathologies pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque certain.

Selon les principaux régimes d'assurance maladie, près de 27 000 personnes sont admises chaque année en affection de longue durée pour une insuffisance respiratoire chronique grave. Certains insuffisants respiratoires sont pris en charge à domicile. Ce traitement à domicile est assuré par des entreprises du secteur privé et par des associations à but non lucratif. Le secteur associatif couvre l'ensemble du territoire national ; il s'est doté d'un observatoire qui recueille et diffuse chaque année des statistiques sur les personnes assistées par les associations fédérées au sein de l'Association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique (Antadir). D'après cette source, l'Antadir prenait en charge en 1998 plus de 50 000 personnes dont 21 500 pour le traitement du syndrome d'apnée du sommeil, affection de mieux en mieux reconnue, et 17 000 par oxygénothérapie de longue durée pour bronchite chronique essentiellement.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Chaque année, environ 210 mayennais décèdent d'une maladie respiratoire. Huit sur dix sont âgés de plus de 75 ans.
- Les principales pathologies en cause sont les pneumonies (41% des décès) et les bronchites chroniques (31%). Une dizaine de décès liés à l'asthme sont déclarés chaque année dans le département.
- La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire tend à diminuer, chez les hommes comme chez les femmes. Sur la période 1995-1997, elle est inférieure de 17% à la moyenne nationale pour les hommes et identique pour les femmes.
- Environ 90 personnes sont admises annuellement en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave.

### ● Une sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes

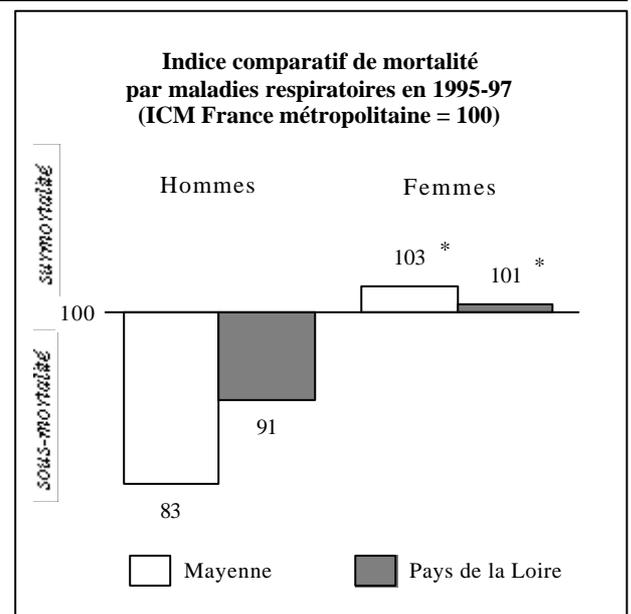
Pour la période 1995-1997, près de 210 habitants de la Mayenne sont décédés en moyenne chaque année, d'une maladie de l'appareil respiratoire. Ce dénombrement exclu les affections cancéreuses de la trachée, des bronches et du poumon, qui sont à l'origine de plus de 80 décès annuels dans le département.

Environ 54% des décès par maladies de l'appareil respiratoire concernent les femmes.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont ainsi à l'origine de 8% de l'ensemble des décès.

A structure d'âge comparable, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est, chez les hommes, inférieure de 17% à la moyenne nationale. Chez les femmes, aucune différence significative n'est observée avec la moyenne française.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)  
\* Différence non significative au seuil de 5 %

# LES MALADIES RESPIRATOIRES

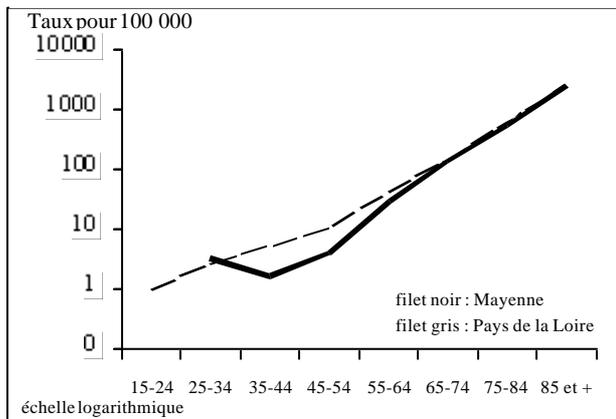
## Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires en Mayenne en 1995-97

	Hommes	Femmes	Total
Pneumonie, bronchopneumonie	37	49	86
dont 75 ans et plus	30	47	77
Grippe	2	2	4
dont 75 ans et plus	2	2	4
Bronchite chronique	33	31	64
dont 75 ans et plus	25	27	52
Asthme	5	6	11
dont 75 ans et plus	3	5	8
Autres maladies ap. respiratoire	19	25	44
dont 75 ans et plus	12	23	35
<b>Ensemble des maladies respiratoires</b>	<b>96</b>	<b>113</b>	<b>209</b>
dont 75 ans et plus	72	104	176

Sources : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

## Taux de mortalité masculin par maladies respiratoires selon l'âge en 1995-97

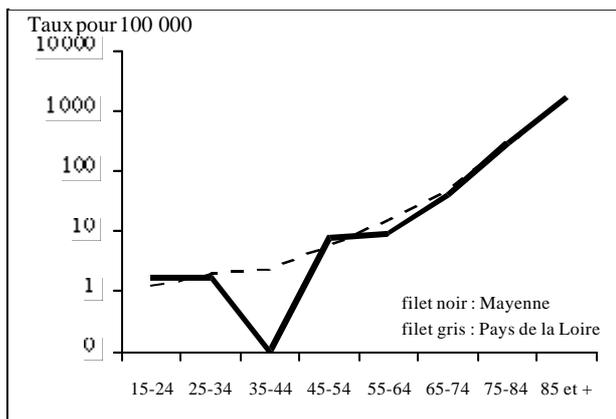


Sources : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

## Taux de mortalité féminin par maladies respiratoires selon l'âge en 1995-97



Sources : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

## ● Les broncho-pneumonies et les bronchites chroniques sont les principales causes de décès

Les deux principales causes de décès par maladies de l'appareil respiratoire sont les broncho-pneumonies (à l'origine de 41% de ces décès pour la période 1995-97) et les bronchites chroniques (31% des décès).

L'asthme est responsable d'une dizaine de décès en moyenne chaque année entre 1995-97, ce qui représente 5% de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil respiratoire en Mayenne.

Enfin, 4 décès dus à la grippe ont été déclarés en moyenne chaque année sur cette période.

*La détermination des causes de décès pour des personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques est difficile. Le diagnostic différentiel entre broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et asthme pose d'autant plus de problèmes que le sujet est âgé.*

*Par ailleurs, les BPCO peuvent être sous-estimées du fait qu'une affection aiguë (pneumonie, grippe...), ou bien encore une affection cardio-vasculaire est fréquemment la cause directe du décès. Aussi faut-il interpréter avec réserve les dénombrements par cause.*

## ● Plus de 8 décès sur 10 concernent des personnes de plus de 75 ans

Les décès par maladies respiratoires concernent principalement des personnes âgées : 84% de ces décès surviennent à partir de 75 ans.

La mortalité due aux maladies respiratoires augmente avec l'âge de façon exponentielle, pour les hommes comme pour les femmes. La progression s'amplifie à partir de 55 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes.

Les décès dus à l'asthme sont plus précoces. Dans 4 cas sur 10, ils surviennent avant 75 ans.

## ● La mortalité masculine est deux fois plus élevée que la mortalité féminine

Il y a légèrement plus de décès dus aux maladies respiratoires chez les femmes (113) que chez les hommes (96). Mais ces décès surviennent à des tranches d'âge plus avancées chez les femmes. Et, à structure par âge identique, le taux comparatif de mortalité masculine est deux fois plus élevé que le taux féminin.

La sous-mortalité départementale chez les hommes concerne toutes les classes d'âge entre 45 et 84 ans.

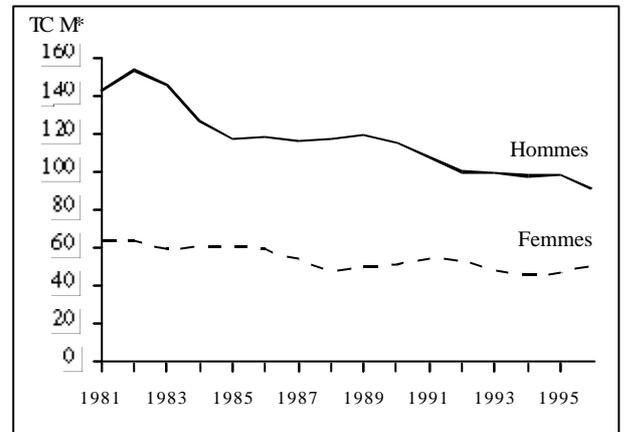
● **La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire diminue, chez les hommes comme chez les femmes**

Entre 1981 et 1996, le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué de 36%, chez les hommes, passant de 142 pour 100 000 habitants en 1981 à 91 pour 100 000 habitants.

C'est entre 1982 et 1985 que l'évolution de la mortalité masculine a été la plus marquée (-24%). Le taux de mortalité s'est ensuite stabilisé (autour de 118 décès pour 100 000 habitants), jusqu'en 1989, année à partir de laquelle il connaît une nouvelle baisse importante (-18% entre 1989 et 1994).

Chez les femmes, la baisse du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est un peu moins forte : -20% entre 1981 et 1996. Cette évolution de la mortalité féminine a été plus régulière que chez les hommes.

**Évolution des taux comparatifs de mortalité par maladies respiratoires en Mayenne entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 habitants)**



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (RP et estimations)

\*Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

*Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.*

**Les admissions en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave en Mayenne en 1993-1995 (moyenne annuelle)**

● **Environ 90 admissions en affection de longue durée chaque année pour insuffisance respiratoire chronique grave**

Au cours de la période 1993-1995, en Mayenne, 92 personnes ont été admises en moyenne chaque année en Affection de Longue Durée (ALD), par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, pour insuffisance respiratoire chronique grave. Ces admissions représentent 3% de l'ensemble des entrées en ALD.

Plus de la moitié des admissions en ALD concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, et 63% concernent les hommes.

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	3	5,7	2	6,8
15-34 ans	4	6,3	2	6,8
35-64 ans	19	32,0	11	31,1
65 ans et plus	33	56,0	19	55,3
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation O.R.S.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995. Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

# LES MALADIES RESPIRATOIRES

---

# **FACTEURS DE RISQUES**





## CONTEXTE NATIONAL

Depuis le milieu des années soixante, on assiste en France à une baisse régulière de la consommation d'alcool. Ainsi, la consommation annuelle moyenne par habitant est passée de 18 litres d'alcool pur en 1963 à moins de 11 litres en 1997. Cette évolution permet d'enregistrer une diminution constante de la mortalité.

