

ÉDITION 2003 - 2004

# La santé

observée dans les Pays de la Loire

---



Tableau de bord régional sur la santé



---

L'Observation de la santé de la population, de ses déterminants comportementaux et environnementaux, l'analyse des ressources mobilisées pour l'améliorer, constituent désormais une démarche essentielle au pilotage de notre système de santé. L'ensemble de ses acteurs en convient. La définition des priorités de santé, la gestion des programmes de santé publique, la planification sanitaire comme la régulation médico-économique du système de soins imposent aujourd'hui de se doter d'outils de suivi, de comparaison et de prévisions.

L'observation de la santé est partagée entre de nombreux acteurs. Au plan national, l'Institut de veille sanitaire (InVS) est chargé de l'observation permanente de l'état de santé de la population, et s'appuie au plan local sur un réseau d'acteurs de santé publique. L'assurance maladie, la DREES, l'INSERM, le CREDES, et bien d'autres organismes participent également à l'observation du système de santé et à l'analyse des recours aux soins.

Depuis leur création au début des années 1980, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) ont, quant à eux, fortement contribué à améliorer la connaissance dans les régions, en élaborant et en assurant la maintenance d'une série d'indicateurs standardisés, dans le cadre du projet général "la santé observée", initié par la Direction générale de la santé et coordonné par leur fédération nationale, la FNORS.

Le présent document est le fruit de ces travaux nationaux, mais aussi d'une dynamique régionale qui s'est construite depuis plusieurs années entre les professionnels et les institutions qui recueillent, gèrent, exploitent ou valorisent les différentes données de santé, avec le soutien constant de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et du Conseil régional.

Cette édition ne prétend pas à l'exhaustivité. Un certain nombre de pathologies et de déterminants, notamment environnementaux, n'y sont pas encore intégrés. Les éditions ultérieures permettront de combler progressivement ces manques. Ainsi pourront, dans notre région, mieux s'organiser la prévention, et progresser la santé.

Dr Denis Leguay, Président de  
l'Observatoire régional de la santé  
des Pays de la Loire

L'observation  
de la santé de  
la population  
est devenue  
une démarche  
essentielle au  
pilotage de  
notre système  
de santé



Ce document a été conçu et réalisé par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, en partenariat avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Une cinquantaine d'experts régionaux et nationaux ont assuré sa validation. Sa réalisation a été financée de manière conjointe par le ministère chargé de la santé (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), et par le Conseil régional des Pays de la Loire.

Ce tableau de bord a été réalisé par l'ORS sous la direction du Dr Anne Tallec, directrice de l'Observatoire et rapporteur général du Haut comité de la santé publique, et de François Tuffreau, directeur-adjoint, par :

Hélène Abbey	Sandrine Gallou	Françoise Lelièvre
Isabelle Bouhier	Laurence Girard	Dr Nicolas Mauduit
Marie-Christine Bournot	Marie-Cécile Goupil	Marie-Sylvie Sander
Arnaud Crépin	Brigitte Klok	

L'URCAM des Pays de la Loire et la Direction régionale du service médical (DRSM) de l'assurance maladie ont apporté une contribution active à sa réalisation, notamment grâce à : Dr Gilles Basset, Béatrice Bonnaval, Olivier Busson, Florence Savary.

Cette étude a bénéficié des relectures critiques et des suggestions de très nombreux professionnels :

Nathalie Bajos, Inserm-Ined U569, Kremlin-Bicêtre	Pascal Donny, DRSM	Dr Florence Molinié, Registre des cancers Loire-Atlantique-Vendée
Dr Paolo Bercelli, CHD La Roche-sur-Yon	Pr Brigitte Dréno, CHU Nantes	Marie-Claude Mouquet, DREES
Pr Gilles Berrut, CHU Angers	Pr Jacques Dubin, CHU Angers	Pr Guy Nicolas, DHOS
Pr Jean-Claude Bigorgne, CHU Angers	Pr Jean-Paul Galmiche, CHU Nantes	Catherine Ogé, DRASS
Dr Philippe Bourrier, CH Le Mans	Dr Patrick Gasser, UPML	Dr Antoine Perrin, CH Le Mans
Pr Jean Boyer, CHU Angers	Dominique Gilard, Nantes	Pr Alain Pechereau, CHU Nantes
Dr Emmanuel Branthomme, Ordre des médecins, Vendée	Patrice Gillaizeau, URCAM	Dr Georges Picherot, CHU Nantes
Charles Caro, CRAM	Pr Jean-Louis Ginies, CHU Angers	Laurence Platel, Nantes
Françoise Cazein, InVS	Dr Pierre Göttle, DRSM	Dr Catherine Le Gouhir, DRASS
Pr Edmond Chailleux, CHU Nantes	Valérie Guénot, DRASS	Pr Patrick Ritz, CHU Angers
Denis Chaleil, CH Laval	Olivier Jean, DRASS	Pr Olivier Rodat, CHU Nantes
Dr Anicet Chaslerie, DRSM	Eric Jouglu, INSERM CépiDc	Pr Jean-Christophe Rozé, CHU Nantes
Dr Dominique Chomard, SYFMER	Dr Paul Kirizé-Topor, Beaupréau	Arlette Serand, CRAM Nantes
Magali Coldefy, DREES	Pr Michel Krempf, CHU Nantes	Daniel Sicart, DREES
Pr Régis Coutant, CHU Angers	Dr Patrick Lamour, CREDEPS	Monique Tournadre, Rectorat Nantes
Dr Valérie David, CHU Nantes	Dr Denis Leguay, Président de l'ORS	Pierre-Yves Tréhin, CRAM
Marie-Bernadette Denise, DRASS	Pr Pierre Lombrail, CHU Nantes	Dr Alain Weil, CNAMTS
Pr Philippe Descamps, CHU Angers	Dr Yves Lequeux, ANAES	Pr Jean-Luc Vénisse, CHU Nantes
Jacques Desfontaine, Nantes	Pr Bernard Le Mével, CRLC Nantes	Dr Xavier Zanlonghi, Nantes
	Viviane Massinon, DRASS	
	Dr Christiane Michalewicz, Rectorat Nantes	

---

**Maquette de couverture** Caféine - Tél : 02 40 20 15 83  
**Imprimerie** Offset Cinq Edition - Tél : 02 51 94 79 14

**Signes conventionnels utilisés**  
nd non disponible  
/// sans signification

# SOMMAIRE

---

## DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

<b>1. Démographie</b>	1.1 Population	8
	1.2 Projections de population, et vieillissement	10
	1.3 Natalité, fécondité	12
	1.4 Mortalité	14
<b>2. Economie, emploi</b>	2. Economie, emploi	16
<b>3. Pauvreté, précarité</b>	3. Pauvreté, précarité	18

## ETAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

<b>4. Vues d'ensemble</b>	4.1 Causes médicales de décès	22
	4.2 Mortalité prématurée	24
	4.3 Affections de longue durée (ALD)	26
	4.4 Diagnostics d'hospitalisation	28
<b>5. Santé des populations</b>	5.1 La santé des enfants de moins d'un an	30
	5.2 La santé des enfants de 1 à 14 ans	32
	5.3 La santé des personnes de 15 à 44 ans	34
	5.4 La santé des personnes de 45 à 74 ans	36
	5.5 La santé des personnes de 75 ans et plus	38
<b>6. Disparités de santé</b>	6. Disparités de santé	40

## PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES

<b>7. Maladies infectieuses</b>	7.1 Infection à VIH et sida	44
	7.2 Tuberculose	46
<b>8. Cancers</b>	8. Cancers	48
	8.1 Cancer du côlon-rectum	50
	8.2 Cancer du poumon	52
	8.3 Cancer du sein	54
	8.4 Cancer de l'utérus	56
	8.5 Cancer de la prostate	58
	8.6 Mélanome	60
<b>9. Maladies endocriniennes</b>	9.1 Diabète	62
	9.2 Surpoids et obésité	64
<b>10. Troubles mentaux</b>	10. Troubles mentaux	66
	10.1 Maladie d'Alzheimer	68
<b>11. Maladies oculaires</b>	11. Maladies oculaires	70
<b>12. Maladies de l'appareil circulatoire</b>	12. Maladies de l'appareil circulatoire	72
	12.1 Cardiopathies ischémiques	74
	12.2 Maladies vasculaires cérébrales	76
<b>13. Maladies de l'appareil respiratoire</b>	13. Maladies de l'appareil respiratoire	78
	13.1 Asthme	80
<b>14. Maladies de l'appareil digestif</b>	14. Maladies de l'appareil digestif	82
<b>15. Grossesse, accouchement</b>	15. Grossesse, accouchement	84

<b>COMPORTEMENTS, ENVIRONNEMENTS</b>		
<b>16. Conduites addictives</b>	16.1 Consommation excessive d'alcool	88
	16.2 Tabagisme	90
	16.3 Usage de drogues illicites	92
<b>17. Vie sexuelle</b>	17. Vie sexuelle	94
<b>18. Santé et travail</b>	18.1 Accidents du travail et maladies professionnelles	96
	18.2 Exposition à l'amiante	98
<b>19. Accidents</b>	19. Accidents	100
	19.1 Accidents de la circulation	102
<b>20. Suicide</b>	20. Suicide	104
<b>SOINS ET PRÉVENTION</b>		
<b>21. Professionnels de santé</b>	21. Professionnels de santé	108
	21.1 Médecins	110
	21.2 Omnipraticiens libéraux	112
	21.3 Médecins spécialistes	114
	21.4 Chirurgiens-dentistes	116
	21.5 Pharmaciens et biologistes	118
	21.6 Sages-femmes	120
	21.7 Professionnels de la rééducation	122
	21.8 Infirmiers	124
<b>22. Etablissements de santé</b>	22. Etablissements de santé	126
	22.1 Soins en médecine	128
	22.2 Soins chirurgicaux	130
	22.3 Soins en gynécologie-obstétrique	132
	22.4 Soins de suite et de réadaptation	134
	22.5 Soins en psychiatrie	136
	22.6 Personnels des établissements de santé	138
	22.7 Urgences hospitalières	140
<b>23. Consommation de soins</b>	23. Consommation de soins	142
	23.1 Couverture sociale, couverture maladie universelle	144
	23.2 Soins hospitaliers en services de médecine-chirurgie-obstétrique	146
	23.3 Soins ambulatoires	148
	23.4 Médicaments	150
	23.5 Médicaments psychotropes	152
<b>24. Aides et soins aux personnes âgées</b>	24.1 Aides à l'autonomie	154
	24.2 Structures d'hébergement et de soins	156
<b>25. Aides et soins aux personnes handicapées</b>	25.1 Enfants handicapés	158
	25.2 Adultes handicapés	160
<b>26. Services de prévention</b>	26.1 Santé au travail	162
	26.2 Promotion de la santé en faveur des élèves	164
	<b>Repères bibliographiques et sources</b>	166
	<b>Adresses utiles</b>	185
	<b>Carte des Pays de la Loire</b>	188





# DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

---

1.

# 1 DÉMOGRAPHIE

## Contexte national

Depuis 1945, la population de la France métropolitaine a augmenté de près de 50 %. Au cours de cette période, notre pays a connu en réalité deux régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité et un solde migratoire important jusqu'en 1973 ; depuis, une fécondité nettement plus basse et un solde migratoire beaucoup plus faible provoquant une réduction de moitié de la croissance démographique.

Au 1er janvier 2002, la France compte 61 millions d'habitants, 59,3 millions en métropole et 1,7 million dans les départements d'outre-mer. Notre pays se situe au deuxième rang des pays de l'Union européenne après l'Allemagne (82 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni. La France représente 16 % de la population de l'Union (380 millions d'habitants). En 2004, après intégration de dix nouveaux pays, l'Europe représentera un poids démographique de 455 millions d'habitants contre 279 millions pour les États-Unis, et 145 millions pour la Fédération de Russie.

L'augmentation de la population française en 2002 par rapport à 2001 s'explique à 78 % par l'accroissement naturel et à 22 % par le solde migratoire. La France est après l'Irlande le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel, tandis qu'en Allemagne, en Grèce et en Suède, les décès sont plus nombreux que les naissances. Les trois pays qui bénéficient du plus fort mouvement migratoire sont l'Irlande, le Portugal et le Luxembourg.

Au sein de la population française, la part de la population urbaine est croissante : trois personnes sur quatre vivent en ville (1999). Une caractéristique de la France au sein de l'Union européenne est le grand nombre de communes qui maillent son territoire (36 600) : 84 % d'entre elles sont des communes rurales qui représentent moins du quart de la population. Mais les pouvoirs publics encouragent les communes à se regrouper au sein de structures intercommunales, dont les compétences s'élargissent progressivement à tous les domaines de la vie sociale.

Les tendances générales observées depuis vingt ans se confirment, avec une baisse du poids des moins de vingt ans et une progression du groupe d'âge des plus de 60 ans. En 2001, les moins de 20 ans représentent le quart de la population française contre près du tiers en 1962. Ce pourcentage est un peu plus élevé en France métropolitaine que dans l'ensemble de l'Union européenne (23,1 %). L'Irlande reste le pays d'Europe qui a la plus forte proportion de moins de vingt ans (31,4 %).

Les personnes en âge d'activité (de 20 à 59 ans) représentent en 2001 un peu plus de la moitié de la population métropolitaine (54 %), et leur effectif est en légère augmentation par rapport à 1990.

La proportion des personnes de 60 ans ou plus est restée relativement stable, de 19,5 % en 1992 à 20,6 % en 2001. Selon Eurostat, la France se situe dans la moyenne de l'Union européenne (21,4 % de la population européenne sont âgés de 60 ans ou plus). C'est en Irlande que cette proportion est la plus faible (15,2 %) et en Italie qu'elle est la plus élevée (23,5 %).

Au recensement de 1999, environ 3,2 millions de personnes de nationalité étrangère vivaient en France métropolitaine, soit 5,6 % de la population. Leur effectif apparaît en baisse par rapport à 1990 (3,6 millions). Parmi elles, 37 % sont originaires d'un pays de l'Union européenne.

*Bibliographie page 166*

## Dans les Pays de la Loire

- Au 1er janvier 2001, les Pays de la Loire comptent 3,3 millions d'habitants, figurant ainsi au 5ème rang des régions françaises les plus peuplées.
- La population des Pays de la Loire a progressé chaque année de 0,59 % entre 1990 et 1999, ce qui représente le 5ème taux d'accroissement annuel le plus élevé (contre le neuvième entre 1982 et 1990). Ce gain de population est dû à 65 % au solde naturel et à 35 % au solde migratoire. Des différences notables sont observées entre les départements : la Loire-Atlantique et la Vendée ont le plus fort taux d'accroissement (respectivement 0,83 % et 0,64 %). En Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe, départs et arrivées de nouveaux habitants s'équilibrent.
- Cette croissance de population bénéficie essentiellement aux villes, où près de deux ligériens sur trois habitent dorénavant. Mais, la part de la population urbaine reste inférieure à la moyenne nationale (- 13 %). La Mayenne et la Vendée ont toujours une importante population rurale, qui représente respectivement 51 % et 47 % de leur population totale.
- L'effectif des plus de 60 ans est passé de 603 900 en 1990 à 689 500 personnes en 2001 (+ 14 %). Ce groupe d'âge représente 21 % de la population. L'indice de vieillissement des Pays de la Loire (63 %) est le treizième parmi les régions françaises (par ordre décroissant). A l'intérieur de la région, la Vendée a un indice nettement plus élevé que les autres départements (78 %).

**1 POPULATION DES PAYS DE L'UNION EUROPEENNE**  
(01/01/2002)

	Effectif	% moins de 20 ans	% plus de 60 ans
Allemagne	82 440	20,9	24,1
France	61 075	25,5	20,6
Royaume-Uni	60 114	25,7	20,4
Italie	58 018	20*	23,5*
Espagne	40 409	20,5	21,7
Autres pays	77 912	nd	nd
Union européenne	379 968	23,1*	21,4*

Source : INSEE (la situation démographique en 2001)  
\* année 1999  
population en milliers

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**  
par ordre décroissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Population	01/01/2001	3 267 484	5ème
Taux d'accroissement annuel de la population	1990-1999	+ 0,59 %	5ème
Part moins de 20 ans	01/01/2001	26,1 %	6ème
Indice de vieillissement	01/01/2001	63,4 %	13ème
% population urbaine	1999	65,4 %	13ème
Proportion d'étrangers	1999	1,3 %	21ème

Source : INSEE (RP99, estimations de population, Omphale)  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

**2 REPARTITION DE LA POPULATION URBAINE ET RURALE**  
**NOMBRE DE COMMUNES**

Pays de la Loire, France (1999)

	France	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb de com. urbaines	5 954	266	70	68	21	58	49
% Population urbaine	75,5 %	65,4 %	76,7 %	64,9 %	49,1 %	62,8 %	53,1 %
Nb de com. rurales	30 611	1 238	151	296	240	317	234
Nbre total communes	36 565	1 504	221	364	261	375	283

Source : INSEE (recensement de la population)

**5 EVOLUTIONS DE LA POPULATION**  
Pays de la Loire (1990 - 1999)

Taux d'accroissement annuel	Evol. 90-99	Accrois. naturel*	Solde migratoire*	Evol. 82-90
Loire-Atlantique	0,83	0,44	0,39	0,69 %
Maine-et-Loire	0,42	0,46	-0,04	0,55 %
Mayenne	0,29	0,35	-0,06	0,28 %
Sarthe	0,35	0,31	0,03	0,22 %
Vendée	0,64	0,16	0,49	0,67 %
Pays de la Loire	0,59	nd	nd	0,54 %

Source : INSEE (recensements de la population)  
\* 1990-1999

**3 REPARTITION PAR AGE DE LA POPULATION**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
0-19 ans	15 002 853	854 347	306 672	201 479	75 889	136 495	133 812
20-39 ans	16 414 861	889 821	327 652	206 637	75 427	141 854	138 251
40-59 ans	15 439 241	833 835	299 926	184 058	71 740	136 665	141 446
60 et plus	12 181 504	689 481	222 003	148 674	65 228	119 788	133 788
Hommes	28 678 067	1 594 740	560 243	360 888	142 578	261 663	269 368
Femmes	30 360 392	1 672 744	596 010	379 960	145 706	273 139	277 929
<b>Ensemble</b>	<b>59 038 459</b>	<b>3 267 484</b>	<b>1 156 253</b>	<b>740 848</b>	<b>288 284</b>	<b>534 802</b>	<b>547 297</b>
Indice de vieillissement	63 %	63 %	56 %	58 %	68 %	69 %	78 %
Population moins de 6 ans	4 374 033	247 737	89 408	57 514	22 748	40 068	37 999
Population des 6 à 16 ans	8 262 430	467 238	166 693	108 621	41 823	75 456	74 645
Jeunes de 18 à 25 ans	6 107 654	349 448	131 742	88 496	27 415	51 791	50 004
Femmes de 15 à 49 ans	14 385 105	780 694	286 780	182 170	64 910	124 443	122 391

Source : INSEE (estimations de la population)

**6 EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES DIFFERENTS GROUPES D'AGE**  
Pays de la Loire (1992 - 2001)

	1992	2001	Evolution
0-14 ans	654 330	625 961	-4,3%
15-44	1 374 173	1 350 226	-1,7%
45-74	862 473	1 041 859	20,8%
75 et plus	199 249	249 438	25,2%
Total	3 090 225	3 267 484	5,7%

Source : INSEE (estimations de population)

**DEFINITIONS**

**Indice de vieillissement** : nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

**Commune urbaine** : une commune urbaine est une commune qui appartient à une unité urbaine, celle-ci étant définie comme un ensemble d'habitations présentant entre elles une continuité et comportant au moins 2 000 habitants.

**Commune rurale** : commune n'appartenant pas à une unité urbaine.

**Accroissement naturel** : l'accroissement (ou l'excédent) naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.

**Solde migratoire** : différence entre la variation de population et l'excédent naturel.

# 1 DÉMOGRAPHIE

## Contexte national

Au cours d'une année donnée, la population évolue en fonction du nombre de naissances, du nombre de décès et des échanges migratoires. Les projections démographiques sont effectuées à partir d'hypothèses de fécondité, de mortalité et de solde migratoire, et contiennent donc une part importante d'incertitude. Pour évaluer l'importance du vieillissement, l'incertitude est cependant plus réduite, les personnes âgées de soixante ou plus ans en 2030 étant déjà nées.

Selon l'INSEE, quelles que soient les hypothèses formulées sur la mortalité, la fécondité et les migrations, la population française va continuer à vieillir au cours des trente prochaines années. Entre 2000 et 2030, l'effectif de la population métropolitaine augmentera, passant de 58,7 à 63,9 millions d'habitants, + 8,8 %. Mais cette croissance démographique concerne surtout les régions situées au sud de la France, alors qu'une baisse de population est attendue dans un grand quart nord-est du pays.

Le bouleversement le plus important provient en réalité de l'arrivée des nombreuses générations nées au cours des années 1945-1965, qui atteindront l'âge de soixante ans à partir de 2005, et 85 ans en 2030. Selon les prévisions de l'INSEE, l'effectif des soixante ans ou plus augmentera de 64 % et atteindra 20 millions de personnes : ce groupe d'âge représentera 31 % de la population contre 20,6 % en 2000. L'augmentation sera encore plus forte dans le haut de la pyramide des âges : l'effectif des 75 ans et plus va doubler d'ici 2030, de 4,2 à 8,3 millions de personnes. Même évolution attendue pour les 85 ans et plus, avec 2,4 millions de personnes en 2030 contre 1,2 million aujourd'hui. Toutefois, cette croissance ne sera pas continue. Ainsi, l'effectif des plus de 85 ans diminue actuellement depuis l'arrivée dans leur 85<sup>ème</sup> année des classes creuses nées entre 1915-1919, tendance qui va se poursuivre jusqu'en 2005.

Les conséquences de cette véritable transition démographique ne seront pas uniformes sur le territoire français, le contraste entre les régions extrêmes (sur le plan du vieillissement), étant susceptible de s'accroître. La part des habitants de plus de soixante ans varierait selon les régions, de 23 % en Ile-de-France, à 40 % en Limousin. Les départements peu urbanisés du centre de la France, du Massif central et de Midi-Pyrénées sont ceux qui vieilliront le plus, et le département du Cantal serait le plus âgé, avec près de la moitié de la population âgée de 60 ans ou plus. En revanche, l'Ile-de-France, qui se caractérise par une forte attraction des étudiants et des jeunes actifs mais aussi par des départs massifs au moment de la retraite, aura un vieillissement nettement moins marqué. Les régions méridionales, particulièrement attractives sur le plan démographique, connaîtront également un rajeunissement relatif par rapport à la moyenne des autres régions, car les migrations

dont elles bénéficient concernent tous les groupes d'âge et pas seulement les retraités. Il s'agit bien sûr de projections, et l'évolution de la mortalité comme la réalité des mouvements migratoires peuvent remettre en cause ces tendances.

Les conséquences sociales de ces évolutions sont multiples. La forte progression de l'effectif des 45-74 ans, période de la vie où les recours aux soins progressent rapidement, génère des besoins de soins croissants. Par ailleurs, il n'est pas difficile d'imaginer les conséquences de l'augmentation de l'effectif des plus de soixante ans (+ 64 %), pour le financement des retraites, alors que l'effectif de la population active se stabilise. Enfin, dans le haut de la pyramide des âges, la croissance démographique devrait amplifier les besoins d'aides et de soins, que ceux-ci soient socialisés ou pas.

*Bibliographie page 166*

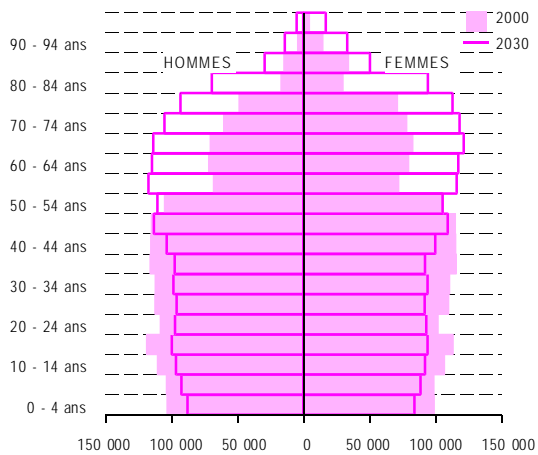
## Dans les Pays de la Loire

- Selon les projections de l'INSEE, d'ici 2030, la population régionale devrait continuer de croître pour atteindre 3,6 millions d'habitants (soit + 10,7 % par rapport à 2000). Les Pays de la Loire conserveront ainsi leur position au cinquième rang des régions françaises pour leur poids démographique.
- En 2030, les Pays de la Loire deviendront plus âgés que la moyenne française.
- L'effectif des 60 ans et plus va augmenter de 77,8 % d'ici 2030 : ce groupe d'âge représentera 33,8 % de la population régionale contre 21,1 % aujourd'hui. L'effectif des 75 ans et plus (déjà multiplié par deux depuis 1970), devrait plus que doubler d'ici 2030. Même augmentation attendue pour les 85 ans et plus.
- La baisse de la fécondité, mais aussi les départs de jeunes actifs se conjugueront pour provoquer une baisse de la natalité. L'effectif des moins de vingt ans sera donc inférieur de 14 % en 2030 par rapport à son niveau actuel.
- Si les tendances actuelles se poursuivent, le poids démographique de la Loire-Atlantique au sein de la région serait renforcé, et ce département représenterait 39 % de la population régionale contre 35 % actuellement. Le vieillissement sera plus accentué en Vendée que dans les autres départements de la région ; sur la côte vendéenne, la proportion des soixante ans et plus sera proche de 50 %.

## Projections de population, et vieillissement 1.2

### 1 PYRAMIDE DES AGES

Pays de la Loire (01/01/2000 - 01/01/2030)



Source : INSEE (projections OMPHALE, scénario central)

### 2 EVOLUTION DE LA POPULATION SELON L'AGE ET LE SEXE

Pays de la Loire (2000 - 2030)

	2000	2010	2020	2030	Evolution 2000-2030(%)
0-14 ans	620 412	612 441	580 685	542 179	-12,6
15-44 ans	1 350 917	1 280 825	1 218 881	1 157 761	-14,3
45-74 ans	1 025 539	1 184 415	1 354 729	1 364 291	33,0
75 ans et +	240 992	324 343	362 292	519 442	115,5
<b>Ensemble</b>	<b>3 237 860</b>	<b>3 402 024</b>	<b>3 516 587</b>	<b>3 583 673</b>	<b>10,7</b>
Hommes	1 579 593	1 664 086	1 723 481	1 758 706	11,3
Femmes	1 658 267	1 737 938	1 793 106	1 824 967	10,1
Moins de 20 ans	852 012	812 683	785 017	735 991	-13,6
Plus de 60 ans	654 729	765 067	975 947	1 164 283	77,8
Plus de 85 ans	61 320	77 229	115 407	129 579	111,3

Source : INSEE (projections OMPHALE, scénario central)

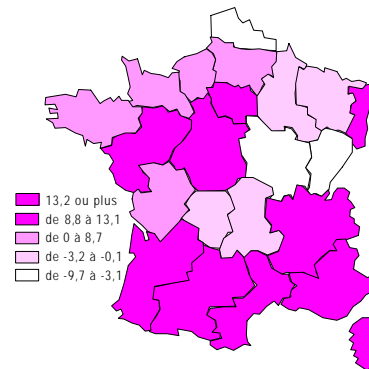
### 3 EVOLUTION DE LA POPULATION EN %

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000 - 2030)

	Total	moins de 20 ans	60 ans et plus	75 ans et plus	85 ans et plus
Loire-Atlantique	+ 17,7	- 4,2	+ 87,3	+ 132,6	+ 122,1
Maine-et-Loire	+ 7,0	- 18,3	+ 75,1	+ 110,8	+ 94,5
Mayenne	+ 3,3	- 18,6	+ 58,3	+ 90,6	+ 82,7
Sarthe	+ 2,7	- 18,2	+ 61,4	+ 93,1	+ 82,7
Vendée	+ 12,5	- 20,4	+ 84,7	+ 127,0	+ 112,2
Pays de la Loire	+ 10,7	- 13,6	+ 77,8	+ 115,5	+ 111,3
France métrop.	+ 8,8	- 9,5	+ 64,3	+ 97,6	+ 100,0

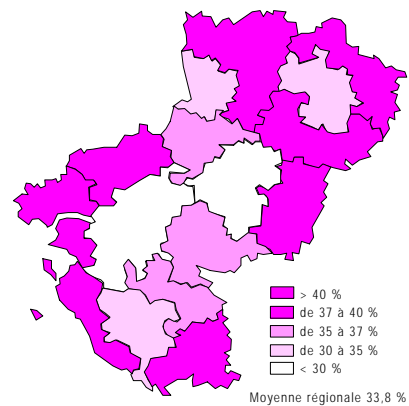
Source : INSEE (projections OMPHALE, scénario central)

### 4 EVOLUTION DE L'EFFECTIF EN % DE LA POPULATION DES REGIONS France métropolitaine (2000 - 2030)



Source : INSEE (OMPHALE 2000)

### 5 PART DES PLUS DE 60 ANS EN % PAR ZONE D'EMPLOI Pays de la Loire (2030)



Source : INSEE (OMPHALE)

#### DEFINITIONS

**Projections de population - modèle Omphale 2000-2030** : à l'issue de chacun des recensements de la population, l'INSEE réalise des projections de population par sexe et âge à moyen/long terme. Le programme, appelé Modèle Omphale, permet d'appliquer différents scénarios basés sur des hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations de population.

Le scénario retenu pour cette étude est le "Scénario central I". Il correspond aux hypothèses suivantes :

- maintien de l'indicateur conjoncturel de fécondité estimé lors du recensement,
- prolongement des gains de mortalité par sexe et âge observés au cours des 30 années précédant le recensement,
- maintien des quotients migratoires par sexe et âge observés entre les recensements de 1982 et 1999.

## 1 DÉMOGRAPHIE

### Contexte national

Depuis près de 30 ans, le nombre de naissances est relativement stable en France et oscille selon les années entre 710 000 et 810 000, après les années 1946-1973 considérées comme une période exceptionnelle en matière de fécondité. 796 000 bébés sont nés en 2002 (dont 762 700 en France métropolitaine), contre 804 000 l'année précédente. Un peu plus de 10 % de ces naissances concernent des mères de nationalité étrangère, qui ont une fécondité plus élevée que celle des françaises. Il naît plus de garçons que de filles, avec en moyenne chaque année 105 garçons pour 100 filles.

La natalité dépend du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité à chaque âge. On mesure la fécondité une année donnée par l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), obtenu en additionnant les taux de fécondité de chaque âge. En 2002, cet indice est estimé par l'INSEE à 1,90 enfant par femme (2,46 pour les départements d'outre-mer en 2000). Les disparités régionales en matière de fécondité, naguère très marquées, tendent à s'estomper, conséquence de l'homogénéisation des comportements. Au sein de l'Union européenne, les Françaises et les Irlandaises (1,98 enfant par femme) ont la plus forte fécondité, et ces deux pays se situent loin devant la moyenne des autres pays (1,47 enfant par femme). Les pays ayant la plus faible fécondité sont l'Italie, l'Espagne, la Grèce, l'Autriche, et l'Allemagne.

L'indice de fécondité a un caractère conjoncturel et n'illustre pas les comportements des femmes tout au long de leur vie féconde. Pour décrire le comportement d'une génération de femmes, on utilise un autre indicateur, la "descendance finale", qui dénombre les enfants que les femmes d'une génération ont eu au terme de leur vie féconde. Les femmes nées au lendemain de la deuxième guerre mondiale ont une descendance finale voisine de 2,1 enfants, ce qui assure le remplacement des générations : pour les générations plus récentes, qui n'ont pas terminé leur vie féconde, cet objectif de remplacement semble devoir être atteint également.

La stabilité relative de la natalité depuis 1973 s'accompagne cependant d'un changement très important dans la structure de la fécondité : la fécondité baisse aux âges jeunes et augmente aux âges élevés. En 2000, les femmes accouchent de leur premier enfant en moyenne à 28 ans, soit quatre ans plus tard qu'en 1975. Par ailleurs, près de 18 % des naissances concernent des mères âgées de 35 ans ou plus contre seulement 11 % neuf ans plus tôt. Les comportements sont cependant variables selon les régions, la proportion de mères âgées d'au moins 35 ans étant supérieure à 20 % en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec un record pour Paris (27 %).

Les enfants qui naissent hors mariage sont de plus en plus nombreux. Près de 44 % des nouveau-nés sont nés hors mariage en 2001, contre seulement un sur cinq en 1985. La proportion de naissances hors mariage atteint 56 % quand il s'agit du premier enfant. On observe également des variations importantes dans ce domaine selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des territoires d'outre-mer où plus de deux naissances sur trois ont lieu hors mariage.

La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,5 % des accouchements. Selon l'INSEE, cette augmentation est due pour les deux tiers aux traitements de la stérilité.

*Bibliographie page 166*

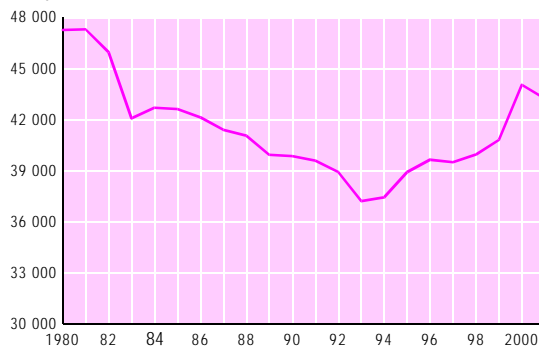
### Dans les Pays de la Loire!

- Tendanciellement, la natalité a suivi les mêmes évolutions dans la région qu'au plan national. Le nombre de nouveau-nés a atteint son niveau le plus bas en 1993 (37 200 naissances). Depuis cette date, on assiste à une hausse de la natalité, jusqu'à 44 000 bébés dénombrés en 2000. En 2001, les habitantes de la région ont mis au monde 43 200 enfants.
- Les Pays de la Loire ont l'indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé en France en 2000 (avec la région Nord-Pas-de-Calais), 2,01 enfants par femme, en baisse de 4 % par rapport au début des années 1980. Le Maine-et-Loire a perdu, au profit de la Mayenne, sa position privilégiée en matière de fécondité : en Mayenne, l'ICF est supérieur de 13 % par rapport à la moyenne régionale. En revanche, la Sarthe et la Loire-Atlantique ont l'indicateur de fécondité le plus faible.
- Dans la région comme en France, le calendrier des naissances s'est profondément modifié. Dans les Pays de la Loire, la part des naissances de mères âgées de moins de 25 ans a ainsi chuté de 24,6 % à 14,9 % entre 1992 et 2001. A l'inverse, la part des naissances de mères âgées de plus de 35 ans est passée de 9,2 % à 15,1 %.
- En 1999, 574 accouchements multiples (représentant 1,4 % des accouchements) ont été dénombrés dans la région, situation comparable à la moyenne nationale.

## Natalité, fécondité 1.3

### 1 EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES DOMICILIEES

Pays de la Loire (1980 - 2001)



Source : INSEE (Etat civil)

### 2 REPARTITION DES NAISSANCES DOMICILIEES SELON L'AGE DES MERES EN %

Pays de la Loire, France métropolitaine (1992 - 2001)

Groupe d'âge des mères	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	1992	2001	1992	2001
- de 20 ans	2,5	1,6	3,2	2,1
20-24 ans	22,1	13,3	21,5	14,0
25-29 ans	41,7	37,3	39,1	33,8
30-34 ans	24,5	32,7	24,8	32,3
35-39 ans	7,9	12,8	9,5	14,6
40 ans et +	1,3	2,3	1,9	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Nombre total de naissances</b>	<b>38 924</b>	<b>43 248</b>	<b>742 115</b>	<b>770 945</b>
% garçons	51,3	51,2	51,3	51,1

Source : INSEE

### 3 EVOLUTION DE L'INDICATEUR CONJONCTUREL DE FECONDITE

Pays de la Loire, France (1982 - 2000)

	1982	1990	2000	Evol. 1982-2000
Loire-Atlantique	2,05	1,78	1,96	-4,4%
Maine-et-Loire	2,26	1,87	2,05	-9,3%
Mayenne	2,11	1,90	2,28	8,1%
Sarthe	1,95	1,82	1,95	0,0%
Vendée	2,16	1,76	2,00	-7,4%
<b>Pays de la Loire</b>	<b>2,10</b>	<b>1,81</b>	<b>2,01</b>	<b>-4,3%</b>
France métrop.	1,91	1,77	1,87	-2,1%
Dépts outre-mer	nd	nd	2,46	///
France entière	nd	nd	1,89	///

Source : INSEE

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Indicateur conjoncturel de fécondité**	2000	2,01	1er
% de naissances hors mariage	2001	42,9	16ème
% de naissances - mères plus de 35 ans	2001	15,1	14ème

Source : INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

\*\* données provisoires

### 5 LES ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

	Pays de la Loire	%	France métrop.	%
Simple	39 806	98,6	724 210	98,5
Double	566	1,4	10 937	1,5
Triple et +	8	0,0	214	0,0
Total	40 380	100,0	735 361	100,0

Source : INSEE

### 6 NAISSANCES HORS MARIAGE

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)

	Nbre total	dont hors mariage	% hors mariage
Loire-Atlantique	15 641	6 799	43,5%
Maine-et-Loire	10 111	4 265	42,2%
Mayenne	3 920	1 582	40,4%
Sarthe	6 916	3 117	45,1%
Vendée	6 660	2795	42,0%
<b>Pays de la Loire</b>	<b>43 248</b>	<b>18 558</b>	<b>42,9%</b>
France métrop.	770 945	337 007	43,7%

Source : INSEE

#### DEFINITIONS

**Naissances domiciliées** : naissances établies à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées dans les Pays de la Loire comprennent tous les enfants dont la mère habite dans les Pays de la Loire, que cette dernière y ait accouché ou non.

**Taux de fécondité** : rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

**Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF, nombre moyen d'enfants pour 100 femmes)** : nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. Egalement appelé somme des naissances réduites, il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

# 1 DÉMOGRAPHIE

## Contexte national

Entre 2001 et 2002, le nombre de décès a augmenté en France de 1,6 %, de 542 000 à 550 000 décès (539 700 en France métropolitaine), et cette hausse se poursuit depuis plusieurs années. Cette croissance des décès n'est pas due à une progression des taux de mortalité mais à une augmentation de l'effectif des groupes d'âge pour lesquels la mortalité est la plus élevée.

La fréquence des décès est fortement liée à l'âge, avec toutefois des différences marquées entre les deux sexes. Ainsi, près de la moitié des décès féminins (49,3 %) ont lieu après 85 ans contre seulement 21,7 % des décès masculins. La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 28 % chez les hommes contre seulement 13,1 % chez les femmes. C'est une des principales causes des écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

En 2001, l'espérance de vie à la naissance est de 75,5 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes. Les Françaises ont une longévité supérieure à la moyenne des Européennes (81,4 ans en 2001), mais se situent derrière les Espagnoles et les Italiennes. En revanche, pour le sexe masculin, la situation est moins favorable, les hommes ayant une longévité qui se situe dans la moyenne, les Suédois et les Italiens ayant l'espérance de vie la plus élevée en Europe. La France se caractérise par l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes (7,4 ans en 2001), le plus important au sein de l'Union européenne, avec celui de l'Espagne. Cet écart s'explique par une surmortalité masculine à tous les âges de la vie. Dès la première année de vie, les taux de mortalité des garçons sont plus élevés que ceux des filles. Plus généralement, cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques dont les effets sont très certainement accentués à l'adolescence et à l'âge adulte par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années soixante, se poursuit à un rythme soutenu, avec 2,7 années de vie gagnées depuis 1990 pour le sexe masculin contre 1,9 pour les femmes. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est ainsi réduit : de 8,2 années en 1990 à 7,4 en 2001.

Jusqu'aux années soixante, le recul de la mortalité trouvait principalement son origine dans la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains a été réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges. Cette baisse concerne la plupart des causes des décès, et notamment les affections cardio-vasculaires (voir page 22).

On observe une grande stabilité dans la répartition des lieux de décès, qui est restée pratiquement inchangée depuis dix ans. Un peu plus du quart des décès (27 %) ont lieu au domicile, près de la moitié dans les établissements de santé publics, 8,7 % dans les cliniques, et 10 % en maison de retraite. Par ailleurs, 2 % des décès surviennent sur la voie publique.

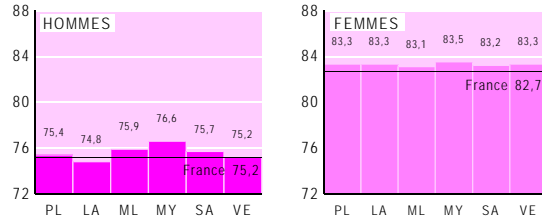
*Bibliographie page 166*

## Dans les Pays de la Loire!

- En 2001, 28 800 décès ont été dénombrés dans les Pays de la Loire, 15 000 décès masculins et 13 800 décès féminins.
- Plus de la moitié des décès féminins ont lieu après 85 ans contre seulement 23 % des décès masculins. La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 27,8 % chez les hommes contre seulement 12 % chez les femmes.
- Comme en France, la mortalité dans la région ne cesse de reculer : la diminution est de 29 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes entre 1981 et 1998. Cette baisse se retrouve pour tous les âges, et plus particulièrement chez les enfants âgés de 1 à 14 ans pour lesquels le taux de mortalité a diminué de 50 % au cours de cette période.
- L'espérance de vie à la naissance est supérieure dans les Pays de la Loire à la moyenne nationale, atteignant 75,4 ans pour les hommes et 83,3 ans pour les femmes en 2000. Les femmes ligériennes ont l'espérance de vie la plus élevée de France, avec les habitantes de la région Poitou-Charentes.
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le seul département dont l'espérance de vie masculine soit inférieure à la moyenne française (0,4 ans de moins qu'en France métropolitaine). L'espérance de vie féminine est quant à elle supérieure à la valeur moyenne française dans tous les départements de la région.
- Les taux de mortalité sont plus faibles dans la région qu'au plan national pour la plupart des groupes d'âge.
- Un quart des décès ont lieu au domicile, 56 % dans les établissements de santé publics ou privés, et enfin 13 % en maison de retraite.



**1 ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE**  
Pays de la Loire, France (2000)



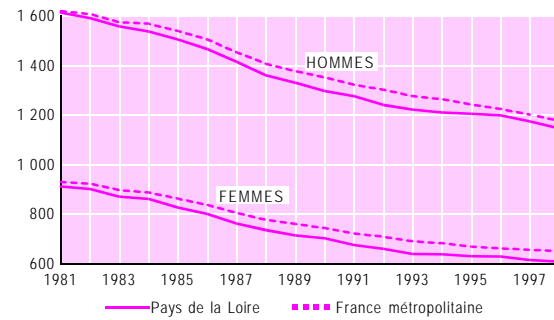
Source : INSEE (bilan démographique 2001, données provisoires)  
PL : Pays de la Loire LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire,  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

**2 ECART D'ESPERANCE DE VIE HOMMES-FEMMES**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

Esperance de vie	Pays de la Loire	France métrop.
<b>A LA NAISSANCE</b>		
Hommes	75,4 ans	75,1 ans
Femmes	83,2 ans	82,5 ans
différence hommes-femmes	7,8 années	7,4 années
<b>A SOIXANTE ANS</b>		
Hommes	20,6 années	20,2 années
Femmes	25,7 années	25,3 années
différence hommes-femmes	5,1 années	5,1 années

Source : INSEE

**3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE GENERALE**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



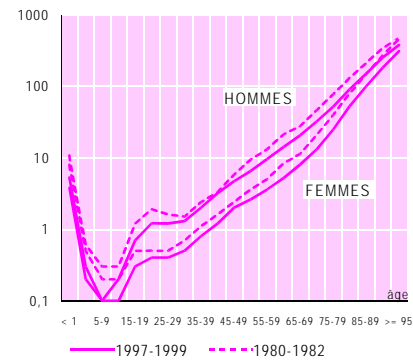
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**

	Période	Valeur	Rang*
<b>par ordre décroissant</b>			
Esperance de vie à la naissance - Hommes	2000	75,4 ans	9ème
Esperance de vie à la naissance - Femmes	2000	83,3 ans	1er
<b>par ordre croissant</b>			
Taux comparatif de mortalité - Hommes	1997-1999	1145,1 p. 100 000	8ème
Taux comparatif de mortalité - Femmes	1997-1999	607,7 p. 100 000	2ème

Source : INSEE (données provisoires pour l'esperance de vie)  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée pour l'esperance de vie et à la valeur la plus faible pour le taux de mortalité

**5 EVOLUTION DES TAUX DE MORTALITE PAR AGE ET SEXE**  
Pays de la Loire (moyenne 1997-1999, 1980-1982)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

**6 REPARTITION DES DECES SELON LE LIEU DE SURVENUE EN %**  
Pays de la Loire (1991 - 2001)

	1991	2001
Domicile, logement privé	26,8	25,4
Etablissement hospitalier	48,7	48,7
Clinique privée	7,4	7,4
Hospice et maison de retraite	11,4	13,3
Voie publique ou lieu public	2,4	2,4
Autres et non précisé	3,3	2,8
Total	100,0	100,0

Source : INSEE (Etat civil, données enregistrées)

**DEFINITIONS**  
**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la mortalité de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).  
**Décès prématurés :** décès ayant lieu avant 65 ans.

## 2 ÉCONOMIE, EMPLOI

### Contexte national

Au premier trimestre 2003, l'effectif de la population active est de 27 millions de personnes (14,6 millions d'hommes et 12,5 millions de femmes), soit 55 % de la population française. Elle comprend la population active occupée, 24,4 millions de personnes, et les personnes à la recherche d'un emploi (2,7 millions).

L'augmentation de la population active est beaucoup plus forte chez les femmes que chez les hommes. L'effectif de la population active occupée a progressé de 3,8 % pour les hommes entre 1990 et 2000, mais de 17,3 % pour les femmes. Amorcée au milieu des années 60, la progression de l'activité professionnelle des femmes se poursuit, et l'écart entre le taux d'activité des femmes et celui des hommes se réduit (respectivement 48,7 % et 61,8 %). A noter cependant la baisse récente (conjoncturelle ?) du taux d'activité des femmes âgées de 25 à 29 ans. Ce sont aux âges où les femmes ont les plus lourdes charges familiales que leur taux d'activité est le plus élevé : 80 % des femmes âgées de 30 à 54 ans occupent un emploi.

En France, parmi les actifs ayant un emploi, 88,7 % ont un statut de salariés en 2000, contre 85,5 % en 1990.

Le taux d'activité des jeunes de 15-24 ans a progressé depuis 1998 alors qu'il ne cessait de diminuer depuis 1976, en raison de l'allongement de la durée des études. Début 2003, le taux d'activité des 15-24 ans est de 33,3 % chez les hommes et de 26,5 % chez les femmes. Depuis 1995, le taux d'activité des 50 ans et plus est reparti à la hausse également, notamment en raison de l'arrivée parmi les cinquantenaires des premières générations du "baby-boom" plus actives. Entre 60 et 64 ans, la proportion d'actifs est de 18 % pour les femmes, et 20,6 % pour les hommes.

Le moteur principal de l'emploi est le tertiaire (17,5 millions d'actifs occupés) dont les effectifs sont en progression constante, et qui représente près de trois quarts des emplois. Viennent ensuite l'industrie, avec 18 % des effectifs et le bâtiment et les travaux publics (6 %). En 20 ans, l'agriculture a perdu plus de la moitié de ses effectifs : elle ne représente plus que 4 % de l'emploi total. La branche sanitaire et sociale représente 9,9 % de l'emploi salarié (2002) contre 9,3 % début 1990.

Avec l'augmentation du chômage, les conditions d'emploi ont évolué et le travail précaire s'est développé. Entre 1990 et 1999, les effectifs de l'intérim ont augmenté de 130 %, les contrats à durée déterminée de 60 % et les stages et contrats aidés de 65 %. Début 2003, 2,2 millions d'emplois à durée limitée (interim, contrats à durée déterminée...) ont été recensés, représentant 12,5 % des effectifs salariés.

Le travail à temps partiel concerne 5,4 % des hommes, et 29,9 % des femmes. Début 2003, la proportion d'actifs à temps partiel a cessé de diminuer après 4 années consécutives de baisse.

Les actifs sont de plus en plus diplômés : en 1999, 32 % des 25-29 ans ont un diplôme supérieur au bac, contre 14 % des 29 ans et plus. La croissance de l'emploi jusqu'en

2001 a bénéficié à toutes les catégories socioprofessionnelles, mais plus particulièrement aux cadres et professions intellectuelles supérieures.

En 2002, le produit intérieur brut (PIB) de la France métropolitaine atteint 25 153 euros par habitant. En Ile-de-France, le PIB par habitant est supérieur de 54 % à la moyenne française. Ces chiffres illustrent la situation économique particulière de la France, marquée par la concentration francilienne des activités (28,7 % du PIB pour 18 % de la population), et des emplois, et en particulier des plus qualifiés (42 % des chercheurs travaillent en Ile-de-France). Plus généralement, quatre régions, l'Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Nord-Pas-de-Calais, qui représentent 41 % de la population, concentrent plus de la moitié de la production nationale, situation qui a peu varié au cours du temps.

*Bibliographie page 166*

### Dans les Pays de la Loire

- La population active occupée dans les Pays de la Loire est de 1 345 400 personnes, soit 41 % de la population totale.
- La région se caractérise par l'importance du secteur industriel, qui représente 22,3 % des emplois contre 17,9 % en moyenne nationale. Avec 6,2 % des emplois, l'agriculture occupe également une place plus importante qu'en moyenne nationale (3,8 %), notamment en Mayenne (10,7 %), département le plus agricole de la région. En revanche, le tertiaire ne représente que 64,7 % des emplois contre 72,4 % au niveau national.
- L'effectif des cadres, supérieurs ou moyens, et des employés a connu une forte croissance dans la région entre 1990 et 1999, conséquence de l'essor de l'activité féminine et du secteur tertiaire. Néanmoins, la proportion de cadres parmi les actifs occupés reste en-deçà du niveau national.
- Les ouvriers demeurent le groupe de travailleurs ligériens le plus nombreux, représentant 31,5 % des actifs occupés, et leur effectif a progressé de 3 % depuis 1990. En revanche, le nombre d'actifs dans l'agriculture a diminué d'un tiers au cours de la décennie 90.
- Avec un produit intérieur brut (PIB) de 73,7 milliards d'euros en 2002, les Pays de la Loire produisent environ un vingtième de la richesse nationale (4,9 %), ce qui les place comme la cinquième région française (par ordre décroissant). Les Pays de la Loire se situent au premier rang quant au taux de progression du PIB au cours des dix dernières années.

**1 POPULATION ACTIVE OCCUPEE PAR GRAND SECTEUR**  
Pays de la Loire, France (31/12/2000)

	Estimation d'emploi total	Répartition par grand secteur (en %)			
		Effectif total	Agriculture	Industrie	Construction
Loire-Atlantique	478 555	4,1%	18,0%	6,3%	71,6%
Maine-et-Loire	299 736	7,8%	23,2%	6,5%	62,5%
Mayenne	124 913	10,7%	25,3%	6,8%	57,2%
Sarthe	215 684	4,6%	25,7%	6,4%	63,3%
Vendée	226 478	7,7%	25,6%	8,3%	58,4%
Pays de la Loire	1 345 366	6,2%	22,3%	6,7%	64,7%
France	24 218 388	3,8%	17,9%	5,9%	72,4%

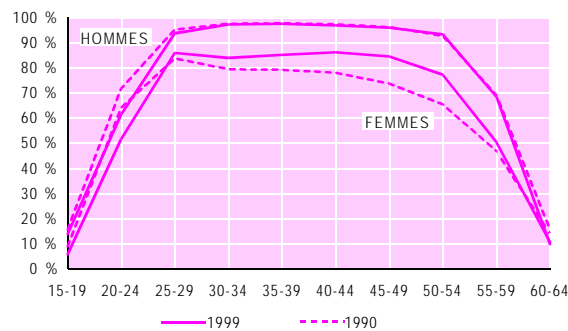
Source : INSEE (chiffres provisoires)

**2 POPULATION DE 25 ANS ET PLUS SELON LE DIPLOME OBTENU**  
Pays de la Loire, France (1999)

Diplômes	25 ans et plus			25-29 ans		
	Pays de la Loire		France	Pays de la Loire		France
	Effectifs	%	%	Effectifs	%	%
Aucun diplôme	455 981	20,8	19,8	24 364	11,0	12,5
CEP, BEPC	575 354	26,3	26,0	12 436	5,6	6,5
CAP, BEP	606 214	27,7	24,3	65 574	29,6	25,1
BAC, brevet prof.	229 888	10,5	11,5	44 298	20,0	18,2
Dipl. supérieurs	310 576	14,2	17,7	65 747	29,6	31,8
Etudes en cours	10 802	0,5	0,7	9 428	4,2	5,9
Ensemble	2 188 815	100,0	100,0	221 847	100,0	100,0

Source : INSEE (RP 99)

**3 EVOLUTION DES TAUX D'ACTIVITE FEMININS ET MASCULINS PAR CLASSE D'AGE**  
Pays de la Loire (1990 - 1999)



Source : INSEE (RP 90-99)

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**  
par ordre décroissant (2002)

Indicateur	Valeur	Rang*
Produit intérieur brut (en millions d'euros courants)	Pays de la Loire	73 715 5ème
	France métrop.	1 497 081
	Ile-de-France	430 183 1er
Produit intérieur brut par habitant (en euros courants)	Corse	5 052 22ème
	Pays de la Loire	22 300 9ème
	France métrop.	25 153
	Ile-de-France	38 739 1er
	Corse	19 133 22ème

Source : INSEE

\*position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

**5 EVOLUTION DE LA STRUCTURE SOCIOPROFESSIONNELLE DES ACTIFS OCCUPES**  
Pays de la Loire (1990 - 1999)

	1990	1999	Evolution (en %)
Agriculteurs, exploitants	95 544	58 199	-39,1%
Artisans, commerçants, chefs d'ent.	89 829	81 575	-9,2%
Cadres et prof. intellectuelles sup.	98 394	119 424	21,4%
Professions intermédiaires	208 667	271 672	30,2%
Employés	292 592	353 251	20,7%
Ouvriers	393 518	405 816	3,1%
Ensemble	1 178 544	1 289 937	9,5%

Source : INSEE (RP 99)

**6 POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI PAR STATUT**  
Pays de la Loire (1999)

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Salariés	600 713	83,9	519 098	90,2
dont :				
Apprentis	17 119	2,4	6 402	1,1
Intérimaires	22 254	3,1	6 994	1,2
Contrats aidés *	13 442	1,9	21 532	3,7
C.D.D.	45 992	6,4	62 978	10,9
Non-salariés	115 050	16,1	56 278	9,8

Source : INSEE (RP 99)

\* Contrats d'aide à l'emploi (CES, emploi jeune) et stagiaires rémunérés

**DEFINITIONS**

**Population active** : elle comprend la population ayant un emploi (population active occupée), et la population à la recherche d'un emploi.

**Taux d'activité** : rapport entre la population active (occupée et sans emploi) et la population totale.

## 3 PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ

### Contexte national

Au cours des dernières décennies, la pauvreté a changé de visage, et est devenue plus "visible" : à une population plutôt âgée et vivant en zone rurale, s'est substituée progressivement une population plus urbaine, composée de jeunes, de ménages d'ouvriers, d'employés et de familles monoparentales. Mais les outils statistiques pour évaluer la fréquence des situations de pauvreté font débat. Cette évaluation se fait le plus souvent à partir de critères monétaires, l'indicateur le plus couramment utilisé (notamment au niveau européen) étant le nombre de personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 50 % du niveau de vie médian. En faisant référence à cet indicateur, l'INSEE a dénombré 3,7 millions de personnes en situation de pauvreté en 2000 (France métropolitaine), le taux de pauvreté ayant baissé entre 1996 (7,2 %) et 2000 (6,5 %). Mais le recours à des critères essentiellement monétaires apparaît à beaucoup insuffisant, sachant que les méthodes d'évaluation des revenus et les seuils retenus conditionnent fortement les résultats obtenus. Une autre approche multidimensionnelle est effectuée par l'INSEE à partir de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages. 27 indicateurs concernant les contraintes budgétaires, les retards de paiement, les restrictions de consommation et les difficultés de logement sont analysés, et un score global représentant le nombre de difficultés éprouvées est calculé. Selon cette méthode, la proportion de ménages (et non plus de personnes) serait de 11,6 % en 2001. Des approches dites subjectives sont parfois proposées, en interrogeant directement les familles pour connaître la manière dont elles appréhendent elles-mêmes leur situation financière. Enfin, certains auteurs (aux Etats-Unis notamment) utilisent des indicateurs construits à partir d'un panier de biens consommés de référence.

Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux constitue un autre moyen d'approcher de façon quantitative ces réalités. Fin 2001, un peu plus de 6 millions de personnes (France entière) étaient couvertes par les minima sociaux, pour un nombre d'allocataires d'environ 3,3 millions. Les allocations qui ont le poids le plus important sont le Revenu minimum d'insertion (938 400 bénéficiaires), l'Allocation aux adultes handicapés (710 800), et l'Allocation supplémentaire vieillesse (670 000). Au cours des années récentes, le RMI et le nombre de bénéficiaires de l'ASV ont diminué : en revanche, la progression du nombre de bénéficiaires de l'AAH se poursuit de manière continue. Par ailleurs, 4,5 millions de personnes étaient couvertes fin 2002 par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU), soit 7 % de la population française.

La pauvreté résulte souvent du cumul et de l'enchaînement des situations de précarité en matière d'emploi, de logement, de vie familiale et sociale. Il existe notamment des liens étroits entre pauvreté et absence d'emploi.

Au premier trimestre 2003, le nombre de chômeurs s'élève à 2,7 millions de personnes, soit 9,9 % de la population ac-

tive. Après plusieurs années de baisse, le nombre de chômeurs a augmenté de plus de 200 000 entre les 1er trimestres 2002 et 2003.

Les situations extrêmes que connaissent les personnes sans abri ou sans domicile stable sont plus difficiles à dénombrer. Une étude effectuée par l'INSEE, en janvier 2001, a dénombré 86 500 personnes ayant eu accès à un service d'hébergement ou à une distribution de repas chauds pendant la semaine d'observation. 22 % de ces personnes avaient dormi dans des lieux non prévus pour l'habitation, et au moment de l'enquête, trois sur dix occupaient un emploi.

Le retentissement des situations de pauvreté et de précarité sur la santé est difficile à mesurer, mais l'ampleur des écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles en France (voir page 40) donne la mesure des inégalités sociales de santé. Avec la mise en place de la CMU, les inégalités de santé apparaissent désormais plus liées à des inégalités d'accès à la prévention qu'à des problèmes d'accès aux soins, ce qui pose le problème de la représentation de la santé et de ses déterminants. La loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 a prévu la mise en oeuvre dans chaque région d'un Programme régional d'accès à la santé et aux soins (PRAPS) afin de coordonner les actions de prévention, d'éducation à la santé, de soins et de réinsertion, en direction des personnes en situation de précarité.

*Bibliographie page 166*

### Dans les Pays de la Loire

- Dans la région, 147 000 personnes relèvent de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU), soit 4,5 % de la population. Les Pays de la Loire font partie des régions qui ont la plus faible proportion de personnes couvertes par la CMU, au 3ème rang des régions françaises.
- Le nombre de personnes bénéficiant du RMI a reculé de 2,1 % dans la région fin 2002, par rapport à 1996.
- Le taux de chômage reste inférieur dans la région à la moyenne française, respectivement 7,9 % et 9,5 % en juin 2003. Depuis le milieu de l'année 2001, le chômage a repris sa progression, avec une augmentation de 10 % en deux ans des effectifs de demandeurs d'emploi.
- En 2003 a été lancé le deuxième Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (2003-2006), définissant de nouvelles priorités en matière d'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de précarité.

**1 ALLOCATAIRES DU RMI**

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de familles allocataires							
CAF	929 268	36 122	15 934	8 240	1 786	6 402	3 760
MSA	21 425	1 048	287	434	61	76	190
Total	950 693	37 170	16 221	8 674	1 847	6 478	3 950
Evolution 2002/1996	5,2%	-2,1%	-3,6%	2,4%	4,2%	-3,6%	-5,8%
Nb de personnes couvertes	1 846 166	72 570	30 619	17 840	3 753	12 833	7 525

Sources : CNAF, CCMSA

**2 PERSONNES COUVERTES PAR LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMU)**

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2003)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CMU complémentaire*							
Nb de personnes couvertes	3 889 355	147 069	57 288	36 313	8 866	27 224	17 378
% de personnes couvertes	6,6	4,5	5,0	4,9	3,1	5,1	3,2

Source : DREES

\* CMU complémentaire : régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes

**3 NOMBRE DE DEMANDEURS D'EMPLOI DE CATEGORIE 1\* EN FIN DE MOIS**

Pays de la Loire, France métropolitaine (Situation août 2003 et 2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de demandeurs d'emploi	2 410 400	110 803	46 466	25 007	6 872	16 637	15 821
Evolution 2003/2001 en %	13,3	10,3	9,1	9,2	19,4	10,9	11,6
Taux de chômage**	9,5	7,9	8,6	8,3	5,7	7,5	6,9

Sources : DRTEFP et INSEE

\* catégorie 1 : personnes immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à temps plein à durée indéterminée

\*\* juin 2003

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant**

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
% de personnes couvertes par la CMU complémentaire	31/12/2002	4,5	3ème
% de familles allocataires du RMI	31/12/2002	2,0	5ème
% de bénéf. de l'alloc. sup. vieillesse parmi la pop. des 65 ans et +	31/12/2001	4,9	13ème
Taux de chômage	2ème trim 2003	7,9	3ème

Sources : CNAF, CCMSA, CNAV, UNEDIC, CNAMTS, DREES, DRTEFP, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

**5 BENEFICIAIRES DE "MINIMA SOCIAUX"**

Pays de la Loire, France métrop. (31/12/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire
Alloc. adultes handicapés, AAH	728 383	35 223
Allocation parent isolé, API	164 063	6 847
Revenu minimum d'insertion, RMI	950 693	37 170
AS invalidité*	102 967	5 193
Allocation veuvage**	10 962	493
Allocation d'insertion	43 154	1 462
Alloc. solidarité spécifique	359 177	16 540
SOUS-TOTAL	2 359 399	102 928
% pop. de 18-59 ans	7,1	5,7
Alloc. supplémentaire vieillesse***	642 661	33 446
% pop. 60 ans et +	5,3	4,9
<b>TOTAL</b>	<b>3 002 060</b>	<b>136 374</b>
% pop. totale	5,1	4,2

Sources : CNAF, CCMSA, CNAV, UNEDIC, CNAMTS, DREES, INSEE

\* 31/12/1999 pour la CCMSA

\*\* 31/12/2001 pour la CNAV et 31/12/2000 pour la CCMSA

\*\*\* au 31/12/2001

**DEFINITIONS**

**CMU complémentaire** : cette disposition permet aux assurés sociaux dont les ressources sont inférieures à un certain montant de bénéficier d'une prise en charge de leur couverture complémentaire. Le seuil fixé est inférieur au minimum vieillesse et à l'allocation aux adultes handicapés (ce qui signifie que les bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'AAH ne bénéficient pas de la CMU).

**Minima sociaux** : allocations attribuées en fonction du niveau de ressources.

**Taux de chômage** : pourcentage de personnes en situation de chômage parmi la population active.



# ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

---

2.

## 4 VUES D'ENSEMBLE

### Contexte national

Pour chacun des 550 000 décès qui surviennent chaque année en France, un certificat indiquant les causes de la mort est établi par un médecin. Ces informations sont codées au plan national selon un protocole très rigoureux basé sur la classification internationale des maladies de l'OMS. Elles permettent l'établissement annuel de statistiques des causes médicales de décès par le service CépiDc de l'INSERM. Le certificat médical de décès, alors qu'il est souvent considéré par les médecins comme un acte administratif, est donc à la base de la principale source de données épidémiologiques française. Les statistiques des causes médicales de décès permettent par exemple d'apprécier l'ampleur des conséquences sur la santé du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool, de suivre l'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ou de mesurer l'efficacité du dépistage du cancer du sein, de décrire les inégalités de santé entre régions, de réaliser des comparaisons internationales...

En France, les causes médicales de décès sont très concentrées sur un petit nombre de domaines pathologiques. Alors que la 9ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) comporte 17 chapitres, 4 d'entre eux rassemblent 75 % des décès sur la période 1997-1999 : les maladies de l'appareil circulatoire (31 %), les tumeurs (28 %), les accidents et autres morts violentes (8 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %).

La répartition par âge de survenue des décès liés à chacun de ces 4 groupes de pathologies est très différente. Les décès par maladie de l'appareil circulatoire comme ceux dus aux maladies de l'appareil respiratoire surviennent plus de 3 fois sur 4 chez des personnes âgées de 75 ans ou plus. Un décès par cancer sur 2 concerne des personnes de 45-74 ans. Quant aux décès par accident et autres morts violentes, ils se répartissent tout au long de la vie : 27 % surviennent chez des 15-44 ans, 31 % entre 45 et 74 ans et 40 % au-delà de 75 ans.

Depuis le début des années 80, la baisse régulière de la mortalité observée en France se retrouve pour la plupart des causes de décès. Le recul de la mortalité cardio-vasculaire est particulièrement spectaculaire, avec une baisse du taux comparatif de mortalité de 41 % entre 1981 et 1998. Les morts violentes ont connu également une baisse très marquée (- 31 %), qui résulte principalement de la baisse de la mortalité liée aux chutes (- 48 %) et aux accidents de la circulation (- 33 %). La mortalité par cancer a connu un recul moins net (- 9 %), la baisse de la mortalité pour certaines localisations cancéreuses comme les voies aéro-digestives supérieures (- 36 %) ne compensant pas l'augmentation de la mortalité pour d'autres localisations comme le poumon (+ 18 %).

Au sein des 15 pays de l'Union européenne, les principales causes de mortalité sont identiques à celles observées en France, mais leur poids relatif est très différent. Selon les données Eurostat 1997-1999, disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union, la France connaît le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, pour les hommes comme pour les femmes. Sa situation est beaucoup moins favorable

pour la mortalité par cancer, notamment pour les hommes. Pour cette cause de décès, la France se situe en effet au 2ème rang des pays les plus mal placés pour les hommes et au 11ème rang pour les femmes. Enfin, pour les morts violentes, la France occupe une position franchement défavorable, avec la plus forte mortalité masculine derrière la Finlande et la Grèce et la plus forte mortalité féminine derrière la Finlande. Les taux élevés de mortalité par suicide et par accident de la route en France expliquent cette situation.

*Bibliographie page 167*

### Dans les Pays de la Loire

- Sur la période 1997-1999, plus de 28 000 ligériens sont décédés en moyenne chaque année, dont environ 14 800 hommes et près de 13 700 femmes. Les maladies cardio-vasculaires (31 % des décès), les cancers (29 %), les accidents et autres morts violentes (9 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %) constituent comme en France les 4 principales causes de décès.
- 75 % des décès féminins sont survenus au-delà de 75 ans, contre 49 % des décès masculins. Le taux comparatif de mortalité masculin est ainsi près de 2 fois supérieur au taux féminin.
- A structure par âge comparable, la mortalité des femmes de la région est inférieure de 6 % à la moyenne nationale, grâce à une mortalité égale ou inférieure à cette moyenne pour chacun des 17 groupes de causes de la classification internationale des maladies (CIM 9).
- La mortalité masculine est également significativement inférieure à la moyenne nationale (- 3 %). Mais l'analyse par groupe de causes montre une situation moins homogène que pour les femmes. La région présente notamment une surmortalité masculine pour les maladies de l'appareil digestif (+ 7 %), ainsi que pour les accidents et autres morts violentes (+ 12 %), alors même que pour cette dernière cause la moyenne nationale est déjà très élevée par rapport aux autres pays d'Europe.
- Depuis le début des années 80, la mortalité a connu dans la région comme en France un recul considérable (- 29 % pour les hommes et - 33 % pour les femmes). Cette évolution résulte d'une baisse significative de la mortalité pour la plupart des chapitres de la CIM. Modérée pour les cancers (- 5 %), la baisse de la mortalité se situe entre 20 et 30 % pour les maladies infectieuses, endocriniennes, respiratoires et pour les traumatismes. Elle atteint 40 à 50 % pour les affections de l'appareil circulatoire, digestif, génito-urinaire et pour les anomalies congénitales. Seule la mortalité liée aux troubles mentaux a progressé, notamment chez les femmes (+ 26 %), en raison principalement de l'augmentation de la mortalité par psychose chez les personnes âgées.



## Causes médicales de décès 4.1

### 1 CAUSES MEDICALES DE DECES Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

HOMMES	Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 81-98
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1. Maladies infectieuses et parasitaires	3	23	57	101	185	80	-32% s
2. Tumeurs	9	186	2 881	1 875	4 952		-6% s
3. Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	3	5	104	197	309	89	-29% s
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	3	23	54	81		-11%
5. Troubles mentaux	0	41	108	183	332		5%
6. Maladies du système nerveux et des organes du sens	12	30	119	206	367		-9%
7. Maladies de l'appareil circulatoire	3	89	1 330	2 608	4 030	94	-40% s
8. Maladies de l'appareil respiratoire	3	18	278	782	1 081	87	-27% s
9. Maladies de l'appareil digestif	2	48	459	308	817	107	-45% s
10. Maladies des organes génito-urinaires	1	1	33	146	180	89	-54% s
11. Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	///	///	///	///	///	///	///
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	6	32	38		-3%
13. Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	1	15	37	52		2%
14. Anomalies congénitales	26	8	7	2	44		-41% s
15. Certaines affections d'origine périnatale	43	0	0	0	43		12%
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	24	55	194	358	630	79	-52% s
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	31	596	577	406	1 609	112	-27% s
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>1 105</b>	<b>6 192</b>	<b>7 294</b>	<b>14 751</b>	<b>97</b>	<b>-29% s</b>

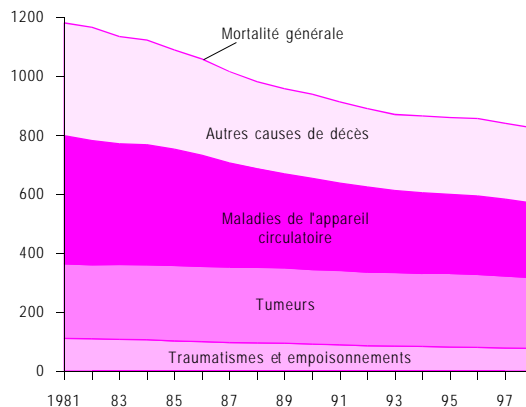
FEMMES	Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 81-98
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1. Maladies infectieuses et parasitaires	5	7	35	145	192	88	-25% s
2. Tumeurs	9	133	1 404	1 680	3 226		-9% s
3. Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	2	4	62	401	468	86	-24% s
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	2	13	66	82		-23%
5. Troubles mentaux	0	9	48	411	468	93	26% s
6. Maladies du système nerveux et des organes du sens	7	14	87	302	410	85	-10%
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2	27	538	4 139	4 706	93	-45% s
8. Maladies de l'appareil respiratoire	2	13	111	1 020	1 146	95	-20% s
9. Maladies de l'appareil digestif	1	19	172	399	590	87	-47% s
10. Maladies des organes génito-urinaires	0	2	16	156	173	80	-50% s
11. Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	2	0	0	2		-40%
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	4	83	87	86	-13%
13. Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	1	14	86	101		-3%
14. Anomalies congénitales	20	5	5	4	34		-47% s
15. Certaines affections d'origine périnatale	27	0	0	0	27		-22%
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	17	17	82	851	967	90	-55% s
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	20	160	244	537	960	90	-34% s
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>416</b>	<b>2 835</b>	<b>10 278</b>	<b>13 640</b>	<b>94</b>	<b>-33% s</b>

Sources : Inserm CépiDc, INSEE

- Seuls les ICM présentant une différence significative entre la région et la France sont mentionnés.  
- Evol. 81-98 correspond à l'évolution des taux comparatifs de mortalité entre les périodes 1980-1982 et 1997-1999. Le signe "s" signifie que l'évolution est statistiquement significative au seuil de 5 %.

### 2 EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE

Pays de la Loire (1981 - 1998)



Sources : Inserm CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### Modalités d'élaboration et limites des statistiques des causes médicales de décès

Le certificat médical établi pour chaque décès précise les causes médicales du décès, en distinguant la cause initiale, la cause immédiate et les états morbides ou physiologiques associés.

La cause initiale est définie comme le problème (maladie, accident...) à l'origine du processus morbide qui a conduit au décès.

Les certificats sont ensuite transmis, sous forme anonyme, à l'Inserm - CépiDc qui assure le codage des causes de décès selon les règles de la Classification internationale des maladies (9ème révision). Ces données médicales viennent alors enrichir un fichier de données socio-démographiques transmis au CépiDc par l'INSEE. C'est à partir de ce fichier qu'est établie annuellement la statistique nationale de mortalité, et que sont réalisées les analyses sur les causes médicales de décès.

Sauf information contraire, ces analyses sont menées sur la cause initiale de décès et sur des données domiciliées, c'est-à-dire rapportées au lieu de domicile de la personne, quel que soit le lieu de survenue du décès. C'est le cas pour toutes les données présentées dans ce document.

Les limites d'utilisation de ces données résultent tout d'abord de la certification, dans la mesure où le médecin qui remplit le certificat de décès ne dispose pas toujours de l'information nécessaire ou ne le fait pas toujours avec une précision suffisante. Cette situation s'observe notamment pour les personnes âgées, chez lesquelles les polyopathologies sont fréquentes et rendent parfois le remplissage du certificat difficile.

Ainsi, dans les Pays de la Loire comme en France, près de 5 % des décès sont de cause mal définie. Mais c'est surtout chez les personnes âgées que cette situation est fréquente, puisque ce pourcentage est d'environ 3 % chez les moins de 85 ans et 8 % au-delà.

L'autre biais potentiel provient de la codification, même si l'utilisation de protocoles rigoureux de codage et depuis 2000, de la codification automatique réduit fortement ce risque.

#### DEFINITIONS

**Indice comparatif de mortalité (ICM) :** cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne.

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au recensement de 1990). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

### Contexte national

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 1999, près de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Ceci a conduit au développement du concept de mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. En effet, l'espérance de vie à la naissance atteignant en 2000 en France 75 ans chez les hommes et 83 ans chez les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés.

En 1999, les décès prématurés ont concerné environ 109 000 personnes en France métropolitaine, ce qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Elle atteint 28 % chez les hommes (76 000 décès prématurés par an) contre 13 % chez les femmes (33 000 décès prématurés par an).

La mortalité prématurée est plus importante en France que dans les pays européens voisins. Cet écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes, et il s'est creusé depuis dix ans. Ainsi, le paradoxe français est-il de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie des personnes âgées de 65 ans parmi les pays de l'Union européenne et une mortalité prématurée défavorable, notamment pour les hommes. Selon les données Eurostat 1997-1999 disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union, la France se situe au 3ème rang des pays les plus mal placés pour la mortalité prématurée masculine, derrière le Portugal et la Finlande (10ème rang pour les femmes).

Une partie importante de cette mortalité prématurée peut être considérée comme évitable, selon les concepts développés depuis une vingtaine d'années au niveau européen et repris dès 1994 par le Haut comité de santé publique. Plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités, ou au moins diminuer, sans connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau, chez les hommes comme chez les femmes.

Ces mêmes travaux distinguent deux sous-groupes de mortalité prématurée évitable. La mortalité prématurée évitable plutôt liée aux comportements à risque (consommation excessive d'alcool, tabagisme, accidents de la circulation...) pourrait diminuer avec l'évolution de ceux-ci. La mortalité prématurée évitable plutôt liée au système de soins pourrait reculer par une amélioration de la prise en charge des personnes, en particulier par le dépistage de certaines pathologies, cancers notamment.

La mortalité prématurée évitable plutôt liée aux comportements représente environ les deux tiers de la mortalité évitable, et celle plutôt liée au système de soins l'autre tiers. Ce constat est toutefois très différent selon le sexe. Chez les hommes, la mortalité évitable liée aux comportements a un poids trois fois plus important que celle liée au système de soins. Chez les femmes, c'est au contraire la mortalité évitable liée au système de soins qui est la plus fréquente, en

particulier du fait du poids des cancers du sein et de l'utérus dans la mortalité des femmes de moins de 65 ans.

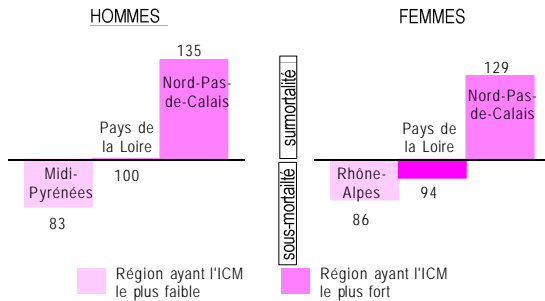
*Bibliographie page 167*

### Dans les Pays de la Loire!

- Entre 1997 et 1999, environ 5 800 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire, dont 4 100 décès masculins et 1 700 décès féminins. La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes (28 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (12 %).
- Les tumeurs constituent la première grande cause de mortalité prématurée : elles sont à l'origine de 37 % des décès masculins et 46 % des décès féminins survenus avant 65 ans. Chez les hommes, le cancer du poumon (10 % des décès prématurés) et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (7 %) sont les plus fréquents. Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause de mortalité par tumeur avant 65 ans (15 % des décès prématurés). Les morts violentes (essentiellement par suicide, accident de la circulation et accident de la vie courante) représentent près d'un décès prématuré masculin sur quatre et près d'un décès prématuré féminin sur cinq. Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de 13 % des décès avant 65 ans, constituent la 3ème cause de mortalité prématurée.
- Comme en France, la mortalité prématurée dans la région diminue fortement : - 28 % chez les hommes et - 31 % chez les femmes depuis le début des années 80. Ce recul, qui s'inscrit dans un contexte global de baisse de la mortalité, résulte d'une baisse marquée de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires et par traumatismes, qui compense largement l'accroissement de la mortalité prématurée par tumeur (notamment par cancer du poumon).
- Sur la période 1997-1999, la mortalité prématurée régionale est proche de la moyenne nationale chez les hommes, tandis qu'elle est inférieure de 6 % chez les femmes. Dans les départements, la mortalité prématurée est partout inférieure à la moyenne nationale, sauf en Loire-Atlantique, en raison d'une surmortalité prématurée masculine (+ 9 %).
- Environ 3 100 décès prématurés par an, soit comme en France plus de la moitié des décès qui surviennent avant 65 ans, peuvent être considérés comme évitables.
- La plus grande part des décès prématurés évitables (2 200 sur 3 100) concerne des hommes. Chez ces derniers, 80 % de la mortalité évitable sont plutôt liés aux comportements et 20 % plutôt liés au système de soins. Chez les femmes, les décès prématurés évitables sont moins nombreux (900 par an). La mortalité évitable plutôt liée au système de soins représente 52 % de ces décès et celle plutôt liée aux comportements 48 %.

## Mortalité prématurée 4.2

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PREMATUREE (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 REPARTITION DES DECES PREMATURES SELON LA CAUSE ET SELON LE SEXE Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Ensemble des tumeurs	1 519	37,2	781	46,4
dont : - cancer du poumon	389	9,5	54	3,2
- cancer des VADS *	286	7,0	23	1,4
- cancer de l'intestin	109	2,7	61	3,6
- cancer du sein	2	0,0	249	14,8
- cancer de l'utérus	///	///	44	2,6
Ens. des trauma. et empoison.	999	24,4	317	18,8
dont : - accidents de la circulation	302	7,4	98	5,8
- accidents de la vie courante**	207	5,1	63	3,7
- suicides	398	9,7	119	7,1
Ens. mal. app. circulatoire	566	13,9	158	9,4
dont : - cardiopathies ischémiques	231	5,7	33	2,0
- mal. vasculaires cérébrales	107	2,6	50	3,0
Alcoolisme ***	321	7,9	96	5,7
Sida	22	0,5	5	0,3
Autres causes	659	16,1	326	19,4
<b>Toutes causes</b>	<b>4 086</b>	<b>100,0</b>	<b>1 683</b>	<b>100,0</b>

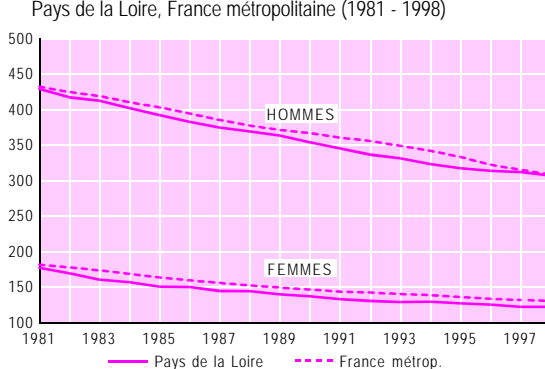
Source : INSERM CépiDc

\* VADS : Voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et œsophage)

\*\* correspond aux causes médicales de décès E850 à E928, sauf E870-E879

\*\*\* psychose alcoolique, alcoolisme, et cirrhose du foie. Les décès par "alcoolisme" ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à ce facteur.

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PREMATUREE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

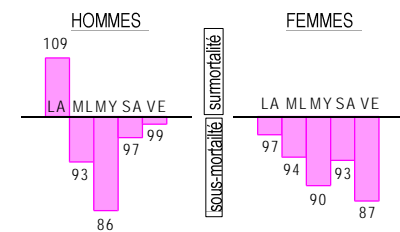
### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité prématurée	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	307,0 p. 100 000	11ème
FEMMES	1997-1999	122,4 p. 100 000	4ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 5 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PREMATUREE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire

MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

### 6 REPARTITION DES DECES PREMATURES SELON LEUR CARACTERE EVITABLE Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Décès "évitables"	2 218	54,3	869	51,6
- liés aux comportements	1 766	43,2	413	24,5
- liés au système de soins	452	11,1	456	27,1
Autres décès	1 867	45,7	814	48,4
<b>Décès prématurés</b>	<b>4 086</b>	<b>100,0</b>	<b>1 683</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

#### DEFINITIONS

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Décès évitables** : décès qui pourraient être évités - soit par une évolution des comportements à risque (par exemple décès par cancer du poumon, par alcoolisme ou encore par accident de la circulation) - soit par une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage).

## 4 VUES D'ENSEMBLE

### Contexte national

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique (voir ci-contre). Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

Au plan national, les statistiques disponibles concernant les ALD sont propres à chacun des régimes d'assurance maladie. Dans la population relevant du régime général, qui couvre plus de 80 % de la population française, le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour ALD a atteint 870 000 en 2001. Alors qu'elle était restée relativement stable entre 1990 et 1997, cette incidence a fortement progressé au cours des années récentes, avec une augmentation qui dépasse 20 % entre 1998 et 2001. Plusieurs raisons expliquent cette forte croissance. Tout d'abord, des facteurs démographiques, et notamment l'arrivée des générations du baby-boom dans les classes d'âge où la fréquence des problèmes de santé progresse fortement. Ensuite des facteurs épidémiologiques se traduisant par l'augmentation du taux d'incidence de certaines ALD, par exemple les cancers. Enfin, des facteurs médico-administratifs tels que l'augmentation importante du coût de certains traitements, ou encore de nouvelles dispositions tarifaires incitant les praticiens à demander le bénéfice de l'admission en ALD pour certains patients (notamment en 2000 la majoration de maintien à domicile pour les visites des patients de plus de 75 ans en ALD).

En 1998, quatre affections ou groupes d'affections représentent plus de 80 % des motifs d'admissions en ALD : les maladies cardio-vasculaires (206 000), les tumeurs malignes (188 000), les pathologies mentales (108 000) et le diabète (92 000).

Mais le poids relatif de ces différentes affections est très différent selon les groupes d'âge. Avant 15 ans, les troubles mentaux constituent le motif le plus fréquent d'admission en ALD (29 %), devant l'insuffisance respiratoire chronique grave, le plus souvent d'origine asthmatique (15 %). Chez les 15-44 ans, les troubles mentaux constituent encore la première cause d'admission en ALD (34 %), et les tumeurs malignes arrivent en seconde position (15 %).

Entre 45 et 74 ans, les tumeurs malignes et les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine d'une proportion identique d'admissions en ALD (31 %), devant le diabète (17 %).

Au-delà de 75 ans, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui prédominent (41 %), devant les tumeurs malignes (26 %) et les troubles mentaux (15 %), principalement représentés par les démences.

Au premier semestre 2002, l'effectif total des assurés du régime général de l'assurance maladie bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD est estimé par la CNAMTS à environ 5,7 millions, ce qui représente

11,5 % de la population protégée par ce régime. L'augmentation de cette prévalence est estimée à 14,3 % au cours des deux dernières années.

*Bibliographie page 167*

### Dans les Pays de la Loire

● Les données concernant les admissions en ALD des personnes protégées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) font l'objet d'une exploitation commune par les services médicaux de l'assurance maladie dans le cadre de l'URCAM, Union régionale des caisses d'assurance maladie.

Dans la population couverte par ces 3 régimes, qui représente environ 97 % de la population régionale, près de 55 000 personnes ont été admises en ALD en 2001. Depuis 1999, le nombre de ces nouveaux bénéficiaires a progressé de 25 %.

● Les maladies cardio-vasculaires (34 % de l'ensemble des motifs), les tumeurs malignes (27 %), les pathologies mentales (12 %) et le diabète (12 %) représentent les 4 principaux motifs d'admission, en moyenne sur la période 1999-2001.

● La comparaison des données nationales et régionales d'admission en ALD doit être réalisée avec prudence, en raison notamment des limites concernant les populations de référence utilisées pour le calcul des taux. Toutefois, dans la population régionale relevant du seul régime général, il existe une moindre fréquence des admissions en ALD sur la période 1999-2000. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces admissions est en effet inférieure de 8 % à la moyenne nationale.

Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les maladies cardio-vasculaires (- 11 %), les troubles mentaux (- 15 %) et le diabète (- 16 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancer dépasse de façon légère mais significative la moyenne nationale (+ 4 %). Les admissions sont significativement plus fréquentes pour les localisations cancéreuses en lien avec la consommation d'alcool (voies aéro-digestives supérieures, foie) chez les hommes, pour le cancer du sein chez les femmes, et pour les lymphomes malins non hodgkiniens, les myélomes multiples et les maladies immunoprolifératives pour les deux sexes. Elles sont par contre significativement moins fréquentes pour les localisations cancéreuses en lien avec la consommation de tabac (poumon, vessie) pour les deux sexes, et pour le cancer du col de l'utérus chez les femmes.

Ces différences entre la situation régionale et la moyenne nationale sont complexes à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer ce qui résulte d'une réelle différence de morbidité dans la population et ce qui est à rattacher aux différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives. Toutefois, elles s'avèrent pour la plupart cohérentes avec les autres données épidémiologiques régionales.

