



les principaux
problèmes de
santé
des habitants des Pays de la Loire

*contribution de l'ORS au choix
des priorités régionales de santé*

janvier 2003

Cette étude a été réalisée à l'Observatoire régional de la santé par

Marie-Christine Bournot

Arnaud Crépin

Laurence Girard

Françoise Lelièvre

Dr Anne Tallec

François Tuffreau

avec l'aide de nombreux contributeurs

Dr Gilles Basset, service médical de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire

Olivier Busson, URCAM des Pays de la Loire

Dr Patrick Lamour, CREDEPS des Pays de la Loire

Anne Lebeaupin, INSEE des Pays de la Loire

Dr Denis Leguay, Centre de santé mentale d'Angers

Pr Pierre Lombrail, CHU de Nantes

Pr Yves Maugars, CHU de Nantes

Pr Jean-Christophe Rozé, CHU de Nantes

Dr Annie Touranchet, Inspection médicale du travail de Nantes

Elle a bénéficié de la participation du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire, et du Conseil Régional.

Ce rapport d'étude est téléchargeable sur le site internet : www.sante-pays-de-la-loire.com, à la rubrique « observation de la santé ».



Sommaire

I - Méthodologie et limites	3
II - Epidémiologie et déterminants des principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire	5
2.1 - Les cancers	7
2.2 - Les accidents et leurs conséquences	13
2.3 - Les maladies cardio-vasculaires	15
2.4 - Les troubles mentaux	17
2.5 - Les problèmes de santé périnataux	21
2.6 - Les affections rhumatologiques	25
2.7 - Les déficiences et incapacités	27
III - Rôle de certains déterminants transversaux	31
3.1 - Les déterminants sociaux	31
3.2 - Les ressources sanitaires régionales	33
Annexes	35
- Description des sources de données	37
- Liste des graphiques utilisés pour la détermination des principaux problèmes de santé régionaux	40
- Bibliographie	55



I - Méthodologie et limites

Vouloir identifier les principaux problèmes de santé pose, au plan régional comme au niveau national, de multiples difficultés méthodologiques. Ces difficultés résultent notamment

- des différentes acceptions possibles du terme « principal », qui peuvent amener à prendre en compte, de façon isolée ou associée, la fréquence absolue ou relative, l'évolution, la gravité en termes de souffrance, d'incapacité, de létalité, l'impact socio-économique, la perception sociale...
- de l'insuffisante disponibilité de certaines données, notamment en matière de morbidité ou de déficience, même si la situation dans ce domaine s'est largement améliorée au cours des années récentes. L'absence d'information sur un problème conduit souvent à utiliser des données dont le recueil n'a pas été conçu dans une finalité épidémiologique, voire, ce qui est plus grave, à ne pas le prendre en compte,
- de l'ampleur du champ de la santé, de la multiplicité des pathologies et de leurs déterminants, qui nécessite de faire des choix, sans toujours disposer d'une information parfaitement adaptée.

Dans ce contexte, dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique, l'identification des principaux problèmes de santé de la population des Pays de la Loire a été réalisée par l'ORS selon une démarche en deux temps.

Une première étape a consisté à rassembler et analyser les données issues de plusieurs sources, régionales ou à défaut nationales, afin d'offrir des regards complémentaires sur la mortalité et la morbidité de la population ligérienne.

Les sources de données utilisées, dont une présentation détaillée figure en annexe, sont les suivantes :

- mortalité prématurée, avant 65 ans dans la population régionale sur la période 1997-1999 (source Inserm CépiDC)
- morbidité déclarée au plan national en 1998 (source CREDES, enquête santé protection sociale)
- motifs de recours aux soins de ville au plan national en 1998 (source CREDES, enquête IMS Health)
- motifs de recours aux soins hospitaliers de courte durée (MCO) de la population régionale en 1999 (source DRESS, PMSI)
- motifs d'admission en affection de longue durée de la population régionale couverte par les 3 principaux régimes d'assurance en 2000 (source URCAM - service médical)
- motifs d'admission en invalidité de la population régionale couverte par le régime général d'assurance maladie en 1998 (source CNAMTS - service médical)

Pour les données issues du PMSI et les affections de longue durée, il importe de rappeler que leur recueil n'est pas réalisé dans une finalité épidémiologique, et que leur interprétation dans une telle perspective doit donc être réalisée avec prudence.

Dans un souci de transparence vis-à-vis des acteurs régionaux, l'ensemble des données qui ont servi de base à la réflexion sont présentées en annexe.

Dans un second temps, la confrontation de ces données a permis de retenir 6 groupes de problèmes qui ont été considérés comme « principaux » dans la région, sur la base des données épidémiologiques disponibles :

- . les cancers
- . les accidents et leurs conséquences
- . les maladies cardio-vasculaires
- . les troubles mentaux
- . la périnatalité
- . les atteintes rhumatismales

Un septième groupe a également été retenu, non pas à partir de l'analyse des données de mortalité et de morbidité, mais dans l'objectif de tenir compte du retentissement des maladies et accidents en termes de déficiences, d'incapacités et de handicaps. Le sous-chapitre qui lui est consacré s'appuie principalement sur les données de l'enquête nationale Handicaps Incapacités Dépendance de 1998-1999 et sur certaines estimations régionales réalisées par l'INSEE des Pays de la Loire à partir des résultats de cette enquête.

Le second chapitre de ce rapport est consacré à la présentation de l'épidémiologie régionale et des déterminants, pour les sept groupes de problèmes de santé proposés par l'ORS, avec le souci de mettre en évidence les sources de données permettant d'en assurer le suivi au niveau des Pays de la Loire.

Il faut souligner à ce propos que les sources de données régionales sur la santé et ses déterminants, longtemps limitées aux seules statistiques des causes médicales de décès, sont de plus en plus nombreuses, avec l'amélioration de la qualité des données relatives aux admissions en affection de longue durée, la mise à disposition des données domiciliées issues du PMSI et la réalisation de diverses enquêtes régionales, et notamment du Baromètre santé jeunes régional.

Un troisième chapitre est consacré à l'étude de deux groupes de déterminants transversaux, communs à l'ensemble des problèmes de santé : les déterminants sociaux d'une part et les ressources sanitaires régionales d'autre part.

Mais avant de présenter ces données, il convient toutefois de bien souligner la subjectivité de ces choix, et notamment le problème du nombre - forcément réduit - de priorités choisies. Celui-ci pourrait bien sûr être plus important, et d'autres domaines pathologiques auraient alors pu être retenus comme les maladies respiratoires (notamment la bronchite chronique et plus globalement les bronchopneumopathies chroniques obstructives dont la prévalence va fortement augmenter dans les années qui viennent, en lien avec l'augmentation de la consommation de tabac des dernières décennies) ou encore les affections allergiques (asthme, rhinite allergique, allergies alimentaires) dont la fréquence est également en augmentation.

Par ailleurs, outre les limites déjà mentionnées au début de ce chapitre (disponibilité des données, diversité des acceptions possibles du terme « principal »), il faut souligner les problèmes liés au regroupement des pathologies. Ainsi, considérer globalement l'ensemble des cancers, ou considérer spécifiquement certains d'entre eux ne confère pas le même poids à ces pathologies. Il en va de même pour la plupart des pathologies.

Enfin, il est essentiel de rappeler que cette démarche ne vaut qu'au niveau collectif, dans le cadre d'une approche de santé publique, car pour la personne concernée comme pour le médecin qui la soigne ou la société qui lui doit sa solidarité, un seul cas est important.

II - Epidémiologie et déterminants des principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire

La confrontation des différentes sources de mortalité et de morbidité régionales, ou à défaut, nationales a conduit à retenir comme actuellement prioritaires, pour les habitants des Pays de la Loire, les 7 groupes de problèmes de santé suivants :

Les cancers, les accidents de la route et de la vie courante, et les maladies cardio-vasculaires

Ces trois groupes de problèmes pèsent un poids considérable dans la mortalité prématurée puisqu'ils sont à l'origine, chez les hommes comme chez les femmes, des 2/3 des décès qui surviennent avant 65 ans. Ils constituent également, pour la population des Pays de la Loire, des motifs particulièrement fréquents d'hospitalisation (environ un quart des hospitalisations en 1999). Cancers et maladies cardio-vasculaires représentent également 60 % des admissions en affection de longue durée (ALD).

Les troubles mentaux

Ces troubles occupent une place relativement importante parmi les motifs de recours aux soins, en ville comme en milieu hospitalier, et sont à l'origine d'une proportion élevée d'admissions en affection de longue durée (11 %) et en invalidité (26 %). Enfin les troubles mentaux et le suicide sont globalement à l'origine de 13 % des décès prématurés masculins et près de 9 % des décès prématurés féminins dans la région.

Les problèmes de santé périnataux

La grossesse, l'accouchement et les premiers jours de vie des nouveau-nés ont été retenus en raison de la grande fréquence de ces événements - 43 200 enfants sont nés en 2001 dans la population des Pays de la Loire - et des enjeux de santé et de société considérables qui s'y rattachent, à court, moyen et long termes.

Les pathologies rhumatologiques

Parmi ces pathologies, douloureuses et souvent invalidantes, certaines comme les affections du dos, l'arthrose des articulations périphériques et les atteintes péri-articulaires sont particulièrement fréquentes dans la morbidité déclarée (16 % des femmes et 12 % des hommes déclarent souffrir d'affections du dos), et sont source de recours aux soins fréquents, tant en ville qu'à l'hôpital. L'ostéoporose constitue également une atteinte fréquente dont la prévalence peut être appréciée indirectement, par la fréquence des hospitalisations de personnes âgées liées à certaines fractures (col du fémur, avant-bras, vertèbre). Par ailleurs, les affections rhumatologiques constituent le premier motif d'admission en invalidité dans la région (24 % des cas).

Les déficiences et incapacités

Avec le vieillissement de la population, les progrès médicaux et l'évolution de la morbidité, qui laisse une place de plus en plus large aux affections chroniques, les déficiences et leurs conséquences en termes d'invalidité et de handicap occupent une place croissante et sans doute surtout de mieux en mieux reconnue dans les préoccupations de santé publique. Des estimations régionales, réalisées par l'INSEE Pays de la Loire à partir des résultats de l'enquête nationale Handicaps Incapacités Dépendance, donnent une idée de l'ampleur de ce problème dans la région.



2. 1 - Les cancers

Epidémiologie régionale

- Les cancers sont des pathologies très fréquentes (environ 14 000 nouveaux cas par an dans la région) et très graves (8 000 décès annuels, soit un décès masculin sur 3 et près d'un décès féminin sur 4).

Les tumeurs sont à l'origine d'environ 10 % des séjours hospitaliers des habitants de la région, se répartissant en 6,4 % de séjours pour tumeurs malignes et 2,9 % de séjours pour tumeurs bénignes (côlon-rectum, utérus et peau principalement).

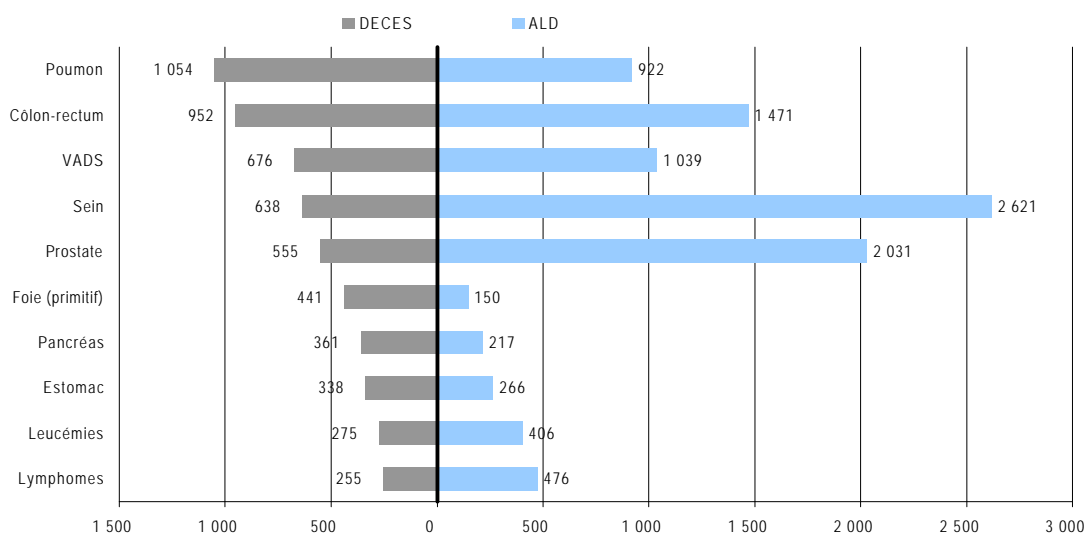
Le poids des cancers dans les motifs d'admission en affection de longue durée (26 %) illustre la fréquence et la gravité de ces affections, et l'importance des soins qu'elles nécessitent.

L'importance de ce problème de santé est renforcée par le fait qu'il touche des personnes souvent relativement jeunes (44 % des nouveaux cas et 28 % des décès surviennent avant 65 ans) et que le nombre de personnes atteintes progresse fortement, en raison du vieillissement de la population mais aussi en raison de l'augmentation des taux d'incidence. Globalement, les cancers sont à l'origine de 40 % des décès prématurés, survenant avant 65 ans.

- Cinq localisations : trachée-bronches-poumon, côlon-rectum, voies aéro-digestives supérieures (VADS), sein et prostate, regroupent 60 % des cas et 50 % des décès (graphique ci-dessous).

Ces 5 localisations représentent 20 % de la mortalité prématurée masculine et 23 % de la mortalité prématurée féminine.

Principales localisations des décès par cancer (nombre annuel moyen 1997-1999) et des admissions en affection de longue durée (nombre annuel moyen 1999-2001) dans les Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDC, URCAM service médical

Les données relatives aux affections de longue durée concernent les 3 principaux régimes d'assurance maladie

Les populations les plus concernées par ces cancers sont :

- les hommes pour trois de ces cinq localisations : cancers broncho-pulmonaires (80 % des nouveaux cas), cancers des voies aériennes supérieures (88 %) et cancers de la prostate,
- les personnes de moins de 65 ans : cancers broncho-pulmonaires (50 % des nouveaux cas), cancers des VADS (60 %), cancers du sein (60 %). A l'inverse, le cancer de la prostate concerne principalement des hommes très âgés.

Dans la région comme en France, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers pour ces cinq localisations tend à augmenter, sauf pour les cancers des voies aériennes supérieures. Cela résulte du vieillissement de la population, de la hausse de leur taux d'incidence (poumon), de l'amélioration du dépistage et du diagnostic de ces affections.

Par rapport à la moyenne nationale, la mortalité régionale est significativement plus faible pour le cancer broncho-pulmonaire (- 22 % pour les hommes et - 28 % pour les femmes). Par contre, la mortalité régionale est significativement supérieure à la moyenne nationale pour le cancer du sein (5 %), le cancer de la prostate (+ 5 %) et chez les hommes pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures (+ 10 %) et pour le cancer colo-rectal (9 %).

Facteurs de risque ou de protection et déterminants des cancers

Les principaux facteurs de risque connus des cancers, et notamment des cinq localisations cancéreuses les plus fréquentes sont le tabac, l'alcool, la nutrition et les expositions professionnelles (1).

A ces déterminants comportementaux et environnementaux s'ajoute le dépistage, déterminant lié au système de soins et dont peuvent bénéficier à ce jour, en population générale, les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus.

Consommation de tabac

Les fumeurs ont un risque augmenté de cancer bronchique, de cancer des voies aéro-digestives, de cancer de la vessie, du rein et du pancréas. Il semble aussi que les fumeuses ont un risque augmenté de cancer du col utérin. En 1990, la proportion des décès par cancer attribuables au tabac était estimée en France à 22 % (1).

Les données régionales disponibles sur la consommation de tabac sont issues d'une part des données annuelles de la Seita concernant les ventes de tabac dans les Pays de la Loire (2), d'autre part de l'enquête Baromètre santé jeunes 2000 (3).

- Dans la région, les ventes de tabac par habitant sont depuis de nombreuses années très inférieures à la moyenne française, expliquant vraisemblablement une mortalité ligérienne par cancer du poumon très significativement inférieure à la moyenne nationale. Cette situation perdure encore aujourd'hui, avec 1 162 cigarettes vendues par habitant en 2000, contre 1 410 au plan national, soit un écart d'environ 20 %. Malgré l'afflux touristique estival, les Pays de la Loire sont ainsi l'une des régions de France où les ventes de cigarettes rapportées au nombre d'habitants sont les plus faibles (21^{ème} rang sur 22).

● Par ailleurs, selon le Baromètre santé jeunes régional, 29 % des 15-17 ans et 46 % des 18-25 ans déclarent fumer quotidiennement, le nombre de cigarettes par jour augmentant également avec l'âge. Quelle que soit la classe d'âge, le tabagisme touche les jeunes des deux sexes de façon équivalente.

La proportion de jeunes fumeurs quotidiens est supérieure à la moyenne française dans les Pays de la Loire. La différence, non significative chez les 15-17 ans, le devient chez les 18-25 ans (46 % versus 41 % en France). Ce constat sur les habitudes tabagiques des jeunes ligériens est cohérent avec les données de l'enquête Escapad de l'OFDT (4).

En conclusion, en matière de consommation de tabac et donc d'épidémiologie des pathologies qui lui sont liées, les données régionales disponibles incitent à penser que les Pays de la Loire vont voir disparaître dans les années qui viennent la situation relativement favorable qui a longtemps été la leur.

Consommation excessive d'alcool

La consommation d'alcool augmente considérablement le risque de cancer des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, larynx et œsophage) et de cancer du foie. En outre, les effets de l'alcool et du tabac se multiplient pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures.

En 1990, la proportion des décès par cancer attribuables à l'alcool était estimée en France à 12 % (1).

On ne dispose pas d'indicateurs régionaux de suivi de la consommation d'alcool comme il en existe au plan national, mais les données disponibles pour approcher la situation des Pays de la Loire dans ce domaine se sont considérablement enrichies au cours des années récentes. En effet, à côté des traditionnels indicateurs de mortalité pour les pathologies directement liées à l'alcool, qui donnent une image indirecte et surtout différée de la situation, on dispose désormais de 3 enquêtes régionales représentatives menées en 1999-2000, en population générale auprès des jeunes de 12-25 ans (3), auprès de la clientèle des médecins généralistes (5) et auprès des personnes hospitalisées (6).

● En termes de mortalité, les Pays de la Loire présentent une surmortalité masculine significative pour la cirrhose du foie, dont la grande majorité est d'origine alcoolique (+ 24 % sur la période 1997-1999) et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (+ 9,5 %), cancers pour lesquels l'association alcool-tabac constitue le principal facteur de risque. Par contre, cette surmortalité ne s'observe pas pour les femmes de la région.

Pour les accidents de la route et le suicide, causes de décès dont l'alcool constitue un facteur de risque reconnu, on observe également une surmortalité régionale qui atteint respectivement 14 et 29 % pour les hommes, et 18 et 23 % pour les femmes.

● Une enquête en médecine générale menée une semaine donnée en 1999, sur l'importance des problèmes liés à l'alcool chez les patients de 16 ans et plus, confirme ce constat (5).

Dans la clientèle des médecins généralistes des Pays de la Loire, l'enquête montre en effet un profil à risque sans dépendance vis-à-vis de l'alcool chez 28 % des hommes et 5 % des femmes, et un profil à risque avec dépendance chez 9 % des hommes et 2 % des femmes (voir méthodologie dans l'encadré ci-après).

La région se classe au second rang des régions les plus mal placées pour la proportion de patients à risque sans dépendance (14 %), après la Bretagne (16 %). Pour la proportion de patients à risque avec dépendance, les Pays de la Loire occupent une position moyenne parmi les autres régions.

- En milieu hospitalier (6), la même enquête, menée un jour donné, retrouve des proportions de patients à risque sans dépendance de 25 % chez les hommes et 5 % chez les femmes, et de patients à risque avec dépendance de 14 % chez les hommes et 3 % chez les femmes.

Dans le cadre de l'enquête Alcool (5) (6), un comité de pilotage national a établi plusieurs profils de patients en fonction des habitudes de consommation d'alcool déclarées, des réponses des patients au test DETA et de la perception des médecins sur d'éventuels problèmes d'alcool :

Le profil à risque avec dépendance : le patient est dans ce cas lorsqu'au moins une des éventualités suivantes est présente :

- le patient déclare avoir une consommation quotidienne d'au moins 7 verres d'alcool au cours des 12 derniers mois
- ou • le patient a répondu "oui" à la 4ème question du test DETA "Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?"
- ou • le médecin a répondu "oui" à la question "Existe-t-il des signes de dépendance physique ?"