Cependant, en moyenne annuelle en France sur la période 1995-97, on peut estimer que plus de 23 000 décès sont directement liés à une consommation excessive d'alcool : 8 900 décès par cirrhose du foie, 2 400 par psychose alcoolique et 11 900 par cancer des voies aéro-digestives supérieures (ce dernier étant aussi lié au tabac). Ces trois causes de décès frappent 4 fois plus les hommes que les femmes.

En matière d'hospitalisation, l'enquête de morbidité hospitalière réalisée par le SESI en 1992-93 estime à 220 000 par an le nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée pour une des pathologies suivantes : tumeur maligne des voies aéro-digestives supérieures, psychose alcoolique et alcoolisme chronique, cirrhose et maladie chronique du foie, alcoolisme et ivresse sans autre indication. Ces séjours représentent 1,7 % du total des séjours hospitaliers de courte durée. Ce pourcentage varie, comme pour la mortalité, en fonction du sexe et de l'âge (passant par un maximum de 5,2 % pour les hommes de 45 à 54 ans). Plusieurs enquêtes réalisées en 1997 et 1998 par le Réseau sentinelle des urgences retrouvent le même résultat : près de 3,5 % des patients accueillis aux urgences sont en état d'ivresse. Il faut également signaler que l'alcool est responsable de malformations congénitales concernant une à quatre naissances sur 1 000.

Divers types de structures tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes alcooliques : unités hospitalières d'alcoologie, centres de cure ambulatoire en alcoologie (ex centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), centres de cure et de post-cure, foyers d'hébergement et de réinsertion... De nombreuses associations jouent également un rôle important dans le fonctionnement de ce dispositif (en particulier l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme) et les mouvements d'anciens buveurs. Enfin, certains organismes interviennent sur le lieu de travail.

Par ailleurs, venant renforcer les actions de prévention, la loi du 10 janvier 1991 (assouplie en 1994) a limité la publicité pour les boissons alcoolisées. Il faut également souligner l'abaissement du seuil d'alcoolémie au volant considéré, depuis septembre 1995, comme une infraction à partir de 0,5 g/l. Selon l'estimation du réseau de surveillance de la gendarmerie, les sanctions prises tout au long de ces dernières années auraient eu un effet positif sur le pourcentage d'accidents mortels dans lesquels sont impliqués des conducteurs dont l'alcoolémie est supérieure à 0,8 g/l, qui est passé de 38 % en 1977 à 32 % en 1990. Par ailleurs, on estime que 15 % des accidents du travail sont liés à une consommation excessive d'alcool.

Les types de boissons alcoolisées consommées diffèrent selon les pays européens. La France arrive toujours en tête pour la consommation de vin, mais elle demeure peu consommatrice de bière. Toutes consommations confondues, la France se situe en 1998 au 3<sup>e</sup> rang derrière le Luxembourg (où beaucoup de ventes ne sont pas consommées dans le pays) et le Portugal.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- La Mayenne connaît une sous-mortalité féminine par cirrhose du foie et par psychose alcoolique, et une surmortalité masculine par cancer des voies aéro-digestives supérieures.

- Plus de 80% des décès liés à l'alcool concernent les hommes et un décès sur deux survient à partir de 65 ans.

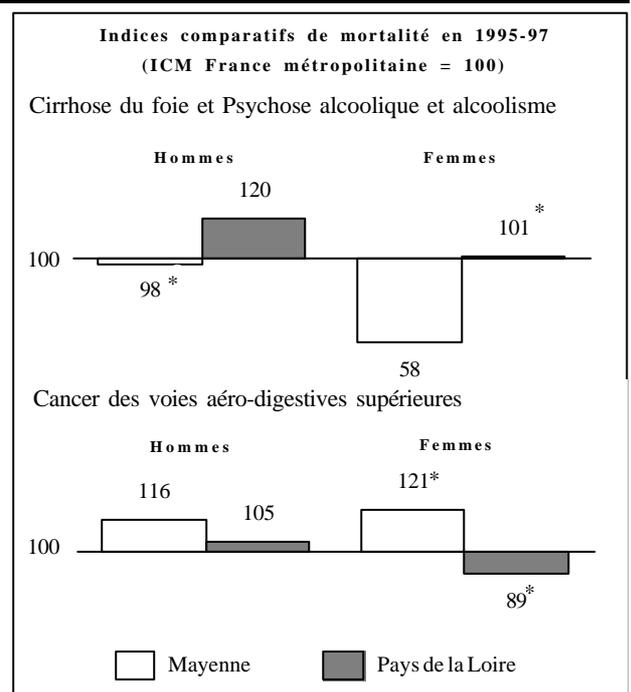
- Les causes de mortalité varient avec l'âge : les cirrhoses et les psychoses alcooliques sont le plus souvent à l'origine de ces décès chez les 25-44 ans, les cancers par voies aéro-digestives supérieures étant plus fréquemment en cause chez les 45-64 ans.

### ● Une surmortalité masculine et une sous-mortalité féminine liées à l'alcoolisme

Pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, qui sont liés à la consommation associée d'alcool et de tabac, la Mayenne connaît une surmortalité masculine qui atteint 16%. Chez les femmes, on observe également une surmortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures marquée (+21%), mais cette différence n'est pas significative en raison de la petite taille des effectifs concernés.

Toutefois, ces tendances départementales ne se retrouvent pas pour les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques et l'alcoolisme. On observe, pour ces pathologies, une sous-mortalité féminine marquée (-42%). La mortalité masculine ne diffère pas de la moyenne nationale.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du X<sup>2</sup> au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

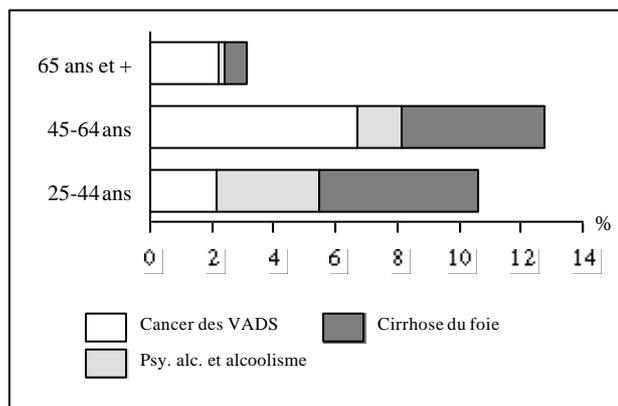
Nombre moyen de décès annuels par sexe  
en 1995-1997

	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	29	8
Psychose alcoolique et alcoolisme	11	1
Cancers des VADS*	62	10

Source : INSERM SC8

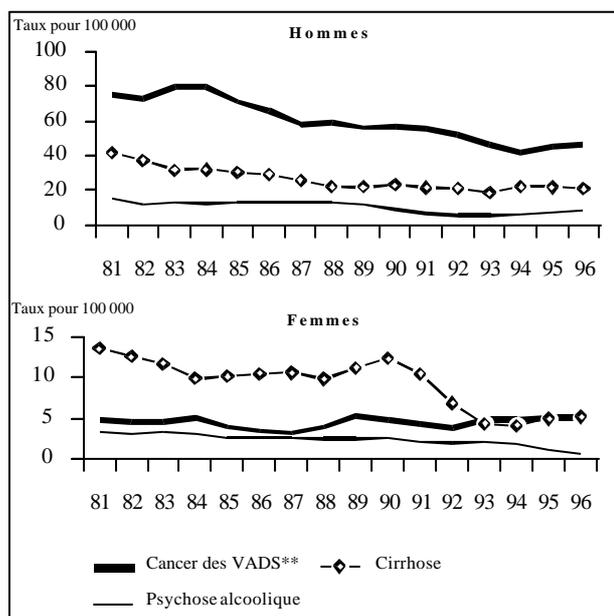
\* Voies aéro-digestives supérieures

Part de ces causes dans la mortalité générale  
selon le groupe d'âge en 1995-1997



Source : INSERM SC8

Évolution des taux comparatifs de mortalité  
par alcoolisme en Mayenne entre 1981 et 1996\*



Sources : INSERM SC8, INSEE

Exploitation O.R.S.

\* Données lissées sur 3 ans

\*\* Voies aéro-digestives supérieures

## ● Plus de 80% des décès liés à l'alcool concernent les hommes

Les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont à l'origine d'environ 120 décès par an, en Mayenne.

Ces décès concernent des hommes dans plus de 80% des cas, cette prédominance masculine étant surtout marquée pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (6 décès masculins pour 1 féminin).

Mais, à cette mortalité directement due à une consommation excessive d'alcool, il faudrait ajouter un certain nombre de décès pour lequel le lien est indirect (accidents de la circulation, suicides, homicides...).

## ● Psychose et cirrhose : 2 causes de mortalité importantes chez les jeunes

Le poids relatif des décès directement liés à l'alcool dans la mortalité générale varie avec l'âge.

Entre 25 et 44 ans, plus d'un décès sur 10 est directement lié à une consommation excessive d'alcool. Les cirrhoses du foie, et les psychoses alcooliques sont majoritairement en cause.

Entre 45 et 64 ans, l'alcool est la cause directe de 13% de l'ensemble des décès, avec cette fois un poids important des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Au-delà de 65 ans, ces trois causes de décès représentent globalement une part nettement moins importante dans la mortalité générale (3%).

## ● Une diminution de la mortalité directement liée à l'alcool

Depuis le début des années 80, en Mayenne, on constate une baisse globale de la mortalité directement liée à la consommation d'alcool, chez les hommes comme chez les femmes.

Chez les hommes, cette évolution est plus marquée pour les cirrhoses du foie (-49% entre 1981 et 1996). Les taux de mortalité par psychoses alcooliques et par cancer des voies aéro-digestives supérieures diminuent respectivement de 46% et 39% au cours de cette même période.

Chez les femmes, la baisse de la mortalité la plus importante concerne les psychoses alcooliques (-82% entre 1981 et 1996). La mortalité par cirrhose du foie diminue de 62% sur la même période. A l'inverse, le taux de mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures augmente de plus de 8%. Cette croissance peut être due au fait que ce cancer est aussi lié au tabac dont la consommation est en augmentation chez les femmes.

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## ● Une augmentation du taux de consultants

Les centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) (ex centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) assurent, en dehors de leur rôle d'accueil, le traitement ambulatoire et le suivi des malades alcooliques qui consultent d'eux-mêmes ou leur sont adressés par d'autres professionnels ou structures.