## Affections de longue durée (ALD) 4.3

### 1 MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DUREE Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

HOMMES	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges	
					Effectif	%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	10	71	572	453	1 105	4,1
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	5	7	9	4	24	< 1%
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1	171	2 375	1 118	3 665	13,7
4. Bilharziose compliquée	0	0	0	0	0	< 1%
5. Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	72	87	898	900	1 957	7,3
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3	173	466	51	693	2,6
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	12	97	29	0	139	< 1%
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	36	285	2 478	541	3 340	12,5
9. Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	78	105	153	50	386	1,4
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constit. et acquises sévères	2	1	0	0	4	< 1%
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	16	22	14	3	55	< 1%
12. Hypertension artérielle sévère	2	59	1 305	675	2 041	7,6
13. Maladie coronaire	1	90	505	138	734	2,7
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	70	57	474	294	894	3,3
15. Lèpre	0	0	0	0	0	< 1%
16. Maladie de Parkinson	0	4	165	198	367	1,4
17. Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	23	52	89	7	172	< 1%
18. Mucoviscidose	7	3	0	0	11	< 1%
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	17	44	112	71	244	< 1%
20. Paraplégie	7	38	30	10	86	< 1%
21. PAN, LED * et sclérodémie généralisée évolutive	2	11	39	25	77	< 1%
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	7	37	128	35	206	< 1%
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	231	948	732	588	2 499	9,3
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	7	106	47	5	165	< 1%
25. Sclérose en plaques	0	26	26	0	53	< 1%
26. Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	9	11	0	0	20	< 1%
27. Spondylarthrite ankylosante grave	1	70	38	3	112	< 1%
28. Suite de transplantation d'organe	1	14	116	19	149	< 1%
29. Tuberculose active	4	45	53	33	136	< 1%
30. Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	52	470	4 777	2 063	7 361	27,5
99. ALD non ventilée	14	11	41	22	88	< 1%
<b>Total</b>	<b>690</b>	<b>3 114</b>	<b>15 673</b>	<b>7 305</b>	<b>26 782</b>	<b>100,0</b>

FEMMES	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges	
					Effectif	%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	5	51	301	653	1 010	4,2
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	4	9	9	8	30	< 1%
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	0	38	742	1 336	2 116	8,8
4. Bilharziose compliquée	0	0	0	0	0	< 1%
5. Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	53	41	450	1 227	1 771	7,4
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	2	80	231	33	346	1,4
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	12	47	10	2	71	< 1%
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	29	230	1 761	751	2 771	11,6
9. Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	67	108	114	75	364	1,5
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constit. et acquises sévères	1	4	0	0	5	< 1%
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	3	19	5	0	27	< 1%
12. Hypertension artérielle sévère	1	46	1 074	1 374	2 495	10,4
13. Maladie coronaire	0	9	112	155	276	1,2
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	30	69	303	257	660	2,8
15. Lèpre	0	0	0	0	0	< 1%
16. Maladie de Parkinson	0	2	132	224	359	1,5
17. Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	25	33	46	8	112	< 1%
18. Mucoviscidose	7	4	0	0	11	< 1%
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	9	29	63	62	163	< 1%
20. Paraplégie	7	18	18	10	53	< 1%
21. PAN, LED * et sclérodémie généralisée évolutive	2	43	96	78	219	< 1%
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	11	70	256	105	443	1,8
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	121	840	1 081	1 619	3 661	15,3
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	7	130	45	10	191	< 1%
25. Sclérose en plaques	0	98	56	1	155	< 1%
26. Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	86	24	4	1	114	< 1%
27. Spondylarthrite ankylosante grave	2	55	29	3	88	< 1%
28. Suite de transplantation d'organe	0	4	17	13	34	< 1%
29. Tuberculose active	5	30	39	30	104	< 1%
30. Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	48	714	3 802	1 675	6 239	26,0
99. ALD non ventilée	11	11	26	32	79	< 1%
<b>Total</b>	<b>548</b>	<b>2 854</b>	<b>10 823</b>	<b>9 743</b>	<b>23 967</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses de l'assurance maladie

\* PAN, LED : Péralarctite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé

### Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques

Le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

**Certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, ce qui conduit à une sous-estimation des nouveaux cas. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants :**

- existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue, notamment chez les personnes les plus âgées
- exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médico-social...)
- couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle...)
- raisons de confidentialité
- affection ne présentant pas les critères de gravité nécessaires.

**Une sursurveillance de l'incidence est également possible.**

C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant. Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).

Toutefois, l'augmentation depuis 1998 des durées d'attribution du bénéfice de l'ALD limite considérablement ce risque.

Actuellement, ces durées sont les suivantes :

- Infarctus du myocarde : 1 an
- Tuberculose : 2 ans
- Scoliose : jusqu'à maturation osseuse
- Tumeurs malignes : 10 ans
- Troubles névrotiques : 10 ans
- Autres troubles mentaux : définitif
- Autres affections : définitif.

**Certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie, notamment dans les contextes suivants :**

- amélioration des possibilités de diagnostic
- évolution des possibilités thérapeutiques, et notamment disponibilité de nouveaux traitements coûteux
- évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits
- évolution de la situation financière du patient
- modification du bénéfice lié à l'exonération du ticket modérateur.

Par ailleurs, il faut souligner que pour certaines pathologies, le motif d'admission retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral, ou hémiparésie par exemple).

Enfin, l'admission en ALD étant liée à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée. Au niveau régional, les statistiques portent sur la population couverte par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) soit 97 % de la population des Pays de la Loire.

## 4 VUES D'ENSEMBLE

### Contexte national

Selon les données issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 14,6 millions de séjours hospitaliers ont été effectués en 2000 dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements publics et privés de France métropolitaine. 4,3 millions d'entre eux, soit près de 30 %, sont des séjours de moins de 24 heures, programmés pour la plupart.

Le taux d'hospitalisation en services de médecine, chirurgie et obstétrique est très élevé dans la première année de vie (plus de 500 séjours pour 1 000 habitants). Ensuite, il diminue pour atteindre un minimum entre 5 et 14 ans (100 pour 1 000 habitants) puis remonte progressivement et à partir de 75 ans, retrouve et dépasse le niveau observé avant 1 an.

A tout âge, les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins, sauf entre 15 et 44 ans, période où les hospitalisations plus nombreuses des femmes sont motivées par la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Les données médicales recueillies, et notamment le diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant, permettent d'analyser les affections prises en charge à l'hôpital. Malgré certaines limites liées aux objectifs et aux modalités du PMSI (voir ci-contre), les informations ainsi mobilisées sont riches de constats et d'interrogations, pour les cliniciens comme pour les gestionnaires du système de santé.

La répartition des diagnostics d'hospitalisation selon les 21 chapitres de la 10ème classification internationale des maladies (CIM 10) montre tout d'abord que 12 % des séjours ont pour diagnostic principal un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme", c'est-à-dire correspondent principalement à des hospitalisations pour surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal, ou chimiothérapie. Dans plus de 60 % des cas, il s'agit de séjours programmés de moins de 24 heures.

Ces séjours liés à un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme" constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (12 % des séjours) et le second chez les femmes. Chez ces dernières, la grossesse et l'accouchement constituent en effet le premier diagnostic d'hospitalisation, à l'origine de 1,2 million de séjours annuels soit près de 16 % de l'ensemble des séjours féminins.

Viennent ensuite chez les hommes comme chez les femmes les maladies de l'appareil digestif (12 % des séjours), les maladies de l'appareil circulatoire (9 %), les lésions traumatiques et empoisonnements (8,5 %) et les tumeurs (8 %).

Les diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents varient très fortement selon les groupes d'âge. Avant un an, ce sont les affections périnatales qui prédominent (34 % des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (15 %), bronchites et bronchiolites notamment (8 %).

Entre 1 et 14 ans, 20 % des séjours sont liés aux maladies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire, 14 % aux lésions traumatiques et empoisonnements et 12 % aux maladies de l'appareil digestif, appendicite et pathologies bucco-dentaires principalement.

Entre 15 et 44 ans, les motifs d'hospitalisation sont très différents selon le sexe. Pour les hommes, 19 % des séjours ont

pour diagnostic principal une affection d'origine traumatique, 15 % une pathologie digestive (affections bucco-dentaires, hernie abdominale et appendicite notamment) et 10 % des atteintes ostéo-articulaires (dorso-lombalgies et affections péri-articulaires le plus souvent). Chez les femmes, plus de 40 % des séjours sont liés à la grossesse.

Pour la tranche d'âge 45-74 ans, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil digestif ont un poids équivalent (13 %).

Au-delà de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont au premier plan (20 % des séjours), devant les tumeurs, les maladies de l'œil (cataracte notamment) et les maladies de l'appareil digestif. Ces 3 groupes de pathologies représentent chacun environ 10 % des séjours.

*Bibliographie page 167*

### Dans les Pays de la Loire

- Plus de 730 000 séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des habitants des Pays de la Loire au cours de l'année 2000.
- A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services de la population régionale est inférieur de 9 % à la moyenne nationale. Cet écart s'observe pour les deux sexes, et de façon relativement constante pour la quasi-totalité des classes d'âge (voir page 146).
- Cette moindre fréquence des séjours hospitaliers de ligériens se retrouve de façon plus ou moins marquée pour la plupart des 21 chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM-10).
- Seules les affections ORL constituent un diagnostic d'hospitalisation significativement plus fréquent dans la région avec, en 2000, une fréquence de séjours supérieure de 42 % à la moyenne nationale. Cette situation s'explique par la plus grande fréquence des séjours pour otites et mastoïdites (+ 66 %).
- L'analyse par pathologies détaillées met en outre en évidence, pour l'année 2000, une fréquence de séjours supérieure d'au moins 25 % à la moyenne nationale pour un certain nombre de diagnostics d'hospitalisation, et notamment :
  - chez les hommes, pour cancers hépatiques, cirrhoses et maladies chroniques du foie
  - pour les deux sexes, pour mélanome, tumeurs bénignes du côlon-rectum, glaucome, maladies des amygdales et végétations, maladies des dents et du parodonte, plaie du membre supérieur.
- Ces différences sont complexes à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer ce qui résulte d'une différence de morbidité dans la population, et ce qui est à rattacher à des différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs ...), voire à des habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI.

**1 NOMBRE DE SEJOURS HOSPITALIERS SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL**  
Pays de la Loire (2000)

HOMMES	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges		ICH
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%	
1. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2 352	1 245	1 177	611	5 386	1,6	75
2. Tumeurs	856	3 628	22 402	6 888	33 772	10,0	105
dont : - Tumeurs malignes	294	1 418	14 397	5 339	21 447	6,3	
- Tumeurs bénignes	527	2 006	6 895	1 066	10 494	3,1	117
3. Mal. sang et org. hémato. et certains troubles immunitaires	318	326	909	613	2 165	0,6	82
4. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	638	1 087	3 263	904	5 892	1,7	81
5. Troubles mentaux et du comportement	274	3 557	2 512	799	7 143	2,1	96
6. Maladies du système nerveux	863	2 692	5 160	1 743	10 459	3,1	85
7. Maladies de l'oeil et de ses annexes	783	929	6 057	5 057	12 825	3,8	
8. Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	5 750	887	874	140	7 654	2,3	142
9. Maladies de l'appareil circulatoire	216	3 727	20 144	10 618	34 704	10,2	85
10. Maladies de l'appareil respiratoire	10 297	3 685	6 216	4 349	24 547	7,2	96
11. Maladies de l'appareil digestif	4 839	14 657	19 855	5 248	44 600	13,2	96
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	915	2 999	1 504	511	5 930	1,7	86
13. Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	773	9 009	12 155	2 251	24 187	7,1	
14. Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 652	3 718	7 823	2 949	17 142	5,1	85
15. Grossesse, accouchement et puerpéralité	///	///	///	///	///	///	///
16. Certaines affections d'origine périnatale	3 523	0	0	0	3 523	1,0	85
17. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2 486	646	254	34	3 421	1,0	
18. Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	4 737	4 184	9 168	4 498	22 587	6,7	91
19. Lésions traumatiques, empoisonnements	5 291	17 337	9 224	2 940	34 791	10,3	95
21. Autres motifs de recours aux soins	4 415	8 405	20 955	4 447	38 223	11,3	73
<b>Total</b>	<b>51 981</b>	<b>82 718</b>	<b>149 651</b>	<b>54 599</b>	<b>338 949</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>

FEMMES	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges		ICH
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%	
1. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 830	1 012	992	918	4 751	1,2	78
2. Tumeurs	858	5 922	17 493	5 818	30 089	7,6	97
dont : - Tumeurs malignes	231	1 598	8 531	4 311	14 671	3,7	95
- Tumeurs bénignes	582	3 769	8 028	1 088	13 467	3,4	
3. Mal. sang et org. hémato. et certains troubles immunitaires	214	443	966	952	2 575	0,7	78
4. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	645	2 266	3 908	1 603	8 421	2,1	75
5. Troubles mentaux et du comportement	384	2 926	2 261	1 565	7 134	1,8	94
6. Maladies du système nerveux	679	3 289	5 083	2 270	11 318	2,9	85
7. Maladies de l'oeil et de ses annexes	779	798	8 240	9 888	19 707	5,0	104
8. Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	4 543	874	985	264	6 667	1,7	142
9. Maladies de l'appareil circulatoire	175	3 846	12 025	12 322	28 368	7,2	87
10. Maladies de l'appareil respiratoire	7 700	3 167	3 728	4 452	19 047	4,8	98
11. Maladies de l'appareil digestif	4 467	16 015	15 806	6 745	43 034	10,9	89
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	692	2 091	1 316	785	4 883	1,2	81
13. Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	673	5 949	12 629	4 539	23 789	6,0	92
14. Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 079	11 187	10 170	2 156	24 591	6,3	93
15. Grossesse, accouchement et puerpéralité	26	65 574	130	0	65 730	16,7	
16. Certaines affections d'origine périnatale	2 930	0	0	0	2 930	0,7	84
17. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 392	915	413	75	2 794	0,7	
18. Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	4 250	4 917	6 760	5 154	21 081	5,4	83
19. Lésions traumatiques, empoisonnements	3 430	7 075	8 270	8 217	26 991	6,9	90
21. Autres motifs de recours aux soins	3 572	14 248	17 355	4 375	39 549	10,1	77
<b>Total</b>	<b>40 318</b>	<b>152 510</b>	<b>128 527</b>	<b>72 096</b>	<b>393 450</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
Seuls les ICH présentant une différence significative entre la région et la France sont mentionnés.

**Limites de l'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques**

Le programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Il consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les diagnostics recueillis pour chaque séjour (un diagnostic principal et quelques diagnostics associés) sont codés avec la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa 10ème révision (CIM 10), qui comporte 21 chapitres.

Le chapitre 20 "Causes externes de morbidité et de mortalité" qui permet de coder les circonstances des accidents, des chutes et des empoisonnements n'est pas utilisé pour coder le diagnostic principal d'hospitalisation.

Les données concernant les motifs d'hospitalisation présentées dans ce document 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. Cette définition s'explique par la finalité budgétaire du PMSI, et constitue l'une des principales limites à son utilisation à des fins épidémiologiques.

Une autre limite importante réside dans le fait que le PMSI permet pour l'instant de dénombrer des séjours pour une pathologie, et non des patients hospitalisés pour cette pathologie. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises pour une même pathologie est donc compté plusieurs fois. La mise en place, actuellement en cours, d'un chaînage entre les séjours concernant un même patient devrait permettre de résoudre ce problème dans les années à venir.

Pour les séjours liés aux troubles mentaux, il faut bien considérer que les données présentées concernent les séjours de médecine-chirurgie-obstétrique mais pas les établissements spécialisés en psychiatrie.

Les informations présentées dans ce document proviennent de l'exploitation des bases de données du PMSI réalisées par la DREES, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères chargés de la santé et des affaires sociales.

**DEFINITIONS**

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : diagnostic défini à la fin du séjour du patient comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

**Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** : cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observé dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 86 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.

**Données domiciliées redressées** : données concernant les hospitalisations de personnes habitant la région, quel que soit leur lieu d'hospitalisation, et redressées pour tenir compte du défaut d'exhaustivité de la base.

## 5 SANTÉ DES POPULATIONS

### Contexte national

Si en France, comme dans l'ensemble des pays développés, la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de la maladie et de la mort. En témoignent les taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, qui sont du même ordre de grandeur avant un an et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ainsi que le niveau relativement élevé de la mortalité infantile, même si celui-ci a considérablement reculé au cours des dernières décennies.

En 2000, près de 3 500 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France métropolitaine. Rapporté aux 770 000 naissances annuelles, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,5 décès pour 1 000 naissances. Pour cet indicateur, la France se situe en 2000 au 5ème rang des pays européens, les pays du Nord étant les mieux placés.

Environ la moitié de ces décès surviennent lors la première semaine de vie, et 65 % le premier mois. Les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 42 % des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 23 % des décès, et le syndrome de la mort subite du nourrisson (10 %). La surmortalité masculine s'observe dès la naissance : elle est globalement de 30 % avant un an et atteint 50 % pour la mort subite du nourrisson.

La mortalité infantile a connu un recul considérable au cours des dernières décennies. Elle a été divisée par deux entre 1970 et 1990, puis par 1,6 entre 1990 et 2000. Cette évolution résulte principalement ces dernières années de la mise en place d'une politique de prévention efficace de la mort subite du nourrisson basée essentiellement sur la modification des modalités de couchage des enfants, et plus généralement des progrès de la médecine néonatale. Aujourd'hui, ces progrès posent toutefois la question du devenir des enfants nés très prématurément (environ 9 000 naissances annuelles avant 33 semaines) car on estime que 30 % des handicaps psychomoteurs et sensoriels majeurs de la petite enfance sont liés aux séquelles de la prématurité.

Avant un an, le recours aux soins hospitaliers est particulièrement fréquent. Ainsi, une enquête nationale menée en 2002 par la DREES observait des taux de passage aux urgences qui approchaient 300 %. En d'autres termes, il y avait eu pour ces enfants de moins d'un an trois fois plus de recours aux urgences que leur nombre dans la population générale. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation en 2000 atteignaient 529 séjours pour 1 000 enfants nés vivants (hors séjours des nouveau-nés restés près de leur mère).

Les diagnostics d'hospitalisation des enfants de moins d'un an sont, comme la mortalité infantile, dominés par les affections périnatales. Elles constituent le diagnostic principal du tiers des séjours hospitaliers (soit 138 000 séjours en 2000). Les pathologies infectieuses représentent l'autre grand groupe de diagnostics d'hospitalisation de ces enfants. Les bronchites et bronchiolites aiguës sont ainsi à l'origine de 8 % des séjours et les maladies infectieuses intestinales de 6 %.

En ambulatoire, la prise en charge de la santé des jeunes enfants est assurée par de nombreux professionnels et notam-

ment par les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins et puéricultrices des services de Protection maternelle et infantile (PMI). Si, comme pour l'hôpital, la pathologie infectieuse constitue un motif fréquent de recours aux soins de ville, la dimension préventive de cette prise en charge est également très importante (suivi de la croissance, du développement psychomoteur et affectif, vaccinations, conseils alimentaires...) et donne lieu à des consultations régulières, au-delà des bilans de santé obligatoires.

*Bibliographie page 167*

### Dans les Pays de la Loire

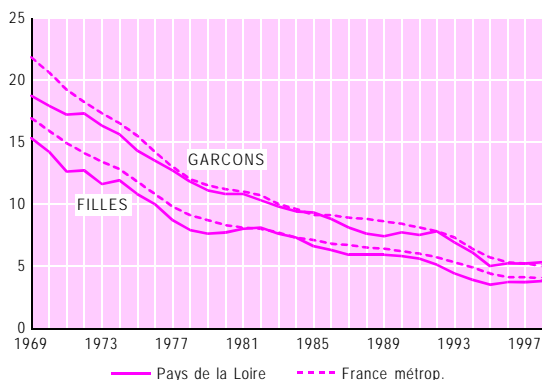
- 181 enfants de la région âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1997-99. Rapporté aux 40 000 naissances annuelles domiciliées dans la région, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,5 décès pour 1 000 naissances, identique au taux national.
- Comme en France, la mortalité infantile dans la région a continué à diminuer fortement au cours des dernières décennies. Entre les années 1981-1983 et 1997-1999, le nombre de décès a été divisé par 2, passant de plus de 400 à moins de 200, tout comme le taux de mortalité infantile (de 9,2 à 4,5 pour 1 000).
- 38 % de ces décès avant un an sont dus à des affections d'origine périnatale, 21 % à des anomalies congénitales et 13 % au syndrome de la mort subite du nourrisson.
- En 2000, près de 20 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des jeunes ligériens de moins d'un an. Cela correspond à un taux annuel de séjour très important, 452 séjours pour 1 000 enfants nés vivants. Ce taux est toutefois inférieur de 10 % à la valeur moyenne française. Les affections d'origine périnatale, prématurité et hypotrophie notamment, constituent le diagnostic principal de 32 % de ces séjours. Les bronchites et bronchiolites aiguës se classent au second rang (10 % des séjours), devant les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (6 %). Les otites et mastoïdites sont à l'origine de 5,5 % des séjours, et pour ces affections, le taux régional d'hospitalisation est deux fois supérieur au taux moyen.
- Les admissions en affection de longue durée (ALD) sont par contre relativement peu nombreuses dans cette classe d'âge. Dans la région, environ 150 enfants de moins d'un an ont été admis en ALD en moyenne chaque année sur la période 1999-2001. Les motifs de ces admissions sont dans leur grande majorité des affections d'origine congénitale, qui vont nécessiter une prise en charge importante et prolongée. Les cardiopathies représentent 38 % des admissions et sont principalement des malformations cardiaques congénitales.



## La santé des enfants de moins d'un an 5.1

### 1 EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1969 - 1998)



Source : INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 1 000 naissances vivantes

### 2 CAUSES DE DECES DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

Pays de la Loire (moyenne 1981-1983 et 1997-1999)

France métropolitaine (moyenne 1997-1999)

Causes médicales de décès	Nombre de décès		Répartition en % 1997-1999	
	1981-83	1997-99	PDL	France m.
Affections de la période périnatale	79	69	38,4	40,7
Anomalies congénitales	93	39	21,4	22,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	170	36	19,7	18,0
<i>dont : mort subite du nourrisson</i>	84	23	12,9	10,6
Traumatismes et empoisonnements	36	8	4,4	4,2
Autres causes	39	29	16,1	14,9
<b>Total toutes causes</b>	<b>417</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépIdc

### 3 DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION

DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
P 00-96	Affections d'origine périnatale <i>dont : prématurité et hypotrophie</i>	6 453 1 979	32,4 9,9
J 20-22	Bronchite et bronchiolite aiguës	1 960	9,8
Q 00-99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 276	6,4
H 65-67, 70	Otitis moyennes et mastoïdite	1 099	5,5
A 00-09	Maladies intestinales infectieuses	945	4,7
	Autres causes	8 176	41,1
	<b>Total toutes causes</b>	<b>19 909</b>	<b>100,0</b>

Sources : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux de mortalité infantile	Période	Valeur	Rang*
Garçons	1997-99	5,3	19ème
Filles	1997-99	3,8	12ème
Deux sexes	1997-99	4,5	15ème

Source : INSEE

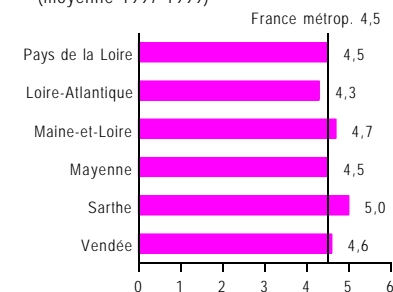
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

**Attention** : en raison des faibles effectifs concernés, ces rangs sont susceptibles de connaître d'importantes fluctuations

### 5 TAUX DE MORTALITE INFANTILE

Pays de la Loire, France métropolitaine

(moyenne 1997-1999)



Source : INSEE

**Attention** : en raison des faibles effectifs concernés, ces valeurs sont susceptibles de connaître d'importantes fluctuations

### 6 MOTIFS D'ADMISSION EN ALD DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	Nbre	%
Cardiopathies congénitales	59	38,3
Maladies endocriniennes et métaboliques héréditaires	15	9,7
Affections neuromusculaires	14	9,1
Déficit immunitaire primitif grave et infection par le VIH	12	7,8
Trisomie 21	10	6,5
Mucoviscidose	7	4,5
Tumeurs malignes	7	4,5
Autres	30	19,5
<b>Total toutes affections</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

#### DEFINITIONS

**Taux de mortalité infantile** : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

**Affection de longue durée, ALD** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29 - NB : les séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprennent pas les séjours des nouveau-nés restés près de leur mère.

## 5 SANTÉ DES POPULATIONS

### Contexte national

La classe d'âge des moins de 15 ans, qui compte plus de 10 millions d'enfants en 1999, correspond à l'enfance et au début de l'adolescence. Période essentielle dans le développement somatique et psycho-affectif de l'individu, elle constitue une étape primordiale pour les apprentissages, les acquisitions culturelles et scolaires, l'intégration à la vie sociale, le développement des comportements et habitudes de vie, autant de domaines où l'environnement, familial et social, joue un rôle très important. Sur un plan somatique, la santé des enfants de 1-14 ans se distingue très nettement de celle des enfants de moins d'un an, tant en termes de morbidité que de mortalité, et fait donc l'objet d'une approche spécifique.

Entre 1 et 14 ans, la grande majorité des enfants sont en bonne santé. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, caries dentaires, troubles de la réfraction...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés. Ces affections sont également les motifs les plus fréquents de recours aux soins de ville, devant les actes de prévention, examens systématiques et vaccinations notamment. Ces affections bénignes sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux curatifs ou préventifs (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose de drains transtympaniques, extractions dentaires...).

Un certain nombre d'enfants de cette classe d'âge n'en sont pas moins atteints de pathologies lourdes, comme les pathologies mentales, représentant près du tiers des motifs d'admissions en affection de longue durée (ALD). Il s'agit principalement de retards mentaux, de troubles envahissants du développement - autisme notamment - et de trisomie 21. Les autres causes fréquentes d'admissions en ALD sont l'insuffisance respiratoire chronique grave (principalement l'asthme sévère), les affections cardio-vasculaires congénitales, les affections neuromusculaires, et pour les filles, la scoliose structurale évolutive nécessitant un traitement orthopédique ou chirurgical. Les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central principalement) représentent 6 % des motifs d'admissions en ALD mais constituent la seconde cause de décès (20 %) dans cette classe d'âge. La mortalité par cancer des moins de 15 ans est toutefois en nette diminution (- 25 % entre 1990 et 1997), notamment grâce aux progrès dans le traitement des leucémies.

Les accidents de la circulation et de la vie courante représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants, en France plus que dans la plupart des pays européens. Entre 1 et 14 ans, les taux d'hospitalisation et de mortalité sont très bas par rapport à ceux des autres classes d'âge. Les accidents et leurs conséquences sont à l'origine de plus d'un tiers des décès (environ 600 par an) et de plus de 10 % des hospitalisations. Les garçons sont particulièrement concernés avec, en 1999, une mortalité par accident supérieure de 45 % à celle des filles et des taux d'hospitalisation pour traumatisme près de deux fois plus élevés. La mortalité par accident a toutefois fortement reculé (- 29 % entre 1990 et 1997).

Deux problèmes de santé émergents, en France comme dans la plupart des pays européens, concernent particulièrement les enfants de 1 à 14 ans : l'asthme et l'obésité. Selon l'en-

quête ISAAC, l'asthme concerne 9 % des enfants et 12 % des adolescents. Quant au surpoids et à l'obésité, liés à la fois à la modification des comportements alimentaires et à la diminution de l'activité physique, ils affectent en France 14 % des garçons de 7 à 9 ans et 18 % des filles selon une étude de l'Institut de veille sanitaire.

Bibliographie page 168

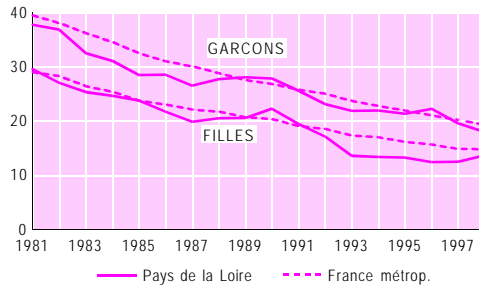
### Dans les Pays de la Loire

- La mortalité régionale des enfants de 1 à 14 ans diffère peu de la moyenne nationale et a également connu un recul considérable au cours des dernières décennies. Ainsi, entre 1981 et 1998, le taux comparatif de mortalité de cette classe d'âge a diminué de plus de 50 %. Le nombre de jeunes ligériens qui décèdent chaque année, qui dépassait 200 au début des années 80 est désormais inférieur à 100. Cette baisse a touché avec une même ampleur les principales causes de décès. Le nombre de morts violentes (actuellement 46 % des décès des 1-14 ans), a été réduit de moitié. Les décès par cancer (14 %) a été divisé par 3, grâce à la diminution très nette des décès par leucémie.
- Sur les 582 000 enfants âgés de 1-14 ans de la région, environ 340 sont admis chaque année en ALD pour une pathologie mentale. Ce problème de santé est à l'origine de plus de 30 % des admissions annuelles en ALD pour cette classe d'âge, loin devant les affections neuromusculaires (12 %), les scoliozes (9 %), les cancers (9 %) et les affections respiratoires, principalement représentées par l'asthme sévère (8 %).
- Selon l'enquête Bilan de santé scolaire menée en 1999 auprès des enfants de 6 ans, la prévalence régionale de l'asthme diagnostiqué (8 %) est significativement supérieure à la moyenne nationale (6 %). Elle confirme la situation plutôt favorable de la région en matière de surcharge pondérale déjà observée par plusieurs études, avec une proportion d'enfants ligériens présentant un surpoids (selon les références IOTF) de 11 %, inférieure à la moyenne nationale (14 %).
- Cette enquête montre également la bonne couverture vaccinale des enfants de la région pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), puisque 94 % des enfants de 6 ans vus en bilan de santé scolaire ont été vaccinés contre ces affections.
- En 2000, plus de 72 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des jeunes ligériens âgés de 1 à 14 ans. Une proportion très importante de ces séjours, souvent très brefs, a pour diagnostic principal une affection nécessitant un geste chirurgical : otite moyenne et mastoïdite (11 % des séjours), maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (11 %), affections dentaires (5 %), appendicite (3 %). Les lésions traumatiques et empoisonnements sont quant à eux à l'origine de plus de 8 000 séjours (11 %), les fractures du membre supérieur et les traumatismes crâniens constituant les atteintes les plus fréquentes.

## La santé des enfants de 1 à 14 ans 5.2

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE DES ENFANTS DE 1 A 14 ANS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 2 MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DUREE DES ENFANTS DE 1 A 14 ANS

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	Garçons		Filles		Ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Troubles mentaux	221	37,3	116	23,6	338	31,2
dont : retard mental	38	6,4	26	5,3	64	5,9
Affections neuromusculaires	69	11,6	62	12,6	131	12,1
Scoliose	9	1,5	86	17,5	95	8,8
Cancers	48	8,1	44	9,0	93	8,6
dont : leucémies	12	2,0	12	2,4	24	2,2
Affections respiratoires	63	10,6	28	5,7	92	8,5
dont : asthme	57	9,6	25	5,1	82	7,6
Cardiopathies	35	5,9	31	6,3	66	6,1
Diabète	34	5,7	28	5,7	62	5,7
Autres	114	19,2	96	19,6	210	19,4
<b>Total</b>	<b>593</b>	<b>100,0</b>	<b>491</b>	<b>100,0</b>	<b>1 084</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

### 3 DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION DES ENFANTS DE 1 A 14 ANS Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic principal	Garçons		Filles		Ensemble	
		Nbre séjours	%	Nbre séjours	%	Nbre séjours	%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	8 429	20,8	6 490	20,4	14 919	20,6
	- mal. chron. amygdales, adénoïdes	4 602	11,3	3 574	11,2	8 175	11,3
	- asthme	837	2,1	501	1,6	1 339	1,8
H60-H95	Maladies oreille et apophyse mastoïde	5 121	12,6	4 043	12,7	9 166	12,7
	- otite moyenne et mastoïdite	4 610	11,4	3 644	11,5	8 254	11,4
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	5 067	12,5	3 209	10,1	8 276	11,4
	- fracture d'un membre supérieur	1 212	3,0	733	2,3	1 944	2,7
	- traumatisme crânien	849	2,1	516	1,6	1 366	1,9
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	4 171	10,3	4 060	12,8	8 232	11,4
	- maladie des dents et du parodonte	1 495	3,7	1 924	6,0	3 419	4,7
	- appendicite	1 296	3,2	1 200	3,8	2 496	3,4
	Autres	17 792	43,8	14 008	44,0	31 797	43,9
<b>Total</b>		<b>40 580</b>	<b>100,0</b>	<b>31 810</b>	<b>100,0</b>	<b>72 390</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 4 CAUSES DE DECES DES ENFANTS DE 1 A 14 ANS Pays de la Loire (moyenne 1981-1983 et 1997-1999)

Cause médicale de décès	1981-1983	1997-1999
Traumatismes et empoisonnements	99	42
dont : - accidents de la circulation	44	20
- noyade et submersion accidentelles	14	7
Tumeurs malignes	40	13
dont : - leucémies	19	4
- tumeurs de l'encéphale	3	3
Anomalies congénitales	18	7
Autres	57	29
<b>Total toutes causes</b>	<b>214</b>	<b>91</b>

Source : INSERM CépiDc

### 5 ETAT DE SANTE DES ENFANTS AGES DE 6 ANS

Enquête "Bilans de santé scolaire - 6 ans" (1999)

	Pays de la Loire		France	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
SURCHARGE PONDERALE (réf IOTF)				
Surpoids	9%	12%	12%	16%
- dont obésité	1%	2%	3%	4%
PATHOLOGIE ASTHMATIQUE				
Asthme diagnostiqué	10%	7%	7%	5%
Asthme diagnostiqué ou symptômes asthmatiques	15%	11%	13%	10%
COUVERTURE VACCINALE PAR LE ROR				
Enfants vaccinés	94%		92%	

Source : DRASS-DREES Enquête Bilans de santé scolaire - 6 ans - 1999

### 6 NOMBRE DE VICTIMES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION AGEES DE MOINS DE 15 ANS

Pays de la Loire (moyenne 2000-2002)

	Piétons	Deux roues	Véhicules légers
Tués	3	5	13
Blessés graves	26	33	25

Source : Observatoire régional de la sécurité routière

#### DEFINITIONS

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 28 et 29.

**Surpoids et obésité,** références IOTF : voir définitions page 65

#### Asthme diagnostiqué et symptômes asthmatiques

Dans l'enquête Bilans de santé scolaire :

- les enfants atteints d'un asthme diagnostiqué sont ceux dont les parents ont déclaré un diagnostic d'asthme posé par un médecin ou un traitement par bronchodilatateur ou corticoïdes inhalés au cours des 12 derniers mois,
- les enfants porteurs de symptômes asthmatiques sont définis comme ceux ayant eu au cours des 12 derniers mois, au moins à 3 reprises, au moins deux des symptômes suivants : sifflements ou bronchites sifflantes, gêne nocturne avec difficultés à vider ses poumons, quintes de toux provoquées par l'air froid ou au petit matin.

**ROR :** vaccination trivalente contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

## 5 SANTÉ DES POPULATIONS

### Contexte national

La classe d'âge des 15 à 44 ans rassemble près de 25 millions de personnes. La grande majorité de cette population est en bonne santé, comme en témoignent, par rapport aux autres classes d'âge, les faibles recours aux soins de ville et aux soins hospitaliers (soins liés à la maternité exceptés), et les faibles taux de mortalité. C'est une période de la vie où les hommes et les femmes, grâce aux acquis de l'enfance, développent une vie autonome sur les plans affectif, sexuel, social et professionnel. A cette occasion, ils adoptent pour certains des comportements (consommation d'alcool, de tabac, prises de risques...) ou vivent dans des environnements (expositions professionnelles) susceptibles d'altérer leur santé à court terme, mais qui surtout vont conditionner pour une large part leur état de santé futur.

Le tabagisme constitue un déterminant de santé particulièrement fréquent dans cette classe d'âge puisque, selon le Baromètre santé 2000 de l'INPES, 40 à 50 % de cette population déclarent fumer régulièrement. Les habitudes de consommation excessive d'alcool, régulières ou ponctuelles, concernent également une part importante et souvent sous-estimée de la population, notamment chez les hommes. Ainsi, selon l'enquête FNORS-DREES menée en 2000 auprès des patients des médecins généralistes, 25 à 35 % des hommes de 16-44 ans et 5 à 10 % des femmes ont des habitudes de consommation excessive, susceptibles de porter préjudice à leur santé.

La consommation excessive d'alcool constitue par ailleurs l'un des déterminants majeurs des morts violentes, dont le poids dans cette tranche d'âge est considérable. Ces morts violentes sont principalement dues aux accidents de la route et aux suicides, premiers motifs de décès entre 15 et 44 ans pour les 2 sexes, mais avec pour chacune de ces causes des taux de mortalité masculins 3 à 4 fois plus élevés que les taux féminins. Globalement, les morts violentes représentent un décès sur 2 chez les hommes et un sur 3 chez les femmes, ce qui situe la France au 3ème rang des pays de l'union européenne les plus concernés par ce problème, avec l'Espagne, mais après le Portugal et la Finlande.

Les traumatismes et empoisonnements constituent également pour les hommes de cette classe d'âge le premier diagnostic d'hospitalisation (19 % de l'ensemble des séjours en 2000). Par contre, chez les femmes, ils arrivent seulement au 4ème rang, en raison à la fois d'un taux de séjour 3 fois plus faible que celui des hommes, mais aussi du poids considérable des hospitalisations en lien avec la fécondité. En effet, plus du tiers des séjours hospitaliers des femmes de 15 à 44 ans (soit plus d'un million d'hospitalisations par an) sont directement liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum. S'y ajoutent les interruptions de grossesse, le plus souvent volontaires, qui font partie des principaux motifs de séjours de cette classe d'âge (280 000 séjours en 2000).

Parmi les maladies les plus fréquentes entre 15 et 44 ans, les troubles mentaux sont au premier plan. Outre leur poids dans la mortalité, lié principalement à la fréquence des suicides, ils représentent le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) à cet âge (1/3), pour les 2 sexes. Ils motivent une part importante (10 %) des séances de soins de ville et des séjours hospitaliers, en établissement spécialisé

mais également dans les services de court séjour, en raison notamment de la fréquence des tentatives de suicide dans cette classe d'âge, en particulier chez les femmes.

Les cancers ont déjà un poids important dans la mortalité et la morbidité dès cet âge, même si le plus souvent ils concernent des personnes plus âgées. Environ 10 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers surviennent entre 15 et 44 ans, et ces affections constituent alors la seconde cause de mortalité (20 % des décès) après les morts violentes. Les localisations les plus fréquentes sont chez les hommes celles liées au tabac et/ou à l'alcool (poumon, voies aéro-digestives supérieures) et chez les femmes, le sein, et à un moindre degré l'utérus et le poumon, avec pour cette dernière localisation une nette augmentation de l'incidence au cours des années récentes.

*Bibliographie page 168*

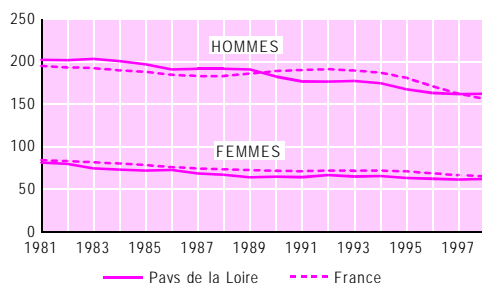
### Dans les Pays de la Loire

- La mortalité régionale des 15-44 ans ne diffère pas de la mortalité nationale et est, comme elle, en légère diminution depuis une vingtaine d'années. Environ 1 500 ligériens de cette classe d'âge décèdent chaque année, les deux tiers sont des hommes. Chez ces derniers, plus de la moitié des décès sont dus à des traumatismes ou empoisonnements. Chez les femmes, les deux principales causes de décès sont les traumatismes et empoisonnements (39 %) et les tumeurs (32 %).
- Sur les 1 350 000 ligériens de 15 à 44 ans, environ 1 800 sont admis en moyenne chaque année en ALD pour troubles mentaux. Ces affections sont à l'origine de 30 % des 6 000 admissions annuelles pour cette classe d'âge, devant les cancers (20 %) et le diabète (9 %). Chez les femmes de 15 à 44 ans, le cancer du sein explique à lui seul 11 % des admissions en ALD.
- En 2000, plus de 235 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des ligériens de 15 à 44 ans. 65 % des séjours concernent des femmes, près de la moitié étant en lien avec la fécondité. Chez les hommes, les motifs d'hospitalisation sont plus variés : un cinquième de ces séjours a pour diagnostic principal une lésion traumatique ou un empoisonnement. Ensuite, les deux motifs les plus fréquents sont les maladies digestives et les maladies du système ostéo-articulaire.
- En médecine générale, d'après une enquête réalisée en 2000 dans les Pays de la Loire, les infections ORL représentent près de 20 % des motifs de consultations des personnes âgées de 16 à 44 ans. La prévention (vaccination, bilan pour certificat médical et contraception) constitue aussi un motif important de consultation pour cette classe d'âge. C'est le deuxième pour les femmes (15 % des consultations) et le troisième pour les hommes (9 %), derrière les douleurs de l'appareil locomoteur.

## La santé des personnes de 15 à 44 ans 5.3

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE DES PERSONNES DE 15 A 44 ANS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 2 MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DUREE DES PERSONNES DE 15 A 44 ANS

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Troubles mentaux	948	30,4	840	29,4	1 788	30,0
dont : - psychoses	363	11,7	173	6,1	536	9,0
- troubles de l'humeur	129	4,1	212	7,4	341	5,7
Cancers	470	15,1	714	25,0	1 184	19,8
dont : cancer du sein	///	///	305	10,7	305	5,1
Diabète	285	9,2	230	8,1	515	8,6
Panartérite noueuse et Lupus érythémateux disséminé	173	5,6	80	2,8	253	4,2
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn	106	3,4	130	4,6	236	4,0
Affections neuromusculaires	105	3,4	108	3,8	214	3,6
Artériopathies	171	5,5	38	1,3	209	3,5
Autres	856	27,5	714	25,0	1 568	26,3
<b>Total</b>	<b>3 114</b>	<b>100,0</b>	<b>2 854</b>	<b>100,0</b>	<b>5 967</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

### 3 DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DE 15 A 44 ANS

Pays de la Loire (2000)

Codes CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
<b>HOMMES</b>			
S00 - T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	17 337	21,0
K00 - K93	Maladies de l'appareil digestif	14 657	17,7
	dont : maladies des dents et du parodonte	6 113	7,4
M00 - M99	Maladies du syst. ostéo-articulaire, muscles, ...	9 009	10,9
Z00 - Z99	Autres motifs de recours aux soins	8 405	10,2
	dont : surveillance post-traitement méd. ou chir.	4 671	5,6
	Autres	33 310	40,2
	<b>Total</b>	<b>82 718</b>	<b>100,0</b>
<b>FEMMES</b>			
O00 - O99	Grossesse et accouchement	65 574	43,0
	dont : avortement toutes causes	12 455	8,2
K00 - K93	Maladies de l'appareil digestif	16 015	10,5
	dont : maladies des dents et du parodonte	7 973	5,2
Z00 - Z99	Autres motifs de recours aux soins	14 248	9,3
	dont : - surveillance grossesse, nouveau-né normal	6 889	4,5
	- surveillance post traitement méd. ou chir.	3 095	2,0
N00 - N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	11 187	7,3
S00 - T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	7 075	4,6
	Autres	38 411	25,3
	<b>Total</b>	<b>152 510</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 4 CAUSES DE DECES DES PERSONNES DE 15-44 ANS

Pays de la Loire (moyenne 1997-1999 et 1981-1983)

Cause médicale de décès	1997-1999			1981-1983
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Traumatismes et empoisonnements	596	160	756	897
- accident de la circulation	232	68	299	385
- suicide	230	59	289	259
Tumeurs	186	133	319	256
- cancer de la trachée, bronches et poumon	41	9	50	20
- cancer du sein	-	44	44	27
Maladies de l'appareil circulatoire	89	27	116	119
Alcoolisme*	66	19	84	96
Autres	168	77	246	252
<b>Total toutes causes</b>	<b>1 105</b>	<b>416</b>	<b>1 521</b>	<b>1 620</b>

Source : INSERM CépiDc

\* cirrhose alcoolique, psychose alcoolique et alcoolisme (Codes CIM9 : 66 et 44). Les décès par "alcoolisme" ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à ce facteur.

### 5 PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE DES PERSONNES DE 16 A 44 ANS

Enquête auprès des patients vus une semaine donnée en médecine générale, Pays de la Loire (novembre 2000)

HOMMES	
Infection ORL	23,3%
Douleur de l'appareil locomoteur	18,9%
Prévention*	8,7%
Syndrome anxio-dépressif	7,7%
Douleur du rachis	7,2%
FEMMES	
Infection ORL	19,1%
Prévention*	15,3%
Douleur de l'appareil locomoteur	9,1%
Syndrome anxio-dépressif	7,6%
Surveillance de grossesse	6,5%

Source : Enquête Alcool en médecine générale. ORS Pays de la Loire, FNORS

\* vaccination, bilan pour certificat médical, contraception...

#### DEFINITIONS

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 5 SANTÉ DES POPULATIONS

### Contexte national

En 1999, la France compte près de 19 millions de personnes âgées de 45 à 74 ans. Le poids de cette population va continuer à croître dans les années à venir pour représenter 37 % de la population en 2020 contre 28 % en 1990. Dans cette tranche d'âge, sous l'effet conjugué du vieillissement physiologique et de l'exposition aux facteurs de risque des années antérieures, apparaissent de façon massive des problèmes de santé de nature et de gravité très variées : atteintes bénignes mais qui altèrent la qualité de vie et nécessitent de fréquents recours aux soins (problèmes visuels ou arthrose par exemple) ou affections plus sévères mettant en jeu le pronostic vital, cancers et pathologies cardio-vasculaires principalement.

Toutefois, depuis le début des années 80, la mortalité de cette classe d'âge a diminué d'environ 30 %, chez les hommes comme chez les femmes. Cette baisse de la mortalité concerne toutes les pathologies, mais est essentiellement due à la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires (- 47 %). Malgré cette évolution, l'écart de mortalité entre les sexes ne s'est pas réduit au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité masculins restant 2,5 fois supérieurs aux taux féminins.

Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est tout à fait considérable. En effet, sur 240 000 nouveaux cas annuels de cancers, 150 000 surviennent entre 45 et 74 ans (soit plus de 60 %). Ces affections sont à l'origine de près de la moitié des décès dans cette classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Elles représentent 30 % des motifs d'admission en affection de longue durée (ALD).

Les taux de mortalité masculins par tumeur sont 2,5 fois supérieurs aux taux féminins entre 45 et 74 ans, en raison principalement de la fréquence des cancers liés à l'alcool et au tabac. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez les hommes sont en effet, tant pour l'incidence que pour la mortalité, le poumon, les voies aéro-digestives supérieures et l'intestin, avec toutefois une nette prédominance du poumon pour la mortalité (12 % de l'ensemble des décès). Chez les femmes, il s'agit du sein, de l'intestin et du poumon, avec une prédominance marquée du cancer du sein, pour l'incidence (40 % des nouveaux cas de cancers dans cette classe d'âge) comme pour la mortalité (12 % de l'ensemble de décès).

Les affections cardio-vasculaires prennent également une place très importante dans la morbidité et la mortalité des 45-74 ans. Comme les tumeurs, ces pathologies motivent 30 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge, l'hypertension artérielle sévère représentant à elle seule 10 % du total des admissions. Cependant, le poids de cette affection dans la mortalité, bien que considérable (un quart des décès), est nettement moindre que celui des cancers (la moitié des décès).

Les affections cardio-vasculaires sont à l'origine d'un recours aux soins important, tant à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, ces pathologies représentent 13 % des diagnostics principaux d'hospitalisation, les principales affections en cause étant les cardiopathies ischémiques et les troubles de la conduction et du rythme chez les hommes, les varices des membres inférieurs et les cardiopathies ischémiques chez les femmes.

En médecine de ville, les pathologies cardio-vasculaires concernent 30 % des séances et sont principalement représen-

tées par l'hypertension artérielle (19 % des séances), les troubles circulatoires des membres inférieurs (7 %) et les cardiopathies ischémiques (4 %). S'y ajoutent également les séances motivées par la prise en charge de facteurs de risque cardio-vasculaires comme les troubles du métabolisme des lipides (9 % des séances) ou le diabète (4,6 %). Cette dernière affection représente par ailleurs 17 % des motifs d'admission en ALD dans cette classe d'âge.

Les morts violentes ne représentent que 8 % des décès dans la population des 45-74 ans contre 44 % chez les 15-44 ans. Mais cela résulte de l'émergence massive des affections cardio-vasculaires et des cancers parmi les causes de mortalité. Les taux de morts violentes sont en réalité 1,5 plus élevés entre 45-74 ans qu'entre 15-44 ans : la mortalité liée aux accidents de la circulation est légèrement moins importante chez les 45-74 ans alors que la mortalité par suicide et par chute est nettement plus forte. Les taux d'hospitalisation pour traumatismes sont proches pour les 2 classes d'âge, le moindre taux observé chez les hommes de 45-74 ans compensant le taux plus élevé observé chez les femmes de cet âge, les conséquences des chutes chez ces dernières étant aggravées par la fréquence de l'ostéoporose post-ménopausique.

*Bibliographie page 168*

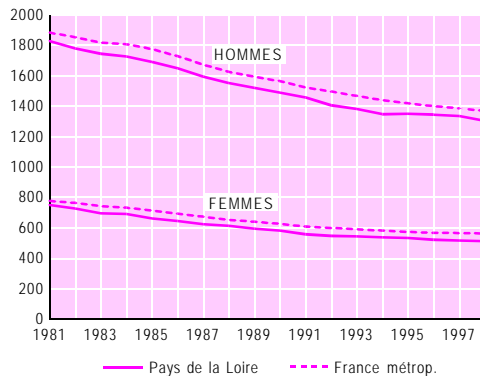
### Dans les Pays de la Loire

- La mortalité régionale des personnes âgées de 45 à 74 ans est proche de la moyenne nationale et présente comme elle un écart considérable entre les deux sexes, avec des taux masculins 2,5 fois plus élevés que les taux féminins.
- Les affections cardio-vasculaires représentent 21 % des causes de décès chez les hommes de 45 à 74 ans et 19 % chez les femmes, alors que, pour les tumeurs, ces proportions atteignent respectivement 47 % et 50 %.
- Sur le million de ligériens âgés de 45 à 74 ans, environ 8 600 ont été admis en moyenne chaque année en ALD pour un cancer sur la période 1999-2001. Ces affections sont ainsi à l'origine de plus de 30 % des admissions annuelles en ALD pour cette classe d'âge (26 500), devant le diabète (16 %) et les artériopathies (12 %).
- En 2000, près de 280 000 séjours hospitaliers ont concerné des ligériens de 45 à 74 ans. Les diagnostics d'hospitalisation sont très variés dans cette classe d'âge. Les tumeurs malignes et la chimiothérapie pour tumeur représentent 12 % des diagnostics pour les séjours masculins et 8 % pour les séjours féminins. La cataracte constitue aussi un diagnostic d'hospitalisation fréquent (4 % des séjours).
- D'après une enquête réalisée dans les Pays de la Loire en 2000, l'hypertension artérielle représente près du quart des motifs de recours au généraliste des personnes de 45 à 74 ans. Viennent ensuite, pour les hommes les troubles nutritionnels ou métaboliques (16 % des recours), et pour les femmes la prévention (12 %) puis les troubles nutritionnels ou métaboliques (11 %).

## La santé des personnes de 45 à 74 ans 5.4

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE DES PERSONNES DE 45 A 74 ANS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 3 CAUSES DE DECES DES PERSONNES

DE 45 A 74 ANS Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Ensemble
Tumeurs	2 881	1 404	4 285
dont : - cancer de la trachée, des bronches et du poumon	635	92	727
- cancer des VADS*	438	42	480
- cancer du côlon-rectum	256	139	395
- cancer du sein	///	357	357
Maladies de l'appareil circulatoire	1 330	538	1 868
dont : - cardiopathies ischémiques	513	144	657
- mal. vasculaires cérébrales	262	149	411
Traumatismes et empoisonnements	577	244	821
dont : suicide	237	94	331
Maladies de l'appareil digestif	459	172	631
Alcoolisme**	398	121	519
Autres	547	356	902
<b>Total toutes causes</b>	<b>6 192</b>	<b>2 835</b>	<b>9 026</b>

Source : INSERM CépiDc

\* voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage)

\*\* cirrhose alcoolique, psychose alcoolique et alcoolisme (Codes CIM9 : 66 et 44). Les décès par "alcoolisme" ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à ce facteur.

### 2 DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DE 45 A 74 ANS Pays de la Loire (2000)

Codes CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
<b>HOMMES</b>			
C00 - D48	Tumeurs	22 402	15,0
	dont : - tumeurs malignes	14 397	9,6
	- tumeurs bénignes	6 895	4,6
Z00 - Z99	Autres motifs de recours aux soins	20 955	14,0
	dont : - surveil. post traitement med. ou chir.	7 652	5,1
	- chimiothérapie pour tumeur	3 793	2,5
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	20 144	13,5
K00 - K93	Maladies de l'appareil digestif	19 855	13,3
	dont : hernie abdominale	5 043	3,4
M00 - M99	Mal. syst. ostéo-artic., muscles, tissu conj	12 155	8,1
H00 - H59	Maladies de l'oeil et de ses annexes	6 057	4,0
	dont : cataracte	4 117	2,8
	Autres	48 083	32,1
	<b>Total</b>	<b>149 651</b>	<b>100,0</b>
<b>FEMMES</b>			
C00 - D48	Tumeurs	17 493	13,6
	dont : - tumeurs malignes	8 531	6,6
	- tumeurs bénignes	8 028	6,2
Z00 - Z99	Autres motifs de recours aux soins	17 355	13,5
	dont : - surveil. post traitement med. ou chir.	6 183	4,8
	- chimiothérapie pour tumeur	2 201	1,7
K00 - K93	Maladies de l'appareil digestif	15 806	12,3
M00 - M99	Mal. syst. ostéo-artic., muscles, tissu conj	12 629	9,8
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	12 025	9,4
	dont : varices des membres inférieurs	4 605	3,6
H00 - H59	Maladies de l'oeil et de ses annexes	8 240	6,4
	dont : cataracte	6 319	4,9
	Autres	44 979	35,0
	<b>Total</b>	<b>128 527</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 4 MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DUREE DES PERSONNES DE 45 A 74 ANS

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Cancers	4 777	30,5	3 802	35,1	8 578	32,4
dont : - cancer du sein	///	///	1 878	17,4	1 878	7,1
- cancer de la prostate	1 265	8,1	///	///	1 265	4,8
Diabète	2 478	15,8	1 761	16,3	4 239	16,0
Artériopathies	2 375	15,2	742	6,9	3 117	11,8
Hypertension artérielle	1 305	8,3	1 074	9,9	2 379	9,0
Troubles mentaux	732	4,7	1 081	10,0	1 814	6,8
Cardiopathies	898	5,7	450	4,2	1 349	5,1
Autres	3 108	19,8	1 913	17,7	5 020	18,9
<b>Total</b>	<b>15 673</b>	<b>100,0</b>	<b>10 823</b>	<b>100,0</b>	<b>26 496</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

#### DEFINITIONS

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 28 et 29.

## 5 SANTÉ DES POPULATIONS

### Contexte national

Les personnes âgées de 75 ans et plus, dont les 2/3 sont des femmes, étaient 4,5 millions en France en 1999. Elles devraient être 6 millions en 2020 et représenter alors 9,6 % de la population. L'augmentation du nombre de personnes âgées résulte principalement du recul marqué de la mortalité, l'espérance de vie à 75 ans atteignant 10 ans pour les hommes et 13 ans pour les femmes en 2000, contre respectivement 8 et 10 ans en 1970. Cette augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées témoigne d'une amélioration globale de leur santé, d'autant plus qu'entre 1981 et 1991 (dernières données disponibles), elle s'est accompagnée d'une augmentation de leur espérance de vie sans incapacité.

L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence des situations de polypathologies, la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques. Avec les années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies vont s'ajouter à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences de différentes natures. Ainsi, selon l'enquête HID (handicap-incapacité-dépendance), une proportion importante de personnes âgées de plus de 75 ans souffre de déficiences motrices (51 % des personnes), visuelles (38 %), organiques (35 %), auditives (22 %) ou mentales (18 %). Ces déficiences sont de gravités très variables et sont susceptibles de réduire de façon plus ou moins marquée les capacités des personnes concernées à effectuer les actes de la vie courante, d'autant que la prévention de ces incapacités par la réadaptation reste insuffisamment développée en France. La perte d'autonomie qui en résulte va mobiliser l'entourage mais aussi les services professionnels (voir page 154). Elle va également amener certaines personnes, et notamment les plus isolées et âgées d'entre elles, à entrer en institution (voir page 156). Cela reste toutefois le fait d'une minorité puisque, en 1999, 90 % des personnes de plus de 75 ans vivaient à leur domicile.

Parmi les principales pathologies qui affectent les personnes âgées, les maladies cardio-vasculaires sont au premier plan. Dans cette classe d'âge, elles constituent le motif de la moitié des séjours de soins de ville, de 20 % des hospitalisations de court séjour, de 40 % des admissions en affection de longue durée (ALD) et de 39 % des décès. La baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires, due pour une large part à l'amélioration de leur prise en charge et notamment au traitement de l'hypertension artérielle, a fortement contribué au recul de la mortalité générale.

Les cancers constituent l'autre grande cause de morbidité et de mortalité chez les personnes de 75 ans et plus, représentant 26 % des admissions en ALD et 20 % des décès.

Les troubles mentaux deviennent particulièrement fréquents dans cette classe d'âge, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels comme l'anxiété et les états dépressifs ou de troubles organiques comme les démences dégénératives, et notamment la maladie d'Alzheimer (voir page 68). La démence touche ainsi près de 4 % des 75-79 ans, 8 % des 80-84 ans et 26 % des 90 ans et plus. Cette affection représente à elle seule près de 13 % des motifs d'admission en ALD chez les plus de 75 ans.

Par ailleurs, un certain nombre de pathologies fréquentes chez les personnes âgées bénéficie de traitements qui améliorent sensiblement la qualité de vie des personnes concernées. Ainsi, la cataracte représente 9 % des motifs d'hospitalisation en court séjour des plus de 75 ans (200 000 séjours par an) et on estime que 8 % des personnes âgées sont porteuses d'une prothèse de hanche et 3 % d'une prothèse de genou.

La prévention du vieillissement pathologique passe par une meilleure reconnaissance et/ou prise en compte de certains problèmes de santé des personnes âgées. C'est notamment le cas de l'ostéoporose, qui est à l'origine d'une proportion importante des fractures des personnes âgées, de la dénutrition, particulièrement fréquente en institution, ou encore de la iatrogénie médicamenteuse.

*Bibliographie page 168*

### Dans les Pays de la Loire

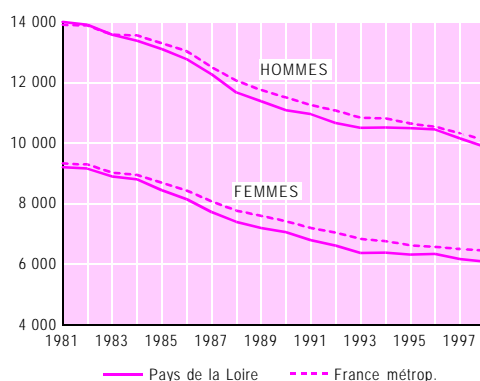
- La mortalité régionale des personnes âgées de 75 ans et plus ne diffère pas de la moyenne nationale et a, comme elle, diminué pour les deux sexes de près de 30 % depuis les années 80. Cette baisse de la mortalité concerne toutes les pathologies mais est essentiellement due à la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires (- 40 %).
- Le taux comparatif de mortalité des hommes est 1,5 fois supérieur à celui des femmes dans cette classe d'âge (contre 2,5 chez les 45-74 ans).
- Sur les 250 000 ligériens âgés de 75 ans et plus, plus de 17 000 ont été admis en moyenne chaque année en ALD sur la période 1999-2001. Cela représente environ un tiers de l'ensemble des admissions annuelles sur cette période. 7 700 personnes ont été admises en ALD pour une pathologie cardio-vasculaire (artériopathies, cardiopathies, hypertension artérielle et accident vasculaire cérébral). Ces pathologies sont à l'origine de plus de 45 % des admissions annuelles en ALD pour cette classe d'âge, devant les cancers (22 %) et les troubles mentaux (13 %).
- En 2000, près de 127 000 séjours hospitaliers ont concerné des ligériens de 75 ans et plus. Cela correspond à 17 % de l'ensemble des séjours hospitaliers, tous âges confondus. Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal de 18 % des séjours. La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation très fréquent dans cette classe d'âge (10 % des séjours).
- Selon les résultats d'une enquête en médecine générale réalisée dans les Pays de la Loire en 2000, l'hypertension artérielle constitue de très loin le motif le plus fréquent de recours au médecin généraliste des personnes âgées de 75 ans et plus (plus de 40 % des recours), devant les pathologies coronariennes chez l'homme (20 %) et les douleurs de l'appareil locomoteur chez la femme (14 %).



## La santé des personnes de 75 ans et plus 5.5

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 3 CAUSES DE DECES DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Ensemble
Maladies de l'appareil circulatoire	2 608	4 139	6 746
- cardiopathies ischémiques	756	963	1 719
- maladies vasculaires cérébrales	609	1 057	1 666
- insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	503	896	1 399
Tumeurs	1 875	1 680	3 555
- cancer de la prostate	376	///	376
- cancer du côlon-rectum	257	281	538
Maladies de l'appareil respiratoire	782	1 020	1 802
- pneumonie et bronchopneumonie	278	425	703
- bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	304	298	601
Symptômes, signes et états morbides	358	851	1 208
- sénilité sans mention de psychose	152	461	613
Traumatismes et empoisonnements	406	537	942
Autres	1 265	2 051	3 319
<b>Total toutes causes</b>	<b>7 294</b>	<b>10 278</b>	<b>17 572</b>

Source : INSERM CépiDc

### 2 DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS Pays de la Loire (2000)

Codes CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
<b>HOMMES</b>			
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	10 618	19,4
	dont : - insuffisance cardiaque	2 817	5,2
	- troubles conduction et rythme cardiaque	1 578	2,9
C00-C99	Tumeurs malignes	5 339	9,8
	dont : tumeur maligne de la prostate	980	1,8
K00 - K99	Maladies de l'appareil digestif	5 248	9,6
	dont : hernie abdominale	1 219	2,2
H00 - H59	Maladies de l'oeil et annexes	5 057	9,3
	dont : cataracte	4 238	7,8
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	4 349	8,0
	dont : pneumonie	1 366	2,5
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 949	5,4
	dont : aplasie de la prostate	1 319	2,4
	Autres	21 039	38,5
<b>Total</b>		<b>54 599</b>	<b>100,0</b>
<b>FEMMES</b>			
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	12 322	17,1
	dont : - insuffisance cardiaque	3 313	4,6
	- troubles conduction et rythme cardiaque	1 767	2,5
H00 - H59	Maladies de l'oeil et annexes	9 888	13,7
	dont : cataracte	8 752	12,1
S00-T99	Lésions traumatiques et empoisonnements	8 217	11,4
	dont : fracture du col du fémur	2 755	3,8
K00 - K99	Maladies de l'appareil digestif	6 745	9,4
	dont : diverticulose intestinale	916	1,3
M00 - M99	Mal.syst.ostéo-artic.,muscles,tissu conj	4 539	6,3
	dont : arthroses sauf de la colonne	1 633	2,3
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	4 452	6,2
	dont : pneumonie	1 418	2,0
C00-C99	Tumeurs malignes	4 311	6,0
	dont : tumeur maligne du côlon-rectum	650	0,9
	Autres	21 622	30,0
<b>Total</b>		<b>72 096</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 4 MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DUREE DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Cancers	2 063	28,2	1 675	17,2	3 738	21,9
Artériopathies	1 118	15,3	1 336	13,7	2 454	14,4
- insuffisance corona-rienne chronique	678	9,3	854	8,8	1 532	9,0
Troubles mentaux	588	8,0	1 619	16,6	2 207	12,9
- troubles organiques et démences	474	6,5	1 272	13,1	1 746	10,2
Cardiopathies	900	12,3	1 227	12,6	2 127	12,5
- insuffisance cardiaque	581	8,0	776	8,0	1 357	8,0
Hypertension artérielle	675	9,2	1 374	14,1	2 049	12,0
Diabète	541	7,4	751	7,7	1 292	7,6
Accident vasc. cérébral	453	6,2	653	6,7	1 105	6,5
Autres	967	13,2	1 108	11,4	2 076	12,2
<b>Total</b>	<b>7 305</b>	<b>100,0</b>	<b>9 743</b>	<b>100,0</b>	<b>17 048</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

#### DEFINITIONS

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 28 et 29.

## 6 DISPARITÉS DE SANTÉ

### Contexte national

La France connaît une situation jugée relativement favorable au plan sanitaire, qui la situe parmi les pays ayant les systèmes de santé les plus performants au Monde (OMS, 2000). Mais notre pays se caractérise aussi par le fait que les disparités de santé sont particulièrement marquées, aussi bien sur le plan social que géographique.

De nombreuses études ont montré une forte corrélation entre l'espérance de vie et la position sociale. Les études sur la morbidité font également le même constat. En Europe, c'est en France et en Finlande que les inégalités entre groupes sociaux sont les plus importantes. En France, les taux de mortalité les plus bas concernent la catégorie des employeurs, des cadres et des professions libérales ou intermédiaires, avec une mortalité inférieure de 37 % par rapport à la moyenne nationale : les taux les plus élevés sont ceux des ouvriers peu ou pas qualifiés, avec un taux de mortalité supérieur de 55 % par rapport à la moyenne nationale. Ces inégalités s'observent pour de nombreuses causes de décès, et sont particulièrement élevées pour les pathologies digestives et pour certains cancers : le poids de l'alcool en tant que facteur explicatif de ces différences reste essentiel.

La France est aussi le pays d'Europe où l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est le plus accentué (7,5 années), avec l'Espagne et la Finlande. La fréquence des décès prématurés est ainsi beaucoup plus forte chez les hommes que chez les femmes : 37,8 % des décès masculins ont lieu avant 65 ans contre seulement 17,7 % des décès féminins (1999). Dès la première année de vie, le taux de mortalité est plus élevé chez les garçons que chez les filles (+ 28 %). Dans le groupe d'âge des 20-24 ans, les taux masculins sont trois fois plus élevés que les taux féminins. Les disparités en matière de "santé ressentie" sont également très fortes selon le sexe, les scores de santé physique et mentale des hommes étant toujours supérieurs à ceux des femmes (Baromètre santé). Dès l'adolescence, les garçons déclarent une meilleure qualité de vie que les filles : ils ont un score d'estime de soi supérieur et des scores d'anxiété et de dépression inférieurs. Ces différences d'attitude vis-à-vis de la santé ont bien sûr une composante physiologique : le cycle menstruel, les maternités, et plus généralement la physiopathologie rythment la vie des femmes et conditionnent leur rapport à la santé. Mais ces disparités traduisent aussi des expériences corporelles et sociales profondément différentes selon le sexe, en résonance par rapport aux stéréotypes sociaux : avec un modèle de comportement orienté vers la séduction et une plus grande attention au corps et à la santé pour les femmes, et un modèle porté vers la performance, la compétition et la prise de risque pour les hommes. Quant aux

inégalités socio-économiques, elles n'ont pas les mêmes effets pour les femmes, les disparités d'espérance de vie selon le groupe social étant nettement plus réduites pour le sexe féminin.

L'espace national français est également un des plus hétérogènes d'Europe, tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels (Haut comité de la santé publique). Il y a 3,5 années d'écart d'espérance de vie entre les zones d'emploi extrêmes pour les hommes et 3,3 ans pour les femmes. Les deux principales zones de surmortalité s'étendent du littoral du Nord-Pas-de-Calais à l'Alsace d'une part, et à l'ouest d'une ligne St-Nazaire/St-Brieuc d'autre part. Ces variations spatiales ne sont pas seulement dues aux disparités de composition sociale, mais traduisent également des comportements spécifiques face à la santé, aussi bien en matière d'habitudes alimentaires, que de conduites à risque ou de recours aux soins.

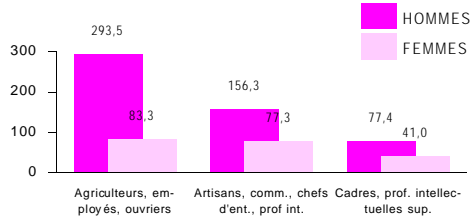
L'ensemble de ces observations illustrent la complexité de l'analyse des déterminants de la santé. Un certain nombre de travaux ont ainsi montré les effets protecteurs de la cohésion sociale au sein d'un quartier ou d'une communauté spécifique, qui, en affectant les comportements relatifs à la santé (contrôle social, importance de l'activité physique, diffusion des connaissances...), peut également produire des effets protecteurs sur la santé.

*Bibliographie page 168*

### Dans les Pays de la Loire

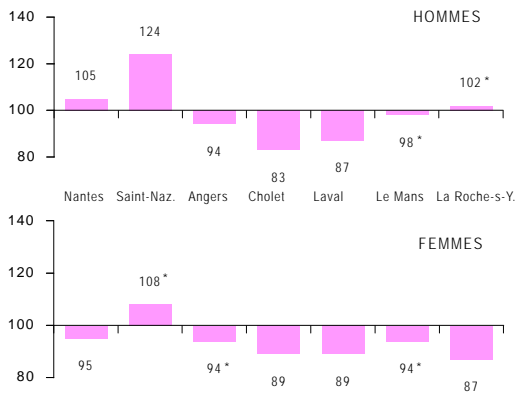
- On retrouve les mêmes écarts de mortalité selon le groupe socioprofessionnel dans les Pays de la Loire et en France. Le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-employés-ouvriers que pour les cadres et professions intellectuelles : les écarts selon le groupe social existent également pour les femmes mais ils sont nettement moins marqués.
- A l'intérieur du territoire régional, seuls les secteurs sanitaires de Saint-Nazaire et de Nantes présentent une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale chez les hommes.
- D'après l'enquête Baromètre santé réalisée auprès des jeunes de 12-25 ans de la région, les garçons déclarent des scores d'estime de soi et de santé perçue supérieurs à ceux des filles, et manifestent moins d'anxiété et de dépression.

**1 TAUX COMPARATIF DE MORTALITE DES 25-54 ANS SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE**  
Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE RP 99, ORS  
Unité : pour 100 000 habitants

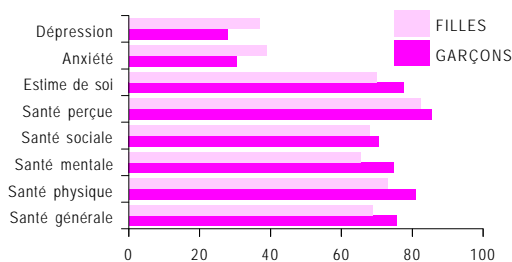
**2 INDICE COMPARATIF DE MORTALITE PREMATUREE SELON LE SECTEUR SANITAIRE**  
Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE RP 99, ORS  
\* différence non significative au seuil de 5 %

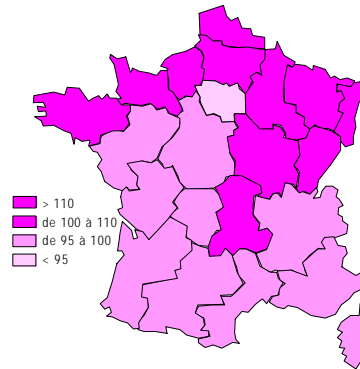
**3 SCORE MOYEN DE L'ECHELLE DE DUKE CHEZ LES 12-25 ANS SELON LE SEXE**

Enquête Baromètre jeunes, Pays de la Loire (2000)



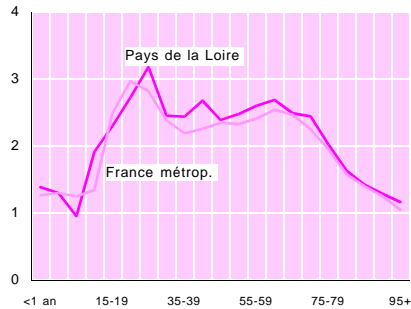
Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

**4 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE**  
(moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Pour les régions Corse, Franche-Comté et Limousin, les différences observées ne sont pas significatives au seuil de 5 %

**5 RATIO DE SURMORTALITE MASCULINE SELON L'AGE** Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Source : INSERM CépiDc - ORS

**DEFINITIONS**

**Indice comparatif de mortalité (ICM) :** l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Mortalité prématurée :** décès survenus avant 65 ans.

**Echelle de Duke :** l'échelle de Duke est un instrument d'évaluation de la qualité de vie, qui permet à partir de 17 questions combinées entre elles d'obtenir différents scores de santé. Chaque score est normalisé de 0 (score le moins bon) à 100 (qualité de vie optimale).

**Ratio de surmortalité :** cet indicateur est obtenu en rapportant pour chaque groupe d'âge les taux de mortalité des hommes à ceux des femmes.



# PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES

---

En raison de la multiplicité des problèmes de santé et des pathologies, un certain nombre d'affections, pourtant fréquentes et graves comme par exemple les hépatites virales, l'insuffisance rénale chronique..., n'ont pas pu être étudiées dans cette édition du tableau de bord.

Par ailleurs, le classement qui a été choisi est celui de la Classification internationale des maladies (CIM). Cette classification est organisée en chapitres qui regroupent soit des affections de même localisation anatomique (maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif...), soit des affections ayant une communauté d'étiologie (maladies infectieuses, cancers...), de groupe d'âge concerné (affections périnatales), de modalités de survenue (accidents, empoisonnements). Les données concernant une spécialité médicale peuvent donc être dispersées dans différentes fiches thématiques.

3.

## 7 MALADIES INFECTIEUSES

### Contexte national

L'introduction en 1996 de puissantes associations d'antirétroviraux a radicalement modifié le pronostic et la prise en charge de l'infection à VIH mais aussi la dynamique de l'épidémie, en retardant l'entrée dans la maladie sida des personnes séropositives recevant un traitement. C'est pourquoi un système de notification obligatoire des cas de séropositivité, et non plus des seuls cas de sida, a été mis en place début 2003. Ce système est basé sur la notification anonymisée des nouveaux tests positifs découverts par les laboratoires de biologie médicale et par les médecins prescripteurs. Le nouveau dispositif permettra donc à l'avenir de disposer de données, non seulement sur les nouveaux cas de sida et le nombre de décès par sida, mais aussi sur les nouvelles séropositivités découvertes.

En France, selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), le nombre de personnes vivantes atteintes de sida au 31 décembre 2002 est estimé à 24 500. En 2002, 1 934 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués et environ 550 décès liés à cette affection ont été enregistrés.

Selon les données de l'OMS, pour l'année 2001, la France se situe au 4ème rang des pays d'Europe de l'ouest les plus touchés par le sida, avec un taux d'incidence de la maladie de 2,7 cas pour 100 000 habitants. Elle est précédée par le Portugal (10,2 cas pour 100 000 habitants), l'Espagne (5,9) et l'Italie (3,1) et suivie par la Belgique (1,5).

Les trois régions françaises qui présentent le plus fort taux de cas de sida par habitant, pour la période du 1er octobre 2001 au 30 septembre 2002, sont les régions Antilles-Guyane (14,4 cas pour 100 000 habitants), Ile-de-France (7,4 cas) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,2). Sur le reste du territoire, le nombre de cas de sida rapporté à la population est plus faible, tout en montrant un gradient décroissant sud-nord.

La diminution, amorcée dès 1995, du nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année se poursuit mais plus lentement. De plus, ce recul n'est pas observé pour tous les modes de contamination. La diminution du nombre de nouveaux cas déclarés depuis 1995 est très nette chez les toxicomanes et les homosexuels mais on observe, chez les hétérosexuels, une augmentation de ce nombre de presque 10 % entre 1998 et 2001. Ainsi, la contamination par rapports hétérosexuels représente 49 % des cas de sida diagnostiqués en 2002, la contamination par rapports homosexuels 25 % et la contamination par usage de drogues injectables, 12 % des cas.

La répartition des nouveaux cas de sida selon la nationalité des personnes atteintes s'est modifiée au cours du temps : la proportion de personnes de nationalité française a beaucoup diminué tandis qu'augmentait la proportion de personnes originaires de l'Afrique sub-saharienne. Cette dernière est de 24 % pour l'année 2002, soit plus du double de celle de 1998.

Parmi les cas de sida diagnostiqués en 2002, près de huit cas sur dix n'ont pas bénéficié de traitement antirétroviral préalable au diagnostic. Il s'agit soit de personnes qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au moment du sida (53 %), soit de personnes qui n'ont pas reçu de traitement malgré la connaissance de leur séropositivité (26 %).

Actuellement, les cas de sida sont donc diagnostiqués principalement chez des personnes qui n'ont pas reçu de traite-

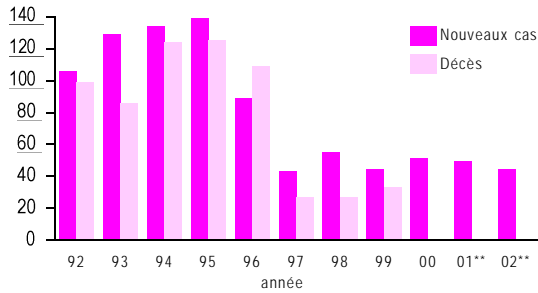
ments antirétroviraux, le plus souvent parce qu'elles ignoraient leur séropositivité. C'est pourquoi le nombre de cas de sida augmente pour les catégories de population dans lesquelles l'ignorance de la séropositivité est la plus fréquente (personnes contaminées par rapports hétérosexuels, personnes en provenance de l'Afrique sub-saharienne).

*Bibliographie page 169*

### Dans les Pays de la Loire

- Depuis 1997, le nombre annuel de nouveaux cas de sida diagnostiqués parmi les habitants des Pays de la Loire s'est stabilisé entre 40 et 50. En 2002, il était de 44. Cela correspond à un taux d'incidence régional de 1,51 pour 100 000 habitants, qui situe les Pays de la Loire au 12ème rang des régions françaises les moins touchées. Le nombre de personnes vivant dans la région avec le sida est estimé à environ 475 en décembre 2002. Le nombre de décès annuels par infection à VIH s'est stabilisé autour de 30 depuis 1997.
- Sur la période 1998-2000, on dénombre en moyenne chaque année environ 300 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée, dont le diagnostic principal est une maladie due au VIH.
- La population suivie par les centres hospitaliers des Pays de la Loire (patients séropositifs pour le VIH et patients malades du sida) est d'environ 2 100 pour l'année 2000.
- Sur la période 1999-2001, en moyenne 43 ligériens par an ont bénéficié d'une admission en affection de longue durée (ALD) pour pathologie liée au sida ou séropositivité au VIH.
- Sur la période 2000-2001, les personnes chez qui un diagnostic de sida a été posé sont des hommes dans 87 % des cas. Leur âge au moment du diagnostic est inférieur à 29 ans dans 13 % des cas, compris entre 30 et 39 ans dans 43 % des cas, et égal ou supérieur à 40 ans dans 43 % des cas.
- Contrairement à ce que l'on observe au plan national, où la contamination hétérosexuelle est devenue le mode principal de contamination, dans les Pays de la Loire, le nombre de cas de sida lié à une contamination homo-bisexuelle est proche du nombre de cas dus à une contamination hétérosexuelle, soit une vingtaine depuis 1998.
- Parmi les cas de sida diagnostiqués en 2002, près des trois quarts (74 %) des personnes concernées n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida : il s'agit soit de personnes qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au moment du diagnostic du sida (44 %), soit de personnes qui, se sachant séropositives, n'ont cependant pas reçu de traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida (30 %).
- Selon l'enquête Baromètre santé jeunes réalisée en 1999, les ligériens âgés de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel sont moins nombreux qu'au plan national à déclarer avoir effectué un test de dépistage du sida au cours des 12 derniers mois (13 % versus 18 % en France).

## 1 NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE SIDA SELON L'ANNEE DE DIAGNOSTIC ET NOMBRE DE DECES PAR SIDA\* SELON L'ANNEE DE DECES Pays de la Loire (1992 - 2002)



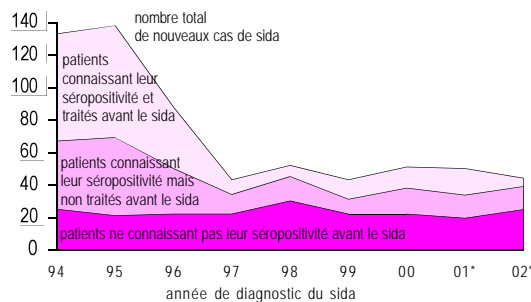
Sources : InVS (situation au 31/12/2002), INSERM CépiDc

\* sida et infection à VIH

\*\* données redressées pour les délais de déclaration

Note de lecture : après 1999, données non disponibles pour le nombre de décès

## 2 CONNAISSANCE DE LA SEROPOSITIVITE ET PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL AVANT LE SIDA Pays de la Loire (1994 - 2002)



Source : InVS (situation au 31/12/2002)

\* données redressées pour les délais de déclaration

## 3 COMPORTEMENT DES JEUNES FACE AU RISQUE DU SIDA Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	15-19 ans		20-25 ans	
	PDL	France	PDL	France
Jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel	91 %	90 %	81 % <sup>s</sup>	75 %
Jeunes déclarant avoir effectué un test de dépistage du sida au cours des 12 derniers mois	11 %	15 %	14 % <sup>s</sup>	20 %
<i>effectifs</i>	236	454	426	1 190

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

s : indique que l'écart entre la France métropolitaine et la région est statistiquement significatif

## 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

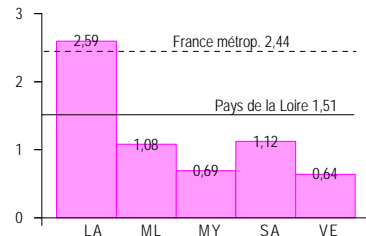
Indicateur	Période	Valeur	Rang**
Taux de nouveaux cas de sida déclarés domiciliés	2000-2001*	1,51 p. 100 000	12ème

Sources : InVS (situation au 31/12/2002), INSERM CépiDc, INSEE

\* données provisoires non redressées

\*\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 5 TAUX ANNUEL MOYEN DE NOUVEAUX CAS DE SIDA DIAGNOSTIQUES pour 100 000 habitants, Pays de la Loire, France métropolitaine (période 2000-2001\*)



Source : InVS (situation au 31/12/2002)

\* données provisoires non redressées

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire

MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

### DEFINITIONS

**Séropositivité** : présence, chez une personne infectée, d'anticorps dirigés contre le virus du sida.

**Sida** : stade de l'infection à VIH durant lequel des maladies opportunistes majeures se déclarent.

**Sida et infection à VIH** : Code CIM9 : 042-044; Code CIM 10 : B20-B24.

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 7 MALADIES INFECTIEUSES

### Contexte national

Au cours des dernières décennies, le nombre de décès et le taux de mortalité par tuberculose n'ont cessé de décroître en Europe occidentale et notamment en France. Ainsi, le nombre annuel moyen de décès est passé d'environ 1 000 en 1990 à 700 en 1999. Le taux comparatif de mortalité a diminué de 1,8 à 1,2 décès pour 100 000 habitants entre ces deux périodes.

En revanche, après des décennies de baisse régulière et importante, la décroissance de l'incidence de la tuberculose s'est ralentie au début des années 1990, en raison notamment du développement de l'épidémie du VIH/sida. Puis, entre 1994 et 1997, l'incidence de la maladie a de nouveau diminué. Depuis 1997, la situation semble se stabiliser avec un taux d'incidence voisin de 11 nouveaux cas annuels pour 100 000 habitants.

Par rapport au reste de l'Europe de l'Ouest, l'incidence de la tuberculose en France reste plutôt élevée, supérieure à celle de la Suède et de la Norvège (5 cas pour 100 000 habitants), similaire à celle de pays comme le Danemark, la Finlande ou l'Allemagne. Les systèmes de déclaration n'étant toutefois pas tout à fait homogènes entre pays, ces comparaisons doivent être effectuées avec prudence.

Le taux d'incidence de la tuberculose augmente avec l'âge et atteint 22 cas pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2001). En revanche, parmi les personnes de nationalité étrangère, l'incidence (57 cas pour 100 000 habitants) atteint sa valeur maximum chez les personnes âgées de 25 à 39 ans.

L'incidence globale cache de fortes disparités régionales qui s'expliquent par les répartitions différentes des populations à risque que sont les personnes en situation de grande précarité, les personnes âgées, les personnes en provenance de pays de forte endémie et les personnes immunodéprimées comme celles atteintes par le VIH.

L'incidence en Ile-de-France, région la plus fortement touchée, est de 27 nouveaux cas pour 100 000 personnes en 2001. Toutes les autres régions ont des taux inférieurs à 10 pour 100 000 personnes.

En 2001, la proportion de formes pulmonaires contagieuses en France (environ 60 % des formes pulmonaires) est assez élevée par rapport aux autres pays européens, même si les comparaisons internationales sont complexes à interpréter.

Depuis 1992, on comptabilise avec précision le nombre des souches de bacille de la tuberculose résistantes aux principaux médicaments antituberculeux. Ces tuberculoses sont susceptibles de rester contagieuses plus longtemps et donc de se transmettre plus facilement. Toutefois, en 1998, le taux de résistance parmi les souches isolées en France demeure faible à 0,7 %, niveau équivalent à celui des autres pays européens.

En France, la vaccination par le BCG est obligatoire pour les enfants entrant en collectivité. Elle est intéressante pour les enfants de moins de 5 ans en prévention des formes graves de tuberculose, et particulièrement des méningites, souvent mortelles. La diminution de l'incidence et surtout ses variations épidémiologiques considérables dans notre pays amènent à réévaluer la pertinence de l'obligation vaccinale généralisée, notamment la pratique de la revaccination des sujets tuberculino-

négatifs dont l'impact est très limité, et sans doute à envisager des stratégies de vaccination ciblant les groupes les plus à risque.

Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose coordonné par l'Institut de veille sanitaire repose essentiellement sur le système de déclaration obligatoire dont le degré de sous-déclaration était évalué en 1998 à 35 % en moyenne, avec des disparités importantes d'un département à l'autre. Ces données présentent toutefois un intérêt pour suivre les tendances évolutives de la maladie.

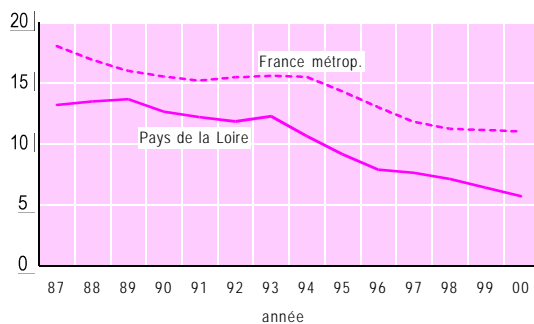
*Bibliographie page 169*

### Dans les Pays de la Loire

- La région, avec un taux d'incidence de 5,4 pour 100 000 habitants en 2001, inférieur de moitié au taux national (11 pour 100 000), est parmi les quatre régions de France métropolitaine les moins touchées par la tuberculose. Depuis 10 ans, cette incidence a diminué de 10 % en moyenne par an et elle est toujours restée inférieure à celle observée en France métropolitaine. En 2001, environ 175 cas ont été déclarés, la proportion de sous-déclaration régionale n'étant pas estimée.
- L'incidence de la tuberculose, quelle que soit la classe d'âge considérée, est plus élevée chez les personnes de nationalité étrangère. Chez les français, l'incidence augmente avec l'âge alors que c'est la tranche des 15-24 ans qui est la plus touchée par la maladie chez les étrangers.
- Dans la région comme en France métropolitaine, pour la période 1997-1999, les formes pulmonaires de la maladie représentent une large majorité des cas (72 %). La proportion de formes extra-pulmonaires est moins importante dans la région (19 %) qu'en France métropolitaine (24 %) en raison peut-être de la plus faible incidence de l'infection à VIH qui induit davantage ces formes de la maladie.
- Pour l'année 2000, les données domiciliées du PMSI pour les habitants de notre région font état de 336 séjours hospitaliers (dont 304 de plus de 24h) ayant pour diagnostic principal une tuberculose : un séjour sur deux concerne une personne âgée de plus de 65 ans. 201 séjours concernent les hommes et 135 les femmes. La durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure de 38 % à la moyenne nationale, ce qui est cohérent avec la faible incidence de la maladie observée dans la région.
- Aucune souche de tuberculose multi-résistante n'a été identifiée dans la région sur la période 1992-1998.
- Au cours de la période 1999-2001, 100 ligériens ont été admis en affection de longue durée pour tuberculose, en moyenne chaque année.