Le profil à risque sans dépendance : le patient ne répond pas aux critères précédents mais

- le patient déclare avoir un **usage à risque de l'alcool, de façon régulière** (consommation quotidienne de 5 verres ou plus pour les hommes et 3 verres ou plus pour les femmes au cours des 12 derniers mois) ou **ponctuelle** (le patient ne déclare pas un usage régulier à risque MAIS déclare consommer 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion, une fois par mois ou plus souvent)

ou • le patient présente un test DETA positif

ou • le médecin a répondu "oui" à la question "Le patient a-t-il un problème avec l'alcool" ?

- Enfin les résultats du Baromètre santé jeunes régional 2000 vont dans le même sens (3). Par rapport à la moyenne nationale, la région se caractérise par une proportion plus importante de jeunes déclarant avoir des habitudes de consommation régulière d'alcool et connaître l'ivresse. Existant déjà chez les garçons de 15-17 ans mais non significative en raison de la taille de l'échantillon, cette différence devient significative chez ceux de 18-25 ans : 36 % des jeunes ligériens déclarant avoir consommé de l'alcool plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois contre 28 % en France. 37 % déclarent avoir connu 3 ivresses ou plus dans l'année contre 28 % en France.

En conclusion, ces données apportent des résultats convergents sur la persistance chez les habitants des Pays de la Loire, et notamment chez les hommes, d'habitudes de consommation d'alcool défavorables à la santé, et ce avec une fréquence plus importante que la moyenne française.

Facteurs nutritionnels

L'alimentation, l'existence ou non d'une surcharge pondérale et l'activité physique jouent un rôle important et désormais bien démontré dans la survenue de la plupart des cancers prévalents, dans la région comme en France (7).

En 1990, la proportion des décès par cancer attribuables à la nutrition était estimée en France à 35 %, avec toutefois une grande marge d'imprécision (10 à 70 %) (1).

On ne dispose pas de données spécifiques et représentatives concernant la situation nutritionnelle des habitants des Pays de la Loire, mais différentes enquêtes apportent des éléments d'information régionaux sur la prévalence de l'obésité et son évolution en population générale, ainsi que sur les habitudes concernant les repas et les activités sédentaires des jeunes (3)(8)(9)(10).

- Selon les résultats régionaux de l'enquête nationale réalisée en 2000 par la DREES auprès un échantillon d'enfants âgés de 6 ans, dans le cadre des bilans de santé scolaire, 9 % des enfants des Pays de la Loire présentent un surpoids modéré et 2 % une obésité (8). La proportion totale d'enfants présentant un surpoids, 11 %, est la plus faible des régions de France métropolitaine, la moyenne nationale s'établissant à 14 %.

- Selon le Baromètre santé jeunes (3), la proportion de jeunes de la région présentant un poids supérieur à la normale est significativement inférieure à la moyenne nationale (10 vs 15 %).

A structure par âge identique, on dénombre ainsi dans les Pays de la Loire 6 % de jeunes en situation de surpoids et 4 % des jeunes obèses, contre respectivement 9 et 6 % au plan national.

Les raisons de cette situation sont forcément complexes, et à rechercher tant dans les traditions alimentaires que dans les modes de vie. Mais, sans qu'il soit possible d'établir entre ces éléments une relation de causalité, on peut toutefois rapprocher de ce constat le fait que les jeunes de la région (3) sont moins nombreux à sauter tous les jours le petit déjeuner que la moyenne française (10 % versus 16 %) et également moins nombreux que dans les autres régions où un Baromètre santé jeunes a été réalisé, à avoir passé plus de 3 heures devant la télévision ou les jeux vidéo la veille de l'enquête (24 % versus 27 % en Alsace, 35 % dans le Nord-Pas-de-Calais et 31 % en Picardie).

- Pour les adultes, selon l'enquête ObEpi menée au cours de l'année 2000 (10), les Pays de la Loire sont la région de France où la prévalence de l'obésité chez les personnes âgées de plus de 15 ans est la plus faible (7,2 % contre 9,6 % en France). Entre 1997 et 2000, la proportion de ligériens obèses a augmenté (+ 9,1 %) comme dans la plupart des régions, mais nettement moins vite que la moyenne nationale (+ 17 %).

Ces résultats sont cohérents avec ceux des travaux sur les données de 1996 concernant les jeunes hommes appelés par le service de santé des armées lors des visites de conscription (9).

Si l'on considère les données relatives à l'obésité, la région connaît donc une situation plus favorable que la moyenne française, qui peut résulter en partie d'habitudes nutritionnelles plus favorables, et présente dans ce domaine une dégradation moins rapide de la situation que les autres régions. La moindre prévalence régionale du diabète traité par médicaments conforte ce constat (voir page 17).

Expositions professionnelles

L'effet cancérigène de nombreux agents physiques ou chimiques est depuis de nombreuses années bien démontré. Mais à l'exception de certaines localisations pour lesquelles ils jouent un rôle essentiel (amiante et mésothéliomes pleuraux, chlorure de vinyle et angio-sarcomes du foie, poussières de bois adénocarcinomes des sinus de la face...), le rôle des expositions professionnelles dans la survenue des cancers reste difficile à quantifier, en raison notamment de l'origine multifactorielle de ces pathologies, les facteurs professionnels agissant souvent en association avec d'autres facteurs de l'environnement extra-professionnel comme le tabac (11).

Le rôle des facteurs professionnels dans la survenue des cancers reste donc encore largement sous-estimé, alors que les données de la littérature scientifique internationale permettent d'affirmer qu'ils pèsent d'un grand poids sur la santé de la population.

On estime notamment qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle, et que cette fraction s'élève jusqu'à environ 50 % pour les cancers du poumon et de la vessie (9).

- Dans la région comme en France, les données disponibles concernant les maladies d'origine professionnelle sont issues de statistiques du système de réparation, les experts s'accordant à considérer qu'il existe une sous-reconnaissance importante de ces maladies. Pour l'année 2000 et pour le seul régime général, qui couvre environ 80 % de la population régionale, 73 cancers professionnels ont été reconnus dans les Pays de la Loire.

Dans ce domaine, la région connaît une situation très spécifique liée au développement de certains secteurs d'activité professionnelle puisque près de 90 % des cancers professionnels reconnus sont liés à l'inhalation de poussières d'amiante, et il s'agit principalement de mésothéliomes malins de la plèvre et de cancers broncho-pulmonaires (12).

Hormis les expositions professionnelles liées à l'amiante dont les conséquences sont très graves dans la région et pour lesquelles il y a donc une vigilance locale particulière, les données sont disparates, les salariés et les médecins ne déclarant pas ces pathologies à effet différé.

Dépistage des cancers

- Trois cancers sont actuellement susceptibles de bénéficier d'un dépistage en population générale : le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer du col de l'utérus. Pour les deux premiers, qui font partie des 5 cancers les plus fréquents dans la région, plusieurs études ont prouvé l'efficacité d'un dépistage organisé.

A ce jour, un dépistage organisé du cancer du sein existe en Loire-Atlantique, Mayenne et Sarthe, soit dans trois des cinq départements de la région, et démarre en Vendée. Par ailleurs, les taux de participation à ces programmes restent inférieurs aux 60 % nécessaires à leur efficacité (13). Pour le cancer colo-rectal, le département de la Mayenne vient d'être retenu parmi les départements pilotes.

- Par ailleurs, les facteurs génétiques jouent un rôle dans l'apparition de certains cancers les plus fréquents comme le cancer du sein ou du côlon, avec un risque multiplié par 2 à 4 lorsqu'il existe des antécédents familiaux (1). Le dépistage de ces populations à haut risque est donc tout à fait essentiel, mais on ne dispose d'aucune information à ce propos.

***En conclusion,** sur les 2 250 décès par cancer survenant avant 65 ans, 50 % des décès masculins (soit 740 décès annuels) et 55 % des décès féminins (soit 420 décès annuels) pourraient être évités sans connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau, par des modifications de comportements (pour 92 % des décès chez les hommes et 17 % chez les femmes), et par une amélioration de leur prise en charge, notamment en matière de dépistage (pour 8 % des décès par cancer chez les hommes et 83 % chez les femmes).*

2.2 - Les accidents et leurs conséquences

Epidémiologie régionale

- Les accidents sont à l'origine d'une mortalité élevée dans la région (1 700 décès par an dont 700 survenant avant 65 ans, ce qui représente 12 % de la mortalité prématurée), principalement liée aux accidents de la route et aux accidents de la vie courante.
- Ils pèsent un poids considérable dans la morbidité hospitalière puisqu'ils sont notamment à l'origine de la grande majorité des 65 000 séjours annuels pour traumatismes, brûlures et intoxications (9 % de l'ensemble des séjours). Les traumatismes pris en charge lors de ces séjours sont de gravité très variable, certains mettent en jeu le pronostic vital et d'autres non, mais tous ont été suffisamment graves pour avoir nécessité une hospitalisation.
- Les conséquences des accidents peuvent aussi s'analyser en termes de séquelles physiques et psychologiques. Dans les Pays de la Loire comme au niveau national, ces séquelles restent encore très mal connues. Selon l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendances menée en 1999, 7 % de la population vivant en domicile ordinaire déclare souffrir de déficiences d'origine accidentelle (2 % d'origine exclusivement accidentelle et 5 % d'origine accidentelle et autres)(14).
- Le Baromètre santé jeunes 2000 constitue également une source de données régionales sur la fréquence des accidents (3). Ainsi, dans les 12 mois précédant l'enquête, 19 % des jeunes ligériens de 12-25 ans déclarent avoir été victimes d'au moins un accident ayant nécessité une consultation médicale ou une hospitalisation (24 % des garçons et 13 % des filles).

Les accidents de la route, malgré une nette amélioration de la situation, sont encore à l'origine chaque année de plus de 500 morts dans la population habitant la région, et de 2 000 blessés graves sur les routes de la région (2).

Les populations les plus concernées sont les hommes (75 % des décès) et les jeunes (50 % des décès concernent des 15-35 ans). 400 décès surviennent avant 65 ans.

Il faut en outre souligner que, alors que la mortalité nationale par accident de la route est parmi les plus élevées d'Europe, la mortalité régionale lui est encore supérieure, de 14 % pour les hommes et de 18 % pour les femmes.

Les accidents de la vie courante ont un poids souvent sous-estimé, alors qu'ils sont à l'origine de plus de 1 000 décès par an dans la région. Ces décès peuvent être répartis en deux groupes : près de 300 décès avant 65 ans dont 77 % concernent des hommes, près de 800 après 65 ans dont 59 % concernent des femmes.

Globalement, sur le millier de décès par accident de la vie courante enregistrés en moyenne chaque année sur la période 1997-1999 dans la population régionale, environ 500 sont dus à des chutes, plus de 200 à des suffocations par ingestion de produits alimentaires, et près de 50 à des noyades ou submersions accidentelles.

Les principaux mécanismes de décès sont la suffocation avant 1 an, la noyade entre 1 et 14 ans, et au-delà de 15 ans, c'est la chute qui prédomine dans toutes les classes d'âge.

La mortalité liée aux chutes accidentelles est proche de la moyenne régionale pour les hommes, et significativement inférieure pour les femmes (- 16 %).

Mais dans la région comme en France, cette mortalité est en net recul, avec un taux comparatif de mortalité qui a diminué depuis le début des années 80 de 37 % chez les hommes et de 49 % chez les femmes. Il n'est pas possible de distinguer dans cette évolution ce qui résulte d'une moindre fréquence des chutes, de leur moindre gravité en raison de leur mécanisme ou de l'état de santé des personnes concernées, et d'une meilleure prise en charge par le système de soins.

Les accidents du travail

Pour les salariés relevant du régime général travaillant dans les entreprises des Pays de la Loire, environ 46 000 accidents de travail avec arrêt ont été dénombrés en 2000, hors accidents du trajet (15). Parmi ces accidents, environ 2 000 ont donné lieu à la reconnaissance d'une incapacité permanente partielle. Quant au nombre de décès par accident du travail, il a été en moyenne de 32 sur la période 1998-2000.

La branche « Bâtiment et travaux publics » est la plus fréquemment concernée par ces accidents, et notamment, dans cette branche, les salariés de moins de 35 ans et de plus de 50 ans.

Les accidents du trajet (4 800 pour l'année 2000) représentent environ 9 % de l'ensemble des accidents du travail, mais leur poids relatif en termes de gravité est beaucoup plus important puisqu'il représente 17 % des accidents avec incapacité permanente partielle (400 cas) et 59 % des accidents ayant occasionné un décès.

Facteurs de risque ou de protection et déterminants des accidents

L'analyse des facteurs de risque des accidents a été menée en regroupant d'une part les accidents de la route et de la vie courante des personnes jeunes, d'autre part les accidents de la vie courante des personnes âgées.

● **Pour les accidents de la route et de la vie courante des personnes jeunes**, les facteurs de risque sont souvent des prises de risque.

Ces situations concernent principalement les hommes et le Baromètre santé jeunes régional illustre d'ailleurs la fréquence des prises de risque déclarées chez les 12-25 ans (3).

Ainsi, 14 % des garçons et 5 % des filles déclarent avoir fait « quelque chose de risqué par plaisir ou par défi » au cours des 12 derniers mois, et la moitié d'entre eux l'ont fait à plusieurs reprises. La dernière fois où ils ont adopté ce comportement, c'était dans la moitié des cas lors d'activité de sport ou de loisirs, dans 16 % des cas en « 2 roues » et dans 6 % des cas en voiture.

La consommation d'alcool, pour laquelle la région connaît des indicateurs défavorables (cf page 9), joue également un rôle important, favorisant les prises de risque dans un contexte physiologique de vigilance et de réactivité amoindries.

Selon l'INRETS, l'alcool et la vitesse constituent les principaux facteurs de risque des accidents corporels de la circulation, une alcoolémie illégale étant mentionnée dans 40 % des accidents mortels (16).

Mais une étude menée il y a une dizaine d'années en Aquitaine auprès des patients accidentés

hospitalisés avait également mis en évidence le rôle de l'alcool dans les accidents de la vie courante de toute nature (17).

Face à ce constat, il faut souligner le paradoxe, du moins apparent, qui fait des accidents de la circulation le problème de santé le plus craint par la population, chez les 12-25 ans de la région (3) comme dans l'ensemble de la population au plan national (18).

● Pour les accidents de la vie courante des personnes âgées

Les facteurs de risque de survenue et de gravité des accidents des personnes âgées sont de nature très différente de ceux des accidents des personnes jeunes.

Pour les accidents des personnes âgées, qui sont principalement des chutes, on distingue habituellement des facteurs intrinsèques, liés à la personne et à son état de santé, et des facteurs extrinsèques, liés à l'environnement (19).

Les facteurs intrinsèques sont représentés par tout problème de santé qui va provoquer une désadaptation psycho-motrice. Il s'agit notamment des troubles cognitifs ou psychologiques (perte de l'estime de soi, dépression, démence..), les troubles sensoriels (vue, audition), de la dénutrition, de l'ostéoporose, des troubles ostéo-articulaires et musculaires... des troubles de la vigilance ou de l'équilibre liés aux médicaments (hypotenseurs, psychotropes).

Les facteurs extrinsèques peuvent concerner l'intérieur ou l'extérieur du lieu de vie (sol glissant, éclairage insuffisant, modification de l'environnement...).

La prévalence de ces différents facteurs de risque dans la population âgée des Pays de la Loire est en général mal connue, d'autant que ce n'est pas tant la fréquence de ces différents facteurs qui pose problème, que leur conjonction chez une même personne.

L'ostéoporose, par la fragilité osseuse qu'elle provoque, constitue toutefois l'un des déterminants importants de la gravité des chutes chez les personnes âgées. L'ostéoporose est ainsi à l'origine d'une proportion importante des fractures des personnes âgées. Dans la région, selon les données domiciliées du PMSI 1999, 76 % des 4 200 hospitalisations pour fracture du col du fémur concernent des personnes de plus de 75 ans.

2.3 - Les maladies cardio-vasculaires

Epidémiologie régionale

● Dans la région comme en France, la mortalité cardio-vasculaire est particulièrement importante (8 700 décès par an en moyenne sur la période 1997-1999, soit près d'un décès sur 3) et concerne surtout les personnes âgées puisque 92 % de ces décès surviennent après 65 ans.

Mais son poids dans la mortalité prématurée n'en reste pas moins très important, puisque chaque année, plus de 700 décès par maladie cardio-vasculaire concernent des moins de 65 ans, ce qui représente près de 13 % des décès prématurés.

80 % de ces décès cardio-vasculaires prématurés concernent des hommes, et les cardiopathies ischémiques et à un moindre degré les maladies vasculaires cérébrales en sont les principales causes.

Comme en France, la mortalité par maladie cardio-vasculaire dans la région a fortement chuté au cours des deux dernières décennies : - 40 % chez les hommes et - 45 % chez les femmes. En 1997-1999, elle est significativement inférieure à la moyenne nationale : - 6 % chez les hommes, - 7 % chez les femmes, et cet écart est stable.

Un recul encore plus important s'observe pour la mortalité cardio-vasculaire avant 65 ans : - 41 % pour les hommes et - 55 % pour les femmes entre les périodes 1980-1982 et 1997-1999.

- L'une des raisons de cette évolution résulte de l'intensité de la prise en charge de ces affections et de leurs facteurs de risque. Ainsi, selon les données nationales de l'enquête IMS Health 1998, les affections cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque représentent des motifs de recours fréquents aux soins de ville : hypertension artérielle, troubles du métabolisme des lipides, diabète et cardiopathies ischémiques représentent 20 % des motifs de recours.

- En milieu hospitalier, si l'on ne prend pas en compte les varices des membres inférieurs et les hémorroïdes, les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué, en 1999, le diagnostic principal de près de 50 000 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée (ce qui représente environ 7 % de l'ensemble des séjours).

Les principales pathologies prises en charge sont les cardiopathies ischémiques (11 000 séjours), l'insuffisance cardiaque (8 500 séjours), les troubles de la conduction et du rythme cardiaque (7 500 séjours) et les accidents vasculaires cérébraux (6 000 séjours). 56 % de ces séjours concernent des moins de 75 ans et 30 % des personnes de moins de 65 ans.

A structure par âge comparable, la fréquence des recours pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires est inférieure à la moyenne nationale : - 17 % pour les hommes, - 11 % pour les femmes. Cette situation peut résulter, comme la moindre mortalité cardio-vasculaire régionale, d'une plus faible morbidité cardio-vasculaire en Pays de la Loire, mais aussi de pratiques de soins différentes.

- Le poids des affections cardio-vasculaires dans les motifs d'admission en affection de longue durée (près de 18 000 admissions annuelles en 2000, soit 33 % de l'ensemble) illustre la fréquence, la gravité et l'importance des soins nécessités par ces affections. Les pathologies cardio-vasculaires les plus souvent à l'origine d'une admission en ALD sont les cardiopathies ischémiques (5 000 admissions) et l'hypertension artérielle sévère (5 000 admissions également).

- A noter également qu'une étude récente du CREDES place les maladies cardio-vasculaires au premier rang par leur poids dans les dépenses nationales de santé (20).

Facteurs de risque ou de protection et déterminants des maladies cardio-vasculaires

Plusieurs facteurs de risque influencent l'incidence des pathologies cardio-vasculaires, et sont souvent associés : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation, sédentarité ...

Consommation de tabac et nutrition

La consommation de tabac et la nutrition constituant également des facteurs de risque des cancers, les indicateurs régionaux dans ce domaine sont présentés pages 8 et 10.

Prévalence du diabète traité

Le diabète est une affection dont la prévalence est importante dans la population. Une étude menée en 1999 sur les prestations remboursées aux assurés sociaux du régime général (21) montre une prévalence régionale du diabète traité par médicaments de 2,04 %, ce qui place les Pays de la Loire au second rang des régions où ce taux de prévalence est le plus faible, après la Bretagne.

Hypertension artérielle

Dans la région comme en France, on ne dispose pas de données de prévalence mesurée de l'hypertension artérielle en population générale.

Les données de la cohorte GAZEL (22) menée sur plus de 20 000 salariés d'EDF-GDF montraient un taux régional déclaré d'hypertension artérielle de 8,8 %, qui situait les Pays de la Loire à un niveau moyen par rapport aux autres régions, et à un niveau non significativement différent de la moyenne nationale.

Les admissions en affection de longue durée pour hypertension artérielle sévère sont la seule source permanente de données régionales sur la fréquence de ce facteur de risque. Au cours de l'année 2000, 5 000 habitants de la région relevant de l'un des 3 régimes d'assurance maladie ont été admises en affection de longue durée pour hypertension artérielle.