En 1997, 220 consultants ont été pris en charge dans les 2 centres installés en Mayenne. Rapporté à la population départementale, cela représente environ 10 consultants pour 10 000 habitants de 15 ans et plus (contre 20 au niveau régional). Entre 1987 et 1997, ce taux est resté, dans le département, stable alors qu'il a fortement augmenté dans la région (+45%).

La Mayenne compte par ailleurs un centre de lutte contre l'alcoolisme, de 32 lits. Cette offre correspond à un cinquième des lits disponibles dans les structures de soins spécifiques de la région alors que le poids relatif du département sur le plan démographique est seulement de 9%.

## ● Une production de cidre non négligeable

La production de boissons alcoolisées en Mayenne se concentre sur les alcools distillés, produits par les distillateurs de profession ou par les bouilleurs de cru. Le département couvre ainsi 11% de la production régionale de ce type d'alcool.

92% de cette production est réalisé par des distillateurs de profession, et correspond exclusivement à la production de cidre.

*La présence ou l'absence d'une production locale d'alcool a-t-elle une influence significative sur le niveau de consommation générale de la population ? En Langue-doc-Roussillon comme en Aquitaine la mortalité liée à l'alcool est très inférieure à la moyenne française. Pourtant ces régions disposent d'un grand vignoble et la vigne y reste un des éléments culturels dominants. A l'inverse, la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais connaissent une très forte mortalité liée à l'alcool alors que la production locale y est relativement limitée. On peut donc penser que les habitudes de consommation alcoolique, même si elles sont influencées par une offre locale, sont aussi liées à de nombreux autres facteurs et notamment à des traditions culturelles très fortes.*

## ● Une plus forte densité de débits de boissons alcoolisées en Mayenne que dans les Pays de la Loire

En 1999, la Mayenne compte 820 débits de boissons de licence IV, c'est à dire autorisés à vendre tous les types de boissons alcoolisées. Rapporté à la population, cela représente un débit de boissons pour 273 habitants de plus de 16 ans, soit une densité supérieure à la moyenne régionale (un débit pour 320 habitants).

Entre 1990 et 1999, le nombre de débits de boissons titulaires d'une licence de 4ème catégorie a diminué de 3% en Mayenne, alors qu'il a progressé de plus de 2% dans les Pays de la Loire.

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie et les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme en Mayenne en 1997 et évolution depuis 1987

Nombre de lieux de permanences*	Volume horaire hebdo*	Nombre total de consultants** en Mayenne	Consultants** pour 10000 habitants de 15 ans et plus (Mayenne)	Consultants** pour 10000 habitants de 15 ans et plus (PdL)
2	52	220 (-26)	9,7 (+1%)	19,9 (+45%)

Sources : DGS bureau de la santé mentale, des toxicomanies et dépendance, INSEE estimations au 1/1/1987, 1/1/1988 et 1/1/1997

\* CCAA et CDPA \*\* CCAA seulement

Exploitation O.R.S.

## Les structures de soins spécifiques en Mayenne au 1er janvier 1999

	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Proportion sur l'ensemble des lits régionaux *
Lutte contre l'alcoolisme	1	32	19,9%

Source : DRASS-SESI

\* Population départementale = 8,8 % de la population régionale

## La production de boissons alcoolisées en Mayenne en 1998

	Production (en hectolitres)	Part sur la production régionale (en %)
Vin "VQPRD"*	-	
Vin "Autres"	-	
Alcool distillé**		
Distillateurs de profession	3 353	11,8
Alcool distillé**		
Bouilleurs de cru	275	7,4

Source : Direction générale des douanes et droits indirects

\* vins de qualité produits dans des régions déterminées

\*\* En hectolitres d'alcool pur

## Les débits de boissons de licence IV

	1990	1999
Nombre en Mayenne	846	820
Nombre pour 100 000 habitants (Mayenne)	304	287
16 ans et plus	390	367
Nombre pour 100 000 habitants (PdL)	251	244
16 ans et plus	321	313

Sources : Direction générale des douanes et droits indirects, INSEE RP 90, estimations au 1/1/1997

**Méthode :** Pour le calcul de la densité des débits de boissons de licence IV, on a rapporté les nombres d'établissements aux effectifs des 16 ans et plus du recensement de population de 1990 et des estimations au 1/1/1997 de l'INSEE. On a retenu les plus de 16 ans en raison de l'article L 80 de la loi 91-32 du 10 janvier 1991 qui autorise ceux-ci (donc les mineurs de 16 à 18 ans) à consommer sur place ou à emporter des boissons alcooliques. A noter que c'est aussi autour de cet âge qu'on recense les premiers consultants en CCAA.

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

---

## CONTEXTE NATIONAL

En 1996, le nombre de fumeurs en France est estimé à 13,5 millions de personnes. La France se situe à un niveau moyen en Europe pour la consommation de tabac avec 5,2 cigarettes par jour et par personne de 15 ans et plus. La proportion de fumeurs est plus élevée chez les hommes (35%) que chez les femmes (21%). Elle est maximale entre 25 et 39 ans chez les hommes et entre 18 et 25 ans chez les femmes. Ces proportions ont évolué au cours des 15 dernières années : en 1980, 46% des hommes et 17% des femmes fumaient. Le type de cigarettes fumées aujourd'hui est majoritairement des cigarettes blondes et à filtre.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques est également élevé chez le fumeur. Le tabagisme augmente aussi le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire. Chez la femme, ces effets nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

On estime que le tabac est responsable d'environ 3 millions de décès par an dans le monde, dont 550 000 dans l'Union Européenne. En France, en 1990, on estime à 60 000 le nombre de décès attribuables au tabac (55 000 chez les hommes et 5 000 chez les femmes). On estime que le nombre de décès dus au tabac devrait atteindre 160 000 par an en 2025, dont 50 000 femmes.

Les effets de la consommation de tabac sur la santé, sont décalés de plusieurs décennies par rapport aux habitudes tabagiques de la population. Ceci explique notamment qu'on voit apparaître en France les conséquences du tabagisme féminin, alors qu'aux Etats-Unis, l'incidence du cancer bronchique dépasse désormais celle du cancer du sein. Une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids à la naissance, et entre le tabagisme passif et la mort subite du nourrisson. A l'âge adulte, on a par ailleurs démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon, et de maladies vasculaires. On reconnaît actuellement le bénéfice de l'arrêt de la consommation de tabac quelle que soit l'ancienneté de celle-ci : si les personnes qui arrêtent de fumer avant l'âge de 35 ans retrouvent une espérance de vie similaire à celles qui n'ont jamais fumé, celles qui arrêtent entre 35 et 65 ans réduisent considérablement leur risque de mourir prématurément comparativement à celles qui continuent de fumer.

La prise de conscience du phénomène tabagique a amené les gouvernements des pays développés à mettre en place des législations visant à limiter la consommation de tabac. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaurait une limitation de la publicité pour le tabac et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) prohibe toute publicité directe ou indirecte depuis janvier 1993, et introduit, depuis novembre 1992, l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Trois directives européennes complètent le dispositif national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisque, en France, de 1991 à 1997, les ventes de tabac ont enregistré une baisse de 11,2 %.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

● La Mayenne connaît une faible mortalité par cancer pulmonaire : -33% par rapport à la moyenne nationale. Environ 70 décès masculins et 10 décès féminins sont ainsi dénombrés chaque année.

● Entre 1981 et 1996, les taux de mortalité par cancer pulmonaire ont augmenté de 40% chez les hommes et de 16% chez les femmes, conséquence de la hausse de la consommation de tabac au cours des dernières décennies.

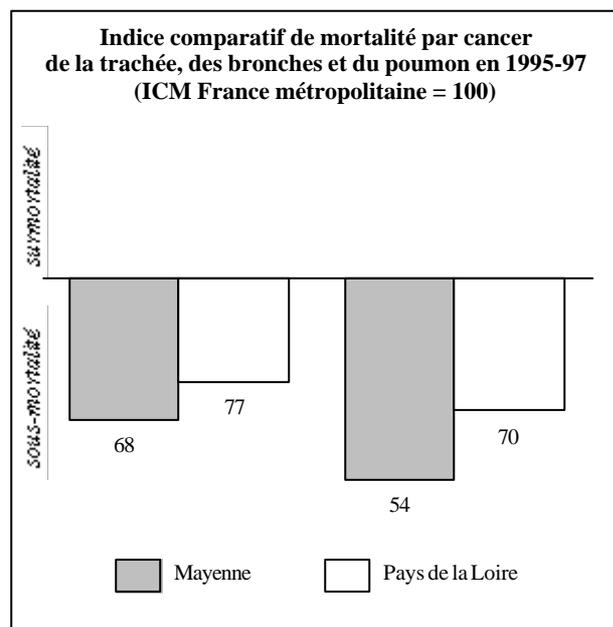
### ● Une nette sous-mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon

Entre 1995 et 1997, plus de 80 habitants de la Mayenne sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer de la trachée, des bronches ou du poumon. Ces affections représentent environ 11% des décès par cancer.

Le département connaît une mortalité par cancer pulmonaire particulièrement faible comparée à la moyenne française, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les femmes, l'indice comparatif de mortalité de la Mayenne est deux fois moins élevé qu'en France (ICM=54).

Il faut toutefois garder à l'esprit que ce constat reflète une situation ancienne puisque les pathologies concernées liées au tabac surviennent après de nombreuses années d'intoxication tabagique.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.**



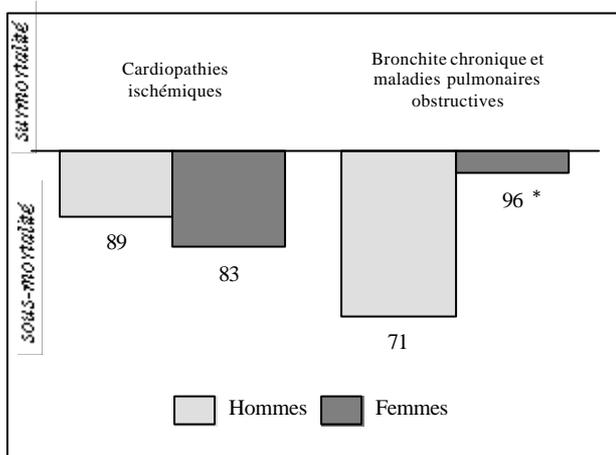
Sources : INSERM SC8

Exploitation O.R.S.

INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indices comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et par bronchite chronique en Mayenne en 1995-97 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

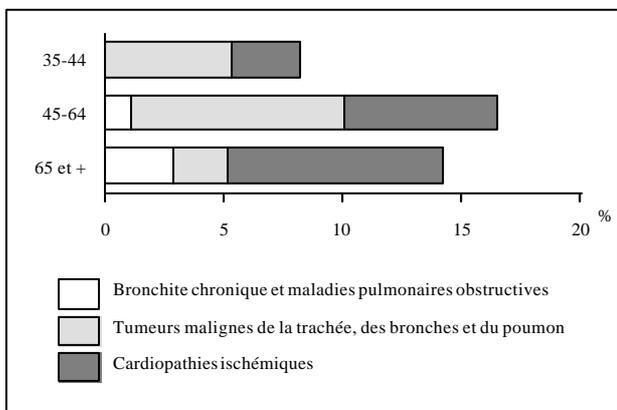
\* Différence non significative au seuil de 5 %

## Nombre moyen de décès annuels par sexe en Mayenne en 1988-90 et en 1995-97

	1988-90		1995-97	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	37	28	33	31
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	55	10	73	10
Cardiopathies ischémiques	124	105	121	94

Source : INSERM SC8

## Part des décès liés au tabac dans la mortalité générale par groupe d'âge en Mayenne en 1995-97



Source : INSERM SC8

## ● Une sous-mortalité globale par bronchite chronique et cardiopathies ischémiques

Cette sous-mortalité se retrouve pour les cardiopathies ischémiques et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives, autres causes de décès également liées à la consommation de tabac.

Ces deux groupes d'affections sont à l'origine d'environ 280 décès chaque année en Mayenne, entre 1995 et 1997.

Comparé à la moyenne nationale, le département connaît une sous-mortalité globale pour ces deux causes. Seule la mortalité féminine par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives n'est pas significativement différente de la moyenne française.

## ● 7 décès masculins par cancer pulmonaire pour 1 féminin

Entre 1995 et 1997, 360 mayennais sont décédés en moyenne chaque année d'une bronchite chronique, d'une tumeur pulmonaire ou d'une cardiopathie ischémique.

Entre 1988-1990 et 1995-1997, le nombre annuel moyen de décès causés par l'une de ces pathologies a peu varié, la baisse du nombre de décès par cardiopathie ischémique ayant été compensée par l'augmentation du nombre de décès par cancer pulmonaire.

Sur la période 1995-1997, 63% de ces décès ont concerné les hommes. Cependant de fortes disparités apparaissent en fonction de la maladie considérée. On observait ainsi 7 décès masculins par cancer pulmonaire pour 1 décès féminin.

## ● Une part importante des décès par cancer pulmonaire dans la mortalité générale des 45-64 ans

Le poids des pathologies pour lesquelles le tabac constitue un facteur de risque important dans la mortalité générale est très variable selon les classes d'âge considérées. Ainsi, pour les 35-44 ans, environ 8% des décès sont dus à des tumeurs pulmonaires et à des cardiopathies ischémiques, les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives n'étant pas observées pour cette tranche d'âge. Entre 45 et 64 ans, près de 17% des décès sont liés à l'ensemble de ces pathologies, dont plus de la moitié est due à un cancer pulmonaire. A partir de 65 ans, ce sont les décès par cardiopathies ischémiques qui prédominent (avec 9% des décès toutes causes confondues), la part des décès par bronchite chronique atteignant 3%.

### Méthode

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'évolution entre 1988-90 et 1993-95 a été calculé, en troisième page, à partir des taux standardisés de mortalité. Ceux-ci ont été calculés suivant la méthode de la population type (celle retenue ici étant la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). La base du calcul a été : (taux standardisé 1993-95 - taux standardisé 1988-90) / (taux standardisé 1988-90). Le signe négatif signifie donc une amélioration au cours de la période et le signe positif une détérioration.

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Évolution des taux comparatifs de mortalité entre 1988-90 et 1995-97 (en %)

### ● Nette augmentation de la mortalité par cancer pulmonaire

Depuis le début des années 80, le nombre de décès par cancer du poumon est en augmentation très sensible. Alors qu'il se situait entre 40 et 50 avant 1985, il avoisine ou dépasse 80 depuis 1995.

Cette évolution n'est pas uniquement due au vieillissement de la population. En effet, si l'on considère l'évolution des taux comparatifs de mortalité, qui éliminent les effets dus à la structure par âge de la population, on observe, entre 1981 et 1996, une augmentation de la mortalité totale par cancer de la trachée, des bronches et du poumon de 40% chez les hommes et de 16% chez les femmes.

D'autre part, le taux de décès prématurés (survenant avant 65 ans) a progressé de 56% chez les hommes, alors qu'il a été multiplié par 2,5 chez les femmes. Il convient de souligner que la faible taille des effectifs concernés incite à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats.

Pour les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives, les taux de mortalité diminuent significativement de 28% chez les hommes, entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997. Chez les femmes, on observe également une baisse de cette mortalité (-8%), mais étant donné les faibles effectifs concernés, cette évolution n'est pas significative.

Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques diminuent de 14% chez les hommes et de 24% chez les femmes. Mais seule la baisse observée chez les femmes est significative. Ces résultats se retrouvent cependant au niveau régional.

### ● Une densité de débits de tabac relativement élevée comparée à la moyenne régionale

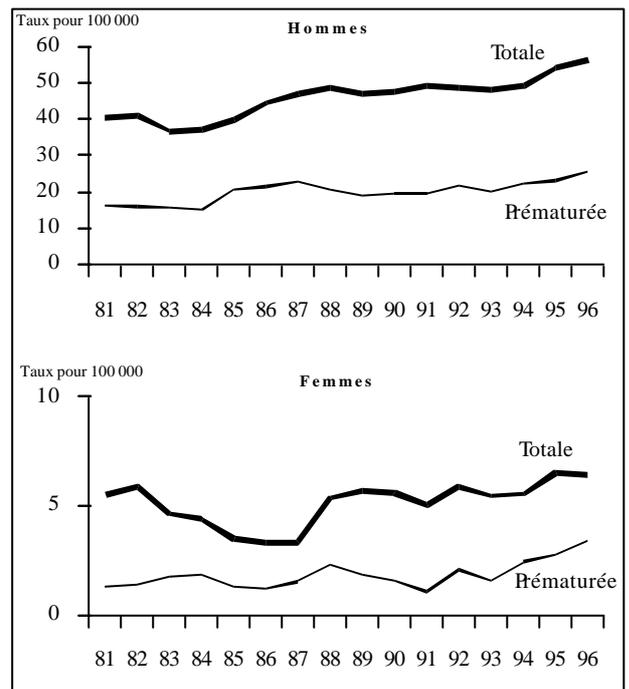
Entre 1995 et 1998, le nombre de débits de tabac pour 100 000 habitants de plus de 15 ans est resté relativement stable, passant de 118 à 112 entre ces deux années. Comparée à la moyenne régionale (75 débits de tabac pour 100 000 habitants), cette densité est assez élevée.

Hommes	Mayenne	Pays de la Loire
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	-27,5	-6,3 *
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	19,8 *	5,0 *
Cardiopathies ischémiques	-14,0 *	-13,7
Femmes	Mayenne	Pays de la Loire
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	-7,8 *	3,2 *
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	13,0 *	9,3 *
Cardiopathies ischémiques	-24,2	-21,4

Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (RP et estimations)

\* Différence non significative au seuil de 5 %

## Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Mayenne entre 1981 et 1996\*



Sources : INSERM SC8, INSEE Exploitation O.R.S.

\* Données lissées sur 3 ans

## Débits de tabac en 1998

	Mayenne	Pays de la Loire
Nombre de débits de tabac	256	1 922
Nombre pour 100 000 habitants de 15 ans et plus	112	75

Sources : Direction générale des douanes et des droits indirects, INSEE (estimations au 1/1/1997)

Exploitation O.R.S.

**Méthode :** le nombre de débits de tabac a été fourni par la Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI). Pour le calcul de la densité des débits de tabac, on a rapporté le nombre d'établissements aux effectifs des 15 ans et plus dans la population estimée par l'INSEE au 1/1/1995 dans la région. On a retenu 15 ans par commodité de calcul et par usage habituel même si la première cigarette peut éventuellement être fumée avant (dès 12 ans).

# LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

---



## CONTEXTE NATIONAL

La connaissance de la toxicomanie est rendue difficile par l'illégalité de la plupart de ses formes. Les données disponibles régulièrement concernent l'activité des services sanitaires et sociaux, mais aussi les services répressifs. Bien que les définitions soient différentes d'une source de données à l'autre, l'augmentation des effectifs comptabilisés dans les deux cas est continue. Ainsi, entre 1987 et 1996, le nombre de toxicomanes pris en charge (au mois de novembre) dans les services sanitaires et sociaux a augmenté de 135 % (de 8 800 à 20 700). Le nombre de personnes interpellées pour usage ou usage-revente de stupéfiants a été multiplié par 3 entre 1987 et 1998 (de 26 900 à 85 500).

La toxicomanie reste un phénomène qui concerne les jeunes adultes ; 84 % des prises en charge sanitaires et sociales concernent des personnes âgées de 18 à 34 ans. Les femmes sont très minoritaires : elles représentent moins de 10 % des personnes interpellées et 25 % des toxicomanes pris en charge.

Le cannabis est à l'origine des trois quarts des interpellations pour usage, alors que l'héroïne occupe le premier rang des produits principaux de dépendance des toxicomanes pris en charge (47 %). La polytoxicomanie est très fréquente et de nombreux autres produits sont en général consommés.

La morbidité infectieuse est importante mais n'est pas toujours bien connue. On estime que 16 à 23 % des toxicomanes pris en charge en institution en novembre 1995 sont infectés par le VIH et 49 à 70 % par l'hépatite C.

Les modalités de prise en charge et de soins ont fortement évolué au cours des dernières années, notamment avec la mise en place de mesures de réduction des risques : accessibilité à du matériel propre et développement de traitements de substitution. La méthadone et la buprénorphine sont les 2 médicaments de substitution utilisés en France actuellement. Les traitements à la méthadone sont initiés dans des centres agréés, puis le relais est pris par la médecine de ville. Début 1997, on dénombrait 84 centres agréés et 4 600 bénéficiaires de ce type de traitement en France. Les traitements à la buprénorphine peuvent être directement institués en médecine de ville et on estime à 19 000 le nombre de personnes traitées par ce produit début 1997.

Cette évolution des modalités de prise en charge a vraisemblablement contribué à la diminution du nombre de décès par surdose observée par l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) depuis 2 ans, le nombre étant passé de 564 en 1994 à 228 décès en 1997.

## SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- La Mayenne semble rester relativement épargnée par la toxicomanie, avec un taux d'interpellation et un taux de prise en charge par les structures de soins nettement inférieurs à la moyenne nationale.
- Près de 250 personnes ont été interpellées en 1998 pour usage ou usage-revente de stupéfiants, et principalement de cannabis. Ce nombre a été multiplié par 4 depuis 1992. Le nombre de toxicomanes pris en charge par les structures de soins a également progressé depuis 1997.
- Les principaux produits de dépendance des toxicomanes pris en charge sont le cannabis (54 %) et l'héroïne (27 %).
- La morbidité infectieuse des toxicomanes est importante : 6 à 13 % des toxicomanes pris en charge par les structures de soins sont séropositifs pour le virus du sida et 23 à 50 % pour celui de l'hépatite C.

### ● La Mayenne semble rester relativement protégée

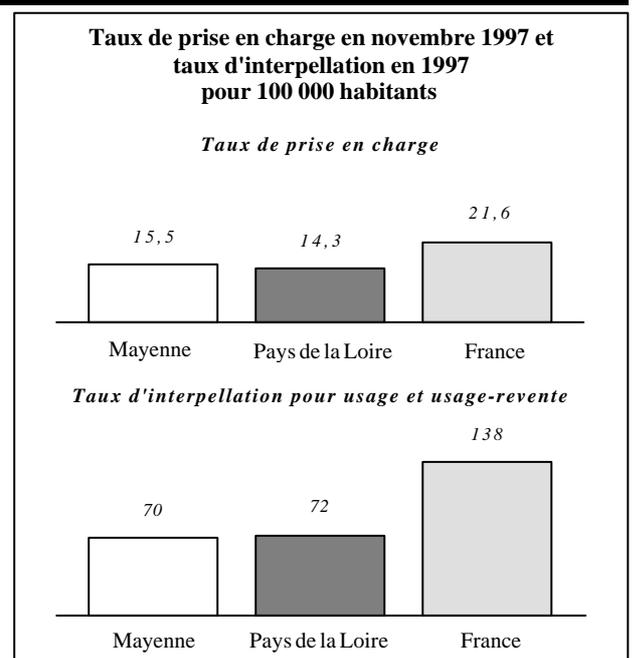
En 1997, 198 personnes ont été interpellées en Mayenne par les services de police et de gendarmerie pour usage et usage-revente de stupéfiants. Rapporté à la population départementale, cela correspond à un taux d'interpellation de 70 pour 100 000 habitants, proche de la moyenne régionale mais près de 2 fois inférieur à la moyenne française.

Constat identique pour le taux de toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales du département, qui atteint 15 pour 100 000 habitants en 1997 en Mayenne et 22 pour 100 000 au plan national.

A cette date et au regard de ces 2 indicateurs, la Mayenne semble donc comme l'ensemble de la région relativement moins confrontée aux problèmes de toxicomanies que le reste de la France.

Ces taux doivent être interprétés avec prudence pour plusieurs raisons :

- les usagers interpellés, comme les toxicomanes pris en charge, ne sont pas tous des habitants du département
- les taux ne sont pas standardisés pour tenir compte des différences de structure par âge entre zones géographiques
- les doubles comptes ne sont pas exclus
- la fréquence des interpellations varient en fonction des habitudes d'interventions des services de police et de gendarmerie en matière de toxicomanie.

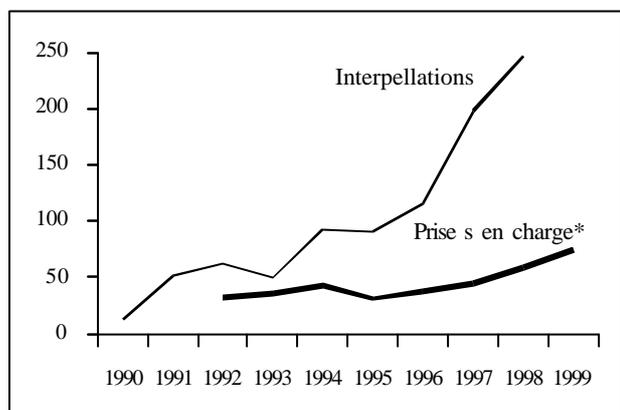


Sources : OCRTIS, DRASS-DREES, INSEE (estimations)

Exploitation O.R.S.

# LA TOXICOMANIE

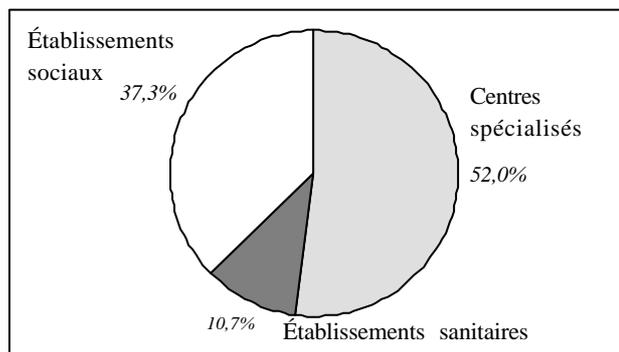
## Évolution du nombre d'interpellations et du nombre de toxicomanes pris en charge en Mayenne depuis 1990



Sources : OCRTIS, DRASS-DREES

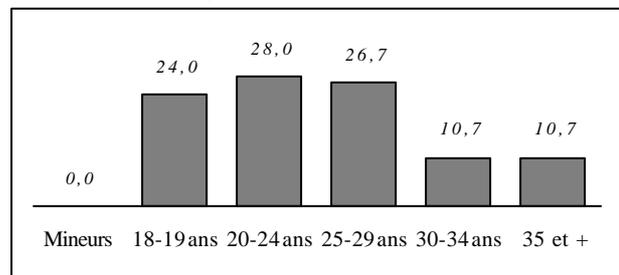
\* Pas d'enquête en Novembre 1998

## Répartition des toxicomanes pris en charge selon le type d'établissement en Mayenne en novembre 1999



Source : DRASS-DREES

## Répartition par âge des toxicomanes pris en charge en Mayenne en novembre 1999



Source : DRASS-DREES

### ● Progression considérable des interpellations et plus récemment des prises en charge

Depuis la fin des années 80, où l'on en comptait seulement une dizaine chaque année, le nombre de personnes interpellées pour usage ou usage-revente de stupéfiants en Mayenne a très fortement progressé. Ainsi, entre 1992 et 1998, il a été multiplié par 4, passant de 62 à 247. Sur la même période, ce nombre a été multiplié par 3 dans l'ensemble de la région et par 1,8 en France. Cette progression s'explique par l'augmentation du nombre d'interpellations liées au cannabis.

Si l'on considère les résultats de l'enquête menée chaque année au mois de novembre par les services de la DRASS, le nombre de toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales du département, après être resté relativement stable jusqu'en 1997, a connu depuis une nette progression depuis cette date, et atteignait 75 en novembre 1999.

### ● La moitié des toxicomanes pris en charge par des centres spécialisés

Les structures spécialisées, centre de soins et de prévention et centre de post-cure, jouent un rôle important puisque selon cette enquête elles ont accueilli plus de la moitié des 75 toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales du département au cours du mois de novembre 1999. Mais la place des établissements et services sociaux s'est accrue, concernant désormais 40 % des toxicomanes pris en charge dans le département contre moins de 5 % en novembre 1997.

### ● Les personnes interpellées comme celles prises en charge : une population jeune et principalement masculine

Les données issues des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants comme celles concernant la prise en charge montrent une nette prédominance des personnes jeunes et de sexe masculin.

Ainsi, parmi les toxicomanes pris en charge en novembre 1999, 88 % sont des hommes, 52 % ont moins de 25 ans et 24 % moins de 20 ans.

Parmi les personnes interpellées, on retrouve de façon encore plus marquée cette prédominance masculine et des jeunes (94 % d'hommes, 80 % de moins de 25 ans et 40 % de moins de 20 ans en 1996).

**Méthode :** Les données utilisées proviennent de deux sources institutionnelles :

- l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes ; ne sont ici retenues que les ILS pour "usage" et "usage-revente"

- depuis 1987, la DREES organise avec les DRASS une enquête sur les toxicomanes ("personnes dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des mois précédant l'enquête") pris en charge durant le mois de novembre dans les centres spécialisés, la plupart des établissements hospitaliers et un certain nombre d'établissements sociaux (clubs de prévention et Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale principalement). Cabinets médicaux et antennes spécialisés pour toxicomanes incarcérés ne sont pas inclus dans le champ de cette enquête de novembre.

## ● Une grande précarité professionnelle

Selon l'enquête menée par la DRASS auprès des structures sanitaires et sociales, seulement 10 % des toxicomanes pris en charge en novembre 1999 ont un emploi stable et près de 60 % n'ont pas d'activité professionnelle.

Chez les personnes interpellées en Mayenne pour usage ou usage-revente de stupéfiants, l'inactivité professionnelle atteignait 74 % en 1996.

## ● Parmi les principaux produits de dépendance, le cannabis et l'héroïne

Alors qu'au plan national, l'héroïne constitue le principal produit de dépendance de la majorité des personnes au début de leur prise en charge, c'est le cannabis qui est au premier plan en Mayenne. Selon l'enquête menée en Novembre 1999, il constitue en effet le premier produit de dépendance au début de leur prise en charge pour 39 % des toxicomanes du département.

L'héroïne arrive au second rang, avec 35 % des toxicomanes qui engagent une prise en charge en étant principalement dépendant à ce produit. Ce sont surtout les centres spécialisés qui assurent le suivi de ces personnes.

Les polytoxicomanies, avec usage simultané ou successif de ces différents produits, sont en outre particulièrement fréquentes.

Par ailleurs, le cannabis est en Mayenne comme en France le principal produit en cause dans la grande majorité des interpellations pour usage et usage-revente (94 % des cas en 1998). A noter en 1998, 9 interpellations pour usage ou usage-revente d'ecstasy.

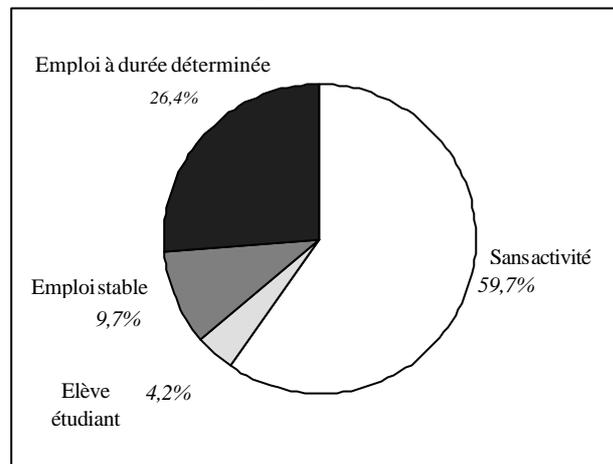
## ● Une morbidité infectieuse importante

L'enquête menée annuellement par la DRASS fournit également des informations sur la fréquence de l'infection par le virus du sida et de l'hépatite C chez les toxicomanes pris en charge par les établissements et structures de soins.