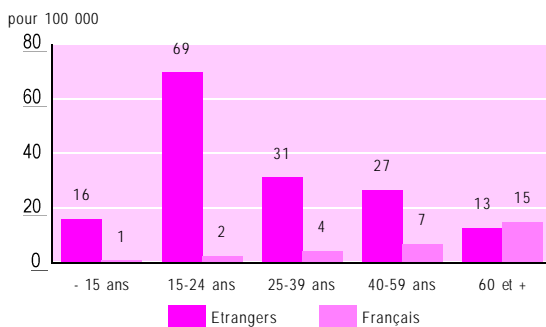


### 1 EVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE Pays de la Loire, France métropolitaine (1987 - 2000)



Source : InVS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 2 TAUX D'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE PAR AGE ET PAR NATIONALITE Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Source : InVS

### 3 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux d'incidence des cas de tuberculose	2001	5,4 pour 100 000	4ème

Sources : InVS, INSERM CèpiDc, DREES, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 4 SEJOURS HOSPITALIERS POUR TUBERCULOSE\* Pays de la Loire (2000)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes	124	77	201
Femmes	57	78	135
Ensemble	181	155	336

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
\* séjours pour lesquels une tuberculose a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

#### DEFINITIONS

**Tuberculose** : Code CIM9 : 010-018 ; CIM10 : A15-A19.

**Cas de tuberculose déclarés** : le critère de déclaration est basé sur la présence d'une tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins trois antituberculeux). La tuberculose-infection ("primo-infection sans localisation patente" ou "simple virage des tests tuberculitiques") et les infections dues aux mycobactéries atypiques ne doivent pas être déclarés.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

## 8 CANCERS

### Contexte national

Les tumeurs malignes ou cancers occupent une place de plus en plus importante dans la morbidité. Pour l'année 2000, le réseau français des registres des cancers (Francim) estime à environ 280 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine. Ce nombre a augmenté de 24 % entre 1980 et 1990, et de 32 % entre 1990 et 2000. Cette progression considérable est liée non seulement à l'accroissement et au vieillissement de la population, mais aussi à la plus grande fréquence des cancers, réelle ou liée à l'amélioration de leur dépistage. Ainsi, entre 1990 et 2000, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale a augmenté de 15 % chez les femmes, passant de 196 à 226 nouveaux cas pour 100 000, et de 16 % chez les hommes, passant de 302 à 349 pour 100 000.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le colon-rectum, et, chez la femme, le sein, le colon-rectum et l'utérus.

En termes de mortalité, les tumeurs (dont 97 % sont des cancers) constituent globalement la deuxième cause de décès après les affections cardio-vasculaires. En 2000, elles sont responsables de 150 000 décès en France et représentent la première cause de décès chez l'homme (92 000 décès, soit 33 % des décès masculins) et la deuxième chez la femme (58 000 décès, soit 23 %). Globalement, environ 30 % des décès par tumeur surviennent chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Ces pathologies constituent ainsi la première cause de mortalité prématurée chez les hommes comme chez les femmes (représentant 35 et 42 % de l'ensemble des décès avant 65 ans).

Les deux principales causes de décès par tumeur chez l'homme sont le cancer du poumon (23 000 décès en 2000) et le cancer de la prostate (10 000) chez la femme, ce sont le cancer du sein (11 600 décès par an) et le cancer colorectal (7 500).

Contrairement au taux d'incidence, le taux de mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années 80 chez les hommes.

Par rapport aux autres pays de l'Europe des 15, la France occupe une position relativement défavorable en matière de mortalité par cancer, au 2ème rang des pays où cette mortalité est la plus élevée pour les hommes et au 11ème rang pour les femmes (sur 14 pays, les données concernant la Belgique n'étant pas disponibles).

Au sein du territoire de France métropolitaine, les disparités sont importantes. Sur la période 1997-1999, la mortalité par tumeur dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes en Nord-Pas-de-Calais, alors qu'en Midi-Pyrénées elle est inférieure à cette moyenne de respectivement 16 et 8 %.

La survie des patients cancéreux est un indicateur essentiel pour juger de l'efficacité globale du système de soins. En France, elle est une des meilleures d'Europe.

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et interagissent souvent entre eux. On estime actuellement que chaque année en France, 30 000 décès par cancer sont imputables au tabac chez l'homme (soit 35 % de l'ensem-

ble des décès masculins par cancer), et 2 000 chez la femme (3,4 % des décès féminins par cancer). 8 à 16 % des décès par cancer seraient imputables à l'alcool et 35 % aux facteurs nutritionnels. Le rôle des expositions professionnelles reste mal connu et serait sous-estimé.

En 2003, un plan de mobilisation nationale contre le cancer a été mis en place par le gouvernement. Ce plan porte principalement sur la prévention, le dépistage, la qualité des soins centrés autour du patient, l'accompagnement social, la formation et la recherche.

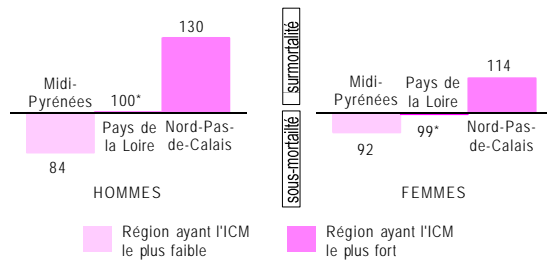
*Bibliographie page 169*

### Dans les Pays de la Loire

- D'après les estimations du réseau national des registres des cancers (Francim), environ 15 500 cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués chez des ligériens au cours de l'année 2000. Le nombre annuel moyen de personnes admises en affection de longue durée pour cancer sur la période 1999-2001 est de 13 600.
- La région connaît une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers (+ 40 % entre 1990 et 2000), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+ 32 %). Cette progression résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de l'accroissement du taux d'incidence (+ 21 % chez les hommes, + 17 % chez les femmes).
- Entre 1997 et 1999, les cancers ont été responsables en moyenne chaque année de 7 900 décès dans les Pays de la Loire, dont 4 800 décès masculins et 3 100 décès féminins. Le cancer est la 1ère cause de mortalité chez les hommes, à l'origine d'un tiers des décès masculins, et la 2ème chez les femmes (près d'un quart des décès féminins).
- L'incidence et la mortalité des cancers sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (respectivement de 60 % et de plus de 120 %).
- Environ 44 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués avant 65 ans. 30 % des décès masculins et 25 % des décès féminins surviennent avant cet âge.
- Depuis 1985, la mortalité régionale par tumeur a chuté de 7 % chez les hommes comme chez les femmes (respectivement 11 et 9 % en France). Sur la période 1997-1999, elle est devenue très proche de la moyenne nationale, pour les hommes et les femmes, après lui avoir été inférieure tout au long de la décennie 80.
- La Loire-Atlantique et la Vendée pour les hommes, et le Maine-et-Loire pour les femmes, connaissent une surmortalité significative pour les années 1997-1999.
- Un registre général des cancers fonctionne en Loire-Atlantique et en Vendée, assurant la couverture de 52 % de la population régionale.

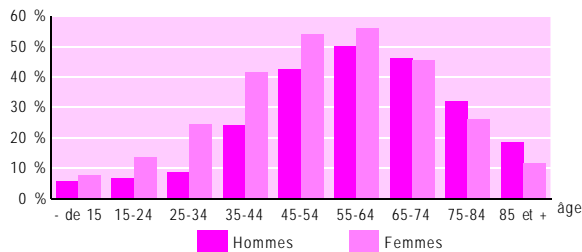
## Ensemble des cancers 8.

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR TUMEUR (moyenne 1997-1999)



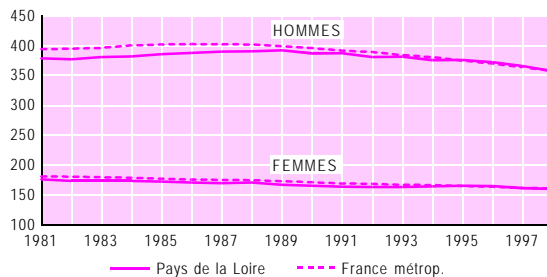
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* différence non significative au seuil de 5 %

### 2 PART DES TUMEURS PARI MI L'ENSEMBLE DES DECES Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Source : INSERM CépiDc

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR TUMEUR Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER, TOUTES LOCALISATIONS\* Pays de la Loire (1985 - 2000)

Année	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	5 403	4 183	277,7	179,0
1990	6 268	4 746	295,4	191,5
1995	7 579	5 517	319,9	206,5
2000	9 131	6 350	356,2	223,3

Source : FRANCIM  
\* hors cancers de la peau non mélanique  
\*\* standardisation effectuée sur la population mondiale

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par tumeur	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	356,7 p. 100 000	12ème
FEMMES	1997-1999	159,9 p. 100 000	12ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 6 NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DECES PAR CANCER EN 1997-1999, ET INCIDENCE ESTIMEE EN 2000 SELON LA LOCALISATION Pays de la Loire

	Décès	Incidence estimée
<b>HOMMES</b>		
Poumon	892	1 014
VADS	594	1 155
Prostate	555	2 631
Côlon-rectum	524	1 146
Foie (primitif)	368	nd
Estomac	209	268
Pancréas	192	nd
Leucémies	148	202
Vessie	144	329
Lymphomes	136	312
<b>FEMMES</b>		
Sein	632	2 382
Côlon-rectum	428	920
Ovaire	189	244
Pancréas	168	nd
Poumon	162	184
Utérus	150	377
Estomac	129	155
Leucémies	127	151
Lymphomes	119	257
VADS	82	nd

Source : INSERM CépiDc, FRANCIM

#### DEFINITIONS

**Tumeurs** : Code CIM9 : 140-239 ; Code CIM10 : C00-D48.

**Estimations FRANCIM** : ces estimations d'incidences régionales sont calculées à partir des rapports incidence/mortalité des départements couverts par un registre. Elles ne concernent que les tumeurs invasives, en sont donc exclus les cancers *in situ*.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

### Contexte national

Le côlon-rectum est la plus fréquente des localisations cancéreuses après la prostate et le poumon chez l'homme, et après le sein chez la femme. Ce cancer est rare avant 50 ans, au-delà son incidence augmente très rapidement. On estime qu'un homme sur 17 et qu'une femme sur 20 en seront atteints au cours de leur existence.

Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau des registres des cancers (Francim), est d'environ 36 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine. Entre 1990 et 2000, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a augmenté de 7 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes.

La France est un pays à risque élevé de cancer colo-rectal : le taux d'incidence est voisin de ceux des autres pays d'Europe Occidentale, un peu plus faible que ceux d'Amérique du Nord. Ce cancer est rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique.

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer du côlon-rectum diminue pour les 2 sexes : néanmoins, ce cancer a été responsable en 2000 d'environ 16 000 décès. Cette évolution dissociée semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration du traitement (baisse de la mortalité opératoire et augmentation de l'opérabilité). Témoin de ces progrès diagnostiques et thérapeutiques, le taux de survie relative à cinq ans est passé d'environ 40 % sur la période 1978-1980 à 60 % sur la période 1992-1994. C'est maintenant le meilleur en Europe.

La mortalité par cancer colo-rectal varie de façon importante selon les régions. Sur la période 1997-1999, elle dépasse la moyenne nationale de plus de 20 % pour les hommes en Alsace. Pour les femmes, la mortalité due à cette cause est supérieure de 20 % dans la région Nord-Pas-de-Calais. En revanche, le taux de mortalité est inférieur en Corse de 28 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes.

L'alimentation joue un rôle important dans l'étiologie des cancers colorectaux. Le rôle protecteur des légumes et le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et de la sédentarité sont les faits les mieux établis.

Le cancer du côlon-rectum a pour caractéristique d'être habituellement précédé pendant de nombreuses années par une tumeur épithéliale bénigne, le polype adénomateux. De ce fait, la stratégie de prévention de ce cancer repose sur la possibilité d'identifier au niveau du côlon et du rectum la présence de polypes adénomateux et de cancer à un stade d'extension précoce. Deux méthodes de dépistage existent : d'une part, la recherche de saignements occultes dans les selles, et d'autre part, la coloscopie. La première technique est simple, sans danger mais n'est qu'un test de sélection ; la deuxième, plus lourde pouvant provoquer des complications rares mais potentiellement graves, permet, elle, de poser le diagnostic.

Il serait possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal en faisant un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémoccult®) tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, à condition que plus de la moitié de la population concernée participe régulièrement au

dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif. C'est pourquoi, des programmes de dépistage de masse se développent en France, et sont actuellement mis en place dans 20 départements pilotes dont celui de la Mayenne. Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de cancer colo-rectal, ou d'adénome de plus de 1 cm de diamètre, antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin ou symptomatologie digestive d'apparition récente) qui peuvent être désormais identifiés par des tests génétiques (dans le cadre de consultation d'oncogénétique) doivent quant à eux bénéficier d'un suivi spécifique.

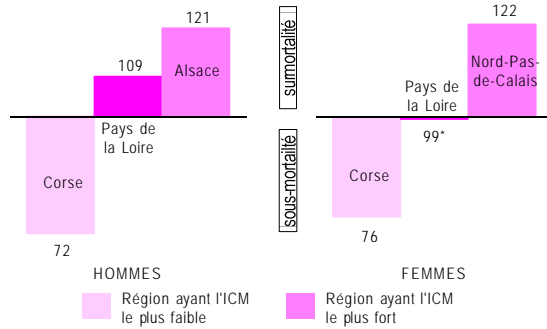
*Bibliographie page 170*

### Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations établies par le réseau national des registres des cancers (Francim), 2 000 nouveaux cas de cancers du côlon-rectum ont été diagnostiqués chez des habitants des Pays de la Loire en 2000. D'après les données des services médicaux de l'URCAM, le nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie est d'environ 1 500 sur la période 1999-2001.
- La région connaît comme la France une augmentation importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum : + 33 % chez les hommes et + 24 % chez les femmes entre 1990 et 2000. Cette progression résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de la progression du taux d'incidence (+ 10 % chez les hommes, + 5 % chez les femmes).
- Entre 1997 et 1999, le cancer du côlon-rectum a été responsable en moyenne chaque année de 950 décès dans la région. Il constitue, dans la région comme en France, la 2ème cause de mortalité féminine par cancer.
- 55 % des nouveaux cas de cancers colo-rectaux et des décès liés à cette affection, sont masculins. Mais à structure d'âge comparable, les taux standardisés d'incidence et de mortalité masculins sont 1,7 fois supérieurs aux taux féminins.
- Le cancer du côlon-rectum touche majoritairement des personnes âgées : un peu plus de 70 % des nouveaux cas sont diagnostiqués après 65 ans et 82 % des décès surviennent après cet âge.
- Depuis le début des années 80, la mortalité féminine par cancer colo-rectal est très proche de la moyenne nationale et suit la même tendance à la baisse. Par contre, la mortalité masculine régionale reste stable, s'écartant donc de la moyenne nationale qui diminue. D'où en 1997-1999, une surmortalité masculine régionale de 9 %, qui situe les Pays de la Loire parmi les régions françaises les plus mal placées pour cet indicateur.
- Cette surmortalité masculine se retrouve de façon significative en Loire-Atlantique (+ 12 %) et en Vendée (+ 23%).

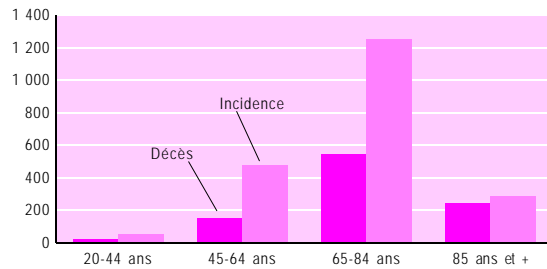
# Cancer du côlon-rectum 8.1

## 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU COLON-RECTUM (moyenne 1997-1999)



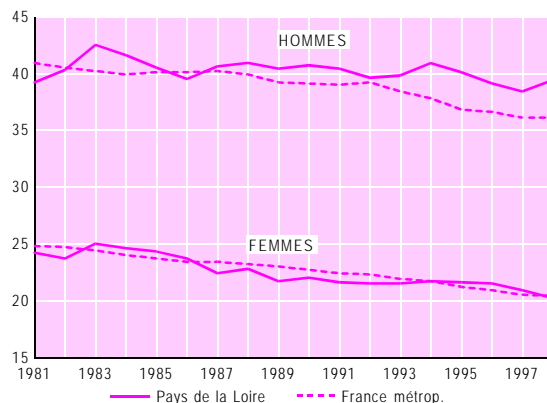
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* différence non significative au seuil de 5 %

## 2 DECES PAR CANCER DU COLON-RECTUM (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000) Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

## 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DU COLON-RECTUM Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	39,4 p. 100 000	18ème
FEMMES	1997-1999	20,2 p. 100 000	10ème

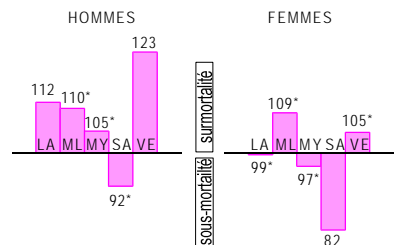
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 5 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER DU COLON-RECTUM Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	746	659	35,9	22,3
1990	862	740	37,9	23,1
1995	1 015	834	39,8	23,7
2000	1 146	920	41,7	24,2

Source : FRANCIM  
\* standardisation effectuée sur la population mondiale

## 6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU COLON-RECTUM départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
\* différence non significative au seuil de 5 %

### DEFINITIONS

**Tumeur maligne du côlon-rectum** : Code CIM9 : 153-154 ; Code CIM10 : C18-C21.

**Estimations FRANCIM** : voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

## 8 CANCERS

### Contexte national

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, relativement rare au début du siècle, a vu sa fréquence augmenter de façon considérable au cours des dernières décennies dans la plupart des pays industrialisés, en raison de l'augmentation du tabagisme. La consommation de tabac constitue en effet le principal facteur de risque de cette affection, et serait responsable d'environ 80 % des cas. Le risque de cancer du poumon est en effet multiplié par neuf chez les fumeurs de cigarettes par rapport aux non-fumeurs. Il n'y a pas de seuil à l'effet du tabac sur la santé, mais la durée d'exposition augmente le risque de façon exponentielle. Le risque du tabagisme passif est également bien identifié aujourd'hui.

Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque connus du cancer du poumon, avec parfois un effet de multiplication du risque en cas d'association avec le tabac. La législation française reconnaît comme cancers professionnels ceux survenant après exposition à l'amiante (voir page 98), à l'arsenic, au bis-chloro-méthyl-éther, au chrome et au nickel, au radon, aux hydrocarbures polycycliques. La fraction de cancer du poumon attribuable à l'exposition à l'amiante est ainsi estimée entre 10 et 20 % pour les hommes. On constate toutefois une mauvaise identification de ces étiologies professionnelles.

Pour la France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du poumon, estimé par le réseau des registres des cancers (Francim) est d'environ 28 000 pour l'année 2000, dont 83 % chez l'homme.

Le cancer du poumon arrive ainsi au second rang des cancers masculins les plus fréquents, après le cancer de la prostate. Mais en raison de la gravité de son pronostic, avec une survie à 5 ans d'environ 10 %, il constitue la première cause de décès par cancer pour les hommes, à l'origine de plus de 23 000 décès annuels en 2000. Pour les femmes, avec 4 500 décès annuels, le cancer du poumon se situe au 3ème rang des décès par cancer, après le cancer du sein et le cancer colo-rectal. Ces pathologies touchent souvent des personnes relativement jeunes puisque près de 40 % des décès par cancer du poumon surviennent avant 65 ans.

La mortalité par cancer du poumon varie de façon importante selon les régions. Sur la période 1997-1999, elle dépasse ainsi la moyenne nationale de plus de 30 % pour les hommes en Nord-Pas-de-Calais et pour les femmes en Ile-de-France. Elle lui est par contre inférieure de 22 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes dans les Pays de la Loire, région la mieux placée pour cet indicateur.

Le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté de façon constante depuis deux décennies. Chez l'homme, entre 1990 et 2000, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a évolué de 50,1 à 52,2 cas pour 100 000 habitants (+ 4 %). Cette augmentation est beaucoup plus importante chez la femme. Ainsi, sur la même période, l'incidence chez la femme est passée de 5,6 à 8,6 nouveaux cas pour 100 000 (+ 54 %), reflétant l'évolution des habitudes tabagiques de la population féminine.

La mortalité a connu une évolution analogue sur cette période, et on peut craindre que dans les années qui viennent, le cancer du poumon ne devienne en France la première

cause de mortalité par cancer chez les femmes, comme c'est le cas aux Etats-Unis, où le tabagisme des femmes est plus ancien.

De nombreuses études sont en cours pour évaluer diverses techniques de dépistage du cancer du poumon. Aucune n'ayant pour l'instant fait la preuve de son efficacité, la prévention du cancer du poumon repose donc actuellement sur la lutte contre les facteurs de risque, tabac et expositions professionnelles principalement.

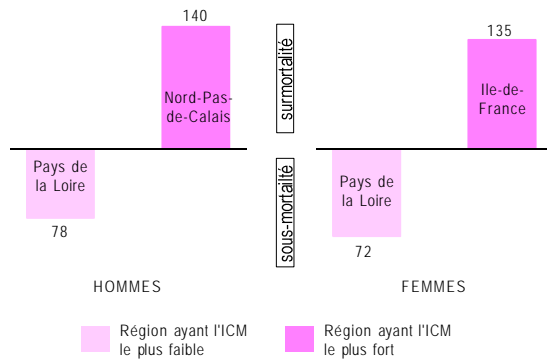
Bibliographie page 170

### Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations Francim, environ 1 200 cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués chez des ligériens au cours de l'année 2000, dont 85 % chez l'homme. Le nombre annuel de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie sur la période 1999-2001 est d'environ 900.
- La région connaît encore plus que la France une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer du poumon : + 34 % chez les hommes entre 1990 et 2000, + 77 % chez les femmes. Cette progression résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de l'accroissement du taux d'incidence (+ 13 % chez les hommes, + 55 % chez les femmes).
- Entre 1997 et 1999, le cancer du poumon a été responsable en moyenne chaque année de 1 050 décès dans les Pays de la Loire. Cette pathologie constitue chez les hommes la première cause de mortalité par cancer (20 % des décès par cancer).
- L'incidence des cancers du poumon (comme la mortalité) est sept fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Le cancer du poumon touche souvent des personnes relativement jeunes puisqu'environ la moitié des nouveaux cas et 40 % des décès surviennent avant 65 ans.
- La mortalité régionale par cancer du poumon connaît également une nette augmentation depuis le début des années 80. Néanmoins, en 1997-1999, les Pays de la Loire sont la région de France qui présente la plus faible mortalité par cancer du poumon, inférieure de 22 % à la moyenne française chez les hommes et de 28 % chez les femmes. Cette situation est à rapprocher de la consommation de tabac qui a longtemps été plus faible que la moyenne nationale dans les Pays de la Loire.
- Cette sous-mortalité se retrouve pour les deux sexes dans tous les départements de la région.
- Cette situation épidémiologique favorable est cohérente avec les données issues du PMSI qui montrent une fréquence des séjours, ayant comme diagnostic principal le cancer du poumon, inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

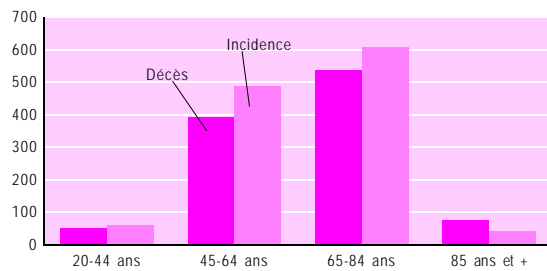
## Cancer du poumon 8.2

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU POUMON (moyenne 1997-1999)



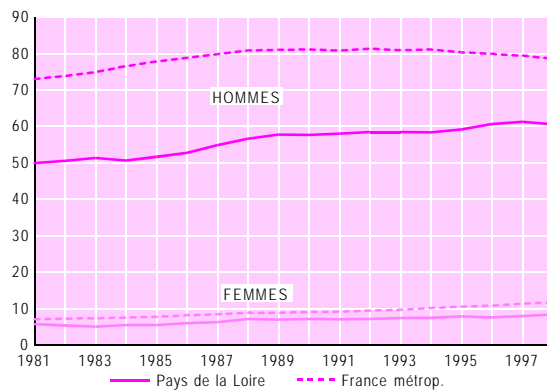
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 DECES PAR CANCER DU POUMON (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000) Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DU POUMON Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par cancer du poumon	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	60,5 p. 100 000	1er
FEMMES	1997-1999	8,3	1er

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

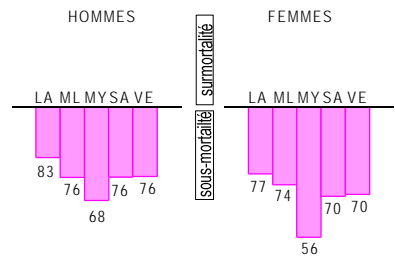
### 5 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER DU POUMON Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	657	82	35,0	3,4
1990	757	104	37,5	4,0
1995	890	140	39,9	5,0
2000	1 014	184	42,4	6,2

Source : FRANCIM

\* standardisation effectuée sur la population mondiale

### 6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU POUMON départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire

MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

#### DEFINITIONS

**Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon** : Code CIM9 : 162 ; Code CIM10 : C33-C34.

**Estimations FRANCIM** : voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 8 CANCERS

### Contexte national

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau français des registres des cancers (Francim) est d'environ 42 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine.

Entre 1990 et 2000, ce nombre a augmenté de 41 % en France et le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) est passé de 71,5 à 88,9 pour 100 000 femmes. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence, ce risque augmentant avec l'année de naissance. Cette hausse de l'incidence du cancer du sein s'observe dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes.

Les pays à haut risque de cancer du sein se trouvent en Amérique du Nord et en Europe Occidentale (où les taux d'incidence sont plus élevés dans le nord que dans le sud). Le continent sud-américain présente des taux intermédiaires, et, enfin, l'Asie présente les taux les plus faibles. Dans tous les pays, l'incidence est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale.

Après une période de forte croissance depuis les années cinquante, la mortalité par cancer du sein reste plutôt stable depuis les années 80. En 2000, ce cancer a néanmoins été responsable de plus de 11 600 décès féminins, quatre décès sur dix survenant avant 65 ans.

La mortalité par cancer du sein chez les femmes varie de façon importante selon les régions : + 27 % par rapport à la moyenne nationale en Nord-Pas-de-Calais mais - 14 % en Bretagne (1997-1999).

Le cancer du sein fait partie des cancers pour lesquels la survie a augmenté au cours des dernières décennies, en France, elle est actuellement une des meilleures d'Europe. Par ailleurs, les conditions de diagnostic et de traitement se sont notablement modifiées : augmentation de la fréquence des tumeurs de petite taille, progression des traitements conservateurs du sein entraînant une amélioration de la qualité de vie des patientes.

L'évolution lente à un stade localisé du cancer du sein permet son dépistage à un stade précoce et d'en améliorer ainsi le pronostic. Chez des femmes aux antécédents familiaux de cancer du sein, des consultations oncogénétiques permettent de mieux en déterminer le risque et d'adapter les modalités du dépistage.

De nombreuses expériences dans le monde ont montré l'efficacité du dépistage systématique par mammographie chez les femmes de 50 ans ou plus, sous réserve qu'il soit réalisé dans le cadre de programmes rigoureusement organisés, fondés sur un protocole précis prévoyant notamment la population cible, des contrôles de qualité, une évaluation permanente et une prise en charge appropriée des personnes présentant un résultat positif. Dans ces conditions, un taux de participation de 60 % à ces programmes permet de réduire de 30 % la mortalité par cancer du sein dans le groupe de femmes dépistées.

Depuis le début des années 90, s'est progressivement développé en France un programme national de dépistage systématique. Le cahier des charges de ce dépistage a évolué et comporte désormais un examen mammographique avec deux clichés par sein proposé tous les deux ans à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Ce dépistage systématique organisé du cancer du sein devrait couvrir à brève échéance l'ensemble des départements et se substituer progressivement au dépistage "individuel" ou "spontané".

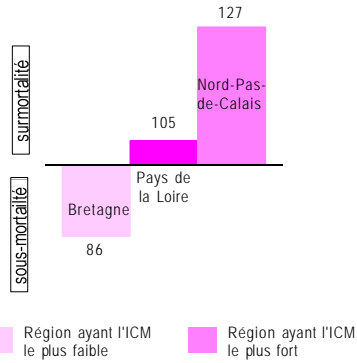
*Bibliographie page 170*

### Dans les Pays de la Loire!

- 2 400 nouveaux cas de cancer du sein invasifs ont été diagnostiqués chez des habitantes des Pays de la Loire en 2000 (estimations Francim). D'après les données des services médicaux de l'URCAM, le nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour l'ensemble des cancers du sein atteint 2 600 pour la période 1999-2001.
- La région connaît comme la France une augmentation importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer du sein (+ 49 % entre 1990 et 2000), qui résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de l'augmentation du taux d'incidence (+ 27 %), cette dernière résultant en partie d'un diagnostic plus précoce.
- Entre 1997 et 1999, le cancer du sein a été responsable en moyenne chaque année de 630 décès féminins dans les Pays de la Loire. Cette pathologie constitue la première cause de mortalité féminine par cancer (un décès sur cinq).
- Le cancer du sein voit sa fréquence augmenter avec l'âge. Mais il touche souvent des femmes relativement jeunes puisqu'environ 60 % des nouveaux cas et 40 % des décès concernent des femmes de moins de 65 ans.
- La mortalité régionale par cancer du sein a très légèrement progressé au début des années 90, dépassant alors la moyenne nationale qui se stabilisait. D'où une mortalité régionale en 1997-1999 significativement supérieure de 5 % à la moyenne nationale, qui place les Pays de la Loire parmi les régions les plus touchées par ce cancer. Cette situation résulte de la surmortalité observée en Loire-Atlantique (+ 11 %) et en Maine-et-Loire (+13 %).
- Tous les départements de la région ont mis en place un programme de dépistage systématique du cancer du sein. En Loire-Atlantique, Mayenne et Sarthe où ce programme fonctionne depuis plusieurs années, le taux de participation reste toutefois inférieur à 60 %, niveau nécessaire à la baisse de la mortalité.

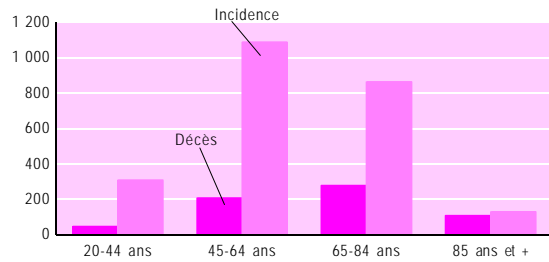


**1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU SEIN**  
(moyenne 1997-1999)



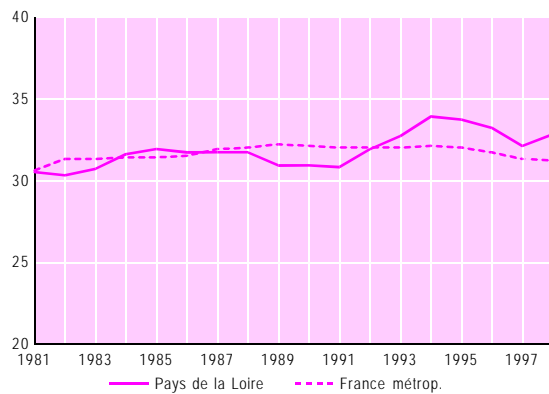
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

**2 DECES PAR CANCER DU SEIN (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000)**  
Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

**3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DU SEIN**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL** par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux comparatif de mortalité par cancer du sein	1997-1999	32,8 p. 100 000	17ème

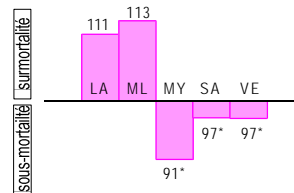
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

**5 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER DU SEIN**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (1985 - 2000)

Année	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.
1985	1 320	24 785	64,5	63,2
1990	1 597	29 465	73,7	71,5
1995	1 970	35 316	83,5	80,1
2000	2 382	41 722	93,6	88,9

Source : FRANCIM  
\* standardisation effectuée sur la population mondiale

**6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DU SEIN**  
départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
\* différence non significative au seuil de 5 %

**DEFINITIONS**

**Tumeur maligne du sein** : cette fiche ne porte que sur le cancer du sein chez la femme (Code CIM9 : 174 ; Code CIM10 : C50).

**Estimations FRANCIM** : voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la mortalité de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

## 8 CANCERS

### Contexte national

Les cancers de l'utérus se placent au 3ème rang des localisations cancéreuses féminines par leur fréquence, après le sein et le colon-rectum. Ils regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections très différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic.

Le principal facteur de risque du cancer du col est l'infection à papillomavirus humain transmise par voie sexuelle. Pour le cancer du corps, c'est l'hyperoestrogénie qui constitue le facteur de risque essentiel, qu'elle soit d'origine endogène (dans les cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce), ou exogène, notamment en cas de traitement de la ménopause par des œstrogènes non associés à des progestatifs.

Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus en France métropolitaine est estimé à environ 3 400 pour l'année 2000 par le réseau français des registres des cancers (Francim). Le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) du cancer invasif du col est de 8 pour 100 000 femmes en 2000 et a diminué de 21 % depuis 1990.

Le nombre de cas de cancers invasifs du corps est estimé à 5 000 pour l'année 2000. Le taux d'incidence est resté stable au cours des deux dernières décennies (autour de 9,5 cas pour 100 000 femmes).

Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les décès liés à chacune des 2 localisations car pour 60 % des décès, celle-ci n'est pas précisée. Une étude récente permet toutefois d'estimer que les 2 800 décès par cancer de l'utérus survenus au cours de l'année 2000 se répartissent en 1 000 décès par cancer du col et 1 800 décès par cancer du corps.

Entre 1980 et 2000, le taux de mortalité (standardisé sur la population mondiale) a diminué de 58 % pour le cancer du col et de 25 % pour le cancer du corps.

La mortalité globale par cancer de l'utérus varie de façon importante selon les régions. Sur la période 1997-1999, elle dépasse ainsi la moyenne nationale de 31 % en Nord-Pas-de-Calais. Elle lui est par contre inférieure de 24 % en Corse.

Pour le moment, seul le cancer du col de l'utérus peut bénéficier d'un dépistage. Le dépistage individuel (reposant sur le frottis cervico-vaginal) s'est largement développé en France, en particulier avec l'évolution des pratiques contraceptives des femmes. Au cours de l'année 2000, 5,4 millions de frottis ont été remboursés par l'assurance maladie, dont 95 % concernent des femmes de 20 à 69 ans. Le taux de couverture pour les personnes du régime général âgées de 20 à 69 ans est estimé à 54 % pour la période 1998-2000.

L'enquête Baromètre santé 2000 révèle que parmi les 85 % de femmes de 18 ans et plus ayant déclaré, en 2000, avoir bénéficié d'un frottis au cours de leur vie, 86 % l'avaient effectué au cours des trois années précédentes. Cependant, le rythme du dépistage varie beaucoup d'une population à l'autre et il reste une part non négligeable de la population féminine qui n'effectue pas de frottis, en particulier chez les femmes en situation de précarité.

En 1998, l'ANAES recommandait un dépistage du cancer du col par frottis tous les 3 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes de 25 à 65 ans.

Un des objectifs du plan de mobilisation nationale contre le cancer élaboré en 2003 par le gouvernement, est de favoriser le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus en favorisant l'offre de frottis par de nouveaux acteurs tels que les centres de planification familiale ou la médecine du travail, en développant les actions d'information auprès des femmes et en facilitant l'usage du test de papillomavirus.

Par ailleurs, des essais sont en cours pour tester un vaccin contre le papillomavirus (HPV 16), qui pourra peut-être permettre une prévention primaire du cancer du col.

*Bibliographie page 170*

### Dans les Pays de la Loire!

- Selon les estimations du réseau Francim, 144 nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus ont été diagnostiqués en 2000 dans les Pays de la Loire. Comme en France, le taux d'incidence a baissé depuis 1990, passant de 8,3 cas à 6,1 pour 100 000 femmes en 2000. Cela correspond à une diminution de 26 %.

Les mêmes estimations font état de 233 nouveaux cas de cancers invasifs du corps de l'utérus diagnostiqués en 2000 chez des ligériennes. Le taux d'incidence estimé du cancer invasif du corps de l'utérus a baissé de 12 % depuis 1990 et est de 7,5 pour 100 000 femmes en 2000. Selon ces estimations, la région présenterait donc une incidence inférieure à la moyenne nationale, pour le cancer invasif du col comme pour le cancer invasif du corps de l'utérus.

- D'après les données des services médicaux de l'UR-CAM, près de 370 femmes de la région ont été admises en affection de longue durée (ALD) pour ces cancers en moyenne chaque année pour la période 1999-2001.

- Entre 1997 et 1999, le cancer de l'utérus a été responsable en moyenne chaque année de 150 décès dans les Pays de la Loire. Cette pathologie constitue la sixième cause de mortalité féminine par cancer (5 % des décès par cancer).

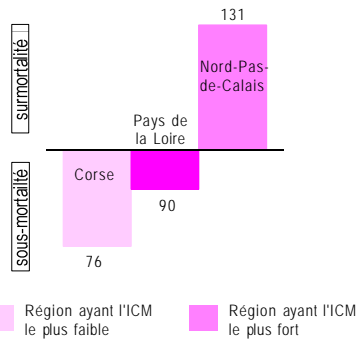
- Pour le cancer du col ou le cancer du corps de l'utérus, plus de la moitié des nouveaux cas sont diagnostiqués avant 65 ans. Pour l'ensemble des deux cancers, 30 % des décès surviennent avant cet âge.

- La mortalité par cancer de l'utérus baisse dans la région comme en France, mais la diminution observée entre 1990 et 1998 (- 10 %) est moins rapide que celle observée en France (- 15 %). La mortalité régionale par cancer de l'utérus reste donc inférieure de 10 % à la moyenne française, mais l'écart tend à se réduire.

- Cette sous-mortalité se retrouve dans les 5 départements des Pays de la Loire, mais elle n'est jamais significative, même dans les départements où l'écart est le plus marqué comme la Loire-Atlantique ou la Mayenne.

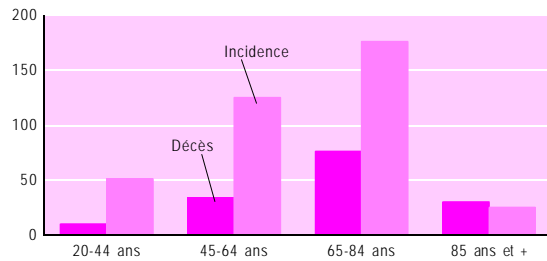
## Cancer de l'utérus 8.4

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DE L'UTERUS (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

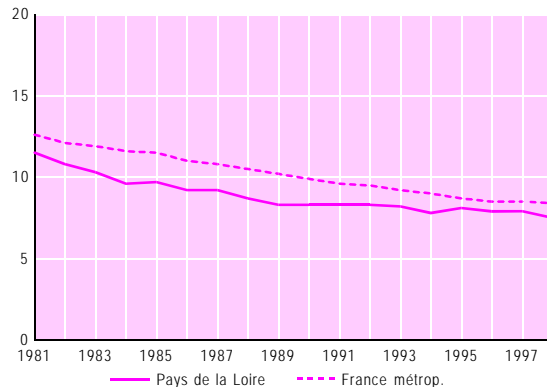
### 2 DECES PAR CANCER DE L'UTERUS (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000) Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DE L'UTERUS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus	1997-1999	7,5 p. 100 000	5ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

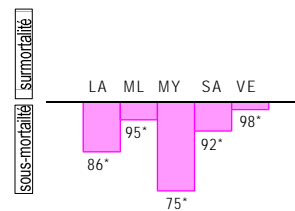
### 5 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER DE L'UTERUS Pays de la Loire (1985 - 2000)

Année	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Col utérin	Corps utérin	Col utérin	Corps utérin
1985	192	207	9,9	8,8
1990	175	216	8,3	8,5
1995	160	228	7,1	8,1
2000	144	233	6,1	7,5

Source : FRANCIM

\* standardisation effectuée sur la population mondiale

### 6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DE L'UTERUS départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

\* différence non significative au seuil de 5 %

#### DEFINITIONS

**Tumeur maligne de l'utérus** : Code CIM9 : 179, 180,182 ; Code CIM10 : C53-C55.

**Estimations FRANCIM** : voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

### Contexte national

Tous âges confondus, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Le réseau des registres des cancers en France (Francim) a estimé à environ 40 000 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate apparus au cours de l'année 2000. Un nouveau cas de cancer masculin sur 4 est donc un cancer de la prostate. Cela correspond à un taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) de 75,3 pour 100 000 hommes.

Pour cette pathologie, la France se situe parmi les pays d'Europe à forte incidence, avec les pays du Nord (Finlande, Suède, Pays-Bas), alors que l'Espagne et l'Italie connaissent des incidences nettement plus faibles.

L'un des faits marquants de l'épidémiologie du cancer de la prostate est l'augmentation considérable de son incidence au cours des 2 dernières décennies. Le nombre de nouveaux cas a en effet été multiplié par 2 entre 1980 et 1990, puis à nouveau par 2 entre 1990 et 2000. Cette augmentation est due pour une large part à l'augmentation du taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale), qui est passé de 15,7 à 41,3 puis à 75,3 pour 100 000 hommes entre 1980, 1990 et 2000.

Selon les travaux des registres des cancers du Tarn et de l'Isère rapportés par l'Institut de veille sanitaire, *"l'évolution de l'incidence est indissociable des techniques diagnostiques et en particulier de la diffusion du dosage du PSA (prostate specific antigen). L'augmentation de l'incidence en France débute dès le début des années 80, avec le développement de la résection endoscopique puis de la biopsie échoguidée. Elle s'amplifie avec l'apparition du PSA après 1985"*.

Le cancer de la prostate est rare avant 50 ans, mais son incidence augmente rapidement et fortement au-delà de cet âge, et jusqu'à 80 ans.

En terme de mortalité, le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colorectal. En 2000, il a été responsable de 10 000 décès sur un total de 92 000 décès masculins par cancer. Seulement 6 % de ces décès sont survenus avant 65 ans.

La mortalité par cancer de la prostate varie de façon importante selon les régions. C'est en Bretagne qu'elle est la plus forte sur les années 1997-1999, dépassant de 20 % la moyenne nationale. La Corse connaît à l'inverse la plus faible mortalité régionale sur cette période, avec une sous-mortalité de près de 50 % par rapport à la moyenne française.

Le taux comparatif de mortalité, après avoir légèrement progressé entre 1980 et 1990, est revenu en 2000 à un niveau proche de celui observé au début des années 80 (environ 45 décès pour 100 000 hommes).

L'utilité d'un dépistage de masse du cancer de la prostate, notamment par le PSA, reste à évaluer. En effet, on estime actuellement que 40 % des hommes de plus de 50 ans

sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais que seuls 8 % développeront un cancer clinique. Un dépistage de masse risque donc de mettre en évidence, et donc de conduire à traiter par un traitement relativement lourd un grand nombre de personnes porteuses de tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées.

Dans ce contexte, le dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage du PSA n'est donc toujours pas recommandé en France, en attendant les résultats des essais en cours.

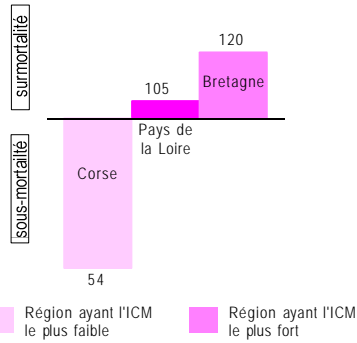
Bibliographie page 170

### Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations établies par le réseau national des registres des cancers (Francim), 2 600 nouveaux cas de cancers de la prostate ont été diagnostiqués chez des ligériens au cours de l'année 2000. D'après les données des services médicaux de l'URCAM, le nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie est d'environ 2 000 pour la période 1999-2001.
- La région connaît, comme la France, une augmentation extrêmement importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer de la prostate, qui a été multiplié par 2,25 entre 1990 et 2000. Cette évolution résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de la progression du taux d'incidence, multiplié par 1,9 sur cette période. Cette progression est liée pour une large part à la recherche plus systématique de cette pathologie.
- Sur la période 1997-1999, le cancer de la prostate a été responsable en moyenne chaque année de 555 décès dans les Pays de la Loire. Cette pathologie constitue la troisième cause de mortalité masculine par cancer, responsable à elle seule d'un décès masculin par cancer sur dix.
- 85 % des nouveaux cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués après 65 ans, 95 % des décès surviennent après 65 ans.
- Depuis le début des années 90, la mortalité régionale par cancer de la prostate a chuté de près de 10 % après avoir connu une phase de progression au cours des années 80.
- Depuis le début des années 80, la mortalité des ligériens pour cette pathologie est supérieure à la moyenne nationale mais l'écart diminue. Pour la période 1997-1999, la mortalité des ligériens est inférieure de 5 % à celle observée au niveau national.

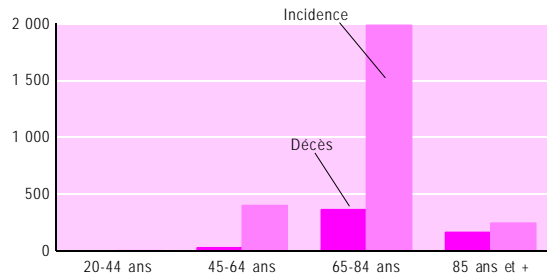
## Cancer de la prostate 8.5

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DE LA PROSTATE (moyenne 1997-1999)



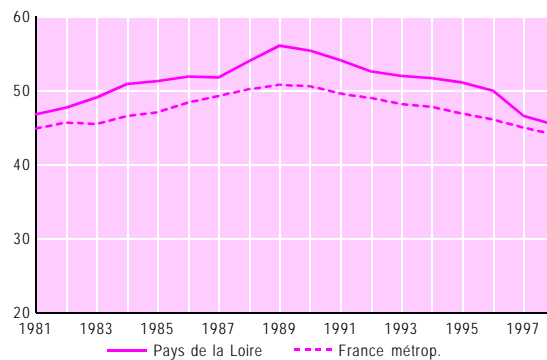
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 DECES PAR CANCER DE LA PROSTATE (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000) Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DE LA PROSTATE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate	1997-1999	45,4 p. 100 000	10ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

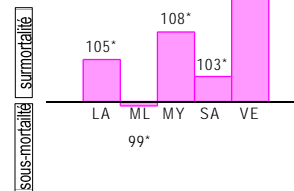
### 5 INCIDENCE ESTIMEE DU CANCER DE LA PROSTATE Pays de la Loire, France métropolitaine (1985 - 2000)

Année	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.
1985	811	14 080	34,8	31,6
1990	1 169	19 510	46,1	41,3
1995	1 744	27 712	62,3	54,4
2000	2 631	40 943	88,5	75,3

Source : FRANCIM

\* standardisation effectuée sur la population mondiale

### 6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DE LA PROSTATE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire

MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

\* différence non significative au seuil de 5 %

#### DEFINITIONS

**Tumeur maligne de la prostate :** Code CIM9 : 185 ; Code CIM10 : C61.

**Estimations FRANCIM :** voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM) :** l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence :** nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 26 et 27.

## 8 CANCERS

### Contexte national

Le mélanome malin cutané est un cancer de la peau dont le principal facteur favorisant est le soleil. L'exposition excessive aux rayonnements ultraviolets (rayons B notamment) est particulièrement néfaste pendant les premières années de vie, en particulier la répétition de coups de soleil avant l'âge de 15 ans. Le risque de ce cancer cutané est également lié au phototype de l'individu : il est particulièrement élevé chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur. Les autres facteurs de risque tiennent à l'âge (pic entre 30 et 50 ans) et au sexe (les femmes sont plus souvent touchées). Il existe aussi des mélanomes familiaux qui nécessitent une surveillance étroite.

L'incidence du mélanome dans les populations blanches a considérablement augmenté au cours des dernières décennies ce qui a entraîné une augmentation de la mortalité. Ces évolutions du taux d'incidence peuvent être expliquées par une modification des habitudes d'exposition solaire, en particulier dans l'enfance, mais aussi par une plus grande précocité du diagnostic et par un recueil plus exhaustif des cas.

En France, avec environ 7 200 nouveaux cas en 2000, dont 58 % chez la femme, l'incidence moyenne du mélanome (standardisée sur la population mondiale) est estimée à 7,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes. Entre 1990 et 2000, les taux d'incidence ont augmenté de 77 % chez l'homme et de 58 % chez la femme.

Environ 1 400 décès ont été comptabilisés en 2000, dont 52 % chez les hommes. Entre 1990 et 2000, la mortalité par mélanome a augmenté de 33 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes.

L'augmentation plus rapide de l'incidence par rapport à celle de la mortalité suggère une amélioration de la survie des patients atteints d'un mélanome, probablement attribuable à un diagnostic plus précoce conduisant à une meilleure efficacité des traitements.

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la France occupe une position intermédiaire, entre les pays d'Europe du Nord qui connaissent une incidence et une mortalité élevées (Danemark et Suède notamment), et les pays du sud où l'incidence et la mortalité sont plus faibles (Grèce, Espagne, Portugal).

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore très faible avec un espoir dans les années à venir avec la vaccination.

D'où l'importance d'un dépistage précoce, qui constitue l'un des objectifs du plan de mobilisation nationale contre le cancer élaboré en 2003 par le gouvernement.

Depuis 1998, une journée de dépistage anonyme et gratuite est organisée chaque année à l'instigation du Syndicat national des dermatologues, avec le parrainage du Ministère chargé de la santé.

S'il apparaît que la population est dans l'ensemble correctement informée, elle n'en modifie pour autant que très lentement ses habitudes d'exposition. Dans le cadre d'un partenariat entre les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les professionnels et les associations, une journée d'information nationale, appelée "Journée Soleil", est destinée à sensibiliser le public aux risques liés à l'exposition au soleil et aux ultraviolets.

Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome.

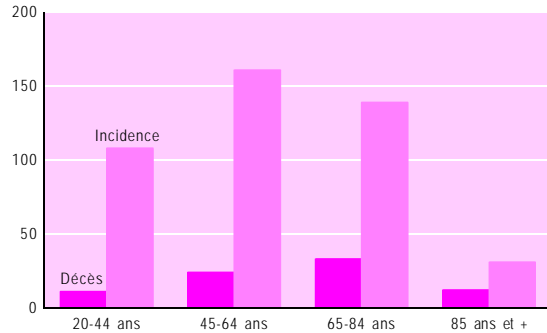
*Bibliographie page 171*

### Dans les Pays de la Loire!

- D'après les estimations du réseau des registres des cancers en France (Francim), environ 440 cas de mélanome ont été diagnostiqués chez des ligériens au cours de l'année 2000, dont 260 chez des femmes. Le nombre annuel moyen de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie sur la période 1999-2001 est de près de 270.
- La région connaît comme la France une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de mélanome entre 1990 et 2000, chez les femmes (+ 72 %) et plus encore chez les hommes (+ 110 %). Cette progression résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population et surtout de l'accroissement des taux d'incidence féminins (+ 55 %) et masculins (+ 80 %).
- Entre 1997 et 1999, le mélanome a été responsable en moyenne chaque année de 80 décès parmi les habitants des Pays de la Loire. Depuis le début des années 80, la mortalité dans les Pays de la Loire a connu la même tendance à la hausse que la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Sur cette période, la mortalité régionale est restée similaire à celle observée au niveau national.
- Le mélanome touche fréquemment des personnes relativement jeunes, puisque 60 % des nouveaux cas sont diagnostiqués avant 65 ans et 44 % des décès surviennent avant cet âge. Les personnes atteintes ont même une fois sur 4 moins de 45 ans.

**1 DECES PAR MELANOME (moyenne 1997-1999) ET NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ESTIMES PAR FRANCIM (2000)**

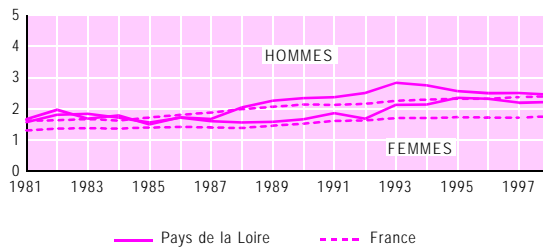
Pays de la Loire



Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM

**2 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MELANOME**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**3 INCIDENCE ESTIMEE DU MELANOME**

Pays de la Loire

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	59	119	3,3	5,7
1990	87	152	4,6	6,9
1995	127	201	6,1	8,6
2000	183	261	8,3	10,7

Source : FRANCIM

\* standardisation effectuée sur la population mondiale

**DEFINITIONS**

**Mélanome** : Code CIM9 : 172 ; Code CIM10 : C43.

**Estimations FRANCIM** : voir définition page 49.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

## 9 MALADIES ENDOCRINIENNES

### Contexte national

Le diabète sucré est une maladie chronique caractérisée par un taux trop élevé de sucre dans le sang de façon plus ou moins permanente. Il en existe deux types : le diabète insulino-dépendant (type 1) et le diabète non insulino-dépendant (type 2). Le diabète de type 1 débute le plus souvent avant 20 ans de façon rapide, voire brutale. Le diabète de type 2 est une maladie d'installation progressive évoluant durant de nombreuses années de manière insidieuse, sans manifestation clinique. Ce type de diabète représente 90 % des cas de diabète. Il est à l'origine de nombreuses complications dégénératives, identiques à celles du diabète de type 1, qui peuvent révéler la maladie et en font toute la gravité : atteintes de la rétine (le diabète est l'une des premières causes de cécité en France), atteinte des nerfs périphériques, angor, infarctus du myocarde ou encore insuffisance rénale.

Il s'agit d'une maladie de civilisation, liée au mode de vie, qui se développe sur un terrain génétique prédisposant. La sédentarité croissante des populations, l'excès des apports énergétiques, la composition en macro-nutriments de l'alimentation et la surcharge pondérale comptent parmi les facteurs de risque environnementaux les mieux reconnus. Ainsi, on constate qu'au niveau mondial la prévalence du diabète de type 2 varie selon les groupes ethniques, l'urbanisation, le contexte social, culturel et économique.

En France, la prévalence du diabète a été essentiellement évaluée sur la base des ventes de médicaments antidiabétiques, à partir d'enquêtes réalisées sur des échantillons aléatoires de médecins généralistes ou de ménages et à partir d'analyses des fichiers de malades des caisses d'assurance maladie. En 1999, les données de la CNAMTS ont permis d'estimer à 2,6 % la proportion de personnes atteintes de diabète de type 2 traitées par médicaments, soit environ 1 500 000 personnes. Cette estimation ne tient cependant pas compte de la proportion de diabètes non diagnostiqués. L'analyse des taux de prévalence par région révèle une variabilité géographique importante. Ils varient de 3,5 % pour la Corse à 1,4 % pour la Bretagne.

Une enquête de dépistage réalisée en population générale (programme MONICA 1996-97) a permis d'estimer à 150 000 le nombre de personnes diabétiques non diagnostiquées préalablement. Au total, près de 1,7 million de personnes en France (3 % de la population) seraient atteintes d'un diabète de type 2 et cette prévalence pourrait atteindre 7 à 18 % dans les territoires d'outre-mer.

Peu de travaux ont été consacrés à l'évolution de la prévalence du diabète mais tous rapportent une augmentation de la fréquence de cette maladie. Même si une partie de cette augmentation, difficilement mesurable par ailleurs, est attribuable à une plus grande couverture sanitaire et à un meilleur dépistage, notamment dans les pays en voie de développement, il n'en est pas moins vrai que « l'épidémie de diabète » est réelle et ne cesse de progresser. Les facteurs de cette croissance sont l'augmentation du nombre

de personnes âgées, l'accroissement de la prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale ainsi que les modifications des modes de vie.

Contrairement à ce qui est pour l'instant décrit dans le diabète de type 1, plusieurs études suggèrent qu'une prévention primaire du diabète de type 2 est possible en maintenant une certaine hygiène de vie (activité physique, nutrition), y compris chez des personnes à risque (en surpoids ou avec une intolérance au glucose).

Selon une proposition de l'ANAES, le dépistage opportuniste du diabète de type 2 (par une mesure de la glycémie à jeun) devrait être réalisé chez les personnes à risque de plus de 45 ans, c'est-à-dire celles ayant au moins un des facteurs de risque suivants : origine non caucasienne et/ou migrant, antécédents familiaux de diabète, antécédents personnels de diabète temporairement induit, antécédent de diabète gestationnel (ou enfant de poids de naissance > 4 kg), hypertension artérielle, surpoids ou dyslipidémie.

La prise en charge du patient diabétique associe éducation nutritionnelle, traitement médicamenteux et prévention des complications de la maladie.

*Bibliographie page 171*

### Dans les Pays de la Loire

● La Caisse nationale d'assurance maladie a estimé à 1,7 % la prévalence des diabétiques traités par antidiabétiques oraux associés ou non à de l'insuline (essentiellement des diabétiques de type 2), dans la population des Pays de la Loire protégée par le régime général. Cette prévalence, inférieure à la moyenne nationale (2,4 %), place les Pays de la Loire au deuxième rang des régions les plus protégées, après la Bretagne.

Cette même analyse a montré que la prévalence des diabétiques uniquement traités par insuline (essentiellement des diabétiques de type 1) était de 0,33 % dans les Pays de la Loire. La région est là aussi au deuxième rang des régions où cette prévalence est la plus faible, après la Bretagne.

● Le diabète a été à l'origine de près de 6 000 admissions annuelles en affection de longue durée sur la période 1999-2001 dans les Pays de la Loire, dont près de 80 % pour diabète de type 2. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces admissions dans la population couverte par le régime général est inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

● Les données épidémiologiques concernant la prise en charge du diabète sont cohérentes avec une faible prévalence de cette pathologie dans les Pays de la Loire.



### 1 TAUX DE PREVALENCE DU DIABETE TRAITÉ PAR MÉDICAMENTS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Insuline seule	0,41	0,33	0,37	0,32	0,24	0,41	0,25
Insuline+ ADO	0,12	0,09	0,08	0,10	0,05	0,16	0,04
ADO	2,26	1,62	1,55	1,56	1,26	2,08	1,55
<b>Total</b>	<b>2,78</b>	<b>2,04</b>	<b>2,00</b>	<b>1,98</b>	<b>1,55</b>	<b>2,65</b>	<b>1,84</b>

Source : CNAMTS

Unité : pour 100 personnes protégées du Régime général *stricto sensu*

### 3 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang**
Taux* de prévalence du diabète traité par ADO seuls ou avec insuline	1999	1,71	2ème
Taux* de prévalence du diabète traité par médicaments	1999	2,04	2ème

Source : CNAMTS

\* pour 100 personnes protégées du Régime général *stricto sensu*

\*\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 2 ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE POUR DIABETE

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Diabètes	Moins de 45 ans		45-74 ans		75 ans et plus		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Insulino-dépendants	139	108	284	200	79	145	502	453
Non insulino-dépendants	157	139	1 961	1 497	421	565	2 539	2 201
Non précisé	25	12	233	64	41	41	299	117
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>259</b>	<b>2 478</b>	<b>1 761</b>	<b>541</b>	<b>751</b>	<b>3 340</b>	<b>2 771</b>

Source : URCAM

#### DEFINITIONS

**Diabète** : Code CIM9 : 250 ; Code CIM10 : E10-E14.

**ADO** : antidiabétiques oraux. Le diabète de type 2 se traite par antidiabétiques oraux et parfois par antidiabétiques oraux et insuline injectable. Les diabétiques de type 1 ne sont traités que par insuline injectable.

**Prévalence** : nombre de cas à un moment donné.

**Régime général *stricto sensu*** : sections locales mutualistes exclues.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

### Contexte national

Plusieurs études épidémiologiques montrent de façon concordante que la prévalence du surpoids et celle de l'obésité augmentent en France. Outre son fort retentissement psychosocial, ce phénomène est un facteur de risque de multiples pathologies : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer du sein et de l'utérus par exemple. L'indice de masse corporelle (IMC), calculé à partir du poids et de la taille, constitue l'indicateur international de référence pour définir le surpoids et l'obésité.

Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 et le surpoids par un IMC compris entre 25 et 29,9. Les données épidémiologiques les plus récentes sont celles de l'étude ObEpi 2003, portant sur un échantillon représentatif de la population française âgée de plus de 15 ans interrogé par questionnaire. Selon cette étude, la prévalence de l'obésité est passée de 8,2 % en 1997 à 9,6 % en 2000 et 11,3 % en 2003. La France compte ainsi 5,3 millions d'obèses de plus de 15 ans. S'y ajoutent 14,5 millions de personnes en surpoids (30,3 % de la population contre 29,4 % en 2000). Au total ce sont donc actuellement 41,6 % de la population des plus de 15 ans, soit environ 20 millions de personnes qui sont en situation de surpoids ou d'obésité.

Entre 1997 et 2003 le surpoids et l'obésité ont progressé dans les deux sexes, dans toutes les tranches d'âge et dans tous les groupes sociaux. Ces tendances évolutives sont superposables à celles observées dans d'autres pays d'Europe, comme la Grande-Bretagne par exemple. Si elles persistent, la France connaîtra en 2020 une prévalence de l'obésité aussi importante que celle observée aux USA actuellement.

Surpoids et obésité voient leur prévalence augmenter fortement avec l'âge, et sont plus fréquents dans les populations les moins favorisées. La fréquence de l'obésité varie peu selon le sexe mais la prévalence du surpoids est à tout âge beaucoup plus importante chez les hommes.

Chez l'enfant, la définition de l'obésité est complexe, parce que le seuil d'IMC définissant le surpoids ou l'obésité varie avec l'âge et est parfois différent selon les études. Toutefois, les tendances sont identiques à celles observées chez les adultes. Selon l'étude menée par la DREES à partir du résultat des bilans de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France, le pourcentage d'enfants avec un surpoids ou une obésité, selon les références de l'International Obesity Task Force (IOTF), est de 14 %. Selon les mêmes références, l'étude European Childhood Obesity Group (ECOG), réalisée en 2000, estime à 18 % la prévalence du surpoids chez les 7-9 ans. L'obésité des enfants et des adolescents semble inversement associée au revenu et au niveau d'éducation des parents. La présence d'un adulte obèse dans le foyer augmente fortement le risque d'obésité chez l'enfant.

L'obésité est une maladie en soi, avec un risque relatif de mortalité augmenté. Elle augmente également le risque de diabète non insulino-dépendant, de résistance à l'insuline, de pathologies biliaires, d'hypertension artérielle, de maladies coronariennes, d'accidents cérébro-vasculaires, de certains cancers (surtout hormono-dépendants et du côlon) ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthroses...

Chez l'enfant, le risque de l'obésité, outre le retentissement psychosocial, est la persistance de l'obésité à l'âge adulte qui s'observe dans 20 à 50 % des cas et dans 50 à 70 % des cas si l'obésité est constatée chez l'adolescent.

Les causes de l'obésité sont multiples et intriquées, néanmoins il est possible de dégager de l'ensemble des études le rôle d'une alimentation trop énergétique (riche en lipides) et de la sédentarité. La baisse de consommation de lipides, l'augmentation des apports énergétiques sous forme de glucides et l'augmentation de l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne font partie des objectifs du Programme national nutrition santé.

Bibliographie page 171

### Dans les Pays de la Loire

- Selon l'enquête ObEpi 2000, réalisée par autoquestionnaire auprès d'un échantillon représentatif des ménages français, 7,2 % de ligériens de plus de 15 ans sont obèses (avec un IMC compris entre 30 et 39,9). Cette prévalence a augmenté depuis 1997 (elle était de 6,6 %) mais l'augmentation régionale est la plus faible observée en France. Les Pays de la Loire sont en 2000 la région où la prévalence de l'obésité chez l'adulte est la plus faible. Toutefois, cette situation semble évoluer puisque selon les premiers résultats de l'enquête ObEpi 2003, la région ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) est l'une des zones dont le taux de prévalence d'obésité a le plus augmenté (+ 40 %).
- Une analyse des données collectées dans le cadre des bilans réalisés par les centres d'examen de santé des Pays de la Loire montre que la fréquence de l'obésité est près de deux fois plus élevée chez les consultants de 15 à 59 ans en situation de précarité que chez les autres consultants du même âge. A structure par âge identique, 10 % des consultants et 15 % des consultantes "précaires" sont obèses *versus* respectivement 6 % et 7 % pour les "non-précaires".
- Selon le Baromètre santé jeunes, la proportion de ligériens de 12 à 25 ans qui déclarent un poids supérieur à la normale (références françaises) atteint 11 %. Les garçons sont plus fréquemment concernés que les filles (13 % *versus* 10 %). La prévalence du surpoids est moins élevée que celle observée au plan national (17 %). Cette prévalence régionale est relativement proche de la moyenne nationale chez les filles (respectivement 9 % et 11 %) mais nettement moins élevée chez les garçons (12 % *versus* 17 %).
- D'après l'enquête de la DREES auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, s'appuyant sur les données morphologiques mesurées lors des bilans de santé scolaire, les ligériens de 5 à 6 ans ont une prévalence de surpoids (références IOTF) de 10,6 % et d'obésité de 1,7 %. Ces prévalences sont nettement plus faibles que la moyenne nationale (respectivement 14,5 et 3,9 %) et sont les plus basses observées en France métropolitaine.
- Les études disponibles apportent donc des résultats convergents sur l'existence d'une situation régionale actuellement plus favorable que la moyenne nationale en matière de prévalence du surpoids et de l'obésité.

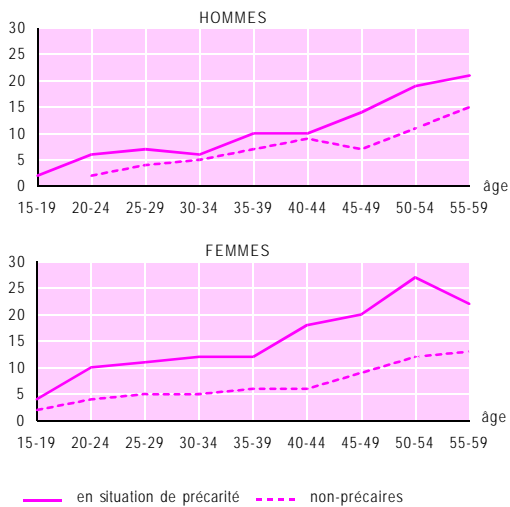
## Surpoids et obésité 9.2

### 1 PREVALENCE DE L'OBESITE CHEZ LES 15 ANS OU PLUS Pays de la Loire, France métropolitaine (1997 - 2000)

	1997	2000	Evolution 1997-2000
Pays de la Loire	6,6%	7,2%	+ 9,1%
France métropolitaine	8,2%	9,6%	+ 17,1%

Source : Enquête ObEpi. INSERM-Institut Roche-SOFRES (références françaises)

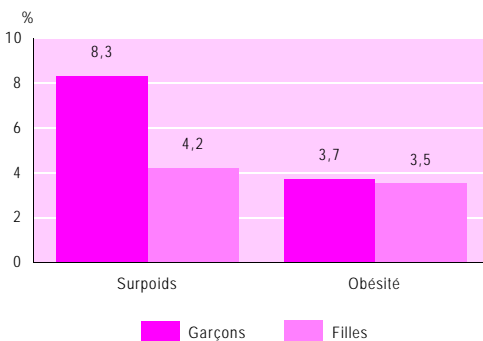
### 2 PREVALENCE DE L'OBESITE PARMI LES CONSULTANTS DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE SELON LA SITUATION SOCIALE ET LE SEXE Pays de la Loire (2000)



Source : CNAMTS-CETAF  
Unité : pour 100 personnes

Exploitation : ORS

### 3 INDICE DE MASSE CORPORELLE DES JEUNES DE 12-25 ANS Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, CFES 2000 (références françaises)

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Prévalence de l'obésité chez les 15 ans ou plus <sup>1</sup>	2000	7,2 %	1er
Prévalence de l'obésité chez les enfants de 6 ans <sup>2</sup>	1999	1,7 %	1er

Sources :

1 - Enquête ObEpi, INSERM-Institut Roche-SOFRES (obésité telle que définie chez l'adulte)

2 - DRASS-DREES Enquête Bilans de santé scolaire - 6 ans (références IOTF)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

#### DEFINITIONS

**Indice de masse corporelle (IMC) :** cet indice, calculé à partir du poids et de la taille (= poids / taille<sup>2</sup>), constitue l'indicateur international de référence pour définir le surpoids et l'obésité.

**Obésité et surpoids :**

**Chez l'adulte,** l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 et le surpoids par un IMC compris entre 25 et 29,9.

**Chez l'enfant,** deux types de références sont utilisées pour définir le surpoids et l'obésité :

Pour les références françaises :

- les jeunes ayant un surpoids sont ceux dont l'IMC est supérieur au 90<sup>e</sup> centile et inférieur ou égal au 97<sup>e</sup> centile des courbes d'IMC selon l'âge présentées dans le carnet de santé.

- les obèses sont les jeunes dont l'IMC est supérieur au 97<sup>e</sup> centile.

Source : Body mass index variations : centiles from birth to 87 years. M.F. Rolland-Cachera, T.J. Cole, M. Sempé, J. Tichet, C. Rossignol, A. Charraud. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 45, pp. 13-21

Pour les références IOTF, la définition du surpoids et de l'obésité repose sur des courbes de centiles de l'IMC établies à partir de données de différents pays. Les seuils sont constitués par les courbes de centiles passant à 18 ans par les valeurs de l'IMC égales à 25 (pour le surpoids) et 30 kg/m<sup>2</sup> (pour l'obésité).

Source : Cole TJ and al. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : International survey. BMJ* 2000, 320 : 1240-3

**Prévalence :** nombre de cas à un moment donné.

## 10 TROUBLES MENTAUX

### Contexte national

La santé mentale est un champ vaste et complexe qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et celui de la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier champ est beaucoup plus difficile à cerner sur le plan épidémiologique, parce que sa reconnaissance dépend autant du contexte culturel ou sociétal que du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé. Elle constitue un déterminant majeur du comportement face à la santé et à la maladie, de la consommation de soins, de la capacité d'insertion sociale et professionnelle, de la mortalité prématurée... Une part importante de cette dernière est en effet liée aux suicides et aux conduites addictives, causes de décès dont le lien avec les troubles psychiques est bien établi. Les suicides et les troubles mentaux liés à l'alcool représentent ainsi respectivement 7 % et 2 % des décès avant 65 ans chez les hommes, et 6 % et 1 % des décès avant 65 ans chez les femmes.

Les troubles mentaux constituent un motif majeur de recours aux soins. Ainsi, selon l'enquête nationale HID (handicaps-incapacités-dépendances) menée en 1999, 2,1 % de la population (soit 1,2 million de personnes) déclarent avoir régulièrement consulté pour troubles psychiques ou mentaux au cours des 3 mois précédant l'enquête. Cette proportion est maximum chez les 40-50 ans, notamment chez les femmes pour qui elle atteint 6,7 % dans cette classe d'âge.

En médecine de ville, d'après l'enquête permanente sur la prescription médicale 1998 (EPPM) d'IMS Health, 12 % des consultations de médecins libéraux sont motivées par au moins un trouble mental. Ces affections sont ainsi au 4<sup>ème</sup> rang des motifs de recours aux soins de ville, derrière les maladies respiratoires (20 % des séances), circulatoires (19 %) et ostéo-articulaires (12 %). Les principales pathologies en cause sont les dépressions (5 %) et les troubles névrotiques (4 %).

En milieu hospitalier, dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, les troubles mentaux constituent en 2000 le diagnostic principal de 272 000 séjours (près de 2 % de l'ensemble des séjours). S'y ajoutent les séjours dans les établissements de psychiatrie publics, avec près de 300 000 personnes hospitalisées au moins une fois en 1999 dans les secteurs adultes. Plus globalement, 1,5 million de personnes ont été vues au moins une fois dans les secteurs de psychiatrie adultes et enfants en 1999 (voir page 136).

La fréquence et la chronicité des pathologies mentales, ainsi que l'importance de la prise en charge qu'elles nécessitent, expliquent qu'elles constituent la 2<sup>ème</sup> cause d'affections de longue durée (ALD), en incidence (100 000 admissions en 1998) comme en prévalence (estimation de 950 000 personnes en 1994).

Mais les enquêtes épidémiologiques en population montrent que la pathologie diagnostiquée dans le cadre d'une demande de soins ne représente qu'une part de la morbidité. Si la pathologie schizophrénique et les autres psychoses chroniques, qui concernent entre 1 et 2 % de la population générale, sont relativement bien diagnostiquées, il n'en est pas de même des pathologies anxieuses, dépressives, addictives. On estime ainsi que les dépressions majeures concernent 5 % de la population générale en prévalence ponctuelle et entre 17 et 20 % en prévalence vie entière, mais que la moitié seulement des troubles dépressifs font l'objet de soins, et moins de 25 % font l'objet de

soins spécialisés en psychiatrie. Les troubles mentaux organiques et les démences, qui affectent principalement les personnes âgées, sont également des affections sous-médicalisées. Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux et souvent intriqués, et sont notamment représentés par les événements traumatisants de la vie et en particulier de l'enfance, l'isolement affectif, les situations de précarité et 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 qu'elle représente souvent l'un des révélateurs des troubles mentaux. Ces pathologies constituent ainsi de loin le premier motif d'admission en invalidité (27 % des admissions en 1998). Par ailleurs, selon l'enquête HID, seulement 40 % des personnes de 20 à 59 ans déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux exercent une activité professionnelle, contre près des 3/4 de celles qui ne sont pas dans ce cas.

Bibliographie page 171

### Dans les Pays de la Loire

- Les troubles mentaux ont été à l'origine de plus de 6 000 admissions en affection de longue durée (ALD) en moyenne pendant la période 1999-2001 dans les Pays de la Loire, soit 12 % du total des ALD. A structure d'âge comparable, dans la population relevant du seul régime général, la fréquence de ces admissions est inférieure de 15 % à la moyenne nationale. Avant 45 ans, près du tiers des admissions en ALD chez les hommes sont motivées par les psychoses. Chez les femmes, le poids relatif des psychoses est nettement moins important et plus de 20 % des motifs d'admissions en ALD sont des troubles de l'humeur. Entre 45 et 74 ans, ces troubles sont au premier rang des causes d'admissions en ALD pour les deux sexes. Chez les 75 ans et plus, on retrouve essentiellement des troubles organiques et des démences (80 %), notamment chez les femmes en raison de leur plus grande espérance de vie.

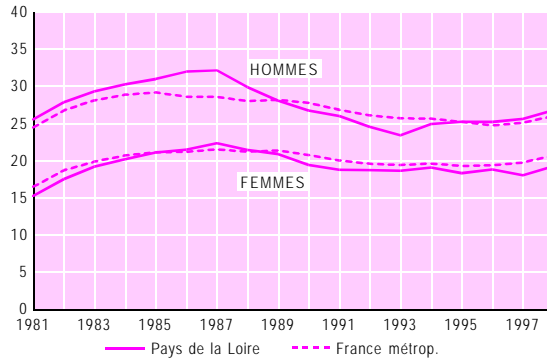
- La file active des secteurs de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) de la région est de 73 000 patients, ce qui représente un taux de recours moyen de 23 patients pour mille habitants.

- Les problèmes de santé mentale constituent également une cause importante de mortalité et de mortalité prématurée, en particulier chez l'homme. En effet, le suicide, malgré un léger recul, est encore à l'origine chaque année de près de 740 décès dans les Pays de la Loire, dont 74 % concernent des hommes et 70 % des moins de 65 ans. En 1997-1999, la mortalité régionale par suicide dépasse de 27 % la moyenne nationale (voir page 104). Par ailleurs, la psychose alcoolique et l'alcoolisme 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 %) (voir page 88).

- La mortalité liée aux troubles mentaux a progressé de façon significative (+ 15 %), en raison notamment de l'augmentation de la mortalité par psychose chez les personnes âgées. Ce constat doit toutefois être considéré prudemment car il peut résulter de changements dans les modalités de recueil des causes médicales de décès.

**1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR TROUBLES MENTAUX**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**DEFINITIONS**

**Troubles mentaux** : Code CIM9 : 290-319 ; Code CIM10 : F00-F99.

**Suicide** : Code CIM 9 : E950-E959.

**File active** : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

**Secteurs psychiatriques** : zones géographiques au sein desquelles des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients en ambulatoire ou en hospitalisation. On distingue des secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes) et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (voir pages 136-137).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Prévalence** : nombre de cas à un moment donné.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas diagnostiqués pendant une période donnée.

**2 DECES PAR TROUBLES MENTAUX ET SUICIDE**

Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

Causes médicales de décès	HOMMES	dont < 65 ans	FEMMES	dont < 65 ans
<b>TROUBLES MENTAUX</b>				
- Psychose	192	16	405	5
<i>dont états psychotiques organiques séniles et préséniles</i>	102	1	259	1
- Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques	140	98	63	22
<i>dont syndrome de dépendance alcoolique</i>	111	81	23	14
- Autres	3	2	0	0
<b>SUICIDES</b>	548	398	189	118
<b>Total</b>	<b>883</b>	<b>514</b>	<b>657</b>	<b>145</b>

Source : INSERM CépiDc

**3 ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE**

POUR TROUBLES MENTAUX Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

HOMMES	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
Troubles mentaux organiques et démences	18	163	474	655
Psychose	373	99	18	490
Troubles de l'humeur	133	190	51	375
Troubles névrotiques	61	53	15	129
Retard mental	80	21	2	104
Autres troubles mentaux	513	206	27	747
<b>Total</b>	<b>1 179</b>	<b>732</b>	<b>588</b>	<b>2 499</b>

FEMMES	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
Troubles mentaux organiques et démences	17	235	1 272	1 524
Psychose	177	134	53	364
Troubles de l'humeur	216	370	161	747
Troubles névrotiques	90	114	55	259
Retard mental	59	16	2	77
Autres troubles mentaux	403	211	75	689
<b>Total</b>	<b>961</b>	<b>1 081</b>	<b>1 619</b>	<b>3 661</b>

Source : URCAM

## 10 TROUBLES MENTAUX

### Contexte national

La démence est une affection fréquente et grave qui domine toute la pathologie mentale des personnes âgées. Les étiologies et les mécanismes physiopathologiques de ces affections sont multiples. Les démences dégénératives, et notamment la maladie d'Alzheimer, sont les plus fréquentes, mais il existe également des démences d'origine vasculaire, toxique ou carencielle. La maladie d'Alzheimer se caractérise par l'apparition et le développement progressif et durable de perturbations cognitives mais aussi non cognitives, retentissant sur les activités de la vie quotidienne.

On estime l'incidence globale à 110 000 nouveaux cas annuels en France, le taux d'incidence augmentant avec l'âge et étant plus élevé chez la femme que chez l'homme, après 75 ans. Ce taux d'incidence semble stable dans le temps.

Le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer est actuellement estimé à 435 000. La population atteinte représente 5 % de la population des plus de 65 ans et 20 % de la population des plus de 85 ans. Du seul fait du vieillissement de la population et si aucun progrès n'est fait dans la prévention de la maladie, la prévalence pourrait atteindre 500 000 personnes malades en 2010.

Les facteurs de risque incontestés de la maladie d'Alzheimer sont l'âge et la présence d'un allèle spécifique du gène de l'apolipoprotéine E. D'autres facteurs de risque sont probables : sexe féminin, bas niveau d'éducation, facteurs de risque de pathologies vasculaires.

Il existe différents stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer, du trouble cognitif léger (oubli) à la maladie d'Alzheimer très sévère avec perte du langage, de la locomotion et trouble de la conscience. En raison des complications de décubitus et des défauts de prise en charge des pathologies associées, la maladie d'Alzheimer constitue une cause majeure de décès. Elle réduit de manière significative l'espérance de vie des personnes atteintes avec une survie moyenne d'environ 8 ans à partir du diagnostic.

La maladie d'Alzheimer constitue la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en institution. Environ 40 % des personnes atteintes de cette maladie y vivent. Des prises en charge sont également assurées au sein de structures d'accueil de jour, d'hospitalisation à la journée ou d'accueil temporaire qui facilitent le maintien à domicile et apportent un soutien aux proches aidants. Ce soutien est d'autant plus important que des études montrent que la mortalité des aidants est accrue de plus de 50 % et que leur qualité de vie est détériorée. On estime qu'un million de personnes sont concernées par la maladie d'un de leur proche parent et sont de ce fait en difficulté tant au niveau de leur santé que dans l'organisation de la vie courante et sur le plan financier.

Au regard de la prévalence actuelle et de son évolution, l'offre de soins reste inadéquate, tant au niveau quantitatif

que qualitatif. Les établissements pour personnes âgées dépendantes disposent d'un nombre de places trop faible. Leur architecture n'est pas toujours adaptée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leur personnel est parfois insuffisamment formé à leur prise en charge. Cette situation, ajoutée à celle du diagnostic insuffisant de cette pathologie, génère des inégalités d'accès aux soins, liées aux revenus du malade et de sa famille, à leur milieu socioculturel et aussi à la proximité, ou non, d'un centre expert. L'un des objectifs du programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, annoncé en octobre 2001, est de réduire ces inégalités. Il s'articule en six points : identifier les symptômes et orienter, structurer l'accès à un diagnostic de qualité, préserver la dignité des personnes, soutenir et informer les personnes malades et leur famille, améliorer la qualité des structures d'hébergement et les renforcer, favoriser les études et la recherche clinique. En particulier, ce plan prévoit la généralisation des « consultations mémoires », permettant une approche pluridisciplinaire des problèmes afin d'orienter les patients vers les prises en charge adaptées, ainsi que le développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

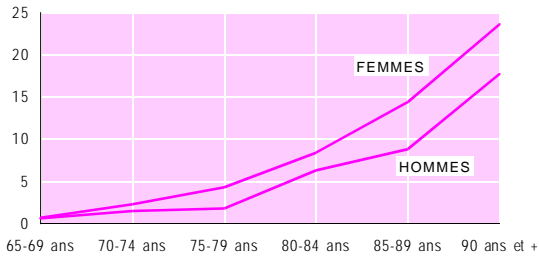
*Bibliographie page 172*

### Dans les Pays de la Loire

- En appliquant les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude coopérative européenne à la population des Pays de la Loire, on peut estimer à près de 25 000 le nombre de personnes souffrant de cette maladie dans la région. Avec le vieillissement de la population, cet effectif atteindrait environ 30 000 personnes en 2010.
- L'incidence régionale estimée, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas qui surviennent dans la population des Pays de la Loire, est d'environ 6 500 cas par an actuellement et atteindrait 8 000 en 2010.
- Selon les données du service médical de l'assurance maladie, les troubles mentaux organiques et les démences sont à l'origine de 2 000 admissions chaque année en affection de longue durée (ALD). 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 de la maladie d'Alzheimer d'autre part, illustre le fait que le diagnostic de cette maladie est encore insuffisamment posé.
- Sur le plan diagnostic, des "consultations mémoire" pluridisciplinaires se mettent en place de manière progressive dans chacun des départements de la région.

**1 PREVALENCE EUROPEENNE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER APRES 65 ANS SELON L'AGE ET LE SEXE**

Europe (1999)



Source : Etude coopérative européenne (Lobo et al. 2000)  
Unité : pour 1 000 personnes

**DEFINITIONS**

**Maladie d'Alzheimer** : Code CIM9 : 331.0 ; Code CIM10 : F00\* (G30.-1).

**Prévalence** : nombre de cas à un moment donné.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas diagnostiqués pendant une période donnée.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**2 ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS PREVALENTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER APRES 65 ANS SELON L'AGE ET LE SEXE**

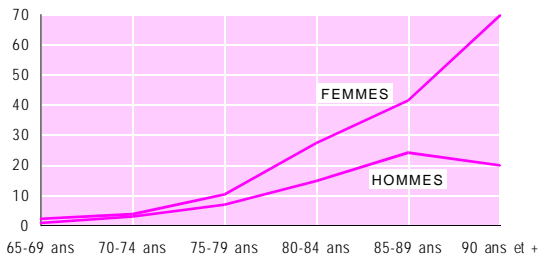
Pays de la Loire (1999)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et plus	Total
Hommes	429	928	915	1 150	1 462	1 148	6 032
Femmes	581	1 813	3 111	2 614	5 173	5 256	18 548
Ensemble	1 010	2 741	4 026	3 764	6 635	6 404	24 580

Source : Etude coopérative européenne (Lobo et al. 2000), INSEE

**3 TAUX D'INCIDENCE EUROPEEN DE LA MALADIE D'ALZHEIMER APRES 65 ANS SELON L'AGE ET LE SEXE**

Europe (1999)



Source : Etude coopérative européenne (Fratiglioni et al. 2000)  
Unité : pour 1 000 personnes

**4 ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS INCIDENTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER APRES 65 ANS SELON L'AGE ET LE SEXE**

Pays de la Loire (1999)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et plus	Total
Hommes	64	186	351	270	402	130	1 403
Femmes	183	299	745	850	1 512	1 552	5 141
Ensemble	247	485	1 096	1 120	1 914	1 682	6 544

Sources : Etude coopérative européenne (Lobo et al. 2000), INSEE

## 11 MALADIES OCULAIRES

### Contexte national

La pathologie oculaire regroupe un large éventail d'affections de fréquence et de gravité variables, allant du défaut réfractif corrigé par le port de lunettes à des maladies plus graves pouvant conduire à la cécité. Tous âges confondus, les maladies oculaires représentent 6 % des motifs de recours aux soins de ville et 4 % des hospitalisations en court séjour, mais elles affectent de façon inégale les différentes étapes de la vie.

La pathologie visuelle de l'enfant et de l'adulte jeune est dominée par les troubles réfractifs et les conjonctivites. La fréquence des atteintes oculaires augmente de façon marquée à partir de 45 ans avec l'apparition de la presbytie. A cet âge, les conséquences de la perte du pouvoir accommodatif de l'œil deviennent significatives et entraînent un besoin de correction optique en vision de près. Chez les personnes âgées, l'essentiel de la morbidité oculaire est en rapport avec des atteintes plus graves. La cataracte, opacification progressive du cristallin, reste malgré l'efficacité de son traitement chirurgical une cause majeure de déficience visuelle. Le glaucome, maladie complexe du nerf optique, conduit en l'absence de traitement à une destruction progressive du champ visuel. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), ensemble des lésions dégénératives de la rétine centrale après 50 ans, ne bénéficie pas actuellement de traitement dont l'efficacité soit avérée à long terme.

Les troubles visuels les plus fréquemment déclarés dans presque toutes les tranches d'âge sont les problèmes de réfraction (myopie, hypermétropie ou astigmatisme) selon l'enquête Santé Protection Sociale 2000 du CREDES. Ils sont au troisième rang des affections les plus fréquemment déclarées chez les jeunes de moins de quinze ans (14 % des filles et 16 % des garçons) et au premier rang à partir de 45 ans, avec plus de deux personnes sur trois concernées. A partir de 75 ans s'y ajoute la cataracte, qui affecte 25 % des hommes et 32 % des femmes.

En médecine de ville, l'enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS HEALTH (EPPM - septembre 2001 à août 2002) montre que les motifs de recours aux soins d'origine visuelle varient de façon marquée selon l'âge chez les généralistes et les ophtalmologistes. Chez l'enfant et l'adulte jeune, les troubles réfractifs et les conjonctivites motivent 80 % des séances liées à un problème visuel. Chez les moins de 15 ans, le strabisme est également à l'origine de 6 % de ces séances. A partir de la quarantaine, le presbytie motive une séance sur trois. Après 65 ans, la cataracte et le glaucome représentent 36 % des motifs de recours aux soins de ville liés à des troubles de la vision.

La morbidité hospitalière en rapport avec des affections oculaires augmente très fortement à partir de l'âge de 55 ans, à cause des interventions pour cataracte. Celle-ci constitue le troisième motif de recours hospitalier entre 55 et 64 ans (un séjour sur 40) et le premier motif à partir de 65 ans (un séjour sur 16 entre 65 et 74 ans et un séjour sur 11 à partir de 75 ans).