Le rôle de ce facteur de risque est d'autant plus important que des travaux menés au plan national par le service médical de la CNAMTS en 1999 (23) puis en 2000 (24) sur un échantillon de patients admis en ALD pour hypertension artérielle sévère, ont mis en évidence un contrôle insuffisant des chiffres tensionnels dans 46 % des cas.

Selon la CNAMTS, cette situation est sans doute en partie liée au déficit de suivi des mesures hygiéno-diététiques et à des traitements pas suffisamment « agressifs », mais la fréquence des situations de non-contrôle de l'HTA, alors que les prises en charge paraissent bien adaptées (10,5 % des malades) pose le problème de l'observance et de la non-réponse au traitement.

Hypercholestérolémie

Comme pour l'hypertension artérielle on ne dispose pas de données nationales ou régionales représentatives sur la prévalence de l'hypercholestérolémie en population générale.

2.4 - Les troubles mentaux

Epidémiologie régionale

L'importance des troubles mentaux dans la morbidité régionale apparaît principalement dans leur poids relatif parmi les motifs d'admission en invalidité et en affection de longue durée.

- En 1998, les troubles mentaux ont constitué le premier motif d'admission en invalidité pour le régime général d'assurance maladie dans la région (plus de 650 admissions, soit 26 % de l'ensemble).

● Selon les données de l'URCAM/service médical, les troubles mentaux ont été à l'origine de près de 6 000 admissions en ALD en 2000 (11 %). Les troubles névrotiques, de l'humeur et de la personnalité sont les plus fréquents, chez les hommes comme chez les femmes (environ 3 000 admissions).

S'y ajoutent les troubles mentaux organiques et les démences (2 000 admissions), qui en raison de leur survenue surtout fréquente chez les personnes très âgées, se retrouvent principalement chez les femmes.

L'écart considérable entre le nombre annuel d'admissions en ALD pour troubles mentaux organiques et démences d'une part, et les estimations régionales d'incidence et de prévalence de la maladie d'Alzheimer réalisées par l'ORS d'autre part (25) illustre le fait qu'il s'agit encore d'une maladie ignorée et sous-médicalisée (9). En effet, l'incidence régionale estimée pour 1999 est de 6 500 cas par an, et dépasserait 8 000 en 2010. La prévalence serait actuellement de l'ordre de 25 000 et atteindrait 30 000 en 2010.

● La morbidité hospitalière est difficile à apprécier à partir des données du PMSI, dans la mesure où celui-ci ne concerne pas pour l'instant les établissements spécialisés en psychiatrie.

Toutefois, un important recueil de données est réalisé dans ces établissements depuis 1988, à travers la « fiche par patient ». Le CESAME, centre de santé mentale angevin qui couvre un secteur de 460 000 habitants de plus de 15 ans, exploite régulièrement ces données (26) et leur extrapolation à la population régionale permet d'estimer à environ 17 000 le nombre de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie chaque année dans les Pays de la Loire.

Au CESAME, les principaux motifs de ces hospitalisations sont

- pour les hommes : la schizophrénie (17 %), les troubles liés à l'utilisation de l'alcool (13 %), la dépression (10 %), les troubles de la personnalité (9 %),

- pour les femmes : la dépression (17 %), la schizophrénie (10 %), les troubles de la personnalité (9 %).

Dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique de la région, les troubles mentaux n'apparaissent pas parmi les groupes de pathologies les plus fréquemment prises en charge, mais ils sont quand même à l'origine de près de 16 000 séjours (2,2 % de l'ensemble). Les pathologies en cause sont dans plus de la moitié des cas directement liées à l'alcool chez les hommes, et de type troubles névrotiques, de l'humeur ou de la personnalité chez les femmes.

● Le poids des troubles mentaux dans les motifs de recours à la médecine de ville est important, notamment chez les femmes pour qui, selon les résultats nationaux de l'enquête IMS Health 1998, ce groupe se situe au 3^{ème} rang des motifs de recours (13 % des actes), après les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Chez les hommes, les troubles mentaux sont au 4^{ème} rang, à l'origine de près de 10 % des actes. Au plan régional, cela équivaut à 2,5 millions d'actes annuels motivés par des troubles mentaux.

Pour les 2 sexes, les dépressions et les troubles névrotiques sont les pathologies les plus fréquemment en cause (11 % chez les femmes et 7 % chez les hommes).

● Enfin, les problèmes de santé mentale constituent une cause importante de mortalité et notamment de mortalité prématurée, en particulier chez les hommes.

Le suicide, malgré un léger recul observé dans les Pays de la Loire comme en France métropolitaine depuis le début des années 80, est encore à l'origine chaque année de près de 750 décès dans la région, dont 75 % concernent des hommes et 70 % des moins de 65 ans.

Cette cause de décès représente 10 % de la mortalité avant 65 ans pour les hommes et 7 % pour les femmes.

A structure par âge comparable, en 1997-1999, la mortalité par suicide dans la région est significativement supérieure à la moyenne nationale, de 29 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes.

La psychose alcoolique et l'alcoolisme aigu constituent, après la démence sénile et les psychoses d'origine non précisée, la 3ème cause de décès par troubles mentaux. Sur la période 1997-1999, ces affections ont été à l'origine de près de 150 décès par an, concernant majoritairement des hommes (83 %) et des personnes de moins de 65 ans (70 %). Cette cause de décès représente 3 % de la mortalité avant 65 ans pour les hommes et 1,5 % pour les femmes.

Globalement, ce sont 13 % des décès prématurés masculins de la région et près de 9 % des décès prématurés féminins qui peuvent être attribués aux troubles mentaux et au suicide.

● Enfin l'étude récente du CREDES sur les dépenses de santé par pathologies place les troubles mentaux au second rang de ces dépenses (9,4 %), après les maladies de l'appareil circulatoire (10,7 %). Toutefois, selon les auteurs, la méthode retenue, qui intègre dans ce chapitre de pathologies l'ensemble des dépenses liées à l'activité des hôpitaux psychiatriques surestime sans doute ce poids (20).

Facteurs de risque et déterminants des troubles mentaux

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux, souvent intriqués, et on peut notamment retenir

- les événements traumatisants de la vie et notamment de l'enfance
- l'isolement affectif
- les situations de précarité
- la consommation excessive d'alcool

La vie professionnelle constitue également un élément essentiel à prendre en compte, à la fois en raison des conséquences psychopathologiques de certaines conditions de travail, mais aussi parce que, par le lien avec l'autre qu'elle nécessite, elle représente l'un des révélateurs des troubles mentaux. L'inaptitude au travail de nombreux patients psychiatriques et leur rejet du monde du travail en portent d'ailleurs témoignage.

A côté de ces déterminants sociaux et comportementaux, il faut souligner les difficultés supplémentaires et spécifiques que rencontre l'accès aux soins dans le domaine psychiatrique, qui influent vraisemblablement sur la mesure de la morbidité. La prise en charge des troubles mentaux nécessite en effet leur reconnaissance, par les patients comme par les médecins, ce qui pose la question des représentations sociales de la pathologie mentale (9).

C'est ainsi que selon diverses études en population générale, menées en France comme dans les Pays de Loire, seulement la moitié des personnes présentant un état dépressif majeur avaient formulé une demande de soins, vis-à-vis du système de soins primaires ou vis-à-vis du système de soins spécialisés (27).

Consommation excessive d'alcool

Les données régionales disponibles concernant la consommation excessive d'alcool ont été présentées page 9, mais l'importance de ce facteur de risque dans la région se retrouve également dans le poids des pathologies mentales d'origine alcoolique dans les motifs de recours aux soins hospitaliers spécialisés et dans la mortalité (cf page 18).

Situations de précarité

La précarité recouvre des situations et des trajectoires très diverses, dont la fréquence dans la région peut être approchée par le nombre de bénéficiaires de minima sociaux, dispositifs destinés à assurer un minimum de ressources aux personnes disposant de faibles revenus (2).

Dans les Pays de la Loire, en 1999, plus de 155 000 ligériens bénéficient de l'un des 8 minima sociaux. Parmi eux, 27 % perçoivent le revenu minimum d'insertion (RMI), 27 % l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV), 22 % l'allocation adulte handicapé (AAH).

Globalement, 6,4 % de la population régionale âgée de 18 à 59 ans est bénéficiaire d'un minima social, soit un pourcentage inférieur d'un point à la moyenne nationale. Cet écart résulte surtout d'une proportion de bénéficiaires du RMI plus faible dans la région qu'au plan national.

Par contre, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion de bénéficiaires de l'ASV dans les Pays de Loire (7,8 %) est supérieure à la moyenne nationale (7,1 %), avec un écart qui tend toutefois à se réduire.

Vie professionnelle

- Le signalement des maladies à caractère professionnel, mis en place depuis 10 ans dans les Pays de la Loire, permet de repérer un certain nombre de cas de souffrance mentale, principalement par l'intermédiaire des médecins du travail mais aussi par l'intermédiaire de psychiatres et de médecins généralistes.

Selon ces données régionales, cette souffrance mentale s'exprime principalement par des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des états de stress post-traumatiques, des troubles somatoformes (fatigue, HTA, troubles digestifs...). Les situations en cause ou favorisantes sont les violences verbales et physiques, le travail dans l'isolement, les organisations de travail qui entraînent une tension importante...

Les cas signalés dans la région sont en forte augmentation depuis 1996, même si une part de cette évolution résulte d'une amélioration du dispositif. En 2001, 284 cas ont été signalés, dont 6 tentatives de suicide et un suicide.

- Les situations de non-travail, notamment pour les gens de moins de 50 ans, sont également une source de souffrance mentale. Dans la région, au recensement de 1999, on comptait 161 000 chômeurs dont plus de 135 000 de moins de 50 ans. Parmi ces derniers, 66 000 étaient au chômage depuis plus d'un an.

L'importance de la réadaptation

Le caractère souvent chronique des pathologies mentales, leur interaction avec l'environnement social et relationnel, l'importance de la dimension subjective de la démarche de changement, de la mobilisation personnelle, plaident pour valoriser la question de la réadaptation dans les stratégies

de prise en charge. Le rythme de l'activité quotidienne, l'adaptation de la conduite sociale du patient au travers de l'acquisition « d'habiletés », l'analyse globale de la dynamique de « réussite », l'implication des proches sont les paramètres à intégrer dans l'élaboration de ces stratégies qui doivent être maintenant promues comme des ressources thérapeutiques essentielles, et faire l'objet d'une organisation spécifique au niveau des structures de soins.

2. 5 - Les problèmes de santé périnataux

La grossesse, l'accouchement et les premiers jours de vie des nouveau-nés justifient une attention particulière en raison de la fréquence très importante de ces événements et des enjeux considérables qui s'y rattachent, à court, moyen et long termes, notamment dans le domaine de la santé.

En 2001, 43 200 enfants sont nés dans la population des Pays de la Loire et ce nombre, après être passé par un minimum de 37 200 naissances en 1993, a connu une nette augmentation au cours des années récentes (+ 10 % depuis 1998).

Le poids de ces événements dans l'activité hospitalière est tout à fait considérable, puisqu'en 1999, dans la population régionale, 49 100 séjours soit 14,5 % des séjours hospitaliers féminins sont motivés par un accouchement unique et spontané (26 100 séjours) ou par une grossesse ou un accouchement compliqués (23 000 séjours). Il faut y ajouter environ 6000 séjours pour suivi de la grossesse, et 12 000 séjours liés à une interruption de grossesse, que celle-ci soit spontanée ou provoquée.

Sur la santé de la mère et de l'enfant lors de la grossesse, de l'accouchement et pendant les premières semaines de vie de l'enfant, on dispose d'un certain nombre de données régionales issues de plusieurs sources :

- les données de mortalité autour de la naissance et dans les premières semaines de vie issues de l'Etat Civil (28),
- une enquête périnatale régionale menée en 1995 dans 3 départements de la région (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée) (29),
- l'enquête périnatale 1998, dont certains résultats sont disponibles au plan régional (30),
- les données issues du PMSI exploitées dans le cadre du Réseau sécurité naissance (31).

● L'intérêt des séries de données de mortalité de l'INSEE, tant maternelles qu'infantiles, réside principalement dans les comparaisons dans le temps et dans l'espace qu'elles autorisent (28). Elles montrent notamment la diminution spectaculaire de la mortalité infantile et de ses différentes composantes au cours des dernières décennies, observée dans la région comme en France. Elles indiquent également que la région connaît pour ces différents indicateurs une situation globalement plus favorable que la moyenne nationale depuis de nombreuses années.

Ainsi, depuis le début des années 80, la mortalité périnatale régionale reste nettement inférieure à la moyenne nationale, avec entre ces deux taux un écart relativement constant d'1 pour 1000.

Sur la période 1997-1999, les taux Pays de la Loire et France sont respectivement égaux à 6 pour 1000 et 7 pour 1000 naissances totales, cette situation résultant d'un taux de mortinatalité et d'un taux de mortalité néonatale précoce plus faibles. Les Pays de la Loire se situent d'ailleurs au 3^{ème} rang des régions de France métropolitaine les mieux placées pour cet indicateur.

Trois hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce constat : la qualité des soins périnataux dans la région, une moindre proportion de situations à risque liées à un statut social très défavorisé, et enfin une sous-estimation de la mortalité, liée à des problèmes de déclaration à l'Etat Civil.

Concernant la mortalité maternelle, sur la période 1997-1999, 2 habitantes des Pays de la Loire sont décédées en moyenne chaque année par complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Le faible nombre de ces décès ne permet pas de comparer le taux régional (7,6 pour 100 000 naissances sur cette période) à la moyenne nationale, qui avoisine 9 pour 100 000 naissances.

Mais cette dernière est deux fois supérieure au taux de mortalité maternelle observé dans certains pays nordiques, et une comparaison réalisée avec l'Angleterre et d'autres pays européens suggère que l'excès de décès observé en France provient du plus grand nombre d'hémorragies mortelles, ces décès étant considérés comme en grande partie évitables par une meilleure prise en charge (9).

● L'enquête nationale périnatale apporte un certain nombre d'informations sur les naissances d'enfants nés vivants ou mort-nés survenus une semaine donnée, recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches. Elle a été menée pour la première fois en 1995, a été renouvelée en 1998 et devrait l'être à nouveau en 2003. Certaines de ces informations sont disponibles au niveau régional, même si la taille relativement réduite de l'échantillon pour les Pays de la Loire (753 naissances) limite les possibilités d'analyse.

En 1998, les Pays de la Loire se différencient de la moyenne nationale pour 2 indicateurs :

- la proportion régionale de femmes n'ayant pas bénéficié d'au moins 7 consultations prénatales avant la naissance, significativement plus faible que la moyenne nationale (7,3 % vs 9,8 %),
- la proportion régionale de femmes hospitalisées pendant la période prénatale, significativement inférieure à la moyenne nationale (16,4 % vs 21,6 %) et même la plus faible de France.

Par contre, on n'observe pas de différence significative entre la situation régionale et la moyenne nationale pour :

- la proportion de femmes ayant eu plus de 3 échographies (52,1 % vs 54 %)
- la proportion de femmes dont le travail a été déclenché (17,9 % vs 20,3 %)
- la proportion de naissances par césarienne (15,7 % vs 17,6 %)
- la proportion de naissances vivantes par accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée (6 % vs 6,2 %)
- la proportion de naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes (6,5 % vs 6,8 %)
- la proportion de naissances vivantes avec transfert ou hospitalisation particulière de l'enfant (8,2 % vs 8,3 %)

● Les données issues du PMSI et rassemblées et exploitées par le Réseau sécurité naissance apportent des données beaucoup plus complètes sur la santé de la mère et de l'enfant, et sur le contexte de l'accouchement et du post-partum.

Ces données présentées dans les tableaux ci-dessous sont issues du rapport d'activité pour l'année 2000 du Réseau sécurité naissance (31). Leur interprétation doit pour l'instant rester prudente, pour plusieurs raisons. Tout d'abord elles proviennent d'un système d'information, le PMSI, qui n'a pas été conçu dans cet objectif. Par ailleurs, le dispositif de validation et d'analyse des données mis en place par le Réseau sécurité naissance est relativement récent, et doit encore être conforté. Enfin, pour l'année 2000, si tous les établissements de naissance de niveau II et III ont transmis leurs

données, 3 des 17 établissements de naissances de niveau I ne l'ont pas fait. Les données concernent donc 39 907 accouchements et 40 554 naissances, alors que selon l'INSEE, 44 229 naissances ont été enregistrées cette même année dans la région.

En outre, il importe de bien considérer que les séjours pris en compte sont ceux au cours desquels a eu lieu l'accouchement (pour la mère) et la naissance (pour l'enfant). Les diagnostics portés en ante et post-partum (comme par exemple les menaces d'accouchement prématuré), ainsi que dans la période néonatale sont donc largement sous-estimés.

Santé maternelle

Facteurs de risque et pathologies de la grossesse (lors du séjour incluant l'accouchement)

<i>Indicateurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Age supérieur à 42 ans	246	0,62%
Grossesses multiples	622	1,56%
Grossesses multiples (hors jumeaux)	15	0,04%
Diabète maternel	737	1,85%
Placenta praevia	144	0,36%
Présentation du siège	1550	3,88%
Hématome rétro-placentaire	90	0,23%
Retard de croissance intra-utérin	570	1,43%
Syndrôme vasculo-rénal	1256	3,15%
Menace d'accouchement prématuré	160	0,40%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

Complications de l'accouchement et du post-partum (lors du séjour incluant l'accouchement)

<i>Indicateurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Hémorragies de la délivrance	711	1,78%
Hémorragies graves de la délivrance	10	0,03%
Hyperthermies compliquées	450	1,13%
Thrombo-embolies	19	0,05%
Ruptures utérines	11	0,03%
Embolies amniotiques	2	0,01%
Décès maternels	0	0,00%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

Pratiques obstétricales

<i>Indicateurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Accouchements par voie basse	33743	84,55%
dont voies basses instrumentales	4740	11,88%
dont voies basses avec manœuvres	147	0,37%
Accouchements provoqués	5594	14,02%
Césariennes	6164	15,45%
dont césariennes en urgence*	2042	5,12%
dont césariennes programmées*	2051	5,14%
Anesthésies générales	1374	3,44%
Anesthésies péridurales	20802	52,13%
Voie basse et péridurale**	19095	56,59%
Rachianesthésies	3686	9,24%
Péridurale et rachianesthésie combinées	1103	2,76%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

* distinction non disponible pour l'ensemble des césariennes (cf. écart avec effectif total de césariennes)

** % par rapport au nombre total de voies basses

Santé infantile

Nombre de naissances

<i>Indicateurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Naissances multiples	889	2,19%
Naissances vivantes	40459	99,77%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

Poids de naissance

<i>Classes de poids</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Inférieur à 1000 grammes	135	0,33%
[1000-1500 grammes[267	0,66%
[1500-2000 grammes[552	1,36%
[2000-2500 grammes[1873	4,62%
supérieur ou égal à 2500 grammes	37727	93,03%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

Complications chez l'enfant (lors du séjour incluant la naissance)

<i>Indicateurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Taux</i>
Poids inférieur à 2500 g	2827	6,97%
Poids supérieur à 4000 g	2672	6,59%
Prématurités (de 28 à 37 semaines de gestation)	1544	3,81%
Immaturités extrêmes (moins de 28 semaines de gestation)	52	0,13%
Malformations	1594	3,93%
Pathologies graves du nouveau-né	67	0,17%
Traumatismes graves du nouveau-né	70	0,17%
Décès hospitaliers	175	0,43%
Mort-nés précisés	65	0,16%

Source : rapport d'activité du réseau sécurité naissance, année 2000

A côté de ces enjeux à court terme, coexistent des enjeux à moyen et long termes qu'il ne faut pas sous-estimer

● Ces enjeux concernent en premier lieu les enfants nés très prématurément, dont le devenir constitue une préoccupation puisqu'on estime actuellement que 30 % des handicaps psychomoteurs et sensoriels de la petite enfance sont liés à la prématurité (9). Pour l'année 2000, les données du Réseau sécurité naissance font état de 1 554 enfants nés prématurément et de 52 enfants en situation d'immaturité extrêmes, c'est-à-dire nés à moins de 28 semaines de gestation.

On ne dispose pas actuellement de données précises sur le devenir de ces enfants, mais l'étude rétrospective sur les enfants de 8 ans connus des commissions départementales de l'éducation spéciale des Pays de la Loire, qui va être réalisée par l'ORS en 2003 grâce à un financement de la DRASS, apportera des éléments d'information précieux à ce propos.

Par ailleurs, dans le cadre du Réseau sécurité naissance va se mettre en place en janvier 2003 un réseau d'aval, assurant un suivi systématique des enfants à risque et haut risque.