En Mayenne comme dans la région, la situation sérologique des toxicomanes vis-à-vis de l'hépatite C comme du VIH n'est pas connue dans plus de la moitié des cas.

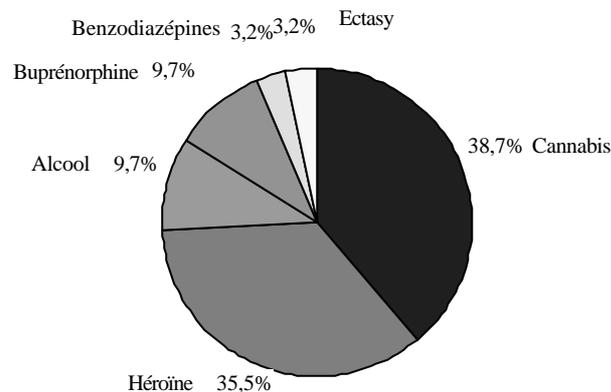
On peut toutefois estimer, sur la base des données recueillies que 23 à 50 % d'entre eux sont séropositifs pour l'hépatite C, et 6 à 13 % pour le VIH.

## Répartition des toxicomanes pris en charge selon l'activité en Mayenne en novembre 1999



Source : DRASS-DREES

## Répartition des toxicomanes selon le produit principal de dépendance au début de leur prise en charge en Mayenne en novembre 1999



Source : DRASS-DREES

## Sérologies VIH et hépatite C chez les toxicomanes pris en charge dans les établissements de soins de Mayenne en 1999 (en %)

	VIH	Hépatite C
% de tests de dépistage effectués *	53 %	49%
% de sérologies connues et déclarées *	47 %	47%
% de sérologies positives **	6 à 13 %	23 à 50 %

Source : DRASS-DREES

\* : le pourcentage est calculé sur l'ensemble des toxicomanes pris en charge par les établissements de soins, hors établissements sociaux.

\*\* : le premier pourcentage est calculé sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés, le second sur les personnes dont le statut sérologique est connu et déclaré.

# LA TOXICOMANIE

---

### CONTEXTE NATIONAL

Les accidents ont un coût humain, économique et social très lourd. Différentes enquêtes de morbidité permettent d'estimer qu'ils sont responsables, chaque année, en France, de 15 millions de recours en médecine libérale, 1,3 million d'hospitalisations et 525 000 interventions chirurgicales. Ils sont également à l'origine de 30 000 morts par an (en 1993-96), ce qui correspond à la troisième grande cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.

Les circonstances des accidents sont diverses. Les plus nombreux surviennent au domicile ou à proximité, à l'école ou lors des loisirs : ce sont les accidents de la vie courante. L'enquête décennale sur la santé (Insee-Credes, 1991-92) permet d'estimer à 8,4 millions le nombre annuel d'accidents de la vie courante qui nécessitent un soin. Les trois-quarts ne présentent aucune gravité, mais 5% donnent lieu à une hospitalisation. Le risque est plus important pour les hommes que pour les femmes. Il est aussi différent : les femmes se blessent plus souvent à leur domicile, les hommes plus souvent dans leurs loisirs. Ils ont par ailleurs des accidents plus graves. On estime actuellement que les accidents domestiques sont à l'origine de 18 000 à 20 000 décès par an. Ils constituent une importante cause de mortalité chez les jeunes enfants. La prévention des accidents de la vie courante est difficile en raison de la multiplicité des circonstances et des lieux de survenue ; à côté des mesures de réglementation et de contrôle assurées par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, l'information et l'éducation sont essentielles.

Les accidents de la circulation sont moins fréquents, mais mieux connus car très médiatisés. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de tués sur les routes a diminué de près de 50 %, alors que dans le même temps le trafic doublait. En 1998, les accidents de la route ont fait 188 900 victimes, dont 9 000 tués et 179 900 blessés (dont 36 200 blessés graves). Les accidents sont plus fréquents en milieu urbain, mais plus graves à la campagne, en particulier sur les routes départementales. Les excès de vitesse et l'alcoolisation au volant sont les premiers en cause dans les accidents corporels. Les contrôles d'alcoolémie réalisés en 1997 lors des accidents étaient positifs dans 5,5 % des cas (contre 1,3 % lors de contrôles préventifs). En ce qui concerne la prévention des accidents de la circulation, les mesures législatives s'accompagnent d'une amélioration du réseau routier, d'une meilleure conception du véhicule et de campagnes d'information auprès des usagers de la route.

Loin derrière, en termes de fréquence, viennent les accidents du travail. Leur nombre a considérablement régressé depuis 30 ans. En 1995, le régime général et le régime agricole d'assurance maladie dénombrèrent en France, à l'exclusion des accidents du trajet, 721 300 accidents avec arrêt de travail, 68 700 accidents ayant entraîné une incapacité permanente et 842 accidents mortels. Dans ce domaine, la prévention passe par le renforcement des normes de sécurité et l'amélioration des conditions de travail et d'équipement.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

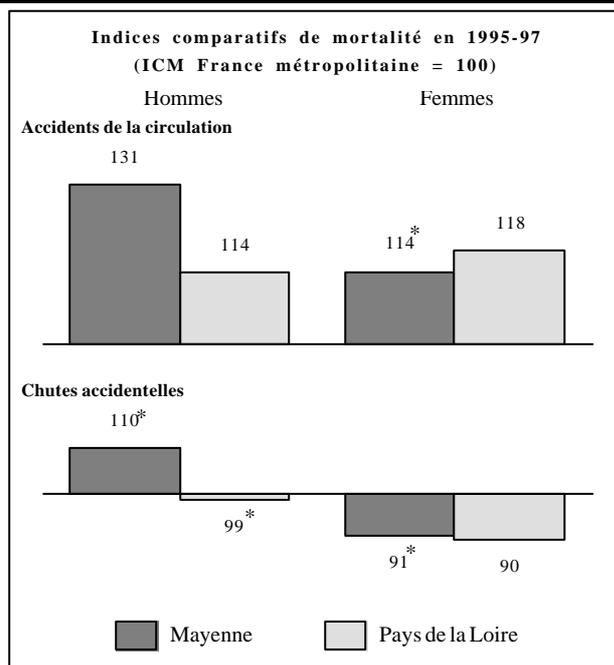
- Les chutes accidentelles sont à l'origine de 51 décès par an dans le département, principalement chez les personnes âgées.
- En Mayenne, 47 habitants décèdent en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation. Les victimes sont des hommes dans 75 % des cas et des 15-24 ans dans un tiers des cas.
- Le nombre de blessés graves diminue nettement depuis 15 ans (-53% entre 1983 et 1997). Le nombre de décès a également reculé mais la Mayenne conserve une mortalité par accidents de la circulation supérieure à la moyenne nationale, notamment pour les hommes.
- Près de 4 000 accidents du travail avec arrêt ont été dénombrés en 1997 chez des salariés relevant du régime général et du régime agricole. Les accidents entraînant une incapacité permanente ou partielle représentent environ 7% de ces accidents.

#### ● Une mortalité par accidents de la route supérieure de 28% à la moyenne française

Sur la période 1995-97, 47 habitants de la Mayenne, dont 75 % d'hommes, sont décédés en moyenne chaque année par accident de la route. Le département connaît une mortalité pour cette cause qui dépasse de 28% la moyenne nationale. Cette surmortalité concerne surtout les hommes (+ 31%). Chez les femmes, elle est moins marquée (+14%), et en outre non significativement différente de la moyenne nationale.

Les chutes accidentelles sont à l'origine de 51 décès en moyenne chaque année, dont près de 80% concernent des personnes de 75 ans et plus. La mortalité liée aux chutes n'est pas différente de la moyenne nationale pour chacun des deux sexes, mais là encore les faibles effectifs observés limitent l'interprétation des résultats.

*L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

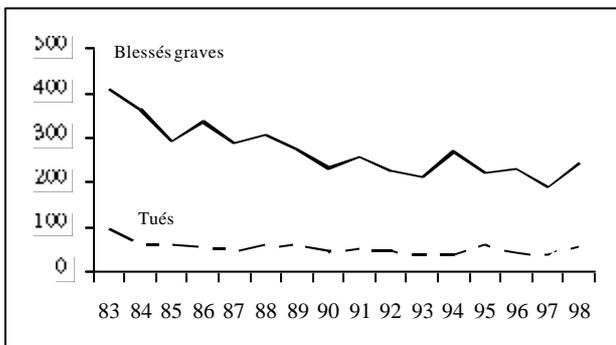


Sources : INSERM SC8; INSEE (estimations au 1/1/1996 et 97)  
Exploitation O.R.S.

\* Différence non significative au seuil de 5 %

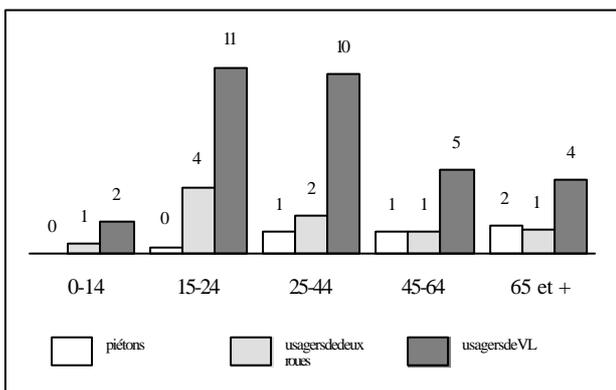
# LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Évolution du nombre de tués et du nombre de blessés graves en Mayenne de 1983 à 1998



Source : SETRA-Ministère de l'Équipement Exploitation O.R.S.

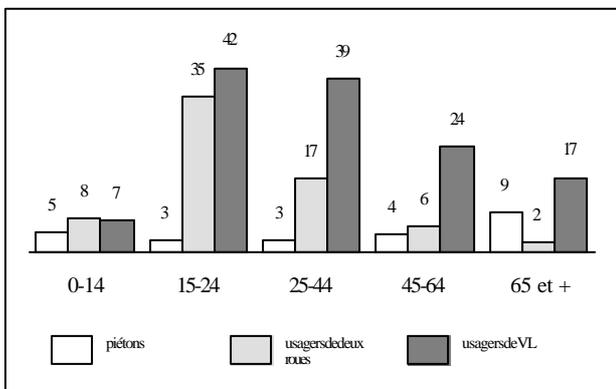
Nombre moyen annuel de tués selon l'âge et la catégorie d'usagers en Mayenne en 1994-1998



Source : SETRA-Ministère de l'Équipement Exploitation O.R.S.