Avec l'allongement de la durée de vie, la déficience visuelle constitue un problème de santé publique d'importance croissante. L'ensemble des études épidémiologiques montrent que sa fréquence augmente très fortement avec l'âge à partir de 60 ans. La prévalence des déficiences visuelles graves chez l'en-

fant de 9 ans est estimée à 0,59 pour mille par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère. Elles sont dues à une anomalie congénitale une fois sur deux. Chez l'adulte, les principales causes de déficience visuelle sont la rétinopathie diabétique avant 60 ans, la cataracte, le glaucome et la DMLA chez les personnes âgées. Selon l'enquête HID (handicaps, incapacités, dépendance), 5 % des personnes âgées de 60 à 79 ans vivant à domicile et 18 % de celles résidant en institution seraient aveugles ou malvoyantes. Au-delà de 80 ans, ces proportions atteignent respectivement 21 % et 33 %.

*Bibliographie page 172*

### Dans les Pays de la Loire

- Un enfant ligérien sur cinq environ présente un problème visuel lors du bilan de santé scolaire de 6 ans. Comme en France, 14 % des enfants ont une amétropie connue avant l'examen tandis que 7 % d'anomalies sont dépistées lors de l'examen.
- Une étude menée auprès des consultants de six centres de santé des Pays de la Loire montre qu'un déficit visuel modéré mal corrigé ou non améliorable est assez fréquent, et surtout chez les personnes en situation de précarité. Parmi les 40 000 personnes âgées de 15 à 59 ans examinées en 2000, 16 % des consultants non précaires et 23 % des consultants en situation de précarité ont une acuité visuelle mal corrigée ou non améliorable inférieure à 7/10 sur un œil au moins.
- Comme en France, les hospitalisations ayant pour diagnostic principal une pathologie oculaire concernent majoritairement les personnes âgées de 60 ans et plus (trois séjours sur quatre). Avec 23 700 séjours en 2000, la cataracte en constitue le diagnostic le plus fréquent (trois séjours sur quatre). Mais si le recours à l'hospitalisation pour cataracte dans les Pays de la Loire est, à structure d'âge comparable, identique à la moyenne nationale, la fréquence des séjours pour glaucome est plus élevée de 57 %, avec de grandes disparités géographiques. En Loire-Atlantique, la surmorbidity hospitalière par glaucome est nettement plus marquée que dans les autres départements. Ce phénomène, également observé dans l'ensemble des départements bretons, pourrait correspondre à une fréquence localement élevée de cette maladie. Cependant, des différences de pratiques de soins, de modalités de prise en charge ou d'habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI pourraient également intervenir.
- La répartition géographique des ophtalmologistes et des orthoptistes est inégale dans les cinq départements de la région. Si la densité de ces professionnels en Loire-Atlantique (9,2 ophtalmologistes et 3,9 orthoptistes pour 100 000 habitants) est identique à celle de la France métropolitaine, elle est nettement plus faible en Vendée (5,1 ophtalmologistes et 1,3 orthoptiste pour 100 000 habitants).



## Maladies oculaires 11.

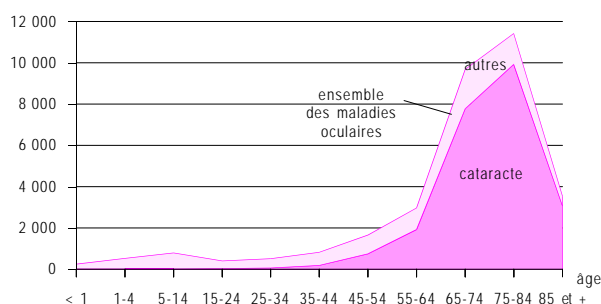
### 1 SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE OCULAIRE\* Pays de la Loire (2000)

	Total	dont < 24 h.
Cataracte	23 732	5 771
Décollement, déchirure de la rétine	1 169	111
Glaucome	1 501	445
Autres maladies de l'oeil	6 130	2 408
<b>Maladies de l'oeil et de ses annexes</b>	<b>32 532</b>	<b>8 735</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* séjours pour lesquels une maladie de l'oeil et de ses annexes a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

### 2 NOMBRE DE SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE OCULAIRE SELON L'AGE ET LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL Pays de la Loire (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 3 INDICE COMPARATIF D'HOSPITALISATION POUR MALADIE OCULAIRE Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic principal	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
H25, H26, H28.0 à H28.2	Cataracte	99 *	100 *	113	78	94	96
H33	Décollement, déchirure de la rétine	115	136	121	99 *	91 *	100 *
H40, H42	Glaucome	157	241	124	130	94 *	117
<b>H00-H59</b>	<b>Ensemble des maladies oculaires</b>	<b>102</b>	<b>106</b>	<b>111</b>	<b>85</b>	<b>95</b>	<b>102</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* différence avec la France métropolitaine non significative au seuil de 5 %

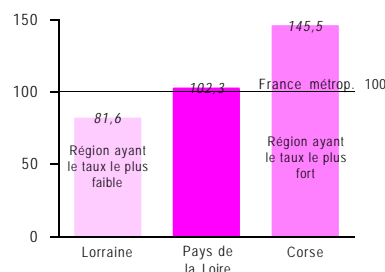
### 4 LES OPHTALMOLOGISTES ET LES ORTHOPTISTES (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ophthalmologistes	5 341	234	106	48	16	36	28
% libéraux	86	88	92	83	81	78	96
densité*	9,0	7,2	9,2	6,5	5,6	6,7	5,1
Orthoptistes	2 310	92	45	21	5	14	7
% libéraux	77	73	69	62	100	79	100
densité*	3,9	2,8	3,9	2,8	1,7	2,6	1,3

Source : DREES - Répertoire ADELI

\* pour 100 000 habitants

### 5 INDICE COMPARATIF D'HOSPITALISATION POUR MALADIE OCULAIRE (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

#### DEFINITIONS

**Maladies de l'oeil et de ses annexes** : Code CIM9 : 360-379 ; Code CIM10 : H00-H59.

**Séance** (dans l'enquête IMS HEALTH) : consultation, visite ou acte technique réalisé par un médecin.

**Densité** : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

**Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** : l'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale et un ICH de 86 une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 29).

**Amétropie** (selon l'enquête Bilans de santé scolaire à 6 ans - DRASS-DREES) : myopie, hypermétropie, astigmatisme ou port de lunettes (sans précision de l'affection en cause).

## 12 MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

### Contexte national

En France, comme dans tous les pays industrialisés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation. En 1999, les affections cardio-vasculaires ont provoqué environ 165 000 décès, dont un peu plus de 16 000 sont survenus avant 65 ans.

La mortalité par maladie cardio-vasculaire varie considérablement selon les pays et, à l'échelle nationale, selon les régions. Selon les données Eurostat 1997-1999, disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union européenne, la France connaît le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, pour les hommes comme pour les femmes. La France et les régions françaises s'inscrivent dans la continuité du gradient décroissant nord-sud de mortalité et de morbidité cardio-vasculaire.

Les données de morbidité cardio-vasculaire sont, en France, très parcellaires, mais différentes sources permettent néanmoins d'approcher l'ampleur de ce problème. Environ 235 000 admissions en affection de longue durée pour une pathologie cardio-vasculaire ont été prononcées en 1999. D'autre part, ces maladies ont constitué la cause principale de 1 320 000 séjours d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée en 2000 (soit 9 % de l'ensemble des séjours). Le nombre de décès dus à ces affections a diminué régulièrement. Entre 1990 et 1999, cette baisse a été plus importante pour les décès par maladies vasculaires cérébrales (40 000 décès en 1999, soit une réduction de 18 % depuis 1990) que pour les décès par cardiopathies ischémiques (45 000 décès en 1999, soit une réduction de 9 %).

Le vieillissement de la population, l'amélioration du pronostic vital de l'infarctus du myocarde et l'absence d'un contrôle efficace de l'hypertension artérielle chez un tiers des hypertendus (source CNAMTS) peuvent laisser penser que la morbi-mortalité par insuffisance cardiaque va s'accroître dans les prochaines années. En effet, l'incidence de l'insuffisance cardiaque double pratiquement tous les dix ans d'âge. Les travaux réalisés en milieu hospitalier font état d'une augmentation des admissions hospitalières pour insuffisance cardiaque et d'une proportion élevée de réadmissions dans les douze mois qui suivent la première admission. Par un effet mécanique lié à l'âge, la prévalence de la fibrillation auriculaire a également tendance à augmenter. De la fin des années 60 au début des années 90 celle-ci a pratiquement triplé (étude de Framingham).

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux influencent l'incidence des pathologies cardio-vasculaires, et sont souvent associés : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation et modes de vie. La réduction de ces facteurs de risque passe non seulement par des actions d'information collective auprès du grand public, par une action spécifique auprès des patients, mais aussi par une mobilisation de tous les professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de ces maladies.

Un programme national triennal de réduction des risques cardio-vasculaires a été annoncé en février 2002 par le mi-

nistère chargé de la santé. Il prévoit 5 composantes :

- action sur les facteurs de risque,
- éducation thérapeutique ciblée et spécifique,
- promotion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques,
- réflexion sur l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- renforcement de la surveillance épidémiologique.

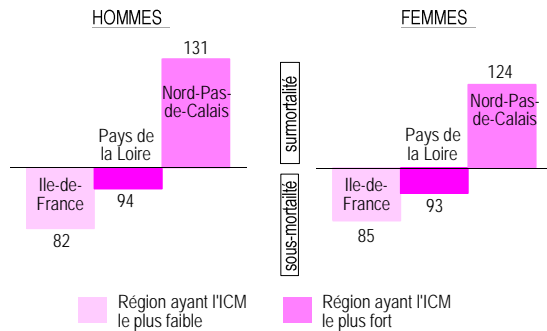
*Bibliographie page 172*

### Dans les Pays de la Loire!

- Entre 1997 et 1999, un peu plus de 8 700 décès par maladie cardio-vasculaire ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire, dont 4 700 décès féminins et 4 000 décès masculins. Ces décès concernent principalement des personnes relativement âgées : 92 % surviennent après 65 ans. On dénombre toutefois plus de 700 décès avant 65 ans.
- Comme en France, la mortalité 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 de 6 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes. Cette sous-mortalité se retrouve dans tous les départements de la région sauf en Loire-Atlantique.
- La mortalité prématurée avant 65 ans a connu un recul encore plus marqué sur cette période (respectivement - 41 % et - 55 %). En 1997-1999, les Pays de la Loire sont parmi les régions les mieux placées pour cet indicateur (3ème rang pour les hommes, 1er rang pour les femmes).
- Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée pour les trois principaux régimes d'assurance maladie : elles sont à l'origine d'environ 16 500 admissions annuelles en moyenne entre 1999 et 2001. Plus de la moitié des admissions sont dues aux maladies hypertensives et aux cardiopathies ischémiques. A structure d'âge comparable, dans la population relevant du seul régime général, la fréquence de ces admissions est inférieure de 11 % à la moyenne nationale.
- Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué, en 2000, le diagnostic principal de 63 000 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée (soit 8,6 % de l'ensemble des séjours). A structure par âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure à la moyenne nationale (- 14 %), pour les hommes comme pour les femmes. Cette situation peut résulter de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes mais aussi vraisemblablement d'une plus faible morbidité cardio-vasculaire en Pays de la Loire, ce qui est cohérent avec les autres indicateurs épidémiologiques régionaux.

## Maladies de l'appareil circulatoire 12.

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Code CIM10	Motif d'admission	HOMMES	dont < 65 ans	FEMMES	dont < 65 ans
I 10 à I 15	maladies hypertensives	2 041	717	2 494	470
I 20 à I 25	cardiopathies ischémiques	3 012	1 319	1 673	252
I 44 à I 49 sauf I 46	troubles de la conduction et du rythme cardiaque	279	50	269	18
I 50, I 97.1	insuffisance cardiaque	851	137	873	46
I 60 à I 69	maladies cérébrovasculaires	877	266	798	127
I 70 à I 79	maladie des artères, artérioles et capillaires	1 334	577	666	87
	autres	734	248	554	106
<b>I 00 à I 99</b>	<b>Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>9 126</b>	<b>3 314</b>	<b>7 328</b>	<b>1 106</b>

Source : URCAM

### 3 SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE\*\* Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I 20 à I 25	Cardiopathies ischémiques	8 123	3 138	11 261	
	- angine de poitrine	3 624	1 399	5 023	73
	- infarctus aigu du myocarde	1 997	1 063	3 060	76
	- autres cardiopat.ischémiques aiguës	385	147	532	58
	- cardiopathies ischémiques chroniques	2 117	529	2 646	67
I 44 à I 49	Troubles de la conduction et du rythme cardiaque	4 374	3 100	7 474	84
I 50, I 97.1	Insuffisance cardiaque	4 690	4 066	8 756	99*
I 60 à I 69	Maladies cérébrovasculaires	3 171	2 622	5 793	
	- hémor.méningée,céréb.,intra-crânien.	674	591	1 265	90
	- thrombose artères céréb.et précéréb.	1 893	1 390	3 283	87
	- accident vascul. cérébral mal défini	604	641	1 245	91
I 83	Varices des membres inférieurs	2 846	7 362	10 208	114
	Autres	206	2 320	2 526	
<b>I 00 à I 99</b>	<b>Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>34 704</b>	<b>28 368</b>	<b>63 072</b>	<b>86</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* différence non significative au seuil de 5 %

\*\* séjours pour lesquels une maladie de l'appareil circulatoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

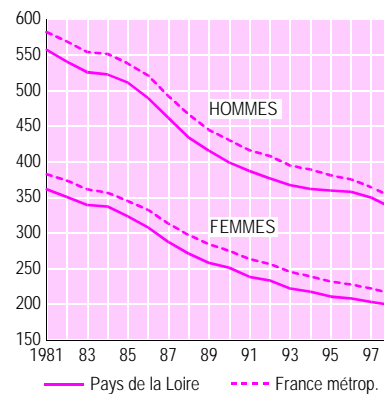
### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité prématurée par maladie de l'appareil circulatoire	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	43,1 p. 100 000	3ème
FEMMES	1997-1999	11,4 p. 100 000	1er

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible.

### 5 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

#### DEFINITIONS

**Maladies de l'appareil circulatoire** : Code CIM9 : 390-459; Code CIM10 : I00-I99.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

**Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** : l'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale et un ICH de 86 une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % à cette moyenne (voir mode de calcul page 29).

## 12 MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

### Contexte national

Le rétrécissement des artères coronaires (artères qui apportent le sang au muscle cardiaque), dû au développement de l'athérosclérose, entraîne une souffrance du muscle cardiaque plus ou moins grave par privation d'oxygène. Lorsque la privation d'oxygène est subite, majeure et prolongée, un infarctus du myocarde se constitue par destruction de la partie du muscle cardiaque située en aval du territoire de l'artère obstruée. Lorsque le rétrécissement de l'artère n'est pas complet et la privation en oxygène partielle, la souffrance du cœur se traduit pas des douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) sans destruction d'une partie du muscle cardiaque. L'ensemble des manifestations cliniques engendrées par cette souffrance cardiaque sont regroupées sous le terme de cardiopathies ischémiques.

Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 45 000 décès en 1999. Les données hospitalières de 2000 montrent que ces maladies ont représenté 290 000 séjours dans les services de courte durée, soit 2 % de l'ensemble des séjours. Environ 19 000 admissions en affection de longue durée pour un infarctus du myocarde ont été prononcées en 1998. Au cours des dix dernières années, la mortalité due à ces affections a continué de diminuer régulièrement en France et dans les différentes régions. Cette évolution favorable est la conséquence d'une diminution à la fois du nombre de nouveaux malades et du nombre de décès parmi les malades pris en charge en milieu hospitalier. Entre 1990 et 1999, la baisse du nombre de décès a été de l'ordre de 9 %.

Les résultats, rapportés par les différents registres européens de cardiopathies ischémiques, montrent la grande disparité géographique de la maladie. La France se situe parmi les pays à taux d'incidence modérés, au même rang que l'Espagne, la Suisse, l'Italie ou bien encore la Belgique. En revanche, l'infarctus du myocarde est 3 à 6 fois moins fréquent en France que dans les pays du nord et de l'est de l'Europe. La France s'inscrit ainsi dans la continuité du gradient décroissant nord-sud de morbi-mortalité par cardiopathie ischémique. De même, on observe une variabilité interrégionale de la mortalité cardio-vasculaire en France. Ainsi, la mortalité par maladie cardio-vasculaire dépasse la moyenne nationale de 37 % chez l'homme et de 31 % chez la femme dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les régions où sont observées les mortalités les plus basses sont le Poitou-Charentes chez l'homme (- 15 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur chez la femme (- 22 %).

L'utilisation en pratique médicale quotidienne de nouveaux traitements efficaces dans la désobstruction médicamenteuse (thrombolyse) et mécanique (angioplastie) des artères coronaires, une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aiguë et dans le suivi de la maladie, ainsi qu'un contrôle plus efficace de ses facteurs de risque ont conduit à une amélioration significative de son pronostic vital et fonctionnel et ont contribué efficacement à la réduction du nombre de récurrences.

Plusieurs facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme, alimentation), recon-

nus pour influencer fortement la survenue des cardiopathies ischémiques, sont accessibles à des modifications de comportements individuels et à l'action efficace de traitements médicamenteux.

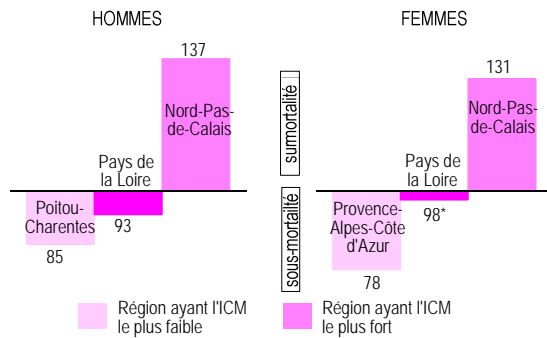
*Bibliographie page 173*

### Dans les Pays de la Loire!

- Entre 1997 et 1999, un peu plus de 2 400 décès par cardiopathie ischémique ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire, dont 1 300 décès masculins et 1 100 décès féminins. Ces décès concernent principalement des personnes âgées : 89 % surviennent après 65 ans. On dénombre toutefois plus de 250 décès annuels par cardiopathie ischémique chez des personnes de moins de 65 ans.
- Comme en France, la mortalité par cardiopathie ischémique dans la région a nettement chuté au cours des deux dernières décennies : - 30 % chez les hommes et - 35 % chez les femmes entre 1981 et 1998. Sur les années récentes, elle est proche de la moyenne nationale chez les femmes et significativement inférieure de 7 % chez les hommes. Les données départementales montrent une sous-mortalité masculine en Mayenne et pour les deux sexes en Maine-et-Loire et en Vendée. Seul le département de la Loire-Atlantique connaît une situation de surmortalité significative pour les femmes (+ 9 % par rapport à la moyenne française).
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) a également connu un recul marqué entre 1980 et 1996 (- 43 % pour les hommes et - 32 % pour les femmes).
- Les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'environ 4 700 admissions en affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année pour les 3 principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions concernent des hommes dans près de 2/3 des cas. En outre, 44 % des hommes sont admis en ALD avant l'âge de 65 ans contre seulement 15 % des femmes.
- Les cardiopathies ischémiques ont constitué, en 2000, le diagnostic principal de 11 300 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée. Parmi ces séjours, 3 100 avaient pour objet la prise en charge d'un infarctus aigu du myocarde. A structure d'âge égale, les taux de séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique sont inférieurs dans la région à la moyenne nationale. On observe ainsi un taux de séjours pour infarctus du myocarde inférieur de 25 % à la moyenne nationale. Cette situation peut résulter de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes mais plus vraisemblablement d'une plus faible morbidité cardio-vasculaire en Pays de la Loire, ce qui est cohérent avec les autres indicateurs épidémiologiques régionaux.

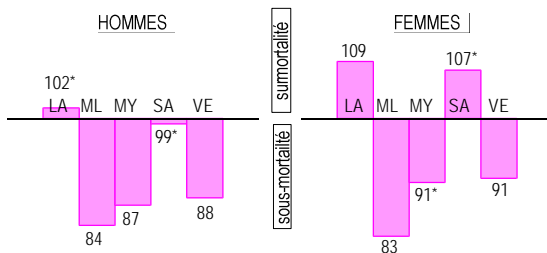
## Cardiopathies ischémiques 12.1

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (moyenne 1997-1999)



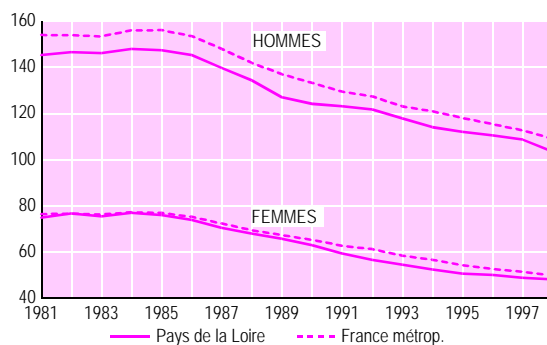
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 \* différence non significative au seuil de 5 %

### 2 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
 MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
 \* différence non significative au seuil de 5 %

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	103,4 p. 100 000	6ème
FEMMES	1997-1999	48,1 p. 100 000	9ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 \* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 5 ADMISSIONS EN ALD POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	190	26	216
45-64 ans	1 129	226	1 355
65-74 ans	879	413	1 292
75-84 ans	635	606	1 241
85 ans et plus	179	402	581
Total	3 012	1 673	4 685

Source : URCAM

### 6 SEJOURS HOSPITALIERS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE\* Pays de la Loire (2000)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	509	64	572
45-64 ans	2 926	479	3 406
65-74 ans	2 654	954	3 608
75-84 ans	1 618	977	2 597
85 ans et plus	418	664	1 082
Total	8 125	3 138	11 265

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
 \* séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

#### DEFINITIONS

**Cardiopathies ischémiques** : Code CIM9 : 410-414; Code CIM10 : I20-I25.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 12 MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

### Contexte national

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des pathologies qui entraînent une altération de la circulation cérébrale. Environ 80 % de ces maladies vasculaires cérébrales sont de nature ischémique c'est-à-dire dues à l'obstruction ou au rétrécissement d'un vaisseau, ce qui entraîne une souffrance du tissu cérébral situé en aval, les autres maladies vasculaires cérébrales étant la conséquence d'hémorragies cérébrales.

Ces maladies sont responsables d'une part importante de la mortalité et de handicaps moteurs. Elles peuvent être à l'origine des démences vasculaires qui représentent une part non négligeable de l'ensemble des démences.

Les coûts sociaux et économiques liés à cette pathologie sont très élevés du fait du retentissement fréquent sur l'autonomie de la personne atteinte. Les études internationales montrent que dans les pays développés, 20 % des patients décèdent dans le mois qui suit une première maladie vasculaire cérébrale et 5 % des survivants récidivent dans l'année. A 6 mois, environ un tiers des survivants restent dépendants pour les actes de la vie courante.

En France, les maladies vasculaires cérébrales ont été responsables de près de 40 000 décès en 1999. Cette mortalité est variable selon les régions, elle est de près de 30 % supérieure à la moyenne nationale dans le Nord-Pas-de-Calais et de 19 % inférieure en Ile-de-France. La mortalité diminue depuis les années soixante-dix comme dans la plupart des pays industrialisés. Ainsi, durant la dernière décennie, le nombre de décès a chuté de 18 % en France. Les données hospitalières de 1999 montrent que ces maladies sont la cause principale de plus de 118 000 séjours (soit moins de 1 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée en France métropolitaine). Elles représentaient plus de 31 000 admissions en affection de longue durée pour les 3 principaux régimes en 1999 soit environ 4 % de l'ensemble des admissions pour la même période.

Il existe un seul registre des maladies vasculaires cérébrales en France, basé sur la population de la ville de Dijon. Cet outil permet d'estimer les taux d'incidence, d'étudier les différents types de maladies vasculaires cérébrales, leurs facteurs de risque et d'établir des comparaisons avec d'autres registres internationaux.

A Dijon, sur la période 1985-2000, l'incidence globale reste stable et est parmi les plus faibles d'Europe. Seuls ont varié les mécanismes et les sous-types de maladies vasculaires cérébrales ischémiques. Les maladies vasculaires cérébrales hémorragiques et les accidents ischémiques cérébraux par athérosclérose des gros troncs artériels sont en diminution. Par contre, les accidents ischémiques cérébraux par atteinte des artères de petit calibre et ceux d'origine cardio-embolique sont en augmentation. Cette évolution suggère un effet possible des modifications de prise en charge des facteurs de risque.

Le vieillissement est une cause importante de survenue des maladies vasculaires cérébrales : après 55 ans, pour chaque tranche d'âge de 10 ans, les taux d'incidence sont multipliés par deux quel que soit le sexe. L'incidence des maladies vasculaires cérébrales est plus élevée chez l'homme (25 % en plus).

Parmi les facteurs de risque, le plus fréquent est l'hypertension artérielle. Les maladies cardiaques génératrices d'embolies vasculaires (arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, calcification des valves cardiaques...) sont aussi des causes importantes de pathologies vasculaires cérébrales. Les comportements nutritionnels, les troubles métaboliques et le tabagisme représentent les autres grands facteurs de risque.

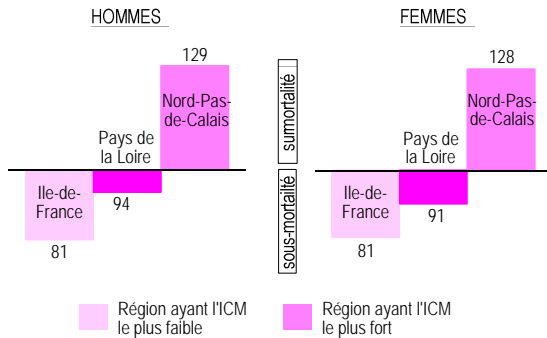
*Bibliographie page 173*

### Dans les Pays de la Loire!

- Entre 1997 et 1999, un peu plus de 2 100 décès par maladie vasculaire cérébrale ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire, dont 1 200 décès féminins et 900 décès masculins. Ces décès concernent principalement des personnes âgées : 93 % surviennent après 65 ans. On dénombre toutefois plus de 150 décès annuels par maladie vasculaire cérébrale chez des personnes de moins de 65 ans.
- Comme en France, la mortalité par maladie vasculaire cérébrale dans la région a fortement chuté : - 57 % chez les hommes et les femmes entre 1981 et 1998. Elle est significativement inférieure à la moyenne nationale de 6 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes sur la période 1997-1999. Les données départementales montrent une sous-mortalité féminine en Maine-et-Loire (- 11 % par rapport à la moyenne française) et pour les deux sexes en Sarthe (- 25 % chez les hommes et - 28 % chez les femmes).
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) a également connu un recul marqué entre 1980 et 1996 (- 52 % pour les hommes et - 67 % pour les femmes).
- Les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine d'environ 1 700 admissions en affection de longue durée en moyenne chaque année pour les 3 principaux régimes d'assurance maladie.
- Les maladies vasculaires cérébrales ont constitué, en 2000, le diagnostic principal de 5 800 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée. A structure d'âge égale, le taux de séjours hospitaliers pour ces pathologies est inférieur d'environ 10 % à la moyenne nationale.

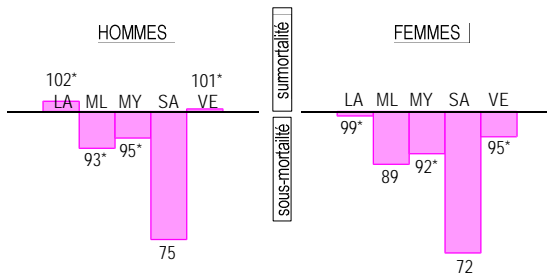
## Maladies vasculaires cérébrales 12.2

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE (moyenne 1997-1999)



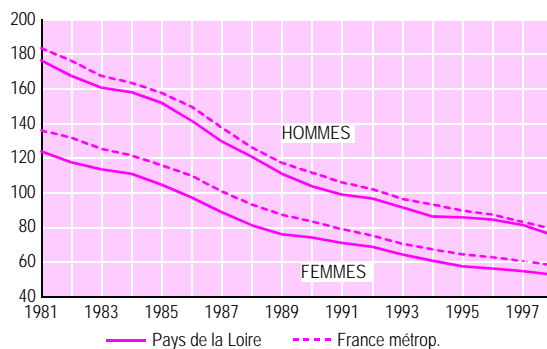
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
\* différence non significative au seuil de 5 %

### 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	75,5 p. 100 000	5ème
FEMMES	1997-1999	52,6 p. 100 000	4ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 5 ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	54	35	89
45-64 ans	213	92	304
65-74 ans	237	148	385
75-84 ans	267	267	534
85 ans et plus	107	257	364
Total	877	798	1 676

Source : URCAM

### 6 SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE\* Pays de la Loire (2000)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	164	130	296
45-64 ans	650	286	935
65-74 ans	967	462	1 430
75-84 ans	967	854	1 821
85 ans et plus	424	889	1 312
Total	3 172	2 621	5 794

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
\* séjours pour lesquels une maladie vasculaire cérébrale a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

#### DEFINITIONS

**Maladies vasculaires cérébrales** : Code CIM9 : 430-438; Code CIM10 : I60-I69.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 13 MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

### Contexte national

*Les maladies de l'appareil respiratoire traitées dans cette fiche sont seulement celles classées dans le chapitre éponyme de la classification internationale des maladies. Des pathologies comme le cancer du poumon, le mésothéliome pleural ou encore la tuberculose pulmonaire, qui constituent des problèmes de santé publique importants et sont habituellement pris en charge par les pneumologues, sont respectivement traitées pages 52, 98 et 46 de ce document.*

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes et difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologies des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou encore l'asthme (voir page 80).

En France, les affections respiratoires ont été responsables de 44 000 décès en 1999 (plus de 8 % de l'ensemble des décès) ce qui en fait la 3ème cause de mortalité derrière les maladies cardio-vasculaires (31 %) et les tumeurs (28 %). Le taux comparatif de mortalité par maladie respiratoire croît de façon importante avec l'âge, notamment au-delà de 65 ans. Sur la période 1997-1999, il atteint en moyenne 106 pour 100 000 chez les hommes et 50 pour 100 000 chez les femmes. Cette surmortalité masculine résulte pour une large part de la plus forte consommation de tabac des hommes dans les tranches d'âge les plus élevées, mais aussi de leur exposition plus importante à certains environnements professionnels à risque.

Depuis le début des années 80, le taux comparatif de mortalité pour ces affections a diminué de 18 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes. Toutefois, en raison du vieillissement de la population, le nombre de décès par maladie de l'appareil respiratoire a augmenté sur cette période. Actuellement, la France se situe parmi les pays d'Europe ayant les taux de mortalité par maladie respiratoire les moins élevés (avec l'Autriche, l'Italie, la Suède, l'Allemagne et la Grèce), alors que l'Irlande et le Royaume-Uni présentent les taux les plus forts. Sur le territoire français, les taux des régions du nord sont pour les deux sexes environ 2 fois supérieurs à ceux des régions du sud.

Mais ces indicateurs de mortalité ne traduisent que très partiellement l'épidémiologie de ces affections. Ainsi, selon l'enquête Santé Protection Sociale 2000 du CREDES, 16 % des personnes interrogées déclaraient souffrir d'au moins une maladie respiratoire au moment de l'enquête. On estime que la bronchite chronique, pathologie fortement liée au tabagisme et dont l'évolution en bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) fait toute la gravité, toucherait à elle seule 4 à 6 % de la population adulte.

Les affections respiratoires constituent le premier motif de recours aux soins de ville, à l'origine de 20 % des séances en 1998. Les pathologies les plus souvent en cause sont les affections aiguës des voies respiratoires supérieures (11 % des séances), la bronchite (3 %) et l'asthme (1,5 %). Les affections respiratoires sont également à l'origine d'un peu plus de 5 % des séjours hospitaliers (858 000 en 2000).

L'insuffisance respiratoire chronique, stade évolutif ultime des pathologies respiratoires chroniques et notamment des BPCO, a provoqué en 1999 l'admission en affection de longue durée de près de 31 000 personnes. Les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique grave avec hypoxémie peuvent bénéficier d'une oxygénothérapie à domicile, qui améliore sensiblement leur état de santé et leur espérance de vie. Près de la moitié de ces traitements seraient assurés par des associa-

tions regroupées au sein de l'Association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique (Antadir). 21 000 personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique étaient prises en charge début 2001 par l'Antadir, cette insuffisance étant liée dans 64 % des cas à un syndrome obstructif (BPCO principalement), dans 28 % à un trouble restrictif, lié notamment à des pathologies neuromusculaire ou rachidienne, et dans 8 % à une pathologie mixte.

*Bibliographie page 173*

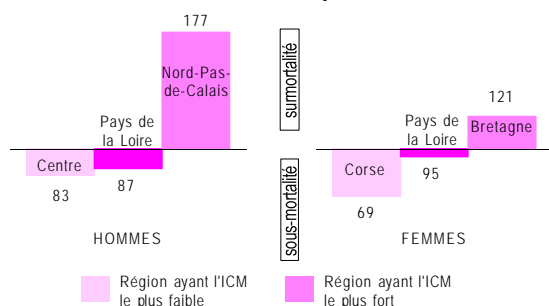
### Dans les Pays de la Loire

- Les maladies respiratoires ont constitué le diagnostic principal de 43 600 séjours hospitaliers de ligériens dans les services de soins de courte durée en 2000, ce qui représente 5,9 % de l'ensemble des séjours. Les taux d'hospitalisation, très élevés avant 5 ans, sont minimum entre 15 et 55 ans puis augmentent fortement au-delà. Avant 15 ans, les maladies respiratoires représentent 20 % de l'ensemble des diagnostics de séjours et sont principalement des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (46 %) et des pathologies infectieuses aiguës des voies respiratoires (27 %). Au-delà de 15 ans, les pneumopathies infectieuses, la bronchite chronique, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et l'insuffisance respiratoire chronique sont les pathologies le plus souvent en cause, et voient leur poids relatif augmenter avec l'âge.
- Pour l'année 2000, la fréquence des séjours hospitaliers pour une maladie de l'appareil respiratoire est peu différente de la moyenne nationale (- 3%). Cette situation masque toutefois des disparités importantes selon les pathologies, avec notamment des séjours pour atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes, liés pour la plupart à un acte chirurgical, 26 % plus fréquents que la moyenne nationale. Cette différence peut résulter d'une incidence régionale de ces affections plus importante, mais aussi de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes.
- Environ 1 500 ligériens sont admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique grave, ce qui représente 3 % des admissions en ALD.
- Les maladies respiratoires causent environ 2 200 décès annuels dans la région, dont 81 % concernent des personnes âgées de plus de 75 ans. Le taux comparatif de mortalité est 2 fois plus élevé pour les hommes (95 pour 100 000) que pour les femmes (47). Pendant la décennie 80, ce taux a baissé de façon continue pour les 2 sexes. Mais depuis le début des années 90, on assiste à une relative stabilisation de la mortalité féminine dans la région comme en France alors que pour les hommes, la décroissance se poursuit de façon plus marquée dans les Pays de la Loire. D'où une mortalité régionale masculine actuellement inférieure de 13 % à la moyenne nationale (- 5 % pour les femmes). L'amélioration importante de la codification des décès par maladie de l'appareil respiratoire ne permet pas de préciser les pathologies les plus concernées par cette diminution.



## Maladies de l'appareil respiratoire 13.

### 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIE RESPIRATOIRE (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE RESPIRATOIRE\* Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Total
J35	Maladies. chron. des amygdales et végétations adénoïdes	8 272	1 218	9 490
J12-J18	Pneumonie	522	4 815	5 335
J40-J44, J47, J95.3, J96, J96.1, J96.9	Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chron. insuffisance respiratoire chron.	85	4 038	4 122
J20-J22	Bronchites et bronchiolites aiguës	2 414	1 555	3 968
J00-J06	Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	2 485	640	3 125
J45-J46	Asthme	1 500	1 395	2 895
J86-J94, sauf J93	Pleurésie	18	1 019	1 038
	Autres	2 702	10 917	13 621
<b>J00-J99</b>	<b>Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>17 998</b>	<b>25 597</b>	<b>43 594</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
 \* séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

### 3 INDICES COMPARATIFS D'HOSPITALISATION POUR MALADIE RESPIRATOIRE\* Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	ICH
J35	Maladies. chron. des amygdales et végétations adénoïdes	126
J12-J18	Pneumonie	84
J40-J44, J47, J95.3, J96, J96.1, J96.9	Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chron. insuffisance respiratoire chron.	84
J20-J22	Bronchites et bronchiolites aiguës	93
J00-J06	Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	121
J45-J46	Asthme	86
J86-J94, sauf J93	Pleurésie	91
<b>J00-J99</b>	<b>Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>97</b>

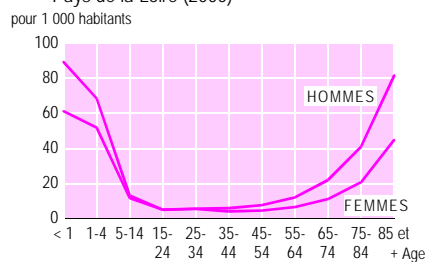
Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
 \* séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par maladie respiratoire	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	95,0 p. 100 000	5ème
FEMMES	1997-1999	47,1 p. 100 000	8ème

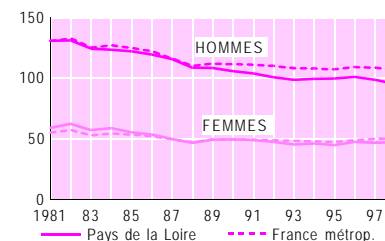
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 \* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 5 TAUX D'HOSPITALISATION POUR MALADIE RESPIRATOIRE SELON L'AGE Pays de la Loire (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 6 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE RESPIRATOIRE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

#### DEFINITIONS

**Maladies de l'appareil respiratoire :** Code CIM9 : 460-519 ; Code CIM10 : J00-J99.

**Indice comparatif de mortalité (ICM) :** l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 28 et 29.

**Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :** l'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale et un ICH de 86 une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % à cette moyenne (voir mode de calcul page 29).

## 13 MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

### Contexte national

L'asthme est une affection liée à une réactivité excessive des bronches à certaines agressions, qui provoque une diminution de leur calibre et une gêne à la circulation de l'air. La crise d'asthme en constitue la manifestation clinique la plus typique, mais différents symptômes peuvent être évocateurs d'un asthme : toux nocturne ou à l'effort, difficultés respiratoires pendant ou après l'effort...

L'International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) et l'European Community Respiratory Health Survey (ECRHS), qui constituent les deux études épidémiologiques internationales de référence chez les enfants et les adultes jeunes, mettent en évidence un gradient de prévalence décroissant du nord vers le sud et de l'ouest vers l'est de l'Europe, les pays anglo-saxons étant particulièrement touchés. La France se situe à un niveau moyen, avec en 1996 une prévalence actuelle de l'asthme qui varie selon les sites d'étude de 2,6 à 6,6 % chez les enfants de 13-14 ans et de 2,9 à 4,6 % chez les adultes de 20 à 44 ans.

Selon l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 du CREDES, environ 3,5 millions de personnes souffrent actuellement d'asthme ce qui correspond à une prévalence actuelle de 5,8 % en population générale. Les enfants et les adultes sont les plus fréquemment concernés mais les moins sévèrement touchés. En revanche, les personnes âgées sont moins souvent mais plus sévèrement atteintes.

La prévalence de l'asthme semble s'accroître depuis 20 ou 30 décennies dans tous les pays industrialisés, mais ces évolutions sont difficiles à apprécier avec certitude. En France, la prévalence aurait augmenté de 50 % au cours des 20 dernières années.

Les facteurs génétiques jouent un rôle essentiel dans le déterminisme de cette affection. Les manifestations asthmatiques résultent en effet le plus souvent d'une réaction allergique, chez des personnes présentant un terrain atopique, c'est-à-dire une hypersensibilité à certaines substances protéiques, les allergènes, présents dans l'environnement intérieur et provenant principalement des acariens, des animaux domestiques, des blattes...

Mais l'augmentation rapide de la prévalence de la maladie asthmatique ne peut s'expliquer que par des facteurs environnementaux (tabagisme passif, pollution atmosphérique intérieure et extérieure...). Le rôle direct de ces facteurs est encore débattu, mais leur rôle favorisant est reconnu, les terrains atopiques se révélant d'autant plus fréquemment que les conditions d'environnement sont défavorables. Enfin le rôle protecteur des infections de la petite enfance et de l'exposition précoce à des agents infectieux dans l'histoire naturelle de l'atopie et de l'asthme fait l'objet de nombreuses recherches.

La gravité de l'asthme réside d'une part, dans la survenue possible, au décours d'une crise, d'un état de mal asthmatique, résistant au traitement et pouvant mettre en jeu le pronostic vital, et d'autre part, dans le risque de développe-

ment de lésions bronchiques irréversibles pouvant aboutir à une insuffisance respiratoire chronique. En 2000, l'asthme a constitué le principal diagnostic pris en charge d'environ 63 000 séjours hospitaliers en France (source PMSI-DREES). Avec environ 2 000 décès par an actuellement, le taux de mortalité qui avait, dans l'ensemble de la population comme chez les 5-34 ans, fortement augmenté au milieu des années 80, est revenu à un niveau proche de celui du début de cette décennie. La plupart de ces hospitalisations et de ces décès pourraient être évités car les exacerbations sévères qui en sont à l'origine sont souvent dues à une prise en charge ambulatoire insuffisante, par inadéquation du traitement, mauvaise observance ou évitement insuffisant des facteurs déclenchants. L'étude ECRHS estime ainsi que 60 % des asthmes modérés et 85 à 100 % des asthmes sévères sont "mal traités".

*Bibliographie page 174*

### Dans les Pays de la Loire!

- Les Pays de la Loire font partie des régions de l'ouest où différentes études nationales observent une prévalence élevée de la maladie asthmatique. Ainsi, selon l'enquête menée en grande section maternelle par la DREES en 1998, la prévalence de l'asthme diagnostiqué atteint 8 % dans les Pays de la Loire, contre 6 % en France. La région se situe ainsi au 3ème rang des régions les plus concernées. Les données des centres de sélection des armées, ainsi que l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 du CREDES confirment ce constat. Par ailleurs, une enquête régionale sur 5 000 lycéens trouvait une prévalence cumulée de 13,6 % en 1998.
- Les admissions en affection de longue durée pour asthme sévère concernent chaque année environ 500 personnes dans la région.
- Au cours de l'année 2000, l'asthme a constitué le principal diagnostic pris en charge de 3 000 hospitalisations d'habitants de la région. La moitié concernait des enfants de moins de 15 ans et 27 % des enfants âgés entre 1 et 4 ans. Pour cette affection, le taux de séjours de la population régionale est inférieur de 16 % à la moyenne nationale. Cela peut être le reflet de différences dans les pratiques de soins ou les modalités de prise en charge de l'asthme mais aussi d'habitudes spécifiques de codage.
- 126 décès par asthme, dont les 2/3 concernent des personnes âgées de plus de 75 ans ont été déclarés en moyenne chaque année sur la période 1997-1999.

## 1 SEJOURS HOSPITALIERS POUR ASTHME

Pays de la Loire (2000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre de séjours	Taux*	Nbre de séjours	Taux*	Nbre de séjours	Taux*
moins d'un an	103	4,9	59	3,0	161	3,9
1-4 ans	497	6,0	288	3,6	786	4,9
5-14 ans	340	1,6	213	1,0	553	1,3
15-44 ans	214	0,3	320	0,5	533	0,4
45-74 ans	234	0,5	340	0,6	574	0,6
75 ans et plus	80	0,9	208	1,3	288	1,2
<b>Total</b>	<b>1 467</b>	<b>0,9</b>	<b>1 428</b>	<b>0,9</b>	<b>2 895</b>	<b>0,9</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* nombre de personnes hospitalisées pour asthme (diagnostic principal) pour 1 000 habitants

## 2 ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR ASTHME Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
0-14 ans	59	25	84	16,4
15-44 ans	32	55	87	17,0
45-74 ans	99	114	213	41,6
75 ans et plus	50	77	128	25,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>271</b>	<b>512</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM

## 3 DECES PAR ASTHME

Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	HOMMES	FEMMES	ENSEMBLE	Répartition en %
15-44 ans	2	4	6	4,8
45-74 ans	24	14	38	30,2
75 ans et plus	29	53	82	65,1
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

## 4 PREVALENCE DE L'ASTHME CHEZ LES ENFANTS AGES DE 6 ANS

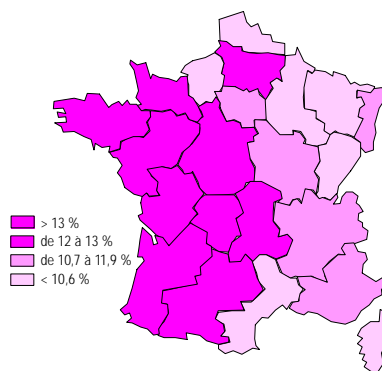
Enquête "Bilans de santé scolaire - 6 ans" (1999)

	Pays de la Loire		France	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Asthme diagnostiqué	10%	7%	7%	5%
Asthme diagnostiqué ou symptômes asthmatiques	15%	11%	13%	10%

Source : DRASS-DREES (Enquête Bilans de santé scolaire - 6 ans - 1999)

## 5 PREVALENCE DE L'ASTHME DIAGNOSTIQUE OU SYMPTOMES ASTHMATIQUES CHEZ LES ENFANTS AGES DE 6 ANS DANS LES REGIONS FRANCAISES

Enquête "Bilans de santé scolaire - 6 ans" (1999)



Source : DRASS-DREES (Enquête Bilans de santé scolaire - 6 ans - 1999, données brutes)

### DEFINITIONS

**Asthme** : Code CIM9 : 493, Code CIM10 : J45-J46.

**Deux types de prévalence sont en général utilisés pour décrire la fréquence de la maladie asthmatique.**

- la prévalence cumulée, qui est le pourcentage d'individus ayant souffert de cette maladie à un moment quelconque de leur vie, qu'ils en souffrent encore ou non au moment de l'enquête.

- la prévalence actuelle, qui est le pourcentage d'individus qui ont souffert de la maladie au cours des 12 derniers mois, quelle que soit la date de début de la maladie.

#### Asthme diagnostiqué et symptômes asthmatiques

Dans l'enquête Bilans de santé scolaire :

- les enfants atteints d'un asthme diagnostiqué sont ceux dont les parents ont déclaré un diagnostic d'asthme posé par un médecin ou un traitement par bronchodilatateur ou corticoïdes inhalés au cours des 12 derniers mois.

- les enfants porteurs de symptômes asthmatiques sont définis comme ceux ayant eu au cours des 12 derniers mois, au moins à 3 reprises, au moins deux des symptômes suivants : sifflements ou bronchites sifflantes, gêne nocturne avec difficultés à vider ses poumons, quintes de toux provoquées par l'air froid ou au petit matin.

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 14 MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

### Contexte national

*Les maladies de l'appareil digestif traitées dans cette fiche sont seulement celles classées dans le chapitre éponyme de la classification internationale des maladies. Des pathologies comme les cancers digestifs ou les hépatites virales, qui constituent des problèmes de santé publique importants et sont habituellement pris en charge par les hépato-gastroentérologues relèvent respectivement des chapitres "cancers" (voir pages 48 et 50) et "maladies infectieuses".*

Parmi les maladies de l'appareil digestif, certaines sont des affections sévères, comme les pathologies alcooliques du foie, l'ulcère gastro-duodénal ou encore les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'autres maladies sont de moindre sévérité mais peuvent altérer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, par exemple les lithiases biliaires, le reflux gastro-oesophagien ou les troubles fonctionnels digestifs.

Les maladies digestives concernent une large part de la population. En effet, selon l'Enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES, 17 % des personnes de la population générale française s'en déclarent atteintes en 2000, ce qui place ces affections au 4ème rang des pathologies les plus déclarées. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 42 % chez les sujets de 85 ans et plus.

En médecine de ville, d'après l'enquête permanente sur la prescription médicale menée en France en 1998, 6 % des séances des médecins libéraux ont pour objet au moins une maladie digestive. Ces affections représentent seulement le 7ème motif de recours aux soins de ville, les maladies infectieuses intestinales étant les pathologies les plus souvent en cause (près de 3 % des séances).

Par contre, avec plus de 1,5 million de séjours hospitaliers par an (10 %) en 2000, les maladies digestives constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent. Dans un tiers des cas, il s'agit de séjours programmés de moins de 24 h.

En 1999, 25 500 personnes sont décédées de maladies de l'appareil digestif (5 % des causes de décès), ce qui en fait la 5ème cause de décès, derrière les maladies cardio-vasculaires (31 %), les tumeurs (28 %), les maladies de l'appareil respiratoire (8 %) et les morts violentes (8 %). Parmi ces décès, plus du tiers est dû à une cirrhose alcoolique.

Bien qu'elles n'apparaissent pas parmi les principaux motifs de recours aux soins pour maladie digestive, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) font partie des priorités de santé publique en gastro-entérologie du fait de leur prévalence (estimée globalement à 67 000 cas en France) en augmentation, de leur chronicité et de leur fort retentissement sur la qualité de vie.

Parmi les médicaments de l'appareil digestif prescrits en secteur libéral et remboursables, les inhibiteurs de la pompe à protons (anti-ulcéreux majeurs) occupent une place prépondérante et sont les produits qui actuellement contribuent le plus à la croissance des montants remboursés, avec les anti-asthmatiques inhalés. Pour ce qui est des médicaments non prescrits, ceux concernant l'appareil digestif et le métabolisme représentent selon le CREDES 12 % des acquisitions en 2000, ce qui situe ces produits au 3ème rang des classes thérapeutiques, après les médicaments du système nerveux (dont les antalgiques) et ceux de l'appareil respiratoire.

L'endoscopie, qu'elle soit à but diagnostique ou thérapeutique, est un acte fréquent en gastro-entérologie, en hospitalisation comme en ambulatoire. Une enquête de la Société Française

d'Endoscopie Digestive en 1999 évalue à plus de 2 millions le nombre annuel d'endoscopies digestives réalisées en France.

Aujourd'hui, l'un des enjeux de la discipline est l'amélioration de la qualité de vie dans les pathologies fréquentes telles les troubles fonctionnels, le reflux gastro-oesophagien et les affections proctologiques ainsi que la mise en place de réseaux de prise en charge des MICI dont le traitement est de plus en plus réalisé en ambulatoire.

Bibliographie page 174

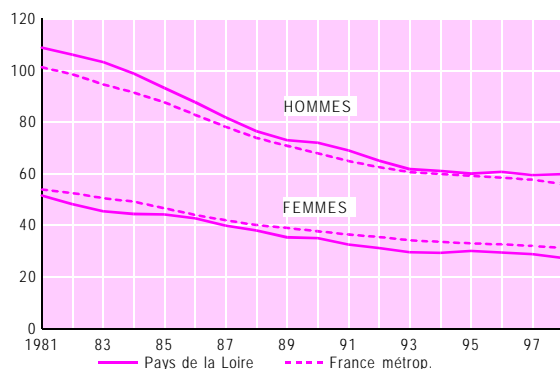
### Dans les Pays de la Loire

- Selon les données issues du PMSI, les maladies digestives ont constitué le diagnostic principal de 67 700 séjours hospitaliers d'habitants des Pays de la Loire dans les services de soins de courte durée en 2000. Cela représente 9,3 % de l'ensemble des séjours, soit, comme en France, le diagnostic d'hospitalisation le plus fréquent. Plus de la moitié de ces séjours ont concerné des hommes, la pathologie la plus fréquemment en cause étant la hernie abdominale. Chez les femmes, cette affection n'arrive qu'au 4ème rang, la lithiase biliaire étant le diagnostic de séjours le plus fréquent, devant la diverticulose intestinale et l'appendicite.
- Le poids des hospitalisations liées à la sphère digestive est en réalité encore plus important. Il faut en effet y ajouter celles liées à des affections classées dans d'autres chapitres de la Classification Internationale des Maladies que celui des maladies de l'appareil digestif et notamment les cancers digestifs (7 300 séjours) et les tumeurs bénignes du côlon (12 000 séjours).
- La fréquence des hospitalisations ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil digestif est inférieure d'environ 10 % à la moyenne nationale. Cette fréquence est notamment très inférieure pour les maladies de l'oesophage d'une part, et les ulcères de l'estomac et du duodénum d'autre part (- 43 % pour ces deux groupes de pathologies). Par contre, elle est supérieure de 38 % pour les cirrhoses du foie.
- Les décès par maladie de l'appareil digestif (4 % de l'ensemble des décès) concernent chaque année environ 1 400 ligériens dont près de 50 % sont âgés de moins de 75 ans. Le recul de la mortalité par maladie digestive est due en grande partie au recul de la mortalité par cirrhose alcoolique du foie, cette affection étant toutefois encore responsable de la moitié des décès par maladie digestive chez les hommes et de près du quart chez les femmes. La mortalité par cirrhose alcoolique du foie dépasse toujours très nettement la moyenne nationale (+ 24 % sur la période 1997-99).
- La situation épidémiologique régionale apparaît donc particulièrement défavorable pour la cirrhose du foie chez les hommes. De ce fait, il est vraisemblable que l'incidence du carcinome hépatocellulaire (pour laquelle on ne dispose pas d'estimation régionale), soit également élevée dans la région, cette tumeur survenant souvent à la suite d'une cirrhose du foie.
- Enfin, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, sur la base d'une prévalence nationale de 110 cas pour 100 000 habitants toucheraient environ 3 000 ligériens.

## Maladies de l'appareil digestif 14.

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

### 1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CIRRHOSE DU FOIE

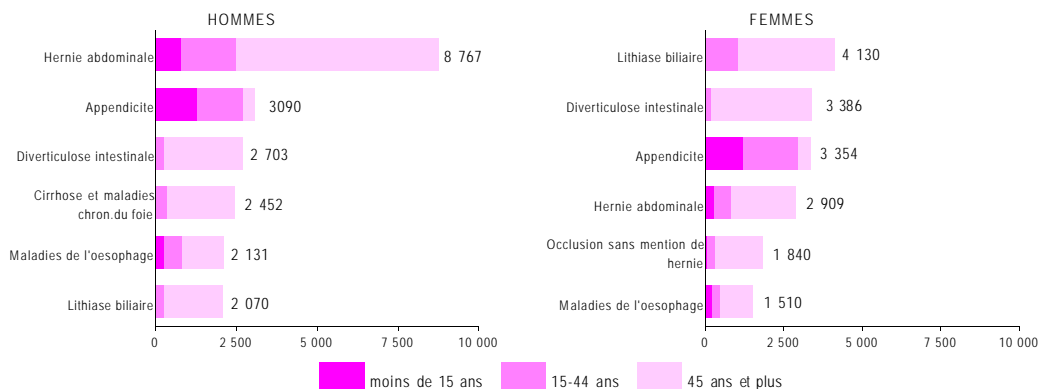
Pays de la Loire (moyenne 1980-1982 et moyenne 1997-1999)

	1980-1982	1997-1999	Evolution
HOMMES	56,2	27,0	-52,0%
FEMMES	16,2	7,7	-52,5%

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 2 PRINCIPAUX DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION POUR MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF\* SELON L'AGE

Pays de la Loire (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
\* séjours pour lesquels une maladie de l'appareil digestif a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (hors maladies des dents et du parodonte - K00-K08)

### 3 ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF\*

Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

Motif d'admission	HOMMES	FEMMES
Maladies chroniques du foie	527	233
Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique	165	191
dont : - maladie de Crohn	83	114
- recto-colite hémorragique ulcéreuse	82	77
Autres maladies de l'appareil digestif	2	3
<b>Ensemble des maladies de l'appareil digestif*</b>	<b>694</b>	<b>427</b>

Source : URCAM  
\* hors hépatites virales

#### DEFINITIONS

**Maladies de l'appareil digestif** : Code CIM9 : 520-579 ; Code CIM10 : K00-K93.

**Cirrhose du foie alcoolique ou sans précision** : Code CIM9 : 571.0-3, 571.5 ; Code CIM10 : K70.0, K70.3, K70.9, K74.6.

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 26 et 27.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 28 et 29.

## 15 GROSSESSE, ACCOUCHEMENT

### Contexte national

En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité dépasse 29 ans en 2001, soit un an de plus qu'en 1990. Cette évolution est due à deux mouvements simultanés : une baisse de la fécondité des femmes avant 30 ans, particulièrement chez les 20-24 ans, et une augmentation chez les femmes après 30 ans.

D'après l'Enquête nationale périnatale (1995-1998), la prise en charge de la grossesse continue à s'améliorer. En 1998, la majorité des femmes enceintes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires. Elles sont par contre 1 % à avoir eu moins de quatre consultations et 6,5 % à n'avoir pas consulté l'équipe responsable de l'accouchement. 2 % des femmes ont dit avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières.

Le suivi des grossesses relève de la compétence de nombreux professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux, obstétriciens), qui sont actuellement confrontés à l'évolution importante des pratiques en matière de diagnostic prénatal. Il est en effet possible de dépister aujourd'hui des anomalies chromosomiques ou des malformations fœtales à partir d'examens échographiques ou sanguins, sachant que les tests et examens effectués n'ont qu'un caractère probabiliste et sont eux-mêmes parfois porteurs de risque de fausse couche (amniocentèse). Ainsi, aujourd'hui, 75 % des femmes enceintes bénéficient du dépistage sanguin de la trisomie 21. L'importance prise par la détection des affections prénatales renforce les exigences de qualité des pratiques, en particulier des examens échographiques. Des centres de diagnostic anténatal pluridisciplinaires ont été créés et doivent être systématiquement consultés avant toute décision d'interruption thérapeutique de grossesse en cas de "forte probabilité pour que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité". Un certain nombre de professionnels jugent le recours actuel à une amniocentèse trop systématique (11 % des femmes enceintes) et soulignent la nécessité d'améliorer l'information des couples en matière d'examens prénatals afin que ces derniers puissent prendre une décision libre et éclairée dans le cas de suspicion d'affections périnatales.

En 2002, 762 700 enfants sont nés en France métropolitaine, essentiellement en milieu hospitalier. En 2000, 12 % des séjours hospitaliers féminins ont comme diagnostic principal un accouchement ou une grossesse compliquée (970 000 séjours). Les pratiques obstétricales continuent à évoluer avec le développement de l'anesthésie péridurale et l'augmentation de la fréquence des césariennes, dont la proportion sur l'ensemble de accouchements est passée de 12 % en 1985 à 17,5 % en 2000 (voir page 132).

D'après l'Enquête nationale périnatale, on observe entre 1995 et 1998 une augmentation de la prématurité (6,2 % en 1998) et de la proportion d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes (6,8 %), essentiellement due à une augmentation des naissances multiples, dont la proportion est passée de 2,5 à 3,5 % entre 1995 et 1998. Parallèlement, les hospitalisations prénatales sont plus fréquentes et plus courtes. Le taux de mortalité périnatale en France métropolitaine a quasiment diminué de moitié au cours des vingt dernières années, passant de 12,3 à 6,8 pour 1 000 entre 1980-82 et 1997-99.

Les causes de mortalité périnatale sont d'origine fœtale ou néonatale dans 96 % des cas, associée dans 49 % des cas à une cause obstétricale ou maternelle.

La mortalité maternelle se situe à un niveau très faible. En 1997-1999, en France, le nombre de décès annuel ayant pour cause des complications de grossesse, d'accouchement ou de suite de couches est de 67 ce qui équivaut à un taux de mortalité maternelle de 9 décès pour 100 000 naissances (chiffre probablement sous-estimé). Ces décès sont dus principalement aux hémorragies (antepartum et postpartum), aux embolies, aux infections maternofoetales et aux maladies hypertensives. L'expertise des dossiers de morts maternelles montre que 30 % de ces décès seraient évitables, notamment ceux liés aux hémorragies.

Bibliographie page 174

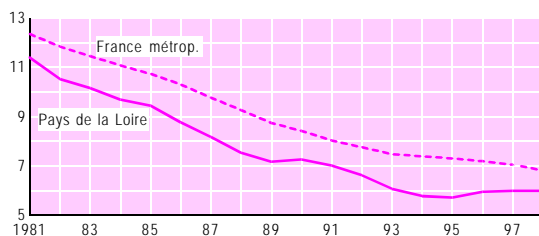
### Dans les Pays de la Loire

- D'après l'Enquête nationale périnatale de 1998, 7 % des ligériennes ont eu pendant leur grossesse moins de 7 consultations prénatales (contre 10 % en France), 52 % ont eu plus de 3 échographies (comme au niveau national) et 16,5 % ont été hospitalisées au cours de leur grossesse (contre 21,5 % en France).
- L'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire a établi en 2003 des recommandations et un référentiel pour la surveillance de la grossesse à "bas risque".
- Trois centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal sont installés aux CHU de Nantes et Angers, et au Centre hospitalier du Mans.
- Sur 44 000 naissances, 178 concernent des femmes de moins de 18 ans, soit deux fois moins qu'en 1982. Près de 2 000 naissances concernent des femmes de 38 ans et plus, soit 3 fois plus qu'en 1982. Ces naissances aux âges extrêmes restent moins fréquentes en Pays de la Loire qu'en France métropolitaine.
- 6 600 césariennes ont été réalisées dans la région, soit un taux de césariennes de 15,1 %, inférieur de 2,5 points à la moyenne nationale (2000). L'écart s'est accentué depuis 1998 entre la situation régionale et la France.
- Les Pays de la Loire connaissent depuis de nombreuses années une mortalité périnatale très nettement inférieure à la moyenne nationale. En 1997-1999, le taux de mortalité périnatale ligérien est de 6 pour 1 000, ce qui place les Pays de la Loire au 3ème rang des régions les mieux placées pour cet indicateur.
- Au cours de la période 1997-1999, 2 décès maternels liés à des complications de grossesse ou à un accouchement ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire. 700 hémorragies de la délivrance (dont 10 graves) ont été dénombrées dans les Pays de la Loire en 2000, selon le Réseau sécurité naissance.

## Grossesse, accouchement 15.

### 1 EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE PERINATALE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Source : INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 1 000 nés vivants ou mort-nés

### 2 NAISSANCES SELON L'AGE DES MERES

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000)

Groupes d'âge des mères	Pays de la Loire		France métrop.
	Nombre de naissances	Répartition en %	Répartition en %
< 18 ans	178	0,4	0,6
18-37 ans	41 926	95,2	93,6
38 ans et +	1 935	4,4	5,8
<b>Total</b>	<b>44 039</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : INSEE

### 3 NOMBRE D'ACCOCHEMENTS, NOMBRE DE CESARIENNES ET TAUX DE CESARIENNES

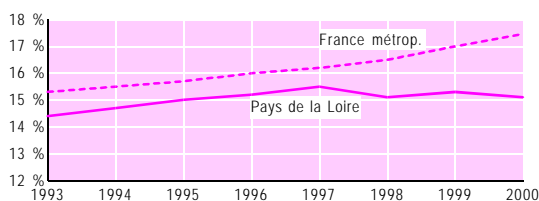
Pays de la Loire (2000)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre d'accouchements	43 771	16 289	11 302	3 782	6 846	5 552
Nombre de césariennes	6 624	2 445	1 766	481	1 083	849
Taux de césariennes	15,1%	15,0%	15,6%	12,7%	15,8%	15,3%

Source : DRASS-DREES, Enquête SAE

### 4 EVOLUTION DU TAUX DE CESARIENNES

Pays de la Loire, France métropolitaine (1993 - 2000)



Source : DRASS-DREES, Enquête SAE

### 5 POURCENTAGE DE NAISSANCES PREMATUREES ET DE NAISSANCES DE FAIBLE POIDS

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 1998)

	1995		1998	
	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire
Naissances prématurées	5,4 %	6,0 % *	6,2 %	6,8 %
Naissances de faible poids	5,7 %	6,5 % *	6,8 %	6,8 %

Source : INSERM - Unité 149, Enquête nationale périnatale (1998)

Unité : pour 100 naissances vivantes

\* différence avec la France métrop. non significative au seuil de 5 %

### 6 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL dans l'ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux de mortalité périnatale	1997-1999	6,0 p. 1 000	3ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 7 COMPOSANTES DE LA MORTALITE INFANTILE

Pays de la Loire,

France métropolitaine (moyenne 1997-1999)

	Pays de la Loire		France m.
	Nbre*	Taux	Taux
morti-natalité	163	4,0	4,8
mortalité périnatale	241	6,0	6,8
mortalité néonatale précoce	78	1,9	2,0
mortalité néonatale	115	2,9	2,9
mortalité post-néonatale	67	1,7	1,6
mortalité infantile	182	4,5	4,5

Source : INSEE

\* nombre annuel moyen de décès sur la période 1997-99

### 8 SEJOURS HOSPITALIERS POUR PROBLEMES LIES A LA GROSSESSE ET A L'ACCOCHEMENT

Pays de la Loire (2000)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nombre de séjours	% parmi l'ensemble des séjours féminins
<b>O 00-99</b>	<b>Grossesse et accouchement</b>	<b>65 730</b>	<b>16,7 %</b>
dont :			
O 00-08	- avortement toutes causes *	12 569	3,2 %
O 80	- accouchement unique et spontané	29 361	7,5 %
O 10-99, sauf O 80	- grossesse ou accouchement compliqués	23 800	6,0 %

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* comprend avortement médical (Code CIM10 : O 04) et avortement spontané ou "fausse couche" (code CIM10 : O 03)

### DEFINITIONS

**Taux de mortalité périnatale** : nombre d'enfants décédés à moins de 7 jours ou mort-nés pour 1 000 nés vivants ou mort-nés.

**Taux de morti-natalité** : nombre d'enfants mort-nés pour 1 000 nés vivants ou mort-nés.

**Taux de mortalité néonatale précoce** : nombre d'enfants décédés à moins de 7 jours pour 1 000 nés vivants.

**Taux de mortalité néonatale** : nombre d'enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 nés vivants.

**Taux de mortalité post-néonatale** : nombre d'enfants décédés entre 28 jours et un an pour 1 000 nés vivants.

**Taux de mortalité infantile** : nombre d'enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 nés vivants.

**Taux de césariennes** : nombre de césariennes pratiquées pour 100 accouchements.

**Naissances prématurées** : enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée.

**Naissances de faible poids** : enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes.





**COMPORTEMENTS,  
ENVIRONNEMENTS**

---

4.

## 16 CONDUITES ADDICTIVES

### Contexte national

Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardio-vasculaires, troubles mentaux... Il accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... Selon les travaux de C. Hill, l'alcool est responsable aujourd'hui en France de près d'un décès sur 9 (un décès masculin sur 7 et un décès féminin sur 33). Dans la population de 45 à 64 ans, cela concerne plus d'un décès sur 4 chez les hommes et plus d'un sur 10 chez les femmes. L'alcool est aussi responsable de malformations congénitales pour 1 à 4 naissances sur mille.

Au cours des dernières décennies, la mortalité principalement liée à l'alcool a connu en France un recul très important. Ainsi, entre le début des années 80 et la période 1997-1999, la mortalité par cirrhose du foie (dont plus de 80 % est due à la consommation excessive d'alcool) a reculé de 50 % pour les hommes et les femmes et la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme de près de 40 %.

La consommation moyenne d'alcool (mesurée à partir des ventes) est en effet en baisse constante depuis plusieurs décennies. Elle est passée de 25 litres d'alcool pur par adulte en 1970 à 13 litres en 1997. Malgré cette baisse, la France reste pour des raisons à la fois culturelles et sociales l'un des pays du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée.

Le Baromètre santé 12-75 ans, réalisé au plan national, montre que les habitudes de consommation d'alcool s'installent progressivement avec l'âge. Si l'on considère aujourd'hui l'ensemble de la population, ce sont les adultes, et notamment ceux de sexe masculin qui ont les consommations les plus importantes, tant en termes de fréquence que de quantités consommées. Par contre, les 15-25 ans déclarent beaucoup plus fréquemment des états d'ivresse que les adultes.

Selon l'expertise collective INSERM réalisée en 2001, l'augmentation du risque de mortalité et de maladies graves liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes par jour. Bien que tous les individus n'aient pas la même sensibilité à l'alcool, ces observations conduisent à recommander de ne pas dépasser 2 à 3 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 à 4 verres pour les hommes.

En ce qui concerne les dispositifs de prévention, la publicité pour les boissons alcoolisées est limitée par la loi du 10 janvier 1991 (assouplie en 1994). Par ailleurs, le seuil d'alcoolémie au volant considéré comme une infraction est fixé à 0,5 g/l en 1995.

*Bibliographie page 174*

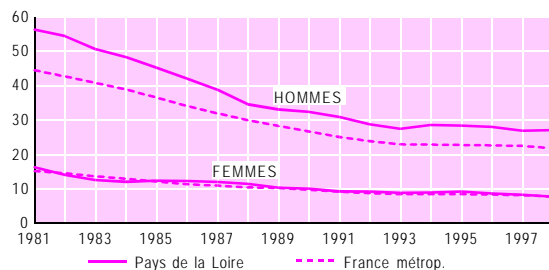
### Dans les Pays de la Loire

- Selon une enquête réalisée en 2000 dans les Pays de la Loire auprès des patients âgés de 16 ans ou plus vus une semaine donnée en médecine générale, 9 % des hommes déclarent un usage régulier d'alcool à risque et 15 % des habitudes d'usage ponctuel à risque (voir définitions page 89). Chez les femmes, ces proportions sont respectivement égales à 2 et 1 %. La fréquence de l'usage régulier à risque progresse régulièrement avec l'âge jusqu'à 65 ans alors que l'usage ponctuel à risque concerne surtout les moins de 35 ans.
- Les pratiques de consommation plus importantes qui ont caractérisé la région pendant des décennies semblent perdurer parmi les jeunes. D'après le Baromètre santé 2000, 23 % des ligériens de 18-25 ans déclarent avoir consommé de l'alcool plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois (18 % en France) et 23 % avoir été ivres à trois reprises ou plus (19 % en France).
- Les conséquences de la consommation excessive d'alcool, qu'elle soit régulière ou ponctuelle, sont préoccupantes. Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancers des voies aérodigestives supérieures) sont à l'origine d'environ 1 400 décès par an dans la région pour la période 1997-99. Ces décès concernent des hommes dans 82 % des cas. La moitié de ces décès surviennent avant 65 ans. Mais la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, suicides et accidents de la route notamment. Dans la région, un tiers des conducteurs impliqués dans un accident de la route mortel a un taux d'alcoolémie supérieur au maximum légal (0,5g/l).
- La mortalité pour les pathologies directement liées à l'alcool est en nette diminution dans la région comme en France. Entre la période 1980-82 et la période 1997-99, le recul de la mortalité avoisine 50 % pour les cirrhoses du foie, et 40 % pour les psychoses alcooliques et l'alcoolisme.
- Malgré cette diminution, la situation des hommes ligériens reste défavorable, la mortalité masculine par cirrhose du foie dépassant de 24 % la moyenne nationale pour la période 1997-99. Cette mortalité place la région au 19<sup>ème</sup> rang des régions de France métropolitaine. C'est le département de la Loire-Atlantique qui connaît la situation la plus défavorable avec une surmortalité masculine de 46 %.
- L'analyse des motifs d'hospitalisation en court séjour de la population régionale montre également une fréquence des séjours supérieure à la moyenne nationale chez les hommes pour les cancers hépatiques, les cirrhoses et maladies chroniques du foie (voir page 28).

# Consommation excessive d'alcool 16.1

## 1 EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CIRRHOSE DU FOIE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 2 DECES PAR AFFECTIONS POUR LESQUELLES LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EST UN FACTEUR DE RISQUE IMPORTANT Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	Mortalité générale		Mortalité prématurée*	
	Nbre	%**	Nbre	%**
<b>HOMMES</b>				
Cancer des VADS	594	4,0	286	7,0
Cirrhose du foie	418	2,8	236	5,8
Psychose alcoolique et alcoolisme	119	0,8	86	2,1
<b>FEMMES</b>				
Cancer des VADS	82	0,6	23	1,4
Cirrhose du foie	138	1,0	81	4,8
Psychose alcoolique et alcoolisme	25	0,2	14	0,9

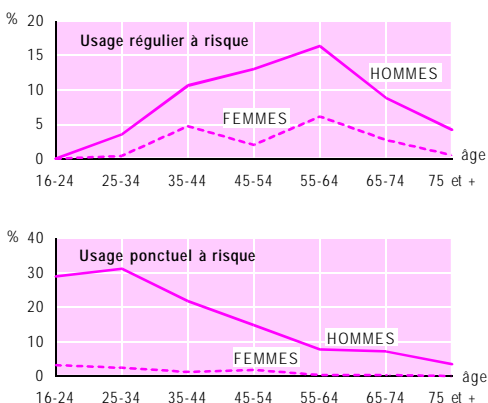
Source : INSERM CépiDc

\* décès survenus avant 65 ans

\*\* effectif rapporté au nombre total de décès dans la tranche d'âge considérée

## 3 PREVALENCE DECLAREE DE L'USAGE A RISQUE D'ALCOOL

Enquête auprès des patients vus une semaine donnée en médecine générale, Pays de la Loire (novembre 2000)



Source : Enquête alcool en médecine générale. ORS Pays de la Loire, FNORS

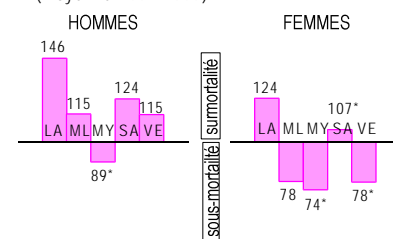
## 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	27,0 p. 100 000	19ème
FEMMES	1997-1999	7,7 p. 100 000	15ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 5 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CIRRHOSE DU FOIE (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire

MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

\* différence non significative au seuil de 5 %

## 6 CONSOMMATION DECLAREE D'ALCOOL CHEZ LES 15-25 ANS. Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	15-17 ans		18-25 ans	
	PDL	France	PDL	France
<b>Consommation au cours des 12 derniers mois</b>				
au moins une fois / semaine	20 %	25 %	62 % <sup>S</sup>	48 %
plusieurs fois / semaine	8 %	6 %	23 % <sup>S</sup>	18 %
<b>Etat d'ivresse au cours des 12 derniers mois</b>				
au moins une ivresse	31 %	28 %	45 % <sup>S</sup>	37 %
trois ivresses et plus	12 %	12 %	23 % <sup>S</sup>	19 %

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES  
S : indique que l'écart entre la France métrop. et la région est statistiquement significatif

### DEFINITIONS

**Cirrhose du foie alcoolique ou non précisé** : Code CIM9 : 571.0-3,5.

**Psychoses alcooliques et alcoolisme** : Code CIM9 : 291, 303.

**Cancer des VADS** (Voies aéro-digestives supérieures : lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage) : Code CIM9 : 140-149, 150, 161.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Usage régulier à risque d'alcool** (dans l'enquête "Alcool en médecine générale") : déclarer avoir bu tous les jours 5 verres ou plus pour les hommes et 3 verres ou plus pour les femmes au cours de l'année.

**Usage ponctuel à risque** (dans l'enquête "Alcool en médecine générale") : ne pas déclarer un usage régulier à risque mais déclarer consommer 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion, une fois par mois ou plus souvent.

## 16 CONDUITES ADDICTIVES

### Contexte national

La consommation de tabac s'est installée de façon massive dans les habitudes de vie des français au cours de la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. En Europe, la France se situe à un niveau moyen de consommation, avec 27 % de fumeurs quotidiens parmi la population adulte en 2000, entre la Suède (19 %) et la Grèce (35 %). La proportion de fumeurs quotidiens atteint son maximum vers 18 ans (40 % en 1999), se stabilise jusqu'à 35 ans puis décroît au-delà. Les écarts entre hommes et femmes sont marqués chez les adultes, mais s'estompent dans les classes d'âge les plus jeunes.

Les conséquences du tabagisme sur la santé apparaissent après plusieurs décennies de consommation. Le tabac constitue l'un des facteurs de risque les plus importants de cancer puisque 17 à 32 % des décès par cancer lui seraient attribuables. Les fumeurs ont ainsi un risque accru de cancer du poumon, de cancer des voies aéro-digestives supérieures, de cancer de la vessie, du rein et du pancréas. Les pathologies cardio-vasculaires (insuffisance coronarienne, accidents vasculaires cérébraux, artérites des membres inférieurs) ainsi que des maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) voient aussi leur fréquence augmenter chez les fumeurs. Chez la femme, les risques cardio-vasculaires sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux.

Les risques du tabagisme passif sont non négligeables : prématurité et hypotrophie pour les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère, affections ORL pour les jeunes enfants exposés au tabagisme de leurs parents, cancer du poumon pour les adultes.

En France, en 1995, on estime à 60 000 le nombre de décès attribuables au tabac, dont 57 000 chez les hommes et 3 000 chez les femmes.

La prise de conscience des conséquences du tabagisme a amené les gouvernements des pays développés à mettre en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite "loi Veil") instaurait une limitation de la publicité pour le tabac, et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite "loi Évin") prohibe toute publicité directe ou indirecte, et a introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs. Trois directives européennes, concernant les taux maximum de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits du tabac, complètent le dispositif natio-

nal réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac.

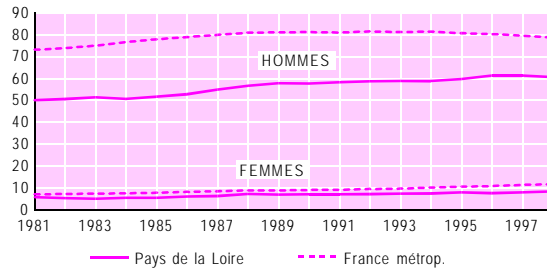
*Bibliographie page 175*

### Dans les Pays de la Loire

- Selon une enquête réalisée en 2000 dans les Pays de la Loire auprès des patients âgés de 16 ans ou plus vus une semaine donnée en médecine générale, 30 % des hommes et 16 % des femmes déclarent fumer quotidiennement. Cette proportion est maximum chez les 16-35 ans puis elle décroît au-delà.
- Dans la région, comme dans l'ensemble des départements qui la composent, la consommation de tabac est depuis de nombreuses années parmi les plus faibles de France. La consommation est de 1 194 cigarettes vendues par habitant en 2001 pour les Pays de la Loire contre 1 426 au plan national. Cette situation ne se retrouve pas chez les jeunes. Selon l'enquête Baromètre santé réalisée en 1999, 46 % des ligériens de 18-25 ans fument quotidiennement *versus* 41 % en France.
- Les conséquences de la consommation de tabac en termes de mortalité sont considérables. Le cancer du poumon, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, est à l'origine d'environ 900 décès masculins et 160 décès féminins en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire. 42 % de ces décès surviennent de façon prématurée, avant 65 ans. Le cancer du poumon est ainsi à l'origine de 9,5 % des décès prématurés masculins et de 3,2 % des décès prématurés féminins. Si on y ajoute les cardiopathies ischémiques, et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques, pathologies dont le tabac constitue également un facteur de risque important, ce sont au total 16 % des décès prématurés masculins et 6 % des décès prématurés féminins qui sont dus à des affections favorisées par la consommation de tabac.
- Pourtant la région connaît depuis longtemps une situation moins défavorable que la moyenne nationale, conséquence de la moindre consommation de tabac. En 1997-1999 la mortalité par cancer du poumon est inférieure à la moyenne nationale, de 23 % pour les hommes et de 28 % pour les femmes. Toutefois, ces écarts tendent à s'amenuiser ces dernières années, témoignant de l'homogénéisation des habitudes tabagiques (voir aussi page 52).

**1 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DU POUMON**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**2 DECES PAR AFFECTIONS POUR LESQUELLES LE TABAGISME EST UN FACTEUR DE RISQUE IMPORTANT**

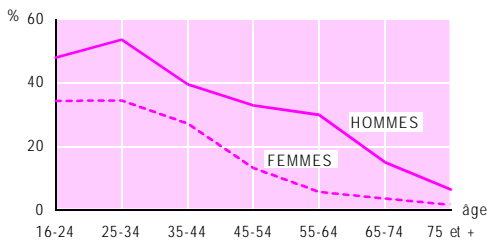
Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	Mortalité générale		Mortalité prématurée*	
	Nbre	%**	Nbre	%**
<b>HOMMES</b>				
Cancer du poumon	892	6,0	389	9,5
Cardiopathies ischémiques	1 303	8,8	231	5,6
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	428	2,9	30	0,7
<b>FEMMES</b>				
Cancer du poumon	162	1,2	54	3,2
Cardiopathies ischémiques	1 111	8,1	33	2,0
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	340	2,5	14	0,8

Source : INSERM CépiDc  
\* décès survenus avant 65 ans  
\*\* effectif rapporté au nombre total de décès dans la tranche d'âge considérée

**3 PREVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN DECLARE**

Enquête auprès des patients vus une semaine donnée en médecine générale, Pays de la Loire (novembre 2000)



Source : Enquête alcool en médecine générale. ORS Pays de la Loire, FNORS

**4 PREVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN DECLARE CHEZ LES JEUNES**

Enquête Baromètre jeunes, Pays de la Loire (2000)

	15-17 ans		18-25 ans	
	PDL	France m.	PDL	France m.
Fumeurs quotidiens	29 %	29 %	46 %	41 %
- dont gros fumeurs	6 %	10 %	23 %	26 %
effectifs	289	561	682	1 661

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES  
Dans ce tableau, aucun écart entre la France métrop. et la région n'est statistiquement significatif

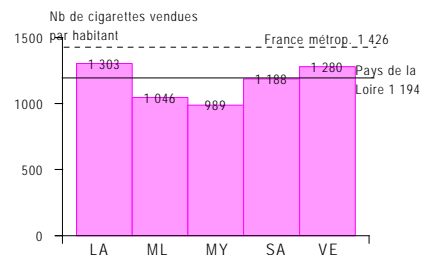
**5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant**

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Nb de cigarettes vendues par habitant (tous âges)	2001	1 194	2ème

Sources : Fédération des industries de tabac, ALTADIS, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

**6 VENTES DE CIGARETTES PAR HABITANT, TOUS AGES (2001)**

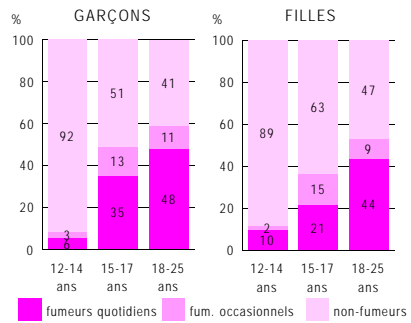


Sources : Fédération des industries de tabac, ALTADIS, INSEE

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

**7 PREVALENCE DECLAREE DU STATUT TABAGIQUE CHEZ LES JEUNES**

Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

**DEFINITIONS**

**Cancer de la trachée, des bronches et du poumon :** Code CIM9 : 162.

**Cardiopathies ischémiques :** Code CIM9 : 410-414.

**Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques :** Code CIM9 : 490-492, 494, 496.

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) :** taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Gros fumeurs (dans l'enquête Baromètre santé jeunes) :** fumeurs quotidiens déclarant une consommation supérieure ou égale à 10 cigarettes par jour.

## 16 CONDUITES ADDICTIVES

### Contexte national

Les drogues sont des produits naturels ou synthétiques qui peuvent être consommés en vue de modifier l'état de conscience, le comportement et/ou de procurer des sensations. Elles ont un potentiel nocif aux plans physique et psychique. Leur dangerosité est évaluée en fonction des dommages collectifs et individuels qu'elles peuvent entraîner. Les risques encourus lors de leur usage sont toujours à relier au contexte et à l'état de santé mental et physique de l'utilisateur et sont accrus par les polyconsommations. Toutes les drogues peuvent générer des comportements d'abus ou de dépendance (addictions), que leur usage soit légal (alcool, tabac) ou illégal (produits stupéfiants, cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne...). La toxicomanie peut se définir comme la dépendance à la prise d'une ou plusieurs substances psychoactives.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies estimait à environ 200 000 le nombre de toxicomanes en France en 1999. La prévalence des toxicomanes au niveau des grandes agglomérations est estimée à plus de 1 % de la population des 15 à 59 ans. Au cours des années récentes, les usages de la drogue se sont diversifiés. A côté des modes habituels de consommation "de rue" des toxicomanes, se sont développés des modes de consommation "de fête" où l'usage du cannabis et de produits de synthèse (amphétamines et ecstasy) s'ajoute à la consommation plus traditionnelle d'alcool. Ces nouveaux comportements, constatés dans la plupart des pays européens, posent problème par leur ampleur et le jeune âge de la population concernée.

Outre ses conséquences sociales, la toxicomanie, et notamment la toxicomanie intraveineuse, a de nombreux effets nocifs sur la santé qui ne sont mesurés que très partiellement à travers la mortalité/morbidité par surdose, par infection à VIH ou par hépatites. La surmortalité très importante observée chez les toxicomanes par plusieurs études de cohortes résulte en effet également d'autres infections et des morts violentes, accidents et suicides notamment.

La politique française de lutte contre la toxicomanie, basée sur la loi du 31 décembre 1970, vise à réprimer sévèrement le trafic et pose le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant aux usagers qui le souhaitent une alternative thérapeutique avec gratuité des soins et anonymat, notamment dans les centres spécialisés de soins en toxicomanies. A la fin des années 80, le développement de l'épidémie de sida parmi les usagers de drogues intra-veineuses a conduit au développement d'une politique de réduction des risques, relayée par de nombreux acteurs locaux. Cette politique s'est notamment traduite par la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, par le développement de Programmes d'Echanges de Seringues, par la mise en place des traitements de substitution aux opiacés par la méthadone et par la buprénorphine (Subutex®). En 1999, on estime qu'environ 70 000 toxicomanes suivent un traitement à la buprénorphine. La mise en place de ces traitements coïncide avec une diminution marquée des indicateurs relatifs à la consommation d'héroïne (nombre de prises en charge et décès par surdose). Cependant, des évaluations doivent être développées pour apprécier l'impact des traitements de substitution sur la vie des personnes concernées, les modalités de

leur suivi, ainsi que les éventuels effets négatifs comme une polyconsommation plus importante ou un usage détourné des médicaments de substitution.

Bibliographie page 175

### Dans les Pays de la Loire

● D'après l'enquête Baromètre santé jeunes 2000, 38 % des 15-25 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis, c'est-à-dire en avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie. 16 % déclarent un usage répété avec plus de 10 consommations dans l'année, les garçons (21 %) plus souvent que les filles (11 %). Pour ces indicateurs, on ne note pas de différence significative entre la région et la France.

● Dans les Pays de la Loire, le taux d'interpellation pour usage ou usage-revente de cannabis est inférieur de 45 % à la moyenne nationale en 2001.

Le taux d'interpellation pour usage ou usage-revente de cannabis a augmenté de 23 % par an entre 1996 et 2000, puis a diminué de 31 % entre 2000 et 2001. Cette baisse sera temporaire puisqu'on observe une hausse de 22 % du nombre d'usagers simples de cannabis entre 2001 et 2002. Ces tendances se retrouvent au plan national, mais il est difficile d'y distinguer ce qui résulte de la progression du phénomène et ce qui est lié à l'activité des services de police et de gendarmerie.

● Pour les produits illicites autres que le cannabis, la région apparaît, à travers les différents indicateurs disponibles, encore relativement protégée. Le taux d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy dans les Pays de la Loire (4,2 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus en 2001), est 4 fois moins important que la moyenne nationale (18,1).

● Les ventes en pharmacie du médicament de substitution Subutex® se situent également à des niveaux très inférieurs à la moyenne française. Ainsi avec 9,8 "boîtes théoriques" de Subutex® vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans en 2001, la région présente le taux de vente le plus faible en France métropolitaine.

En ce qui concerne les ventes de Stéribox®, elles sont également inférieures à celles observées en France. Ces comparaisons doivent toutefois être prudentes, la délivrance gratuite de seringues, notamment dans le cadre de programmes d'échanges tels que ceux qui fonctionnent dans tous les départements de la région, pouvant influencer fortement les ventes.