- Mais ces enjeux à moyen et long termes doivent être pris en compte pour l'ensemble des nouveau-nés et de leur famille, dans la mesure où l'environnement psycho-affectif du début de la vie, le caractère fondamental du lien parents-enfant qui s'établit à cette période constitue un déterminant de santé essentiel, principalement pour l'enfant, mais également pour les autres membres de la famille. Ces aspects restent toutefois difficiles à évaluer car les risques éventuels sont complexes à définir et s'inscrivent dans le long terme.

Autre aspect pour partie lié au précédent, l'allaitement maternel dont la fréquence est inférieure en France à celle des autres pays développés et pour lequel on ne dispose d'aucun indicateur régional (7). Or, outre l'intérêt de l'allaitement dans le développement de la relation mère-enfant, les qualités nutritionnelles et anti-infectieuses du lait maternel, son intérêt dans la prévention des allergies alimentaires dont on s'inquiète actuellement de l'augmentation (32), font consensus.

Enfin la période autour de la naissance est certainement une période privilégiée pour développer avec les mères une démarche de promotion de la santé, pour elles-mêmes, pour l'enfant qui vient de naître, pour l'ensemble de la famille.

Parmi les domaines qu'il serait souhaitable d'aborder, celui de la contraception paraît notamment à privilégier, dans la mesure où les problèmes liés à la maîtrise de la fécondité restent mal résolus, dans la région comme en France, malgré la disponibilité apparente de la contraception et l'accessibilité améliorée à la « pilule du lendemain ».

Ainsi en 1996 (dernière année disponible), le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) déclarées par les habitantes des Pays de la Loire a été d'environ 7000. Cela correspond à un taux de 15 IVG pour 100 conceptions, très élevé même s'il est inférieur à la moyenne française (18 IVG pour 100 conceptions)(28).

Ce problème touche les femmes de tous les âges, puisqu'en 1996, 37 % des IVG déclarées dans la région concernaient des femmes de moins de 25 ans, 39 % des femmes de 25 à 34 ans et 24 % des femmes de 35 ans et plus.

Les résultats du Baromètre santé jeunes régional illustrent son importance chez les jeunes ligériennes puisque 10 % des 20-25 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG (3).

Une réflexion est donc à mener, autre que médicale ou économique, sur l'accompagnement des femmes et des familles pendant cette période et notamment pendant le séjour en maternité dont la durée moyenne dans la région était en 1999 de 5,2 jours pour un accouchement unique et spontané.

2.6 - Les affections rhumatologiques

Epidémiologie régionale

Les affections du système ostéo-articulaire, souvent douloureuses et invalidantes, regroupent un ensemble de processus pathologiques qui concernent les os, les articulations périphériques et le rachis, et peuvent être de nature inflammatoire, infectieuse, dégénérative, métabolique ou tumorale.

Certaines de ces affections (arthrose, ostéoporose) touchent surtout les personnes âgées et verront leur prévalence augmenter dans les années qui viennent en raison du vieillissement de la population. D'autres comme les affections mécaniques du rachis et les rhumatismes inflammatoires chroniques intéressent surtout une population active plus jeune.

- Les affections du dos, l'arthrose des articulations périphériques et les atteintes péri-articulaires représentent une part importante de la morbidité déclarée et diagnostiquée.

Selon les résultats nationaux de l'enquête Santé protection sociale 1998 du CREDES, 16 % des femmes et 12 % des hommes déclarent souffrir d'affections du dos, 7 % des femmes et 4 % des hommes déclarent être atteints d'arthroses des articulations périphériques.

Cette fréquence se retrouve dans les motifs de recours aux soins de ville, puisque selon l'enquête IMS Health 1998, les affections du dos sont à l'origine d'environ 5 % des actes (ce qui au plan régional, représente plus d'1 million d'actes par an) et l'arthrose périphérique de près de 3 % des actes (soit 600 000 actes dans la région).

Les données régionales issues du PMSI 1999 montrent également l'importance de ces pathologies parmi les motifs de séjours hospitaliers. Les affections péri-articulaires pour les deux sexes, les affections du dos pour les hommes et les arthroses périphériques pour les femmes se retrouvent parmi les 10 motifs de séjour les plus fréquents, lorsque l'on considère les motifs de séjours par pathologie détaillée.

Selon les données nationales du PMSI (9), la moitié des hospitalisations annuelles pour arthroses ont un but chirurgical (prothèse de hanche ou du genou).

- Les pathologies ostéo-articulaires ont été à l'origine d'environ 1 300 admissions en affection de longue durée en 2000 dans la population régionale relevant des 3 principaux régimes d'assurance maladie (2,5 % des admissions). La polyarthrite rhumatoïde est la plus fréquente des affections rhumatologiques concernées, avec environ 600 cas (dont 70 % concernent des femmes) ouvrant droit chaque année à une admission en ALD.

- L'ostéoporose est une pathologie à nette prédominance féminine, dont on estime qu'elle concernerait en France 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans (7). La fragilité osseuse provoquée par l'ostéoporose expose les personnes atteintes à un risque accru de fracture, le plus souvent au niveau du col du fémur, du rachis, ou de l'avant-bras. L'ostéoporose est ainsi à l'origine d'une proportion importante des fractures des personnes âgées. Dans la région, selon les données domiciliées du PMSI 1999, 76 % des 4 200 hospitalisations pour fracture du col du fémur concernent des personnes de plus de 75 ans.

- Pour un certain nombre de personnes encore jeunes, les douleurs et incapacités provoquées par ces affections diminuent de façon importante la capacité de travail et conduisent à une mise en invalidité. Dans les Pays de la Loire, la pathologie ostéo-articulaire a globalement motivé 24 % des admissions en invalidité de bénéficiaires du régime général en 1998 (ce qui correspond à plus de 600 personnes), les affections en cause étant principalement les pathologies rachidiennes et discales et les arthroses périphériques.

Facteurs de risque et déterminants des affections rhumatologiques

Parmi les facteurs de risque des pathologies rhumatologiques accessibles à la prévention, les facteurs professionnels et les facteurs nutritionnels jouent un rôle important. Les accidents de toutes natures, déjà mentionnés dans ce rapport (page 14), ainsi que certaines activités sportives intensives, sont également à prendre en compte dans le déterminisme de ces affections.

Facteurs professionnels

Les affections de l'appareil locomoteur sont largement représentées au sein des pathologies professionnelles indemnisables. Les pathologies concernées peuvent être d'origine infectieuse ou toxique, mais la grande majorité est liée à des gestes répétitifs ou au maintien de posture.

Ainsi en 2000, sur un nombre total de près de 3 000 nouvelles premières indemnisations pour maladies professionnelles chez les salariés relevant du régime général des Pays de la Loire, environ 2 300 soit près de 80 % concernant des affections péri-articulaires liés aux gestes répétitifs et au maintien de posture, et 5 % des affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention ou par des vibrations (15).

Il faut y ajouter environ 380 signalements de maladies à caractère professionnel (cf page 20).

Les secteurs de l'agro-alimentaire et de l'électronique, particulièrement développés dans la région, ainsi que celui du bâtiment et des travaux publics sont les principales branches professionnelles concernées.

Facteurs nutritionnels

Les facteurs nutritionnels, déjà évoqués page 10 à propos des cancers, occupent également une place importante dans la prévention de la survenue ou de l'aggravation des affections ostéo-articulaires.

L'obésité constitue en effet un facteur favorisant de l'arthrose, par le surmenage articulaire qu'elle génère. C'est notamment le cas pour la gonarthrose, dont le principal traitement reste la perte de poids. L'effet est moins net pour l'arthrose du rachis et de la hanche. D'une façon générale, le surpoids est un facteur aggravant de toute atteinte ostéo-articulaire, par les contraintes mécaniques qu'il provoque.

Par ailleurs, outre le traitement hormonal substitutif de la ménopause, la prévention de l'ostéoporose repose sur la constitution d'un bon capital osseux, par des apports calciques suffisants (essentiellement fournis par les produits laitiers) et une activité physique régulière dans l'enfance et l'adolescence. A ce titre, l'anorexie mentale des adolescents constitue une situation à risque, exposant dans ses formes chroniques à des complications de type d'ostéoporose précoce et sévère.

2.7 - Les déficiences et incapacités

Avec le vieillissement de la population, les progrès médicaux et l'évolution de la morbidité, qui laisse une place de plus en plus large aux affections chroniques, la description de l'état de santé ne peut plus se limiter à une approche en termes de mortalité et de morbidité. Les déficiences et leurs conséquences en termes d'invalidité et de handicap occupant une place croissante et sans doute surtout de mieux en mieux reconnue dans les préoccupations de santé publique.

- L'espérance de vie sans incapacité constitue à ce titre un indicateur particulièrement intéressant, renseignant non seulement sur l'augmentation du nombre d'années vécues, mais aussi sur l'état de santé durant ces années de vie « supplémentaires » (33).

Il permet en effet de distinguer parmi les années vécues, celles qui sont vécues avec une incapacité, c'est-à-dire avec une affection relativement grave et handicapante, et celles qui sont vécues sans incapacité.

Ainsi, de 1981 à 1991, alors que l'espérance de vie totale est passée de 70,4 à 72,9 ans soit une progression de 2,5 ans pour les hommes, la durée moyenne de vie avec incapacité est passée de 9,6 à 9,1 ans pour les hommes soit une diminution de 0,5 an.

Chez les femmes, la progression de 78,6 à 81,1 ans de l'espérance de vie sur cette période (soit +2,5 ans) s'est accompagnée d'un recul de la durée moyenne de vie avec incapacité de 12,7 à 12,6 ans (- 0,1 an).

Sur cette période, on a donc assisté pour les deux sexes à une compression de l'incapacité.

Cet indicateur d'espérance de vie sans incapacité n'est pas disponible au niveau régional, car son calcul, réalisé en 1981 et en 1991 est effectué à partir des données de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux, qui n'est pas représentative au niveau régional. Cet indicateur n'a en outre pas été actualisé depuis cette date.

● L'enquête nationale HID (handicap, incapacité, déficience) constitue une autre source de données essentielle dans ce domaine (14)(34)(35). C'est la première enquête qui vise à établir au plan national une évaluation des situations de handicap, quelle que soit la nature du handicap, l'âge et le lieu de domicile des personnes concernées. Cette question est abordée aussi bien sur le plan des déficiences, que des incapacités, de l'origine du handicap, des aides apportées... Les premiers résultats d'HID montrent bien en quoi cette évaluation est très sensible aux indicateurs et aux concepts retenus. Aujourd'hui encore, il reste difficile d'estimer l'importance des situations de handicap dans la population, et cette question posée de manière récurrente dans de nombreux rapports officiels ne trouve toujours pas de réponse simple.

Les différentes façons d'appréhender le handicap ne se recoupent pas toujours

Les résultats de VQS, enquête de filtrage de l'enquête HID à domicile (voir encadré ci-après), montrent toute la complexité des situations que l'on cherche à évaluer. Ainsi, dans cette enquête, 21 % des personnes de plus de 16 ans et 53 % des personnes de plus de 60 ans déclarent une incapacité.

Mais ces incapacités n'ont pas les mêmes conséquences pour toutes ces personnes puisque seulement 10 % déclarent être « limitées dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire » (26 % pour les plus de 60 ans).

Par ailleurs, environ 10 % de la population s'auto-attribue la situation de « personne handicapée », alors que 7,7 % déclarent avoir « besoin de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne » (22 % chez les plus de 60 ans) et 5 % ont un « handicap reconnu ».

L'enquête VQS montre également que ces différentes notions ne se recoupent pas toujours : un quart des personnes déclarant avoir un handicap ne déclarent pas être limitées dans leurs activités. Autre paradoxe, 10 % des personnes qui bénéficient de la reconnaissance officielle d'un handicap ne s'attribuent pas de handicap, pas plus qu'elles ne déclarent de restriction d'activité.

L'enquête VQS montre aussi que les personnes de plus de 60 ans déclarent plus fréquemment une restriction de leurs activités, sans pour autant s'attribuer de handicap ni être reconnues comme personnes handicapées (35). Ainsi, la probabilité de déclarer un handicap se stabilise à partir de 60 ans (toutes choses égales par ailleurs).

La maladie, première cause à l'origine de déficiences

Evaluer le handicap est difficile parce que l'origine des situations de handicap est très diverse. Dans l'ensemble de la population, 61 % des personnes vivant en logement ordinaire ne souffrent d'aucune déficience, et 39 % souffrent d'une déficience ou plus (HID).

Un quart de la population souffre d'une déficience qui a pour **origine** une maladie, 13 % pour des déficiences liées à des problèmes socio-familiaux, 11 % pour le vieillissement, 7 % pour les accidents et 6 % pour les problèmes liés à l'accouchement ou à la grossesse. Jusqu'à 80 ans, la maladie est toujours la première cause de déficience.

Alors que les accidents sont moins fréquents chez les personnes âgées, la fréquence des déficiences d'origine accidentelle est plus élevée dans la population âgée que parmi les adultes en âge d'activité. Les séquelles de ces accidents sont-elles importantes et plus durables chez les personnes âgées que dans le reste de la population ?

Enfin, la fréquence des problèmes socio-familiaux à l'origine de 13 % des déficiences est à souligner.

Il est difficile d'évaluer la **gravité** des situations de handicap à travers les déficiences. En revanche, la mesure des incapacités apporte de précieux enseignements sur la variété des situations de handicaps.

La fréquence des incapacités est fortement liée à l'âge : 38 % des 80-89 ans et 69 % des plus de 90 ans ne sortent pas sans aide. Parmi les 80-89 ans, 1,7 % ne communiquent pas avec leur entourage mais cette proportion atteint 4,9 % chez les plus de 90 ans.

La proportion de personnes aveugles et malvoyantes (incapables de reconnaître un visage à quatre mètres) atteint 7,2 % chez les 80-89 ans et 21,2 % chez les plus de 90 ans. Quant à la difficulté de comprendre une conversation, elle concerne 4,3 % des 80-89 ans et 7,1 % des plus de 90 ans.

L'enquête HID visait à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par un handicap, quelle que soit la nature de leur handicap, leur âge et leur lieu de vie (domicile ou institution), et à décrire leur situation sociale et les aides dont elles bénéficient.

Une première enquête s'est déroulée en octobre-novembre 1998 auprès d'un échantillon de 15 000 personnes **vivant en institution**. Cette enquête concernait aussi bien les enfants pris en charge dans un Institut médico-éducatif, que des adultes en foyer d'hébergement ou des personnes âgées vivant en long séjour. Une deuxième vague d'enquête auprès de ce même échantillon a eu lieu en novembre-décembre 2000.

En ce qui concerne les personnes **vivant à leur domicile**, l'INSEE a procédé en deux temps : - une première enquête (VQS, vie quotidienne et santé) dite « de filtrage » a été effectuée en mars 1999 (en même temps que le Recensement) auprès d'un échantillon de 400 000 personnes vivant à leur domicile, de manière à évaluer dans la population générale le poids respectif des différentes situations de handicap. Cette enquête comportait 20 questions permettant d'évaluer les incapacités (Par exemple : « la personne éprouve-t-elle des difficultés pour s'habiller ou se déshabiller »), mais aussi la reconnaissance du handicap, les raisons de santé à l'origine du handicap, les limitations d'activité, les prothèses, les « besoins » d'aide ; et l'autodéclaration du handicap (« la personne considère-t-elle qu'elle a un handicap ? »). Les personnes enquêtées ont été réparties en six groupes synthétisant leur situation en matière de handicap.

Ensuite, un nouvel échantillon de 20 000 personnes a été tiré au sein de cette population, avec un taux de sondage différent selon les groupes de handicap : le taux de sondage concernant les personnes les plus sévèrement handicapées étant beaucoup plus important que celui concernant les personnes ne déclarant pas de gêne dans leurs activités, de manière à obtenir une précision suffisante pour les situations les moins fréquentes. Une première enquête a été effectuée fin 1999 (16 000 personnes ont répondu), puis l'échantillon a été réinterrogé en novembre-décembre 2000.

Une position moyenne, voire plus favorable, pour les habitants des Pays de la Loire

La situation relative des Pays de la Loire en matière de handicap a été étudiée par l'INSEE à partir de deux sources, les résultats de l'enquête VQS à laquelle 19 000 personnes ont répondu dans la région d'une part, et des estimations effectuées à partir des résultats de l'enquête HID d'autre part.

Le dépouillement de VQS pour la région met en évidence que les départements ligériens étudiés se situent dans une position moyenne, voire plutôt favorable du point de vue de la prévalence des handicaps (36).

Ce résultat n'apparaît pas contradictoire avec les différents indicateurs de santé disponibles, qui montrent que l'état de santé de la population ligérienne est plutôt « meilleur » que celui de l'ensemble de la population française (à sexe et âge comparable).

Par ailleurs, au plan régional, l'INSEE a également procédé pour la population vivant à domicile à des estimations locales d'HID, en adaptant les résultats de l'enquête nationale à la structure de la population des Pays de la Loire (âge, sexe, groupes sociaux)(36).

D'après ces estimations, la proportion de personnes « rencontrant des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales » atteint environ 33 % (75 % parmi les plus de 60 ans).

Les déficiences déclarées sont classées en 6 groupes, les plus fréquentes étant les déficiences motrices (13 %), les déficiences viscérales et métaboliques (9 %), et les troubles auditifs (7 %).

Parmi les 350 000 personnes « déclarant avoir un handicap » et souffrir d'une limitation d'activité, environ la moitié affirment recevoir une aide pour raison de santé.

Mais les incapacités les plus fréquentes sont liées à l'âge : 55 000 personnes ne pourraient sortir de leur domicile sans aide, dont 25 000 seraient confinées au lit et au fauteuil (70 % ont plus de 60 ans).

Quant aux personnes en âge d'activité dont l'incapacité a été reconnue par les organismes sociaux (100 000 adultes environ), près de la moitié seraient au chômage ou inactives.

III - Rôle de certains déterminants transversaux

Au-delà des facteurs de risque immédiats ou directs, présentés pour chacun des domaines de santé prioritaires analysés dans cette étude, deux groupes de déterminants jouent un rôle transversal pour la grande majorité des problèmes de santé et notamment pour ceux retenus dans le cadre de ce rapport : les déterminants sociaux d'une part, et les ressources sanitaires d'autre part.

3. 1 - Les déterminants sociaux

De très nombreux travaux nationaux et internationaux ont mis en évidence au cours des dernières décennies le rôle considérable des déterminants sociaux sur la santé de la population, et l'ouvrage collectif de l'INSERM publié en 2000 (37) a permis d'en établir un bilan d'ensemble.

Mortalité et déterminants sociaux

Les inégalités sociales de mortalité ont été les premières mises en évidence par l'INSEE, au milieu du 20^{ème} siècle, et elles restent fortes aujourd'hui, sans qu'il soit possible de conclure à partir des données existantes si elles se sont accentuées ou au contraire réduites avec le temps. En outre, en France comme dans l'ensemble des pays européens, cette surmortalité est nettement plus importante dans la population masculine que dans la population féminine.

Ainsi au niveau national, pour la période 1990-1995 la surmortalité masculine par rapport au groupe « cadres et professions libérales » atteint 2,2 pour le groupe « employés » et 2,4 pour le groupe « ouvriers non qualifiés » (9).

Dans les Pays de la Loire, l'analyse des causes médicales de décès retrouve cette surmortalité masculine pour les classes sociales les moins favorisées. Ainsi, dans la population masculine âgée de 25 à 59 ans, le taux comparatif de mortalité du groupe « agriculteurs /ouvriers / employés » est 2,9 fois supérieur à celui du groupe « cadres /professions libérales » sur la période 1997-1999. Pour les femmes, la différence est beaucoup plus faible et n'est pas statistiquement significative.

C'est pour les décès par pathologies directement liées à l'alcool (cirrhose du foie et psychose alcoolique) et pour les décès par accident de la vie courante que cette surmortalité des hommes du groupe « agriculteurs /ouvriers / employés » est la plus forte, respectivement 5,6 et 4,6 par rapport au groupe « cadres /professions libérales ».

Mais cette surmortalité atteint également 3 pour les suicides, 3,1 pour les décès par accident de la circulation, 2,6 pour les décès par cancer (2,8 pour les décès par cancer du poumon, 4,6 pour les décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures) et 2,4 pour les décès par maladies cardiovasculaires.

Par ailleurs, si l'on considère les seules causes de décès évitables, c'est-à-dire la mortalité qui pourrait diminuer sans connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau, la surmortalité des hommes du groupe « agriculteurs /ouvriers / employés » est 3,2 fois supérieure à celles du groupe « cadres /professions libérales ».

Périnatalité et déterminants sociaux

On ne dispose pas pour les indicateurs périnataux régionaux de données spécifiques aux différents groupes sociaux.