VL : véhicule léger (avec ou sans caravane)

Nombre moyen annuel de blessés graves selon l'âge et la catégorie d'usagers en Mayenne en 1994-1998



Source : SETRA-Ministère de l'Équipement Exploitation O.R.S.

VL : véhicule léger (avec ou sans caravane)

## ● Une diminution globale du nombre de tués et de blessés graves sur les routes depuis 15 ans

Dans le département, comme dans la région, le nombre de tués et de blessés graves par accidents de la circulation a globalement diminué en 15 ans, malgré l'augmentation continue du trafic. Ce constat témoigne de l'efficacité des nombreuses mesures de prévention prises depuis le début des années 70.

Entre 1983 et 1997, le nombre de blessés graves par accidents produits en Mayenne, est en effet passé de 408 à 190, soit une baisse de 53%. Le nombre de tués a également diminué pendant cette période : il passe de 97 à 39.

Les données concernant 1998 montrent une hausse du nombre de blessés graves et du nombre de tués par accidents de la circulation, mais il n'est pas possible de savoir s'il s'agit là d'une variation ponctuelle, comme celles parfois observées au cours des dernières années, ou du début d'une tendance à la hausse.

## ● Un tiers des décès par accidents de la route concerne des jeunes âgés entre 15 et 24 ans

Dans le département comme ailleurs, les adolescents et les jeunes adultes sont les premières victimes des accidents de la route. Ainsi 33% des tués et 36% des blessés graves par accidents de la circulation, en Mayenne, concernent des personnes âgées de 15 à 24 ans.

## ● La voiture est responsable de plus d'un accident sur deux

Quelque soit la classe d'âge, la voiture est le plus souvent en cause dans les accidents : 71% des tués et 58% des blessés graves circulaient en voiture.

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans décédés par accidents de la route, en Mayenne, 73% circulaient en voiture et 27% en deux roues. Pour les blessés graves, la conduite automobile est en cause dans 53% des cas, et les deux roues dans 44% des cas.

Chez les 25-64 ans, la conduite automobile est en cause dans 75% des décès et 68% des blessures graves.

**Méthode :** Les statistiques du SETRA sont élaborées à partir des bordereaux automatisés des accidents corporels (BAAC) établis chaque fois que se produit un accident corporel de la circulation routière. Cet organisme centralise, à la fois, les fichiers de la police nationale et de la gendarmerie. Parmi les victimes, on distingue les tués qui sont décédés sur le coup ou dans les six jours qui suivent l'accident, les blessés graves dont l'état nécessite plus de six jours d'hospitalisation, les blessés légers dont l'état nécessite de 0 à 6 jours d'hospitalisation. Les statistiques du SETRA portent sur les données enregistrées et non domiciliées. Elles concernent les accidents de la circulation survenus dans la région et non survenus à des habitants de la région. Par conséquent le nombre de décès par accidents de la circulation issu des statistiques du SETRA est différent de celui de l'INSERM qui porte sur les décès domiciliés.

# LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

## ● 7 % des accidents de travail sont des accidents avec séquelles

En 1997, près de 4 000 personnes ont été victimes d'un accident de travail nécessitant un arrêt, en Mayenne, dont 3 500 relevant du régime général et 430 de la Mutualité Sociale Agricole.

Environ 6% des accidents pris en charge par le régime général ont entraîné des séquelles, nécessitant la reconnaissance d'une incapacité permanente ou partielle. Les accidents du trajet laissent plus fréquemment des séquelles (7%) que les accidents du travail proprement dits (5%).

La part des accidents avec séquelles indemnisés par le régime agricole est plus élevée, puisqu'elle atteint 14%.

## ● Des accidents du travail avec arrêt qui semblent voir leur fréquence augmenter

Entre 1992 et 1997, on ne constate pas d'évolution significative du nombre d'accidents de travail avec arrêt, reconnus par le régime général, en Mayenne. Par contre, si on rapporte cet effectif à la population salariée couverte pour ce risque, il existe une légère tendance à la hausse du taux d'accidents de travail avec arrêt pour 1000 salariés, tendance qui s'observe de façon plus nette au plan régional. A l'exception de 1992, le taux mayennais reste toujours inférieur à celui enregistré dans les Pays de la Loire.

L'analyse des données concernant les accidents avec séquelles et les accidents mortels est plus difficile car elle porte sur des effectifs plus faibles. Il apparaît cependant que pour ces deux indicateurs, la situation des salariés du régime général en Mayenne diffère peu de celle observé au plan régional, et ne connaît pas d'évolution marquée.

**Définitions :** Les "accidents avec arrêt" sont les accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel est survenu l'accident et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière. Les "accidents avec séquelles" sont ceux qui ont entraîné, soit la reconnaissance d'une **Incapacité Permanente (IP)** par la Sécurité Sociale, soit le décès. Les "accidents mortels" concernent ceux pour lesquels le décès est intervenu avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'une IP et liquidation d'une rente.

## Accidents de travail\* indemnisés en Mayenne en 1997

	Accidents avec arrêt	Accidents avec séquelles **	Accidents mortels
Régime général			
<i>Accidents proprement dits</i>	3 152	174	4
<i>Accidents du trajet</i>	344	25	4
Régime agricole			
<i>Tous les accidents ***</i>	429	58	0

Sources : CRAM (Prévention des accidents du travail), MSA53 Exploitation O.R.S.

\* Il s'agit des accidents du travail des salariés des entreprises implantées dans la zone géographique étudiée.

\*\* Il s'agit du nombre d'Incapacités Permanentes ou Partielles délivrées pour les accidents survenus en 1997 quelle que soit l'année de délivrance. Le nombre d'accidents avec séquelles est inclus dans le nombre d'accidents avec arrêt.

\*\*\* les statistiques de la MSA ne concernent que les salariés agricoles. Elles regroupent les accidents proprement dits et les accidents du trajet.

## Évolution du nombre d'accidents de travail proprement dits entre 1992 et 1997 (régime général)

	Mayenne		Pays de la Loire	
	Effectif	Taux pour 1000 salariés	Effectif	Taux pour 1000 salariés
1992	3 235	35,6	37 171	34,3
1993	2 861	32,9	34 011	34,3
1994	2 894	33,1	34 781	35,6
1995	3 156	36,9	36 481	37,7
1996	2 964	37,4	35 288	38,4
1997	2 908	37,4	34 968	39,0

Source : CRAM

Exploitation O.R.S.

## Évolution du nombre d'accidents de travail avec séquelles entre 1992 et 1997 (régime général)

	Mayenne		Pays de la Loire	
	Effectif	Taux pour 1000 salariés	Effectif	Taux pour 1000 salariés
1992	206	2,3	2 319	2,1
1993	185	2,1	2 254	2,3
1994	212	2,4	2 338	2,4
1995	200	2,3	2 195	2,3
1996	191	2,4	1 958	2,1
1997	188	2,4	1 902	2,1

Source : CRAM

Exploitation O.R.S.

## Évolution du nombre d'accidents de travail mortels entre 1992 et 1997 (régime général)

	Mayenne		Pays de la Loire	
	Effectif	Taux pour 1000 salariés	Effectif	Taux pour 1000 salariés
1992	3	0,03	49	0,05
1993	1	0,01	51	0,05
1994	6	0,07	44	0,05
1995	4	0,05	37	0,04
1996	3	0,04	30	0,03
1997	3	0,04	32	0,04

Source : CRAM

Exploitation O.R.S.

# LES ACCIDENTS

---



### CONTEXTE NATIONAL

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne.

En termes de mortalité, 11 400 personnes sont décédées par suicide en moyenne chaque année pendant la période 1995-1997, ce qui représente environ 2% de la mortalité générale. Les études sur ce sujet s'accordent pour dire que ce nombre est sous-estimé de 20%. En effet, le suicide reste un sujet tabou ; la condamnation de l'Eglise, le problème des assurances, et aussi le souci de ménager la douleur de l'entourage, peuvent en partie expliquer cette sous-estimation.

Cette dernière peut également provenir parfois d'un manque d'information sur les décès examinés par les Instituts médico-légaux. Une étude de l'INSERM et de l'Institut médico-légal de Paris menée en 1990 évalue à plus de 30% la sous-estimation du nombre de suicides chez les Parisiens de 15-44 ans.

Après une période d'augmentation au début des années 1990, le nombre de décès par suicide a régressé, passant de 12 251 en 1993 à 11 139 en 1997. Depuis 1983, on enregistre plus de décès par suicide que par accident de la circulation.

Selon les statistiques Eurostat, la France se situe dans l'espace européen parmi les pays qui présentent les taux de mortalité les plus élevés par suicide. En 1994, elle se situe au 4ème rang pour les hommes (derrière la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg) et au 5ème rang chez les femmes, derrière la Finlande, la Suisse, le Danemark et le Luxembourg. On se suicide en effet davantage en Europe du Nord et en Europe centrale qu'en Europe du Sud.

Les facteurs qui peuvent contribuer à expliquer ces écarts de mortalité sont d'ordre culturel mais aussi d'ordre méthodologique : le recueil des informations, comme les définitions, peuvent être différents.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, celles-ci ne sont pas systématiquement recensées. En 1993, l'enquête de morbidité hospitalière du ministère chargé de la santé permet d'estimer à 164 000 le nombre de séjours effectués dans les établissements hospitaliers publics et privés pour une tentative de suicide. Cette estimation permet de situer le nombre annuel de nouveaux cas de tentatives de suicide (incidence) entre 2 à 3 tentatives de suicide pour 100 personnes de 15 ans ou plus. Il s'agit là d'une estimation minimum dans la mesure où un certain nombre de tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées.

Le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide diffère de celui des personnes décédées par suicide : schématiquement, les premières sont le plus souvent des femmes et des personnes relativement jeunes, alors que les autres sont pour près de 3/4 des hommes et pour 1/4 des personnes de plus de 65 ans.

Prévenir le suicide est l'une des dix priorités arrêtées par la Conférence Nationale de Santé de 1996 et l'une de celles retenues par les conférences régionales de santé dans 16 régions. Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année. Le secrétariat d'Etat à la santé a élaboré en 1998 un programme national, dont l'objectif est de ramener à moins de 10 000 le nombre des suicides durant l'année 2000. Dans le cadre de ce programme, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a établi des recommandations portant sur l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie.

Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales. Dans onze régions, des programmes régionaux de santé ont été mis en place pour apporter des réponses concrètes à la prévention du suicide et à la prise en charge des suicidants.

### SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

- Environ 80 habitants du département se suicident chaque année. Il y a donc plus de décès par suicide que par accident de la circulation.
- La mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale de 28 % pour les hommes et de 99 % pour les femmes.
- Près des deux tiers des décès par suicide concernent des hommes. Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, mais le poids des suicides est important chez les jeunes : entre 25 et 34 ans, un décès masculin sur quatre et un décès féminin sur six est un suicide.
- Entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997, la mortalité par suicide est restée stable pour les femmes, alors qu'elle a diminué de 26 % pour les hommes.

#### ● Une mortalité par suicide supérieure de 48 % à la moyenne nationale

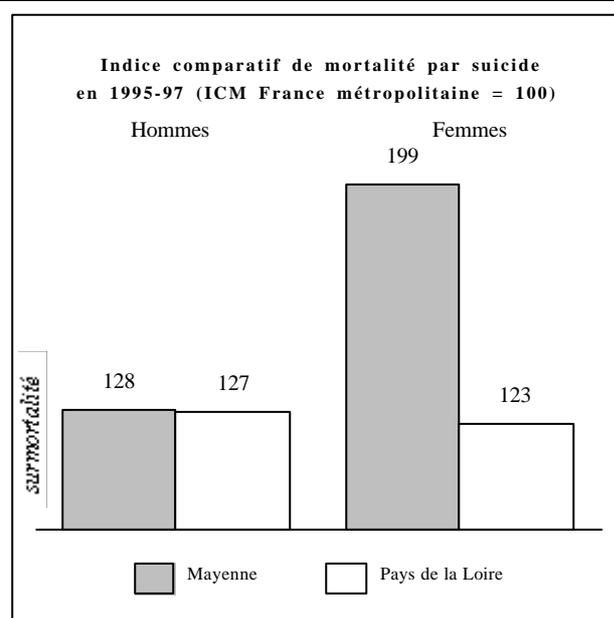
Au cours de la période 1995-97, 82 habitants de la Mayenne se sont suicidés en moyenne chaque année, 52 hommes et 30 femmes.

La mortalité par suicide en Mayenne est supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (+ 28%), et surtout chez les femmes (+ 99%).

La Mayenne est le département français où l'indice comparatif de mortalité par suicide chez les femmes est le plus élevé.

Ce constat se retrouve au niveau régional avec toutefois une sur-mortalité qui apparaît moins marquée chez les femmes (+23%).

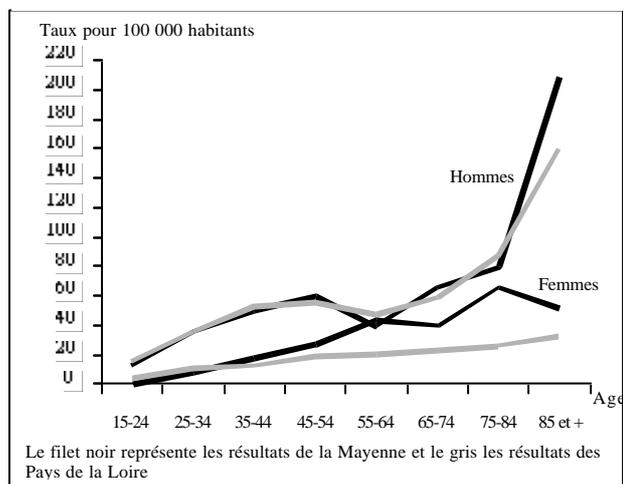
L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

# LES SUICIDES

Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe en 1995-97



Sources : INSERM SC8, INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)  
Exploitation O.R.S.

Nombre annuel moyen de décès par suicide et % sur l'ensemble des décès par classe d'âge en 1995-97

	Mayenne				Pays de la Loire	
	Hommes		Femmes		Hom.	Fem.
	Nombre	%	Nombre	%		
15-24ans	3	12,9	0	0,0	17,1	13,4
25-34ans	7	23,1	2	15,2	27,0	20,7
35-44ans	10	21,8	3	15,6	20,1	12,8
45-54ans	10	12,4	4	11,7	9,9	7,9
55-64ans	5	3,7	6	9,2	4,0	4,3
65 ans et plus	16	1,6	14	1,2	1,4	0,6
<b>Ensemble</b>	<b>51</b>	<b>3,9</b>	<b>30</b>	<b>2,3</b>	<b>3,9</b>	<b>1,5</b>

Source : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.

Répartition en % des années potentielles de vie perdues entre 1 et 64 ans selon les principales causes de mortalité en 1995-97\*

	Mayenne		Pays de la Loire	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tu meurs	20,6	29,5	23,0	31,3
Accidents de la circulation	16,3	9,6	13,4	10,0
Suicides	13,9	8,6	13,7	9,2
Mal. cardio-vasculaires	8,4	7,4	9,3	6,7

Source : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.

\* Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément n'a pas vécu avant un âge limite (ici 65 ans). Les décès infantiles, dus à des causes spécifiques et présentant une étiologie différente des décès aux âges supérieurs, sont exclus du calcul. Les APVP sont présentées ici en pourcentage par cause de décès : ainsi, en Mayenne, 13,9 % des APVP sont dues au suicide chez les hommes.

## ● Les suicides sont plus fréquents chez les hommes et les personnes âgées

64 % des décès par suicide concernent des hommes. Globalement, le taux comparatif de mortalité est deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

En Mayenne comme en Pays de la Loire, la mortalité par suicide augmente avec l'âge mais cette évolution adopte un profil différent selon le sexe.

**Chez les hommes**, la mortalité par suicide augmente très fortement à partir de 75 ans. A tous les âges, le taux de mortalité du département est comparable à la situation régionale, même s'il tend à le dépasser au delà de 85 ans.

**Chez les femmes**, l'augmentation des taux de mortalité par suicide est plus progressive.

La surmortalité des femmes du département par rapport à la moyenne régionale apparaît dès l'âge de 45 ans et concerne ensuite toutes les classes d'âge.

## ● Mais ils constituent une cause de mortalité importante chez les jeunes

Bien que surtout fréquents chez les personnes âgées, les suicides constituent une cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) importante.

Chez les hommes comme chez les femmes, c'est entre 25 et 44 ans que les décès par suicide ont le poids le plus important dans la mortalité. Ils sont en effet à l'origine de plus de 20 % des décès masculins et de plus de 15 % de décès féminins dans ces tranches d'âge.

## ● Le suicide représente 14 % des années de vies perdues avant 65 ans pour les hommes

Du fait de son poids important dans la mortalité des 15-44 ans, le suicide est une cause de décès importante en terme d'années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans (cf encadré). Le suicide totalise ainsi 14 % des années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans chez les hommes et 9 % chez les femmes.

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, les suicides se placent au troisième rang des causes de décès prématurés, après les tumeurs et les accidents de la circulation.

## ● Davantage de décès par suicide que par accident de la route

Afin de mieux rendre compte de l'importance de la mortalité par suicide, on a l'habitude de rapprocher le nombre de décès par suicide de celui des décès par accident de la route.

En 1982-84, on dénombrait en moyenne chaque année, en Mayenne, 88 décès par suicide et 62 décès par accident de la circulation. Depuis cette période, le nombre de décès par accident de la circulation a diminué malgré l'augmentation du trafic automobile. Le nombre de décès par suicide a par contre augmenté.

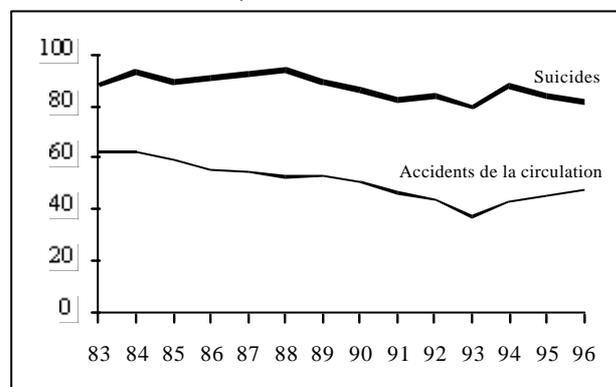
En 1995-97, on a dénombré ainsi 82 décès par suicide en moyenne chaque année et 47 décès par accident de la circulation. Les décès par suicide sont donc actuellement 1,7 fois plus nombreux que les décès par accident de la circulation.

## ● La mortalité par suicide est restée globalement stable ces dernières années

Depuis le début des années 80, le nombre de décès par suicide, en Mayenne, a varié selon les années entre 70 et 100. On constate une très légère tendance à la hausse jusqu'en 1990, tendance qui depuis semble s'être inversée.

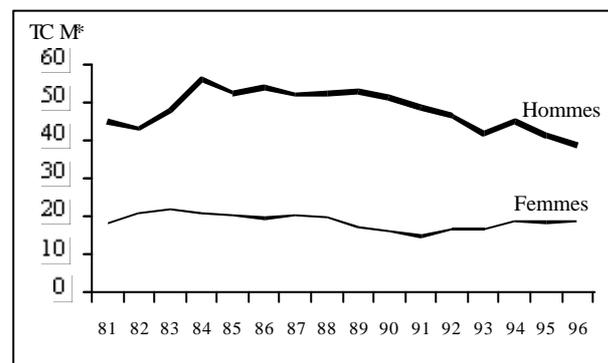
L'analyse des taux comparatifs de mortalité qui permettent d'éliminer les effets liés au vieillissement de la population, confirme cette tendance récente puisque entre les périodes 1988-1990 et 1995-1997, la mortalité par suicide est restée stable pour les femmes, alors qu'elle a diminué de 26 % pour les hommes.

Évolution du nombre de décès par suicide et par accident de la circulation en Mayenne de 1983 à 1996



Source : INSERM SC8  
Moyennes mobiles sur 3 ans

Évolution des taux comparatifs de mortalité par suicide en Mayenne entre 1981 et 1996\* (taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.  
INSEE (RP et estimations)

\* Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

*L'évolution comparée des décès par suicide et accident de la circulation est présentée sous la forme de moyennes mobiles : chaque point de la courbe représente un nombre moyen de décès sur trois ans. Ce regroupement permet de limiter l'aspect parfois aléatoire des évolutions annuelles sur des effectifs réduits.*

*Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).*

*Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre deux sexes et entre les régions françaises.*

# LES SUICIDES

---