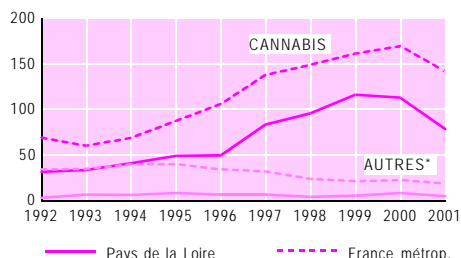
● On a dénombré dans la région 8 décès par overdose entre 1998 et 2002, soit en moyenne 2 décès par an.

● Le taux de recours des toxicomanes au système médico-social dans les Pays de la Loire (6,6 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en novembre 1999), est le plus faible en France métropolitaine.

## Usage de drogues illicites 16.3

### 1 EVOLUTION DES TAUX D'INTERPELLATIONS POUR USAGE OU USAGE-REVENTE DE STUPEFIANTS

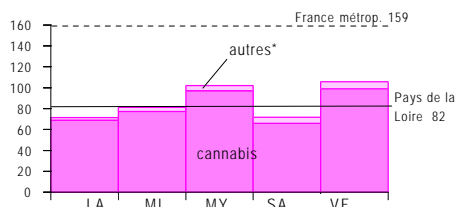
Pays de la Loire, France métropolitaine (1992 - 2001)



Sources : OCRTIS, INSEE  
\* héroïne, cocaïne et ecstasy (à partir de 1997)  
Unité : pour 100 000 habitants de 15 ans et plus

### 2 TAUX D'INTERPELLATIONS POUR USAGE OU USAGE-REVENTE DE STUPEFIANTS

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)



Sources : OCRTIS, INSEE \* héroïne, cocaïne et ecstasy  
Unité : pour 100 000 habitants de 15 ans et plus  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
SA : Sarthe VE : Vendée

### 3 VENTES EN OFFICINE DE MATERIEL D'INJECTION STERILE ET DE MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)

	Pays de la Loire		France métrop.
	Nb d'unités vendues	Taux pour 100 hab. de 20 à 39 ans	Taux pour 100 hab. de 20 à 39 ans
<b>MATERIEL D'INJECTION STERILE</b>			
Stéribox® *	45 128	5,1	16,1
<b>MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION</b>			
Subutex® **	87 309	9,8	31,6

Sources : InVS/SIAMOIS, INSEE  
\* nombre d'unités vendues  
\*\* qté vendue, en nb de "boîtes théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg

### 4 JEUNES DE 15-25 ANS DECLARANT UNE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	Expérimentation	Usage dans l'année
Cannabis	37,9 %	26,9 %
Autres drogues	5,8 %	1,6 %
- amphétamines	0,6 %	0,1 %
- cocaïne	0,4 %	0,1 %
- LSD	1,8 %	1,3 %
- héroïne	0,0 %	0,0 %
- ecstasy	1,4 %	0,8 %
- médicaments pour se droguer	0,3 %	0,3 %
- produits à inhaler	4,6 %	0,5 %

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

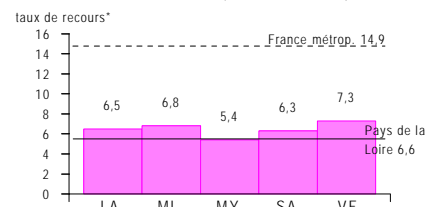
### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre décroissant

Indicateur	PDL	France m.	Rang*
Taux de recours au système médico-social en nov. 99 pour 10 000 hab. de 20 à 39 ans	6,6	14,9	22ème
Taux d'interpellations en 1999 pour usage** de stupéfiants pour 100 000 hab. de 15 ans ou +	121,9	184,3	17ème
Nombre de boîtes théoriques de Subutex® vendues pour 100 hab. de 20 à 39 ans	9,8	31,6	22ème

Sources : DREES, OCRTIS, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée.  
\*\* usage ou usage-revente

### 6 RECOURS DES TOXICOMANES AU SYSTEME MEDICO-SOCIAL

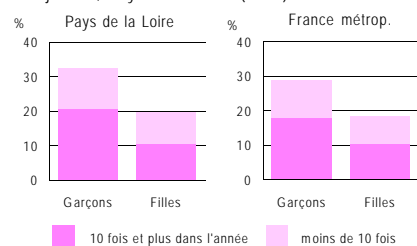
Enquête sur les toxicomanes pris en charge dans les structures de soins (novembre 1999)



Sources : DREES, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
SA : Sarthe VE : Vendée  
\* pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans

### 7 JEUNES DE 15-25 ANS DECLARANT AVOIR CONSOMME DU CANNABIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

#### DEFINITIONS

**Système médico-social** : centres spécialisés, établissements sanitaires et établissements sociaux.

**Stéribox®** : kit de deux seringues, avec matériel nécessaire à la préparation du produit injecté, l'ensemble étant stérile et à usage unique, spécifiquement destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est vendu en pharmacie, subventionné par l'Etat pour permettre un prix bas.

**Subutex®** : médicament de substitution aux opiacés (buprénorphine), prescrit dans la majorité des cas en ville et vendu en pharmacie. Il se présente sous la forme de boîte de 7 comprimés dosés à 0,4 mg, 2 mg, 8 mg. Dans l'indicateur, l'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de "boîtes théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg.

### Contexte national

Depuis le début des années 70, la diffusion de la contraception moderne, autorisée par la loi en 1967, la légalisation de l'avortement en 1975, l'irruption de l'épidémie de sida au début des années 80 et plus généralement les transformations de la condition féminine n'ont pas profondément bouleversé les comportements sexuels des hommes et des femmes. Ces événements ont notamment peu influencé l'âge au premier rapport - 17 ans chez les garçons et 17,5 chez les filles actuellement - et le nombre de partenaires, contrairement à certaines idées reçues. Selon l'enquête ACSF (Analyse des comportements sexuels en France) menée en 1992, la majorité des personnes interrogées n'a eu qu'un seul partenaire au cours de l'année, même parmi les plus jeunes. Ces évolutions ont par contre profondément modifié le contexte de la sexualité au cours des dernières décennies.

En 2000, moins de 5 % des femmes déclarent ne pas utiliser de méthodes contraceptives alors qu'elles risquent une grossesse non prévue. Pour les utilisatrices de moyens de contraception, la pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (60 %), devant le stérilet (23 %).

Cependant, malgré la diffusion des moyens de contraception, le nombre de grossesses donnant lieu à une interruption volontaire de grossesse (IVG) ne diminue pas. Cette situation résulte non seulement de l'absence de contraception, mais également de l'irrégularité de sa pratique, de l'inadéquation de la méthode utilisée avec les conditions de vie et la situation affective et sexuelle. Les personnes en situation de vulnérabilité et de précarité sociale apparaissent particulièrement concernées par ces difficultés. En 1998, le nombre d'IVG atteint 214 000, et environ un quart des femmes concernées avait déjà eu au moins une autre IVG précédemment. Le taux annuel d'IVG (13 pour mille femmes de 15 à 49 ans en France), relativement stable depuis le début des années 90, situe la France à un niveau moyen en Europe. Les IVG par mode médicamenteux (mifépristone ou RU 486, utilisable dans les trois semaines qui suivent l'absence de règles) représentent 20 % des interventions en 1998. Selon le Baromètre santé 2000, 19 % des femmes de 15-75 ans déclarent y avoir déjà eu recours au moins une fois au cours de leur vie, proportion qui atteint 25 % chez les 25-39 ans.

La disponibilité récente de nouveaux produits de contraception d'urgence (pilule du lendemain), vendus sans ordonnance, et qui peuvent être délivrés gratuitement aux mineurs, modifiera peut-être cette situation. En 2000, 9 % des femmes de 15-75 ans déclarent y avoir déjà eu recours. Cette pratique est amenée à se diffuser dans les prochaines années, puisque cette proportion atteint 14 % parmi les femmes de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel.

Enfin, la loi du 4 juillet 2001 légalise la stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes pour les femmes ou des canaux déférents pour les hommes). La proportion de femmes ayant subi une telle intervention avant la fin de leur vie reproductive n'est pas négligeable, avec plus d'une femme de 44 à 49 ans sur 5 concernées en 1994. Il n'existe pas de données sur l'utilisation de la stérilisation chez les hommes en France.

L'usage du préservatif, seul moyen de prévention de la transmission par voie sexuelle de l'infection à VIH, s'est largement diffusé depuis la survenue de cette épidémie. Selon l'enquête KABP de 2001, 80 % des répondants sexuellement actifs déclarent l'avoir utilisé lors du premier rapport, lorsque celui-ci a eu lieu après 1995. Par ailleurs, 71 % des hommes et 86 % des femmes ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année déclarent une utilisation systématique du préservatif avec le (ou les) partenaire(s) occasionnel(s).

Malgré cette diffusion, la résurgence depuis 1998 d'infections sexuellement transmissibles telles que les gonococcies et la syphilis conduit à s'interroger sur une reprise des pratiques sexuelles à risque.

*Bibliographie page 175*

### Dans les Pays de la Loire

- On ne dispose pas de données sur les comportements sexuels et leurs conséquences en termes de santé pour les adultes des Pays de la Loire. Cependant, l'enquête Baromètre santé apporte des informations dans ce domaine pour les jeunes de 15-25 ans.

Selon cette enquête, 45 % des 15-19 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Cette proportion atteint 91 % chez les 20-25 ans.

L'importance de se protéger dès le premier rapport sexuel semble bien intégrée puisque 84 % des ligériens de 15-25 ans déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport (80 % en France).

La très grande majorité des jeunes filles *a priori* concernées utilisent une méthode contraceptive. La pilule, seule ou en association avec le préservatif masculin, est le moyen le plus fréquemment déclaré.

Le recours à la pilule du lendemain n'est cependant pas exceptionnel puisque 13 % des filles de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent l'avoir déjà utilisé.

11 % des jeunes femmes de 20-25 ans interviewées ont déjà eu recours à l'Interruption volontaire de grossesse. Ce résultat est statistiquement peu différent de la moyenne nationale.

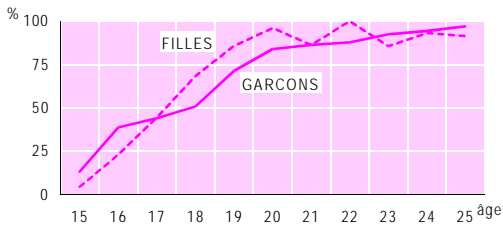
- Avec plus de 7 600 IVG réalisées en 2000, les Pays de la Loire se caractérisent par un taux de recours à l'IVG (9,5 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans) parmi les plus bas de France (troisième rang des régions les mieux placées).

A la fin des années 90, le taux d'IVG est peu différent de celui observé au début de la décennie. Toutefois, le taux semble avoir eu tendance à progresser chez les femmes de moins de 25 ans entre 1990 et 1997, tendance que l'on observe également au plan national.

L'IVG par mode médicamenteux (mifépristone ou RU 486) concerne 19 % des IVG réalisées dans la région en 2000.



**1 JEUNES DE 15-25 ANS DECLARANT AVOIR DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS SELON LE SEXE ET L'AGE**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



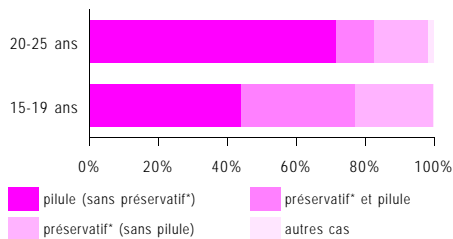
Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

**2 JEUNES FILLES DECLARANT UTILISER UN MOYEN DE CONTRACEPTION**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	15-19 ans		20-25 ans	
	PDL	France m.	PDL	France m.
Jeunes filles déclarant utiliser un moyen contraceptif	95 %	90 %	97 %	97 %
parmi celles qui sont a priori concernées par la contraception : effectifs	107	236	194	570

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES  
Dans ce tableau, aucun écart entre la France métrop. et la région n'est statistiquement significatif  
\* voir définitions

**3 METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES parmi les jeunes filles ayant déclaré "faire quelque chose pour éviter une grossesse"**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES  
\* préservatif masculin

**4 RECOURS A LA PILULE DU LENDEMAIN ET A L'IVG**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	15-19 ans		20-25 ans	
	PDL	France	PDL	France
Jeunes filles déclarant avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain	16 %	12 %	12 %	15 %
Jeunes filles déclarant avoir déjà eu recours à une IVG	2 %	5 %	11 %	9 %
parmi celles qui ont déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie : effectifs	115	247	230	651

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES  
Dans ce tableau, aucun écart entre la France et la région n'est statistiquement significatif

**5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant**

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux d'IVG** pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	2000	9,5	3ème

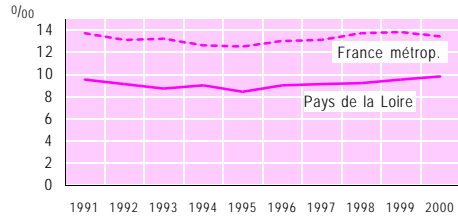
Sources : DREES-SAE 2000, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible  
\*\*IVG hors ITG (interruption thérapeutique de grossesse)

**6 NOMBRE D'IVG SELON LE MODE D'INTERRUPTION Pays de la Loire (2000)**

Nombre d'IVG	7 396
dont IVG mode médicamenteux	1 441
Nombre d'ITG (interruption thérapeutique de grossesse)	241
Nombre total d'IVG + ITG	7 637

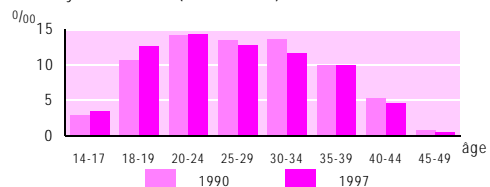
Source : DREES-SAE 2000

**7 EVOLUTION DU TAUX D'IVG\* POUR 1 000 FEMMES DE 15-49 ANS Pays de la Loire, France métropolitaine (1991 - 2000)**



Sources : DREES-SAE-H80-EHP, INSEE  
\* jusqu'en 1994, l'enquête ne permettait pas de distinguer les IVG et les ITG. Les effectifs présentés totalisent donc les IVG et les ITG, ces dernières étant toutefois en nombre trop réduit pour influencer les tendances.

**8 TAUX D'IVG POUR 1 000 FEMMES SELON L'AGE Pays de la Loire (1990 - 1997)**



Sources : DREES - Bulletins d'IVG, INSEE

**DEFINITIONS**

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse. La femme enceinte en situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Depuis juillet 2001, l'interruption peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. Auparavant, le délai était fixé à dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée. Jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, l'IVG peut être réalisée par mode médicamenteux (RU 486 ou mifépristone).

**ITG** : Interruption thérapeutique de grossesse

**Pilule du lendemain** : méthode de contraception d'urgence, composée exclusivement de progestatifs, sans effets secondaires et vendue sans ordonnance en pharmacie.

**Jeunes filles a priori concernées par la contraception** : jeunes filles ayant eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et n'ayant pas déclaré au cours de l'entretien téléphonique "attendre ou chercher à avoir un enfant", "être seule au moment de l'enquête", "avoir des rapports exclusivement homosexuels", "avoir elles-mêmes ou leurs partenaires un problème de stérilité".

## 18 SANTÉ ET TRAVAIL

### Contexte national

L'activité professionnelle, par les risques de différentes natures auxquels elle expose un certain nombre de salariés, constitue un déterminant important mais mal connu de l'état de santé. En effet, le dénombrement des affections professionnelles reconnues (accidents du travail et maladies professionnelles) constitue actuellement le principal outil épidémiologique disponible, mais il ne reflète pas l'importance du phénomène, du fait de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance de ces affections.

L'accident du travail est défini par le Code de la sécurité sociale comme l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause. Sont également considérés comme accidents du travail, et indemnisés comme tels, les accidents survenus pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu du repas.

En 2001, pour les régimes général et agricole, 875 000 accidents du travail avec arrêt (accidents du trajet compris) et 59 000 accidents ayant donné lieu à la reconnaissance d'une incapacité permanente ont été dénombrés en France. Le nombre de décès survenus à la suite d'un accident de travail dépasse 1 450. La branche «bâtiments et travaux publics» est la plus fréquemment concernée par les accidents du travail. Les accidents du trajet représentent environ 10 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt, mais leur poids en terme de gravité est beaucoup plus important puisqu'ils représentent 17 % des accidents avec incapacité permanente et 46 % des accidents mortels.

Le nombre d'accidents du travail a considérablement régressé depuis trente ans grâce au renforcement des normes de sécurité et à l'amélioration des conditions de travail et d'équipement. On observe cependant, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, une stagnation, voire une tendance à la hausse, du nombre d'accidents.

Une maladie est considérée comme étant "professionnelle" si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité. La preuve du lien entre la maladie et l'activité professionnelle étant difficile à établir, la législation de la sécurité sociale a défini des "tableaux de maladies professionnelles" qui contiennent les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. Sont également reconnues professionnelles les maladies qui n'appartiennent pas à ces tableaux mais qui, au terme d'expertises individuelles, font l'objet d'une reconnaissance complémentaire.

En 2001, 25 600 premières indemnités pour maladies professionnelles ont été versées par les régimes général et agricole. Au régime général, les affections périarticulaires en représentent environ les deux tiers. Les affections dues à l'amiante (14 %) et les affections chroniques du rachis lombaire (9 %) viennent ensuite. Malgré la mise en place depuis 1993 des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), destinés à élargir les critères des tableaux existants, ou à reconnaître des maladies non encore désignées, le système français de reconnaissance des maladies professionnelles fait l'objet de nombreu-

ses critiques. Le nombre de cas indemnisés est jugé trop faible par rapport à la réalité. Il existe, de plus, de fortes disparités régionales des déclarations. Le tissu économique, et donc les risques professionnels spécifiques à chaque région, ne peuvent en effet expliquer à eux seuls ces disparités régionales qui relèvent en grande partie de l'intérêt porté au problème par les professionnels et institutions de la région. Enfin, l'environnement professionnel connaît encore des bouleversements importants (changement des modes de production, flexibilité, recours à l'intérim...), générant des contraintes et des effets sur l'état de santé (physique et mental) des travailleurs de plus en plus difficiles à cerner et à quantifier.

La prévention des risques professionnels s'est beaucoup développée au sein des entreprises. Des actions sont également menées par les services de l'Etat, la sécurité sociale, la médecine du travail mais également des organismes tels que l'Institut national de recherche et de sécurité ou l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

*Bibliographie page 176*

### Dans les Pays de la Loire

- Plus de 56 500 accidents du travail avec arrêt et 2 600 accidents ayant donné lieu à une reconnaissance d'une incapacité permanente partielle (IPP) ont été dénombrés en 2001 chez les salariés des Pays de la Loire (régimes général et agricole). Une centaine de décès suite à un accident du travail ont été dénombrés. Les accidents du trajet représentent 9 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt, mais leur poids en terme de gravité est plus important, puisqu'ils représentent 16 % des accidents avec IPP et 56 % des accidents mortels.
- C'est dans la branche "bâtiment et travaux publics" que le risque d'avoir un accident du travail avec arrêt (1 212 accidents pour 10 000 salariés en 2001) et avec séquelles (60) est le plus important.
- En 2001, environ 3 900 premières indemnités pour maladies professionnelles reconnues ont été versées par les régimes général et agricole. Au régime général, 80 % des nouvelles indemnités concernent des affections périarticulaires, 10 % des affections dues à l'amiante, et 4 % des affections chroniques du rachis lombaire. Pour les affections liées à l'amiante et pour celles liées au bruit, la proportion d'incapacités permanentes partielles (IPP) attribuées est proche de 100 %.
- La région enregistre un taux de nouvelles indemnités trois fois plus élevé qu'au plan national pour les affections périarticulaires. Cette situation peut s'expliquer par l'implantation d'industries de main-d'oeuvre source d'exposition (travail de la viande, électronique, vêtements, chaussures). Mais la région expérimente aussi depuis 1987 une nouvelle procédure de déclaration, susceptible d'augmenter le nombre de cas reconnus.

## Accidents du travail et maladies professionnelles 18.1

### 1 ACCIDENTS DU TRAVAIL\*

Pays de la Loire

	Accidents avec arrêt	Acc. avec IPP	Accidents mortels
<b>Régime général - 2001</b>			
Acc. du travail proprement dits	47 222	1 796	41
Accidents du trajet	4 717	356	57
Total	51 939	2 152	98
<b>Régime agricole - 1999</b>			
Acc. du travail proprement dits	4 213	387	6
Accidents du trajet	396	49	3
Total	4 609	436	9

Sources : CRAM - CCMSA

\* hors bureaux et autres catégories particulières

### 2 INDICE DE FREQUENCE\* DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT

Pays de la Loire, France (2001)

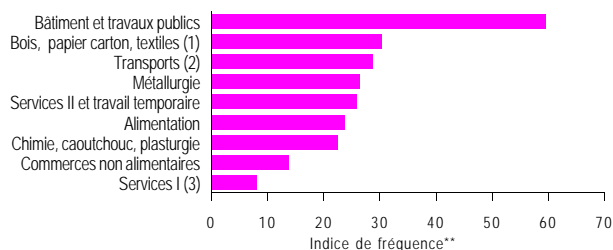
	Pays de la Loire	France
<b>Régime général - 2001</b>		
Acc. du travail proprement dits	556,3	427,9
Accidents du trajet	55,6	52,1
Total	611,9	452,9

Sources : CRAM - CNAMTS

\* nombre d'accidents pour 10 000 salariés

### 3 FREQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL\* AVEC IPP AU REGIME GENERAL SELON LA BRANCHE D'ACTIVITE

Pays de la Loire (2001)



Source : CRAM - Prévention des risques professionnels

\* Accidents du travail proprement dits et acc. du trajet

\*\* nombre total d'accidents pour 10 000 salariés, recensés par le régime général

(1) Industrie du bois, de l'ameublement, du papier carton, du textile, vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu

(2) Industrie du transport, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

(3) Finances, cabinet de conseil, administrations, etc.

### 4 MALADIES PROFESSIONNELLES RECONNUES ET NOUVELLEMENT INDEMNISEES

Pays de la Loire

	Mal. prof. (ensemble)	Mal. prof. avec IPP
<b>Régime général - 2001</b>		
Effectif	3 592	879
Indice de fréquence*	41,0	10,0
<b>Régime agricole - 1999</b>		
Effectif	291	36

Sources : CRAM - CCMSA

\* nombre de maladies professionnelles pour 10 000 salariés

### 6 TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES RECONNUES ET NOUVELLEMENT INDEMNISEES LES PLUS FREQUENTES au régime général, Pays de la Loire (2001)

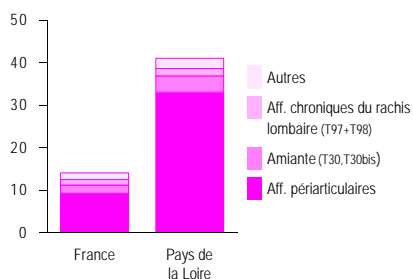
Tableaux de maladies professionnelles	Nombre	% d'IPP*
Affections périarticulaires (T57)	2 889	4,8
Aff prof / inhalation des poussières d'amiante (T30, T30 bis)	342	95,6
Aff chroniques du rachis lombaire / charges lourdes (T98)	119	16,8
Surdité provoquée par les bruits lésionnels (T42)	31	100,0
Lésions eczématiformes de mécanisme allergique (T65)	29	0,0
Aff chroniques du rachis lombaire / vibrations (T97)	28	3,6
Affections provoquées par les vibrations (T69)	18	27,8
Lésions chroniques du ménisque (T79)	17	11,8
Allergies respiratoires (T66)	10	50,0
Pneumoconioses dues à la silice (T25)	12	75,0
Autres maladies professionnelles	97	-
<b>Total</b>	<b>3 592</b>	<b>-</b>

Source : CRAM

\* rapport du nombre de MP pour lesquelles un premier versement d'IPP a été effectué sur le nombre total de MP reconnues et nouvellement indemnisées (en %).

### 5 INDICE DE FREQUENCE\* DE MALADIES PROFESSIONNELLES AU REGIME GENERAL

Pays de la Loire, France (2001)



Sources : CRAM - CNAMTS

\* nombre de maladies professionnelles pour 10 000 salariés

#### DEFINITIONS

**Accident avec arrêt** : accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour de la survenue de l'accident et donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnités journalières. Les accidents avec arrêt comprennent en partie les accidents avec IPP.

**Les accidents avec IPP** : accidents ayant entraîné la reconnaissance d'une **incapacité permanente partielle (IPP)**, et prenant en compte l'ensemble des accidents ayant entraîné un **décès**, y compris ceux pour lesquels la mort est intervenue avant la fixation du taux d'IPP et la liquidation d'une rente. L'année de prise en charge est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident a été reconnu.

**Maladies professionnelles (MP)** : sont comptabilisées les MP reconnues (soit parce qu'elles ont été contractées dans les conditions mentionnées par un tableau, soit dans le cadre du système complémentaire) et pour lesquelles un premier versement d'indemnités journalières ou de rente d'**incapacité permanente partielle (IPP)** a été effectué.

**Branche d'activité** : il s'agit des Comités Techniques Nationaux (définis selon l'arrêté de mars 2001), répartissant les activités professionnelles en 9 groupes.

### Contexte national

L'amiante est un minéral fibreux dont les propriétés d'isolant, de résistance mécanique, et de résistance au feu et aux agressions chimiques, ont favorisé l'utilisation industrielle au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, que ce soit pour des produits de grande consommation ou la construction de bâtiments.

Ses effets nocifs sont liés aux dépôts de fibrilles dans le tissu pulmonaire et son enveloppe la plèvre, ainsi que dans le péritoine ou le péricarde. Ces dépôts sont à l'origine de pathologies très différentes, notamment par leur pronostic. Il peut s'agir d'une fibrose du poumon profond, appelée asbestose dont la découverte survient en général 15 à 20 ans voire 40 ans après l'exposition. La plèvre peut être atteinte sous la forme d'épaississements diffus ou circonscrits (les plaques pleurales), au retentissement très faible et dont le délai d'apparition est d'au moins 15 ans. Une transformation cancéreuse des cellules bronchiques peut également survenir ; il s'agit d'un cancer broncho-pulmonaire, de latence de 15 ans minimum. Toutes les études épidémiologiques montrent que le tabagisme associé multiplie le risque d'apparition de ce cancer. Quant aux mésothéliomes pleuraux, cancers de la plèvre dont l'amiante est la seule étiologie établie à ce jour, ils peuvent apparaître 30 à 40 ans après le début de l'exposition, mais chez une très faible partie des personnes exposées professionnellement. Beaucoup plus rarement peuvent se développer des mésothéliomes du péritoine ou du péricarde.

Dès le début du siècle l'amiante était reconnue comme facteur de risque de l'asbestose et la preuve épidémiologique du lien entre l'amiante et le cancer broncho-pulmonaire date des années 50. Toutefois, en France, la première réglementation fixant une valeur limite de concentration en fibre d'amiante à ne pas dépasser dans un lieu de travail ne date que de 1977. Et c'est seulement depuis 1997 que la France interdit l'importation et l'utilisation de l'amiante.

Selon le Programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) animé par l'Institut de veille sanitaire, l'incidence du mésothéliome pleural est estimée entre 600 et 800 nouveaux cas pour l'année 1999, dont environ 75 % d'hommes. Pour cette même année, le nombre de décès par cancer de la plèvre, dont une part importante sont des mésothéliomes, est selon l'Inserm CépiDc de 1 127 (dont 75 % d'hommes). En 1998, une étude a été réalisée dans les centres d'examen de santé de la sécurité sociale sur un échantillon de 6 000 hommes ayant pris leur retraite pendant la période 1994-1996. Elle montre que plus d'un quart des hommes retraités âgés de 60 à 67 ans du régime général ont été exposés à l'amiante au moins une fois au cours de leur vie professionnelle, avec pour ces personnes, une durée moyenne d'exposition de 15 ans. En tenant compte de ces données et de la fraction de cancer du poumon attribuable à l'exposition à l'amiante (estimée à 10 %), l'Institut national de veille sanitaire a estimé entre 1 900 et 3 700 le nombre de cas annuel incidents de cancer du poumon liés à une exposition à l'amiante.

La prévention du risque d'exposition à l'amiante est assurée par l'interdiction de mise sur le marché français de matériel contenant ce minéral et par des mesures de protection des

travailleurs exposés à la poussière d'amiante. Par ailleurs, il existe des mesures particulières de réparation du préjudice dû à l'exposition à l'amiante : cessation anticipée d'activité, fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, suivi médical des personnes ayant été exposées à l'amiante.

*Bibliographie page 176*

### Dans les Pays de la Loire!

● Dans les Pays de la Loire, le cancer de la plèvre, dont l'amiante constitue la seule étiologie établie, a été à l'origine de plus de 60 décès par an pour la période 1997-1999. La mortalité régionale par cancer de la plèvre est supérieure de 12 % à la moyenne nationale (18 % chez les hommes) pour la période 1997-1999. Mais la situation régionale masque des disparités départementales importantes, avec notamment une surmortalité masculine de 113 % en Loire-Atlantique, et de 41 % en Sarthe, à rapprocher des activités professionnelles à risque dans ces deux départements (chantiers navals, fabrication de produits contenant de l'amiante).

● Le nombre de décès par cancer de la plèvre est en forte augmentation depuis le début des années 80. Cette évolution résulte non seulement de la plus grande fréquence de cette affection mais également de l'augmentation et du vieillissement de la population. A structure par âge comparable, la mortalité par cancer de la plèvre a été stable des années 1980 jusqu'à la période 1985-1987 pour augmenter de plus de 40 % jusqu'à 1997-1999.

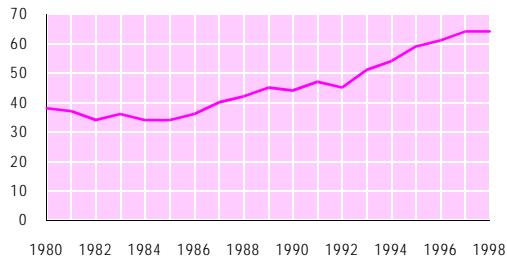
● La majorité des affections liées à l'inhalation de poussières d'amiante reconnues et nouvellement indemnisées par le régime général sont des plaques pleurales. Avec 538 cas en 2002, elles représentent 86 % des maladies professionnelles liées à l'amiante nouvellement indemnisées dans les Pays de la Loire.

La forte augmentation du nombre d'indemnités pour plaques pleurales versées par le régime général entre 2001 et 2002 s'explique par l'élargissement du dispositif de cessation anticipée d'activité, limitée initialement aux maladies graves, et ouvert depuis décembre 2001 à toutes les personnes présentant des plaques pleurales.

● 64 cancers professionnels liés à l'inhalation de poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés par le régime général en moyenne chaque année, au cours de la période 2000-2002. Il s'agit principalement de cancers bronchopulmonaires et de mésothéliomes malins de la plèvre. Mais le nombre de cas de cancers attribuables à une exposition à l'amiante est certainement sous-estimé. En effet, pour le seul département de Loire-Atlantique, le nombre de mésothéliomes malins de la plèvre indemnisés est de 19 pour l'année 2000, 9 pour 2001, 9 pour 2002, alors que le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré, 31 cas en 2000, 20 en 2001 et 28 en 2002.

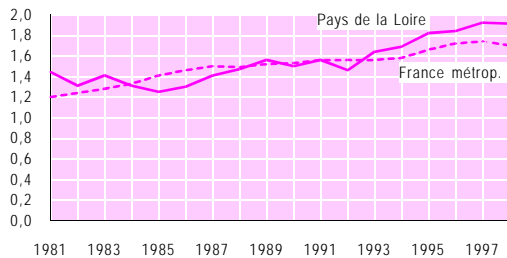
## Exposition à l'amiante 18.2

### 1 EVOLUTION DE LA MORTALITE PAR CANCER DE LA PLEVRE Pays de la Loire (1980-1998)



Source : INSERM CépiDc  
Données lissées sur 3 ans - Unité : nombre de cas

### 2 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CANCER DE LA PLEVRE Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



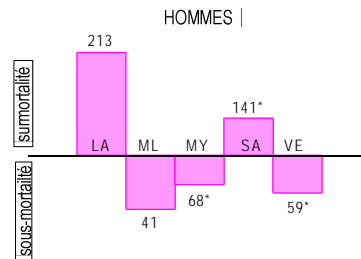
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000

### 3 LES MALADIES PROFESSIONNELLES reconnues et nouvellement indemnisées consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante parmi les salariés du régime général, Pays de la Loire (2000 - 2002)

	2000	2001	2002
Asbestose avec fibrose pulmonaire	14	4	6
Asbestose compliquée d'insuffisance ventriculaire droite	13	5	16
Asbestose compliquée d'insuffisance respiratoire aiguë	2	1	0
Non précisé	0	0	1
<i>sous-total</i>	<i>29</i>	<i>10</i>	<i>23</i>
Plaques péricardiques	1	1	0
Pleurésie exsudative	10	2	4
Plaques pleurales	174	228	409
Epaississements pleuraux bilatéraux	48	66	124
Non précisé	0	1	1
<i>sous-total</i>	<i>233</i>	<i>298</i>	<i>538</i>
Dégénérescence maligne bronchopulmonaire compliquant des lésions bénignes	14	12	11
Mésothéliome malin primitif de la plèvre	24	18	16
Mésothéliome malin primitif du péritoine	1	0	1
Mésothéliome malin primitif du péricarde	0	0	0
<i>sous-total</i>	<i>25</i>	<i>18</i>	<i>17</i>
Autres tumeurs pleurales primitives	2	3	1
Cancer bronchopulmonaire primitif	25	26	38
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>367</b>	<b>628</b>

Source : CNAMTS

### 4 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CANCER DE LA PLEVRE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
\* différence non significative au seuil de 5 %

### 5 DECES PAR CANCER DE LA PLEVRE Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

	Nombre de décès		
	Avant 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes	13	36	49
Femmes	2	13	15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>49</b>	<b>64</b>

Source : INSERM CépiDc

#### DEFINITIONS

**Cancer de la plèvre** : Code CIM9 : 163 ; Code CIM10 : C45.0 (mésothéliome pleural).

**Maladies professionnelles (MP)** : nombre de premières indemnités pour les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions mentionnées à ce tableau.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

## 19 ACCIDENTS

### Contexte national

Les accidents regroupent un ensemble de situations variées, tant par leur lieu et leurs circonstances de survenue que par leurs conséquences sur la santé. Les accidents de la circulation surviennent sur la voie publique et impliquent un véhicule (voir page 102). Les accidents du travail sont des accidents liés à l'activité professionnelle, survenant soit sur le lieu de travail, soit sur le trajet entre le domicile et lieu de travail (voir page 96). Les accidents de la vie courante surviennent au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sport ou de loisirs ou à tout autre moment de la vie privée, en dehors des situations définissant les accidents de la circulation et les accidents du travail. Ils sont principalement représentés par les chutes, les fausses routes de produits alimentaires, les intoxications et les noyades.

Les conséquences des accidents vont des lésions bénignes ne nécessitant pas de recours aux soins aux traumatismes lourds nécessitant une hospitalisation ou provoquant un décès, en passant par les lésions prises en charge en médecine de ville.

D'après le Baromètre santé 2000, 16 % des hommes et 10 % des femmes déclarent avoir été victimes d'un accident ayant motivé une consultation chez un médecin ou une hospitalisation, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Il s'agissait d'accidents de sport ou de loisirs dans 4,3 % des cas, d'accidents de la vie domestique dans 2,4 % des cas et d'accidents de la circulation dans 1 % des cas. Parmi les actifs, 3,5 % ont déclaré avoir eu un accident du travail au cours des 12 derniers mois.

Concernant plus spécifiquement les accidents de la vie courante, selon l'enquête SPS (Santé, soins et protection sociale) le taux annuel d'accidents le plus élevé est observé entre 10 et 19 ans. Il diminue ensuite avec l'âge et augmente à nouveau pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Chez les moins de 25 ans, plus du tiers des accidents ont lieu lors d'activités sportives. Leur survenue est souvent associée à des prises de risque, aux ivresses, à la consommation de cannabis et de médicaments psychotropes. Chez les plus de 65 ans, 60 % des accidents ont lieu au domicile. Leur survenue est associée à des facteurs liés à la personne et à son état de santé (troubles sensoriels, ostéoporose, troubles de la vigilance et de l'équilibre liés aux médicaments...) mais aussi à l'environnement.

Les accidents sont à l'origine de la grande majorité des diagnostics d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements, qui représentent 8,5 % de l'ensemble des hospitalisations (16 % chez les 5-24 ans, 12 % chez les plus de 85 ans et de 5 à 9 % pour les autres classes d'âge). Les fractures en constituent le diagnostic principal le plus fréquent (28 %) devant les luxations et entorses (11 %), les traumatismes crâniens (10 %) et les plaies (7 %).

Selon l'enquête nationale HID (handicaps-incapacités-dépendances) menée en 1999, 7 % de la population vivant en domicile ordinaire déclare souffrir de déficiences d'origine

accidentelle. Les accidents sont susceptibles de laisser des séquelles fonctionnelles, notamment chez les sujets jeunes victimes d'accidents de sport et de loisirs. Quant aux chutes des personnes âgées, leur retentissement psychique est également non négligeable.

En 1999, les accidents de la vie courante ont été à l'origine de 19 000 décès, les accidents de la circulation de 7 800 décès et les accidents du travail de 1 400 décès (dont 46 % dus à des accidents de trajet). Les décès par accident de la vie courante prédominent chez les personnes de plus de 75 ans (chutes et fausses routes) alors que la mortalité liée aux accidents de la circulation concernent essentiellement les personnes plus jeunes.

Les accidents du travail, de la circulation ou de la vie courante ne sont pas des problématiques de santé publique indépendantes. Les accidents de la circulation constituent notamment une part importante des accidents du travail, et les comportements à risque d'un individu ne diffèrent sans doute pas fondamentalement dans son activité professionnelle, pendant ses déplacements, ou dans sa vie quotidienne.

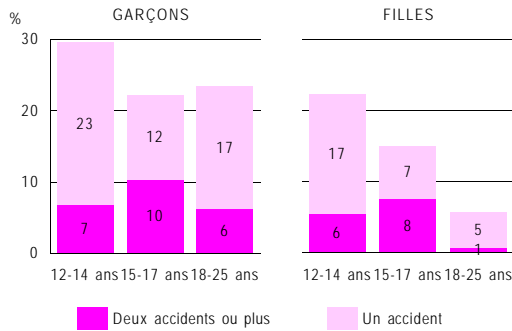
*Bibliographie page 177*

### Dans les Pays de la Loire

- Selon les résultats du Baromètre santé jeunes de l'année 2000, 18,5 % des 12-25 ans des Pays de la Loire ont déclaré avoir été victimes d'un accident ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation, au cours des douze derniers mois : 24,5 % pour les garçons et 12,5 % pour les filles. La classe d'âge la plus concernée est celle des 12-14 ans. Les accidents de sport ou de loisirs sont les plus fréquents (10 % déclarent avoir eu au moins un accident de cette nature).
- Les hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements sont plus fréquentes chez les personnes de plus de 85 ans, quel que soit le sexe. Avant 65 ans, les hommes sont plus fréquemment hospitalisés que les femmes pour ce diagnostic. L'inverse est constaté après 65 ans.
- Au cours de la période 1997-1999, 1 555 personnes sont décédées dans la région de causes accidentelles. Les chutes représentent un décès sur trois, les accidents de la circulation près d'un sur trois également, et les "fausses routes de produits alimentaires", 15 % des décès.
- La mortalité par chute accidentelle a fortement baissé dans la région depuis le début des années 80, - 37 % chez les hommes et presque - 50 % chez les femmes. 78 % des décès par chute concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.

**1 JEUNES DECLARANT AVOIR EU UN ACCIDENT\* AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**

Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

\* accident ayant entraîné une hospitalisation ou une consultation médicale

**2 DECES PAR ACCIDENT**

Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

Cause médicale de décès	Tous âges		75 ans et plus	
	Décès annuel	en %	Décès annuel	Proportion**
Chutes accidentelles	504	32,4	394	78,2%
Fausse route de produits alimentaires*	228	14,7	157	69,0%
Noyade et submersion accidentelles	48	3,1	9	18,1%
Intoxication par médicament	32	2,0	20	62,1%
Accidents provoqués par le feu	24	1,6	9	35,6%
Autres	227	14,6	77	33,8%
<b>Total accidents de la vie courante</b>	<b>1 063</b>	<b>68,3</b>	<b>665</b>	<b>62,6%</b>
Accidents de la circulation	492	31,7	49	10,0%
<b>Total accidents</b>	<b>1 555</b>	<b>100,0</b>	<b>714</b>	<b>45,9%</b>

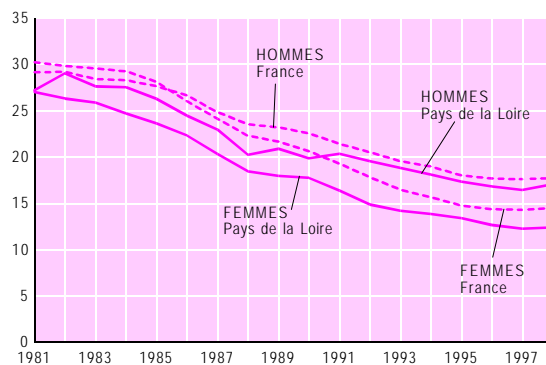
Source : INSERM CépiDc

\* aspiration ou ingestion de produits alimentaires provoquant une obstruction des voies respiratoires ou suffocation

\*\* part des personnes âgées de 75 ans et plus parmi l'ensemble des décès

**3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CHUTE ACCIDENTELLE**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**4 SEJOURS HOSPITALIERS POUR LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS\***

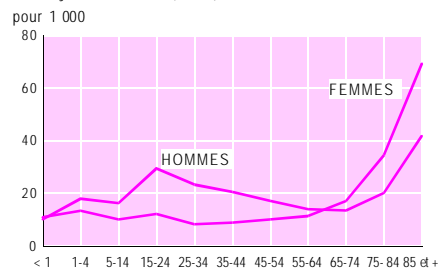
Pays de la Loire (2000)

Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
Fractures	22 138	40,2
Luxations et entorses	7 233	13,1
Traumatisme crânien	5 389	9,8
Trauma.intrathorac.,intra-abdominal	650	1,2
Traumatisme des nerfs	812	1,5
Plaies	5 862	10,6
Corps étranger par orifice naturel	549	1,0
Brûlure et corrosion	727	1,3
Intoxication produit pharmaceutique	3 956	7,2
Intoxication prod.non pharmaceutique	582	1,1
Effet nocif de cause extérieure	759	1,4
Séquelle trauma. et empoisonnement	1 405	2,6
Autres	5 015	9,1
<b>Total lésions traumatiques et empoisonnements*</b>	<b>55 077</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)  
\* séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (hors complications d'actes chirurgicaux ou médicaux)

**5 TAUX D'HOSPITALISATION PAR AGE ET SEXE POUR LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS\***

Pays de la Loire (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

**DEFINITIONS**

**Accidents de la vie courante** : Codes CIM9 : E850-E929, sauf E870-E879 (accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux).

**Accidents de la circulation** : Codes CIM9 : E810-E819, E826-E829.

**Lésions traumatiques et empoisonnements** : Codes CIM10 : S00-T98, sauf T80-T88 (complications d'actes chirurgicaux ou médicaux).

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

### Contexte national

Les accidents de la route sont une cause majeure de mortalité évitable en France et ils représentent la première cause de mortalité chez les 15-24 ans. En 2002, ils ont provoqué 7 200 décès et 137 800 blessés dont 24 000 graves. D'après les données issues du Registre des victimes d'accidents de la circulation du département du Rhône, 30 % des victimes conserveront des déficiences mineures ou modérées et 0,7 % un handicap sévère.

Selon les statistiques Eurostat, la France se situe dans l'Union européenne parmi les pays qui présentent le taux de mortalité par accident de la circulation le plus élevé. Pour la période 1997-1999, il était de 20,2 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 6,8 chez les femmes, derrière la Grèce (respectivement 34,8 et 10,1) et le Portugal (29,2 et 7,5), ces deux pays présentant les situations les plus défavorables.

Depuis trente ans, le nombre d'accidents et de tués sur la route ne cesse de diminuer en France, malgré l'augmentation continue du trafic automobile. Cette baisse est constatée dans la plupart des pays de l'Union. Elle s'explique par l'apparition d'une réglementation adoptée progressivement par tous ces pays (ceinture de sécurité, lutte contre l'alcoolémie, limitation de vitesse). Toutefois, cette baisse est moins importante en France que dans d'autres pays.

En France, de 1992 à 2002, le nombre d'accidents corporels a diminué de 26,4 %, le nombre de blessés graves de 46,4 % et le nombre de tués de 20,3 %. Après une stagnation aux environs de 8 000 tués par an de 1999 à 2001, la baisse a repris très nettement au cours de l'année 2002.

Les bilans annuels de sécurité routière montrent que les victimes d'accidents sont plus souvent les hommes et les sujets jeunes. Ainsi, les conducteurs âgés de 18 à 24 ans représentent 25,6 % des tués sur les routes (ces accidents mortels survenant plus fréquemment la nuit et le week-end). Les accidents sont plus graves hors agglomération, avec 61 % des tués sur la route. Les usagers des véhicules légers (voitures de tourisme) sont les principales victimes des accidents de la circulation (63,5 % des tués). Cependant, en agglomération, où la circulation est plus dense, la proportion de victimes piétons et conducteurs de deux roues est plus importante qu'en campagne.

Les accidents de la circulation sont dus essentiellement aux véhicules, aux infrastructures et aux comportements des individus. La violence et la gravité d'un accident dépendent en effet de la tenue de route, des dispositifs de freinage et des équipements de sécurité du véhicule ainsi que de la sûreté des aménagements. Les comportements des individus sont cependant le plus souvent en cause. L'excès de vitesse est très répandu, alors que la vitesse et le nombre de tués sur la route sont corrélés. L'inexpérience, la perte d'aptitude physique et psychique sont également des facteurs de risque d'accident. Entre 1,2 % et 3,5 % des

conducteurs, surtout des hommes, conduiraient avec une alcoolémie au-dessus de la limite légale (0,5 g/l). Le risque d'accident mortel est alors multiplié par 20. Sur la période 1998-2002, 31 % des conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation auraient une alcoolémie au-dessus de la limite légale. L'impact de la consommation de stupéfiants sur la survenue des accidents de la route est mal connu et fait actuellement l'objet d'une importante enquête nationale.

Les actions de prévention sont relatives à l'amélioration des infrastructures, la sécurité des véhicules et les campagnes d'information auprès des usagers de la route. En 2002, le gouvernement a lancé un plan pluriannuel d'action contre la violence routière et pris des mesures législatives afin d'améliorer l'efficacité du système contrôle-sanction.

*Bibliographie page 177*

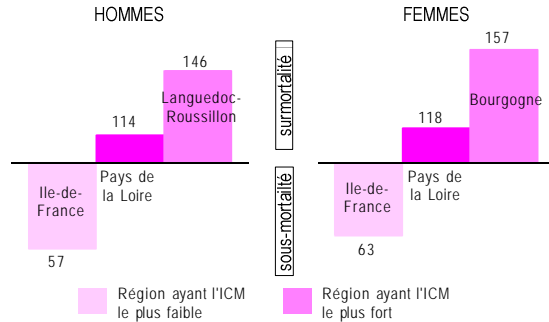
### Dans les Pays de la Loire

- Les accidents de la route qui se sont produits dans les Pays de la Loire ont été à l'origine de 492 morts et 1 654 blessés graves en moyenne chaque année au cours de la période 2000-2002.
- Depuis le début des années 80, le nombre de tués et de blessés graves a nettement diminué dans les Pays de la Loire (comme en France), et ce malgré l'augmentation continue du trafic, témoignant de l'efficacité des mesures de prévention prises depuis une trentaine d'années. Ainsi, entre les périodes 1983-1985 et 2000-2002, le nombre annuel de tués est passé de 700 à 500 et le nombre de blessés graves de 3 900 à 1 600. Au cours des deux dernières années, la baisse s'est fortement accentuée. Le nombre de tués a diminué de 23 % dans la région entre 2001 et 2002 (- 6 % en France), et de 11 % sur les huit premiers mois de l'année entre 2002 et 2003 (- 22 % en France).
- Comme en France, c'est l'automobile qui fait le plus de victimes, principalement des jeunes adultes, en raison de leur relative inexpérience ainsi que de leurs comportements de prise de risque plus fréquents.
- A structure par âge comparable, en 1997-1999, la mortalité par accident de la circulation dans les Pays de la Loire est significativement supérieure à la moyenne française de 14 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes. Néanmoins, pour les hommes, l'écart avec le niveau national s'est progressivement réduit depuis le début des années 80.



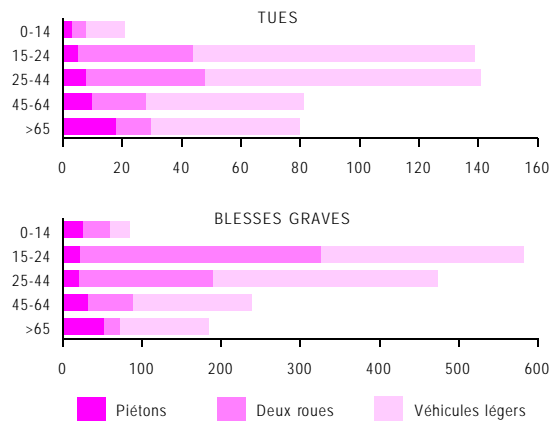
# Accidents de la circulation 19.1

## 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION (moyenne 1997-1999)



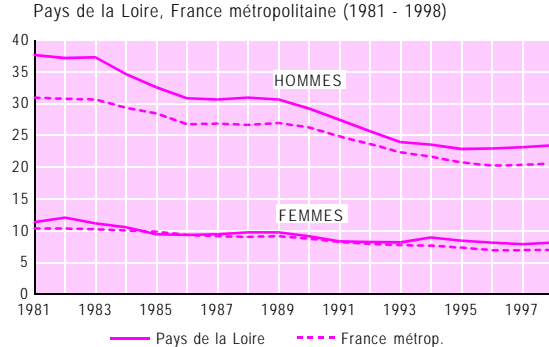
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## 2 VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SELON L'AGE Pays de la Loire\* (moyenne 2000-2002)



Source : Observatoire régional de la sécurité routière  
Véhicules légers = voitures de tourisme  
\* il s'agit d'accidents survenus dans les Pays de la Loire

## 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



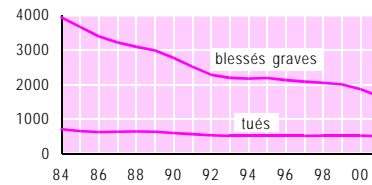
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par accident de la circulation	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	23,4 p. 100 000	13ème
FEMMES	1997-1999	8,1 p. 100 000	13ème

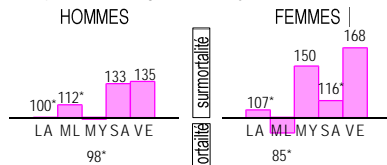
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 5 EVOLUTION DU NOMBRE DE VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA CIRCULATION Pays de la Loire\* (1984 - 2001)



Sources : SETRA (Ministère de l'Équipement), Observatoire régional de la sécurité routière (à partir de 1997)  
Données lissées sur 3 ans  
\* il s'agit d'accidents survenus dans les Pays de la Loire

## 6 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée  
\* différence non significative au seuil de 5 %

### DEFINITIONS

**Accidents de la circulation** : Codes CIM9 : E810-E819, E826-E829. Il s'agit d'accidents survenus sur la voie publique et impliquant un véhicule.

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul p. 23).

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).

**Tués** : personnes décédées sur le coup ou dans les six jours qui suivent l'accident.

**Blessés graves** : personnes dont l'état nécessite plus de six jours d'hospitalisation.

**Remarque** : les chiffres fournis par le SETRA (Ministère de l'Équipement) ou l'Observatoire régional de la sécurité routière concernent les accidents ayant eu lieu sur les routes de la région, quel que soit le domicile de la personne accidentée (décès enregistrés). Les données de l'INSERM concernent les accidents impliquant des personnes domiciliées dans les Pays de la Loire, quel que soit le lieu de l'accident (décès domiciliés).

### Contexte national

En 1999, plus de 10 000 décès par suicide ont été déclarés en France, ce qui représente 2 % des décès. Ce nombre de décès est en outre vraisemblablement sous-estimé, une enquête de l'INSERM sur les décès de cause indéterminée évaluant à environ 7 % cette sous-estimation. Plus de 70 % des décès par suicide concernent des hommes. L'incidence du suicide varie fortement avec l'âge : elle augmente jusqu'à 40 ans, reste relativement constante jusqu'à 70 ans, puis augmente fortement, surtout chez les hommes. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (38 %), les armes à feu (24 %) et l'ingestion de substances toxiques (14 %). Les noyades sont moins souvent recensées. Les hommes se suicident principalement par pendaison ou par armes à feu, les femmes par pendaison ou par ingestion de toxique.

Selon les statistiques Eurostat, sur la période 1997-1999, les taux standardisés de mortalité par suicide en France atteignent 26 pour 100 000 habitants chez les hommes et 8,7 chez les femmes. Ils sont parmi les plus élevés des pays de l'Union européenne. La France occupe ainsi le 3ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (37,7) et l'Autriche (28,3) pour les hommes et le 2ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (9,7) pour les femmes.

Au cours des trente dernières années, le taux de mortalité par suicide, tous âges confondus, a connu en France d'importantes fluctuations. Relativement stable avant 1968, il a ensuite augmenté jusqu'en 1985, l'augmentation étant plus marquée à partir de 1976 (progression de près de 40 % entre 1976 et 1985). Depuis 1985, où il a atteint en moyenne pour les 2 sexes 26,3 pour 100 000 habitants, il ne cesse de diminuer. Ces tendances globales recouvrent des évolutions variables selon les tranches d'âge et selon le sexe. Ainsi, les taux de mortalité des hommes de plus de 65 ans ont connu les variations de plus fortes amplitudes alors que la mortalité par suicide des femmes de 15 à 24 ans a très peu varié.

L'analyse de ces évolutions met également en évidence l'influence de la conjoncture économique sur la propension au suicide des individus : par exemple, une remontée de la mortalité par suicide a été constatée pendant toute la première moitié des années quatre-vingt. Des différences de comportements vis-à-vis du suicide ont aussi été mises en évidence selon les cohortes de naissances : une plus forte mortalité par suicide a ainsi été observée pour la génération du "baby-boom", par rapport à celle de l'entre-deux-guerres.

D'autres facteurs de risque de suicide sont bien identifiés. La famille et le soutien social protègent du suicide, notamment les hommes : il y a plus de suicide chez les hommes divorcés, vivant seuls ou après la perte de leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les régions rurales.

Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont également à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). La dépression notamment concerne plusieurs millions de personnes. Une enquête menée par le CREDES évaluait à près de 10 % la prévalence de la dépression chez les hommes dès l'âge de 30 ans, et à 20 % chez les femmes.

Mais elle n'est pas toujours diagnostiquée et seule une minorité reçoit un traitement adapté (voir page 66).

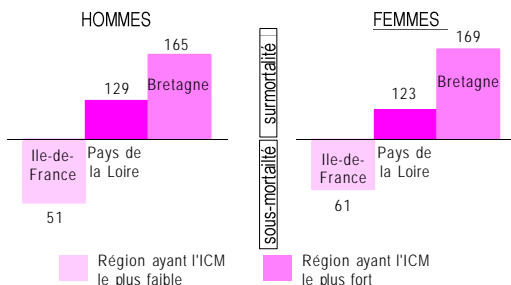
Le risque de décès par suicide est également très fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Une étude récente estime à 160 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours au système de soins. La moitié d'entre elles a bénéficié d'une intervention d'un médecin généraliste, 80 à 90 % d'une prise en charge par les urgences hospitalières, directement ou en étant adressé par un médecin généraliste. Le nombre de celles ne donnant pas lieu à un recours aux soins est difficile à estimer. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, surtout les plus jeunes. Elles se font majoritairement par intoxication médicamenteuse, et sont souvent de faible gravité sur le plan somatique. Par contre, les récidives sont fréquentes (elles représentent 35 à 45 % des tentatives) et souvent précoces, notamment chez les jeunes.

*Bibliographie page 177*

### Dans les Pays de la Loire

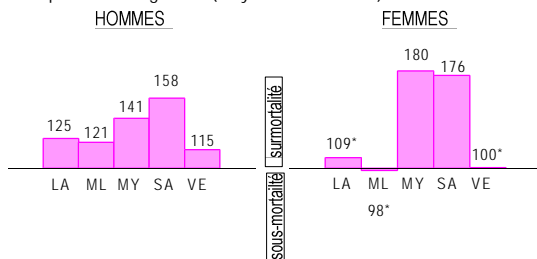
- Le suicide a été à l'origine de 740 décès en moyenne chaque année sur la période 1997-1999. Sur cette période, la mortalité régionale par suicide est significativement supérieure à la moyenne nationale, de 29 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Les Pays de la Loire sont ainsi parmi les régions les plus mal placées, alors même que la France présente des taux de mortalité supérieurs à ceux de la plupart des pays de l'Union européenne. Cette surmortalité se retrouve pour les 5 départements, la Mayenne et la Sarthe, départements ruraux, étant particulièrement touchés.
- Les décès par suicide concernent surtout les hommes (74 % des décès pour la période 1997-1999).
- La fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. Le taux de mortalité masculine par suicide est ainsi multiplié par 6 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 75 ans et plus.
- Le suicide touche également des sujets jeunes. Il est la première cause de mortalité prématurée (décès avant 65 ans) chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Entre 25 et 34 ans, près d'un décès masculin sur quatre et un décès féminin sur cinq est un suicide.
- Comme en France métropolitaine, à structure par âge comparable, la mortalité par suicide a très légèrement diminué depuis le début des années 80.
- Selon l'enquête Baromètre santé jeunes, 5 % des 12-25 ans de la région déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, les filles (6 %) plus souvent que les garçons (3 %). Ces proportions sont proches de celles observées au niveau national.
- La prévention des suicides et des tentatives de suicide fait actuellement l'objet d'un programme régional de santé dans les Pays de la Loire.

## 1 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR SUICIDE (moyenne 1997-1999)



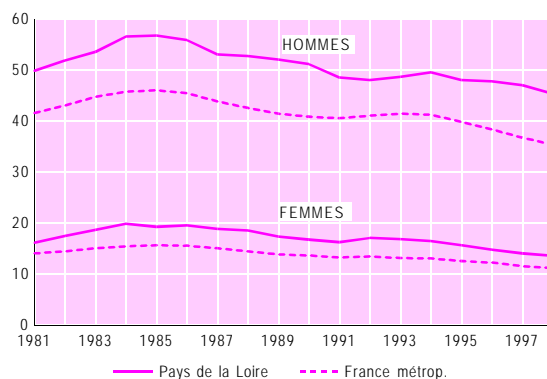
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## 2 INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR SUICIDE départements ligériens (moyenne 1997-1999)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
 SA : Sarthe VE : Vendée  
 \* différence non significative au seuil de 5 %

## 3 EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR SUICIDE CHEZ LES 15 ANS ET PLUS Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 1998)



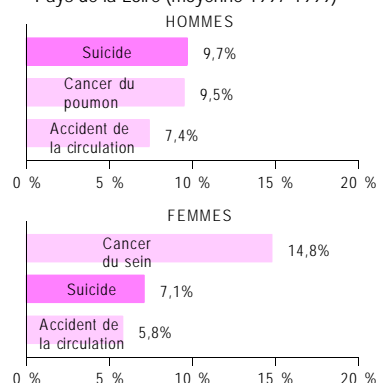
Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

Taux comparatif de mortalité par suicide chez les 15 ans et plus	Période	Valeur	Rang*
HOMMES	1997-1999	45,3 p. 100 000	19ème
FEMMES	1997-1999	13,5 p. 100 000	18ème

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
 \* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 5 PRINCIPALES CAUSES DE DECES PREMATURES Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)



Source : INSERM CépiDc

## 6 DECES PAR SUICIDE Pays de la Loire (moyenne 1997-1999)

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
5-14 ans	1	-	0	-
15-24 ans	37	16,1	10	4,7
25-34 ans	67	29,6	18	8,3
35-44 ans	126	54,5	31	13,3
45-54 ans	108	51,7	32	15,1
55-64 ans	59	42,2	28	18,3
65-74 ans	69	53,2	35	21,6
75-84 ans	52	85,2	22	22,8
85 ans et plus	29	153,5	15	29,8
<b>Total</b>	<b>549</b>	-	<b>191</b>	-

Source : INSERM CépiDc, INSEE  
 \* pour 100 000 personnes de la tranche d'âge considérée

### DEFINITIONS

**Suicide** : Code CIM9 : E950-E959.  
**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 23).  
**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge (voir mode de calcul page 23).  
**Mortalité prématurée** : décès survenus avant 65 ans.



# SOINS ET PRÉVENTION

---

Le système de santé mobilise des ressources importantes, et d'une extrême diversité, aussi bien en terme de métiers que d'institutions ou d'activités. Les informations disponibles n'ont pas toutes été valorisées dans cette édition. C'est notamment le cas pour les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des Conseils généraux, les réseaux de santé, ou encore les comités d'éducation pour la santé.

5.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Considérées dans leur ensemble, les professions de santé représentent début 2000 1,65 million de personnes, soit 7,1 % de la population active (France métropolitaine). Ce groupe comprend les professions de santé à exercice réglementé, dont les conditions d'exercice sont définies par le Code de la santé publique, auxquelles s'ajoutent les aides-soignants, les agents de service hospitalier ainsi que d'autres professions qui contribuent aux soins auprès des patients. Plus largement, l'ensemble de la branche sanitaire et sociale emploie 2,5 millions de personnes en mars 2002, soit plus de 10 % des actifs occupés.

L'ensemble des professions de santé réglementées ont un effectif de 854 000 personnes (début 2002). Trois de ces professions sont considérées par le Code de la santé publique comme des "professions médicales", les médecins (près de 200 000 praticiens), les chirurgiens-dentistes (40 500), et les sages-femmes (15 100). Selon le rapport Matillon consacré à l'évaluation des compétences professionnelles, "L'organisation de ces professions se caractérise par la capacité accordée aux professionnels de déterminer et de pratiquer l'ensemble des soins qu'ils jugent utiles, si tant est que ceux-ci interviennent dans leurs champs de compétence". Ces trois professions sont dotées d'un Ordre, qui "veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie" (article L 4121-2). Une quatrième profession dispose également d'un Ordre, les pharmaciens (62 000 professionnels), la logique d'organisation de cette profession étant comparable à celle des professions médicales. Les pharmaciens ont le monopole de la préparation et de la délivrance des produits de santé mais, à la différence des autres professions de santé, ils n'effectuent pas d'actes de soins.

Les onze autres professions réglementées par le Code de la santé publique sont qualifiées d'auxiliaires médicaux. Le groupe professionnel le plus important est celui des infirmiers (410 800 professionnels), qui représentent près de la moitié de l'effectif de l'ensemble des professions réglementées. Viennent ensuite les masseurs-kinésithérapeutes (55 300) et les manipulateurs en électro-radiologie (22 500). Ces professions n'ont pas de structure ordinale, et la limite de leur champ d'intervention est fixée par leur Code de déontologie, qui détermine la liste des actes qu'ils peuvent effectuer, en fonction des contrôles exercés sur leur réalisation par la profession médicale.

Les professionnels de santé exercent soit comme salariés soit à titre libéral. L'exercice libéral (258 900 professionnels) est plus ou moins fréquent selon la profession : 93 % des dentistes, 79 % des orthophonistes, 61 % des médecins, mais 10 % seulement des infirmiers ont un exercice libéral. La rémunération de ces professionnels dépend d'une nomenclature, la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), qui va être remplacée à partir de 2004 par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les tarifs des actes sont déterminés par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Les établissements de santé sont le principal lieu d'exercice des professionnels de santé avec un effectif de 927 700 personnes employées (non compris les praticiens). Mais le statut des professionnels de santé qui y interviennent est variable. Dans les établissements publics, les praticiens ont un statut d'enseignant (hôpitaux universitaires), ou de praticien hospitalier salarié (temps plein, temps partiel, attaché...). Un certain nombre de praticiens sont également autorisés à avoir une activité libérale, tout en étant salarié temps plein de l'hôpital. Les établissements de santé privés se distinguent quant à eux en deux groupes selon que les praticiens (mais aussi les auxiliaires médicaux) qui y interviennent sont salariés (établissements mutualistes, centres de lutte contre le cancer...) ou exercent à titre libéral (établissements sous Objectif quantifié national). La multiplicité de ces situations, sachant que de nombreux professionnels ont des activités multiples avec des modes d'exercice différents, rend le dénombrement des professions de santé complexe, et explique en partie les écarts constatés entre sources d'information.

La féminisation est plus ou moins accentuée selon les professions : 87 % des infirmiers et 63 % des pharmaciens sont des femmes, alors que le taux de féminisation est de 36 % pour les médecins et 33 % chez les dentistes.

Bibliographie page 177

### Dans les Pays de la Loire!

- Les professions de santé dont l'exercice est réglementé représentent un effectif de 41 700 personnes, dont 21 300 infirmiers.
- Comparée aux autres régions françaises, la région des Pays de la Loire a une densité nettement inférieure à la moyenne française. Elle se trouve au 18ème rang pour les médecins, au 12ème pour les chirurgiens-dentistes, et au 15ème rang pour les infirmiers.
- Les établissements de santé publics et privés emploient 49 500 personnes (non compris les praticiens), 30 % des personnels exerçant à temps partiel.
- 11 500 professionnels de santé libéraux exercent dans la région. La profession la plus nombreuse est celle des médecins (5 200 praticiens), soit 46 % des effectifs, devant les masseurs-kinésithérapeutes (1 800), les chirurgiens-dentistes (1 700), et les infirmiers (1 600).
- L'effectif de professionnels de santé libéraux a progressé globalement de 2 % par an depuis dix ans dans la région (1 % pour les médecins). Les professions dont l'effectif a le plus progressé sont les sages-femmes, les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

## Professionnels de santé 21.

### 1 LES PROFESSIONS DE SANTE A EXERCICE REGLEMENTE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

Profession	France métrop.	Pays de la Loire	% libéraux	Densité* Pays de la Loire	Densité* France m.
Infirmiers	410 859	21 323	10,0	651	692
Médecins	198 700	8 869	61,3	270	335
Pharmaciens	62 054	2 930	///	89	105
Masseurs-kinésithérapeutes	55 348	2 524	78,0	77	93
Chirurgiens-dentistes	40 481	1 856	93,9	57	68
Manipulateurs ERM	22 450	1 031	///	31	38
Sages-femmes	15 122	703	20,5	89 **	104 **
Opticiens-lunetiers	11 910	673	///	21	20
Orthophonistes	14 323	650	78,9	20	24
Pédicures-podologues	9 470	514	97,7	16	16
Psychomotriciens	5 086	228	///	7	9
Ergothérapeutes	4 433	223	///	7	7
Orthoptistes	2 309	92	72,8	3	4
Audio-prothésistes	1 526	66	///	2	3
<b>Total</b>	<b>854 071</b>	<b>41 682</b>	<b>///</b>	<b>///</b>	<b>///</b>

Source : DREES

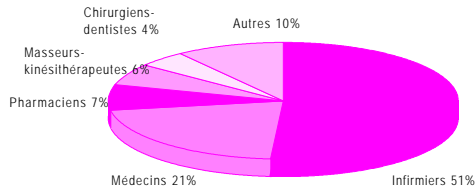
France m. : France métropolitaine

\* nombre de professionnels pour 100 000 habitants

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

Dans ce tableau ne figure pas la profession de diététicien, qui fait également partie des professions de santé réglementées (L 4371 du code de la santé publique).

### 2 LES PROFESSIONS DE SANTE A EXERCICE REGLEMENTE Pays de la Loire (01/01/2002)



Source : DREES

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

Profession	Nbre de professionnels pour 100 000 h.	Rang*
Médecins	270	18ème
Chirurgiens-dentistes	57	12ème
Sages-femmes**	89	20ème
Infirmiers	651	15ème
Masseurs-kinésithérapeutes	77	12ème

Source : DREES

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

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

### 5 EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop. 2002	Pays de la Loire		TCAM 1991/2002
		1991	2002	
Médecins	114 242	4 699	5 253	1,0%
Masseurs-kinésithérapeutes	39 554	1 272	1 806	3,2%
Chirurgiens-dentistes	36 691	1 628	1 733	0,6%
Infirmiers	48 576	1 239	1 643	2,6%
Orthophonistes	10 519	319	497	4,1%
Pédicures	6 135	nd	366	nd
Sages-femmes	1 726	79	126	4,3%
Orthoptistes	1 434	44	55	2,0%
<b>Total</b>	<b>258 877</b>	<b>9 280</b>	<b>11 479</b>	<b>2,0%</b>

Source : CNAMTS (SNIR)

### 3 EVOLUTION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL NON MEDICAL DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop. 2001	Pays de la Loire		TCAM 1991/2002	
		1991	2002	PDL	France métrop.*
Etablissements publics	686 800	34 191	38 615	1,1%	0,5%
Etablissements privés OQN	130 024	nd	6 774	nd	nd
Autres établissements privés	110 853	nd	4 092	nd	nd
<b>Total</b>	<b>927 677</b>	<b>nd</b>	<b>49 481</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>

Source : DRASS (STATISS-SAE)

\* TCAM 1991/2001 pour la France métropolitaine

#### DEFINITIONS

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

SNIR : système national inter-régimes mis en place pour mesurer l'activité des professions de santé, ayant donné lieu à remboursements par l'assurance maladie.

Libéral : professionnel de santé dont l'activité est rémunérée à l'acte en fonction de la nomenclature de l'assurance maladie (NGAP).

NGAP : chaque acte est affecté d'une lettre-clé (variable selon la profession et le type d'acte) et d'un coefficient. A partir de 2004, pour les médecins, la NGAP va être remplacée par la Classification commune des actes médicaux (CCAM), qui, à la différence de la NGAP, permet de connaître la nature de l'acte.

Etablissement privé sous OQN : on désigne sous ce terme les établissements soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'Objectif quantifié national (OQN).

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Au 1er janvier 2002, la France compte près de 200 000 médecins libéraux et salariés en activité, soit 335 praticiens pour 100 000 habitants (DREES). Au sein de l'Union européenne, les pays les plus dotés sont l'Italie (567 médecins pour 100 000 habitants), la Belgique (419), et l'Allemagne (363). Le Royaume-Uni a la plus faible densité médicale avec seulement 164 médecins pour 100 000 habitants. L'Irlande (239) et le Luxembourg (254) font également partie des pays de faible densité.

En France, le nombre de médecins a plus que triplé au cours des trente dernières années. La croissance des effectifs a été forte entre 1972 et 1989 (+ 4,4 % chaque année), bien plus faible au cours de la dernière décennie (+ 2,5 %). Ce ralentissement résulte de la mise en place du *numerus clausus* qui limite le nombre d'étudiants en médecine admis en 2ème année (PCEM2). Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 70 et a diminué jusqu'au seuil de 3 700 pour l'année universitaire 1998-99. Depuis, il augmente régulièrement et atteindra 5 600 en 2004. Selon la DREES, le nombre de médecins devrait diminuer régulièrement à partir de 2004 et serait en 2015 inférieur de 10 % à son niveau actuel. Cette évolution s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : la proportion de praticiens âgés de 50 ans et plus devrait passer de 37 % en 2003 à 58 % en 2015. Les augmentations récentes du *numerus clausus* ne permettront pas de compenser les nombreux départs à la retraite attendus au cours de la prochaine décennie. En effet, toute augmentation des effectifs admis en PCEM2 ne produit des effets sur le nombre de médecins en activité que huit ans plus tard pour la médecine générale, et neuf ou dix ans plus tard pour les spécialistes. Par ailleurs, la réforme des études médicales va entrer en application en juin 2004. Celle-ci prévoit, à la fin du 2ème cycle des études médicales (DCEM4), l'instauration d'un concours classant unique pour l'ensemble de la France, pour l'accès aux différentes spécialités. La médecine générale devient une spécialité à part entière avec trois années de formation après le DCEM4 (contre 4 ou 5 pour les autres spécialités) et donc des stages qualifiant dans certaines spécialités.

L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles. Entre 1991 et 2002, le nombre de spécialistes en France métropolitaine s'est accru plus fortement que celui des généralistes (respectivement + 22 % et + 3 %), et aujourd'hui les spécialistes sont plus nombreux que les généralistes. La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes est passée de 14 % en 1970 à 37 % en 2002. En 2020, selon les projections de la DREES, les femmes devraient globalement être aussi nombreuses que les hommes.

La répartition géographique est marquée par des contrastes forts et anciens entre les zones les plus fortement médicalisées (Ile-de-France et sud du pays), et les régions moins médicalisées, situées au nord, en Normandie et au Centre. En Ile-de-France, le nombre de praticiens par habitant est ainsi supérieur de 69 % à celui de la Picardie.

Parmi l'ensemble des médecins, 60 % ont un exercice libéral en 2002 (soit 114 000 praticiens) contre 69 % en 1991.

Un peu plus de la moitié des praticiens libéraux sont des omnipraticiens (53 %) contre 58 % au début des années 1980. La rémunération de ces professionnels dépend de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), qui va être remplacée à partir de 2004 par la classification commune des actes médicaux (CCAM). Les tarifs des actes sont déterminés par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et les professionnels de santé. La convention signée en 1980 a instauré la possibilité pour les médecins d'appliquer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés par l'assurance maladie (secteur 2). Les effectifs de médecins ayant opté pour ce secteur conventionnel (le secteur 1 regroupant les médecins pratiquant les tarifs fixés par les caisses) ont progressé jusqu'en 1990. Depuis cette date, l'accès de nouveaux praticiens au secteur 2 est beaucoup plus restreint. En 2001, 25 % des médecins libéraux exercent en secteur 2 (14 % des généralistes et 35 % des spécialistes), avec des variations importantes selon le secteur géographique. Par ailleurs, un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé fin 1998 pour l'amélioration des pratiques professionnelles et pour favoriser le développement des formes coordonnées de prise en charge. Ces fonds sont administrés au plan régional par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), avec la participation des médecins libéraux.

Bibliographie page 178

### Dans les Pays de la Loire

- Avec près de 8 900 médecins en activité en 2002, les Pays de la Loire occupent le 18ème rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec un taux inférieur de 19 % par rapport à la moyenne nationale.
- A l'intérieur de la région, les départements ont tous une densité médicale inférieure à la moyenne française. Les départements dotés d'une faculté de médecine (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) sont ceux qui ont les plus fortes densités. En Mayenne, la densité de médecins est inférieure de 40 % à la moyenne nationale.
- Depuis le début des années 1990, l'effectif total de médecins a progressé de 33 % dans la région. Contrairement à la situation nationale, l'effectif des généralistes (4 600) reste encore supérieur à celui des spécialistes (4 200).
- Selon les projections effectuées par la DREES, les effectifs médicaux devraient rester relativement stables jusqu'à la fin de la décennie, avec un effectif voisin de 9 000 médecins. Cette évolution générale ne doit pas masquer les difficultés déjà rencontrées dans certains territoires pour assurer le remplacement des médecins qui cessent leur activité.



**1 ENSEMBLE DES MEDECINS EXERCANT A TITRE LIBERAL OU SALARIE**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Méd. généralistes	97 329	4 626	1 741	1 059	352	717	757
densité*	164	141	151	143	122	134	138
Méd. spécialistes	101 370	4 243	1 887	1 046	223	577	510
densité*	171	129	163	141	77	108	93
<b>Ensemble</b>	<b>198 699</b>	<b>8 869</b>	<b>3 628</b>	<b>2 105</b>	<b>575</b>	<b>1 294</b>	<b>1 267</b>
densité*	335	270	314	284	199	242	232
dont salariés %	40	39	40	38	39	39	36

Source : DREES  
\* nombre de médecins pour 100 000 habitants

**5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**  
par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nbre de médecins pour 100 000 h.	Rang*
Généralistes	141	18ème
Spécialistes	129	18ème
Ensemble	270	18ème

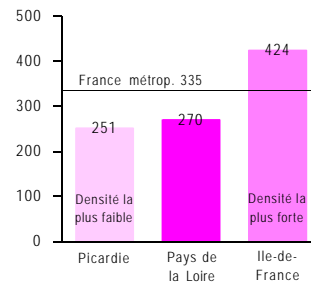
Source : DREES  
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

**2 EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/1991 - 01/01/2015)

	1991	2002	TCAM 1991/2002	Projections 2010	Projections 2015	Taux d'évol. 2002/2015
Loire-Atlantique	2 558	3 628	3,2%	nd	nd	nd
Maine-et-Loire	1 619	2 105	2,4%	nd	nd	nd
Mayenne	467	575	1,9%	nd	nd	nd
Sarthe	1 041	1 294	2,0%	nd	nd	nd
Vendée	970	1 267	2,5%	nd	nd	nd
<b>Pays de la Loire</b>	<b>6 655</b>	<b>8 869</b>	<b>2,6%</b>	<b>8 957</b>	<b>8 547</b>	<b>-3,8%</b>
France métrop.	152 096	198 699	2,5%	189 827	176 052	-10,3%

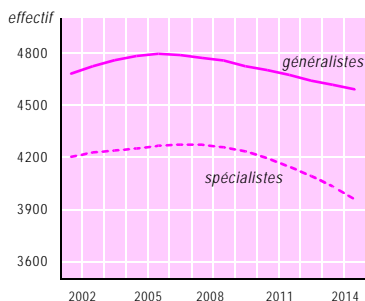
Source : DREES  
Pour les projections, calculs effectués sur la base d'un effectif de 4 700 médecins admis en PCEM2.

**6 NOMBRE DE MEDECINS pour 100 000 hab. (01/01/2002)**



Source : DREES

**3 PROJECTIONS DU NOMBRE DE MEDECINS**  
Pays de la Loire (01/01/2002 - 01/01/2015)



Source : DREES

**7 ENSEMBLE DES MEDECINS EXERCANT A TITRE LIBERAL**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Généralistes	60 949	3 109	1 146	728	233	464	538
densité*	103	95	99	98	80	86	98
Spécialistes	53 293	2 144	899	497	133	338	277
densité*	90	65	77	67	46	63	50
<b>Ensemble</b>	<b>114 242</b>	<b>5 253</b>	<b>2 045</b>	<b>1 225</b>	<b>366</b>	<b>802</b>	<b>815</b>
densité*	193	160	176	164	126	149	148
Effectif 1991	107 814	4 699	1 770	1 090	348	776	715
TCAM 2002/1991	0,5%	1,0%	1,3%	1,1%	0,5%	0,3%	1,2%

Source : CNAM  
\* nombre de médecins pour 100 000 habitants

**4 NUMERUS CLAUSUS DES ETUDES MEDICALES**  
Pays de la Loire, France métropolitaine

	Etudiants admis en PCEM2		Postes ouverts à l'internat	
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France
2000/2001	189	4 100	100	1 843
2001/2002	217	4 700	100	1 843
2002/2003	235	5 100	109	1 900
2003/2004	nd	5 100	116	2 002
2004/2005	nd	5 600	nd	nd

Source : DRASS

**DEFINITIONS**

**Médecins libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des médecins libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (tableau 1), et par l'assurance maladie (tableau 7).  
Sont considérés comme médecins libéraux dans le tableau 1, les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, en établissement de santé privé, ou en laboratoire, y compris les remplaçants, mais non compris les médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital (4 500 médecins).

En revanche, dans le tableau 7, les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital font partie des libéraux, mais pas les remplaçants.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**NGAP** : chaque acte est affecté d'une lettre-clé (variable selon le type d'acte) et d'un coefficient. A partir de 2004, la NGAP va être remplacée par la Classification commune des actes médicaux (CCAM), qui, à la différence de la NGAP permet de connaître la nature de l'acte.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Au 1er janvier 2002, la France compte 60 900 médecins omnipraticiens libéraux : 89 % exercent comme "généralistes", et 11 % ont un mode d'exercice particulier (MEP), homéopathie, acupuncture... Le nombre d'omnipraticiens a augmenté de 38 % depuis 1980, mais avec deux périodes de croissance bien distinctes. Entre 1980 et 1990, leur effectif a augmenté de 2,8 % chaque année, contre 0,4 % seulement par an entre 1991 et 2002. Les omnipraticiens libéraux représentent aujourd'hui moins du tiers du nombre total de médecins (31 %) contre 39 % en 1990. L'âge moyen des omnipraticiens est de 48 ans pour les hommes et 43,8 ans pour les femmes. La proportion de femmes exerçant la médecine générale est en augmentation, avec près du quart des effectifs (24,3 %) en 2002 contre 11,0 % en 1980.

Selon les projections réalisées par la DREES, le nombre d'omnipraticiens va diminuer en France à partir de 2005. En 2015, leur effectif sera inférieur de 11 % au niveau actuel.

Les zones les plus fortement médicalisées se situent dans le sud du pays et en Ile-de-France. Au 1er janvier 2002, les situations extrêmes sont celles de la région Centre (90 médecins pour 100 000 habitants) et du Languedoc-Roussillon (130). D'après la CNAM (1997), lorsque l'on calcule les densités médicales en pondérant l'effectif de la population en fonction de la structure par âge, les écarts de densité entre régions se réduisent. A titre d'exemple, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui avait en 1997 la plus forte densité d'omnipraticiens se trouve à un niveau nettement moins élevé après pondération de la population en fonction de l'âge (+ 19 % au lieu de + 28 %). Avec cette même méthode de calcul, la situation du Limousin s'inverse : en données brutes, la densité médicale est supérieure en Limousin de 15 % par rapport à la moyenne nationale, alors qu'après pondération, cette région se trouve à un niveau inférieur à la moyenne française (- 2,2 %).

Soixante quinze pour cent des actes effectués par les omnipraticiens sont des consultations, 21 % des visites et 4 % des actes techniques. Chaque praticien effectue en moyenne un peu plus de 5 000 actes dans l'année (2001). Le nombre de visites effectuées a diminué de 15 % depuis 1990, et des mesures récentes amplifient cette évolution. Chaque médecin exerçant la médecine générale "à part entière" (APE) voit en moyenne 1 500 patients différents au cours d'une année (2001).

D'après les résultats de l'enquête emploi (INSEE), le temps de travail déclaré des généralistes libéraux a augmenté en moyenne de 2 heures et 48 minutes entre 1992 et 2000 : la durée hebdomadaire de travail est stable autour de 50 heures pour les femmes (exerçant à temps plein), et atteint 58 heures pour leurs confrères masculins (soit trois heures de plus qu'en 1992).

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont définies par des conventions qui déter-

minent les tarifs des honoraires et les conditions de leur exercice (mise en oeuvre des "bonnes pratiques" etc...). Depuis 1998, les omnipraticiens bénéficient d'une convention spécifique, différente de celle des spécialistes, et pour laquelle de nombreux avenants ont été signés depuis cette date. En matière d'honoraires, 85 % des omnipraticiens dépendent du secteur I et 14 % du secteur II à honoraires libres.

En septembre 2003, de nouvelles dispositions ont été décidées en ce qui concerne l'organisation de la permanence des soins. La participation des médecins aux gardes de nuit et de week-end s'effectue dorénavant sur la base du volontariat, et sous l'autorité conjointe du Conseil de l'Ordre et du Préfet.

*Bibliographie page 178*

### Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 3 100 omnipraticiens libéraux dans les Pays de la Loire au 1er janvier 2002. Depuis le début des années 1990, leur effectif a progressé deux fois plus vite qu'au plan national.
- Malgré cette évolution, la région occupe le 16ème rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec une densité en omnipraticiens inférieure de 8 % par rapport à la moyenne nationale.
- En Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, et Vendée, la densité médicale est proche de la moyenne nationale. En revanche, en Mayenne et en Sarthe, elle est nettement plus faible, respectivement - 22 % et -16 %.
- Malgré l'augmentation générale des effectifs constatée dans la région, le nombre d'omnipraticiens libéraux installés en Mayenne et en Sarthe n'a pas augmenté depuis dix ans.
- La proportion de médecins en secteur à honoraires libres est plus faible dans la région qu'au plan national (10 % contre 14 %).
- Selon les projections effectuées par la DREES, l'effectif des généralistes libéraux devrait commencer à diminuer dans la région à partir de 2006. La baisse des effectifs d'ici 2015 serait de 8 % dans la région contre 11 % au plan national. Mais déjà, dans un certain nombre de communes rurales, des médecins ferment leur cabinet sans trouver de successeur, ce qui alourdit la charge de travail des autres praticiens du secteur concerné.
- Le nombre d'actes effectués en moyenne chaque année par les omnipraticiens de la région (5 400) est supérieur de 8 % à la moyenne nationale. Le nombre d'actes par praticien a augmenté de 8 % depuis 1990.

## Omnipraticiens libéraux 21.2

### 1 EFFECTIF DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Généralistes	54 432	2 784	1 003	643	216	422	500
MEP	6 517	325	143	85	17	42	38
<b>Total omniprat.</b>	<b>60 949</b>	<b>3 109</b>	<b>1 146</b>	<b>728</b>	<b>233</b>	<b>464</b>	<b>538</b>
<i>densité*</i>	103	95	99	98	80	86	98
Effectif 1991	58 159	2 835	1 014	642	230	461	488
<i>TCAM 1991-2002</i>	<i>0,43%</i>	<i>0,84%</i>	<i>1,12%</i>	<i>1,15%</i>	<i>0,12%</i>	<i>0,06%</i>	<i>0,89%</i>

Source : CNAMTS (SNIR)

\* nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants

### 2 PROJECTIONS DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

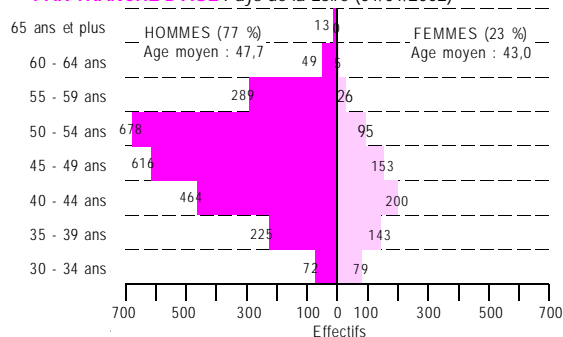
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002 - 01/01/2015)

Au 1er janvier	Pays de la Loire	France métropolitaine
2002	3 447	69 472
2003	3 471	69 622
2004	3 488	69 645
2005	3 495	69 567
2010	3 385	66 647
2015	3 161	61 675
Evolution 2002-2015	-8,3%	-11,2%

Source : DREES, calculs effectués sur la base d'un effectif de 4 700 médecins admis en PCEM2

### 3 REPARTITION DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX PAR TRANCHE D'ÂGE

Pays de la Loire (01/01/2002)



Source : CNAMTS (SNIR)

### 4 ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

(en milliers d'actes)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2001)

	France métrop. 2001	Pays de Loire		<i>TCAM PDL 1990-2001</i>
		1990	2001	
Consultations	229 699	9 852	13 618	3,0%
Visites	65 173	3 680	2 610	-3,1%
Actes techniques	10 872	713	647	-0,9%
<b>Total actes</b>	<b>305 744</b>	<b>14 244</b>	<b>16 875</b>	<b>1,6%</b>
Nb actes par praticien	5 016	5 024	5 428	0,7%

Source : SNIR - CNAMTS

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

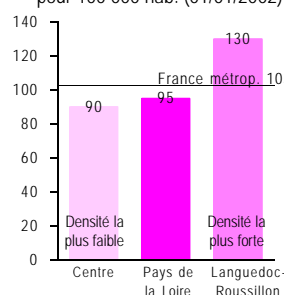
par ordre décroissant (01/01/2002)

Nbre d'omnipraticiens lib. pour 100 000 hab.	Rang*
Omnipraticiens libéraux	16ème

Source : CNAMTS (SNIR)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 6 NOMBRE D'OMNIPRATICIENS LIB. pour 100 000 hab. (01/01/2002)



Source : SNIR - CNAMTS

\* densité pour 100 000 hab.