Les résultats de l'enquête périnatale nationale de 1998 (30) ont par contre mis en évidence des différences importantes en matière de surveillance et d'issue de la grossesse chez les femmes ayant des ressources précaires ou bénéficiant de minima sociaux.

Ainsi, les femmes ayant des ressources provenant de l'Allocation Parent Isolé, du RMI, d'une allocation chômage ou d'un stage, ou encore n'ayant aucune ressource, ont moins de visites prénatales que les autres femmes (respectivement 15,5 % et 7,8 % ont moins de 7 visites).

Par contre, ces futures mères ont plus de problèmes de santé puisqu'elles sont plus souvent hospitalisées (24,1 % vs 20,6 %), leurs enfants naissent plus souvent prématurément (7,5 % vs 5,7 %), sont plus souvent de faible poids de naissance (8,1 % pèsent moins de 2 500 grammes vs 6,4 %), sont plus fréquemment transférés ou hospitalisés (9,8 % vs 7,4 %).

Déficiences, incapacités et handicaps et déterminants sociaux

Les résultats nationaux de l'enquête HID soulignent également l'importance des inégalités sociales face aux handicaps (34).

Pour les personnes vivant en domicile ordinaire, la proportion de personnes de milieu ouvrier déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée que chez les cadres, à structure d'âge comparable. Pour les moins de 20 ans, les écarts sont encore plus importants, puisque ce rapport est de un à deux.

L'origine sociale joue non seulement sur la fréquence des déficiences mais sur leurs conséquences sur la vie quotidienne. Ainsi, à déficiences semblables, les incapacités sont plus fortes dans les milieux modestes.

Enfin, la capacité à garder un enfant handicapé au domicile familial est également différente : à handicap de gravité équivalente, la proportion d'enfants handicapés entrant en institution est 3 fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Globalement, il apparaît qu'un enfant d'ouvrier a 7 fois plus de risque d'entrer dans une institution pour enfants handicapés qu'un enfant de cadre ou de professionnel libéral, à la fois en raison du plus grand risque d'être atteint d'une déficience et par l'institutionnalisation plus fréquente, à déficience identique.

3.2 - Les ressources sanitaires régionales

Les ressources sanitaires se développent, et contribuent à améliorer la santé de la population

Les ressources sanitaires constituent un déterminant très important de la santé. Comme le souligne le Haut comité de la santé publique dans son dernier rapport sur la santé en France :

« Au cours des dernières années, de nombreuses évolutions positives ont été enregistrées en matière d'état de santé ou de fonctionnement du système de santé. Parallèlement au développement de progrès médicaux procurant une meilleure qualité de vie aux patients (chirurgie de la cataracte, développement de l'anesthésie péridurale lors des accouchements, implantation de plus en plus fréquente de prothèses...), des améliorations significatives ont été apportées dans le fonctionnement du système de soins : lutte contre la précarité et développement des Permanences d'accès à la santé et aux soins (PASS), et introduction de la couverture maladie universelle (CMU) » (7).

Les Pays de la Loire font partie des régions françaises les moins dotées

En matière de ressources sanitaires, les Pays de la Loire font partie des régions les moins bien dotées, aussi bien en ce qui concerne la densité médicale que les équipements hospitaliers.

La région se situe en effet au 17^{ème} rang pour la densité médicale, avec 269 médecins pour 100 000 habitants, contre 332 médecins pour 100 000 en moyenne en France. Ce constat n'est pas nouveau, et la répartition sur le territoire des professionnels de santé n'est pas fondamentalement différente de ce qu'elle était il y a un siècle (alors que le nombre de praticiens a été multiplié par dix) : les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le sud de la France métropolitaine.

Au travers des indicateurs disponibles, la situation n'apparaît pas sensiblement différente sur le plan hospitalier. La région se place en effet au 20^{ème} rang pour le nombre de lits de médecine par habitant, au 17^{ème} rang pour les lits de chirurgie et au 13^{ème} rang pour les lits de gynécologie-obstétrique.

Une baisse de la densité médicale s'amorce....

Entre 1990 et 2001, les effectifs médicaux ont progressé au rythme annuel de 1,8 %. La progression s'est ralentie pour les médecins libéraux, avec une hausse annuelle moyenne de 0,8 % pour les omnipraticiens et de 1,3 % pour les spécialistes, avec une forte décélération à la fin de la décennie. La progression des effectifs a donc essentiellement concerné les médecins salariés, et en particulier les médecins hospitaliers. Les médecins libéraux ne représentent plus que 59 % des effectifs médicaux dans la région, contre près de 70 % il y a vingt ans.

Selon les projections réalisées par la DREES (38) les effectifs médicaux devraient rester globalement stables dans les Pays de la Loire jusqu'à la fin de la décennie 2000, avec un effectif global de médecins compris entre 9 000 et 9 100. Mais, avec l'augmentation de la population (+0,6 % par an), la densité médicale va baisser, alors que la fréquence des recours semble augmenter de manière mécanique, à cause du développement des soins, mais aussi pour des raisons plus structurelles liées notamment au vieillissement de la population.

... mais la situation est variable selon les territoires et les activités

La situation régionale en matière de démographie médicale est très variable selon les secteurs géographiques, les spécialités, les activités.

En ce qui concerne la médecine générale, la densité médicale varie à l'intérieur de la région de 84 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Mayenne à 111 en Loire-Atlantique. Dans certaines communes rurales, les médecins qui arrêtent leur activité ne sont pas remplacés, sachant que dans ces zones, une fermeture de cabinet peut accélérer le départ d'autres praticiens qui ne sont plus en mesure de faire face à la charge supplémentaire provoquée par ce départ (permanence des soins, file d'attente...).

Par ailleurs, les difficultés de recrutement des médecins du travail, de la promotion de la santé en milieu scolaire, de santé publique ou de médecins hospitaliers ne sont pas nouvelles.

En outre, dans certaines spécialités, la moitié des médecins en activité sont âgés de 50 ans ou plus, ce qui n'est pas sans conséquences pour organiser la permanence des soins.

Toutefois, certaines disciplines comme la pédiatrie ont semble-t-il pu anticiper les difficultés actuelles par l'augmentation récente du nombre de praticiens formés dans la région, même si les densités moyennes restent très nettement inférieures à celles des autres régions.

... et les effets de cette évolution sont amplifiés par la réduction du temps travaillé en milieu hospitalier et la féminisation du corps médical

A ce contexte déjà difficile s'ajoutent les conséquences des dispositions prises concernant la réduction du temps de travail des soignants, suite aux mesures d'ARTT et l'instauration du repos compensateur pour les internes et les praticiens hospitaliers.

En outre, la féminisation du corps médical rend plus complexe la gestion des effectifs, les stratégies des femmes médecins étant différentes en termes de temps travaillé et de lieu d'installation.

Ce constat est à rapprocher des résultats d'une étude de la DREES qui notait une augmentation sensible du temps moyen travaillé par les médecins entre 1992 et 2000, qui est passé de 48 heures à 51 heures sur cette période (39).

***Conclusion**, après des années de développement continu, le système de soins est donc confronté, avec les premiers signes de la baisse de la densité médicale, à une situation inédite, même s'il paraît difficile de parler de pénurie alors que les médecins sont trois fois plus nombreux qu'il y a trente ans.*

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de disposer d'un diagnostic, actualisé très régulièrement, des ressources sanitaires par territoire, par spécialité, et par activité. De nouveaux indicateurs permettant d'analyser les conséquences des mutations actuelles, tant pour la population que pour les professionnels de santé, doivent également être développés (40).

Annexes



Description des sources de données

L'Enquête Santé Protection Sociale du CREDES (ESPS)

L'enquête sur la santé et la protection sociale est une enquête nationale organisée tous les deux ans, dont l'objectif principal est de recueillir des données sur l'état de santé, les consommations médicales et les modes de protection sociale des individus. Le recueil de l'état de santé repose sur un questionnaire auto-administré qui propose aux enquêtés une liste indicative d'une trentaine de maladies, classées par grands domaines pathologiques (cardio-vasculaire, appareil respiratoire, maladies des glandes endocrines, etc.).

L'enquête SPS de 1998 a été réalisée auprès d'un échantillon de 7 949 ménages dont au moins un des membres est assuré au régime général de l'assurance maladie (Cnamts), à la Mutualité sociale agricole (MSA) ou au régime des indépendants (Canam) en France métropolitaine. Ces ménages sont représentatifs à 95 % de la population résidant en ménages ordinaires. Sont exclues les personnes vivant en institution, ou en logements collectifs comme les foyers de travailleurs, les prisons ou les communautés religieuses.

Au total, 23 000 personnes ont été interrogées en deux vagues, une au printemps, une à l'automne. Cette enquête combine interview téléphonique ou, en l'absence de téléphone, interview en face-à-face par enquêteur et questionnaire auto-administré.

Les maladies relevées dans cette enquête sont des maladies déclarées, qui peuvent avoir été ou non diagnostiquées par un médecin. Leur déclaration est soumise aux oublis, volontaires ou involontaires, et à la perception variable que peuvent en avoir les individus selon leur appartenance sociale, culturelle, leurs connaissances ou leur conception du normal et du pathologique.

L'enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health (EPPM)

L'enquête permanente sur la prescription médicale a pour objectif principal d'observer la pratique de prescription des médecins ainsi que les liens entre diagnostics et prescriptions. Le recueil de la morbidité s'effectue pour chaque patient examiné par le report sur un questionnaire des motifs ou des diagnostics posés au cours de la consultation ou de la visite.

L'enquête est réalisée au niveau national tous les trimestres auprès d'un échantillon qui comportait, en 1998, 835 médecins (400 généralistes et 435 spécialistes). Ce panel de médecins est renouvelé par quart tous les ans. L'enquête est représentative de l'ensemble des médecins exerçant en pratique libérale en France métropolitaine, à l'exception des médecins dont plus de 25 % de l'activité est consacrée à un exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs,...).

Chaque médecin est enquêté pendant sept jours et remplit pour tous les patients vus dans le cadre libéral et ambulatoire un questionnaire comportant outre les caractéristiques socio-démographiques du patient, des informations sur les diagnostics ou les motifs de la séance et sur les effets attendus des médicaments. Par ailleurs, le médecin fournit un double de toutes les ordonnances prescrites à ces mêmes patients. En 1998, environ 240 000 séances ont été observées.

L'unité observée dans cette enquête est la séance de médecin. Seules les personnes ayant vu au moins une fois dans l'année un médecin sont susceptibles d'être représentées dans cet échantillon et la probabilité d'en faire partie est d'autant plus élevée que l'individu a une fréquence de recours au médecin plus importante. Il ne s'agit donc pas d'une base représentative de la population générale, ni de la clientèle des médecins, mais d'un reflet du contenu des séances de médecin.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) - Soins de courte durée MCO

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, basé sur un enregistrement standardisé d'informations administratives et médicales. Il fonctionne dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) et dans les unités et établissements de soins de suite et réadaptation (SSR). Il ne concerne pas pour l'instant les unités et établissements psychiatriques.

Dans le PMSI-MCO dont les données ont été utilisées pour cette étude, l'unité de mesure est le séjour dans un établissement hospitalier et non le patient.

La morbidité recueillie par l'intermédiaire du PMSI est donc une morbidité diagnostiquée pour les maladies ou événements morbides donnant toujours lieu à un recours hospitalier lors de leur survenue. Elle représente une morbidité incidente aiguë en nombre d'épisodes, un même patient pouvant avoir été atteint plusieurs fois dans la même année.

Les diagnostics (un diagnostic principal et plusieurs diagnostics associés) recueillis lors de chaque séjour sont codés avec la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa 10^e révision (CIM 10). Cette information permet d'analyser les motifs de recours à l'hospitalisation. Les résultats présentés reposent sur l'exploitation du diagnostic principal défini, à la fin du séjour du patient, comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Les données étudiées sont établies par la DREES, (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé). Elles concernent l'année 1999 et sont des données domiciliées, c'est-à-dire concernent les séjours effectués par **des habitants des Pays de la Loire**, dans les unités de soins de courte durée MCO des établissements hospitaliers publics et privés de métropole et des départements d'Outre-Mer. Ce sont également des données redressées, pour tenir compte des défauts d'exhaustivité de la base.

Les admissions en affection de longue durée

Les assurés sociaux et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'une des trente affections de longue durée (ALD) dont la liste est fixée par décret. La demande d'admission en ALD est formulée par le patient ou le médecin traitant, et accordée ou non après avis d'un médecin de l'assurance maladie, si l'affection répond aux critères d'admission fixés par le Haut comité médical de la sécurité sociale.

Les données régionales présentées dans cette étude ont été établies par le service médical de l'assurance maladie, dans le cadre de l'URCAM. Elles concernent les motifs médicaux (codés en CIM 10) des nouvelles admissions en ALD sollicitées au cours de l'année 2000 pour les bénéficiaires du régime général d'assurance maladie, du régime agricole et du régime des travailleurs indépendants.

Ces données, dont le recueil n'a pas été mis en place dans une finalité épidémiologique mais avec un objectif médico-administratif, présentent donc un certain nombre de limites. Certains facteurs sont susceptibles de conduire à une sous-estimation : admission non demandée en raison d'une couverture complémentaire suffisante ou d'une exonération du ticket modérateur pour un autre motif (CMU, invalidité, maladie professionnelle...), affection ne présentant pas les critères de

sévérité nécessaires. D'autres, comme la mauvaise identification des récurrences notamment lors d'un changement de domicile, risquent de provoquer une surestimation.

Les admissions en invalidité

Les pensions d'invalidité sont versées par les Caisses d'Assurance Maladie aux assurés sociaux salariés, âgés de moins de 60 ans, en compensation de la perte de salaire résultant d'une réduction au moins des deux tiers de leur capacité de travail ou de gain pour une raison médicale. Le droit à cette prestation est soumis à l'avis du médecin-conseil de l'Assurance Maladie. Les diagnostics des pathologies à l'origine de l'état invalidant sont enregistrés dans les bases de données du Service Médical par le médecin-conseil qui examine le malade.

Il existe trois catégories d'invalidité. L'invalidité de première catégorie est accordée aux salariés invalides capables d'exercer une activité rémunérée. L'invalidité de deuxième catégorie est accordée aux salariés absolument incapables d'exercer une profession quelconque. Enfin l'invalidité de troisième catégorie est accordée aux salariés, qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Au plan national, plus de 70 % des prestations d'invalidité accordées concernent des invalidités de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.

Les données présentées dans cette étude ont été établies par la CNAMTS pour les admissions en invalidité, toutes catégories confondues, prononcées en 1998 pour le seul régime général d'assurance maladie.

Les causes médicales de décès

La France, comme les autres pays européens, dispose d'un enregistrement exhaustif des décès. Pour chaque décès, un certificat rempli par un médecin indique les causes médicales du décès (cause principale, cause immédiate et états morbides associés). Les certificats sont ensuite transmis, sous forme anonyme, à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale - CépiDc) qui a en charge le codage des causes de décès et l'élaboration de la statistique annuelle. Le codage est réalisé selon les règles de la Classification internationale des maladies (9^e révision). L'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) fournit à l'Inserm les caractéristiques de chaque sujet : sexe, âge, lieu de résidence, catégorie socioprofessionnelle.

Ces données permettent ainsi d'effectuer des analyses du niveau de la mortalité selon les principales caractéristiques socio-démographiques des populations, des analyses spatiales, des comparaisons internationales ainsi que l'analyse des tendances dans le temps. Les indicateurs les plus classiquement utilisés sont les suivants : effectifs de décès, part des différentes causes de décès, taux bruts de mortalité, taux spécifiques, taux standardisés par âge (taux comparatifs en prenant comme référence la structure d'âge de la population française, deux sexes, en 1990), indice de comparatif de mortalité. Les analyses portent sur une seule cause par décès, ce qui peut soulever des problèmes pour les sujets âgés qui souffrent fréquemment de poly-pathologies chroniques. Il existe une sous-évaluation pour les morts violentes liée à un manque de retour d'information de certains Instituts médico-légaux.

Les données présentées dans cette étude concernent les décès domiciliés, c'est-à-dire concernant les décès de personnes domiciliées dans les Pays de la Loire, quel que soit le lieu de survenue du décès. Il s'agit d'une moyenne annuelle pour la période 1997-1999.

Liste des graphiques utilisés pour la détermination des principaux problèmes de santé régionaux

● Morbidité déclarée en France

Principales affections déclarées des personnes atteintes d'au moins une maladie ou trouble de santé, en France en 1998 (par pathologies détaillées)

- hommes42
- femmes42

● Motifs de recours en médecine de ville en France, par groupes de pathologies

Principaux motifs de consultations et visites en France en 1998

- hommes43
- femmes43

● Motifs de recours en médecine de ville en France, par pathologies détaillées

Principaux motifs de consultations et visites en France en 1998

- hommes44
- femmes44

● Séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie

Principaux motifs de séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie en 1999

- par groupes de pathologies45
- par pathologies détaillées45
- par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans46
- par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans46

● Séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique

Principaux motifs de séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique en 1999

- par groupes de pathologies47
- par pathologies détaillées47
- par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans48
- par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans48

● **Motifs d'admission en affection de longue durée dans les Pays de la Loire**

Principaux motifs d'admission en affection de longue durée dans les Pays de la Loire en 2000
(par pathologies détaillées)

- hommes49
- femmes49

● **Motifs d'admission en invalidité dans les Pays de la Loire**

Principaux motifs d'admission en invalidité prononcés par le régime général d'assurance maladie
dans les Pays de la Loire en 1998 (par groupes de pathologies).....50

● **Causes médicales de décès chez les hommes des Pays de la Loire**

Principales causes médicales de décès des hommes des Pays de la Loire

- par groupes de pathologies51
- par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans51
- par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans52
- par pathologies détaillées, chez les moins de 65 ans52

● **Causes médicales de décès chez les femmes des Pays de la Loire**

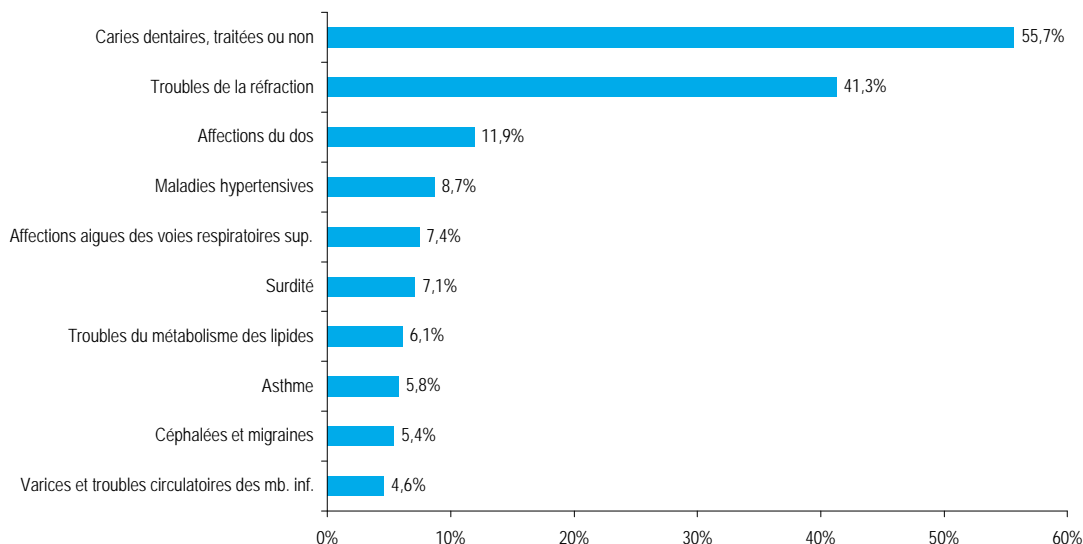
Principales causes médicales de décès des femmes des Pays de la Loire

- par groupes de pathologies53
- par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans53
- par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans54
- par pathologies détaillées, chez les moins de 65 ans54