### 7 POURCENTAGE D'OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX SELON LE MODE CONVENTIONNEL

Pays de la Loire (01/01/2002)

	Médecine générale	MEP	Total
Secteur 1	94,0	43,4	88,7
Secteur 2	5,5	50,5	10,2
Non conventionnés	0,5	6,2	1,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : CNAMTS (SNIR)

#### DEFINITIONS

**Omnipraticiens** : l'assurance maladie distingue les omnipraticiens qui pratiquent la médecine générale (généralistes) et ceux qui exercent des médecines spécifiques (MEP : mode d'exercice particulier).

**APE** : les médecins APE, actifs "à part entière", sont les médecins conventionnés ayant exercé pendant l'année entière et âgés de moins de 65 ans. Les médecins hospitaliers temps plein ayant un exercice libéral ne font pas partie des médecins APE.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**SNIR** : système national inter-régimes mis en place

pour mesurer l'activité des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par l'assurance maladie.

**Mode conventionnel** : secteur 1 (tarifs fixés par convention nationale), secteur 2 (conventionnés à honoraires libres) et non conventionnés.

**Effectifs médicaux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des omnipraticiens libéraux effectué par l'assurance maladie (tableau 1), et par le ministère chargé de la santé (tableau 2), qui tiennent aux définitions utilisées (voir page 111).

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Au 1er janvier 2002, la France compte 101 000 médecins spécialistes (+ 65 % par rapport à 1984). Les spécialistes représentent aujourd'hui un peu plus de la moitié des effectifs médicaux. Au cours de la dernière décennie, la croissance des effectifs s'est ralentie, même si le taux de progression annuel moyen est resté élevé entre 1991 et 2002 (+ 2,9 %). Actuellement, la tendance démographique s'inverse, et le nombre de spécialistes commence à diminuer. Selon les projections effectuées par la DREES, leur effectif devrait être inférieur de 14 % d'ici 2015, ce qui correspond à une baisse de la densité médicale de 18 %. Cette tendance générale est plus ou moins accentuée selon les spécialités. Les disciplines qui vont connaître la baisse d'effectifs la plus importante sont la psychiatrie (- 25 %), l'ophtalmologie (- 25 %), et l'otorhino-laryngologie (- 23 %). Cet inversion de tendance résulte de la réduction du *numerus clausus* des études médicales depuis 1971, mais également de la réforme intervenue dans l'accès aux spécialités. Jusqu'en 1984, les étudiants en médecine pouvaient obtenir la qualification de spécialiste par le biais de l'internat mais aussi en obtenant le CES (certificat d'études spéciales). Cette possibilité s'est éteinte progressivement et depuis 1991, le seul accès à une spécialité passe par l'internat. Chaque année, 2 000 postes sont ouverts à l'internat de spécialité. Etant donné la durée des études médicales des spécialistes (10 ou 11 ans selon les spécialités), l'augmentation récente du *numerus clausus* n'aura aucune influence sur le niveau des effectifs de spécialistes d'ici 2015.

La réforme des études médicales, qui entre en vigueur en juin 2004, prévoit d'organiser un concours classant unique pour l'ensemble des spécialités (contre deux actuellement en zone nord et zone sud), y compris la médecine générale. Les médecins généralistes devront comme les autres spécialistes effectuer un certain nombre de stages qualifiant dans les disciplines en lien avec leur futur exercice.

Le ralentissement démographique s'accompagne également d'un vieillissement du corps médical : 42 % des spécialistes sont âgés de 50 ans ou plus. La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes est passée de 25,0 % en 1985 à 37,0 % aujourd'hui.

Plus d'un spécialiste sur deux exerce une spécialité dite médicale (55 %), et un peu moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23 %). Les autres spécialités se répartissent entre la psychiatrie (13 %), la santé publique (6 %) et la biologie médicale (3 %). La spécialité qui a l'effectif le plus important est celle des psychiatres (13 000 praticiens en 2002), devant les anesthésistes (10 000) et les chirurgiens (10 000, toutes spécialités confondues). Viennent ensuite les radiologues (7 900), les pédiatres (6 200), les cardiologues (5 600), les ophtalmologistes (5 200), et les gynécologues-obstétriciens (5 100).

La répartition géographique des spécialistes est beaucoup plus contrastée que celle des omnipraticiens. Les zones les plus fortement médicalisées se situent au sud de la France métropolitaine et à Paris. En Picardie, la densité médicale

est inférieure de moitié à celle de l'Île-de-France.

La moitié des spécialistes ont une activité libérale, et 40 % exercent comme salarié en milieu hospitalier. La proportion de médecins d'exercice libéral est en recul (50,7 % en 2002 contre 54,5 % en 1990). L'exercice libéral varie fortement selon les spécialités : 86 % en ophtalmologie, 66 % en gynécologie-obstétrique, 46 % en pédiatrie, contre seulement 32 % en anesthésie-réanimation.

L'effectif des spécialistes libéraux (53 300 en 2002) est pratiquement stable depuis 1995, alors qu'il avait progressé de 1,3 % par an entre 1990 et 1995, et la baisse des effectifs s'amorce. Depuis 1997, aucune convention n'a été signée entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels, le montant des honoraires étant défini par un règlement conventionnel minimal arrêté par le ministre de la santé. Soixante deux pour cent des spécialistes dépendent du secteur 1 et 37 % du secteur 2, l'accès au secteur à honoraires libres étant limité aux chefs de clinique nouvellement installés. A partir de 2004, la nomenclature des actes professionnels (NGAP), devenue obsolète, va être remplacée par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

*Bibliographie page 178*

### Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 4 200 spécialistes dans les Pays de la Loire au 1er janvier 2002, ce qui représente 47,8 % des effectifs médicaux. Depuis le début des années 1990, leur effectif a progressé de 3,2 % par an dans la région contre 2,9 % au plan national.
- Selon les projections effectuées par la DREES, l'effectif des spécialistes devrait rester stable dans la région jusqu'en 2007, pour diminuer ensuite. L'effectif en 2015 (3 900 spécialistes) serait inférieur de 6 % à son niveau actuel contre 14 % pour la France. Avec les hypothèses actuelles, la densité de spécialistes atteindra dans la région 111 médecins pour 100 000 habitants contre 129 actuellement.
- La région occupe le 18ème rang des régions françaises pour la densité par habitant (par ordre décroissant), avec 129 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, taux inférieur de 24 % par rapport à la moyenne nationale.
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire sont les départements qui ont les plus fortes densités (avec respectivement 163 et 141 praticiens pour 100 000 habitants). La Mayenne a une densité par habitant inférieure de moitié à celle de la Loire-Atlantique.
- Parmi les praticiens libéraux, la proportion de médecins en secteur à honoraires libres est de 21 % dans la région contre 37 % au plan national.

## Médecins spécialistes 21.3

### 1 NOMBRE DE SPECIALISTES SELON LE TYPE DE SPECIALITE

Pays de la Loire (01/01/2002)

	Pays de la Loire	% spé. libéraux	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>Spécialités médicales, dont</b>	<b>2 207</b>	<b>50</b>	<b>981</b>	<b>553</b>	<b>114</b>	<b>292</b>	<b>267</b>
Anesthésie-réanimation	455	36	221	110	19	54	51
Cardiologie	202	65	88	44	9	33	28
Dermatologie-vénérologie	142	89	64	37	7	18	16
Maladies de l'ap. digestif	139	58	56	34	10	21	18
Pédiatrie	209	42	92	56	11	30	20
Radiologie	287	68	119	65	22	38	43
<b>Spécialités chirurgicales, dont</b>	<b>1 025</b>	<b>64</b>	<b>438</b>	<b>226</b>	<b>58</b>	<b>175</b>	<b>128</b>
Chirurgie générale	206	38	90	48	12	32	24
Gynécologie-obstétrique	180	68	73	38	13	32	24
Ophthalmologie	234	88	106	48	16	36	28
ORL	111	73	46	26	7	19	13
Psychiatrie	543	45	255	132	25	72	59
Biologie médicale	125	21	56	38	6	12	13
Santé publique, méd. travail	343	0	157	97	20	26	43
<b>Total</b>	<b>4 243</b>	<b>48</b>	<b>1 887</b>	<b>1 046</b>	<b>223</b>	<b>577</b>	<b>510</b>
Densité pour 100 000 hab.	129	///	163	141	77	108	93

Source : DRASS (STATISS)

### 2 NOMBRE DE SPECIALISTES LIBERAUX SELON LA SPECIALITE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	Effectif		Densité*	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Anesthésie-réanimation	161	3 296	4,9	5,6
Cardiologie	143	3 981	4,4	6,7
Dermatologie-vénérologie	122	3 277	3,7	5,5
Maladies de l'ap. digestif	85	2 098	2,6	3,5
Pédiatrie	89	2 874	2,7	4,8
Radiologie	220	5 234	6,7	8,8
Chirurgie générale	117	3 013	3,6	5,1
Chirurgie orthopédique	83	1 578	2,5	2,7
Gynécologie-obstétrique	215	4 890	6,5	8,2
Ophthalmologie	201	4 561	6,1	7,7
ORL	84	2 332	2,6	3,9
Psychiatrie	258	5 993	7,9	10,1
Autres	366	10 166	///	///
<b>Total</b>	<b>2 144</b>	<b>53 293</b>	<b>65,3</b>	<b>89,8</b>

Source : CNAMTS (SNIR)

\* nombre de spécialistes pour 100 000 habitants

#### DEFINITIONS

**Densité** : nombre de spécialistes pour 100 000 habitants.

**APE** : les médecins APE, actifs "à part entière", sont les médecins ayant exercé pendant l'année entière, âgés de moins de 65 ans, conventionnés, et qui n'exercent pas à l'hôpital à temps plein.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**SNIR** : système national inter-régimes mis en place pour mesurer l'activité des professions de santé ayant donné lieu à remboursements par l'assurance maladie.

**Mode conventionnel** : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et non conventionnés.

**NGAP** : dans la nomenclature des actes professionnels, chaque acte est affecté d'une lettre-clé (Cs pour une consultation de spé-

cialiste, K pour un acte chirurgical, Z pour la radiologie...) et d'un coefficient indiquant la "lourdeur" de l'acte.

**Médecins libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des médecins libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (tableaux 1 et 5), et par l'assurance maladie (tableau 2). Sont considérés comme spécialistes libéraux dans les tableaux 1 et 5, les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, en établissement de santé privé, ou en laboratoire, y compris les remplaçants, mais pas les médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital. En revanche, dans le tableau 2, les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital sont considérés comme libéraux, mais pas les remplaçants.

### 3 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

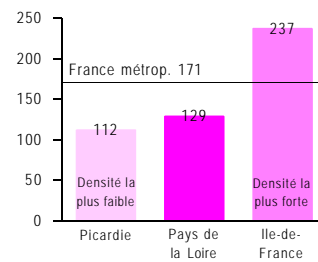
par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nbre de spécialistes pour 100 000 hab.	Rang*
Spécialistes	129	18ème

Source : DREES

\*position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 4 NOMBRE DE SPECIALISTES pour 100 000 hab. (01/01/2002)



Source : DREES

### 5 PROJECTION DU NOMBRE DE SPECIALISTES

France métropolitaine, Pays de la Loire (01/01/2002 - 01/01/2015)

	01/01 2002	Evolution 2002-2015
<b>Spécialités médicales, dont</b>	<b>54 650</b>	<b>-13,1%</b>
Anesthésie-réanimation	9 926	-14,6%
Cardiologie	5 622	-13,6%
Dermatologie-vénérologie	3 884	-15,2%
Maladies de l'ap. digestif	3 223	-4,6%
Pédiatrie	6 195	-9,7%
Radiologie	7 870	-19,2%
<b>Spécialités chirurgicales, dont</b>	<b>23 104</b>	<b>-15,6%</b>
Chirurgie générale et autres	9 897	-13,9%
Gynécologie-obstétrique	5 101	-4,7%
Ophthalmologie	5 229	-25,3%
ORL	2 877	-23,2%
<b>Psychiatrie</b>	<b>12 849</b>	<b>-24,2%</b>
<b>Biologie médicale</b>	<b>2 944</b>	<b>-4,4%</b>
<b>Santé publique, méd. travail</b>	<b>5 724</b>	<b>-3,9%</b>
<b>Total France métropolitaine</b>	<b>99 435</b>	<b>-14,5%</b>
<b>Pays de la Loire</b>	<b>4 201</b>	<b>-100,0%</b>

Source : DREES

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Un peu plus de 40 000 chirurgiens-dentistes exercent leur activité en France métropolitaine au 1er janvier 2002 (DREES) et 700 dans les départements d'outre-mer, ce qui représente une moyenne de 68 praticiens pour 100 000 habitants. Les pays européens où la densité de chirurgiens-dentistes est la plus élevée sont la Suède (152 praticiens pour 100 000 habitants) et la Norvège (125). On dénombre en revanche seulement 40 praticiens pour 100 000 habitants au Royaume-Uni et 44 en Espagne. A l'intérieur du territoire français, on retrouve les oppositions habituelles entre les régions de forte densité, l'Île-de-France, le sud du pays mais aussi l'Alsace d'un côté, et la Normandie et les régions du nord de l'autre. On dénombre seulement 41 praticiens pour 100 000 habitants en Haute-Normandie contre 93 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les chirurgiens-dentistes sont formés au bout de six ans d'études, après une première année commune avec les médecins (PCEM1). Le nombre d'étudiants admis en deuxième année est progressivement réévalué et atteindra 930 en 2004.

Le nombre de chirurgiens-dentistes a progressé de 62 % depuis 1975, avec un rythme de croissance beaucoup moins fort que celui des médecins (dont l'effectif a été multiplié par 2,5 pendant la même période). L'âge moyen des praticiens en activité recule, et 37 % des chirurgiens-dentistes sont âgés de 50 ans ou plus. Le mouvement de féminisation touche également cette profession, les femmes représentant aujourd'hui le tiers des effectifs. Par ailleurs, la très grande majorité ont un exercice libéral (93 %), les autres praticiens exerçant comme salariés dans les centres mutualistes, les établissements de santé ou les caisses d'assurance maladie.

L'effectif de chirurgiens-dentistes libéraux (37 900), pratiquement stable depuis le début des années 1990, a amorcé une baisse en 2001. Parmi les praticiens ayant un exercice libéral, 95,4 % sont des omnipraticiens, les autres exerçant l'orthopédie dento-faciale (ODF). On dénombre 1 600 spécialistes en ODF au 1er janvier 2002, chiffre en progression de 2,8 % par an depuis 1995.

Chaque chirurgien-dentiste libéral voit en moyenne 661 patients différents au cours d'une année, la file active étant moins importante dans les départements où la densité par habitant est la plus élevée. Dans la Somme, un chirurgien-dentiste a une file active moyenne de 1 000 patients contre moins de 400 à Paris. La file active moyenne d'un dentiste varie en fonction de la densité de professionnels par habitant mais d'autres facteurs interviennent comme l'état de santé bucco-dentaire ou le niveau de revenus des patients.

Les actes des dentistes libéraux se répartissent principalement entre les soins conservateurs (traitements des caries par exemple), les prothèses, et les actes de radiologie. Les prothèses dentaires représentent 60 % du total des honoraires des omnipraticiens, mais seulement 36 % de leur activité (mesurée en coefficients de lettre-clé). A l'inverse, les soins conservateurs représentent 28 % des honoraires

mais 48 % de l'activité en lettre-clé. Les soins conservateurs sont remboursés à 70 % par l'assurance maladie, comme les autres soins courants. En ce qui concerne les prothèses, les praticiens ont la liberté de pratiquer des dépassements par rapport au tarif de l'assurance maladie sur la base d'un devis remis au patient (entente directe). La situation actuelle en matière de remboursement ne semble satisfaisante ni pour les assurés sociaux (à cause des faibles remboursements de l'assurance maladie), ni pour les professionnels (à cause de la revalorisation insuffisante des actes de soins). De manière générale, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est considérée aujourd'hui comme obsolète, et les professionnels sont dans l'attente de la mise en place du volet odontologie de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), qui doit être mise en place en 2004 pour les médecins.

Selon l'estimation effectuée par le CREDES, les affections de la bouche et des dents représentent 6,3 % des dépenses de santé, au troisième rang de la consommation de soins et de biens médicaux, analysée par groupe de pathologies.

*Bibliographie page 178*

### Dans les Pays de la Loire!

- On dénombre 1 860 chirurgiens-dentistes dans les Pays de la Loire en 2002, dont 94 % exercent à titre libéral, pourcentage équivalent à la moyenne française. Soixante dix-huit praticiens ont la qualification de spécialistes en Orthopédie dento-faciale (ODF) dans les Pays de la Loire.
- Au cours des dix dernières années, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux est resté stable en Mayenne et en Sarthe. Au plan régional, on constate également une stabilisation des effectifs. Entre le 1er janvier 2001 et le 1er janvier 2002, l'effectif total de praticiens a diminué de 0,6 %.
- La région occupe le 12ème rang des régions françaises pour la densité par habitant (par ordre décroissant), avec 57 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, taux inférieur de 16 % à la moyenne nationale.
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le département qui a la plus forte densité (68 praticiens pour 100 000 habitants), au même niveau que la moyenne nationale. En revanche, en Mayenne et en Sarthe la densité est nettement inférieure à la moyenne française, respectivement - 35 % et - 31 %.
- La file active moyenne (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) d'un chirurgien-dentiste libéral est de 938 patients en Mayenne, contre seulement 741 en Loire-Atlantique, écarts traduisant les disparités de densité entre départements (en 2000).

## Chirurgiens-dentistes 21.4

### 1 LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Chirurgiens-dentistes	40 481	1 856	791	392	127	251	295
% libéraux	93	94	92	97	91	93	96
Densité*	68	57	68	53	44	47	54

Source : DREES

\* nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

	nbre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 hab.	Rang*
Chirurgiens-dentistes	57	12ème

Source : DREES - Répertoire ADEL

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

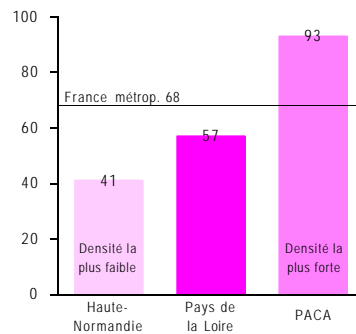
### 2 EVOLUTION DU NOMBRE DE CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	1991	2002	dont ODF	% femmes	% plus de 50 ans	TCAM 1991/2002
Loire-Atlantique	658	723	33	36	32	0,9%
Maine-et-Loire	353	374	17	31	35	0,5%
Mayenne	117	116	7	26	38	-0,1%
Sarthe	238	234	10	28	33	-0,2%
Vendée	262	286	11	26	36	0,8%
<b>Pays de la Loire</b>	<b>1 628</b>	<b>1 733</b>	<b>78</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>0,6%</b>
France métrop.	36 009	36 691	1 632	31	36	0,2%

Source : CNAMTS (SNIR)

### 5 NOMBRE DE CHIRURGIENS-DENTISTES pour 100 000 habitants (01/01/2002)



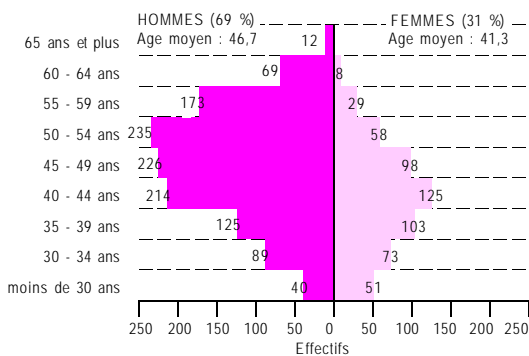
Source : DREES

### 6 ACTIVITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX, Pays de la Loire (2001)

	Nbre actes	Coef.
CS+VS Consultations + visites	581 155	///
D+DC Chir. dentaire, soins d'extraction	277 934	2 919 531
SC Soins conservateurs	2 888 757	35 480 379
SPR Prothèses	554 311	25 728 012
TO ODF	120 967	9 677 371
Z Radios	1 183 084	7 125 199

Source : CNAMTS (SNIR)

### 3 PYRAMIDE DES AGES DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX Pays de la Loire (01/01/2002)



Source : CNAMTS (SNIR)

#### DEFINITIONS

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**Nomenclature des actes professionnels (NGAP)** : parmi les actes de soins des chirurgiens-dentistes, on distingue les consultations et visites (lettre-clé CS et VS), les soins d'extraction (D et Dc), les soins conservateurs (SC), les prothèses (SPR), les actes d'orthodontie dentofaciale (TO) et les actes de radiologie. Chaque acte est affecté d'une lettre-clé et d'un coefficient, destiné à mesurer la lourdeur de l'acte.

**SNIR** : système national inter-régimes mis en place pour mesurer l'activité des professions de santé ayant donné lieu à remboursements par l'assurance maladie.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

En France, les pharmaciens ont le monopole de la préparation et de la distribution des médicaments. On dénombre 62 000 pharmaciens en activité au 1er janvier 2001 (DREES), leur effectif ayant progressé de 22 % en dix ans. La grande majorité des professionnels exercent en officine (80 %), sachant que près de la moitié (46 %) du nombre total de pharmaciens sont titulaires de leur officine. L'effectif de pharmaciens ayant une spécialisation en biologie est de 7 800, et 4 200 professionnels gèrent les pharmacies hospitalières. Enfin, près de 3 200 pharmaciens exercent leur activité dans l'industrie pharmaceutique (Conseil national de l'ordre des pharmaciens).

Le cursus universitaire menant au Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie comprend trois cycles pour une durée d'études d'au minimum 6 ans. Le troisième cycle est d'une durée variable en fonction de la spécialisation choisie, officine, industrie, internat ou recherche. Le *numerus clausus* d'accès à la deuxième année du premier cycle atteindra 2 600 en 2004.

La féminisation, qui est particulièrement marquée parmi les nouveaux diplômés, est plus accentuée pour cette profession (63 %), que pour les médecins (36 %). Les problèmes de démographie toucheront dans la prochaine décennie les pharmaciens, comme les autres professions de santé, puisque 31 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus.

La densité de pharmaciens est variable selon les régions, le Limousin ayant la plus forte densité en France, supérieure de 26 % à la moyenne nationale. Mais la consommation de médicaments est fortement liée à l'âge : dans cette région, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 11,8 % de la population contre 7,7 % en moyenne en France.

Selon l'Ordre national des pharmaciens, 22 700 officines pharmaceutiques sont installées sur le territoire, soit en moyenne une officine pour 2 575 habitants. L'activité de distribution du médicament est très encadrée, la décision de création ou de transfert d'une officine relevant du Préfet. Dans les communes de plus de 30 000 habitants, une création ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3 000. Dans les communes moins peuplées, ce seuil est abaissé à 2 500 habitants.

Les officines françaises emploient près de 106 000 personnes (dont 33 000 préparateurs brevetés) soit en moyenne cinq emplois par officine, pour un chiffre d'affaires global de 26 milliards d'euros (2000). L'activité des officines ne se limite pas à la vente du médicament : 80 % de leur chiffre d'affaires correspond aux médicaments remboursables par l'assurance maladie, 6 % aux médicaments non remboursables, et 14 % aux autres produits vendus en pharmacie (parfois appelés "parapharmacie"). Différentes mesures ont été prises par les pouvoirs publics afin d'encourager la diffusion des médicaments génériques dont l'utilisation était encore peu répandue il y a quelques années dans notre

pays. La marge de commercialisation des médicaments en officine est maintenant dégressive en fonction du prix et les pharmaciens d'officine ont un "droit de substitution". Ils sont dorénavant autorisés à délivrer des médicaments génériques, en remplacement de ceux prescrits par le médecin traitant, à condition que ce dernier ne s'y soit pas opposé explicitement lors de la rédaction de son ordonnance.

De nombreux pharmaciens titulaires du Diplôme d'études spécialisée (DES) de biologie médicale dirigent ou exercent également dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale. Un peu plus de 4 000 établissements privés sont installés en France, mais leur nombre baisse régulièrement depuis 1996, illustrant le mouvement de concentration que connaissent ces activités. Ces laboratoires sont exploités par des pharmaciens (7 800), mais aussi par des médecins biologistes. Environ 3 000 médecins exercent la biologie médicale (en laboratoire privé ou à l'hôpital). Selon les chiffres de l'assurance maladie, un laboratoire d'analyses médicales privé dessert en moyenne une population de 14 400 habitants, et reçoit 8 000 patients différents au cours d'une année. La masse des honoraires perçus en 2001 par les laboratoires privés s'élève à 3 milliards d'euros. Les ressources des laboratoires privés dépendent de la nomenclature des actes médicaux (NGAP) et des conventions signées entre les autorités sanitaires et les représentants de la profession. Comme pour les autres spécialités, la NGAP va être remplacée en 2004 par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

*Bibliographie page 179*

### Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 2 900 pharmaciens dans les Pays de la Loire, dont la moitié sont titulaires d'officine. Leur effectif a progressé de 30 % depuis dix ans.
- Malgré cette forte augmentation, la densité de pharmaciens dans les Pays de la Loire est inférieure de 15 % à la moyenne nationale, et la région se trouve au 21ème rang des régions françaises pour cet indicateur.
- Les 1 200 officines de la région desservent chacune en moyenne une population de 2 640 personnes. Les variations de densité entre départements sont relativement faibles, dans la mesure où les créations d'officines sont encadrées par des règles démographiques strictes.
- On dénombre 170 laboratoires d'analyses médicales privés dans la région, chaque laboratoire desservant en moyenne une population de 19 000 habitants (14 700 en moyenne en France). Selon les chiffres de l'assurance maladie, un laboratoire accueille en moyenne chaque année 11 000 clients différents (contre 8 500 au plan national).



## Pharmaciens et biologistes 21.5

### 1 LES PHARMACIENS

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Pharmaciens	62 054	2 930	1 073	669	276	441	471
dont titulaires d'officine	28 697	1 474	539	313	136	224	262
% titulaires d'officine	46,2	50,3	50,2	46,8	49,3	50,8	55,6
densité*	105	89	93	90	96	82	86

Source : DREES

\* densité pour 100 000 habitants

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nbre de pharmaciens pour 100 000 h.	Rang*
Pharmaciens	89	21ème

Source : DREES

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 2 NOMBRE DE PHARMACIES D'OFFICINE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2003)

	Officines pharmaceutiques	Nombre d'habitants par officine
Loire-Atlantique	446	2 592
Maine-et-Loire	268	2 764
Mayenne	104	2 772
Sarthe	195	2 743
Vendée	224	2 443
<b>Pays de la Loire</b>	<b>1 237</b>	<b>2 641</b>
France métrop.*	22 700	2 601

Source : Conseil national de l'ordre, Inspection régionale de la pharmacie

\* données au 01/01/2002

### 3 NOMBRE DE LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES PRIVES

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

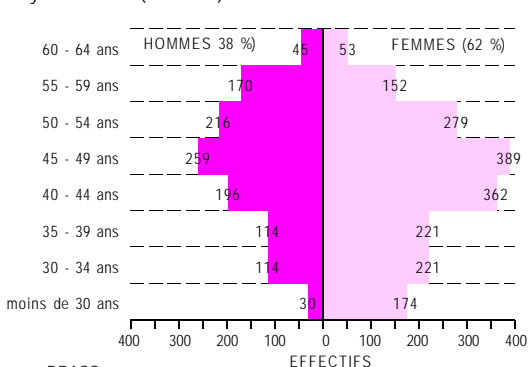
	Nombre de laboratoires	Nombre d'hab. par laboratoire	Clientèle des laboratoires 2000
Loire-Atlantique	69	16 757	9 566
Maine-et-Loire	48	15 434	7 961
Mayenne	7	41 183	12 754
Sarthe	21	25 467	12 742
Vendée	25	21 892	10 446
<b>Pays de la Loire</b>	<b>170</b>	<b>19 220</b>	<b>11 337</b>
France métrop.	4 012	14 715	8 500

Source : DRASS, CNAM (SNIR)

Ce tableau dénombre les laboratoires d'analyses de biologie médicale privés, mais également les laboratoires d'anatomo-pathologie et les laboratoires polyvalents.

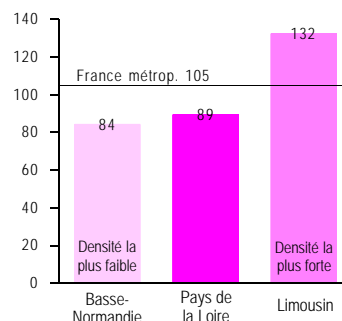
### 4 PYRAMIDE DES AGES DES PHARMACIENS

Pays de la Loire (mai 2003)



Source : DRASS

### 6 NOMBRE DE PHARMACIENS pour 100 000 habitants (01/01/2002)



Source : DREES

#### DEFINITION

**Conseil national de l'ordre des pharmaciens** : le conseil de l'ordre des pharmaciens est divisé en six sections : section A (titulaires d'officine), B (laboratoires pharmaceutiques), C (grossistes-répartiteurs), D (pharmaciens salariés exerçant aussi bien dans une officine comme assistant, que dans un établissement de santé.), E (territoire d'outre-mer), G (pharmaciens biologistes).

D'après le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, la section A comprend 27 700 titulaires d'officine, la section B, 687, la section C, 168, la section D, 30 400, la section E, 1 200, et la section G, 7 800 (1er janvier 2003).

La proportion de femmes est de 79 % parmi les salariés contre 34 % seulement pour les grossistes-répartiteurs.

**Effectifs de pharmaciens** : des différences apparaissent entre le dénombrement des pharmaciens effectué par le ministère chargé de la santé (tableau 1), et par le Conseil national de l'ordre qui tiennent aux méthodes de recensement utilisées.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Après une période de relative stabilité durant les années 1970, l'effectif des sages-femmes a progressé rapidement depuis le début des années 1990 : leur effectif est passé de 10 900 à 15 100 entre 1991 et 2002 (France métropolitaine), soit une augmentation de près de 38 %. Parallèlement, le nombre de naissances enregistrées en 2001 (771 000) est proche de son niveau de 1990 (762 000 naissances). Avec la croissance récente des effectifs, la profession s'est rajeunie, et seulement 21 % des sages-femmes sont âgées de 50 ans ou plus. Contrairement aux autres professions médicales, la progression du nombre de sages-femmes devrait se poursuivre à moyen terme.

Les sages-femmes sont formées au bout de quatre ans d'études, mais l'entrée dans les écoles s'effectue après une première année commune aux études médicales (PCEM1). Le quota d'entrée dans les écoles est progressivement réévalué, de 732 en 1999 à 975 en 2004. Les sages-femmes "possèdent un statut de personnel médical à compétences définies et encadrées" (rapport Berland). Le code de la santé publique indique qu'elles ont en charge "la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant". Les sages-femmes sont formées pour assurer le suivi de la grossesse et l'accouchement normal, mais sont de plus en plus souvent également impliquées dans la surveillance des grossesses pathologiques. Leurs différents champs d'intervention (avant, pendant et après l'accouchement) sont partagés avec de nombreux autres professionnels de santé, médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes. Mais la répartition des tâches entre ces professionnels est variable selon les territoires (à cause notamment des disparités de densité de professionnels), mais également entre établissements de santé publics et privés (pour la pratique des accouchements). La gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la médecine générale vont voir leurs effectifs diminuer dans les années à venir. Pour faire face à cette situation, deux rapports parus à l'automne 2003 envisagent différents aménagements de la situation actuelle, notamment "par une collaboration entre gynécologues-obstétriciens et (les) sages-femmes qui prendra en compte la juste compétence des différents acteurs" (rapport Berland).

Le nombre d'hommes dans la profession reste marginal (0,7 % des effectifs), mais ils représentent 2 % des étudiants. On observe, comme pour les autres professions de santé, des écarts très importants de densité par habitant. Les situations extrêmes sont celles de la région Picardie (67 sages-femmes pour 100 000 habitants) qui a une densité par habitant inférieure de moitié à celle de la Lorraine (133 pour 100 000). L'hôpital est leur principal employeur : un peu plus de la moitié des sages-femmes (53 %) exer-

cent dans un établissement public de santé, une sur quatre dans une clinique, et 14 % à titre libéral.

L'effectif des sages-femmes libérales a augmenté de 3,8 % chaque année depuis 1991 (1 700 professionnelles en 2002), après avoir diminué de plus de 4 % par an entre 1980 et 1990. Leur implantation est très inégalement répartie, avec une densité qui varie de 0 à 73 sages-femmes par million d'habitants selon les départements. Selon les chiffres de l'assurance maladie, chaque professionnelle voit en moyenne au cours d'une année 266 patientes différentes. Leur activité est principalement tournée vers la préparation de l'accouchement, et cette activité se développe d'autant plus que les établissements de santé ne sont plus en mesure d'assurer ce service. Les sages-femmes libérales pratiquent peu d'accouchements (1 500 en 2001), car elles ont rarement accès au plateau technique des établissements de santé privés.

Le rôle des sages-femmes libérales se développe en revanche vers de nouvelles activités, et en particulier dans le suivi des grossesses pathologiques à domicile, et les retours précoces à domicile après l'accouchement, en liaison avec les services hospitaliers, comme en témoigne la forte progression des actes depuis 1996.

Bibliographie page 179

### Dans les Pays de la Loire!

- On dénombre 700 sages-femmes dans les Pays de la Loire. La région occupe le 19<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec un taux inférieur de 14 % par rapport à la moyenne nationale.
- A l'intérieur de la région, la Vendée et le Maine-et-Loire sont les départements qui ont les plus fortes densités, proches de la moyenne nationale. En revanche en Sarthe, la densité de sages-femmes est inférieure de 29 % par rapport à la moyenne française.
- Les établissements de santé sont leur principal employeur : 55 % exercent dans les établissements publics, et 22 % dans les établissements privés. Le temps partiel représente 39 % des emplois dans les établissements publics et 56 % dans les cliniques privées.
- Depuis le début des années 1990, l'effectif des sages-femmes a progressé plus rapidement en secteur libéral, + 4,3 % par an, que dans les établissements de santé.
- L'évolution de l'activité des sages-femmes est importante, dans la région comme en France : le nombre d'actes de soins a progressé de 21 % par an entre 1996 et 2001 (17 % au plan national). Même tendance également pour les visites (+ 19 % par an), mais leur nombre reste peu important.

## Sages-femmes 21.6

### 1 LES SAGES-FEMMES

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Sages-femmes	15 122	703	258	175	56	94	120
% libéraux	14,1	20,5	23,3	21,1	8,9	13,8	24,2
Densité*	104	89	89	95	85	74	97

Source : DREES

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

### 2 EVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pays de la Loire (1990 - 2001)

	1990	2001	dont % temps partiel	ETP 2001	TCAM 1990-2001
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>					
Nombre de sages-femmes	279	384	39	337	2,9%
Nombre d'accouchements	22 114	25 636	///	///	1,4%
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>					
Nombre de sages-femmes	123	156	56	126	2,2%
Nombre d'accouchements	17 859	17 280	///	///	-0,3%
Nombre de naissances enregistrées	40 051	43 516	///	///	0,8%

Sources : CNAMTS (SNIR), DRASS (Enquêtes H80, EHP, SAE - STATISS), DREES

### 3 LES SAGES-FEMMES EXERCANT A TITRE LIBERAL

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2002	1 726	126	51	35	5	13	22
densité*	12	16	18	19	8	10	18
1991	1 147	79	34	18	2	15	10
TCAM 1991-2002	3,8%	4,3%	3,8%	6,2%	8,7%	-1,3%	7,4%

Source : CNAMTS (SNIR)

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

### 4 EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES SAGES-FEMMES EXERCANT A TITRE LIBERAL

Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2001)

	1996	2001	TCAM 1996-2001	France métrop. TCAM 1996-2001
Consultations	75 187	105 915	7,1%	7,1%
Visites	264	620	18,6%	20,8%
Forfaits d'accouchements	97	97	0,0%	-4,7%
SF, en coef.	287 697	745 893	21,0%	16,7%
SFI, en coef.	121 274	47 351	-17,1%	-2,6%

Source : CNAMTS (SNIR)

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

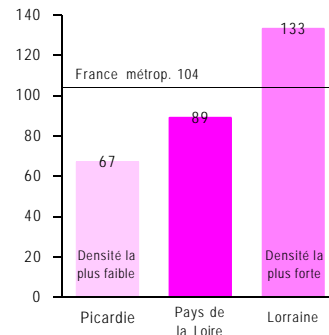
	Nbre de sages-femmes pour 100 000 h.**	Rang*
Sages-femmes	89	19ème

Source : DREES

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

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

### 6 NOMBRE DE SAGES-FEMMES pour 100 000 hab.\* (01/01/2002)



Source : DREES

\* densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

#### DEFINITIONS

**Densité** : nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**Nomenclature des actes professionnels (NGAP)**

SF : soins autres que soins infirmiers

SFI : soins infirmiers de sages-femmes

FA : forfaits d'accouchement.

**Effectifs** : des différences apparaissent entre le dénombrement des sages-femmes libérales effectué par le ministère chargé de la santé (tableau 1), et par l'assurance maladie (tableau 3) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées.

**SNIR** : système national inter-régimes mis en place pour mesurer l'activité des professions de santé ayant donné lieu à remboursements par l'assurance maladie.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

L'activité de rééducation-réadaptation repose sur des savoir-faire très diversifiés et mobilise aussi bien les professionnels du soin, que les activités liées à la compensation du handicap et à l'appareillage (en fonction du type d'incapacité), ou les professions sociales (réinsertion). On dénombre en France 1 900 médecins de médecine physique et de rééducation, mais de nombreux auxiliaires médicaux sont également concernés par cette activité. La France métropolitaine compte ainsi (au 1er janvier 2002) 55 300 masseurs-kinésithérapeutes, 14 300 orthophonistes, et 2 300 orthoptistes, trois professions paramédicales exerçant leur activité sur prescription médicale. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a progressé de 2,8 % par an depuis 1990. Environ 1 500 nouveaux kinésithérapeutes sont formés chaque année dans les 35 écoles françaises : mais à cet effectif s'ajoute également un nombre important de diplômés d'écoles européennes (1 200 en 2003), dont une majorité de français. Le rythme de croissance annuel des effectifs des orthophonistes et des orthoptistes est sensiblement plus élevé que celui des kinésithérapeutes, respectivement + 3,9 % et + 3,2 %.

Le taux de féminisation est variable selon les professions. Orthophonistes et orthoptistes sont essentiellement des femmes, respectivement 95 % et 93 % des effectifs. En revanche, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont des hommes, mais la féminisation touche également cette profession (43 % de femmes en exercice).

On observe comme pour les autres professions de santé des écarts très importants de densité par habitant selon les zones géographiques. L'île-de-France et les départements du sud ont les plus fortes densités : en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, les situations extrêmes sont celles de la région Champagne-Ardenne (56 praticiens pour 100 000 h) et de Provence-Alpes-Côte d'Azur (140).

Pour ces trois métiers, l'exercice libéral est nettement majoritaire : 80 % pour les orthophonistes, 78 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et 77 % pour les orthoptistes. De nombreux professionnels ont cependant une activité mixte, et exercent aussi bien en cabinet libéral que dans des établissements de santé ou des structures médico-sociales.

Les effectifs d'orthophonistes (10 500) et d'orthoptistes libéraux (1 400) ont progressé de plus de 3 % par an depuis 1995, la progression étant plus faible pour les masseurs-kinésithérapeutes (39 500 professionnels). Selon les estimations de l'assurance maladie, chaque kinésithérapeute voit en moyenne chaque année 246 patients différents, un orthophoniste 95 personnes, et un orthoptiste 374. Ces écarts traduisent notamment les écarts dans la durée de prise en charge des patients. Les disparités sont évidemment très fortes entre départements, notamment à cause des variations de densité de professionnels par habitant : ainsi, la file active moyenne d'un masseur-kinésithérapeute libéral est de 416 patients par an en Sarthe contre seulement 154 en Haute-Corse. La nomenclature des actes professionnels en secteur libéral (NGAP) a été modifiée fin

2000 pour les kinésithérapeutes, afin de distinguer l'activité de rééducation des affections orthopédiques ou rhumatologiques (lettre-clé AMS) des autres actes (kinésithérapie respiratoire...) réalisés en ambulatoire (AMK), ou dans un établissement (AMC).

L'orthophoniste prend en charge les traitements des déficiences et des troubles de la communication à caractère pathologique. Ces professionnels sont amenés à intervenir aussi bien auprès de jeunes enfants pour prendre en charge les troubles de l'expression que les adultes amenés à consulter en cas de traumatisme, d'accident cérébral ou suite à une intervention chirurgicale.

Des modifications sont intervenues en 2002 dans la nomenclature des orthoptistes, professionnels de santé qui participent au dépistage, à la rééducation et à la réadaptation des troubles de la vision. Les orthoptistes ont maintenant la possibilité d'effectuer sur prescription médicale, et dans le cadre d'indications précises, la "détermination subjective et objective de l'acuité visuelle", c'est-à-dire l'examen de réfraction oculaire qui permet au médecin de prescrire des lunettes. Une nouvelle organisation se met en place dans certains cabinets médicaux, permettant à des orthoptistes d'intervenir au sein de cabinets d'ophtalmologistes pour effectuer ces examens (rapport Berland). Cette évolution vise à répondre à la baisse du nombre d'ophtalmologistes, mais également à prendre en compte les besoins liés au vieillissement (malvoyance). La profession d'orthoptiste reste toutefois numériquement peu importante et son effectif est actuellement très insuffisant pour faire face à ces nouveaux besoins.

Bibliographie page 179

### Dans les Pays de la Loire!

- 2 500 masseurs-kinésithérapeutes, 650 orthophonistes et 92 orthoptistes exercent leur activité dans les Pays de la Loire.
- La région se trouve dans une position moyenne en matière de densité de professionnels par habitant : au 12<sup>e</sup> rang pour les masseurs-kinésithérapeutes, au 9<sup>e</sup> pour les orthophonistes, et au 11<sup>e</sup> pour les orthoptistes.
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le département qui a la plus forte densité pour ces trois métiers, (au même niveau que la moyenne nationale). La Mayenne se trouve dans la situation la moins favorable.
- Depuis le début des années 1990, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a progressé de 3,2 % par an, celui des orthophonistes de 4,1 % et celui des orthoptistes de 2 %.
- Parmi les professionnels libéraux, les orthophonistes sont la profession dont l'activité a le plus fortement progressé depuis 1996 (+ 6 % par an).

## Professionnels de la rééducation 21.7

### 1 PROFESSIONNELS DE LA REEDUCATION

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	55 348	2 524	1 077	524	156	337	430
% libéraux	78	78	78	81	75	73	80
Densité totale	93	77	93	70	54	63	78
<b>Orthophonistes</b>	14 323	650	290	149	39	82	90
% libéraux	80	79	79	86	62	79	74
Densité totale	24	20	25	20	13	15	16
<b>Orthoptistes</b>	2 309	92	45	21	5	14	7
% libéraux	77	73	69	62	100	79	100
Densité totale	3,9	2,8	3,9	2,8	1,7	2,6	1,3

Source : DREES

### 2 LES METIERS DE LA REEDUCATION EXERCANT A TITRE LIBERAL

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	39 554	1 806	752	400	108	220	326
densité	67	55	65	54	37	41	59
<b>Orthophonistes</b>	10 519	497	216	125	24	64	68
densité	18	15	19	17	8	12	12
<b>Orthoptistes</b>	1 434	55	25	12	3	8	7
densité	2,4	1,7	2,2	1,6	1,0	1,5	1,3

Source : CNAMTS (SNIR)

### 3 EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS DE LA REEDUCATION EXERCANT A TITRE LIBERAL

Pays de la Loire (1996 - 2001)

	France mét.	Pays de la Loire		TCAM 1996-2001 PDL
	2001	1996	2001	
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>				
AMS, en coef.	338 020 100	///	18 551 681	///
AMS, par praticien	8 546	///	10 272	///
AMK, en coef.	773 512 171	///	33 321 792	///
AMK, par praticien	19 556	///	18 451	///
AMC, en coef.	43 524 612	///	1 992 607	///
AMC, par praticien	1 100	///	1 103	///
<b>Orthophonistes</b>				
AMO, en coef.	191 326 347	6 737 959	8 868 906	6 %
AMO, par praticien	18 189	17 366	17 845	1 %
<b>Orthoptistes</b>				
AMY, en coef.	18 232 209	731 786	837 675	3 %
AMY, par praticien	12 714	14 349	15 230	1 %

Source : CNAMTS (SNIR)

**Professionnels de santé libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des professionnels de santé libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (tableau 1), et par l'assurance maladie (tableau 2) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées.

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

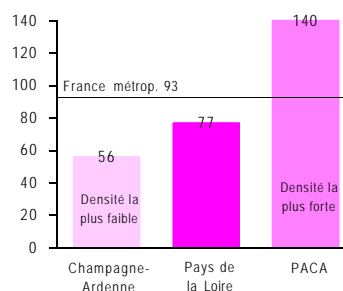
par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nbre de professionnels pour 100 000 h**	Rang*
Masseurs-kiné.	77	12ème
Orthophonistes	20	9ème
Orthoptistes	2,8	11ème

Source : DREES

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 5 NOMBRE DE MASSEURS-KINESITHERAPEUTES pour 100 000 hab. (01/01/2002)



Source : DREES

### 6 EVOLUTION DES EFFECTIFS DES METIERS DE LA REEDUCATION exerçant à titre libéral Pays de la Loire, France métrop. (1991 - 2002)

	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes
1991	1 272	319	44
2002	1 806	497	55
TCAM 1991/2002	3,2%	4,1%	2,0%
France m. TCAM 1991/2002	2,8%	3,8%	3,0%

Source : CNAMTS (SNIR)

#### DEFINITIONS

**Professionnels de la rééducation** : ce tableau n'est pas exhaustif et ne recense pas tous les médecins et auxiliaires médicaux impliqués dans les soins de rééducation.

**Densité** : nombre de professionnels de la rééducation pour 100 000 habitants.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)** : AMS : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques des masseurs-kinésithérapeutes. AMK : Actes de rééducation en ambulatoire des masseurs-kinésithérapeutes. AMC : Actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un étab. par les masseurs-kinésithérapeutes. AMO : Actes des orthophonistes. AMY : Actes des orthoptistes.

**SNIR** : système national inter-régimes mis en place pour mesurer l'activité des professions de santé ayant donné lieu à remboursements par l'assurance maladie.

## 21 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### Contexte national

Les infirmiers (410 000 professionnels en 2002) représentent la première profession de santé en France, leur effectif ayant été multiplié par 2,4 depuis 1975. C'est une profession paramédicale dont le statut est défini par le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Ce cadre légal a évolué dans le temps en élargissant le rôle propre de l'infirmier. D'après ce texte, l'exercice de la fonction d'infirmier comporte trois dimensions principales ayant trait aux soins (préventifs, curatifs ou palliatifs), au recueil de données épidémiologiques et à l'évaluation, et à l'éducation à la santé. Le décret de compétences fixe également la liste précise des actes qui relèvent du rôle propre de l'infirmier, et de ceux qui sont mis en oeuvre sur prescription médicale.

Depuis 1992, un seul diplôme est délivré pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et ceux exerçant dans les établissements de soins psychiatriques. Les infirmiers sont formés après le baccalauréat, à l'issue de trois ans d'études, au sein des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Le ministère chargé de la santé détermine des quotas pour réguler l'entrée dans les instituts de formation. Ces quotas ont été fortement réévalués : de 18 270 élèves admis en 1999 à 30 000 en 2003. La promotion professionnelle ouvre aux infirmiers de nombreuses possibilités d'évolution de carrière pour accéder à des fonctions d'encadrement ou d'enseignement. On dénombre ainsi, en 2002, 11 000 puéricultrices, 6 000 infirmiers anesthésistes, et 4 400 infirmiers de bloc opératoire.

L'analyse territoriale fait apparaître des écarts considérables de densité entre zones géographiques. Le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est pratiquement deux fois moins important dans la région Centre qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les établissements de santé restent leur principal employeur : 54 % exercent dans un établissement public de santé et 19 % dans un établissement privé. 14,3 % ont une activité libérale et 2,5 % sont employés dans un établissement pour personnes âgées. Le secteur gériatrique est un débouché naturel de la profession, les infirmiers étant employés comme responsables des soins dans les maisons de retraite, ou comme coordinateurs des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La profession reste fortement féminisée avec une proportion de femmes quasiment stable depuis une quinzaine d'années (87 % en 2002). Près d'un quart des professionnels travaillent à temps partiel (1998) contre seulement 11 % en 1983. Une autre particularité du métier d'infirmier est le travail de nuit ; 15 % des infirmiers travaillent la nuit "habituellement", et 25 % "parfois" (1998). La durée d'activité professionnelle a progressé : 31 ans en 1999 contre 24 ans en 1986. L'âge moyen des infirmiers continue d'augmenter, passant de 34 ans en 1983 à 40 ans en 1998.

48 600 infirmiers ont une activité libérale. Leur effectif a progressé de 5 % par an entre 1980 et 1990. Au cours de la dernière décennie, la croissance a ralenti et une baisse s'est amorcée en 2002. Chaque professionnel voit en

moyenne 288 patients différents dans l'année, 36 % des patients étant âgés de 70 ans ou plus. 69 % des remboursements de soins infirmiers effectués par l'assurance maladie concernent des personnes âgées de plus de 70 ans. Près des deux tiers des actes effectués (activité mesurée en coefficients de lettre-clé) sont des soins d'hygiène (AIS), et 36 % des actes techniques. Dans le cadre de leur convention avec l'assurance maladie, les infirmiers libéraux sont tenus de respecter un volume maximum d'activité de 22 000 coefficients de lettre-clé par an (dit seuil d'efficacité) pour les soins de nursing (AIS).

*Bibliographie page 179*

### Dans les Pays de la Loire!

- On dénombre 21 300 infirmiers dans les Pays de la Loire. La région se trouve au 15<sup>ème</sup> rang pour la densité par habitant, qui est légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 6 %). A l'intérieur de la région, le Maine-et-Loire est le département qui a la plus forte densité. La Mayenne, la Sarthe et la Loire-Atlantique ont une densité proche.
- 13 700 infirmiers exercent dans les établissements de santé. Depuis le début des années 1990, le taux de progression des effectifs infirmiers en milieu hospitalier est deux fois plus important dans les établissements privés que dans les établissements publics.
- 10 % des infirmiers exercent à titre libéral dans la région contre 14 % au plan national.
- La densité d'infirmiers libéraux est particulièrement faible, 50 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Pays de la Loire contre 82 au plan national. La Sarthe a une situation particulière, avec une des plus faibles densités de professionnels en France. Cette comparaison ne prend cependant pas en compte les infirmiers salariés des centres de soins, qui interviennent également à domicile (près de 500 professionnels), sachant que ces centres sont fortement implantés dans certains départements de la région.
- La structure d'activité des infirmiers libéraux est profondément différente dans les Pays de la Loire et en France. Les soins de nursing représentent 47 % des actes dans les Pays de la Loire contre 64 % en moyenne en France. Les soins de nursing concernent essentiellement les personnes âgées et sont donc fortement liés au vieillissement de la population. Ces actes peuvent être pris en charge par des infirmiers libéraux mais aussi par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui sont bien implantés dans la région. Enfin, la région étant fortement pourvue en structures médico-sociales pour personnes âgées, la proportion de personnes dépendantes vivant à domicile est sans doute plus faible et les besoins de soins moins importants.

## 1 LES INFIRMIERS

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb d'infirmiers	410 859	21 323	7 371	5 380	1 825	3 399	3 348
% libéraux	14,3	10,0	9,4	11,4	10,8	7,3	11,1
Densité*	692	651	638	723	631	632	610

Source : DREES

\* nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

## 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nbre d'infirmiers pour 100 000 h.	Rang*
Infirmiers	651	15ème

Source : DREES - Répertoire ADELI

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

## 2 EVOLUTION DU NOMBRE D'INFIRMIERS SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE

Pays de la Loire (1990 - 2001)

	1990	2001	TCAM 1990-2001
Etablissements de santé publics	8 514	10 927	2,3%
Etablissements de santé privés	1 677	2 814	4,8%
Libéraux	1 239	1 643	2,6%

Sources : DRASS (H80, EHP, SAE), CNAMTS (SNIR)

**Remarque** : ce tableau dresse l'évolution des effectifs d'infirmiers dans les établissements de santé publics et privés et en exercice libéral. Mais les infirmiers exercent également leur activité dans d'autres secteurs : maisons de retraite, services de prévention, services de soins à domicile.... mais pour lesquels les séries statistiques ne sont pas disponibles.

## 3 LES INFIRMIERS LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb infirmiers	48 576	1 643	573	408	147	215	300
densité*	82	50	49	55	51	40	55
% activité AIS, en coef.	64	47	55	53	42	12	47

Source : CNAMTS (SNIR)

\* nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

## 4 EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX

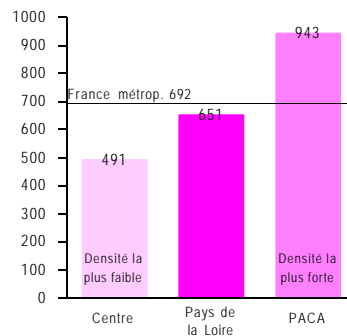
Pays de la Loire, France métropolitaine (1994 - 2001)

	1994	2001	TCAM 1994-2001
<b>Pays de la Loire</b>			
Nb de coef. AMI par prof.	6 333	7 353	2,16%
Nb de coef. AIS par prof.	5 654	6 515	2,05%
<b>France métropolitaine</b>			
Nb de coef. AMI par prof.	4 472	5 560	3,16%
Nb de coef. AIS par prof.	8 679	9 695	1,59%

Source : CNAMTS (SNIR)

## 6 NOMBRE D'INFIRMIERS

pour 100 000 hab. (01/01/2002)



Source : DREES

## DEFINITIONS

**Densité** : nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**Nomenclature des actes professionnels (NGAP)** :

- **AMI** : Actes techniques infirmiers

- **AIS** : Soins d'hygiène ou de nursing (toilettes) et gardes à domicile.

**Soins de proximité** : en ce qui concerne les soins de proximité, trois formes d'activité coexistent : les infirmiers exerçant à titre libéral, les salariés des centres de soins, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), où travaillent également des aides-soignants.

**Quota d'entrée** : le quota d'entrée (nombre d'étudiants admis en première année) dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de la région a été fixé pour 2003 à 1 200 admissions contre 700 en 2000.

Il y a 14 IFSI dans les Pays de la Loire, 2 écoles de puéricultrices, une école d'infirmiers aides-anesthésistes, 2 écoles d'infirmiers de bloc opératoire, 2 instituts de formation en cadres de santé.

**Infirmiers libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des infirmiers libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (tableau 1), et par l'assurance maladie (tableau 3) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées. En particulier, le tableau 3 ne prend pas en compte les professionnels effectuant des remplacements.

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Le système hospitalier français rassemble des établissements de santé ayant des statuts (public, privé, associatif), des tailles, des types d'activité, et des modes de financement et de régulation variables qui compose un paysage d'une grande diversité. Ces établissements se distinguent également par le statut des praticiens qui y exercent, qu'ils soient enseignants ou chercheurs, praticiens hospitaliers salariés à temps plein, temps partiel ou attachés (dans les établissements publics et dans certains établissements privés), ou encore professionnels de santé libéraux dans les cliniques privées (avec une rémunération à l'acte).

Les établissements de santé disposent de 473 800 lits d'hospitalisation complète et 46 000 places en hospitalisation de jour ou en chirurgie ambulatoire en 2000. 12 millions de séjours en hospitalisation complète (dont 88 % concernent l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique), et 10,8 millions en hospitalisation partielle (dont près de la moitié concernent la psychiatrie) ont été effectués.

Parmi les 3 000 hôpitaux et cliniques, les établissements publics (1 010) concentrent près des deux tiers des capacités d'hospitalisation complète (65,2 %). Les 29 Centres hospitaliers régionaux représentent à eux seuls 17,3 % de l'ensemble des capacités d'hospitalisation en France, soit une moyenne de près de 3 100 lits par CHR. Cette moyenne est toutefois fortement majorée par le principal établissement de santé français, l'Assistance publique de Paris, qui dispose de 25 000 lits d'hospitalisation. On dénombre, par ailleurs, 562 centres hospitaliers et 349 hôpitaux locaux. Les établissements publics de santé ont également la particularité de disposer d'un secteur médico-social important avec 75 500 lits de soins de longue durée et 116 900 lits d'hébergement en maison de retraite.

Historiquement, un partage d'activité s'est instauré entre les établissements publics qui exploitent la grande majorité des lits de médecine alors que les cliniques privées ont essentiellement une vocation chirurgicale ou d'obstétrique. Les 2 066 établissements privés se répartissent en deux groupes bien distincts. Les 1 164 cliniques constituées en sociétés de capitaux (que l'on appelle parfois "secteur privé lucratif") représentent 34,6 % des capacités d'hospitalisation. L'autre groupe des 902 établissements associatifs ou mutualistes ("secteur privé non lucratif") totalise 14,9 % des lits d'hospitalisation. Il faut ajouter aux 3 000 établissements de santé publics et privés un millier de structures supplémentaires sans hébergement, structures associatives d'autodialyse et sociétés professionnelles constituées pour partager l'exploitation d'équipements d'imagerie ou de radiothérapie.

En matière de financement, deux systèmes coexistent. Tous les établissements publics mais également la majorité des établissements privés associatifs ou mutualistes (786) dépendent du régime de la dotation globale. Leurs recettes sont encadrées par un taux directeur dont l'évolution est fixée chaque année par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'enveloppe dont bénéficie chaque ARH étant elle-même répartie par le Ministère chargé

de la santé entre les régions. Les autres établissements de santé (1 280) dépendent d'un système mixte, combinant une tarification par prix de journée déterminée par l'ARH, et le paiement à l'acte pour les praticiens libéraux (voir page 110). Ces ressources sont elles aussi encadrées par un taux directeur, l'Objectif quantifié national (OQN), avec une modulation interrégionale. Outre l'allocation des ressources, les ARH ont en charge au plan régional la planification sanitaire. Elles élaborent le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), document définissant l'implantation optimale des activités de soins. Depuis septembre 2003, la carte sanitaire (qui encadrait la création de lits) a été supprimée, le SROS étant dorénavant le seul document de référence en matière de planification. Le système d'allocation des ressources des établissements de santé va être profondément réformé par la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A), afin d'harmoniser progressivement les modalités de tarification des établissements sous dotation globale et sous OQN. Cette réforme s'appuie sur le PMSI, programme de médicalisation des systèmes d'information, qui permet de classer l'ensemble des séjours en groupes statistiques homogènes du point de vue médico-économique (GHM, groupes homogènes de malades). Chaque séjour sera rémunéré en fonction du tarif forfaitaire du groupe auquel il appartient. Cette réforme, qui ne concerne pour le moment que l'activité médecine-chirurgie-obstétrique, sera mise en oeuvre dès 2004 pour les établissements privés sous OQN, et de manière progressive pour les établissements sous dotation globale.

*Bibliographie page 179*

### Dans les Pays de la Loire

- Les Pays de la Loire comptent 154 établissements de santé en 2003 contre 180 au début des années 1990. Ces chiffres illustrent l'importance du mouvement de concentration qu'ont connu ces établissements depuis dix ans, notamment sous l'impulsion de l'ARH. Les regroupements les plus importants concernent les cliniques privées installées dans les grandes agglomérations de la région.
- Les 63 établissements publics concentrent 84 % des capacités d'hospitalisation en médecine, 60 % en obstétrique et 43 % en chirurgie (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire).
- Les établissements privés se répartissent en deux groupes d'effectif équivalent, les établissements sous dotation globale (45), et les établissements sous OQN (46).
- La région dispose de deux hôpitaux universitaires installés à Nantes et à Angers.
- Pour toutes les disciplines de médecine-chirurgie-obstétrique, le taux d'équipement en Pays de la Loire est inférieur à la moyenne française.



## Établissements de santé 22.

### 1 DENOMBREMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SELON LE STATUT ET LE MODE DE FINANCEMENT

Pays de la Loire (2003)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CHU	2	1	1	///	///	///
Hôpitaux généraux	18	5	2	3	4	4
Centre hosp. psy.	5	2	1	///	1	1
Hôpitaux locaux	38	8	11	4	7	8
Etab. privés sous dot. glob.	45	20	10	1	6	8
Etab. privés sous OQN	46	17	13	4	7	5
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>26</b>

Source : ARH-ORS

### 2 EQUIPEMENT EN LITS, PAR GROUPES DE DISCIPLINES

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	Nbre de lits hosp. complète		Nbre de places hosp. de jour, ambulatoire		Nbre total lits/places	Taux d'équipement	
		dont public		dont public		PDL	France métrop.
Médecine	5 725	85%	275	65%	6 000	1,84	2,08
Chirurgie	4 593	46%	541	15%	5 134	1,57	1,78
Gynéco-obstétrique	1 222	59%	36	100%	1 258	1,61**	1,68**
Moyen séjour	4 752	53%	308	26%	5 060	1,55	1,58
Long séjour	5 474	93%	///	///	5 474	1,68	1,41
Psychiatrie infanto-juv.	183	100%	484	100%	667	0,93***	0,84***
Psychiatrie générale*	2 970	87%	1 193	98%	4 163	1,63****	1,69****
<b>Total</b>	<b>24 919</b>	<b>72%</b>	<b>2 837</b>	<b>72%</b>	<b>27 756</b>	<b>///</b>	<b>///</b>
Hébergement	6 577	100%	///	///	6 577	///	///

Source : DRASS (SAE)

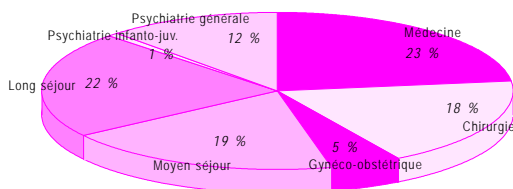
\* y compris appartements thérapeutiques

\*\* indice calculé pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans

\*\*\* indice calculé pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus

\*\*\*\* indice calculé pour 1 000 habitants de plus 16 ans

### 3 REPARTITION DES EQUIPEMENTS PAR GROUPES DE DISCIPLINES Pays de la Loire (01/01/2002)



Source : DRASS (SAE)

### 4 EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREES EN HOSPITALISATION COMPLETE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2001)

	Pays de la Loire		TCAM 1995/2001	
	1995	2001	PDL	France métrop.
Médecine	238 867	240 360	0,1%	-0,2%
Chirurgie	288 101	278 969	-0,5%	-1,1%
Gynéco-obstétrique	68 784	71 752	0,7%	-0,2%
Moyen séjour	47 811	47 534	-0,1%	nd
Long séjour	3 942	3 681	-1,1%	nd
Psychiatrie	28 697	30 737	1,2%	nd

Source : DRASS (SAE)

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (01/01/2002)

Taux d'équipement	Nombre de lits installés pour 1 000 h.	Rang*
Médecine	1,84	20ème
Chirurgie	1,57	19ème
Gynécologie-obstétrique**	1,61	18ème
Moyen séjour	1,55	10ème

Source : DRASS (STATISS)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

\*\* indice calculé pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans

### 6 LES "EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS"

Pays de la Loire (novembre 2003)

	Régime d'autorisation	Nbre d'app. autorisés
Scanographes	1 app. par tranche de 96 000 hab.	34
Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)	1 app. par tranche de 198 000 hab.	17
Appareil de radiothérapie	1 app. par tranche de 148 000 hab.	20
Angiographie numérisée	pas d'indice de besoin	27

Source : DRASS-ARH

### 7 EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREES EN HOSPITALISATION DE JOUR ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

Pays de la Loire (1995 - 2001)

	Pays de la Loire		TCAM 1995/2001	
	1995	2001	PDL	France métrop.
Médecine	86 479	106 809	3,6%	6,6%
Chirurgie	89 649	118 363	4,7%	4,3%
Gynéco-obstétrique	2 775	9 806	23,4%	24,8%
Moyen séjour	90 630	91 677	0,2%	nd
Psychiatrie	322 788	307 380	-0,8%	nd

Source : DRASS (SAE)

#### DEFINITIONS

**Taux d'équipement** : nombre de lits installés en hospitalisation complète et hospitalisation de jour pour 1 000 habitants.

**Etablissement privé sous OQN** : on désigne sous ce terme les établissements soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'objectif quantifié national (OQN).

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Les établissements de santé français disposent de 123 700 lits d'hospitalisation en médecine (hospitalisation complète et de jour), dont 80 % sont installés dans les établissements de santé publics. On ne dénombre que 15 000 lits de médecine dans les établissements sous OQN, soit 12 %, du nombre total de lits de médecine en France, tandis que 8 % dépendent des établissements privés sous dotation globale. En hospitalisation complète, le nombre total de lits installés a baissé de 15 % depuis 1990. Parallèlement, les alternatives à l'hospitalisation se sont développées, avec 7 500 places en hôpital de jour et 4 000 lits d'hospitalisation à domicile au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Le taux d'équipement moyen en France est de 2,1 lits de médecine pour mille habitants (hospitalisation complète et de jour), les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin a le taux le plus élevé (2,7 lits pour mille habitants), supérieur de 54 % à celui de la région Poitou-Charentes, région qui a le taux le plus faible. Ces écarts trouvent en partie leur origine dans la structure par âge de la population, les hospitalisations en médecine étant beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées. On peut également émettre l'hypothèse que la densité de structures médico-sociales pour personnes âgées influence les recours aux soins (là où les structures médicalisées pour personnes âgées sont nombreuses, la demande de soins en médecine est sans doute moins importante). Mais d'autres facteurs sont également à prendre en compte, comme la fréquence de certaines pathologies, et aussi plus largement leurs modalités de prise en charge.

Depuis 1995, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en service de médecine (5 millions en 2001) a baissé de 0,2 % par an en moyenne au plan national. Mais on observe parallèlement une forte progression des entrées en hôpital de jour (2,5 millions), avec un taux de progression de près de 7 % par an. Parmi ces hospitalisations de moins de 24 heures, plus du quart sont des examens d'endoscopie réalisés à 84 % dans les établissements de santé sous OQN. Plus de 800 000 hospitalisations pour ce seul acte ont été dénombrées en 2001.

Les entrées en hospitalisation complète en médecine sont moins nombreuses et les durées de séjour se réduisent. La durée moyenne de séjour (DMS) est passée de 6,9 à 6,4 jours dans les services de médecine des établissements de santé publics entre 1993 et 1998. Dans les établissements de santé privés, la DMS est passée de 8,6 à 6,9 jours au cours de la même période. La baisse du nombre de journées d'hospitalisation complète accompagne ce mouvement, 33,7 millions en 2001 contre 36 millions en 1995 (- 6 %).

Dans le programme de médicalisation des systèmes d'information-PMSI (voir page 126), la notion d'activité "médicale" est plus étendue. En effet, sont considérées comme "séjours médicaux" l'ensemble des hospitalisations sans acte chirurgical classant, que le patient ait été hospitalisé dans un service de médecine ou de chirurgie. Selon cette définition, on dénombre 6,6 millions de séjours médicaux en

hospitalisation complète et 3,3 millions en hôpital de jour en 2001. Le nombre d'entrées en hospitalisation complète est en baisse par rapport à 2000 (- 1,4 %), alors que les venues en hôpital de jour sont en augmentation (+ 7,5 % par rapport à 2000). Enfin, les activités en séances (chimiothérapie, radiothérapie et dialyse) sont actuellement mal recensées par les différents systèmes d'information existants. En 2000, le traitement de l'insuffisance rénale chronique a pourtant donné lieu à 3,8 millions de séances d'hémodialyse (épuration du sang par un appareil à l'extérieur du patient), et 186 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale (épuration du sang par l'intermédiaire du péritoine et d'une solution physiologique injectée dans l'abdomen du patient). On dénombre, par ailleurs, 1,2 million de séances de chimiothérapie.

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire

- Avec un taux de 1,8 lit de médecine pour mille habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant le plus faible taux d'équipement, au 20<sup>ème</sup> rang des régions françaises (par ordre décroissant).
- A l'intérieur de la région, les écarts sont très importants entre départements : en Sarthe, le nombre de lits par habitant est supérieur de 73 % à celui de la Vendée. La faible densité d'équipements en Vendée trouve en partie son origine dans la "fuite" de certains patients vers l'agglomération nantaise et le choletais.
- On dénombre dans la région 6 000 lits et places en médecine. 84 % des équipements sont installés dans les établissements publics.
- Depuis 1995, le nombre d'entrées en hospitalisation complète (240 360) a progressé pratiquement de manière continue jusqu'en 2000, contrairement à la situation nationale. On observe une inversion de tendance dans les Pays de la Loire en 2001, sachant que les méthodes de calcul de cet indicateur ont changé.
- Le nombre de journées d'hospitalisation complète en médecine (1,7 million de journées en 2001) est resté stable au plan régional depuis 1995, alors qu'il a diminué au plan national.
- Le nombre de venues en hospitalisation de jour a progressé de 4 % par an depuis 1995.
- Les affections de l'appareil digestif représentent 17 % des séjours médicaux de plus de 24 heures (pour un total de 257 900 "séjours médicaux"). Les affections de l'appareil circulatoire viennent au deuxième plan (16 %), avant les problèmes respiratoires (10 %). 6 % des hospitalisations concernent les troubles mentaux.
- Parmi les 236 000 hospitalisations de moins de 24 heures, la moitié résulte des hospitalisations pour chimiothérapie, radiothérapie et dialyse.

**1 NOMBRE DE LITS INSTALLES ET PLACES EN MEDECINE**

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>							
Hosp. complète (lits)	93 021	4 839	1 411	1 229	503	996	700
Hosp. de jour (places)	5 091	178	88	34	11	21	24
Hosp. à domicile (places)	1 416	26	26	0	0	0	0
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>							
Hosp. complète (lits)	22 179	886	252	331	49	229	25
Hosp. de jour (places)	2 424	97	44	30	4	19	0
Hosp. à domicile (places)	2 676	112	74	8	0	30	0
<b>TOTAL</b>							
Hosp. complète (lits)	115 200	5 725	1 663	1 560	552	1 225	725
Hosp. de jour (places)	7 515	275	132	64	15	40	24
Taux d'équipement	2,08	1,84	1,55	2,19	1,97	2,37	1,37
Hosp. à domicile (places)	4 092	138	100	8	0	30	0

Source : DRASS-DREES (SAE)

**2 ACTIVITE EN MEDECINE**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2001)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2001	
			PDL	France m.
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	203 737	4 075 541	0,4%	0,2%
Nombre de venues en hôpital de jour*	64 189	1 610 348	3,6%	6,6%
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	36 623	953 692	-1,4%	-1,6%
Nombre de venues en hôpital de jour*	42 620	889 164	3,6%	6,3%
<b>TOTAL</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	240 360	5 029 233	0,1%	-0,2%
Nombre de venues en hôpital de jour*	106 809	2 499 512	3,6%	6,5%

Source : DRASS-DREES (SAE)

\* y compris chimiothérapie, non compris dialyse

**3 SEJOURS MEDICAUX DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE\***

par catégorie majeure de diagnostic (CMD) Pays de la Loire (2000)

Catégorie majeure de diagnostic	Nombre de séjours de plus de 24 H	%	Nombre de séjours de moins de 24 H	Total
Affections de l'appareil digestif	45 074	17,5	6 154	51 228
Affections de l'appareil circulatoire	42 544	16,5	2 023	44 567
Affections de l'appareil respiratoire	27 571	10,7	2 319	29 890
Mal. et troubles mentaux, toxicologie	14 998	5,8	1 421	16 419
Affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	14 049	5,4	4 202	18 251
Affections du système nerveux	14 017	5,4	2 504	16 521
Traitements et suivis thérapeutiques**	13 575	5,3	119 521	133 096
Affec. des reins et des voies urinaires	11 288	4,4	2 375	13 663
Affec. end. métabol. et nutritionnelles	9 590	3,7	3 802	13 392
Affections ORL, stomatologiques	8 718	3,4	7 126	15 844
Autres motifs de prise en charge	56 482	21,9	84 601	141 083
Total	257 906	100,0	236 048	493 954

Sources : CRAM-DRASS-service médical de l'assurance maladie, données enregistrées non redressées

\* établissements de santé MCO (hors hôpitaux psychiatriques)

\*\* dont chimiothérapie, dialyse, radiothérapie

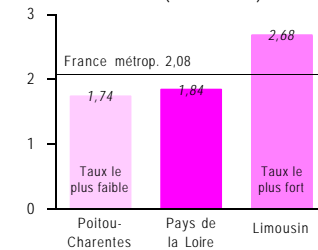
**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**

par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nombre de lits installés pour 1 000 hab.	Rang*
Taux d'équipement en médecine	1,84	20ème

Source : DRASS (STATISS)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

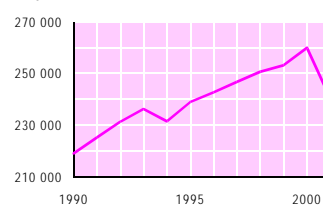
**5 TAUX D'EQUIPEMENT EN LITS DE MEDECINE (01/01/2002)**

Source : DRASS (STATISS)

Unité : pour 1 000

**6 EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREES EN MEDECINE (hosp. complète)**

Pays de la Loire (1990 - 2001)



Source : DRASS (SAE)

**DEFINITIONS****Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.**Séjours médicaux** : chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de l'affection prise en charge pendant le séjour. Ces GHM sont répartis en trois groupes, les GHM chirurgicaux, d'obstétrique et l'ensemble des autres séjours. Ce 3ème groupe (tableau 3) rassemble les séjours sans intervention chirurgicale, en dehors de la néonatalogie, et indépendamment de la discipline du service dans lequel cette personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique). Chaque GHM est classé dans une catégorie majeure de diagnostic, correspondant à une approche topographique (par appareil anatomique) ou fonctionnelle.**SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.**Etablissement sous OQN** : on désigne sous ce terme les établissements soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'objectif quantifié national (OQN).

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Contrairement à la médecine, dont les capacités hospitalières sont essentiellement concentrées dans le secteur public, l'équipement en chirurgie dépend majoritairement des établissements de santé privés : 48 % des lits et places sont installés dans les établissements sous Objectif quantifié national (OQN), 8 % dans les établissements privés sous dotation globale, et 44 % dans les établissements publics. Le nombre de lits d'hospitalisation complète (97 000 lits) a baissé de 24 % depuis 1990 : mais on dénombre aujourd'hui 7 800 places en chirurgie ambulatoire.

Le taux d'équipement moyen français est de 1,8 lit pour mille habitants (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin a le nombre de lits de chirurgie par habitant le plus élevé (comme pour la médecine), et la Picardie a le plus faible.

Le nombre d'entrées dans les services de chirurgie en hospitalisation complète (SAE) baisse régulièrement (1 % par an depuis 1995). Cinq millions d'entrées ont été dénombrées en 2001, dont 62 % ont lieu dans les établissements privés. Cette baisse est cependant largement compensée par le développement de la chirurgie ambulatoire dont l'activité a crû de 4,3 % par an depuis 1995. Parmi les 2,3 millions d'entrées en 2001, 87 % ont eu lieu dans le secteur privé.

La durée moyenne de séjour (DMS) est passée de 5,6 à 5 jours dans les services de chirurgie des établissements de santé publics entre 1993 et 1998 (hospitalisation complète). En revanche, on observe un tassement dans les établissements de santé privés, la DMS étant relativement stable, de 5 jours en 1993 à 4,9 jours en 1998. Le nombre de journées d'hospitalisation complète en chirurgie recule de manière très importante : 24,8 millions en 2001 contre 30,8 en 1995 (- 19 %).

Mais aujourd'hui, l'analyse de l'activité chirurgicale s'effectue également à l'aide du Programme de médicalisation de système d'information (PMSI) en prenant en compte non plus le nombre total de séjours ayant eu lieu dans un service de chirurgie, mais seulement le nombre d'hospitalisations ayant comporté un acte chirurgical classant. On dénombre ainsi "seulement" 3,7 millions de "séjours chirurgicaux" pour cinq millions d'entrées dans un service de chirurgie (en hospitalisation complète). On observe les mêmes écarts entre le nombre de séjours chirurgicaux en ambulatoire, 1,4 million, pour 2,3 millions d'entrées (SAE). La tendance observée pour cet indicateur est cependant identique à celle de la statistique SAE : le nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète est en baisse de 1,2 % par rapport à 2000, alors que les venues en chirurgie ambulatoire sont en augmentation de 4,8 %.

L'intervention chirurgicale la plus fréquente est l'opération de la cataracte avec 426 000 interventions en 2000, dont 32 % s'effectuent en ambulatoire. Les trois quarts des interventions ont lieu dans le secteur privé. La proportion de prises en charge en ambulatoire reste cependant faible comparée à d'autres pays : aux Etats-Unis et au Canada, la

quasi-totalité des opérations de la cataracte sont effectuées en chirurgie ambulatoire et 67 % au Royaume-Uni. Parmi les interventions les plus fréquentes, viennent ensuite la chirurgie des varices et troubles veineux (320 000 hospitalisations), l'arthroscopie (220 000 actes), et l'ablation des végétations et des amygdales (213 000 actes).

L'activité chirurgicale est confrontée à d'importants problèmes démographiques, plus ou moins accentués selon les spécialités chirurgicales. Dans ce contexte, le mouvement de concentration des plateaux techniques engagé depuis plusieurs années s'est accéléré, notamment sous l'impulsion des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), installées dans chaque région par les ordonnances de 1996. Les établissements de santé publics et privés installés dans les villes moyennes, qui ont souvent du mal à recruter des praticiens en nombre suffisant pour assurer la permanence des soins, sont incités à regrouper leur plateau technique. En général, seules les grandes agglomérations continuent de disposer d'une offre concurrentielle pour l'activité chirurgicale.

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire!

- Avec 1,6 lit pour mille habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux d'équipement, au 19<sup>ème</sup> rang des régions françaises.
- Le nombre de lits pour mille habitants est supérieur en Sarthe de 57 % par rapport à celui de la Vendée. Comme pour la médecine, la Vendée connaît une "fuite" de certains patients vers l'agglomération nantaise et le choletais.
- Le nombre d'entrées en hospitalisation complète (278 900 en 2001) connaît une baisse de 2,3 % par an dans les établissements de santé publics depuis 1995, alors qu'il est en augmentation dans les établissements de santé privés (+ 0,7 %).
- Le nombre d'admissions en chirurgie ambulatoire (118 000) progresse de près de 5 % par an depuis 1995 (11 % dans les établissements publics). 87 % des venues ont lieu dans les établissements privés.
- Le nombre de journées d'hospitalisation est passé de 1,5 à 1,2 million entre 1995 et 2001, soit une baisse de 21 %, évolution pratiquement identique à celle observée au plan national.
- La chirurgie orthopédique représente le quart des séjours chirurgicaux de plus de 24 heures, la chirurgie viscérale 15,6 %, et la chirurgie ophtalmologique 12,2 %.
- Parmi les hospitalisations de moins de 24 heures, un séjour chirurgical sur trois concerne la chirurgie ORL et stomatologique, 19 % la chirurgie orthopédique et traumatologique, et 16 % la chirurgie de l'appareil génital féminin et du sein.

## Soins chirurgicaux 22.2

### 1 NOMBRE DE LITS INSTALLES ET PLACES EN CHIRURGIE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>							
Hosp. complète (lits)	44 974	2 111	702	500	185	397	327
Ambulatoire (places)	1 294	83	26	19	6	25	7
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>							
Hosp. complète (lits)	52 038	2 482	1 062	596	152	464	208
Ambulatoire (places)	6 555	458	231	93	23	83	28
<b>TOTAL</b>							
Hosp. complète (lits)	97 012	4 593	1 764	1 096	337	861	535
Ambulatoire (places)	7 849	541	257	112	29	108	35
Taux d'équipement	1,78	1,57	1,75	1,63	1,27	1,81	1,04

Source : DRASS (SAE)

### 2 ACTIVITE EN CHIRURGIE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2001)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2001	
			PDL	France m.
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>				
Nombre d'entrées en hosp. complète	105 297	2 115 275	-2,3%	-1,4%
Nombre de venues en ambulatoire	14 847	241 480	11,1%	10,7%
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>				
Nombre d'entrées en hosp. complète	173 672	2 946 172	0,7%	-1,0%
Nombre de venues en ambulatoire	103 516	2 046 340	4,0%	3,5%
<b>TOTAL</b>				
Nombre d'entrées en hosp. complète	278 969	5 061 447	-0,5%	-1,2%
Nombre de venues en ambulatoire	118 363	2 287 820	4,7%	4,1%

Source : DRASS-DREES (SAE)

### 3 SEJOURS CHIRURGICAUX DES ETABLISSEMENTS DE SANTE\*

Pays de la Loire (2000)

Catégorie majeure de diagnostic	Nombre de séjours de plus de 24 H	%	Nombre de séjours de moins de 24 H	Total
Chir. orthopédique et traumatologique	55 659	24,7	14 759	70 418
Chirurgie viscérale	35 035	15,6	749	35 784
Chirurgie ophtalmologique	27 510	12,2	8 953	36 463
Chirurgie appareil génital féminin et sein	22 602	10,0	11 876	34 478
Chirurgie ORL et stomatologique	22 472	10,0	26 102	48 574
Chirurgie urologique et appareil génital masculin	15 231	6,8	3 430	18 661
Traumatologie non chirurgicale	15 073	6,7	90	15 163
Chirurgie vasculaire périphérique	13 320	5,9	1 024	14 344
Chirurgie de la peau et plastique	7 755	3,4	6 753	14 508
Autres chirurgies	4 256	1,9	1 294	5 550
Chir. cardio-thoracique et respiratoire	3 266	1,5	20	3 286
Chirurgie du système nerveux	2 487	1,1	705	3 192
Transplantations	476	0,2	98	574
<b>TOTAL</b>	<b>225 142</b>	<b>100,0</b>	<b>75 853</b>	<b>300 995</b>

Sources : CRAM-DRASS-service médical de l'assurance maladie, données enregistrées non redressées

\* établissements de santé MCO

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

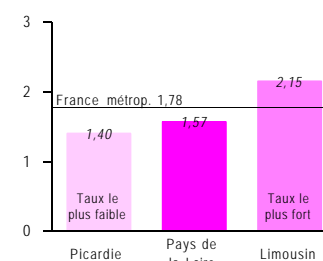
par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nombre de lits installés pour 1 000 h.	Rang*
Taux d'équipement en chirurgie	1,57	19ème

Source : DRASS (STATISS)

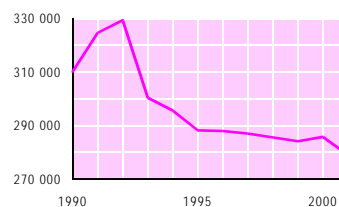
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 5 TAUX D'EQUIPEMENT EN CHIRURGIE (01/01/2002)



Source : DRASS (STATISS)

### 6 EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREES EN SERVICE DE CHIRURGIE (hosp. compl.) Pays de la Loire (1990 - 2001)



Source : DRASS (STATISS)

### DEFINITIONS

**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en chirurgie (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire) pour 1 000 habitants.

**Séjours chirurgicaux** : chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de l'affection prise en charge pendant le séjour. Ces GHM sont répartis en trois groupes, les GHM chirurgicaux (avec acte opératoire classant au cours du séjour), d'obstétrique et l'ensemble des autres séjours. Le tableau 3 rassemble les séjours avec acte opératoire classant, indépendamment de la discipline du service dans lequel cette personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique). Chaque GHM est classé dans une catégorie majeure de diagnostic, correspondant à une approche topographique (par appareil anatomique) ou fonctionnelle.

**SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.

**Etablissement sous OQN** : on désigne sous ce terme les établissements privés soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'Objectif quantifié national (OQN).

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Les établissements de santé disposent de 24 000 lits de gynécologie-obstétrique, dont les deux tiers sont installés dans les établissements publics. 1,3 million d'entrées ont été dénombrées en hospitalisation complète dans les services de gynécologie-obstétrique en 2001, avec une légère baisse depuis 1995 (- 0,2 % par an). La baisse de la durée de séjour est particulièrement sensible et se traduit par une diminution du nombre de journées d'hospitalisation de 15 % depuis 1995. Les accouchements (749 000 en 2001) représentent 58 % des entrées dans les services de gynécologie-obstétrique.

Suite aux décrets d'octobre 1998, l'organisation des soins en obstétrique a été réformée de manière à permettre aux femmes pour lesquelles on suspecte un accouchement difficile d'être prises en charge dans un établissement adapté à leurs besoins, afin notamment d'éviter les transferts post-nataux. Les maternités sont maintenant réparties en trois groupes : le premier est celui des établissements qui disposent uniquement d'une activité d'obstétrique (niveau I). Le deuxième groupe rassemble les établissements pourvus d'une unité d'obstétrique mais également d'une unité de néonatalogie (niveau II). Enfin, les maternités de niveau III, qui assurent des soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, disposent en plus d'une unité de réanimation néonatale. En 2000, 63 % des maternités dépendent du niveau I : ces 443 établissements prennent en charge près de la moitié des accouchements au plan national (48 %). Les maternités dites de niveau II (202 établissements) réalisent 35 % des accouchements. Enfin 17 % des accouchements se déroulent dans les établissements de niveau III (55 établissements). La part des naissances prises en charge par les maternités de niveau II et III est en augmentation : 52 % en 2000 contre 43 % en 1996. La grande majorité de ces établissements fonctionnent sous dotation globale (86 % pour les maternités de niveau II et 98 % pour les maternités de niveau III).

Cette nouvelle organisation doit notamment permettre d'améliorer la prise en charge des grossesses multiples, pour lesquelles les risques de prématurité et de mortalité périnatale sont beaucoup plus élevés : 2,9 % des enfants sont nés à l'issue de grossesses multiples, les maternités de niveau II et III ayant accueilli 66 % de ces naissances. La proportion d'enfants de faible poids de naissance est de 3,9 % dans les maternités de niveau I, contre 14,1 % dans les maternités de niveau III. Globalement, pour l'ensemble des accouchements, on dénombre 4 % d'enfants prématurés et 7 % d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Cette réforme nécessite des moyens en personnel nouveaux pour assurer la permanence des soins, et a contribué à accélérer le mouvement de concentration des établissements de santé déjà engagé depuis plusieurs années. Le nombre de maternités a été réduit pratiquement de moitié depuis 1975 : 700 établissements en 2000 contre 1 300 en 1975.

58 % des accouchements ont lieu dans les établissements de santé publics, 7 % dans les établissements privés participant au service public hospitalier, et 35 % dans les établissements privés sous OQN. La majorité des maternités réalisent moins de 1 000 accouchements par an (58 %), et 24 % en réalisent plus de 1 500.

Une des difficultés d'application de la réforme tient à l'évolution démographique de certaines professions de santé, gynécologues-obstétriciens, mais aussi anesthésistes et pédiatres. En effet, 66 % des accouchements nécessitent aujourd'hui la présence d'un médecin anesthésiste (17 % des accouchements ont lieu par césarienne, et 57 % des accouchements sans césarienne ont lieu sous péridurale). Les décrets concernant la périnatalité prévoient également l'intervention dans toutes les maternités d'un pédiatre, présent ou disponible tous les jours de l'année (24h/24h).

(Concernant les centres de diagnostic anténatal pluridisciplinaires, voir page 84).

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire!

- Les Pays de la Loire se trouvent au 18ème rang des régions françaises pour le nombre de lits de gynécologie-obstétrique par habitant (par ordre décroissant), alors que l'indice de fécondité de la région est le plus élevé en France.
- Le nombre d'entrées dans les services de gynécologie-obstétrique est en baisse dans les établissements privés et en hausse dans les établissements publics.
- On observe comme au plan national une baisse du nombre de journées d'hospitalisation complète en services de gynécologie-obstétrique (- 13 %).
- 42 900 accouchements ont été pratiqués dans les maternités de la région en 2001. Comme les autres régions françaises, les Pays de la Loire connaissent un important mouvement de concentration, le nombre de maternités étant passé de 39 en 1987 à 26 en 2002.
- Depuis 2002, aucune maternité n'a désormais une activité inférieure à 600 accouchements par an. Sept maternités, pratiquant chacune plus de 2 000 accouchements par an, regroupent près de 50 % des accouchements ayant lieu dans la région.
- La région compte trois maternités de niveau III : CHU de Nantes, CHU d'Angers et Centre hospitalier du Mans, huit maternités de niveau II, et quinze maternités de niveau I, l'ensemble de ces établissements étant fédérés au sein du Réseau sécurité naissance, mis en place en 1998.

## Soins en gynécologie-obstétrique 22.3

### 1 NOMBRE DE LITS INSTALLES ET PLACES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>							
Hosp. complète (lits)	14 695	724	185	190	113	99	137
Hosp. de jour (places)	874	36	11	13	5	0	7
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>							
Hosp. complète (lits)	8 500	498	270	110	0	100	18
Hosp. de jour (places)	36	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>							
Hosp. complète (lits)	23 195	1 222	455	300	113	199	155
Hosp. de jour (places)	910	36	11	13	5	0	7
Taux d'équipement	1,68	1,61	1,62	1,72	1,82	1,60	1,32

Source : DRASS (SAE)

### 2 ACTIVITE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2001)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2001	
			PDL	France m.
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	41 515	826 520	2,2%	1,0%
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	9 194	208 023	24,8%	21,6%
Nombre d'accouchements	25 636	451 812	nd	nd
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	30 237	454 214	-1,2%	-2,1%
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	612	75 528	10,0%	36,8%
Nombre d'accouchements	17 280	297 292	nd	nd
<b>TOTAL</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	71 752	1 280 734	0,7%	-0,2%
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	9 806	283 551	23,4%	24,6%

Source : DRASS (SAE)

### 3 MATERNITES SELON LE NOMBRE D'ACCOUACHEMENTS

Pays de la Loire (2001)

	Nombre de maternités	Nombre total d'accouchements	Proportion
moins de 300 accouchements	1	189	0,4%
de 300 à 999 accouchements	11	8 296	19,3%
de 1 000 à 1 499 accouchements	4	5 371	12,5%
de 1 500 à 1 999 accouchements	5	8 980	20,9%
2 000 accouchements et plus	7	20 080	46,8%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>42 916</b>	<b>100,0%</b>

Source : DRASS (SAE)

On ne dénombre plus que 26 maternités dans la région en 2003, une fermeture et une fusion étant intervenue depuis cette enquête.

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

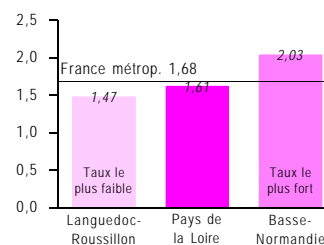
par ordre décroissant

	Valeur	Rang*
Taux d'équipement en gynécologie-obstétrique	1,61	18ème
Indice conjoncturel de fécondité (2000)	2,01	1er

Sources : DRASS (STATISS), INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 5 TAUX D'EQUIPEMENT EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (01/01/2002)



Source : DRASS (STATISS)

### 6 LES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTOUR DE LA NAISSANCE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	Gynécologues-obstétriciens	Pédiatres	Sages-femmes
<b>Pays de la Loire</b>			
Nombre total	195	209	703
densité	11,7*	24,5**	89***
<b>France métropolitaine</b>			
Nombre total	5 093	6 382	15 122
densité	16,8*	42,5**	104***

Sources : DREES, INSEE

\* nombre de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes

\*\* nombre de pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans

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

#### DEFINITIONS

**Taux d'équipement** : nombre de lits installés (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

**Etablissement sous OQN** : on désigne sous ce terme les établissements privés soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'Objectif quantifié national (OQN).

**SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), aussi appelés établissements de moyen séjour, regroupent un ensemble d'activités dont le point commun est de se situer le plus souvent en aval d'une hospitalisation dans un service de soins aigus. L'importance de cette activité a pendant longtemps été insuffisamment reconnue alors que son développement a un caractère stratégique. Le raccourcissement des durées de séjour dans les unités de soins aigus, l'optimisation de l'occupation des lits, la chronicisation de certaines pathologies et le vieillissement de la population nécessitent en effet d'organiser de véritables filières de soins entre les établissements de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique) et de moyen séjour.

Les soins de suite et de réadaptation (88 900 lits d'hospitalisation complète) regroupent deux types d'activité, les soins de suite (ou de convalescence) avec 61 700 lits, et la rééducation et réadaptation fonctionnelle (26 300 lits). Ces équipements représentent globalement près de 19 % du nombre total de lits d'hospitalisation complète (France métropolitaine). Depuis 1990, les capacités en lits ont baissé de 7 % : en revanche, le nombre d'entrées a fortement augmenté, + 18 %. Parallèlement, les prises en charge en soins ambulatoires ou en hôpital de jour se sont développées (essentiellement en réadaptation fonctionnelle), avec 1,2 million d'entrées en 2000.

Les soins de suite concernent "la suite de soins initiés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)" qui s'adressent à des états pathologiques non stabilisés ne nécessitant plus de recourir à des investigations et/ou des traitements invasifs mais conduisant à prolonger la prise en charge en secteur hospitalier, avec le plus souvent soins de nursing et encadrement organisant le suivi médico-social.

Depuis 1995, la spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelle a été rebaptisée "médecine physique et de réadaptation". C'est une spécialité médicale transversale qui concerne tous les âges et toutes les pathologies. Elle est bâtie aujourd'hui sur des critères de prise en charge codifiés. Cette activité vise à "coordonner et à assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités". Elle s'appuie sur une évaluation quantitative de la perte fonctionnelle et de sa capacité restante, sur un pronostic évolutif permettant une action cohérente dans la durée (prévention, surveillance, traitement programmé). Une évaluation qualitative de l'environnement du patient et du poids respectif de chacun des éléments de la perte fonctionnelle médicale, sociale, familiale, afin de les hiérarchiser permet d'établir un plan de soins personnalisé en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé et travailleurs sociaux. La prise en charge se déroule en hospitalisation complète, de jour, ou

en prise en charge de ville au sein d'une équipe pluridisciplinaire encadrée par un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation.

Font également partie des activités de moyen séjour, les équipements spécialisés de soins de suite en alcoologie, en santé mentale, mais aussi de réadaptation des patients malvoyants. Les unités de soins pour des patients présentant un état végétatif persistant, mais également les cures thermales (présentes seulement dans certaines régions), sont également rattachées à ce groupe de disciplines.

L'implantation des équipements de soins de suite et de réadaptation s'est faite souvent par transformation des équipements existants (anciens sanatoriums par exemple), ce qui explique la grande disparité des taux d'équipement sur le territoire. Les équipements sont fortement concentrés dans les régions du sud de la France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire

- Avec 1,1 lit pour mille habitants, les Pays de la Loire se trouvent dans une situation comparable à la situation moyenne française, quant au taux d'équipement en lits de soins de suite. A l'intérieur de la région, les équipements en soins de suite sont surtout concentrés dans les départements de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.
- Le taux d'équipement en lits de réadaptation fonctionnelle est légèrement inférieur dans les Pays de la Loire par rapport à la situation moyenne française. La Sarthe et la Vendée sont les deux départements les mieux équipés, avec notamment le Centre de l'Arche près du Mans, et les différents établissements installés sur le littoral vendéen.
- Selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'année 2000, les soins mis en oeuvre dans les services de soins de suite et de réadaptation de la région concernent principalement les atteintes neuro-musculaires (21 % des journées d'hospitalisation), les soins post-traumatiques (18,3 %), la rhumatologie (16,4 %), les soins cardio-vasculaires et respiratoires (9,3 %) et le viscéral (8,2 %).
- Le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), 1999-2004, prévoit de réorganiser l'offre de soins de manière à assurer une meilleure complémentarité entre les structures de court et de moyen séjour. Il est également envisagé de mieux répartir l'offre actuelle en fonction des besoins de chaque territoire.



## Soins de suite et de réadaptation 22.4

### 1 LITS ET PLACES INSTALLEES EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>READAPTATION FONCTIONNELLE</b>							
<b>Etablissements Publics</b>							
Hosp. complète (lits)	8 283	468	285	34	66	0	83
Hosp. de jour (places)	812	79	50	5	4	14	6
<b>Etablissements Privés</b>							
Hosp. complète (lits)	19 114	723	152	90	0	219	262
Hosp. de jour (places)	3 174	201	39	20	0	87	55
Taux d'équipement*	0,53	0,45	0,45	0,20	0,24	0,60	0,74

### SOINS DE SUITE

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>Etablissements Publics</b>							
Hosp. complète (lits)	29 134	2 067	616	487	299	335	330
Hosp. de jour (places)	199	0	0	0	0	0	0
<b>Etablissements Privés</b>							
Hosp. complète (lits)	32 108	1 494	443	441	42	366	202
Hosp. de jour (places)	284	28	23	0	0	0	5
Taux d'équipement*	1,05	1,10	0,94	1,25	1,18	1,31	0,98

Source : DRASS (SAE)

\* établissements publics et privés

### 2 ACTIVITE EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	TCAM 1995-2001 Pays de Loire
<b>READAPTATION FONCTIONNELLE</b>			
Nombre d'entrées en hospit. complète	250 262	10 486	nd
Nombre de venues en hôpital de jour	1 124 708	86 391	nd
<b>SOINS DE SUITE</b>			
Nombre d'entrées en hospit. complète	579 497	37 048	nd
Nombre de venues en hôpital de jour	78 075	5 286	nd
<b>TOTAL</b>			
Nombre d'entrées en hospit. complète	829 759	47 534	-0,1%
Nombre de venues en hôpital de jour	1 202 783	91 677	0,2%

Source : DRASS (SAE)

### 3 REPARTITION DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE (PMSI)

Pays de la Loire (2000)

Catégorie majeure clinique	%
12 Neuro-musculaire	21,3
17 Post-traumatique	18,3
16 Rhumato-orthopédique	16,4
11 Cardio-vasculaire et respiratoire	9,3
15 Viscéral	8,2
13 Santé mentale	5,4
14 Sensoriel et cutané	4,5
20 Soins palliatifs	4,5
60 Autres situations	3,6
40 Rééducation spécialisée	3,3
30 Attente de placement	2,0
18 Amputations	1,4
50 Soins nutritionnels	1,3
80 Gériatrie aiguë	0,4
Total	100

Source : Direction régionale du service médical de l'assurance maladie

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

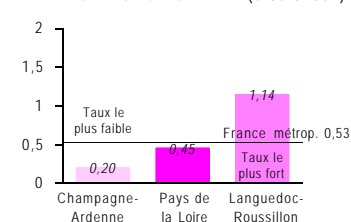
par ordre décroissant (01/01/2002)

	Nombre de lits installés pour 1 000 h.	Rang*
Réadaptation fonctionnelle	0,45	15ème
Soins de suite	1,10	9ème

Source : DRASS (STATISS)

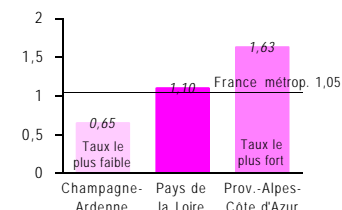
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 5 TAUX D'EQUIPEMENT EN READAPTATION FONCTIONNELLE (01/01/2002)



Source : DRASS (STATISS)

### 6 TAUX D'EQUIPEMENT EN SOINS DE SUITE (01/01/2002)



Source : DRASS (STATISS)

### DEFINITIONS

**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de soins de suite et/ou de réadaptation (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.

**Journées d'hospitalisation SSR (PMSI)** : ce tableau provient d'une première exploitation expérimentale de la base de données PMSI-SSR pour l'année 2000. Ces résultats prennent en compte les trois quarts des séjours en SSR dans les établissements de santé de la région. Pour le PMSI-SSR, les établissements de soins de suite et de réadaptation sont tenus de renseigner pour chaque semaine d'hospitalisation (et non pour chaque séjour comme dans le PMSI-médecine-chirurgie-obstétrique) un certain nombre de données standardisées : caractéristiques démographiques du patient, problèmes de santé pris en charge pendant la semaine d'observation, actes médicaux effectués, autonomie du patient, temps de rééducation... Chaque "semaine-séjour" est classée dans un groupe homogène de journées (GHJ), ces groupes étant eux mêmes répartis en catégories majeures cliniques (CMC).

**SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

Les troubles mentaux constituent un problème de santé majeur tant par le nombre de personnes concernées, que par les incapacités et les handicaps qu'ils génèrent (voir page 66). Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué en France. De nouvelles thérapeutiques ont été mises en oeuvre permettant à de nombreux patients qui vivaient exclusivement en milieu institutionnel une plus grande autonomie de vie. L'un des enjeux des politiques de santé mentale est aussi de faciliter la réadaptation et la réinsertion sociale des malades mentaux.

Depuis 40 ans, la psychiatrie publique est organisée en "secteurs", au sein desquels des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients en ambulatoire ou en hospitalisation. Les patients peuvent ainsi bénéficier de consultations dans les Centres médico-psychologiques (CMP), ou être pris en charge en hôpital de jour, en centre d'accueil thérapeutique, en hospitalisation "plein temps", ou encore à domicile. Les soignants rattachés aux secteurs interviennent également au sein d'institutions (maisons de retraite, foyers pour personnes handicapées...).

Le territoire français est organisé en 830 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent en moyenne chacun 54 000 habitants de plus de 20 ans, et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population moyenne de 49 000 enfants et adolescents. La file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) de l'ensemble des secteurs adultes et enfants s'élève en 2000 à 1,6 million de patients. Cela représente un taux de recours moyen aux secteurs de psychiatrie au cours d'une année de 27 patients pour mille habitants. En onze ans, la file active des secteurs adultes a progressé de 62 %. Chaque secteur adulte a une file active moyenne de 1 390 patients.

Le nombre de lits d'hospitalisation "temps plein" (sectorisés ou pas) en psychiatrie générale a été réduit de plus d'un tiers au cours de la décennie pour atteindre 60 300 en 2001. 69 % des équipements sont installés dans les établissements publics. Alors que le nombre de journées d'hospitalisation "temps plein" diminue régulièrement (19 millions en 2001 contre 27,7 millions en 1990), le nombre de patients hospitalisés progresse : près de 294 500 personnes ont été hospitalisées au moins une fois en 2000 dans les secteurs de psychiatrie adultes contre 249 800 en 1991 (+ 18 %), données qui ne prennent cependant pas en compte les hospitalisations dans les établissements privés sous OQN.

La réduction des durées de séjour en hospitalisation "temps plein" s'accompagne d'une diversification des modes de prise en charge : dans la file active des secteurs adultes en 2000, 85 % des patients bénéficient d'une prise en charge ambulatoire (CMP, soins à domicile...) et 11 % d'une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour, de nuit, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

En 1998, on a dénombré 54 200 hospitalisations "à la demande d'un tiers" et 8 500 hospitalisations d'office.

D'après le Baromètre santé, environ une personne sur vingt (dans la population âgée de 12 à 75 ans) déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale au cours des douze derniers mois. Ces soins peuvent être délivrés par les secteurs psychiatriques mais aussi par des psychiatres libéraux. Le nombre d'actes de psychiatres et neuro-psychiatres remboursés par l'assurance maladie (pour 6 500 professionnels en activité en 2000) a doublé entre 1985 et 2000 (17 millions d'actes). Selon les chiffres de l'assurance maladie, la file active moyenne d'un praticien libéral est de 302 patients par an. Alors que la demande de soins en santé mentale progresse régulièrement, la baisse importante du nombre de psychiatres attendue d'ici 2015 qui va affecter aussi bien le secteur libéral que les secteurs psychiatriques, pose des problèmes d'adaptation importants pour l'organisation sanitaire.

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire

- Il existe 43 secteurs de psychiatrie adultes et 17 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans les Pays de la Loire.
- La file active de ces secteurs (générale et infanto-juvénile) est de 75 000 patients, ce qui représente un taux de recours moyen de 23 patients pour mille habitants. Ce taux de recours est plus élevé aux âges extrêmes, parmi les moins de 15 ans d'une part, et les plus de 85 ans d'autre part (34 pour mille).
- 262 psychiatres, 33 internes et 4 400 personnels (ETP) exercent dans les secteurs de psychiatrie adultes et enfants de la région. Par ailleurs, 247 psychiatres libéraux sont installés dans les Pays de la Loire.
- 84 % des patients suivis dans les secteurs adultes sont pris en charge en ambulatoire (CMP,.....), et 18 % à temps partiel (hôpital de jour, accueil thérapeutique...). Ce pourcentage est respectivement de 96 % et 15 % en psychiatrie infanto-juvénile.
- En psychiatrie adultes, 15 400 patients ont été hospitalisés au moins une fois en 2000, mode de prise en charge qui concerne 28 % des patients.
- L'hospitalisation est un mode de prise en charge peu fréquent en psychiatrie infanto-juvénile, avec seulement 400 enfants hospitalisés en 2000. Le taux d'équipement très élevé du département de la Vendée pour cette discipline (en comparaison avec les autres départements) s'explique par la présence dans ce département d'un établissement de soins qui accueille des enfants polyhandicapés.
- 3 500 personnes ont été hospitalisées "sans leur consentement" en 1998 dans la région : 89 % à la demande d'un tiers, et 11 % par hospitalisation d'office.

**1 NOMBRE DE LITS ET PLACES EN PSYCHIATRIE**

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>							
Hospitalisation complète*	2 087	183	10	42	4	8	119
Hospitalisation de jour	8 415	484	188	92	23	72	109
Total	10 502	667	198	134	27	80	228
Taux d'équipement	0,83	0,93	0,77	0,81	0,42	0,69	2,02
Placement familial thérapeut.	817	43	22	11	6	0	4
<b>Psychiatrie générale (adultes)</b>							
Hospitalisation complète*	61 188	2 970	953	729	284	541	463
Hospitalisation de jour	16 218	1 193	386	352	103	161	191
Total	77 406	4 163	1 339	1 081	387	702	654
Taux d'équipement	1,67	1,63	1,49	1,88	1,73	1,67	1,50
Placement familial thérapeut.	3 243	211	125	58	6	20	2

Source : DRASS-DREES (SAE)

\* y compris appartements thérapeutiques

**2 FILE ACTIVE ET MOYENS DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE**

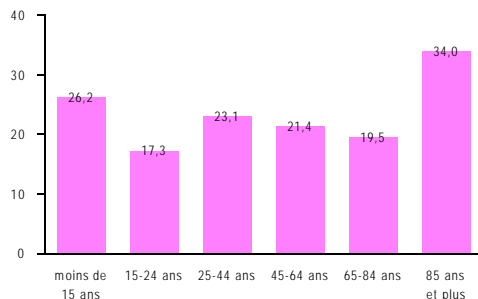
Pays de la Loire (2000)

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
Nombre de secteurs	43	17
File active moyenne par secteur	1 278	1 182
File active totale*	54 960	20 091
dont pourcentage suivis en ambulatoire	84 %	96 %
dont pourcentage suivis à temps partiel	18 %	15 %
dont pourcentage suivis à temps complet	28 %	2,0 %
Nombre de lits d'hospitalisation plein temps	2 221	104
Nombre de praticiens (effectif)	244	78
Nombre de praticiens (ETP)	197	65
Nombre d'internes en psychiatrie	25	8
Personnel non médical (ETP)	3 667 **	706 **

Source : DRASS (rapports de secteurs)

\* la somme des pourcentages n'est pas égale à 100 %, un patient pouvant cumuler plusieurs modes de prise en charge (ambulatoire et temps complet...) au cours d'une année  
\*\* données 1999**3 TAUX DE RECOURS AUX SECTEURS DE PSYCHIATRIE SELON L'AGE POUR 1 000 HABITANTS**

Pays de la Loire (1999)



Source : DREES (rapports de secteurs)

**4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL**

par ordre décroissant (01/01/2002)

Taux d'équipement	Nombre de lits installés pour 1 000 h.	Rang*
Psy. infanto-juvénile	0,93	10ème
Psy. générale (adultes)	1,63	14ème

Source : DREES (SAE)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

**5 HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT DANS LES ETAB. PSYCHIATRIQUES**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998)

	France métrop.	Pays de la Loire
<b>Hospitalisation sur demande d'un tiers</b>		
Nombre	54 194	3 125
Taux *	122,8	130,0
<b>Hospitalisation d'office</b>		
Nombre	8 453	374
Taux *	19,2	15,6

Source : SCORE-SANTE

\* taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

**DEFINITIONS****Taux d'équipement (psychiatrie infanto-juvénile) :** nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus.**Taux d'équipement (adultes) :** nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 habitants de plus de 16 ans.**Hospitalisation à la demande d'un tiers :** admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après 2 certificats médicaux circonstanciés.**Hospitalisation d'office :** hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié, ou par le maire, en cas de troubles occasionnels connus de "notoriété publique".**File active :** nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.**Taux de recours :** file active rapportée à l'effectif de population générale de ce groupe d'âge (ce tableau ne concerne que les personnes prises en charge par les secteurs de psychiatrie).**Etablissements sous OQN :** ce terme désigne les établissements de santé privés, dont les ressources dépendent d'un tarif journalier fixé par l'Agence régionale de l'hospitalisation, à l'intérieur d'une enveloppe nationale ventilée entre régions : "Objectif quantifié national".

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

En 2001, les établissements de santé emploient 977 700 personnes (sages-femmes et personnel non médical) en France métropolitaine (non compris les praticiens). Trois emplois sur quatre (équivalent temps plein-ETP) dépendent des établissements publics. Les 29 CHR représentent à eux seuls le quart de l'emploi total (2000). Les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN) emploient 14 % des effectifs, et les autres établissements privés sous dotation globale 11 %. L'essentiel des emplois sont rattachés aux unités de soins (70 %). Les personnels administratifs et de direction représentent 12 % des emplois, et les personnels techniques et ouvriers 12 % également. Les deux catégories d'emploi les plus nombreuses (ETP) sont les infirmiers (27,6 %, non compris les cadres de santé), devant les aides-soignants (23 %).

Depuis 1990, les effectifs employés ont progressé au rythme annuel de 0,4 %. La progression la plus forte concerne les sages-femmes (près de 2 % d'augmentation annuelle), les infirmiers (1,8 %) et les aides-soignants (1,4 %). En revanche, les effectifs d'agents de service hospitalier et de personnels techniques et ouvriers sont en baisse. Mais la progression générale des effectifs correspond surtout à un recours de plus en plus fréquent au temps partiel : 22 % des personnels hospitaliers travaillent à temps partiel en 2000 contre 13 % seulement en 1991. Aujourd'hui, un infirmier sur quatre exerce à temps partiel.

Les effectifs de praticiens sont difficiles à appréhender, à cause de la diversité de leurs statuts. Les établissements publics emploient globalement 79 300 médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, pour 50 500 ETP. Cela signifie qu'environ 38 % du nombre total des médecins ont une activité dans un hôpital public (parfois très partielle comme les attachés par exemple). Les médecins exerçant à l'hôpital ont soit un statut de praticien hospitalier et exercent comme "temps plein", temps partiel (cumulant une activité à l'hôpital et en cabinet ou dans une clinique), ou attaché (parfois pour une simple vacation par semaine). Environ la moitié des praticiens exercent leur activité à temps plein.

Les 5 200 praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) exercent presque exclusivement dans les établissements publics (2000). Ils ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, et ont à cette fin le statut de praticien bi-appartenant (hôpital et faculté), l'université étant leur employeur principal. 35 % d'entre eux exercent en Ile-de-France (région qui représente 17 % de la population française).

On dénombre 10 000 médecins exerçant comme salariés dans les établissements de santé privés, dont 39 % exercent à temps plein. Les établissements privés qui emploient des médecins salariés sont essentiellement de statut mutualiste ou associatif, et fonctionnent sous dotation globale.

Le recensement des médecins dans les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN) soulève également quelques difficultés, car les praticiens y exercent à titre libéral et interviennent en général dans plusieurs établissements différents.

Par ailleurs, 17 200 internes de médecine générale et de spécialité (contre 25 000 en 1989) contribuent en 2001 au fonctionnement des établissements de santé, essentiellement dans les établissements publics.

*Bibliographie page 180*

### Dans les Pays de la Loire

- Les établissements de santé de la région emploient près de 50 000 personnels non médicaux en 2001 (44 700 ETP).
- L'essentiel des moyens en personnel non médical dépend du secteur public (78 % des emplois). Les deux CHU (Nantes et Angers) représentent à eux seuls 23 % de l'ensemble des personnels non médicaux (ETP).
- Les établissements privés sous OQN représentent 13,1 % des emplois et les établissements privés sous dotation globale (établissements mutualistes, centres de recherche et de lutte contre le cancer...) 7,5 %.
- L'effectif total des personnels non médicaux a progressé de 1,2 % par an depuis dix ans, contre 0,4 % au plan national. Cette progression des effectifs a surtout concerné les personnels soignants, et en particulier les infirmiers (+ 2,8 %), sages-femmes (+ 2,7 %) et aides-soignants (+ 2,2 %). En revanche, comme au plan national, les effectifs d'agents de service hospitalier et de personnels techniques et ouvriers sont en baisse.
- Mais cette croissance globale des effectifs illustre surtout le développement du temps partiel. 30 % des agents occupent un emploi à temps partiel dans la région contre 22 % au plan national. Plus d'un tiers des infirmiers et des aides-soignants exercent aujourd'hui à temps partiel dans les Pays de la Loire.
- On dénombre 3 400 praticiens exerçant dans les établissements de santé publics de la région, ce qui correspond à 2 200 équivalents temps plein. 56 % des praticiens hospitaliers exercent à temps plein. On dénombre par ailleurs 312 médecins salariés dans les établissements de santé privés (associatifs ou mutualistes principalement).

## Personnels des établissements de santé 22.6

### 1 EFFECTIF DU PERSONNEL NON MEDICAL DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES

Pays de la Loire, France métropolitaine (décembre 1990 - 2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	TCAM 1990/2001	ETP	Temps partiel	% éta publics
Personnel administratif	116 583	5 468	1,9%	4 856	35 %	72 %
Personnel des services de soins	673 787	35 713	1,7%	32 110	32 %	78 %
dont sages-femmes	11 320	540	2,7%	463	44 %	71 %
personnel d'encadrement	31 463	1 544	0,9%	1 493	11 %	83 %
psychologues	8 734	383	6,9%	282	52 %	85 %
infirmiers spec., DE, psy, puéricult.	268 610	13 741	2,8%	12 352	34 %	80 %
aides-soignants	220 088	12 769	2,2%	11 495	33 %	80 %
agents des services hospitaliers	111 705	5 739	-0,1%	5 242	25 %	73 %
Personnel éducatif et social	13 201	580	2,1%	491	44 %	68 %
Personnel médico-technique	42 773	1 892	1,5%	1 726	32 %	84 %
Personnel technique, informatique et ouvrier	111 379	5 828	-1,0%	5 492	15 %	81 %
TOTAL	957 723	49 481	1,4%	44 675	30 %	78 %

Source : DRASS (SAE)

### 2 REPARTITION DES EMPLOIS DU PERSONNEL NON MEDICAL DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (ETP)

Pays de la Loire (décembre 1995 - 2001)

	Pays de la Loire	%	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CHU	10 258	23,0	6 512	3 746	///	///	///
Autres étab. publics	25 211	56,4	5 057	4 491	3 566	6 455	5 642
Privé sous DG	3 340	7,5	1 215	881	30	789	425
Privé sous OQN	5 865	13,1	2 558	1 440	343	1 046	478
Total	44 675	100,0	15 341	10 558	3 939	8 290	6 546
Evolution 1995-2001	7,4%	///	8,5%	10,1%	5,4%	-0,2%	12,7%

Source : DRASS (SAE)

#### DEFINITIONS

ETP : équivalent temps plein

SAE : statistique annuelle des établissements de santé.

Privé sous DG : établissement de santé privé ayant une tarification par dotation globale comme les établissements publics.

Etablissement sous OQN : on désigne sous ce terme les établissements de santé privés soumis à une tarification à la journée, dont l'évolution est encadrée par l'objectif quantifié national (OQN).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Personnel non médical : les tableaux 1 à 5 dénombrent les personnels non médicaux, y compris les sages-femmes, non compris les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens.

Praticiens hospitaliers (tableau 6) : ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, des établisse-

ments publics et privés, salariés, quel que soit leur statut (universitaire, praticien temps plein, temps partiel, attaché...). Ce tableau ne concerne pas les médecins exerçant à titre libéral dans les établissements sous OQN. Les praticiens hospitalo-universitaires ont une triple mission d'enseignement, de soins et de recherche. Ils ont un statut de praticiens bi-appartenant (faculté et hôpital), l'université étant leur employeur principal.

En dehors des praticiens hospitalo-universitaires, les médecins qui exercent dans les hôpitaux publics ont deux types de statut. Soit ils sont recrutés sur concours comme praticien "temps plein" ou "temps partiel" et sont titulaires de leur poste. Soit ils ont un statut temporaire : médecin assistant (6 ans maximum), contractuel (2 ans maximum), ou praticien-attaché (contrats de 3 ans renouvelables).

### 3 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

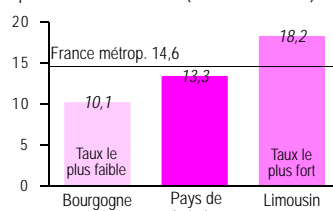
par ordre décroissant (décembre 2001)

	Valeur	Rang*
Personnel non médical des établissements de santé pour 1 000 hab. (ETP)	13,3	18ème

Source : DRASS (SAE)

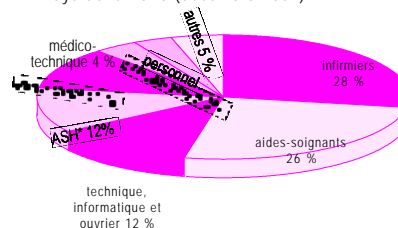
\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 4 PERSONNEL NON MEDICAL (ETP) pour 1 000 habitants (décembre 2001)



Source : DRASS (SAE)

### 5 PERSONNEL NON MEDICAL REPARTITION PAR TYPE D'EMPLOI (ETP) Pays de la Loire (décembre 2001)



Source : DRASS (SAE)

\* agents des services hospitaliers

### 6 PRATICIENS HOSPITALIERS

Pays de la Loire (2001)

	Pays de la Loire	France métrop.
<b>PUBLIC - effectif</b>		
Total	3 395	79 324
Hospitalo-universitaires*	235	5 177
% femmes	37,7	37,7
% temps plein	55,7	51,4
Internes	786	17 237
<b>PUBLIC - équivalent temps plein</b>		
Total dont	2 199	50 465
Praticiens hospitaliers	1 403	28 708
Assistants	159	3 879
Attachés	249	9 479
<b>PRIVE SOUS DOTATION GLOBALE</b>		
Effectif total	312	9 899
% femmes	37,2	37,4
% temps plein	34,9	41,6

Source : DRASS (SAE)

\* données 2000

## 22 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Contexte national

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage". Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème. L'organisation de la prise en charge des urgences médicales dépend d'une part du Préfet, qui préside dans chaque département le Comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, mais aussi de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), qui planifie la création des unités d'accueil des urgences hospitalières dans le cadre du Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dépend dorénavant des Conseils de l'Ordre des médecins mais aussi du Préfet, la participation des médecins à la permanence des soins s'effectuant sur la base du volontariat.

La régulation des appels d'urgence est organisée par les Centres de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelés "Centres 15", et installés au sein des SAMU. Cette centralisation des appels, qui s'étend progressivement au secteur libéral, existe désormais dans tous les départements. Les médecins libéraux et les associations de médecins participent dans de nombreux départements au fonctionnement de ces centres, au côté des praticiens hospitaliers. En 1998, les CRRA ont traité 4,7 millions d'affaires, soit en moyenne 122 appels quotidiens par centre. 62 % de ces affaires proviennent des particuliers, 24 % des sapeurs-pompiers, 4 % des médecins libéraux et 4 % des établissements de santé. Les problèmes ainsi pris en charge concernent des maladies et troubles mentaux (63 % des appels), des traumatismes (22 %), et enfin des intoxications et empoisonnements (4 %). Les réponses apportées sont des conseils médicaux ou des informations pour 36 % des affaires traitées. L'intervention du médecin libéral est sollicitée dans 18 % des cas. Le SAMU déclenche la sortie d'un véhicule de secours dans 43 % des affaires : pompiers (23 %), SMUR (12 %) et ambulance privée (8 %). En 2000, 620 000 sorties des SMUR ont été dénombrées au plan national, 78 % étant des sorties primaires.

Mais toutes les situations d'urgence ne transitent pas par les Centres 15. Ainsi, 70 % des usagers de services d'urgences hospitalières s'y présentent directement, sans contact préalable, même téléphonique. La population ne contacte pas toujours le centre 15 mais s'adresse parfois directement aux professionnels de santé libéraux et en particulier aux médecins généralistes.

La prise en charge des urgences dans les établissements de santé repose sur trois types d'unités de soins. Les 207 Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont organisés pour prendre en charge tous les types d'urgences, quelle que soit leur gravité. Les 327 UPATOU (Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences) travaillent en relais avec les SAU pour les urgences

courantes. Enfin, des Pôles spécialisés (POSU) peuvent également être créés pour la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (chirurgie de la main, ou urgences pédiatriques par exemple).

Le nombre de passages dans les services d'urgences hospitalières est passé de 7,6 millions en 1991 à 13 millions en 2001, ces passages étant suivis dans 18 % des cas par une hospitalisation. Cela correspond à un taux de recours moyen de 222 passages pour mille habitants, variant selon les régions de 170 pour la plus faible à 309 pour la plus élevée. Les motifs de recours se répartissent à peu près de manière équivalente entre les problèmes somatiques et les traumatismes (48 % des passages pour chacune de ces causes).

*Bibliographie page 181*

### Dans les Pays de la Loire

- Les six "Centres 15" de la région ont traité 347 000 appels en 1998, qui ont abouti à 173 000 "affaires" prises en charge. Un peu plus de la moitié de ces affaires ont pour origine un particulier, une sur trois les sapeurs-pompiers, et 4 % les médecins libéraux. Dans 62 % des cas, le lieu de détresse est le domicile. Depuis l'automne 2002, le SAMU de la région nazairienne a été rattaché à celui de Nantes, et l'on dénombre dorénavant un SAMU par département. Par ailleurs, le Centre anti-poisons, basé à Angers, assure une permanence téléphonique de conseil et d'orientation en cas d'intoxication humaine et animale.
- Les Pays de la Loire disposent de sept Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) installés dans les CHU de Nantes et d'Angers, et dans les Centres hospitaliers de Saint-Nazaire, Cholet, Laval, Le Mans et La Roche-sur-Yon, qui prennent en charge 63 % des urgences hospitalières de la région. On dénombre, par ailleurs, 21 UPATOU, dont cinq dans les établissements privés, et un pôle spécialisé pour la chirurgie de la main à Nantes (POSU).
- Dans les Pays de la Loire, le nombre de passages dans les services d'urgences a augmenté de 68 % depuis 1995 (554 000 passages en 2001). Parallèlement la proportion de patients hospitalisés diminue (de 42 % en 1991 à 27 % en 2001).
- Les Pays de la Loire ont le plus faible taux de recours aux urgences, inférieur de 23 % à la moyenne française. Les situations sont fortement contrastées à l'intérieur de la région, les taux de recours étant nettement plus élevés en Mayenne et en Sarthe, les deux départements ayant la plus faible densité médicale dans la région.
- Le taux d'hospitalisation aux urgences est nettement plus élevé dans la région qu'au plan national (+ 31 %).

## Urgences hospitalières 22.7

### 1 NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES HOSPITALIERES

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de passages	13 109 793	554 165	156 945	112 491	61 351	115 143	108 235
Taux de recours pour 1 000 hab.	222	170	136	152	213	215	198
Taux d'hospitalisation	18,3%	26,6%	30,2%	16,1%	33,7%	30,1%	24,4%

Source : DREES (SAE)

### 2 ACTIVITE DES SERVICES MOBILES D'URGENCES (SMUR)

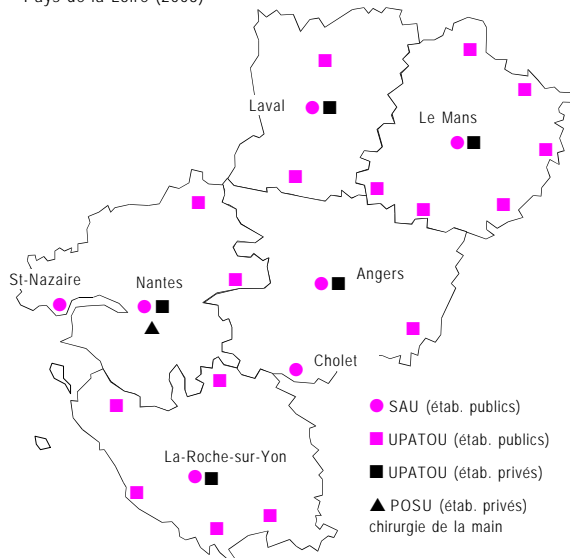
Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de sorties primaires	489 709	15 222	4 320	3 145	1 799	2 151	3 807
dont non suivies d'un transport médicalisé	26,4%	23,4%	26,3%	15,5%	35,2%	35,6%	14,3%
Nombre de sorties secondaires	134 181	5 871	1 857	1 749	320	967	978
Total	623 890	21 093	6 177	4 894	2 119	3 118	4 785

Source : DREES (SAE)

### 3 UNITES HOSPITALIERES D'URGENCE

Pays de la Loire (2003)



Source : ARH-DRASS

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre décroissant (2001)

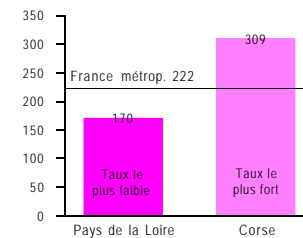
	Valeur	Rang*
Taux de recours pour 1 000 habitants	170	22ème

Source : DREES (SAE)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 5 TAUX DE RECOURS AUX URGENCES

Pays de la Loire (2001)



Source : DREES (SAE)

#### DEFINITIONS

**Taux de recours** : nombre de passages dans les urgences hospitalières pour mille habitants.

**SAMU** : service d'aide médicale urgente.

**SMUR** : service mobile spécialisé d'urgence et de réanimation

**Affaires** : ensemble de mesures consécutives à une demande d'aide médicale urgente.

**Sortie primaire** : sortie d'un véhicule de secours du lieu de détresse vers le lieu de soins.

**Sortie secondaire** : sortie d'un véhicule de secours d'un lieu de soins vers un autre lieu de soins.

**Transport médicalisé** : transport d'un patient dans un véhicule de secours, avec l'assistance d'un médecin.

**SAU** : service d'accueil des urgences, chargé de la prise en charge de tous types d'urgence, quelle que soit leur gravité.

**UPATOU** : unité de proximité, d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences courantes, en relais avec un SAU.

**POSU** : prise en charge spécialisée, en relais avec un SAU.

## 23 CONSOMMATION DE SOINS

### Contexte national

Selon les comptes de la santé, la dépense courante de santé s'est élevée à 158 milliards d'euros en 2002. Les dépenses relatives à la consommation de soins et de biens médicaux, qui représentent l'essentiel de la dépense courante de santé, atteignent 136 milliards d'euros, soit en moyenne 2 218 euros par habitant. Les autres dépenses concernent la médecine préventive, les dépenses de recherche, de formation, les indemnités journalières...

La dépense nationale de santé (qui est un concept légèrement différent de la dépense courante de santé) représente en France 9,5 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2001, ce qui situe la France au cinquième rang des pays de l'OCDE derrière les Etats-Unis (13,9 %), la Suisse (10,9 %), l'Allemagne (10,7 %), et le Canada (9,7 %).

En 2002, 75,7 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux sont financées par la sécurité sociale, pourcentage pratiquement stable depuis dix ans. Cette apparente stabilité cache en réalité deux tendances inverses. D'une part, une proportion de plus en plus importante du coût des soins ambulatoires est supportée par les mutuelles ou les assurés sociaux. D'autre part, le nombre de personnes admises en affection de longue durée (ALD) augmente, ce qui majore les dépenses supportées par l'assurance maladie, car ces assurés sociaux bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour la pathologie pour laquelle ils sont admis en ALD (voir page 26).

Les mutuelles financent 7,5 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux en 2002 (6,1 % en 1990), les sociétés d'assurance 2,7 % et les institutions de prévoyance 2,5 %. Les ménages gardent à leur charge 10,6 % du coût des soins. La participation de l'Etat au financement de la dépense de consommation de soins et de biens médicaux reste marginale (1,0 %) et concerne principalement le financement partiel de la protection sociale agricole et la Couverture maladie universelle (CMU).

Les dépenses de soins hospitaliers représentent globalement 43,0 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (en 2002), réparties entre les établissements sous dotation globale (34,5 %), et les autres établissements de santé (8,5 %). Les médicaments sont le deuxième poste de dépenses (21,0 %), avant les soins médicaux (12,5 %), et les soins dentaires (5,6 %).

Les dépenses de santé sont fortement liées à l'âge, les indices de consommation les plus élevés étant ceux des enfants de moins d'un an et ceux des personnes âgées. Il existe également un lien étroit entre la consommation de soins et le milieu social, les dépenses étant plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés (une fois corrigés les effets liés au sexe et à l'âge). La dépense d'hospitalisation est ainsi supérieure de 31 % par rapport à la moyenne chez les ouvriers alors qu'elle est inférieure de 42 % chez les cadres.

Bibliographie page 181

### Dans les Pays de la Loire

● La DREES a effectué pour la période 1997-1998 des comparaisons interrégionales concernant les dépenses d'assurance maladie remboursées par les trois principaux régimes de base. Ces données ne sont pas directement comparables aux Comptes de la santé, qui prennent en compte l'ensemble des dépenses, et non pas seulement celles qui sont remboursées. D'après cette étude, les Pays de la Loire font partie des régions qui ont la plus faible dépense remboursée par habitant, une fois corrigés les effets liés à la structure par âge, au 18ème rang des régions de France métropolitaine.

● Dans les Pays de la Loire, les caisses d'assurance maladie ont également analysé les dépenses de santé remboursées aux assurés sociaux de la région (assurance maladie, maternité, accidents du travail). Selon cette source, les remboursements pour l'année 2001 s'élèvent à 5,6 milliards d'euros. Les versements aux établissements de santé représentent 45,4 % du budget régional : 32,6 % concernent les établissements publics, 3,8 % les établissements privés sous dotation globale et 9,1 % les établissements privés à tarification contractuelle.

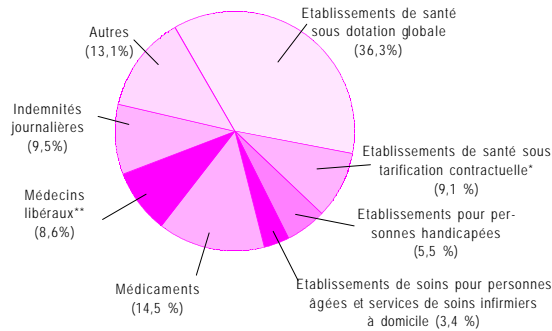
L'assurance maladie finance également partiellement le budget des établissements pour personnes handicapées, soit 5,5 % des remboursements (dans les Comptes de la santé, ces dépenses ne sont pas incluses dans l'agrégat "dépense courante de santé").

● Selon cette même source, les médicaments représentent 14,5 % des remboursements dans la région. Les indemnités journalières (maladie, maternité, accidents du travail) sont également un poste de dépenses important, avec 9,5 % des remboursements. Viennent ensuite les honoraires des médecins libéraux (8,6 %), puis ceux des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes (2,9 %).

*La part des dépenses remboursées par les caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire relatives aux médicaments (14,5 %) et aux honoraires des médecins libéraux (8,6 %) apparaissent "faibles", en comparaison avec la structure des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux des Comptes de la santé 2002 (21,0 % et 12,5 %). Ces différences s'expliquent d'une part par le fait que l'assurance maladie ne prend en charge qu'une partie du coût des médicaments et des honoraires, à la différence des dépenses hospitalières, qui sont presque totalement à sa charge. D'autre part, les indemnités journalières sont comprises dans le montant total des dépenses remboursées par les caisses d'assurance maladie de la région, alors qu'elles sont exclues de l'agrégat "dépenses de consommation de soins et de biens médicaux" des Comptes de la santé (elles sont par contre comprises dans l'agrégat "dépenses courante de santé"). Enfin les dépenses versées aux établissements pour personnes handicapées ne sont pas prises en compte dans les Comptes de la santé.*



**1 LES DEPENSES DE SANTE REMBOURSEES**  
Pays de la Loire (2002)



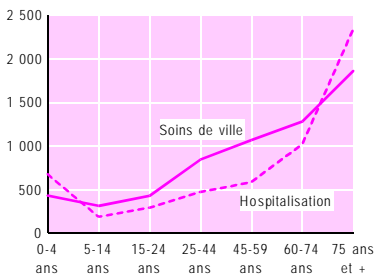
Sources : CRAM, URCAM  
\* y compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés  
\*\* non compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

**2 LES DEPENSES DE SANTE REMBOURSEES**  
Pays de la Loire (2002)

	Dépenses en millions d'euros	%
<b>ETABLISSEMENTS</b>		
Etablissements de santé*	2 532	45,4%
Etablissements pour personnes hand.	307	5,5%
Etablissements pour personnes âgées	191	3,4%
<b>SOINS AMBULATOIRES</b>		
Honoraires des médecins libéraux**	481	8,6%
Soins dentaires	145	2,6%
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes	161	2,9%
Médicaments	808	14,5%
Biologie	111	2,0%
Produits médicaux remboursés (LPPR)	164	2,9%
Transports	106	1,9%
<b>INDEMNITES JOURNALIERES</b>		
AUTRES***	42	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>5 576</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CRAM, URCAM  
\* y compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés  
\*\* non compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés  
\*\*\* orthophonistes, orthoptistes, cures thermales, autres prestations

**3 DEPENSES REMBOURSABLES EN EUROS PAR HABITANT SELON L'AGE**  
Pays de la Loire (2001)



Sources : CRAM, URCAM

**4 VERSEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE**  
Pays de la Loire (2002)

	Versements (en millions d'euros)	%	Evol. 2001/2002
Dotation globale	2 025	80,0%	5,4%
- établissements publics*	1 816	71,7%	5,6%
- autres	210	8,3%	3,5%
Etablissements sous tarification contractuelle	507	20,0%	10,0%
dont honoraires**	133	5,3%	23,9%
<b>TOTAL</b>	<b>2 532</b>	<b>100,0%</b>	<b>6,3%</b>

Sources : CRAM, URCAM  
\* y compris les unités de soins de longue durée publiques  
\*\* honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

**5 VERSEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX**  
Pays de la Loire (2002)

	Versements (en millions d'euros)	%	Evol. 2001/2002
Etablissements et services pour personnes handicapées	307	61,7%	4,8%
- enfants	231	46,3%	3,7%
- adultes	77	15,4%	7,1%
Etablissements et services pour personnes âgées*	191	38,3%	4,2%
- hébergement	148	29,6%	3,2%
- soins à domicile (SSIAD)	43	8,7%	7,5%
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>100,0%</b>	<b>4,4%</b>

Sources : CRAM, URCAM  
\* forfaits soins

**DEFINITIONS**

**Dépenses courantes de santé** (selon les Comptes de la santé) : c'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la "fonction santé". A l'agrégat "consommation de soins et de biens médicaux", elle ajoute la médecine préventive, les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement, et la gestion administrative de la santé.

**Dépenses nationales de santé** (selon les Comptes de la santé) : agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La dépense nationale de santé est évaluée à partir de la dépense courante de santé en déduisant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur public hospitalier.

**Dépenses remboursées** : il s'agit des dépenses remboursées aux bénéficiaires des trois principaux régimes de l'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des artisans, commerçants et professions libérales). Elles rendent compte, tous risques confondus, des dépenses des régimes obligatoires au profit des assurés ressortissants des caisses de la région, quel que soit l'endroit où ont été dispensés les soins, éventuellement en dehors de la région.

**Dépenses remboursables** : il s'agit des dépenses reconnues des assurés, quelle que soit la part de la dépense prise en charge par la caisse d'assurance maladie (dépassements d'honoraires non compris) = dépenses remboursées + ticket modérateur. Cet indicateur permet de comparer les dépenses entre elles quelle que soit la situation de l'assuré (exonéré du ticket modérateur ou non).

**LPPR** : liste des produits à prestation remboursée, anciennement dénommée TIPS (lunetterie, fauteuil roulant, déambulateur, prothèses...).

**Soins de ville** : cet indicateur correspond à toutes les dépenses qui ne sont pas hospitalières, et comprend notamment les honoraires des praticiens exerçant dans les établissements de santé privés (qui sont en revanche rattachés aux dépenses hospitalières dans le tableau 2).

### Contexte national

L'affiliation à un régime d'assurance maladie, qui détermine les modalités de remboursement des soins et d'indemnisation des arrêts de travail, est obligatoire, et dépend essentiellement de l'appartenance socio-professionnelle de l'assuré. La plus grande partie de la population française est couverte par le régime général de la sécurité sociale (84 % de la population en 2000), qui regroupe non seulement les salariés du secteur privé et des collectivités territoriales, mais également différents groupes professionnels rattachés au régime général mais uniquement pour les prestations en nature de l'assurance maladie : les étudiants, les fonctionnaires d'Etat, les salariés d'EDF-GDF... Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés), qui couvre 7 % de la population, et l'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI), 5 %. Les 4 % restant dépendent des régimes spéciaux (Mines, militaires, marins, Snct...). Depuis l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) au 1er janvier 2000, l'ensemble de la population peut bénéficier de l'assurance maladie. En décembre 2002, 1,4 million de personnes, n'ayant aucun rattachement à un régime existant comme assuré ou comme ayant droit, sont couvertes par la CMU de base.

Les différents régimes offrent aujourd'hui pratiquement les mêmes remboursements en ce qui concerne les soins. Les prestations des régimes spéciaux sont cependant plus avantageuses, avec une exonération du ticket modérateur lorsque leurs ressortissants consultent les médecins de caisses. En revanche, en ce qui concerne les prestations en espèces (indemnités journalières), les prestations proposées varient selon le type de régime.

Par ailleurs, il existe des situations particulières d'exonération du ticket modérateur et de prise en charge des soins à 100 %, dans le cas d'une maternité ou d'un accident du travail. C'est le cas également des personnes en affection de longue durée (ALD).

En plus de la protection maladie "de base", la plupart des français adhèrent à une couverture complémentaire (90 % de la population selon le CREDES en 2000). La moitié de la population est couverte par une mutuelle, 14 % par une caisse de prévoyance, 18 % sont clients d'une assurance privée. On peut noter également la situation particulière des habitants des deux départements d'Alsace et de Moselle, qui bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire, gérée par les caisses d'assurance maladie (CPAM, CMSA...). Les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain montant (562 euros par mois en

2002) peuvent bénéficier d'une couverture complémentaire grâce à la CMU. 4,5 millions de personnes bénéficiaient de cette mesure en décembre 2002, soit 7 % de la population. Dans les départements d'outre-mer, la CMU complémentaire concerne 34 % de la population. Cette couverture complémentaire est dispensée par une caisse d'assurance maladie (CPAM, CMSA...), par une mutuelle ou encore par une assurance privée. En décembre 2002, 15 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient recours à une mutuelle ou à une complémentaire privée, et 85 % étaient affiliés à une CPAM ou à la MSA.

*Bibliographie page 181*

### Dans les Pays de la Loire!

- Dans les Pays de la Loire, la proportion de personnes protégées par le régime général est moins importante qu'au plan national : respectivement 80 % et 84 % en 2000. Cette différence s'explique essentiellement par l'importance de la population rattachée au régime agricole : l'assurance maladie des exploitants et des salariés agricoles couvre 12 % de la population régionale contre 7 % au plan national.

35 000 ligériens sont couverts par la couverture maladie universelle de base en décembre 2002, ce qui représente 1 % de la population régionale.

- En 2001, 54 000 personnes ont été admises en affection de longue durée (ALD) dans la région. Le nombre d'admissions progresse, notamment à cause du vieillissement de la population, la fréquence d'admission en ALD étant fortement liée à l'âge.

Selon les estimations réalisées par les caisses d'assurance maladie, environ 12 % de la population des Pays de la Loire se trouve en ALD en 2001.

- Les Pays de la Loire se trouvent au 3ème rang parmi les régions les moins concernées par la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, avec 147 000 bénéficiaires en décembre 2002 : les départements ruraux de Mayenne et de Vendée ont les plus faibles proportions de bénéficiaires (respectivement 3,1 % et 3,2 %) contre 5,0 % en Loire-Atlantique, 4,9 % en Maine-et-Loire et 5,1 % en Sarthe).

## 1 REPARTITION DE LA POPULATION PROTEGEE PAR REGIME Pays de la Loire, France métropolitaine (2000)

	France métrop.	%	Pays de la Loire	%
Régime général	49 633 049	84,0	2 613 535	80,4
dont <i>Mutuelles étudiantes</i>	916 201	1,6	41 958	1,3
<i>Sections locales Mutualistes</i>	5 827 985	9,9	233 736	7,2
AMEXA (exploitants agricoles)	2 286 128	3,9	223 068	6,9
ASA (salariés agricoles)	1 895 629	3,2	163 230	5,0
AMPI	2 868 037	4,9	156 480	4,8
Militaires	965 937	1,6	36 857	1,1
SNCF	651 778	1,1	25 749	0,8
Marins	155 970	0,3	13 216	0,4
Mines	293 101	0,5	4 741	0,1

Source : CNAMTS

## 2 LES BENEFICIAIRES DE LA CMU Pays de la Loire (décembre 2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CMU de base*	1 156 217	34 541	14 924	10 142	1 295	5 073	3 107
CMU complémentaire**	3 889 355	147 069	57 288	36 313	8 866	27 224	17 378
% de bénéficiaires de la CMU complémentaire	6,6	4,5	5,0	4,9	3,1	5,1	3,2

Source : DREES

\* CMU de base : régime général et régime agricole

\*\* CMU complémentaire : régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes

## 3 EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS EN ALD Pays de la Loire (1998 - 2001)

	1998	1999	2000	2001
Nombre annuel d'admissions	32 719	44 072	53 290	54 210
Prévalence estimée au 31 décembre	nd	337 921	382 561	410 382

Source : URCAM - Services médicaux des caisses de l'assurance maladie

## 4 NOMBRE ANNUEL MOYEN D'ADMISSIONS EN ALD Pays de la Loire (moyenne 1999-2001)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Hommes	26 785	9 650	5 800	2 070	4 169	5 096
Femmes	23 973	8 700	5 328	1 854	3 770	4 321
Total	50 758	18 350	11 128	3 924	7 939	9 417
% de la population	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,7
% des plus de 75 ans	6,5	7,1	6,7	5,4	5,7	6,5

Source : URCAM - Services médicaux des caisses de l'assurance maladie

## 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre croissant (décembre 2002)

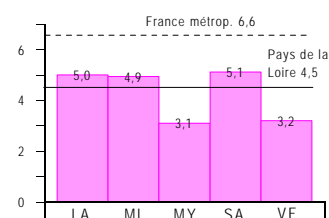
Indicateur	Valeur	Rang*
% de bénéficiaires de la CMU complémentaire	4,5 %	3ème

Source : DREES

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 6 % DE BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

Pays de la Loire, France métrop.  
(décembre 2002)



Source : DREES

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire  
MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

## DEFINITIONS

**CMU de base** : permet d'affilier automatiquement au Régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

**CMU complémentaire** : permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixées par décret. Elle permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunette, audio-prothèse...)

**Affection de longue durée (ALD)** : affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Les données relatives aux ALD concernent le régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI), ce qui représente 97 % de la population de la région. Voir aussi page 26 et 27.

**Prestation en nature, en espèces** : les prestations "en nature" désignent les actes médicaux et paramédicaux, les médicaments, la biologie, les soins hospitaliers et les prestations en espèces désignent les indemnités journalières.

**Exonération du ticket modérateur** : le ticket modérateur est la part des soins qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie (hors dépassement du tarif conventionnel). Il existe différentes conditions d'exonération du ticket modérateur (maternité, accident du travail, ALD, hospitalisation pour des soins coûteux...).

## 23 CONSOMMATION DE SOINS

### Contexte national

Selon les Comptes de la santé, l'ensemble des dépenses de soins hospitaliers (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de longue durée, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation) des Français a atteint 58 milliards d'euros en 2002 (955 euros par habitant). Cela représente 43,8 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux, réparties entre les établissements sous dotation globale (34,5 %) et les autres établissements de santé (8,5 %). 92 % des dépenses de soins hospitaliers des Français sont financées par la Sécurité sociale, 4 % par les mutuelles, assurances complémentaires, institutions de prévoyance et 4 % par les ménages eux-mêmes.

En 2001, selon l'enquête SAE, on a dénombré en France 11,4 millions de séjours en hospitalisation complète dans les services de soins hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Mais de nombreux patients sont également pris en charge en hôpital de jour (2,8 millions de venues) et en chirurgie ambulatoire (2,3 millions d'hospitalisations). Les soins en hôpital de jour sont le plus souvent des traitements itératifs, qui concernent le même patient, dans le cadre de protocoles de soins s'étalant sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Au cours des dernières décennies, le temps passé à l'hôpital a fortement diminué, les prises en charge en hôpital de jour et en chirurgie ambulatoire devenant de plus en plus fréquentes, et la durée moyenne de séjours pour les hospitalisations de plus de 24 heures évoluant à la baisse. Ainsi, selon l'enquête SAE, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie-obstétrique est passée de 6,9 jours en 1989 à 5,6 jours en 1999.

D'après les derniers chiffres publiés par le CREDES, 15 % de la population générale a été hospitalisée au moins une fois dans l'année en 1997 (toutes disciplines confondues), mais la fréquence des hospitalisations n'est pas connue avec précision, notamment chez les personnes âgées.

A partir des données du PMSI, la DREES publie des taux de séjour hospitalier dans les services de soins de médecine-chirurgie-obstétrique, obtenus en rapportant le nombre total de séjours à l'effectif par sexe et âge de la population. Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les taux de séjours les plus élevés sont les nouveau-nés et les personnes âgées. Le taux des enfants de moins d'un an est de 529 hospitalisations pour 1 000 nouveau-nés (non compris les séjours des nouveau-nés à la maternité), pour une moyenne nationale de 242 hospitalisations pour mille habitants. Le taux des personnes âgées de 75 ans et plus est de 584 hospitalisations pour 1 000 habitants.

Le temps passé à l'hôpital croît également fortement avec l'âge. Les traitements réalisés en hospitalisation de moins de 24 heures sont moins fréquents lorsque l'âge augmente, tandis que la durée moyenne des séjours de plus de 24 heures s'accroît. Un taux de séjour et une durée moyenne de séjour plus élevés expliquent que les personnes âgées occupent une part importante des lits hospitaliers (en particulier en médecine).

Les taux de séjour masculins sont toujours supérieurs aux taux féminins, en dehors de la période de maternité. Le taux

masculin est supérieur de 23 % au taux féminin pour les moins d'un an, et de 28 % pour les plus de 85 ans.

Dans la mesure où la fréquence des hospitalisations varie fortement selon l'âge, la DREES a calculé pour chaque région, des taux de séjour dits comparatifs, standardisés selon l'âge et le sexe. La région des Pays de la Loire a le taux le plus faible en 2000, inférieur de 9 % à la moyenne française. A l'opposé la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a un taux supérieur de 10 % à la moyenne française. La Corse se différencie particulièrement, avec un taux supérieur de 33 % à la moyenne nationale.

*Bibliographie page 181*

### Dans les Pays de la Loire

- Près de 750 000 séjours hospitaliers en service de soins de courte durée MCO ont concerné des habitants des Pays de la Loire au cours de l'année 2000. 17 % de ces séjours concernent des personnes de plus de 75 ans.
- Les habitants des Pays de la Loire ont le taux comparatif de séjour hospitalier dans les services de soins de médecine-chirurgie-obstétrique le plus faible en France, inférieur de 9 % à la moyenne nationale en 2000. Les 5 départements de la région présentent des taux comparatifs inférieurs à la moyenne nationale, mais c'est en Loire-Atlantique que l'écart est le plus important (- 13,6 % par rapport à la moyenne nationale).
- Dans la région comme en France, le taux de séjour augmente avec l'âge et est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf aux âges de la maternité.
- Globalement, 26 % des séjours ont duré moins de 24 heures (non compris les séjours de moins de 24 heures pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, et autres traitements itératifs). Mais la proportion de séjours de moins de 24 heures comme la durée moyenne de séjours des hospitalisations de plus de 24 heures varient selon les diagnostics d'hospitalisation. Ainsi, pour les affections de la sphère ORL, qui donnent lieu à une prise en charge massive en chirurgie ambulatoire, la proportion de séjours de moins de 24 heures atteint 73 % et la durée moyenne des séjours de plus de 24 heures atteint 3 jours. A l'opposé, pour les maladies de l'appareil circulatoire, la proportion de séjours de moins de 24 heures est de 7 % et la durée moyenne des séjours de plus de 24 heures dépasse 7 jours. La fréquence des séjours selon le diagnostic d'hospitalisation est analysée pages 28 et 29.
- Selon les calculs effectués par la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), la dépense moyenne annuelle d'hospitalisation par habitant (toutes disciplines confondues) pour 2001, est de 670 euros, mais de 2 338 euros pour les plus de 75 ans. Les soins de médecine-chirurgie-obstétrique représentent 71 % de ces dépenses.

## Soins hospitaliers en services de MCO 23.2

### 1 TAUX DE SEJOURS DANS LES SERVICES DE SOINS MCO

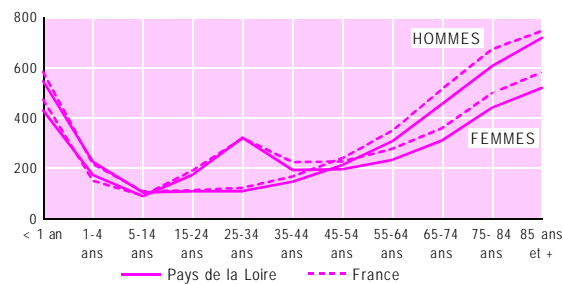
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000)

	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	PDL	France m.	PDL	France m.	PDL	France m.
Moins d'un an	544,6	582,9	428,7	472,4	488,2	529,1
1 à 4 ans	224,2	215,4	171,9	149,4	198,6	183,2
5 à 14 ans	102,8	107,2	88,3	90,7	95,7	99,1
15 à 24 ans	107,8	112,3	173,6	190,9	139,8	151,0
25 à 34 ans	108,3	121,7	320,3	318,4	213,2	220,2
35 à 44 ans	145,4	166,6	192,1	224,0	168,7	195,6
45 à 54 ans	212,3	239,7	195,5	226,4	203,9	233,0
55 à 64 ans	306,8	348,8	232,8	276,3	268,4	311,7
65 à 74 ans	455,4	515,4	310,3	359,1	375,5	428,9
75 à 84 ans	605,7	673,0	440,1	498,2	505,5	566,0
85 ans et +	717,8	745,7	518,6	581,5	573,6	626,9

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 2 TAUX DE SEJOURS DANS LES SERVICES DE SOINS MCO

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000)



Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

### 3 NOMBRE DE SEJOURS DANS LES SERVICES DE SOINS MCO SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'HOSPITALISATION

Pays de la Loire (2000)

	Nbre de séjours	Séjours des plus de 75 ans	Séjours <24h.*	DMS
Maladies infectieuses et parasitaires	10 137	15,1%	14,6%	6,1
Tumeurs	63 862	19,9%	30,8%	7,4
dont : - Tumeurs malignes	36 119	26,7%	18,7%	9,1
- Tumeurs bénignes	23 960	9,0%	48,7%	3,7
Mal. sang. et certains troubles immunitaires	4 740	33,0%	23,5%	6,8
Mal. endoc., nutrition. et métaboliques	14 313	17,5%	19,3%	7,2
Troubles mentaux	14 277	16,6%	11,3%	6,5
Maladies du système nerveux	21 777	18,4%	27,3%	6,1
Maladies de foie et de ses annexes	32 532	45,9%	26,9%	2,0
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	14 321	2,8%	72,7%	3,1
Maladies de l'appareil circulatoire	63 071	36,4%	6,8%	7,4
Maladies de l'appareil respiratoire	43 594	20,2%	27,6%	6,5
Maladies de l'appareil digestif	87 634	13,7%	31,0%	5,2
Mal. peau et tissu cellulaire sous-cutané	10 813	12,0%	38,3%	6,2
Mal.syst.ostéo-artic.,muscles,tissu conj	47 976	14,2%	14,7%	6,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	41 734	12,2%	21,0%	4,6
Grossesses et accouchements	65 730	0,0%	17,2%	5,3
Certaines affections d'origine périnat.	6 453	0,0%	3,7%	11,5
Malform. congén. et anom. chromosom.	6 215	1,8%	31,0%	4,8
Sympt.,signes,résult. anormaux n.c.a.	43 668	22,1%	21,0%	4,6
Lésions traumatiques, empoisonnements	61 783	18,1%	17,9%	5,3
Autres motifs de recours aux soins	77 772	11,3%	53,3%	3,8
TOTAL TOUTES CAUSES	732 400	17,3%	26,0%	5,7

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, et autres traitements itératifs.

### 4 RANG DES PAYS DE LA LOIRE

AU NIVEAU NATIONAL par ordre croissant

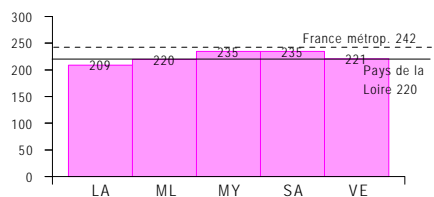
Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Taux comparatif de séjours dans les services de soins MCO	2000	219,8 p. 1 000	1er

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 5 TAUX COMPARATIF DE SEJOURS DANS LES SERVICES DE SOINS MCO

Pays de la Loire, France métrop. (2000)

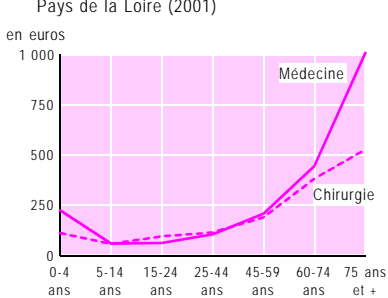


Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées)

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

### 6 DEPENSE MOYENNE REMBOURSEE EN MEDECINE ET CHIRURGIE PAR HABITANT

Pays de la Loire (2001)



Source : URCAM-CRAM

#### DEFINITIONS

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Taux de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO : rapport entre le nombre total de séjours par âge et sexe, et la population correspondante de ce groupe d'âge. Il s'agit de données domiciliées. Unité : pour 1 000.

Taux comparatif (ou standardisé) de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO : taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine estimée au 1er janvier 1990). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

DMS : Durée moyenne de séjour.

## 23 CONSOMMATION DE SOINS

### Contexte national

Selon les comptes de la santé, les dépenses de soins en ambulatoire de médecins, dentistes et auxiliaires médicaux des Français ont atteint 32 milliards d'euros (523 euros par habitant) en 2002, ce qui représente 23 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux. Les dépenses d'actes médicaux (généralistes, spécialistes et sages-femmes) s'élèvent à 16,9 milliards d'euros, les dépenses de soins dentaires à 7,5 milliards d'euros et celles des soins d'auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et orthoptistes) à 7,6 milliards d'euros.

64 % des dépenses de soins en ambulatoire de médecins, dentistes, et auxiliaires médicaux sont financées par la sécurité sociale, 21 % par les mutuelles, assurances complémentaires, institutions de prévoyance et 14 % par les ménages eux-mêmes. Le montant financé par les ménages eux-mêmes correspond au ticket modérateur et aux dépassements d'honoraires, qui peuvent être facturés par des médecins libéraux de secteur II et par des chirurgiens dentistes pour les soins prothétiques ou les soins d'orthopédie dento-faciale.

Selon l'enquête Santé et protection sociale du CREDES, 80 % des personnes interrogées ont consulté un omnipraticien au moins une fois au cours de l'année 1997, et 60 % un médecin spécialiste (non radiologue). Ces proportions augmentent avec l'âge passant respectivement de 77 % et 57 % chez les 20-39 ans, à 90 % et 71 % chez les plus de 70 ans. Pour les soins d'omnipraticiens, cette augmentation s'accompagne d'une augmentation plus importante du nombre d'actes.

36 % des personnes ont eu recours en 1997 à des soins de dentistes, proportion qui diminue après 70 ans (30 % *versus* 40 % chez les 20-39 ans).

Pour les soins d'auxiliaires médicaux, 18 % des personnes ont eu recours à des soins infirmiers et 10 % à des soins de kinésithérapie en 1997. Ce taux de consommateurs augmente avec l'âge passant pour les soins infirmiers de 15 % chez les 20-39 ans, à 46 % chez les plus de 70 ans et pour les soins de masseurs-kinésithérapie de 9 % à 18 %. Pour les soins infirmiers, cette augmentation s'accompagne d'une augmentation avec l'âge très prononcée du nombre d'actes, mais ces soins (essentiellement des actes de nursing) sont concentrés sur un faible nombre de patients.

Après un ralentissement entre le début et le milieu des années 90, la fin des années 90 se caractérise par une reprise de la progression des dépenses de soins ambulatoires des Français. Les mesures tarifaires adoptées en 2001 et 2002 notamment au profit des généralistes, des dentistes, des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes conduisent ainsi à une croissance significative pour ces deux années des dépenses de consommation de soins ambulatoires.

Pour contenir la progression des dépenses de soins ambulatoires, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé libéraux. Ces actions ont d'abord pesé sur les prix (blocage des honoraires) et les niveaux de remboursement (augmentation du ticket modérateur). Les années suivantes, ces actions se

sont prolongées par des accords avec les professionnels portant sur des objectifs quantifiés où prix et volume sont liés. Les mécanismes sont nombreux et diffèrent selon la profession concernée : taux d'évolution maximale opposable, objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses, seuils d'activité maximale. Une logique de médicalisation a également été recherchée à travers l'élaboration de références médicales opposables. Depuis 1996, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est voté annuellement par le parlement. Cet objectif est décliné par le gouvernement en objectifs prévisionnels sectoriels (médecins libéraux, auxiliaires médicaux).

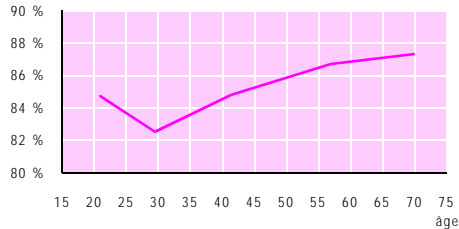
*Bibliographie page 181*

### Dans les Pays de la Loire

- Selon l'enquête réalisée lors des Etats généraux de la santé en 1999 sur la perception de la santé dans les Pays de la Loire, 85 % de la population ligérienne a consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Le recours est minimum à 30 ans puis augmente rapidement au-delà cet âge.
- Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, le nombre moyen par habitant d'actes d'omnipraticiens s'élève à 5,2 en 2001 dans les Pays de la Loire comme au plan national. Dans la région, cet indicateur a augmenté de 1,0 % en moyenne chaque année entre 1990 et 2001 (1,3 % en France).
- Le nombre moyen par habitant d'actes de médecins spécialistes libéraux (hors radiologues) est plus faible dans la région qu'au plan national (2,3 *versus* 2,8 en 2001). Cette différence doit cependant être interprétée avec prudence dans la mesure où l'activité des médecins des hôpitaux publics n'est pas prise en compte. Les pédiatres, les gynécologues obstétriciens et les ophtalmologistes sont les médecins spécialistes libéraux pour lesquels les nombres moyens d'actes par habitant sont les plus importants (voir tableau 3). Les nombres moyens d'actes par habitant sont plus faibles pour les psychiatres et les dermatologues, mais ils ont connu une augmentation importante au cours de la décennie (respectivement + 4,4 % et + 2,0 % d'augmentation annuelle entre 1990 et 2001). Enfin, il faut souligner la baisse du nombre moyen d'actes de cardiologues par habitant (- 3,3 % au cours de la même période).
- Les nombres moyens d'actes par habitant sont également inférieurs à la moyenne nationale, pour les actes d'infirmiers libéraux (3,4 dans la région *versus* 5,5 en France), et ceux des masseurs-kinésithérapeutes (2,3 *versus* 2,7). La différence observée pour les actes infirmiers doit cependant être interprétée avec prudence dans la mesure où ces données ne tiennent pas compte de l'activité des services de soins infirmiers.

### 1 PROPORTION DE PERSONNES DECLARANT AVOIR CONSULTÉ UN GENERALISTE AU COURS DES 12 MOIS PRECEDANT L'ENQUETE

Enquête Etats généraux de la santé - Pays de la Loire (1999)



Source : Enquête Etats généraux de la santé, 1999 - ORS

### 2 EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN PAR HABITANT D'ACTES EFFECTUES PAR LES OMNIPRATICIENS LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2001)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	1990	2001	TCAM	1990	2001	TCAM
Consultations	3,22	4,17	2,4%	2,89	3,89	2,7%
Visites	1,20	0,80	-3,6%	1,36	1,10	-1,9%
Autres*	0,23	0,21	-1,0%	0,24	0,20	-1,6%
<b>Total</b>	<b>4,65</b>	<b>5,18</b>	<b>1,0%</b>	<b>4,49</b>	<b>5,19</b>	<b>1,3%</b>

Source : CNAMTS-SNIR, estimation INSEE Exploitation ORS  
\* Nombre d'actes techniques (K, KC) et d'actes de radiologie (Z)

### 3 EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN PAR HABITANT D'ACTES EFFECTUES PAR CERTAINS SPECIALISTES LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2001)

	1990	2001	TCAM
<b>Ophthalmologistes</b>			
Pays de la Loire	0,33	0,41	2,0%
France métropolitaine	0,32	0,41	2,3%
<b>Cardiologues</b>			
Pays de la Loire	0,26	0,18	-3,3%
France métropolitaine	0,33	0,26	-2,3%
<b>Gynéco-obstétriciens (femmes de 15 ans et +)</b>			
Pays de la Loire	0,58	0,62	0,6%
France métropolitaine	0,75	0,81	0,7%
<b>Dermatologues</b>			
Pays de la Loire	0,15	0,18	2,0%
France métropolitaine	0,19	0,24	2,0%
<b>Psychiatre</b>			
Pays de la Loire	0,13	0,21	4,4%
France métropolitaine	0,17	0,27	4,2%
<b>Pédiatres (moins de 15 ans)</b>			
Pays de la Loire	0,50	0,56	1,0%
France métropolitaine	0,83	0,98	1,5%
<b>Total spécialistes* (hors radiologues)</b>			
Pays de la Loire	2,00	2,31	1,3%
France métropolitaine	2,44	2,78	1,2%

Source : CNAMTS-SNIR, estimation INSEE Exploitation ORS  
\* nombre de consultations, de visites, d'actes techniques (K, KC, SPM) et d'actes de radiologie (Z)

### 4 EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN PAR HABITANT D'ACTES\* EFFECTUES PAR LES DENTISTES LIBERAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2001)

Dentistes	1990	2001	TCAM
Pays de la Loire	1,36	1,18	-1,3%
France métropolitaine	1,20	1,11	-0,7%

Source : CNAMTS-SNIR, estimation INSEE Exploitation ORS  
\* nombre de consultations, de prothèses, de soins conservateurs, d'actes de chirurgie dentaire et d'ODF (hors radiologie)

### 5 EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN PAR HABITANT D'ACTES\* DES AUXILIAIRES MEDICAUX

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2001)

Infirmiers	1990	2001	TCAM
Pays de la Loire	2,45	3,41	3,1%
France métropolitaine	3,63	5,48	3,8%
Masseurs-kinésithérapeutes	1990	2001	TCAM
Pays de la Loire	1,89	2,28	1,7%
France métropolitaine	2,08	2,67	2,3%
Orthophonistes	1990	2001	TCAM
Pays de la Loire	0,16	0,24	3,8%
France métropolitaine	0,16	0,28	5,2%

Source : CNAMTS-SNIR, estimation INSEE Exploitation ORS  
\* actes en AMI et AIS pour les infirmiers, actes AMC pour les masseurs-kinésithérapeutes et actes en AMO pour les orthophonistes

#### DEFINITIONS

**SNIR** : les données sont issues du Système national inter-régimes, géré par la Cnamts, concernant l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les principaux régimes d'assurance maladie, au titre de la maladie, de la maternité et des accidents du travail.

Les indicateurs régionaux de consommation de soins ambulatoires rapportent le nombre d'actes réalisés par les professionnels de santé et ayant donné lieu à remboursement à la population de la région.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

**Total des médecins spécialistes libéraux** : ensemble des médecins spécialistes libéraux exerçant en ville ou dans un établissement de santé privé. L'activité des spécialistes en secteur non libéral (hôpitaux publics par exemple) n'est pas prise en compte.

**Infirmiers** : seuls les actes des infirmiers libéraux sont enregistrés dans le SNIR. Les actes de soins et de garde à domicile pour les personnes très âgées réalisés par les services de soins infirmiers (SSIAD) ou par les centres de soins infirmiers ne sont pas pris en compte.

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

## 23 CONSOMMATION DE SOINS

### Contexte national

La France figure parmi les plus importants consommateurs de médicaments des pays industrialisés, derrière les Etats-Unis. Selon les comptes de la santé, l'ensemble des dépenses de consommation de médicaments en ambulatoire des Français a atteint 29 milliards d'euros en 2002 (473 euros par habitant), ce qui représente 21 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux. A titre de comparaison, les dépenses relatives aux honoraires médicaux de ville ont été de 17 milliards d'euros. 63 % des dépenses de médicaments en ambulatoire des Français sont financées par l'assurance maladie, 18 % par les mutuelles et assurances complémentaires et 18 % par les ménages eux-mêmes (automédication et ticket modérateur). Comparée à d'autres pays européens, la part de l'automédication est faible. Les dépenses de médicaments en ambulatoire ne comprennent pas les dépenses pharmaceutiques des hôpitaux, qui représentent environ 15 % du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

Les dépenses de médicaments en ambulatoire progressent plus vite en valeur (+ 7,5 % d'augmentation par an entre 1999 et 2002) que l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (+ 5,9 %). Cette progression résulte d'un phénomène de substitution (remplacement de produits anciens par des produits récents plus chers) et de l'arrivée sur le marché de médicaments innovants.

Cinq classes thérapeutiques représentent 76 % du montant des médicaments remboursables dont les assurés sociaux ont demandé le remboursement (montant avant application du taux de remboursement) au régime général en 2001 : médicaments du système cardio-vasculaire, du système nerveux central, des voies digestives et métabolisme, anti-infectieux généraux systémiques et médicaments du système respiratoire.

La consommation pharmaceutique varie fortement avec l'âge, progressant rapidement après 40 ans.

Le marché français du médicament est fortement encadré par les pouvoirs publics. Un médicament ne peut être commercialisé que s'il a reçu des autorités administratives compétentes une autorisation de mise sur le marché (AMM), définissant les indications du médicament et les conditions de délivrance (prescription obligatoire ou facultative). Chaque année environ 700 nouvelles AMM sont délivrées. La commission de la transparence évalue ensuite le service médical rendu (SMR) par le médicament, l'amélioration du service médical rendu par rapport à l'existant (ASMR) et propose son inscription ou non sur la liste des médicaments remboursables par l'assurance maladie, sur la liste des médicaments agréés aux collectivités, et fixe le taux de remboursement. Chaque année 400 à 500 nouveaux médicaments sont ainsi admis au remboursement et 200 à 250 en sont retirés. Enfin, le comité économique des produits de santé détermine par convention avec les industriels, le prix de vente des médicaments remboursables par l'assurance maladie. Les prix des médicaments délivrés à l'hôpital, des médicaments rétrocédés aux particuliers par les établissements de soins publics, et des médicaments non remboursables sont libres.

Pour contenir la progression des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures incitatives au-

près des différents acteurs du système. Mais l'effet de ces mesures n'a été que temporaire, la demande demeurant structurellement forte. Outre la fixation administrative du prix des médicaments remboursables, les pouvoirs publics négocient avec l'industrie pharmaceutique depuis le milieu des années 90 la détermination d'un seuil de croissance au-delà duquel les entreprises pharmaceutiques sont tenues de reverser aux organismes d'assurance maladie une partie des excédents de vente. En ce qui concerne les officines, les pouvoirs publics ont introduit en 1990 le système de marge dégressive en fonction du prix du médicament. La responsabilisation des prescripteurs a également été recherchée à travers les Références médicales opposables et la fixation d'enveloppes prévisionnelles au milieu des années 90. Enfin, des mesures concernant la baisse des taux de remboursement et le déremboursement de certains médicaments sont régulièrement utilisées. Ainsi, 650 produits au SMR insuffisant seraient déremboursés d'ici 2005.

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont encouragé la délivrance des génériques, en attribuant aux pharmaciens un droit de substitution, en signant avec les généralistes un accord pour favoriser leur prescription, et dernièrement en alignant le remboursement des médicaments sur le prix des génériques. La délivrance des génériques a augmenté nettement en 2002. En décembre 2002, ils représentent au régime général 6 % du montant des médicaments remboursables dont les assurés sociaux ont demandé le remboursement, et 39 % du montant des médicaments pouvant être délivrés sous forme de génériques.

*Bibliographie page 181*

### Dans les Pays de la Loire!

- Dans les Pays de la Loire, le montant des médicaments remboursables, prescrits par les médecins libéraux de la région, et pour lesquels les assurés sociaux ont demandé le remboursement (montant avant application du taux de remboursement), s'élève à 294 euros par habitant en 2001. Ce montant est plus faible qu'au plan national (319), écart qui s'observe depuis le milieu des années 90.
- Dans la région, 87 % du montant pharmaceutique a été prescrit par un omnipraticien libéral et 13 % par un spécialiste libéral.
- Cinq classes thérapeutiques représentent 75 % du montant des médicaments remboursables dont les assurés sociaux ont demandé le remboursement à l'assurance maladie : médicaments du système cardio-vasculaire (28 %), du système nerveux central (17 %), de l'appareil digestif et métabolisme (13 %), du système respiratoire (9 %) et anti-infectieux (8 %).
- Pour les établissements de santé de Bretagne et des Pays de la Loire, un observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique en cancérologie et hématologie (OMIT) s'est mis en place à Angers.



### 1 MONTANT\* DE LA PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE DES MEDECINS LIBERAUX EN EUROS PAR HABITANT Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)

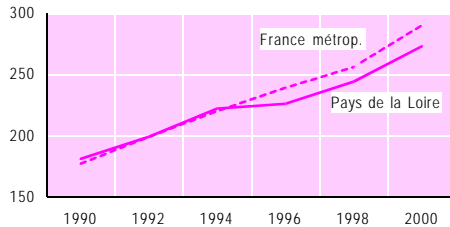
	Pays de la Loire	France métropolitaine
Omnipraticiens	257	267
Spécialistes	36	52
Ensemble des médecins	294	319

Source : SNIR-CNAMTS

\* Ce montant correspond à la base de remboursement des médicaments prescrits par les médecins et remboursables par les régimes d'assurance maladie (y compris les sections locales mutualistes)

### 2 EVOLUTION DU MONTANT\* DE LA PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE DES MEDECINS LIBERAUX EN EUROS PAR HABITANT Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2000)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2000)



Source : SNIR-CNAMTS

\* Ce montant correspond à la base de remboursement des médicaments prescrits par les médecins et remboursables par les régimes d'assurance maladie (y compris les sections locales mutualistes)

### 3 LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DELIVRES EN OFFICINE DE VILLE\* EN MILLIERS D'EUROS Pays de la Loire (2002) - classification EPHMRA

classes thérapeutiques de niveau 1	Base de remboursement	Dépense remboursée
C Appareil cardio-vasculaire	257 815 28 %	189 594
N Système nerveux central	152 060 17 %	116 959
A Appareil digestif, métabolisme	121 488 13 %	83 374
R Appareil respiratoire	77 358 9 %	48 122
J Anti-infectieux voie générale	75 411 8 %	53 262
M Appareil locomoteur	52 616 6 %	34 468
G Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles	49 408 5 %	31 551
B Sang, organes hématopoïétiques	28 262 3 %	23 534
L Antinéoplasiques, immunomodulateurs	26 909 3 %	25 308
D Dermatologie	17 786 2 %	11 434
H Hormones	15 246 2 %	12 766
S Organes des sens	14 667 2 %	9 484
Autres	19 459 2 %	13 342
<b>Total</b>	<b>908 483 100 %</b>	<b>653 199</b>

Source : URCAM des Pays de la Loire

\* hors sections locales mutualistes du régime général (MGEN, ...)

#### DEFINITIONS

**Base de remboursement** : il s'agit du montant avant application du taux de remboursement, des dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie. Les médicaments non prescrits, les médicaments prescrits mais non remboursables par l'assurance maladie, et les médicaments prescrits mais non présentés au remboursement ne sont pas comptabilisés.

**Dépense remboursée** : il s'agit du montant, après application du taux de remboursement, des dépenses de médicaments.

**Classification EPHMRA** : la classification de l'«European Pharmaceutical Marketing Research Association» des médicaments comprend 18 groupes principaux eux-mêmes constitués de sous-groupes hiérarchisés (niveaux 1, 2, 3 et 4 par ordre de précision).

### 4 LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DELIVRES EN OFFICINE DE VILLE\* EN MILLIERS D'EUROS

pour les 5 principales classes thérapeutiques - classification EPHMRA  
Pays de la Loire (2002)

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE (C)	Base de remboursement
Hypolipémiants et antiathéromateux	66 720 26 %
- statines (Tahor®, Elisor®, Vasten®, Zocar®...)	54 318 21 %
- fibrates (Lipanthyl®...)	10 990 4 %
Système rénine angiotensine	63 329 25 %
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Triatec®, Coversyl®)	34 852 14 %
- antagonistes angiotensine II (Aprovel®, Tareq®, Cozaar®...)	28 476 11 %
Antagonistes calciques (Amlor®, Monotildiem®...)	24 464 9 %
Antivancosiques, antivariqueux, antihémorroïdaires	23 373 9 %
Médicaments cardiaques	22 521 9 %
- thérapeutique coronarienne (Vastarel®, Corvasal®...)	9 520 4 %
- anti-arythmique (Flecaïne®...)	7 152 3 %
- dérivés nitrés et nitrates (Nitiderm®...)	5 092 2 %
Béta-bloquants (Celecol®, Sactal®, Soprol®...)	18 855 7 %
Vasodilatateurs cérébraux et périphériques (Tanakan®...)	17 849 7 %
Autres	20 704 8 %
<b>Total</b>	<b>257 815 100 %</b>

SYSTEME NERVEUX CENTRAL (N)	Base de remboursement
Analgésiques	53 429 35 %
- non narcotiques (Efferalan®, Doliprane®...)	30 904 20 %
- narcotiques (Topalqic®, Durogesic®, Subutex®...)	12 180 8 %
- antimigraigneux (Zomig®, Naramig®...)	6 726 4 %
Psychoanaleptiques (Deroxat®, Prozac®, Seropram®...)	39 430 26 %
Psycholéptiques	33 695 22 %
- antipsychotiques (Zyprexa®, Risperdal®...)	13 641 9 %
- tranquillisants (Lexomil®, Temesta®, Tranxène®, Xanax®...)	11 630 8 %
- hypnotiques et sédatifs (Stilnox®, Imovane®...)	8 414 6 %
Antiépileptiques (Depakine®...)	10 801 7 %
Autres	14 705 10 %
<b>Total</b>	<b>152 060 100 %</b>

APPAREIL DIGESTIF ET METABOLISME (A)	Base de remboursement
Antiacides, Antiflatulents, Antiulcéreux	52 114 43 %
- antiulcéreux (Mopral®, Oqast®...)	45 469 37 %
- antiacides, antiflatulents (Gaviscon®...)	6 645 5 %
Médicaments du diabète	20 959 17 %
- antidiabétiques oraux	13 203 11 %
- insuline humaines et analogues	7 679 6 %
Médicaments de la motricité gastro-intestinale	11 810 10 %
- augment. motricité gastro-intestinale (Motilium®, Debridat®...)	6 589 5 %
- antispasmodiq., anticholinergiq. seuls (Dicetel®, Spasfon®...)	4 892 4 %
Suppléments minéraux	11 573 10 %
Autres	25 032 21 %
<b>Total</b>	<b>121 488 100 %</b>

APPAREIL RESPIRATOIRE (R)	Base de remboursement
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques	42 084 54 %
- corticoïdes et stimulants b2 associés (Seretide®...)	15 659 20 %
- corticoïdes (Pulmicort®, Flixotide®, Becotide®...)	12 319 16 %
- stimulants b2 (Foradil®, Serevent®, Ventoline®...)	9 462 12 %
Médicaments du rhume et de la toux	11 747 15 %
- expectorants (Mucomyst®...)	6 118 8 %
- antitussifs (Toplexil®...)	3 157 4 %
Antihistaminique systémique (Zyrtec®, Clarityne®...)	10 956 14 %
Préparations nasales (Nasonex®, Pivalone®, Locabital®...)	10 008 13 %
Autres	2 563 3 %
<b>Total</b>	<b>77 358 100 %</b>

ANTI-INFECTIEUX VOIE GENERALE (J)	Base de remboursement
Antibiotiques systémiques	49 933 66 %
- céphalosporines orales (Orelox®...)	13 814 18 %
- macrolides et apparentés (Rulid®, Zithromax®...)	12 930 17 %
- pénicillines à spectre large (Augmentin®...)	8 644 11 %
Vaccins	11 017 15 %
Anti-viraux, vaccins exclus	8 408 11 %
- anti-viraux HIV	3 577 5 %
Autres	6 053 8 %
<b>Total</b>	<b>75 411 100 %</b>

Source : URCAM des Pays de la Loire

\* hors sections locales mutualistes du régime général (MGEN, ...)