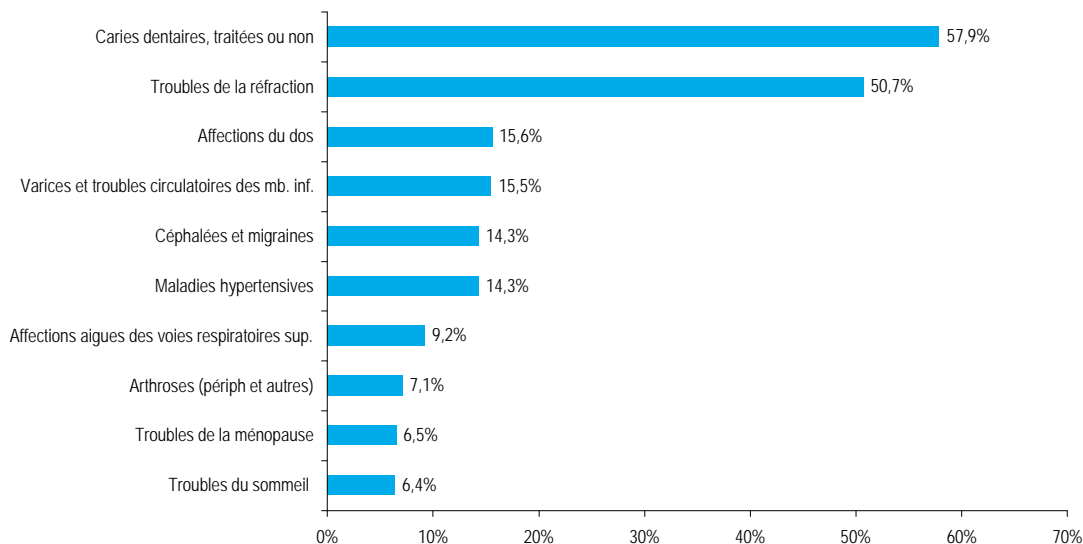
Morbidité déclarée en France

Principales affections déclarées des personnes atteintes d'au moins une maladie ou trouble de santé, en France en 1998 (par pathologies détaillées, en pourcentage)

Hommes



Femmes

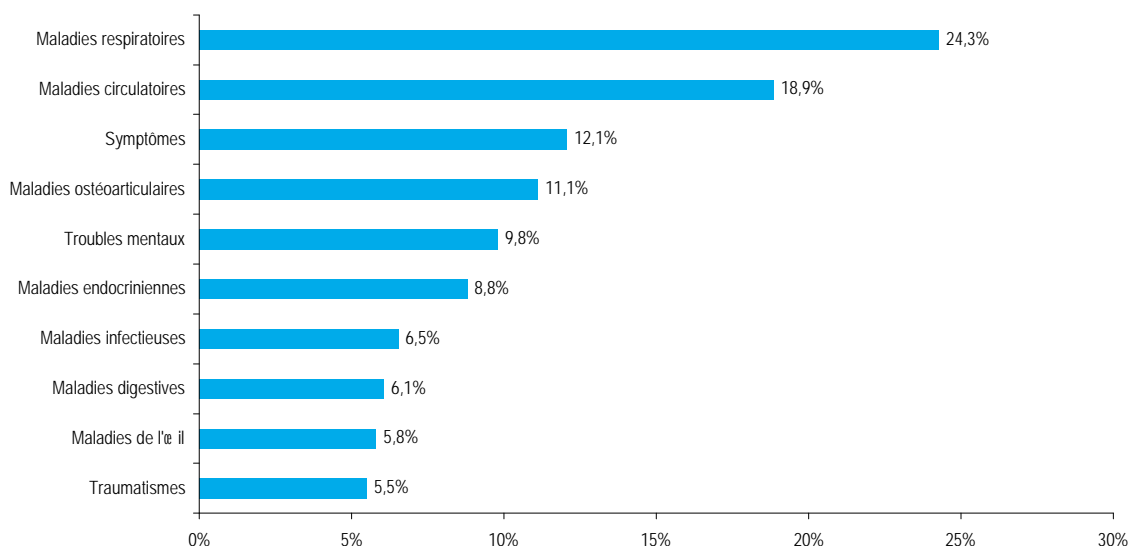


Source : CREDES, enquête SPS 1998

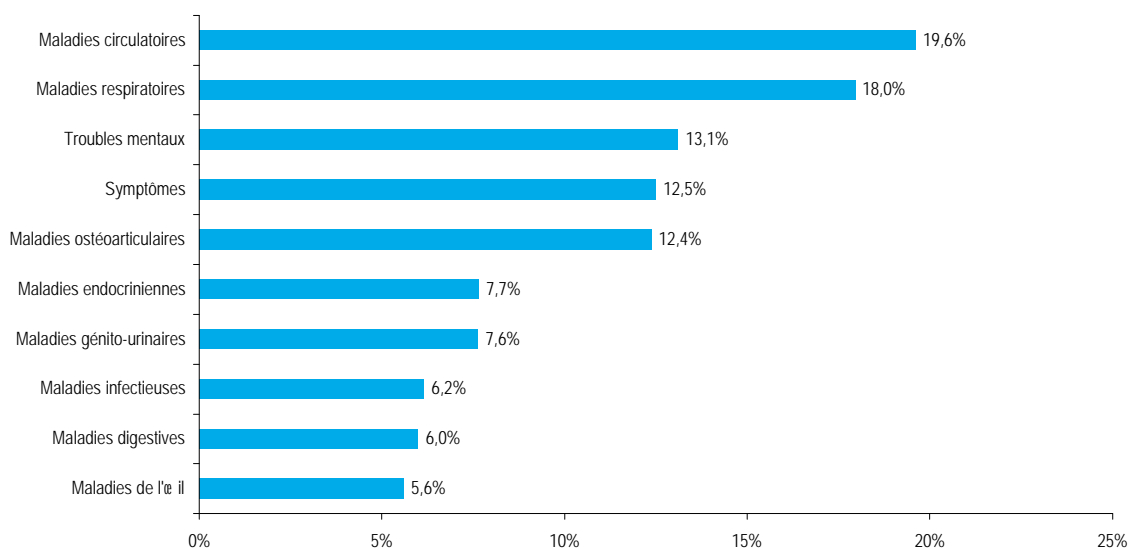
Motifs de recours en médecine de ville en France

Principaux motifs de consultations et visites en France en 1998
(par groupes de pathologies, en pourcentage de séances)

Hommes (nombre d'actes estimé à 8,6 millions par an dans les Pays de la Loire)



Femmes (nombre d'actes estimé à 12,7 millions par an dans les Pays de la Loire)

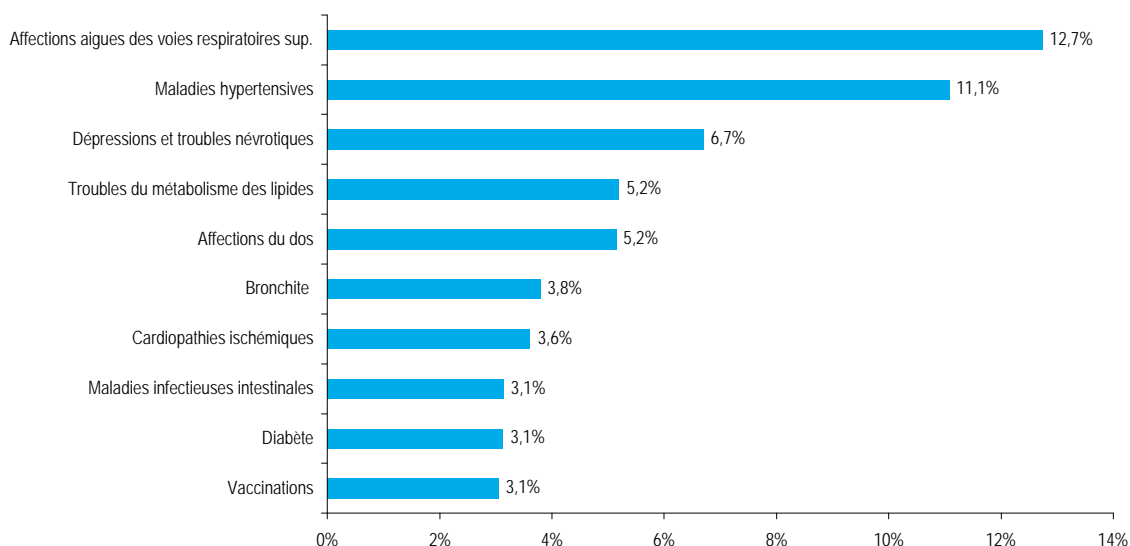


Source : CREDES, données enquête EPPM 1998, IMS-Health

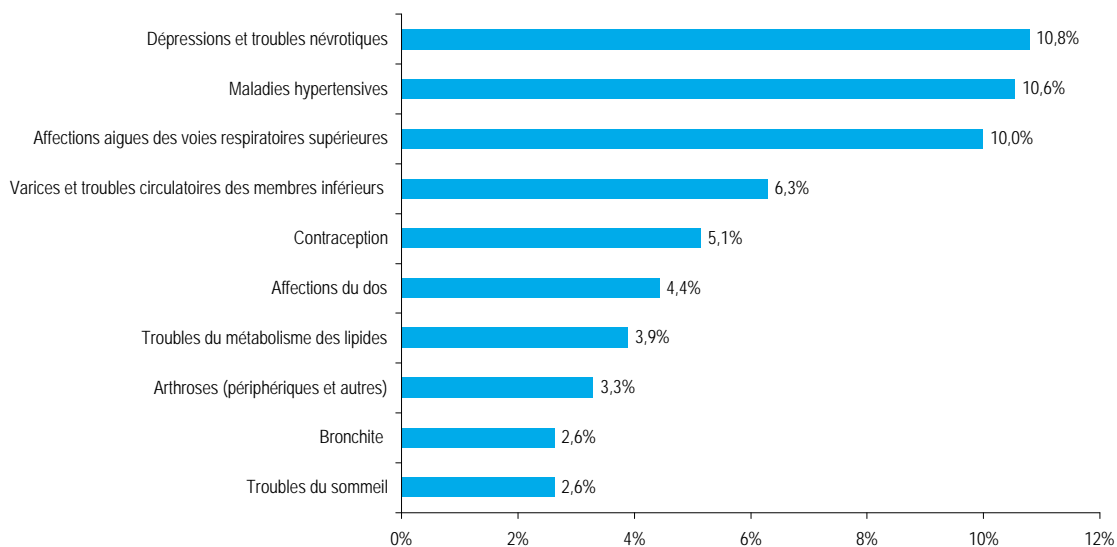
Motifs de recours en médecine de ville en France

Principaux motifs de consultations et visites en France en 1998
(par pathologies détaillées, en pourcentage de séances)

Hommes (nombre d'actes estimé à 8,6 millions par an dans les Pays de la Loire)



Femmes (nombre d'actes estimé à 12,7 millions par an dans les Pays de la Loire)

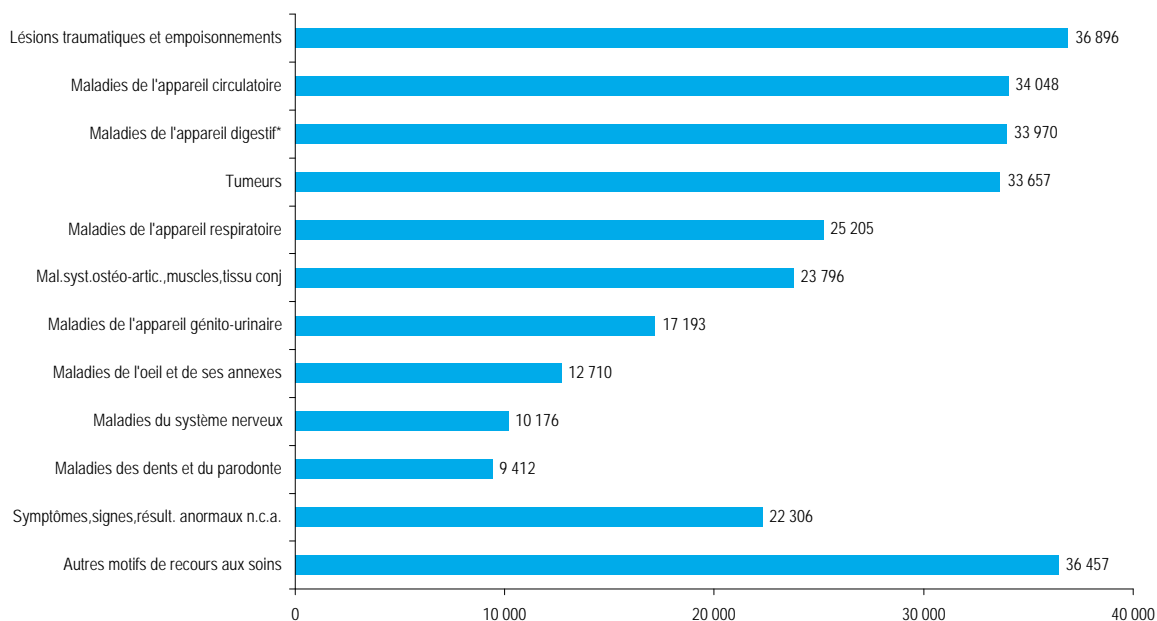


Source : CREDES, données enquête EPPM 1998, IMS-Health

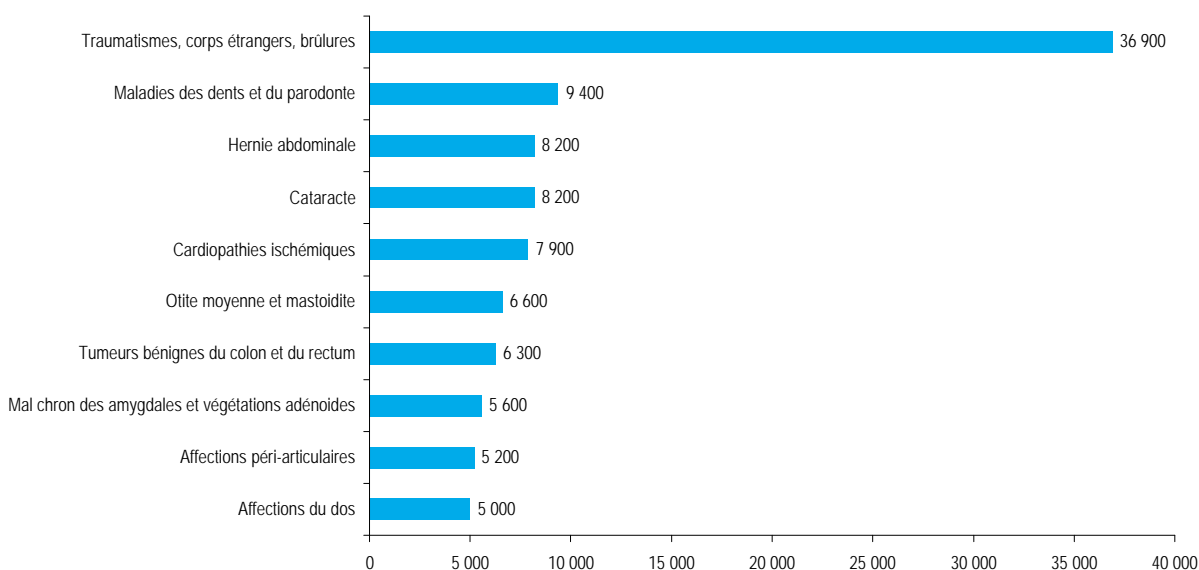
Séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie

Principaux motifs de séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie en 1999 (en nombre de séjours, sur un total de 339 000 séjours)

Par groupes de pathologies



Par pathologies détaillées



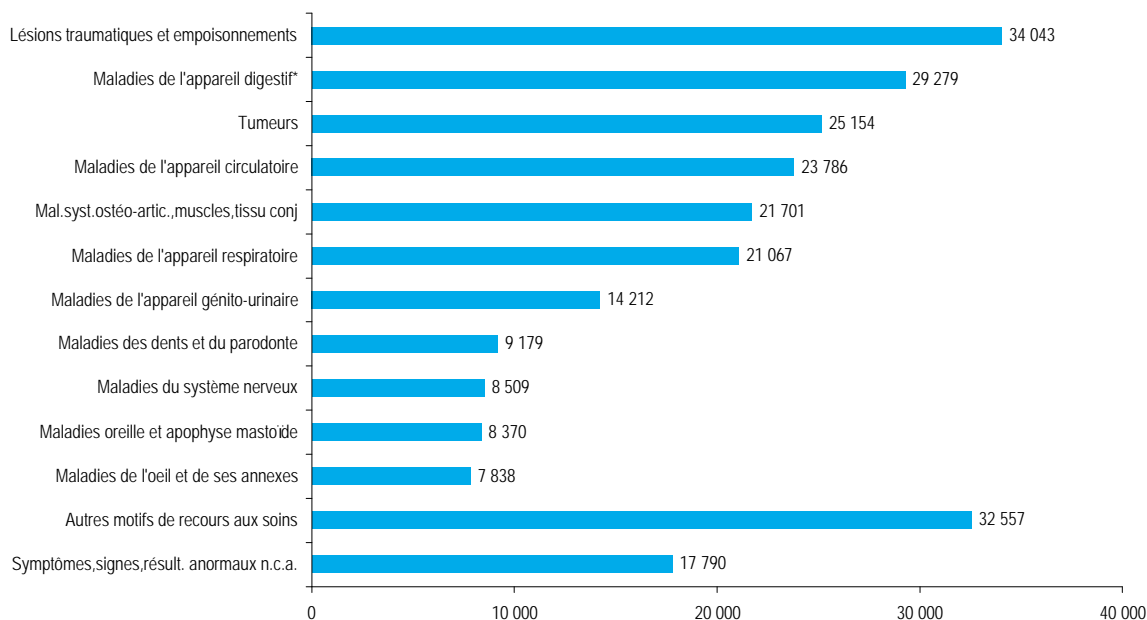
* : hors maladies des dents et du parodonte

Source : PMSI, DREES 1999, données redressées domiciliées

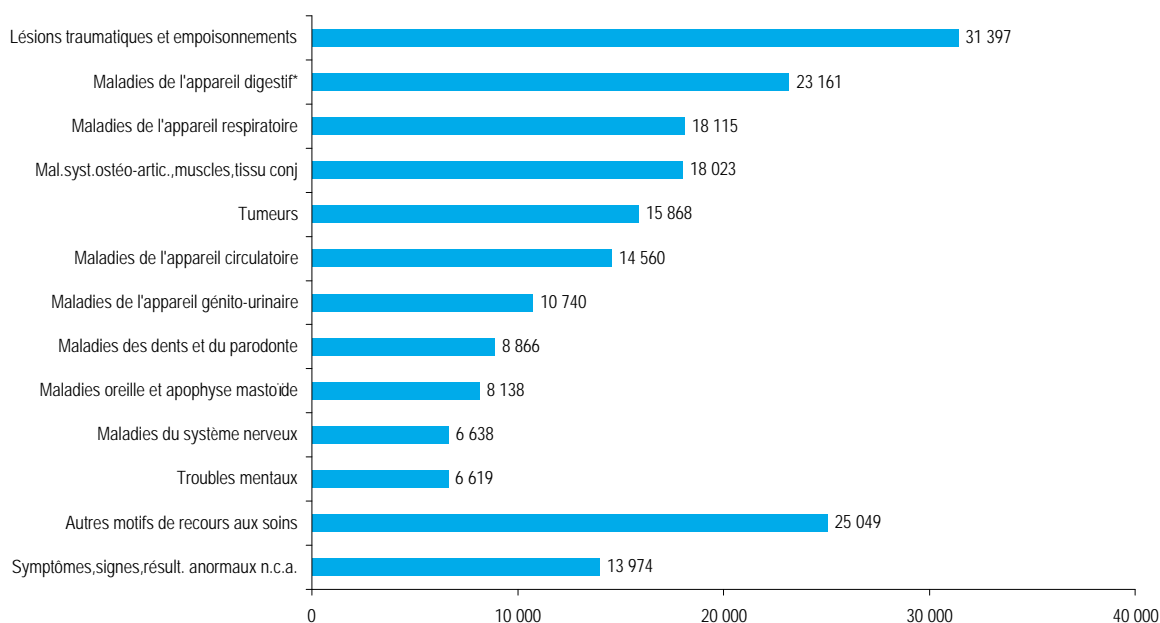
Séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie

Principaux motifs de séjours des hommes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie en 1999 (en nombre de séjours)

Par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans (286 000 séjours)



Par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans (227 000 séjours)



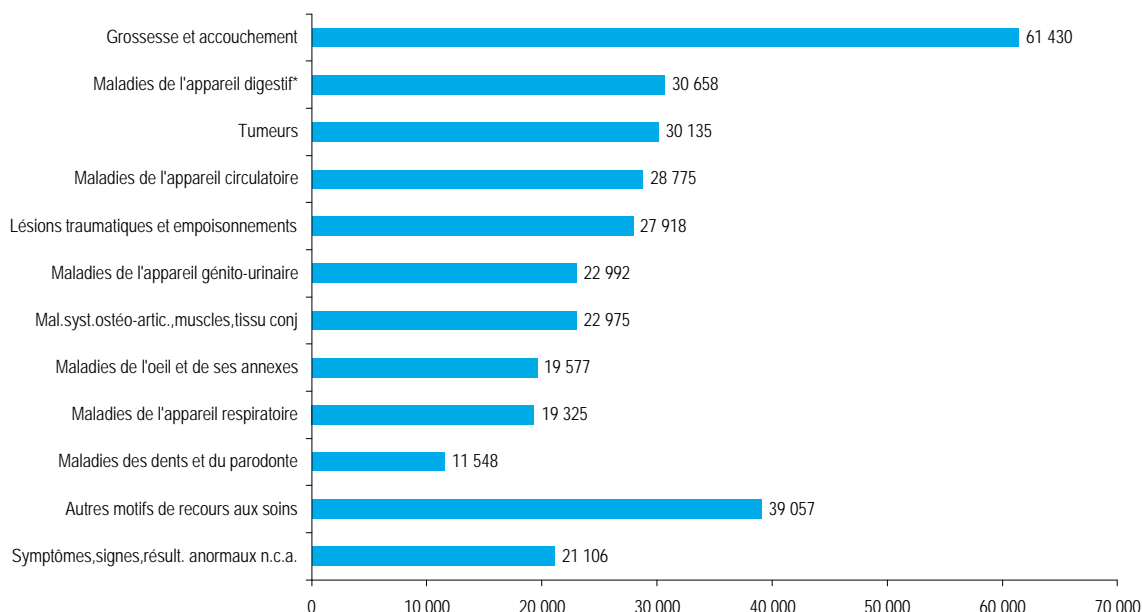
* : hors maladies des dents et du parodonte

Source : PMSI, DREES 1999, données redressées domiciliées

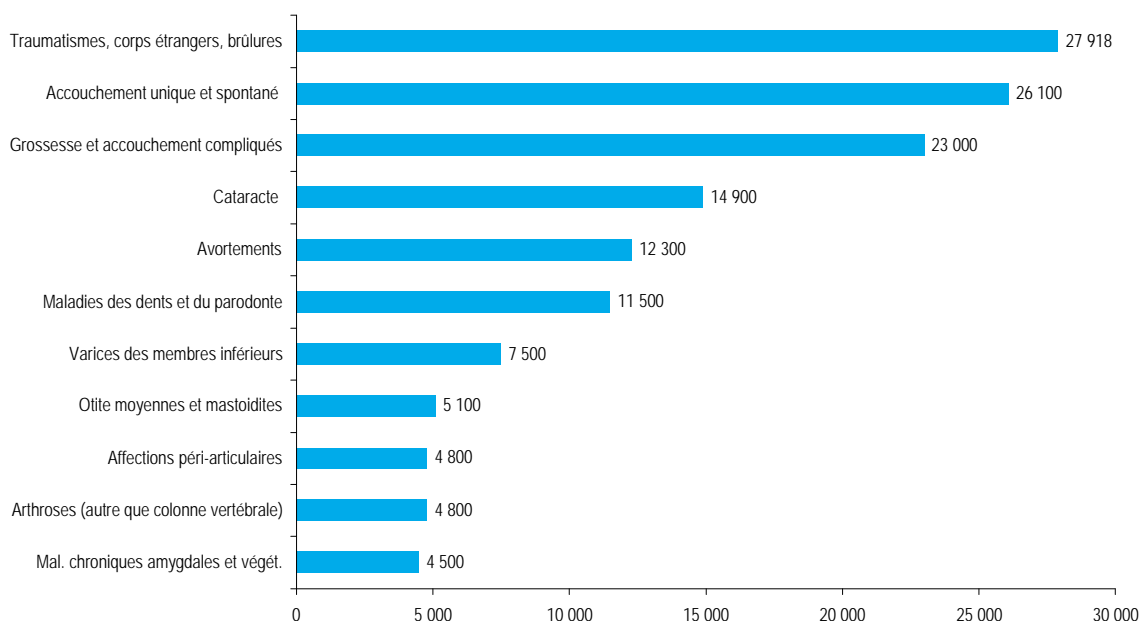
Séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique

Principaux motifs de séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique en 1999 (en nombre de séjours, sur un total de 388 000 séjours)

Par groupes de pathologies



Par pathologies détaillées



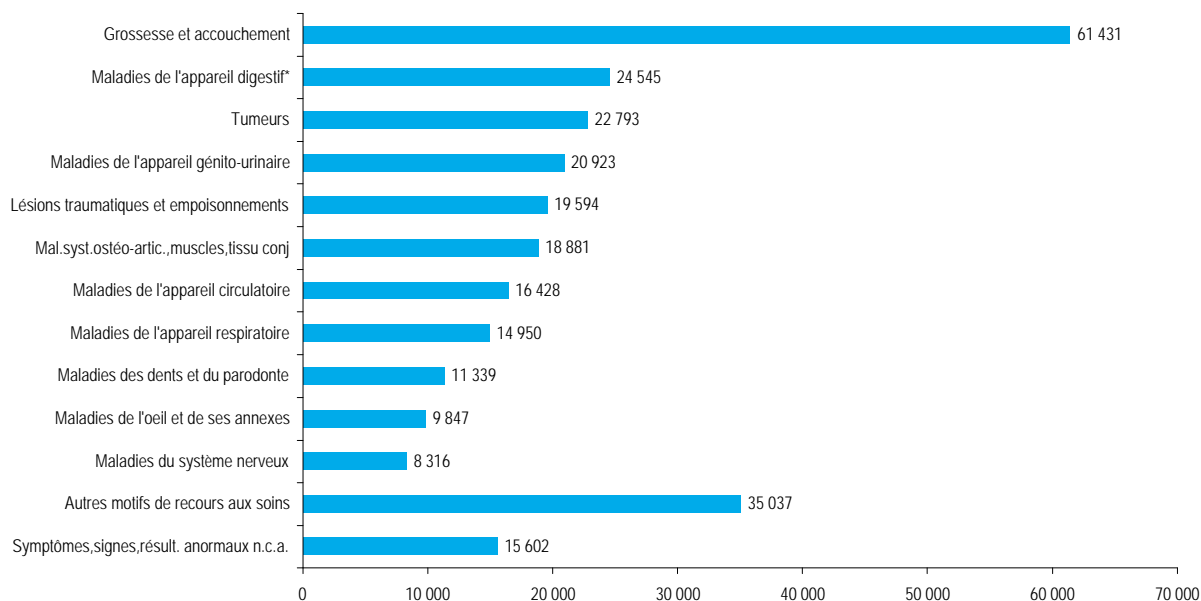
* : hors maladies des dents et du parodonte

Source : PMSI, DREES 1999, données redressées domiciliées

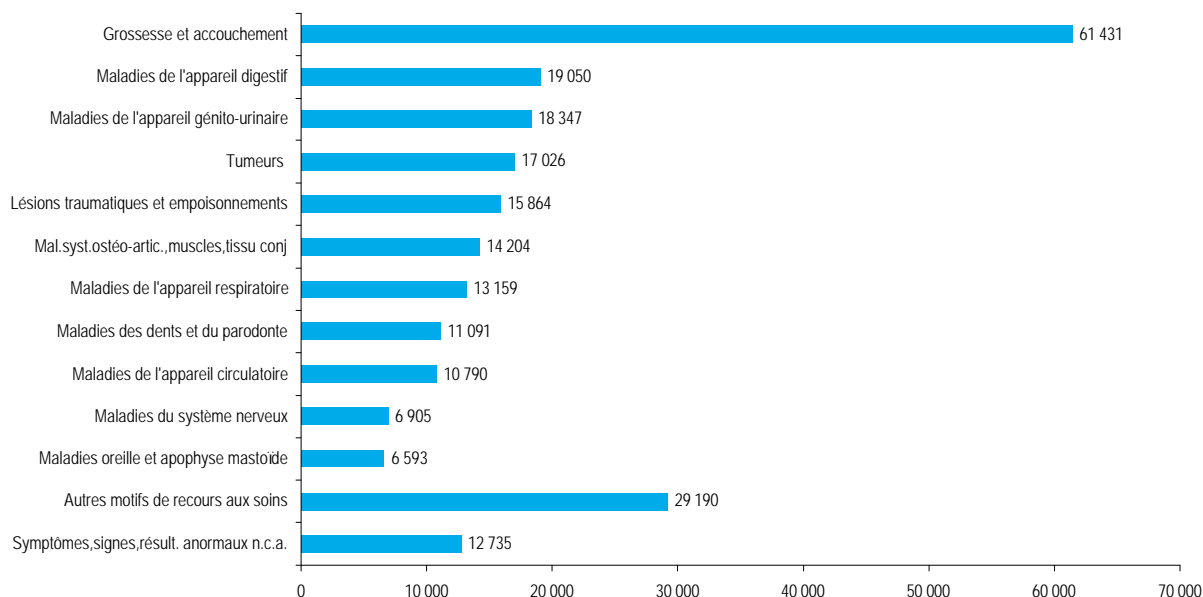
Séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique

Principaux motifs de séjours des femmes des Pays de la Loire dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique en 1999 (en nombre de séjours)

Par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans (317 000 séjours)



Par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans (267 000 séjours)



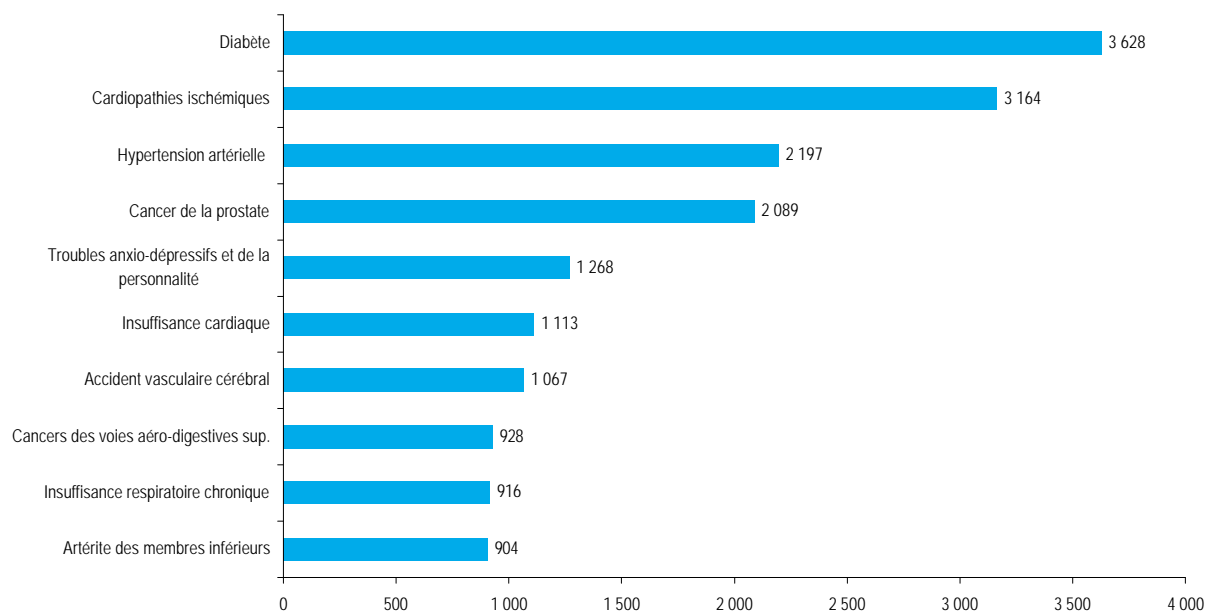
* : hors maladies des dents et du parodonte

Source : PMSI, DREES 1999, données redressées domiciliées

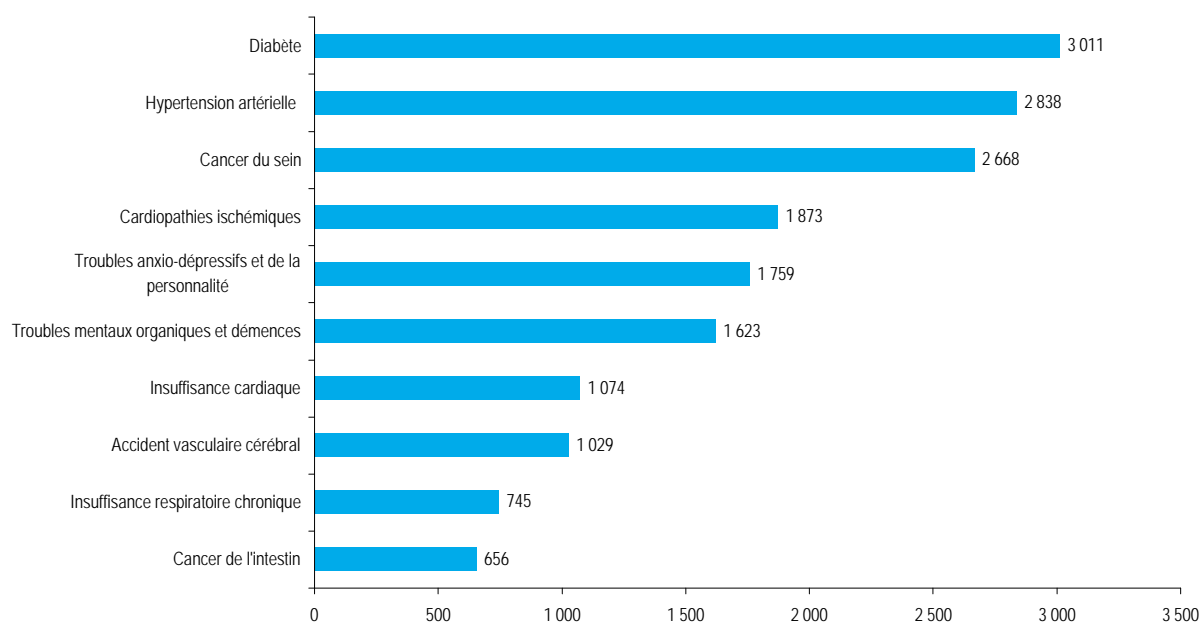
Motifs d'admission en affection de longue durée dans les Pays de la Loire

Principaux motifs d'admission en affection de longue durée dans les Pays de la Loire en 2000 (par pathologies détaillées, en nombre d'admissions)

Hommes (27 800 admissions annuelles)



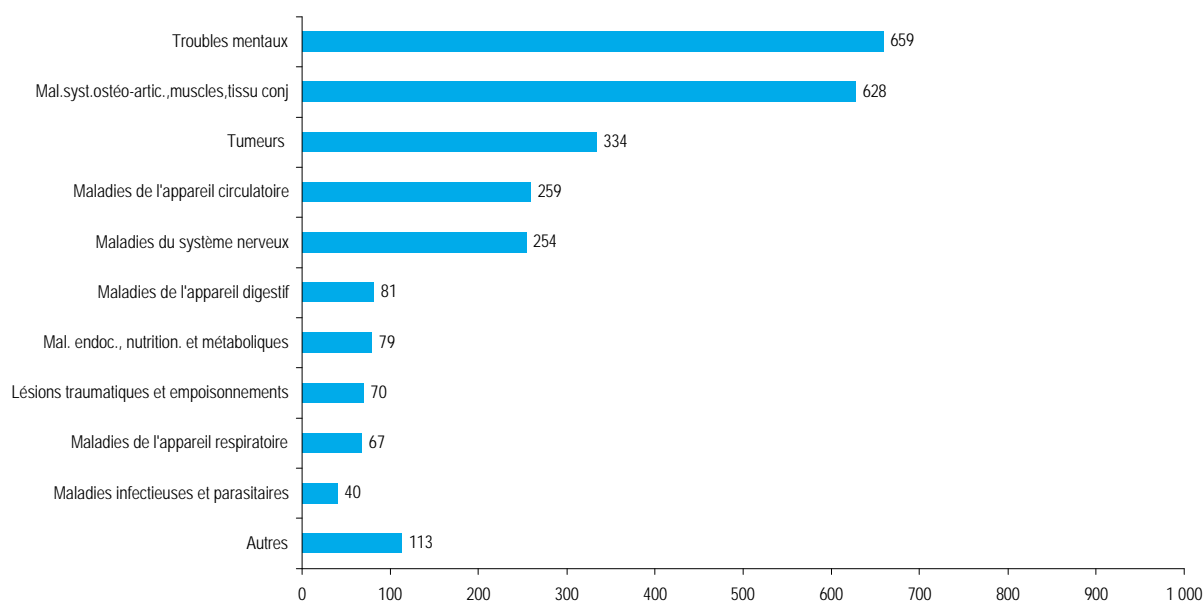
Femmes (25 500 admissions annuelles)



Source : URCAM - service médical, données inter-régimes, 2000

Motifs d'admission en invalidité dans les Pays de la Loire

Principaux motifs d'admission en invalidité dans les Pays de la Loire en 1998 (par groupes de pathologies, en nombre d'admissions sur 2 584 admissions annuelles parmi les bénéficiaires du régime général d'assurance maladie)

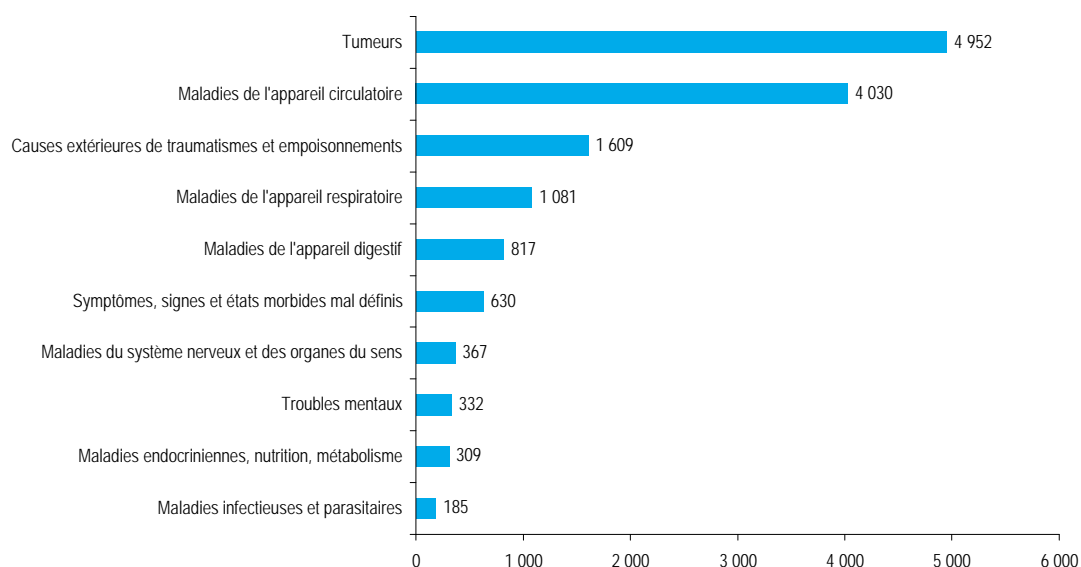


Source : CNAMTS - service médical

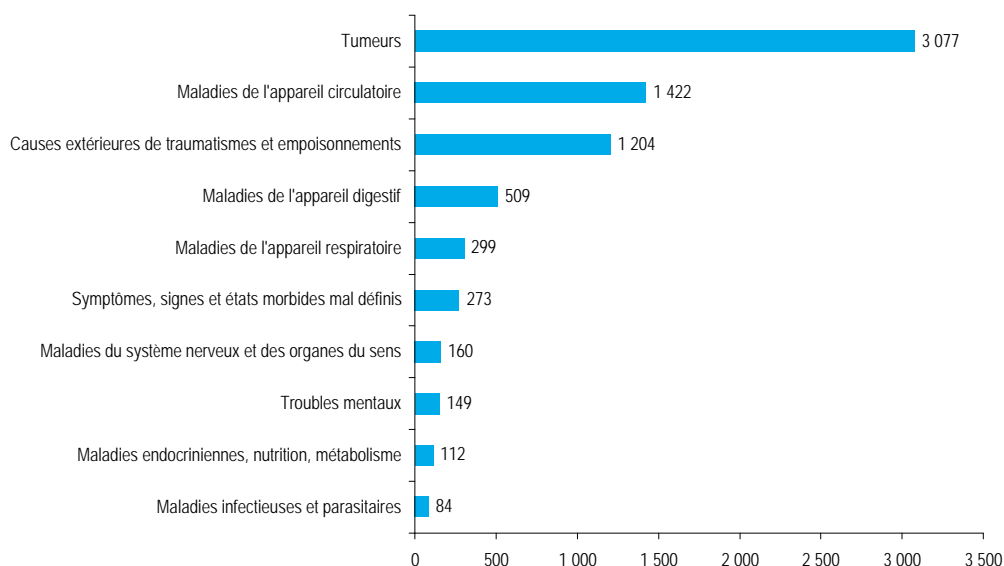
Causes médicales de décès chez les hommes des Pays de la Loire

Principales causes médicales de décès des hommes des Pays de la Loire (en nombre annuel moyen de décès sur la période 1997-99)

Par groupes de pathologies (14 750 décès annuels)



Par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans (7 450 décès annuels)

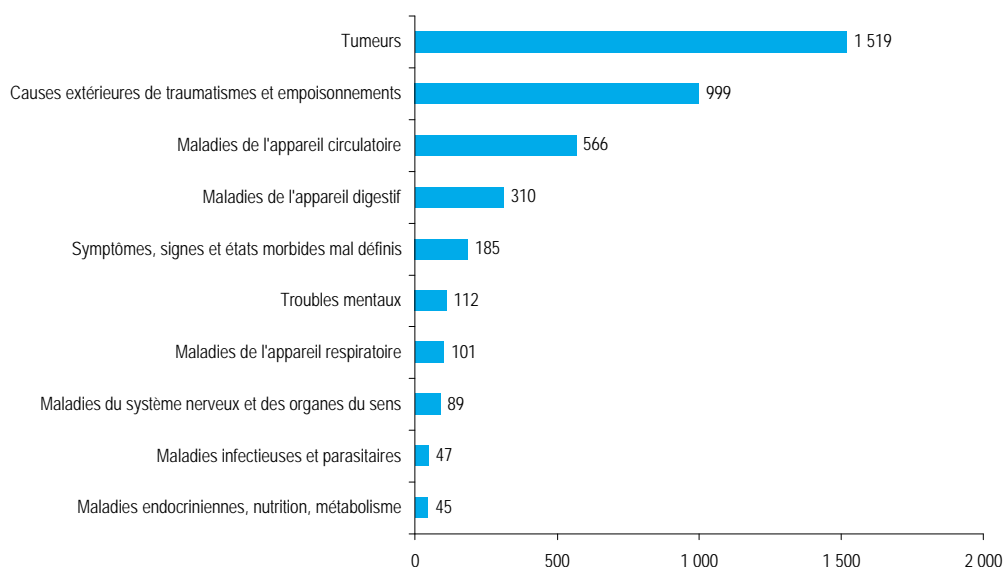


Source : INSERM CépiDC

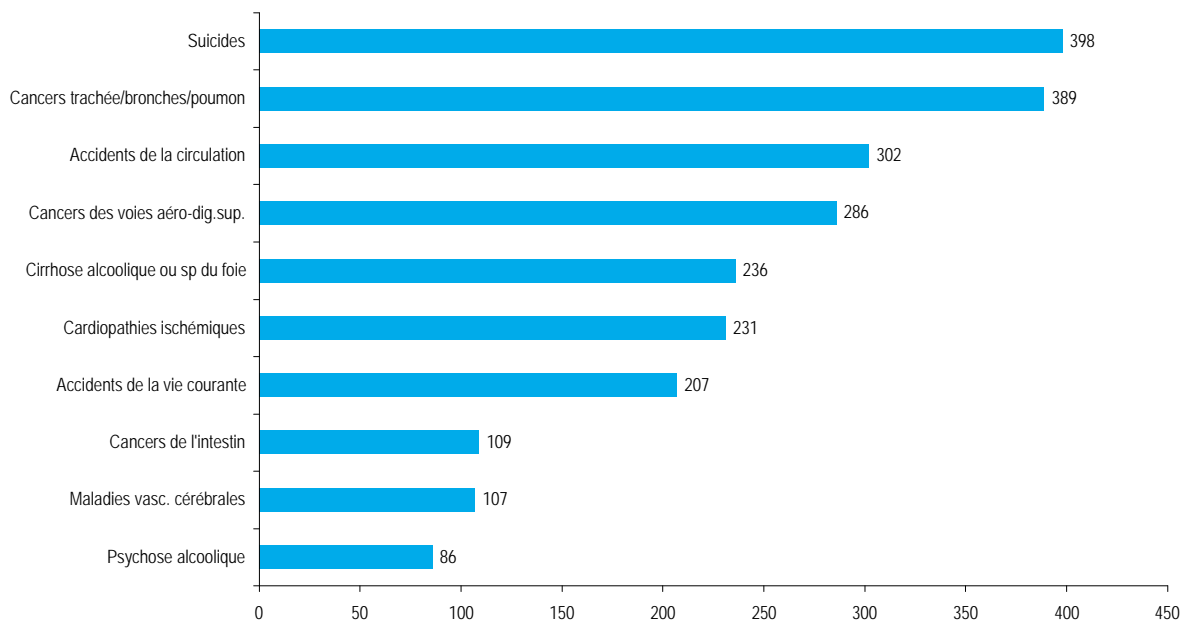
Causes médicales de décès chez les hommes des Pays de la Loire

Principales causes médicales de décès des hommes des Pays de la Loire (en nombre annuel moyen de décès sur la période 1997-99)

Par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans (4 100 décès annuels)



Par pathologies détaillées, chez les moins de 65 ans (4 100 décès annuels)

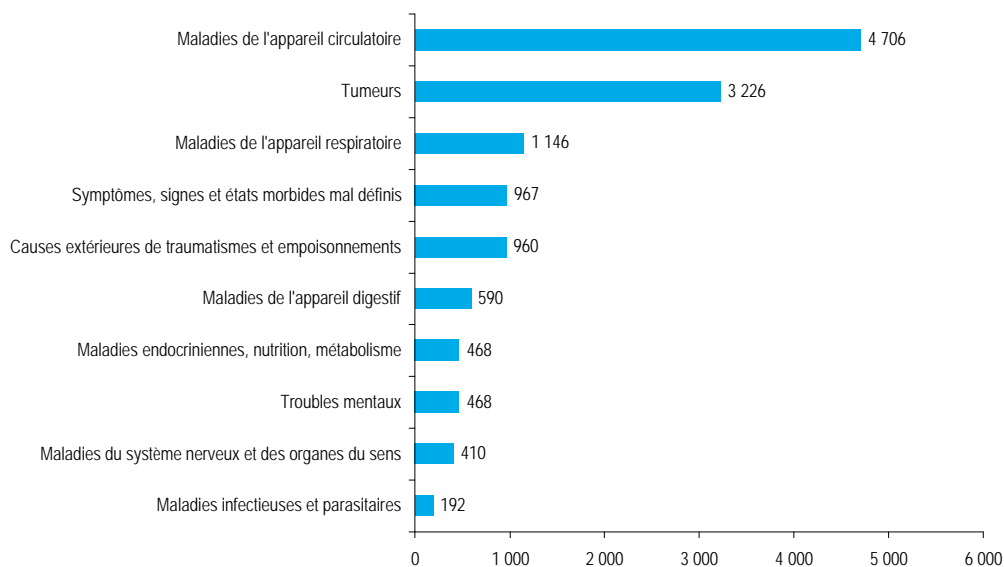


Source : INSERM CépiDC

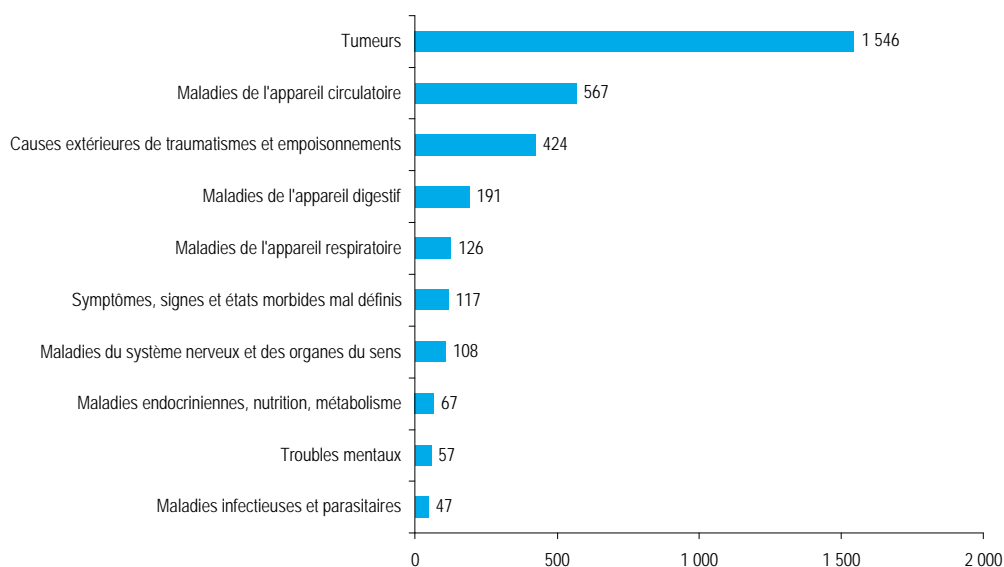
Causes médicales de décès chez les femmes des Pays de la Loire

Principales causes médicales de décès des femmes des Pays de la Loire (en nombre annuel moyen de décès sur la période 1997-99)

Par groupes de pathologies (13 650 décès annuels)



Par groupes de pathologies, chez les moins de 75 ans (3 350 décès annuels)

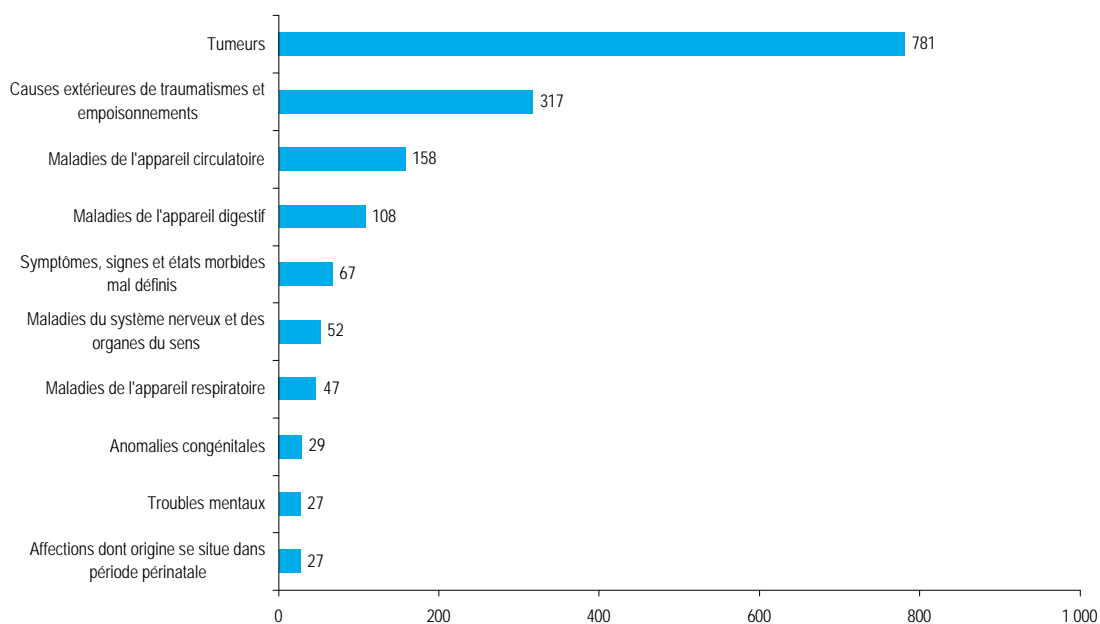


Source : INSERM CépiDC

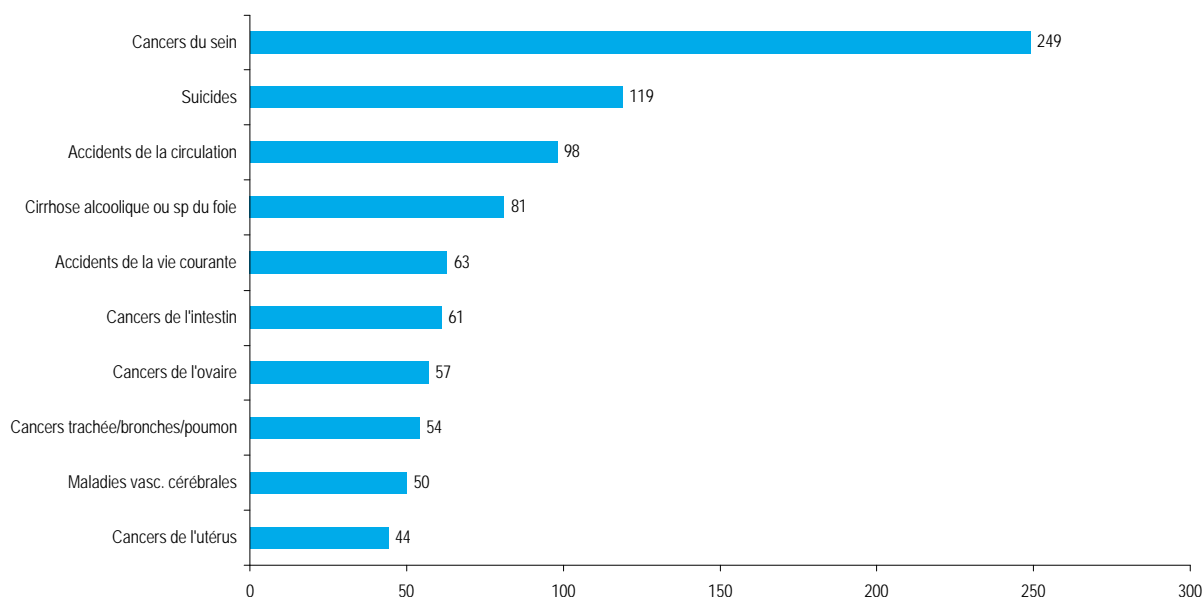
Causes médicales de décès chez les femmes des Pays de la Loire

Principales causes médicales de décès des femmes des Pays de la Loire (en nombre annuel moyen de décès sur la période 1997-99)

Par groupes de pathologies, chez les moins de 65 ans (1 700 décès annuels)



Par pathologies détaillées, chez les moins de 65 ans (1 700 décès annuels)



Source : INSERM CépiDC

Bibliographie

(1) Epidémiologie des cancers

Catherine Hill, François Doyon, Hélène Sancho-Garnier
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997 - 111 p.

(2) La santé observée

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
www.sante-pays-de-la-loire.com

(3) Baromètre santé jeunes. Premiers résultats. Les jeunes de 12 à 25 ans dans les Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, sept. 2000 - 16 p.

(4) Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD 2001

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 - 200 p.

(5) Enquête alcool auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, sept. 2002 - 35 p.

(6) Profils et consommations d'alcool chez les patients hospitalisés

DRASS des Pays de la Loire, Service statistique

"Echos des Stats Pays de la Loire", n° 8, avril 2002 - 4 p.

(7) Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions

Haut comité de la santé publique

Ed. ENSP, 2000 - 275 p. - (Coll. "Avis et Rapports")

(8) La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Pays de la Loire

DRASS des Pays de la Loire, Service statistique

"Echos des Stats Pays de la Loire" - à paraître

(9) La santé en France 2002

Haut comité de la santé publique

Ed. La documentation française, fév. 2002 - 410 p.

(10) ObEpi 2000. Le surpoids et l'obésité en France. Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant

SOFRES, INSERM, Institut Roche de l'obésité, 2001 - 67 p.

(11) Les cancers professionnels

Jean-Claude Pairon, Patrick Brochard, Jean-Paul Le Bourgeois, Pierre Ruffié

Ed. Margaux Orange, 2 tomes, 2000 et 2001 - 688 p. et 580 p.

(12) Statistiques financières et technologiques des accidents du travail. Années 1998-1999-2000

CNAMTS, 2001 - 426 p.

(13) Etat des lieux sur l'épidémiologie et le dépistage du cancer du sein dans les Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, Comité technique régional de cancérologie, décembre 2001 - 15 p.

-
- (14) Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999. Résultats détaillés
Catherine Goillot, Pierre Mormiche
"INSEE Résultats", Société, n° 6, sept. 2002 - INSEE - 258 p.
- (15) Statistiques des risques professionnels 2000
CRAM des Pays de la Loire - 49 p.
- (16) Grands thèmes de la sécurité routière en 2000
Observatoire national interministériel de sécurité routière
Ed. La documentation française, 2001 - 238 p.
- (17) Alcool et accidents : étude de 4 797 cas admis dans 21 hôpitaux français entre 1982 et mars 1983
HCEIA
Ed. La documentation française, 1985
- (18) Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2
Sous la direction de François Baudier, Philippe Guilbert, Arnaud Gautier
CFES, 2001 - 142 p. et 473 p. - (Coll. "Baromètres")
- (19) Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées
P. Dargent-Molina, G. Bréart
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 43, n° 1, 1995 - pp 72-83
- (20) Des comptes de la santé par pathologie. Un prototype sur l'année 1998
Valérie Paris, Thomas Renaud, Catherine Sermet
"Questions d'Economie de la Santé", n° 56, sept. 2002 - CREDES - 8 p.
- (21) Epidémiologie, prise en charge et coût du diabète : les données de l'assurance maladie
CNAMTS, MSA
"Diabetes & Metabolism", vol. 26, suppl. 1, sept. 2000 - 94 p
- (22) Cohorte Gazel. 20 000 volontaires d'EDF-GDF pour la recherche médicale. Bilan 1989-1993
Marcel Goldberg, Annette Leclerc
Ed. INSERM, 1994 - 220 p. - (Coll. "Grandes Enquêtes")
- (23) Programme national de santé publique. Hypertension artérielle sévère exonérée. Résultats de l'enquête sur la prise en charge médicale des malades
CNAMTS, mai 2000 - 69 p. + annexes
- (24) Programme national de santé publique. Prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France en 1999 et 2000
CNAMTS, février 2002 - 18 p.
- (25) La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de syndromes apparentés) et l'aide aux aidants dans trois départements des Pays de la Loire
Marion Gassiot
Institut de santé publique, épidémiologie et développement, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, sept. 2002 - 71 p. + annexes - (Mémoire de maîtrise)

-
- (26) Centre de santé mentale angevin CESAME. Rapport médicalisé d'activité 2001
Département d'information médicale, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, juillet 2002 - 101 p.
- (27) La santé mentale en population générale : images et réalités
J.L. Roelandt, A. Caria, G. Mondière
"L'Information Psychiatrique", vol. 76, n° 3, 2000 - pp. 279-292
- (28) Tableau de bord Mère-Enfant
Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
www.sante-pays-de-la-loire.com
- (29) Bien naître en Pays de la Loire. La naissance dans 3 départements des Pays de la Loire. 1995. Loire Atlantique, Maine et Loire, Vendée. Comparaison avec l'enquête de 1986
Bernard Branger, Jean-Christophe Rozé, Claude Boudierlique, Jean-Pierre Brossier, Georges Boog
CHU de Nantes, DISS de Loire Atlantique, Association pour la recherche en périnatalogie, 1997 - 110 p.
- (30) Enquête périnatale nationale 1998
Béatrice Blondel, Joanna Norton, Christiane du Mazaubrun, Gérard Bréart
INSERM U149, 1999 - 25 p. + tableaux et annexes
- (31) Rapport d'activité du réseau sécurité naissance année 2000
Réseau sécurité naissance dans les Pays de la Loire, 2001 - 67 p.
- (32) Allergies alimentaires : état des lieux et propositions d'orientations
Carine Dubuisson, Sébastien La Vieille, Ambroise Martin
AFSSA, janvier 2002 - 104 p.
- (33) La santé en France. Rapport général - Annexe : travaux des groupes thématiques
Haut comité de la santé publique
Ed. La documentation française, nov. 1994 - 333 p. et 576 p. - (Coll. "Rapport")
- (34) Le handicap se conjugue au pluriel
Pierre Mormiche
"INSEE Première", n° 742, octobre 2000 - INSEE - 4 p.
- (35) Méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'INSEE-Vie quotidienne et santé
Jean-François Ravaud, Alain Letourmy, Isabelle Ville
"Population", vol. 57, n° 3, mai-juin 2002 - INED - pp. 541-566
- (36) Mieux connaître les personnes en situation de handicap
Anne Lebeaupin, Catherine Le Gros
"Etudes", n° 11, déc. 2002 - INSEE Pays de la Loire - 4 p.
- (37) Les inégalités sociales de santé
Sous la direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang
Editions La Découverte/INSERM, 2000 - 448 p. - (Coll. "Recherches")
- (38) Projections médecins 2002-2020. Hypothèse Numerus Clausus 4700 et 1843 postes d'internes
Daniel Sicart
"Document de travail. Série Statistiques", n° 30, fév. 2002 - DREES - 149 p.

(39) Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques.
"Etudes et résultats", n° 114, mai 2001 - DRESS - 8 p.

(40) Mission "Démographie des professions de santé"
Rapport présenté par le Pr Yvon Berland
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, nov. 2002 - 113 p.