### Contexte national

Il existe aujourd'hui un grand nombre de médicaments capables d'agir sur les troubles psychiques, les plus utilisés étant les antidépresseurs (médicaments ayant pour propriété de corriger l'humeur quand elle est déprimée), les tranquillisants ou anxiolytiques (médicaments ayant pour but d'apaiser un état d'anxiété ou d'agitation), les hypnotiques (somnifères, sédatifs, médicaments favorisant le sommeil) et les neuroleptiques (médicaments à action essentiellement antipsychotique, constituant notamment le traitement de base de la schizophrénie).

La France est l'un des Pays en Europe les plus consommateurs de médicaments, et les médicaments psychotropes (environ 6 % des ventes du marché total des médicaments) ne dérogent pas à cette règle.

La consommation de médicaments psychotropes concerne plus fréquemment les femmes que les hommes. Selon l'enquête Baromètre santé 2000, 11 % des femmes et 5 % des hommes de 12-75 ans déclarent avoir pris des antidépresseurs au cours de l'année. L'usage de tranquillisants et de somnifères est plus fréquent, 19 % des femmes et 10 % des hommes déclarent en avoir consommé dans l'année. Leur consommation régulière (« avoir pris des tranquillisants ou somnifères quotidiennement ou presque au cours des trente derniers jours »), concerne 7 % des femmes et 3 % des hommes. Pour les deux sexes, ces deux dernières proportions augmentent avec l'âge, passant chez les femmes, de 3 % pour les 26-34 ans à 19 % pour les 65-75 ans, et chez les hommes de 1 % à 10 %.

L'enquête ESPAD (European school survey project on alcohol and other drugs), réalisée au sein de la population scolaire dans une trentaine de pays, montre que l'usage au cours de la vie de tranquillisants ou de somnifères des élèves de 16 ans place la France parmi les pays les plus consommateurs, qu'il y ait prescription ou non. Toutefois, ces comparaisons de données internationales posent de nombreuses difficultés méthodologiques et restent fragiles.

En ce qui concerne l'évolution de la consommation des médicaments psychotropes, elle est très différente d'une classe thérapeutique à l'autre. La consommation de tranquillisants et d'hypnotiques (en volume d'unités de vente) est restée relativement stable en France depuis le milieu des années 80, après une longue période de croissance régulière. La consommation d'antidépresseurs a en revanche fortement augmenté au cours de la dernière décennie, cette augmentation étant largement liée à la mise sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseurs, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

Le fait que les français consomment plus de psychotropes que les habitants des autres pays ne permet pas de conclure que leur usage est abusif ou dangereux pour la santé. L'arrêt de 1991 et les références médicales opposables limitant la durée de la prescription des tranquillisants et des hypnotiques (12 semaines pour les premiers, 4 pour les seconds) sont dans la majorité des cas respectés. Cependant, les prescriptions s'avèrent être souvent renouvelées, ce qui augmente le risque d'abus et surtout de dépendance. En ce qui

concerne la prescription d'antidépresseurs, le problème est assez différent. Les troubles dépressifs, dont la prévalence ponctuelle s'établit autour de 5 %, restent en effet sous-diagnostiqués et insuffisamment pris en charge. Toutefois, le risque d'abus voire de dépendance pour cette classe thérapeutique existe également.

Il faut enfin mentionner que les médicaments psychotropes sont susceptibles de favoriser des états de somnolence et d'étourdissement, en particulier quand ils sont pris avec de l'alcool. Ils représentent un facteur de risque non négligeable en matière d'accidents de la route.

*Bibliographie page 182*

### Dans les Pays de la Loire

● Dans les Pays de la Loire, selon les données de ventes en officine de ville recueillies par le groupe IMS-Health, les ventes d'hypnotiques rapportées au nombre d'habitants de 15 ans ou plus, sont inférieures de 9 % à celles observées au plan national en 2001 (154 unités de ventes pour 100 habitants de 15 ans ou plus *versus* 170).

Les données de ventes concernant les anxiolytiques et les antidépresseurs montrent par contre de fortes similitudes entre la situation régionale et la situation nationale.

Au sein des Pays de la Loire, il existe de fortes disparités entre les départements, quelle que soit la classe thérapeutique des médicaments considérés. La Vendée se caractérise par de fortes ventes de médicaments psychotropes lorsqu'on les rapporte à la population. A l'opposé, le Maine-et-Loire enregistre des ventes relativement basses. Ces différences peuvent toutefois résulter en partie de la différence de structure par âge.

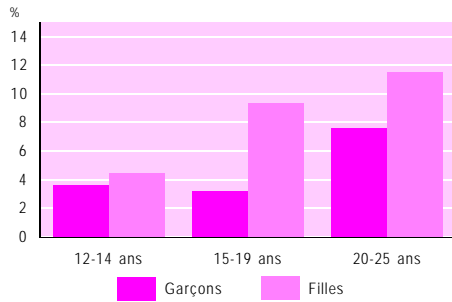
● L'enquête Baromètre santé apporte des informations sur les consommations de médicaments psychotropes dans la population des jeunes ligériens de 12-25 ans. Selon cette enquête, la consommation de médicaments psychotropes commence précocement puisque 4 % des filles et des garçons de 12-14 ans déclarent avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois. Cette consommation concerne, chez les 20-25 ans, 12 % des filles et 8 % des garçons.

La consommation régulière de tranquillisants ou de somnifères (consommation quotidienne ou presque au cours des 30 derniers jours) concerne 2 % de l'ensemble des 12-25 ans.

La consommation d'antidépresseurs est moins fréquente que la consommation de tranquillisants ou de somnifères, mais elle concerne également plus souvent les filles que les garçons. Parmi les jeunes de 20-25 ans, 7 % des filles et 5 % des garçons déclarent avoir déjà consommé des antidépresseurs au cours des douze derniers mois.

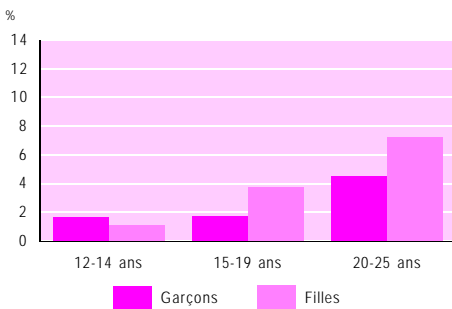
Dans l'ensemble, ces proportions sont proches de celles observées au plan national.

**1 JEUNES DECLARANT AVOIR CONSOMME DES TRANQUILLISANTS OU DES SOMNIFERES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

**2 JEUNES DECLARANT AVOIR CONSOMME DES ANTIDEPRESSEURS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

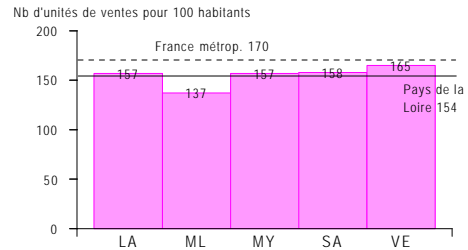
**3 JEUNES DECLARANT AVOIR CONSOMME DES PSYCHOTROPES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**  
Enquête Baromètre santé jeunes, Pays de la Loire (2000)

	12-14 ans		15-19 ans		20-25 ans	
	PDL	France	PDL	France	PDL	France
Consommation de tranquillisants ou de somnifères au cours des 12 derniers mois	4,0 %	6,0 %	6,0 %	8,1 %	9,6 %	8,7 %
dont consommation quotidienne ou presque au cours des 30 derniers jours	1,0 %	2,4 %	2,0 %	1,2 %	3,4 %	2,3 %
Consommation d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois	1,4 %	1,5 %	2,6 %	3,9 %	5,8 %	6,4 %
Effectifs	299	543	502	923	469	1 299

Source : Baromètre santé. ORS Pays de la Loire, INPES

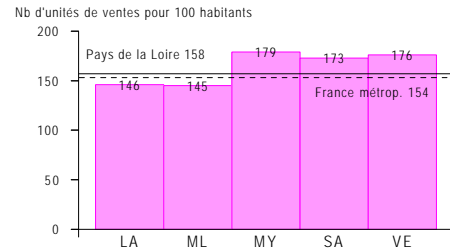
Dans ce tableau, aucun écart entre la France et la région n'est statistiquement significatif.

**4 VENTES D'HYPNOTIQUES POUR 100 HABITANTS DE 15 ANS ET PLUS**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)



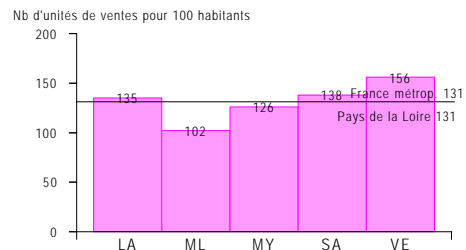
Sources : Ventes en officines de ville, IMS-Health - OFDT  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
SA : Sarthe VE : Vendée

**5 VENTES D'ANXIOLYTIQUES POUR 100 HABITANTS DE 15 ANS ET PLUS**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)



Sources : Ventes en officines de ville, IMS-Health - OFDT  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
SA : Sarthe VE : Vendée

**6 VENTES D'ANTIDEPRESSEURS POUR 100 HABITANTS DE 15 ANS ET PLUS**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (2001)



Sources : Ventes en officines de ville, IMS-Health - OFDT  
LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire MY : Mayenne  
SA : Sarthe VE : Vendée

**DEFINITIONS**

**Antidépresseurs** : médicaments ayant pour propriété de corriger l'humeur quand elle est déprimée.

**Hypnotiques** : somnifères, sédatifs, médicaments favorisant le sommeil.

**Anxiolytiques** : médicaments ayant pour but d'apaiser un état d'anxiété ou d'agitation.

## 24 AIDES ET SOINS AUX PERSONNES AGÉES

### Contexte national

L'apparition des incapacités, qu'elles soient physiques, sensorielles ou intellectuelles, est fortement liée à l'âge. Pour répondre aux besoins d'aides des personnes âgées, a été instituée au 1er janvier 2002 l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui a succédé à la Prestation spécifique dépendance (PSD). 723 000 personnes percevaient l'APA à la fin du deuxième trimestre 2003. Rapporté à la population, cela représente un taux de 158 bénéficiaires pour mille habitants de plus de 75 ans (sachant que 19 000 percevoient encore l'ancienne PSD). Parmi les bénéficiaires de cette nouvelle prestation, administrée et financée principalement par les Conseils généraux, 51 % vivent à domicile et 49 % en établissement (maison de retraite et soins de longue durée). L'attribution de l'APA dépend du niveau d'autonomie : six Groupes iso-ressources (GIR) ont été définis, le GIR 1 correspondant aux personnes les plus dépendantes et le GIR 6 aux personnes autonomes. Seuls les personnes qui appartiennent aux GIR 1 à 4 bénéficient de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'allocation, 44 % dépendent du GIR 4. Selon une estimation effectuée par la DREES, l'effectif de la population "dépendante" (et donc susceptible de bénéficier de l'APA) serait voisin de 800 000 personnes.

L'APA est une aide financière qui est versée directement aux particuliers, ceux-ci ayant le libre choix du mode d'intervention. Les politiques visant à favoriser le développement des emplois familiaux ont apporté des changements importants dans l'organisation des aides à domicile, avec une simplification des conditions d'embauche par les particuliers (chèque-service), une réduction des charges sociales et des déductions fiscales pour l'employeur. Aujourd'hui, le secteur de l'aide à domicile recouvre des activités qui s'exercent selon deux modalités différentes : soit l'utilisateur est l'employeur de l'aide, soit il fait appel à un service d'aides agréé qui est considéré comme prestataire de services. L'utilisateur peut aussi faire appel à un service d'aides tout en restant employeur de l'aide à domicile (service mandataire). On dénombrait fin 1998 en France environ 7 000 services agréés, qu'ils soient publics (dépendant des CCAS), associatifs (les plus nombreux), ou privés.

Les soins infirmiers et de nursing sont une autre composante primordiale de l'aide à domicile. Dans ce secteur, trois modalités d'intervention coexistent : les infirmiers libéraux, les centres de soins infirmiers (CSI) où les intervenants sont salariés, et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Deux tiers des actes des 54 000 infirmiers libéraux correspondent à des soins de nursing, s'adressant essentiellement à des personnes âgées. Chaque infirmier voit en moyenne 300 patients différents dans l'année, 36 % d'entre eux étant âgés de 70 ans et plus.

On dénombre par ailleurs près de 700 centres de soins où exercent des infirmiers salariés, qui interviennent de manière similaire aux infirmiers libéraux. Ces centres emploient 4 800 infirmiers (1996).

Enfin, les 1 700 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), agréés pour 66 000 places, effectuent également des toilettes auprès des personnes âgées, prises en charge par des aides-soignants. Ils exercent également une fonction de coordination des soins.

L'aide aux personnes âgées ne relève pas seulement des services professionnels, car l'entourage garde toujours une place prépondérante. D'après l'enquête HID (handicap-incapacité-dépendance), parmi les plus de 60 ans, 3,2 millions de personnes reçoivent une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé (une sur deux parmi les plus de 75 ans). Près de la moitié de ces personnes sont aidées uniquement par leur entourage. Comment ces réseaux familiaux vont-ils s'adapter à l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population ? Quelles sont les conséquences de la réduction de la taille des familles, de la dispersion géographique des enfants, des ruptures familiales plus fréquentes dans les nouvelles générations de retraités, de l'accroissement du nombre de femmes actives et des transformations de leur rôle social ? Une autre inconnue est l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité pour les groupes d'âge les plus élevés. Autant de questions qui illustrent les difficultés d'évaluation des besoins d'aides et de soins de la population âgée dans les dernières années de la vie.

*Bibliographie page 182*

### Dans les Pays de la Loire!

- Fin 2002, près de 37 000 personnes bénéficiaient de l'APA en Pays de la Loire, soit un taux de 147 bénéficiaires pour mille habitants de plus de 75 ans.
- Deux bénéficiaires de l'APA sur trois vivent en institution contre seulement un sur deux en moyenne en France (mais la région a la plus forte densité d'équipements pour personnes âgées au plan national). Par ailleurs, 36 % des bénéficiaires dépendent du groupe GIR 4 (42 % au plan national). Cette proportion est de 51 % à domicile contre seulement 29 % en institution.
- Près de 370 services d'aides interviennent auprès des personnes âgées dans la région (mais aussi parfois auprès de personnes handicapées), la principale association étant l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) qui rassemble 60 % des associations intervenant dans la région.
- La majorité des soins de nursing auprès des personnes âgées sont réalisés par les infirmiers libéraux : 12 800 personnes de plus de 60 ans ont bénéficié de toilettes en secteur ambulatoire en 2000 (pour 3 millions de toilettes effectuées), contre 8 300 prises en charge par les SSIAD (2001).

## Aides à l'autonomie 24.1

### 1 ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) Pays de la Loire (décembre 2002), France (juin 2003)

	France	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Domicile	390 420	11 846	3 669	1 796	1 056	2 602	2 723
Institution	332 580	24 769	7 894	5 891	2 743	3 245	4 996
<b>Total</b>	<b>723 000</b>	<b>36 615</b>	<b>11 563</b>	<b>7 687</b>	<b>3 799</b>	<b>5 847</b>	<b>7 719</b>
Taux *	158	147	148	139	156	131	163

Sources : Conseils généraux, DREES

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

### 2 REPARTITION EN % DES BENEFICIAIRES APA, PAR NIVEAU DE DEPENDANCE Pays de la Loire (décembre 2002), France (juin 2003)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Domicile	3,8	22,6	22,7	51,0	100,0
Institution	16,8	36,3	17,5	29,4	100,0
<b>Total</b>	<b>12,6</b>	<b>31,9</b>	<b>19,2</b>	<b>36,3</b>	<b>100,0</b>
France	8,0	27,0	21,0	44,0	100,0

Sources : Conseils généraux, ORS, DREES

### 3 SERVICES A DOMICILE AVEC AGREMENT QUALITE\* Pays de la Loire (2002)

	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
ADMR **	240	25	71	40	22	82
CCAS ***	52	29	5	3	7	8
Autres	77	33	21	2	14	7
Ensemble	369	87	97	45	43	97

Source : Directions départementales du travail et de l'emploi

\* L'agrément qualité permet d'effectuer des prestations concernant l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou dépendantes, ou la garde d'enfants de moins de 3 ans.

\*\* aide à domicile en milieu rural

\*\*\* centre communal d'action sociale, et communes

### 4 ACTIVITE DES ASSOCIATIONS ADMR AUPRES DES PERSONNES AGEES, HANDICAPEES Pays de la Loire (2001)

	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Activité prestataire	2 674	180	992	388	50	1 063
Activité mandataire	1 044	144	202	166	104	427
<b>Total</b>	<b>3 717</b>	<b>325</b>	<b>1 194</b>	<b>553</b>	<b>155</b>	<b>1 491</b>

Source : ADMR, Aide à domicile en milieu rural

Unité : milliers d'heures

### 5 EFFECTIFS INFIRMIERS EN SECTEUR AMBULATOIRE Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Libéraux	48 576	1 636	573	408	147	215	300
Centres de soins infirmiers	nd	497	198	139	26	20	114

Sources : CNAM (SNIR), DRASS (ADELI)

### 6 ACTIVITE DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE, (SSIAD) Pays de la Loire (2001)

	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nbre de SSIAD	110	31	21	11	17	30
Nbre de places installées	4 166	1 382	739	394	672	979
Nombre de bénéficiaires	8 305	2 411	1 426	717	1 731	2 020
Nombre de journées	1 455 035	479 727	252 942	141 482	232 793	348 091
Nombre d'aides-soignants	1 645	535	284	153	269	404
Nbre d'heures réalisées par les aides-soignants	331 129	129 331	43 150	22 008	62 924	73 716
Nbre d'infirmiers*	92	51	21	8	4	8

Source : DRASS

\* infirmiers coordinateurs, les toilettes étant essentiellement assurées par des aides-soignants, parfois par des infirmiers libéraux

#### DEFINITIONS

La grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Le "classement" en GIR 1 à 4 ouvre le droit à l'APA :

**GIR 1** : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

**GIR 2** : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante - et celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

**GIR 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

**GIR 4** : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

**GIR 5** : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**GIR 6** : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

**Service mandataire** : l'utilisateur est employeur de l'aide à domicile, le service d'aide assurant le recrutement et le suivi de l'intervenant.

**Service prestataire** : l'utilisateur fait appel à un service agréé qui est l'employeur de l'aide à domicile.

**Nursing** : soins d'hygiène (toilettes) et gardes à domicile.

### Contexte national

Au 1er janvier 2001, la France disposait de 661 000 places d'accueil dans les structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées : maisons de retraite (419 400 places), logements-foyers (158 000 logements) et unités de soins de longue durée (83 500 lits). Depuis 1991, les capacités d'accueil ont progressé globalement de 17,7 %.

Ces différents équipements répondent à des besoins sociaux différents : les unités de soins de longue durée (ex- "long séjour") installées dans les établissements de santé publics et privés accueillent essentiellement des personnes très dépendantes, dont un grand nombre souffrent de démences. Les maisons de retraite continuent à accueillir des personnes valides, mais la majorité de leurs résidents sont des personnes dépendantes. Les logements-foyers, qui ont été initiés au début des années 1960 pour répondre à la crise du logement et aux mauvaises conditions d'habitat des personnes âgées, reposaient sur un concept initial de "logement", avec un certain nombre de services collectifs proposés aux résidents (restauration, entretien du linge...). Aujourd'hui, les logements-foyers, qui accueillent pour la plupart une majorité de personnes autonomes, constituent un groupe hétérogène, avec des modes d'organisation souvent différents selon les départements.

Le taux d'équipement moyen (nombre total de places rapporté à la population des plus de 75 ans) est de 14,7 lits ou logements pour 100 personnes âgées, chiffre comparable à la situation observée en 1991 (13,9 %). La Haute-Normandie est la région qui a le taux le plus élevé, avec 19 places pour 100 personnes âgées contre seulement 5,8 en Corse.

Une importante réforme est en cours dans le domaine de la tarification des établissements qui sont appelés à se transformer en "Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes", EHPAD. Jusqu'à présent, les frais de séjour en établissement étaient supportés par le résident pour les frais d'hébergement, et par l'assurance maladie pour les soins (à travers différents forfaits). On dénombrait ainsi 160 400 places en section de cure médicale au 1er janvier 2001, dans les structures dites "médicalisées". Ces différents forfaits de l'assurance maladie sont progressivement abandonnés, et le budget de l'établissement est maintenant réparti en trois sections distinctes : l'hébergement (pris en charge par le résident et éventuellement l'aide sociale si la personne ne dispose pas de revenus suffisants), le budget "dépendance" (financé par le Conseil général à travers l'Allocation personnalisée d'autonomie) et le budget soins (financement assurance maladie). Les établissements transformés en EHPAD doivent dorénavant signer une convention tripartite avec le Conseil général et le Préfet (éventuellement l'Agence régionale de l'hospitalisation pour les structures qui dépendent d'un hôpital). Cette convention, qui fixe les "objectifs qualité" que l'établissement s'engage à mettre en oeuvre, détermine l'importance de la participation des différents financeurs. 6 450 maisons de

retraite, et un millier d'unités de soins de longue durée sont concernés par cette réforme. La transformation en EHPAD ne s'impose qu'aux logements-foyers accueillant des résidents dont le niveau de dépendance moyen (appelé Gir moyen pondéré-GMP) est supérieur à un certain niveau.

Cette réforme va dissocier dans l'offre actuelle d'une part les structures d'hébergement ayant essentiellement une vocation résidentielle qui accueillent principalement des personnes valides (ce qui est le cas d'une majorité de logements-foyers) et d'autre part, les établissements qui hébergent une majorité de personnes âgées dépendantes, et qui sont les seuls à être concernés par les conventions tripartites (maisons de retraite, unités de soins de longue durée et certains logements-foyers). Elle va également mettre en lumière les écarts considérables de densités d'équipement entre départements mais également à l'intérieur des départements. L'analyse des taux de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) par département montre d'ailleurs qu'il n'y a pas de corrélation entre la densité d'équipements pour personnes âgées et la proportion de bénéficiaires de l'APA (indicateur qui mesure indirectement la fréquence de la perte d'autonomie).

*Bibliographie page 182*

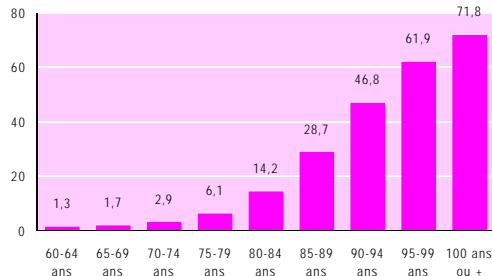
### Dans les Pays de la Loire!

- Les Pays de la Loire comptent près de 700 structures d'accueil pour personnes âgées, qui offrent une capacité d'accueil de 49 000 places et logements. Entre 1991 et 2001, le nombre total de places offertes a progressé de 14 % dans la région.
- La proportion de personnes vivant en institution progresse rapidement avec l'âge, au-delà de 85 ans : le taux d'hébergement est deux fois plus important pour les personnes âgées de 85 à 89 ans que pour celles qui sont âgées de 80 à 84 ans.
- La proportion de personnes âgées vivant en institution a baissé entre 1990 et 1999, mais uniquement pour les groupes d'âge inférieurs à 90 ans. Au-delà de cette borne, la proportion de personnes en institution est plus forte en 1999 qu'en 1990.
- Les Pays de la Loire et la Haute-Normandie sont les deux régions qui ont le plus fort taux d'équipement en France, supérieur à 19 places pour 100 personnes âgées contre seulement 5,8 en Corse.
- A l'intérieur de la région, le Maine-et-Loire a le taux d'équipement le plus élevé, alors que la Loire-Atlantique et la Sarthe ont les taux plus faibles.

## Structures d'hébergement et de soins 24.2

### 1 PROPORTION DE PERSONNES VIVANT EN INSTITUTION\* SELON L'AGE EN %

Pays de la Loire (1999)



Sources : INSEE (RP 1999)

\* maison de retraite, logement-foyer, soins de longue durée

### 2 NOMBRE DE STRUCTURES POUR PERSONNES AGEES

Pays de la Loire (01/01/2001)

	Maison de retraite	Logement-foyer	Soins de longue durée
Loire-Atlantique	154	32	18
Maine-et-Loire	125	57	15
Mayenne	50	19	7
Sarthe	72	46	13
Vendée	41	92	15
<b>Pays de la Loire</b>	<b>442</b>	<b>246</b>	<b>68</b>

Source : DRASS (STATISS)

### 3 NOMBRE DE PLACES DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES

Pays de la Loire (01/01/2001)

	Maison de retraite	Logement-foyer	Soins de longue durée	Total	Taux d'équipement	Hébergement temp.
Loire-Atlantique	10 640	1 638	1 864	14 142	17,5	314
Maine-et-Loire	8 669	3 369	889	12 927	22,5	140
Mayenne	3 402	724	673	4 799	19,1	65
Sarthe	4 711	1 879	1 230	7 820	17,1	136
Vendée	3 080	5 477	870	9 427	19,1	185
<b>Pays de la Loire</b>	<b>30 502</b>	<b>13 087</b>	<b>5 526</b>	<b>49 115</b>	<b>19,0</b>	<b>840</b>

Source : DRASS (STATISS)

### 4 EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES DANS LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

Pays de la Loire (01/01/1991 - 01/01/2001)

	1991	2001	Evolution (%)
Maison de retraite	27 066	30 502	11,3
Logement-foyer	10 738	13 087	17,9
Soins de longue durée	4 492	5 526	18,7
<b>Total</b>	<b>42 296</b>	<b>49 115</b>	<b>13,9</b>

Source : DRASS (STATISS)

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

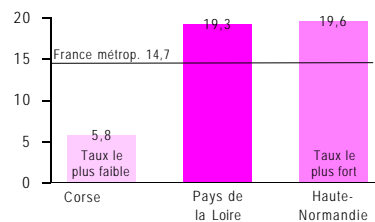
par ordre décroissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Proportion de plus de 75 ans	1999	7,9	13ème
Taux d'équipement	01/01/2001	19,3	2ème

Sources : INSEE (RP 99), DRASS (STATISS)

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus élevée

### 6 COMPARAISON DES TAUX D'EQUIPEMENT EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES (01/01/2001)



Source : DRASS (STATISS)

#### DEFINITIONS

**Taux d'équipement** : le taux d'équipement est obtenu en rapportant le nombre total de places en maison de retraite, logement-foyer et unité de soins de longue durée, à la population âgée de 75 ans et plus en 1999.

**Taux de médicalisation** : le taux de médicalisation est obtenu en rapportant le nombre total de places en section de cure médicale et unités de soins de longue durée, à la population âgée de 75 ans et plus en 1999.

**AGGIR** : la perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à l'aide de la grille AGGIR qui répartit les personnes en six niveaux d'autonomie, les groupes iso-ressources (GIR) : du GIR 1 qui rassemble les personnes très dépendantes (personnes grabataires...) au GIR 6 (personnes autonomes). Voir page 155.

**Gir moyen pondéré (GMP)** : chaque groupe iso-ressources (GIR) est affecté d'un coefficient qui "valorise" le niveau de dépendance en établissement (70 pour un GIR 6 à 1 000 pour un GIR 1). Ces coefficients sont cumulés pour l'ensemble des résidents, en fonction du GIR auquel ils appartiennent, ce qui permet de calculer ensuite le nombre moyen de coefficients par résident, que l'on appelle le GMP.

**Nombre de structures (tableau 2)** : le nombre d'unités de soins de longue durée ne doit pas être cumulé avec le nombre de maisons de retraite pour connaître le nombre total d'établissements, dans la mesure où la plupart des hôpitaux qui gèrent une maison de retraite disposent également de lits de soins de longue durée dépendant de la même entité juridique.

## 25 AIDES ET SOINS AUX PERSONNES HANDICAPÉES

### Contexte national

Le registre des handicaps de l'enfant et l'observatoire périnatal du département de l'Isère (RHEOP) recense chaque année pour la génération des enfants âgés de 8 ans, la prévalence des déficiences sévères. D'après cette source, (dont les résultats sont comparables à des études faites dans d'autres départements), environ 1 % des enfants âgés de huit ans sont porteurs d'au moins une déficience neuro-sensorielle sévère (enfants nés en 1993). En appliquant ce taux à l'effectif d'une génération, cela correspond à une incidence annuelle de 8 000 enfants pour la France, sachant qu'il existe une tendance significative à l'augmentation de cette prévalence. Les déficiences concernées sont les trisomies 21 et les autres retards mentaux moyens, graves et profonds, les déficiences motrices nécessitant un appareillage et une rééducation continue, les infirmités motrices cérébrales, les cécités et les amblyopies bilatérales, les déficiences sévères et profondes de l'audition, ainsi que les autismes et les psychoses infantiles.

Le dépistage du handicap repose sur un grand nombre d'acteurs, professionnels du soin ou services de promotion de la santé (Protection maternelle et infantile, santé scolaire). Les CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) ont également un rôle d'orientation et d'accompagnement des familles pour un suivi précoce des enfants. Les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) décident des aides financières (Allocation d'éducation spéciale, AES), des besoins de soins spécialisés des enfants handicapés, et de leur orientation éventuelle vers des structures spécialisées.

L'AES a concerné 135 000 familles en 2002, 121 000 bénéficiaires d'une AES mensuelle, et 14 000 qui perçoivent cette allocation uniquement lors des périodes de retour au foyer (en effet, lorsque l'enfant est en internat dans un établissement d'éducation spéciale, l'allocation n'est pas due). Cela correspond à un taux de 7,3 bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Cet indicateur a progressé de 24 % en huit ans, évolution sans doute liée à un repérage plus précoce des situations de handicap, et donc à une entrée plus précoce dans ce dispositif. Les départements des régions Nord - Pas-de-Calais et Corse se distinguent par une proportion plus élevée de bénéficiaires. L'AES est constituée d'une allocation de base qui peut être accompagnée d'un complément si les dépenses liées à la prise en charge du handicap par la famille le justifient. La réforme d'avril 2002 a porté à 6 le nombre de compléments possibles contre 3 auparavant. Un peu moins de la moitié des enfants sont concernés par ces compléments en 2002.

Environ 52 000 enfants handicapés sont scolarisés dans les classes ordinaires de l'Éducation nationale (rentrée 1999). Pour faciliter leur vie quotidienne, ils reçoivent le soutien d'auxiliaires de vie scolaire. Par ailleurs, les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) interviennent auprès de 20 000 enfants en milieu scolaire, mais aussi parfois auprès d'enfants vivant à leur domicile. Par ailleurs, les Classes d'intégration scolaire (CLIS), dans les écoles primaires et les Unités pédagogiques d'intégration (UPI), dans les collèges accueillent environ 50 000 enfants

et adolescents handicapés pour leur délivrer un enseignement adapté. Le plan Handiscol', arrêté conjointement en 1999 par les ministères de l'Éducation Nationale et de l'Emploi et de la Solidarité, vise à améliorer le déroulement de la scolarité des enfants handicapés en milieu ordinaire. Des groupes de coordination Handiscol' ont été constitués dans chaque département pour coordonner l'action des différents services administratifs concernés, en concertation avec les associations de parents.

Certains enfants nécessitent également une prise en charge en établissement d'éducation spéciale. Ces structures disposent de 107 000 places au plan national (2001) : 70 % des places dépendent des instituts médico-éducatifs pour enfants déficients mentaux et/ou polyhandicapés. 14 % des places en 2001 sont rattachées aux instituts de rééducation (14 %), 6,6 % aux établissements pour déficients moteurs (6,6 %) et 8,9 % aux établissements pour déficients sensoriels. L'ensemble de ces établissements correspondent à un taux d'équipement de 7,1 places pour mille jeunes de moins de 20 ans.

Le deuxième plan quinquennal en faveur de l'autisme vise à améliorer la prise en charge de ces enfants, grâce à un diagnostic plus précoce et une prise en charge adaptée, organisée le plus souvent au sein des établissements d'éducation spéciale.

*Bibliographie page 183*

### Dans les Pays de la Loire!

- Le taux de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) est de 6,7 enfants handicapés pour mille jeunes de moins de vingt ans (- 8 % par rapport à la moyenne nationale). En Mayenne, ce taux est nettement plus élevé que dans les autres départements de la région (+ 12 %).
- Depuis 1994, le taux de bénéficiaires de l'AES a augmenté deux fois moins vite dans la région qu'au plan national.
- Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) disposent de près de 1 600 places dans les Pays de la Loire contre un millier en 1995.
- Les établissements d'éducation spéciale disposent de près de 6 000 places dans la région, 70 % des places dépendent des instituts médico-éducatifs (IME) et des établissements pour enfants polyhandicapés.
- Dans les établissements d'éducation spéciale et les SESSAD, l'effectif des garçons est supérieur de 50 % à celui des filles. 450 jeunes, pour la plupart dans l'attente d'une admission dans une structure adaptée, sont âgés de 20 ans ou plus.
- Le budget des établissements et services d'éducation spéciale, financé par l'assurance maladie, s'élève à 231 millions d'euros dans les Pays de la Loire en 2002.



## 1 NOMBRE D'ENFANTS HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES DU 1ER DEGRE

Pays de la Loire (1998)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Temps plein	963	301	174	102	159	227
Temps partiel	228	67	28	23	67	43
CLIS	3 019	1 027	749	317	653	273
Total	4 210	1 395	951	442	879	543

Source : Ministère de l'Education nationale

## 2 ETABLISSEMENTS D'EDUCATION SPECIALE, ET SESSAD

Pays de la Loire (2001)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
SESSAD	1 569	607	302	143	246	271
Taux*	1,8	2,0	1,5	1,9	1,8	2,0
Etablissements pour						
- enfants déf. mentaux	3 893	1 116	1 124	367	663	623
- polyhandicapés	296	166	30	26	43	31
- troubles de la conduite et du comportement	755	222	434	0	51	48
- hand. moteur	371	276	45	0	50	0
- déficients sensoriels	619	394	225	0	0	0
Total	5 934	2 174	1 858	393	807	702
Taux*	6,9	7,1	9,2	5,2	5,9	5,2

Sources : Enquête ES 2001, INSEE

\*taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

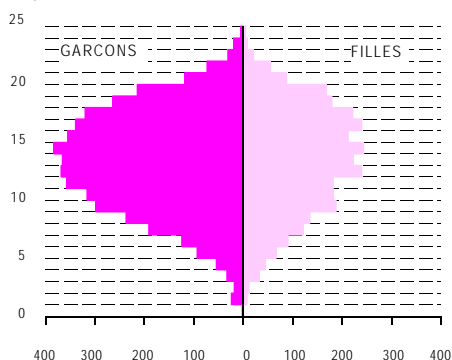
## 3 POURCENTAGE D'ENFANTS EN ETABLISSEMENTS D'EDUCATION SPECIALE SELON LA DEFICIENCE PRINCIPALE, Pays de la Loire (2001)

	%
Déficiences intellectuelles	57
Déficiences du psychisme	17
Déficiences motrices	9
Polyhandicap	5
Déficiences auditives	7
Déficiences visuelles	3
Plurihandicap	1
Autres déficiences	1
TOTAL	100

Source : Enquête ES 2001

## 4 PYRAMIDE DES AGES DES ENFANTS EN ETABLISSEMENT D'EDUCATION SPECIALE ET SESSAD

Pays de la Loire (2001)



Source : Enquête ES 2001

## 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre croissant (2002)

Indicateur	Valeur	Rang*
Nombre de bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans	6,7	10ème

Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

## 6 NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'AES

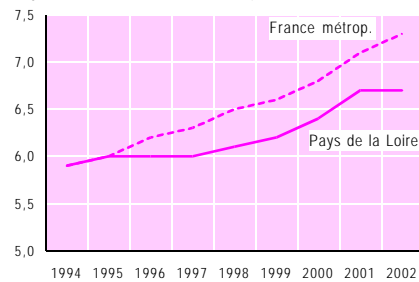
Pays de la Loire, France métropolitaine (2002)

	Effectif	Taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans
Loire-Atlantique	2 021	6,6
Maine-et-Loire	1 221	6,1
Mayenne	626	8,2
Sarthe	862	6,3
Vendée	984	7,4
<b>Pays de la Loire</b>	<b>5 714</b>	<b>6,7</b>
France métropolitaine	109 088	7,3

Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

## 7 EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'AES POUR MILLE JEUNES\*

Pays de la Loire, France métropolitaine (1994 - 2002)



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

\* taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

### DEFINITIONS

**Allocation d'éducation spéciale :** l'AES est une allocation versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant handicapé avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % ou compris entre 50 % et 80 %, lorsqu'il est admis dans un établissement d'éducation spéciale.

Un écart important apparaît entre le nombre de bénéficiaires de l'AES (tableau 6), et le nombre total de bénéficiaires (135 000). Le tableau 6 ne dénombre que les bénéficiaires qui relèvent du régime général et du régime agricole, et ne comprend pas les bénéficiaires des régimes spéciaux (fonctionnaires d'Etat...), ni ceux des DOM. Au total, le nombre de bénéficiaires tous régimes est évalué pour la France entière à 119 000 en 2001. Il faut également y ajouter les familles dont l'enfant est en internat, et qui bénéficient de l'allocation uniquement en cas de retour au foyer (environ 14 000).

**SESSAD :** les services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent soit dans la prise en charge précoce des enfants porteurs d'un handicap, soit en soutien à la scolarisation (soins médicaux, paramédicaux, rééducations...). Leurs interventions sont financées par l'assurance maladie.

**CLIS :** classe d'intégration scolaire.

### Contexte national

L'enquête nationale HID (handicaps, incapacités, dépendance) a été réalisée en 1998-2000 par l'INSEE auprès d'un échantillon de 14 600 personnes vivant en institution et 16 900 personnes à domicile, pour mieux connaître la situation sociale et les aides (humaines, financières, appareillage...) dont bénéficient les personnes handicapées. L'exploitation des résultats de cette enquête a montré que, selon l'approche utilisée, les estimations de "population handicapée" varient fortement, et que ces différentes évaluations ne se recoupent que partiellement. Une personne qui a une reconnaissance administrative de son handicap ne va pas forcément faire état de ses limitations d'activité. De la même façon, une personne qui a des restrictions d'activité importantes ne se reconnaît pas forcément comme handicapée. Le "noyau dur" du handicap, regroupant les personnes qui déclarent à la fois au moins une incapacité, une limitation de leur activité et une reconnaissance du taux d'incapacité ou d'invalidité, est estimé à 1,2 million de personnes.

Selon cette enquête, 3,4 millions de personnes ont une reconnaissance administrative de leur handicap par la sécurité sociale, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), l'armée, ou une société d'assurance. La COTOREP (qui a reçu 735 000 demandeurs d'aides en 2002) évalue le taux d'incapacité, qui ouvre le droit à des aides financières, reconnaît le titre de "travailleur handicapé", et oriente les personnes handicapées vers des structures spécialisées. Au-delà de 60 ans, la reconnaissance du handicap ne dépend plus des COTOREP mais des Conseils généraux qui financent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les personnes affectées par un handicap bénéficient de prestations sociales spécifiques dont le montant et la nature dépendent de nombreux paramètres (activité, origine du handicap, âge).

En cas de survenue du handicap en période d'activité, les assurés sociaux reçoivent un revenu de remplacement de leur régime d'assurance maladie (invalidité), selon des conditions d'indemnisation variables en fonction des conditions de survenue du handicap (maladie ou accident du travail), et du régime d'appartenance.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est servie dans le cas où le handicap est apparu lorsque la personne était inactive. Elle est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 20 à 59 ans, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, ou compris entre 50 et 80 % si la personne se trouve dans l'incapacité de se procurer un travail. 728 400 personnes bénéficient de l'AAH au 31 décembre 2001, soit 23 bénéficiaires pour mille habitants. Leur effectif a progressé de 2,9 % par an depuis 1990. Le complément AAH (149 000 bénéficiaires) concerne les personnes vivant à leur domicile avec un taux d'incapacité supérieur à 80 %. L'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) est versée quant à elle aux personnes âgées de 20 à 59 ans dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne (88 200 bénéficiaires en 1999).

D'après l'enquête HID, 701 000 personnes sont reconnues comme "travailleur handicapé", soit 2,8 % des actifs de 20-59 ans. Parmi eux, 39,1 % occupent un emploi contre 73,5 % des actifs du même groupe d'âge. Les entreprises de plus de 20 salariés du secteur privé ont l'obligation d'employer 6 % de travailleurs handicapés. Lorsqu'elles n'atteignent pas cet objectif, elles cotisent à un fonds (AGEFIPH), qui est ensuite redistribué pour favoriser l'emploi des personnes handicapées : le taux d'emploi effectif est de 4 % (soit 220 000 travailleurs handicapés employés). D'autres formes d'emploi sont accessibles aux personnes handicapées. Les Ateliers protégés (16 000 travailleurs handicapés en 2001) ont un statut d'entreprises et bénéficient de subventions publiques pour compenser la moindre productivité des personnes handicapées. Les Centres d'aide par le travail-CAT (94 000 places) sont des établissements sociaux, qui s'adressent en général à des personnes ayant des capacités productives plus limitées, les travailleurs handicapés n'ayant pas un statut de salarié. Les personnes les plus lourdement handicapées sont accueillies en fonction de la gravité de leur handicap dans les foyers occupationnels (34 900 places), les foyers d'accueil médicalisés (8 300 places), et les maisons d'accueil spécialisées (14 300 places). Les personnes handicapées qui vivent à leur domicile peuvent bénéficier de l'aide d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Par ailleurs, des sites pour la vie autonome (SIVA), qui ont pour mission de faciliter l'accès des personnes handicapées aux solutions de compensation des incapacités (adaptations du logement, achat de prothèses...) commencent à voir le jour.

*Bibliographie page 183*

### Dans les Pays de la Loire

- Le taux de bénéficiaires de l'AAH, 20 pour mille, est inférieur de 11 % par rapport à la moyenne nationale.
- Depuis 1990, ce taux a augmenté chaque année de 1,2 % dans les Pays de la Loire contre 2,9 % au plan national.
- On dénombre aujourd'hui près de 5 400 places en Centres d'aide par le travail, (+ 25 % depuis 1995). Le taux d'équipement s'élève à 3,1 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, taux légèrement supérieur au taux moyen français.
- Environ 4 000 personnes handicapées sont accueillies dans les différentes structures spécialisées de la région. Les capacités de l'ensemble de ces établissements progressent par rapport à 1995, même si ces équipements sont en nombre insuffisant pour répondre aux demandes des personnes connues des COTOREP : foyers occupationnels (+ 38 %), foyers d'accueil médicalisés (+ 17 %), maisons d'accueil spécialisées (+ 37 %).

## Adultes handicapés 25.2

### 1 NOMBRE DE PLACES DANS LES ETABLISSEMENTS DE TRAVAIL PROTEGE

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Centre d'aide par le travail	93 932	5 381	1 689	1 125	701	896	970
Taux d'équip.*	2,9	3,1	2,7	2,9	4,8	3,2	3,5
Atelier protégé	16 365	2 503	745	894	191	561	112
Taux d'équip.*	0,5	1,5	1,2	2,3	1,3	2,0	0,4

Sources : DRASS (STATISS), INSEE

\* taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre croissant (2002)

Indicateur	Valeur	Rang*
Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans	20,4	4ème

Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

\* position des Pays de la Loire parmi les 22 régions métropolitaines, le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 2 NOMBRE DE PLACES DANS LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2002)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Foyer d'hébergement	36 818	1 853	487	383	371	350	262
Taux d'équip.*	1,2	1,1	0,8	1,0	2,5	1,3	0,9
Foyer occupationnel	34 928	2 733	778	521	256	481	697
Taux d'équip.*	1,1	1,6	1,2	1,3	1,7	1,7	2,5
Foyer d'accueil médicalisé	8 358	492	332	48	32	25	55
Taux d'équip.*	0,3	0,3	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2
Maison d'accueil spécialisée	14 356	847	337	169	134	165	42
Taux d'équip.*	0,5	0,5	0,5	0,4	0,9	0,6	0,2

Sources : DRASS (STATISS), INSEE

\* taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

### 6 NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'AAH

Pays de la Loire, France métrop. (2002)

	Bénéficiaires de l'AAH	
	Nombre	Taux *
Loire-Atlantique	12 643	20,1
Maine-et-Loire	7 779	19,9
Mayenne	3 298	22,4
Sarthe	5 184	18,6
Vendée	6 319	22,6
<b>Pays de la Loire</b>	<b>35 223</b>	<b>20,4</b>
France métrop.	728 383	22,9

Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

\* taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

### 3 POURCENTAGE D'ADULTES EN ETABLISSEMENT POUR ADULTES HANDICAPES SELON LA DEFICIENCE PRINCIPALE

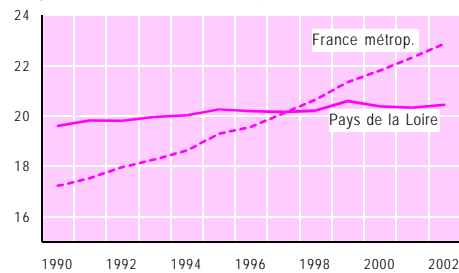
Pays de la Loire (2001)

	%
Déficiences intellectuelles	74
Déficiences du psychisme	13
Déficiences motrices	6
Polyhandicap	3
Plurihandicap	1
Déficiences visuelles	1
Déficiences auditives	1
Autres déficiences	3
TOTAL	100

Source : Enquête ES 2001

### 7 EVOLUTION DU TAUX\* DE BENEFICIAIRES DE L'AAH

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2002)

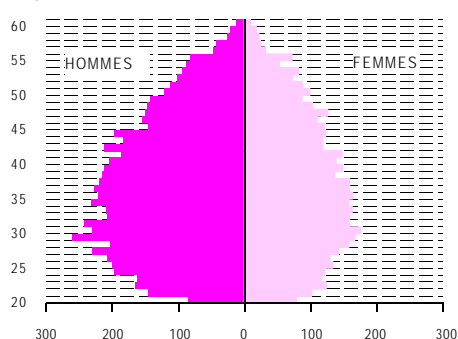


Sources : CAF, MSA, INSEE

\* taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

### 4 PYRAMIDE DES AGES DES PERSONNES EN ETABLISSEMENT POUR ADULTES HANDICAPES\*

Pays de la Loire (2001)



Source : Enquête ES 2001

\* non compris les foyers d'hébergement

#### DEFINITIONS

**AAH** : Allocation aux adultes handicapés.

**Atelier protégé** : le taux d'équipement n'est pas un indicateur très adapté pour ces structures qui sont des entreprises, et dont les effectifs de travailleurs handicapés évoluent en fonction de leurs capacités de développement.

**Foyer d'hébergement** : ces foyers accueillent dans leur grande majorité des personnes avec un handicap mental, exerçant leur activité professionnelle en CAT.

**Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé** : les maisons d'accueil spécialisées (financement assurance maladie) accueillent les personnes les plus lourdement handicapées, tandis que les foyers d'accueil médicalisés prennent en charge des personnes moins dépendantes (financement assurance maladie et conseils généraux).

**Foyers de vie, foyers occupationnels** : ces foyers accueillent des personnes handicapées moins dépendantes que les foyers médicalisés. Les foyers occupationnels fonctionnent en général à la journée, tandis que les foyers de vie proposent un internat complet.

## 26 SERVICES DE PRÉVENTION

### Contexte national

Tout employeur doit, quelle que soit la taille de son entreprise, organiser et financer la surveillance médicale de ses salariés. Ces obligations concernent les entreprises privées mais également les services de l'Etat et les collectivités territoriales. La médecine du travail, qui est devenue « la santé au travail » en janvier 2002, est une activité essentiellement préventive, qui recouvre deux missions : la surveillance médicale des salariés, et le conseil auprès des responsables de l'entreprise et des salariés pour l'amélioration des conditions de travail, la lutte contre les nuisances...

En 2001, la population surveillée par les services de santé au travail est de 14,5 millions de salariés (soit deux millions de plus qu'en 1994), pour un effectif total de 20 millions de salariés (1999). Les autres actifs (fonctionnaires d'Etat, actifs agricoles.....) dépendent d'une organisation qui est propre à chacune de ces activités.

La surveillance de la santé au travail dépend de deux types d'organismes : 363 services interentreprises d'une part qui assurent la surveillance de 93 % des salariés, et 765 services autonomes internes aux entreprises (7 % des salariés). Les services interentreprises sont des organismes à but non lucratif, le plus souvent associatifs, administrés par les employeurs, dont les ressources proviennent des cotisations versées par les entreprises. Ils sont dirigés par un président bénévole, mais également par une commission de contrôle composée de 2/3 de salariés et d'1/3 d'employeurs.

Au 1er janvier 2002, on dénombrait environ 7 200 médecins du travail, dont 55 % exercent à temps partiel. Leur effectif a progressé de 25,6 % depuis 1988, mais se stabilise actuellement : de nombreux services de médecine du travail ne parviennent plus à recruter de nouveaux médecins, le nombre de médecins du travail actuellement formés étant insuffisant pour compenser les nombreux départs. Les services médicaux du travail emploient également des personnels infirmiers (3 700 agents), des « intervenants santé au travail » (240), et des personnels administratifs (6 700).

L'essentiel de l'activité des praticiens est consacré aux visites périodiques : visites d'embauche, de reprise après une maladie ou un accident et visites annuelles. En moyenne, un médecin du travail en service interentreprises a en charge le suivi de 2 900 salariés, mais le tiers de son activité doit s'effectuer également sur les lieux de travail. La pénurie de médecins du travail et les réticences de certains employeurs rendent souvent difficile la mise en œuvre de cette deuxième mission, pourtant considérée comme prioritaire.

Le médecin du travail est employé soit par un service autonome soit par un service interentreprises. Son indépendance est doublement protégée par le code du travail et le

code de déontologie médicale : en tant que médecin, il est indépendant dans l'exercice de son art et est soumis au secret médical. Le médecin du travail est nommé (mais aussi éventuellement licencié), après accord du comité d'entreprise (service autonome) ou de la commission de contrôle (service interentreprises), mais également de l'inspection du travail.

Les médecins du travail participent à la prévention des risques professionnels à côté d'autres acteurs. L'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail signé par les partenaires sociaux prévoit d'aménager l'organisation actuelle en introduisant une « véritable pluridisciplinarité », entre les différents intervenants. Cet accord prévoit également de recentrer les missions des médecins du travail sur leur action en milieu de travail. Par ailleurs, l'organisation des visites annuelles devrait être prochainement réformée.

*Bibliographie page 183*

### Dans les Pays de la Loire

- La population active salariée représente 1,1 million de personnes dans la région (contre 975 000 en 1990), dont 18 % sont âgées de 50 ans ou plus. L'agriculture représente 2,6 % des emplois salariés, l'industrie 24 %, le bâtiment, 6 %, et les services, 67 %. 25 % de ces emplois dépendent du secteur public.
- 23 % des salariés doivent bénéficier d'une surveillance médicale spéciale, à cause des nuisances auxquelles ils sont exposés, principalement le travail sur écran et le bruit. On dénombre 460 médecins du travail dans les Pays de la Loire. Deux médecins sur trois sont des femmes, et 56 % sont âgés de 50 ans ou plus.
- Les visites annuelles représentent 68 % des visites effectuées. Les affections périarticulaires sont les risques les plus fréquents de maladies professionnelles relevés à l'occasion de ces visites (42 %), devant les eczémas et les lésions eczématiformes.
- 12 % du temps médical (des médecins du travail) est effectué sur le lieu de travail des salariés.
- Les services de la santé au travail de la région participent à plusieurs programmes de surveillance de la santé au travail concernant les troubles musculo-squelettiques, le réseau d'alerte sur les maladies à caractère professionnel, et le suivi spécifique de certaines branches professionnelles (industrie du bois, pressing, entreprises agro-alimentaires, entreprises de nettoyage ...).

**1 MEDECINS DU TRAVAIL**

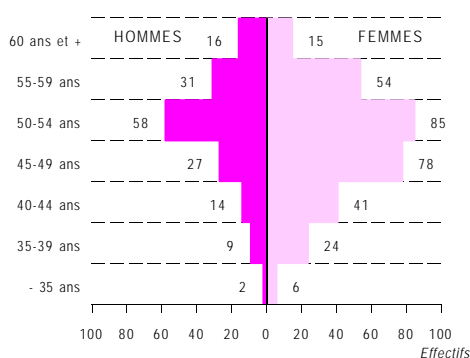
Pays de la Loire, France métropolitaine (2002)

	France métrop.*	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Hommes	2 435	155	53	40	17	23	22
Femmes	4 726	305	125	60	22	44	54
Total	7 161	460	178	100	39	67	76
% temps partiel	55,0	48,6	54,2	47,9	39,5	47,0	41,9

Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi  
\* données 2001

**2 REPARTITION PAR SEXE ET AGE DES MEDECINS DU TRAVAIL**

Pays de la Loire (2002)



Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi

**4 TYPES DE VISITES DE SUIVI MEDICAL EFFECTUEES PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL**

Pays de la Loire (2002)

	%
Visites annuelles	68,0
dont concernant des surveillances médicales spéciales (SMS)	34,9
Visites supplémentaires pour SMS	0,6
Visites d'embauche	21,5
Visites de reprise ou de préreprise	5,9
Visites occasionnelles	4,0
Total	100,0

Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi

**DEFINITIONS**

**Population surveillée par les services de santé au travail** : ce dénombrement (page 162) ne comprend pas les salariés qui relèvent du régime agricole, les fonctionnaires d'Etat (et en particulier les personnels de l'Education nationale), des personnels hospitaliers qui sont suivis par des services internes à leur entreprise.

**Surveillance médicale spéciale (SMS)** : un arrêté du 11 juillet 1977 détermine la liste des travaux effectués par les salariés, pour lesquels les médecins du travail sont tenus d'exercer une surveillance médicale spéciale.

**3 EFFECTIFS SALARIES SELON L'ACTIVITE ET LE SEXE**

Pays de la Loire (1999)

Nomenclature des activités économiques	Effectif	%	% femmes
EA Agriculture, sylviculture, pêche	29 203	2,6	33,9
EB Industries agricoles et alimentaires	49 450	4,4	36,9
EC Industrie des biens de consommation	59 777	5,4	52,9
ED Industrie automobile	14 454	1,3	14,6
EE Industrie des biens d'équipement	58 104	5,2	16,6
EF Industrie des biens intermédiaires	74 990	6,7	24,1
EG Energie	9 745	0,9	19,1
EH Construction	67 953	6,1	8,7
EJ Commerce	135 286	12,1	45,5
EK Transports	40 313	3,6	20,0
EL Activité financière	30 504	2,7	53,1
EM Activités immobilières	8 092	0,7	55,1
EN Services aux entreprises	122 731	11,0	40,4
EP Services aux particuliers	61 415	5,5	68,7
EO Education, santé, action sociale	232 901	20,9	75,7
ER Administration	119 481	10,7	53,3
Total	1 114 399	100,0	46,6

Source : INSEE (RP99)

## 26 SERVICES DE PRÉVENTION

### Contexte national

La santé des élèves constitue un enjeu important pour l'école. Le service national d'hygiène scolaire et universitaire est né au lendemain de la deuxième guerre mondiale, avec notamment l'instauration progressive du dépistage des maladies contagieuses. A ces préoccupations anciennes de santé publique, s'est progressivement ajoutée une prise de conscience de l'impact de certains problèmes de santé (tels que les troubles auditifs, visuels, le développement psychomoteur, les maladies graves...) sur les apprentissages et la réussite scolaire. Mais l'école peut aussi jouer un rôle important dans l'éducation au respect de soi et des autres, comme dans la prévention des différentes formes de violence.

La politique de prévention et de promotion de la santé à l'école s'appuie sur les personnels médicaux et infirmiers de l'institution qui ont été rattachés selon les époques au ministère en charge de l'Education nationale ou au ministère des Affaires sociales, mais aussi sur l'ensemble de la communauté éducative oeuvrant au sein des établissements. Le service de "promotion de la santé en faveur des élèves" de l'Education nationale intervient dans les établissements scolaires du premier degré, dans les collèges, les lycées, mais aussi dans les classes préparatoires aux grandes écoles et les formations BTS. L'université dispose quant à elle d'un service spécifique, le Service universitaire de médecine préventive et sociale (SUMPS).

Les missions des 2 036 médecins (dont moins de la moitié sont employés comme titulaires) et 6 156 infirmiers (ETP) de l'Education nationale sont vastes. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves assure tout d'abord le suivi individuel de la santé des élèves, dans un certain nombre de situations particulières ou en cas de problème de santé majeur (soins, maltraitances, projet d'intégration scolaire d'enfants handicapés, écoute des élèves...). Les professionnels de ce service sont également chargés de la mise en place des mesures prophylactiques de protection individuelle ou collective en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire (toxi-infections alimentaires, méningite bactérienne...). Médecins et infirmiers effectuent également un certain nombre d'examens de dépistage, avec une visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans, un bilan de santé pour certains élèves en zone d'éducation prioritaire (ZEP), un bilan de santé pour les élèves en classe de 3ème, mais également des examens systématiques pour tous les enfants travaillant avec des nuisances ou sur des machines présentant des risques pour la santé. Enfin, ces personnels participent à l'animation de la politique de santé des établissements, notamment au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

mis en place progressivement dans de nombreux établissements scolaires. Ces comités sont notamment chargés d'organiser les campagnes de prévention, les écoles étant très fréquemment impliquées dans les programmes de prévention et de promotion de la santé lancés au plan national ou au plan local.

Mais face à des missions qui sont en plein développement, les effectifs actuels de médecins et infirmiers ne permettent pas de respecter les obligations légales en matière d'examens de dépistage. On compte, en effet, en moyenne un médecin scolaire pour 5 900 élèves (mais ce ratio varie de 5 280 à 6 530 selon les régions), et un infirmier pour 1 950 élèves (de 1 200 à 2 420 selon les régions).

*Bibliographie page 183*

### Dans les Pays de la Loire

- 364 000 enfants étaient scolarisés dans le premier degré, c'est-à-dire les écoles maternelles et primaires de la région à la rentrée 2002. 279 000 dans le second degré (dont 64 % dans le premier cycle) et plus de 100 000 dans l'enseignement supérieur.
- En 2001, les Pays de la Loire comptent 101 médecins de santé scolaire (ETP), contre 90 en 1996, ce qui représente un ratio moyen de 6 400 élèves par médecin. Les Pays de la Loire font partie des régions qui ont le ratio nombre d'élèves par médecin le plus élevé.
- Les infirmiers de santé scolaire sont au nombre de 267 (ETP) contre 228 en 1996. Avec une infirmière pour 2 420 élèves, la région des Pays de la Loire est la région de France la plus faiblement dotée quand on rapporte son effectif à l'ensemble des enfants scolarisés. Cependant, ces résultats doivent tenir compte du fait que ces professionnels n'interviennent (à la différence des médecins), que dans les établissements scolaires publics (qui représentent 61 % des effectifs).
- Une organisation un peu différente fonctionne à Nantes (Loire-Atlantique), où le service de "promotion de la santé" est géré directement par la ville elle-même, pour tous les établissements scolaires du premier et du second degré.

## Promotion de la santé en faveur des élèves 26.2

### 1 MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE

Pays de la Loire, France (1996 - 2001)

	1996	2001
<b>Nombre de médecins (équivalent temps plein)</b>		
Pays de la Loire	89,7	100,7
France	1788,4	2036,4
<b>Nombre d'élèves par médecin</b>		
Pays de la Loire	7 380	6 400
France	6 900	5 900

Source : Ministère de l'Éducation nationale

### 2 INFIRMIERS DE SANTE SCOLAIRE

Pays de la Loire, France (1996 - 2001)

	1996	2001
<b>Nombre d'infirmiers (équivalent temps plein)</b>		
Pays de la Loire	228	267
France	5 197,5	6 156,5
<b>Nombre d'élèves par infirmier</b>		
Pays de la Loire	2 900	2 420
France	2 370	1 950

Source : Ministère de l'Éducation nationale

### 3 EFFECTIFS SCOLARISES

Pays de la Loire (année scolaire 2002-2003)

	Pays de la Loire	dont étab. publics	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ecole préélémentaire	148 259	97 953	52 146	35 221	14 062	23 020	23 810
Ecole élémentaire	215 460	137 697	78 581	48 464	19 129	34 984	34 302
Premier cycle	179 967	105 648	64 445	41 578	15 186	29 242	29 516
Second cycle général et technologique	79 491	49 412	30 298	18 152	6 104	11 648	13 289
Second cycle professionnel	19 774	13 756	7 057	3 961	1 852	4 324	2 580
Enseignement supérieur	100 502	nd	49 619	30 868	3 199	11 478	5 338
- dont classes pré. STS*	19 659	nd	8 077	4 897	1 447	2 553	2 685
<b>Ensemble</b>	<b>763 112</b>	<b>nd</b>	<b>290 223</b>	<b>183 141</b>	<b>60 979</b>	<b>117 249</b>	<b>111 520</b>

Source : Académie de Nantes  
Non compris l'enseignement agricole  
\* Année universitaire 2001-2002

### 4 NOMBRE D'ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

Pays de la Loire (année scolaire 2002-2003)

	Pays de la Loire	dont étab. publics	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ecole préélémentaire	712	649	216	187	82	133	94
Ecole élémentaire	2 408	1 464	638	596	301	396	477
Premier cycle	413	239	135	94	42	80	62
Second cycle général et technologique	148	66	56	33	12	22	25
Second cycle professionnel	86	52	35	19	6	19	7

Source : Académie de Nantes  
Non compris l'enseignement agricole

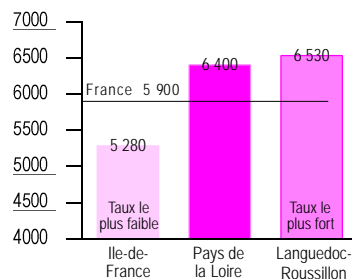
### 5 RANG DES PAYS DE LA LOIRE AU NIVEAU NATIONAL

par ordre croissant

Indicateur	Période	Valeur	Rang*
Nombre d'élèves par médecin	2001	6 400	22ème
Nombre d'élèves par infirmier	2001	2 420	26ème

Source : Ministère de l'Éducation nationale  
\* position des Pays de la Loire parmi les 26 régions françaises (métropole + DOM), le premier rang correspondant à la valeur la plus faible

### 6 NOMBRE D'ELEVES PAR MEDECIN (2001)



Source : Ministère de l'Éducation nationale

#### DEFINITIONS

**Ecole préélémentaire** : école maternelle.

**Ecole élémentaire** : CP, CE1, CE2, CM1, CM2, CLIS, classes d'adaptation

**Premier cycle** : sixième, cinquième, quatrième, troisième, 4e et 3e technologiques, classes pré-professionnelles de niveau, classes préparatoires à l'apprentissage, SEGPA.

**Second cycle professionnel** : préparation aux CAP, BEP, mentions complémentaires des CAP et des BEP, aux baccalauréats professionnels.

**Second cycle général et technologique** : de la seconde à la terminale, préparation aux baccalauréats généraux, technologiques ou techniques.

**STS** : section de technicien supérieur (préparation aux BTS).

**ETP** : équivalent temps plein.

# REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

Les documents présentés dans cette bibliographie peuvent être consultés, et pour la plupart empruntés, au service documentation de l'ORS des Pays de la Loire.

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

### 1. Démographie

#### 1.1 Population

La situation démographique en 2001.

Mouvement de la population

C. Beaumel, L. Doisneau, M. Vatan

"Insee Résultats", n° 18, août 2003 - INSEE - 44 p.

La fécondité en France au cours du XXème siècle

F. Daguet

"Insee Première", n° 873, décembre 2002 - INSEE - 4 p.

Estimations départementales et régionales de population par âge et sexe

www.insee.fr

#### 1.2 Projections de population, et vieillissement

Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030

C. Brutel, L. Omalek

Dans "Données sociales, la société française 2002-2003", INSEE, 2002 - pp. 19-29

Horizon 2030

S. Fraboul, C. Le Gros, M.J. Moulin

"Référence Pays de la Loire", n° 35, octobre 2001 -

INSEE Pays de la Loire - pp. 9-19

Projections régionales pour 2030 :

l'impact des migrations

L. Omalek

"Insee Première", n° 805, septembre 2001 - INSEE - 4 p.

#### 1.3 Natalité, fécondité

La situation démographique en 2001.

Mouvement de la population

C. Beaumel, L. Doisneau, M. Vatan

"Insee Résultats", n° 18, août 2003 - INSEE - 44 p.

La fécondité en France depuis 25 ans

L. Toulemon

Haut conseil de la population et de la famille, janvier 2003 - 72 p.

Bilan démographique 2002

L. Doisneau

"Insee Première", n° 882, janvier 2003 - INSEE - 4 p.

La fécondité en France au cours du XXème siècle

F. Daguet

"Insee Première", n° 873, décembre 2002 - INSEE - 4 p.

#### 1.4 Mortalité

La situation démographique en 2001. Mouvement de la population

C. Beaumel, L. Doisneau, M. Vatan

"Insee Résultats", n° 18, août 2003 - INSEE - 44 p.

### 2. Economie, emploi

#### 2. Economie, emploi

Un PIB en forte croissance sur les dix dernières années

"Informations Statistiques", n° 79, août 2003 - INSEE

Pays de la Loire - 1 p.

Enquête sur l'emploi du premier trimestre 2003

J.F. Bigot, D. Goux

"Insee Première", n° 909, juillet 2003 - INSEE - 4 p.

La France et ses régions 2002-2003

INSEE, 2003 - 231 p. - (Coll. "Références")

### 3. Pauvreté, précarité

#### 3. Pauvreté, précarité

Une évolution encore soutenue du revenu des ménages

Dans "France, portrait social 2003-2004", INSEE,

octobre 2003 - pp. 51-65 - (Coll. "Références")

Les sans-domicile ne sont pas coupés de l'emploi

B. de la Rochère

"Insee Première", n° 925, octobre 2003 - INSEE - 4 p.

Enquête sur l'emploi du premier trimestre 2003

J.F. Bigot, D. Goux

"Insee Première", n° 909, juillet 2003 - INSEE - 4 p.

La santé des sans-domicile usagers des services d'aide

B. de la Rochère

"Insee Première", n° 893, avril 2003 - INSEE - 4 p.

CMU an IV

Connaissance de l'emploi, des revenus et des coûts-

Association

"Les Dossiers de CERC-Association", n° 4, 2003 - 43 p.

Pauvreté et exclusion

"Santé, Société et Solidarité", n° 1, 2003 - Observatoire

franco-québécois de la santé et de la solidarité - 211 p.

Les allocataires des minima sociaux en 2001

M. Anguis

"Etudes et Résultats", n° 209, décembre 2002 - DREES - 11 p.

La couverture maladie universelle au 31 mars 2002

B. Boisguérin

"Etudes et Résultats", n° 179, juillet 2002 - DREES - 4 p.

Hébergement et distribution de repas chauds :

qui sont les sans-domicile usagers de ces services ?

C. Brousse, B. de la Rochère, E. Massé

"Insee Première", n° 824, janvier 2002 - INSEE - 4 p.

Hébergement et distribution de repas chauds :

le cas des sans-domicile

C. Brousse, B. de la Rochère, E. Massé

"Insee Première", n° 823, janvier 2002 - INSEE - 4 p.



La pauvreté en termes de conditions de vie :  
quatre profils de ménage  
S. Ponthieux  
Dans "Données sociales, la société française 2002-2003", INSEE, 2002 - pp. 417-426

La surmortalité des chômeurs :  
un effet catalyseur du chômage ?  
A. Mesrine  
"Economie et Statistique", n° 334, avril 2000 - INSEE - pp. 33-48

Pauvreté et précarité dans les Pays de la Loire  
"Dossier de Référence", n° 13, mars 1998 - INSEE Pays de la Loire - 65 p.

Les minima sociaux. 25 ans de transformation  
Connaissance de l'emploi, des revenus et des coûts-  
Association  
"Les Dossiers de CERC-Association", n° 2, 1997 - 126 p.

## ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

### 4. Vues d'ensemble

#### 4.1 Causes médicales de décès

La qualité des données de mortalité sur le suicide  
E. Jouglu, F. Pequignot, J.L. Chappert *et al.*  
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 50, n° 1, janvier 2002 - pp. 49-62

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community  
E. Jouglu, G. Pavillon, F. Rossollin *et al.*  
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 46, n° 6, décembre 1998 - pp. 447-456

Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Révision 1975. (CIM-9). Volume 1  
Organisation mondiale de la santé, 1977 - 777 p.

Site internet du service d'information sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc)  
<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>

#### 4.2 Mortalité prématurée

La mortalité prématurée en France  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", numéro thématique, n° 30-31, juillet 2003 - InVS - pp. 133-152

La santé en France 96  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 1996 - 251 p.

European health for all database. Mortalité par principales causes de décès, âge et sexe  
Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe  
[www.who.dk/hfad](http://www.who.dk/hfad)

La santé en France. Rapport général - Annexe : travaux des groupes thématiques  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 1994 - 333 p. + 576 p.

#### 4.3 Affections de longue durée

La démographie et la consommation médicale des personnes atteintes d'une affection de longue durée  
Dans "Point de Conjoncture", n° 13, mai 2003 - CNAMTS - pp. 23-48

Approche de la morbidité dans les Pays de la Loire à partir des ALD 30 et des maladies professionnelles.  
Mise à jour : années 2000 et 2001  
URCAM des Pays de la Loire, avril 2003 - 73 p.

ALD 30. Affections longue durée exonérantes.  
Recommandations du Haut comité médical de la sécurité sociale  
CNAMTS, avril 2002 - 104 p. - (Coll. "Les Guides de l'Assurance Maladie")

Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 1998. Données du Régime général de l'Assurance Maladie  
CNAMTS, avril 2001 - 155 p.

Approche de la morbidité dans les Pays de la Loire en 1999 à partir des ALD 30 et des maladies professionnelles  
URCAM des Pays de la Loire, 2001 - 86 p.

#### 4.4 Diagnostics d'hospitalisation

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Les motifs d'hospitalisation en 1998  
M.C. Mouquet  
"Etudes et Résultats", n° 81, 2000 - DREES - 12 p.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème révision. (CIM-10). Volume 1  
Organisation mondiale de la santé, 1993 - 1335 p.

### 5. Santé des populations

#### 5.1 La santé des enfants de moins d'un an

Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale  
V. Carrasco, D. Baubeau  
"Etudes et Résultats", n° 212, février 2003 - DREES - 8 p.

Annuaire Eurostat 2002. Le guide statistique de l'Europe. Données 1990-2000  
Union européenne  
Office des publications officielles des communautés européennes, 2002, 7ème ed. - 455 p.

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

### 5.2 La santé des enfants de 1-14 ans

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Body mass index in 7-9 old French children : frequency of obesity, overweight and thinness  
M.F. Rolland-Cachera, K. Castetbon, N. Araud *et al.*  
"International Journal of Obesity", vol. 26, n° 12, 2002 - pp. 1610-1616

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC-France, Phase 1  
D. Charpin, I. Annesi-Maesano, P. Godard *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 13, mars 1999 - InVS - pp. 49-51

### 5.3 La santé des personnes de 15-44 ans

Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, novembre 2000  
M.C. Mouquet, H. Villet  
"Document de Travail, Série Statistiques", n° 53, juin 2003 - DREES - 105 p.

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2  
Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p. et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

### 5.4 La santé des personnes de 45-74 ans

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

### 5.5 La santé des personnes de 75 ans et plus

Vieillessement, grand âge et santé publique  
J.C. Henrard, J. Ankri  
Ed. ENSP, 2003 - 277 p.

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999. Résultats détaillés  
C. Goillot, P. Mormiche  
"Insee Résultats", septembre 2002 - INSEE - 257 p. - (Coll. "Société", n° 6)

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Gérontologie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique  
Sous la direction de C. Trivalle  
Ed. Masson, 2002 - 473 p. - (Coll. "Abrégés")

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés  
C. Goillot, P. Mormiche  
"Insee Résultats", n° 755-756, août 2001 - INSEE - 213 p. - (Coll. "Démographie-Société", n° 83-84)

Vieillessement et prospective en Loire-Atlantique  
ORS des Pays de la Loire, mai 2001 - 133 p.

L'espérance de vie sans incapacité  
C. Sermet  
Dans "La santé des années 2000. 9ème Congrès des Observatoires régionaux de la santé, Nantes, 28-29 septembre 2000, Livre des résumés", ORS des Pays de la Loire, 2000 - p. 43

La polyopathie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ?  
A. Le Pape, C. Sermet  
CREDES, 1997 - 30 p. - (Biblio n° 1182)

Ostéoporose. Stratégie de prévention et de traitement  
Ed. INSERM, 1996 - 248 p. - (Coll. "Expertise Collective")

Prévalence de la démence en Gironde  
L. Letenneur, L. Dequae, J.F. Dartigues *et al.*  
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 41, n° 2, 1993 - pp. 139-145

## 6. Disparités de santé

### 6. Disparités de santé

La mortalité prématurée en France  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", numéro thématique, n° 30-31, juillet 2003 - InVS - pp. 133-152

La santé en France 2002  
Haut comité de la santé publique  
Ed. La Documentation française, 2002 - 410 p.

Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales  
P. Aiach  
Dans "Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques", Sous la direction de P. Aiach, D. Cèbe, G. Cresson *et al.*, Ed. ENSP, 2001 - pp. 117-147 - (Coll. "Recherche Santé Social")

Les inégalités sociales de santé  
Sous la direction de A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean *et al.*  
Ed. INSERM, La Découverte, 2000 - 448 p. - (Coll. "Recherches")

Baromètre santé jeunes 97/98  
Sous la direction de J. Arènes, M.P. Janvrin, F. Baudier  
Comité français d'éducation pour la santé, 1999 - 328 p. (Coll. "Baromètres")

Atlas de la santé en France. Volume 1. Les causes de décès  
G. Salem, S. Rican, E. Jouglu  
Ed. John Libbey Eutotext, 1999 - 189 p.

Disparités sociales de morbidité en France  
A. Mizrahi, Ar. Mizrahi  
CREDES, mai 1997 - 19 p. - (Biblio n° 1177)

Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie  
Sous la direction de R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor  
Ed. John Libbey Eurotext, Presses de l'Université de Montréal, 1996 - 359 p.

La santé des femmes  
M.J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel  
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1996 - 386 p.

Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative  
P. Aiach, R. Carr-Hill, S. Curtis *et al.*  
Ed. INSERM, Ed. La Documentation française, 1987 - 205 p. - (Coll. "Analyses et Prospective")

## PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES

### 7. Maladies infectieuses

#### 7.1 Infection à VIH et sida

Le point sur l'épidémie de sida  
ONUSIDA, Organisation mondiale de la santé, décembre 2003 - 39 p.

Sida & VIH. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2003  
ORS des Pays de la Loire, CRIPS des Pays de la Loire, novembre 2003 - 4 p.

VIH, sida et IST. Etat des lieux des données en 2003.  
novembre 2003 - Dossier  
[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002  
Institut de veille sanitaire, 2003 - 24 p.

Surveillance du VIH/Sida en Europe. Rapport du 1er semestre 2002  
EuroHIV, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Centre collaborateur ONUSIDA/OMS sur le sida, décembre 2002, n° 67 - 60 p.

L'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est  
C. Semaille, J. Alix, A.M. Downs *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 47, novembre 2002 - InVS - pp. 237-239

Baromètre santé Pays de la Loire 2000. Sexualité, contraception et infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de la région  
ORS des Pays de la Loire, octobre 2002 - 8 p.

Surveillance du sida en France. Situation au 31 mars 2002  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 27, juillet 2002 - InVS - pp. 133-139

Baromètre santé Pays de la Loire 2000. Les jeunes de 12 à 25 ans dans les Pays de la Loire  
ORS des Pays de la Loire, septembre 2000 - 15 p.

#### 7.2 Tuberculose

Le BCG en France  
"Prescrire", n° 239, mai 2003 - pp. 352-370

Tuberculose en France : la situation aujourd'hui  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 10-11, mars 2003 - InVS - pp. 53-68

Surveillance de la tuberculose à bacilles multirésistants en France en 1998  
J. Robert, D. Trystram, C. Truffot-Pernot *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 16-17, avril 2002 - InVS - pp. 71-72

Les cas de tuberculose déclarés en France en 2000  
B. Decludt, C. Campese  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 16-17, avril 2002 - InVS - pp. 68-70

Surveillance of tuberculosis in Europe - EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2000  
Institut de veille sanitaire, Royal netherlands tuberculosis association, mars 2002 - 120 p.

Organisation de la lutte antituberculeuse en France  
T. Comolet  
Dans "La tuberculose en France en l'an 2000. Actes du Colloque organisé par l'Association pour le développement de l'épidémiologie en Aquitaine et l'Institut d'épidémiologie, de santé publique et de développement", Institut de veille sanitaire, 2002 - pp. 57-59

Impact épidémiologique d'une modification de la politique de vaccination par le BCG en France. Revue de la littérature et analyse des données disponibles  
Institut de veille sanitaire, juillet 2001 - 42 p.

Infection et maladie tuberculeuse de l'enfant en Ile-de-France en 1997  
B. Decludt  
Institut de veille sanitaire, décembre 2000 - 39 p.

Evaluation de la qualité de la déclaration de la tuberculose dans 16 départements français  
B. Decludt, V. Vaillant, B. Hubert *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 12, mars 1995 - InVS - pp. 51-53

### 8. Cancers

#### 8. Cancers

Cancer survival in Europe : the Eurocare study  
M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.*  
"Annales of Oncology", 2003 - à paraître

Incidence des cancers en Vendée. Années 1997,1998 et 1999  
Association vendéenne pour l'épidémiologie du cancer, octobre 2003 - 86 p.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

### Surveillance du cancer

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", numéro thématique, n° 41-42, octobre 2003 - InVS - pp. 189-208

### Suivi de l'épidémiologie et du dépistage des cancers dans les Pays de la Loire

ORS des Pays de la Loire, octobre 2003 - 35 p.

### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

### Plan de mobilisation nationale contre le cancer

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, mars 2003, 37 p.

### Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000

L. Remontet, J. Estève, A.M. Bouvier *et al.*  
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 51, n° 1, cahier 1, février 2003 - pp. 3-30

### Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, janvier 2003 - 336 p.

### Cancer incidence in five continents

D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay *et al.*  
IARC Scientific publication, 2003 - 782 p.

### Incidence des cancers en Loire-Atlantique.

Années 1998-1999-2000  
Registre des cancers de Loire-Atlantique, octobre 2002 - 77 p.

### Cancer et société. Programme régional de santé des Pays de la Loire. Mai 2001 - mai 2003 DRASS des Pays de la Loire, avril 2001 - 62 p. + ann.

### Epidémiologie des cancers en Loire-Atlantique

ORS des Pays de la Loire, février 2001 - 20 p.

### Epidémiologie des cancers dans les Pays de la Loire.

Incidence et mortalité  
ORS des Pays de la Loire, mai 1998 - 72 p.

### Epidémiologie des cancers

C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier  
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, mars 1997 - 111 p.

### 8.1 Cancer du côlon-rectum

#### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

#### Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000

L. Remontet, J. Estève, A.M. Bouvier *et al.*  
"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 51, n° 1, cahier 1, février 2003 - pp. 3-30

### Epidémiologie et prévention du cancer colorectal

J. Faivre  
Ed. Springer-Verlag, 2001 - 110 p.

### 8.2 Cancer du poumon

#### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

#### Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France Institut de veille sanitaire, avril 2003 - 27 p.

#### L'arrêt de la consommation du tabac.

Conférence de consensus, 8-9 octobre 1998  
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, AP-HP  
Ed. EDK, 1998 - 413 p.

### 8.3 Cancer du sein

#### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten, E. Jouglia *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

#### Dépistage organisé du cancer du sein

Coordonné par R. Ancelle-Park,  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 4, janvier 2003 - InVS - pp. 13-28

Site internet :  
[www.rendezvousanteplus.net](http://www.rendezvousanteplus.net)

### 8.4 Cancer de l'utérus

#### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

#### Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie

A. Rousseau, P. Bohet, J. Merlière *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 19, mai 2002 - InVS - pp. 81-83

#### A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine

L.A. Kourouk, K.A. Ault, C.M. Wheeler *et al.*  
"The New England Journal of Medicine", vol. 347, n° 21, 2002 - pp. 1645-1651

### 8.5 Cancer de la prostate

#### Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate  
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1998 - 115 p.

## 8.6 Mélanome

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.*  
Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003 - 217 p.

Plan de mobilisation nationale contre le cancer

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, mars 2003, 37 p.

Soleil et peaux. Bénéfices, risques et prévention

M.F. Avril, M. Brodin, B. Dréno *et al.*  
Ed. Masson, 2002 - 279 p.

Les mélanomes : diagnostic et traitement

C. Sutra, M.A. Richard, J.J. Grob  
"Impact Médecin, les Dossiers du Praticien", n° 540, 22 juin 2001 - 16 p.

Understanding the trends in melanoma incidence and mortality : where do we stand ?

L. Brochez, J.M. Naeyaert  
"European Journal of Dermatology", vol. 10, n° 1, janvier-février 2000 - pp. 71-75

Striking increase of thin melanomas contrasts with stable incidence of thick melanomas

D.M. Lipsker, G. Hedelin, E. Heid *et al.*  
"Archives of Dermatology", vol. 135, décembre 1999 - pp. 1451-1456

Epidémiologie des cancers

C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier  
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, mars 1997 - 111 p.

The Incidence of malignant melanoma in the United States : issues as we approach the 21st century

D.S. Rigel, R.J. Friedman, A.W. Kopf  
"Journal of the American Academy of Dermatology", vol. 34, mai 1996, pp. 839-847

## 9. Maladies endocriniennes

### 9.1 Diabète

Principe du dépistage du diabète de type 2

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, février 2003 - 159 p.

Prevention and cure of type 2 diabetes. Editorial

J. Pinkney  
"British Medical Journal", vol. 325, août 2002 - pp. 232-233

Données épidémiologiques sur le diabète de type 2

D. Simon  
Dans "Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", Numéro spécial consacré au diabète, n° 20-21, mai 2002 - InVS - p. 86

Prevalence of type 2 diabetes and impaired fasting glucose in the middle-aged population of the three french regions, the MONICA study 1995-1997

P. Gourdy, J.B. Ruidavets, J. Ferrières *et al.*  
"Diabetes & Metabolism", vol. 27, n° 3, juin 2001 - pp. 347-358

L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine

P. Ricordeau, A. Weill, N. Vallier *et al.*  
"Diabetes & Metabolism", vol. 26, suppl. 6, septembre 2000 - pp. 11-24

Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group

H. King, M. Rewers  
"Diabetes Care", vol. 16, n° 1, janvier 1993 - pp. 157-77

### 9.2 Surpoids et obésité

ObEpi 2003. 3ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France. Dossier de presse  
Institut Roche de l'obésité, SOFRES, juin 2003

Corpulence des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France métropolitaine et département d'outre-mer : variations régionales et disparités urbaines

N. Duport, K. Castetbon, N. Guignon *et al.*  
Dans "Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", "Numéro thématique La surveillance nutritionnelle en France", n° 18-19, 2003 - InVS - pp. 82-84

Body mass index in 7-9 old french children : frequency of obesity, overweight and thinness

M.F. Rolland-Cachera, K. Castetbon, N. Arault *et al.*  
"International Journal of Obesity", vol. 26, n° 12, 2002 pp. 1610-1616

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et proposition

Haut comité de la santé publique  
Ed. ENSP, juin 2000 - 276 p. - (Coll. "Avis et Rapports")

Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant

Ed. INSERM, 2000 - 325 p. - (Coll. "Expertise Collective")

## 10. Troubles mentaux

### 10. Troubles mentaux

Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux

M. Anguis, C. de Peretti  
"Etudes et Résultats", n° 231, avril 2003 - DREES - 12 p.

Itinéraires de déprimés : réflexion sur leurs trajectoires en France. Rapport d'experts. Document de synthèse  
Coordonné par P.J. Parquet, janvier 2001 - 49 p.

Epidémiologie de la schizophrénie

F. Rouillon, V. Niro  
"Les Actualités en Psychiatrie", vol. 17, n° 9, novembre 2000

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure  
B. Boisguérin, F. Casadebeig, N. Quémada  
INSERM-Centre Collaborateur OMS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé, août 1999 - 69 p.

### 10.1 Maladie d'Alzheimer

Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer.

Bilans et prospectives

Sous la direction de B. Dubois

Ed. Médigone, Laboratoire Janssen-Cilag, 2003 - 283 p.

Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer

J.F. Dartigues, C. Berr, C. Helmer *et al.*

"Médecine/Sciences", vol. 18, n° 6-7, juin-juillet 2002 - pp. 737-743

La maladie d'Alzheimer

J.F. Dartigues

Dans "La santé en France 2002", Haut comité de la santé publique, Ed. La Documentation française, février 2002 - pp. 152-153

Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts

A. Lobo, L.J. Launer, L. Fratiglioni *et al.*

"Neurology", n° 54, Suppl. 5, juin 2000 - pp. 4-9

## 11. Maladies oculaires

### 11. Maladies oculaires

La santé des consultants des Centres d'examen de santé des Pays de la Loire en 2000. Comparaison précaires - non précaires

ORS des Pays de la Loire, décembre 2003 - 28 p.

L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions.

Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire

N. Guignon, X. Niel

"Etudes et Résultats", n° 250, juillet 2003 - DREES - 12 p.

La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire

"Echo des Stat. Pays de la Loire", n° 14, avril 2003 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

Longitudinal prevalence of major eye diseases.

P. Lee, Z. Feldman, J. Osterman *et al.*

"Archives of Ophthalmology", 2003, vol. 121 - pp. 1303-1310

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999.

Résultats détaillés

C. Goillot, P. Mormiche

"Insee Résultats", septembre 2002 - INSEE - 257 p. - (Coll. "Société", n° 6)

Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport de 12 ans d'enregistrement RHEOP, 2001 - 46 p. + ann.

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés

C. Goillot, P. Mormiche

"Insee Résultats", n° 755-756, août 2001 - INSEE - 213 p. - (Coll. "Démographie-Société", n° 83-84)

Le traitement chirurgical de la cataracte en France. Un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire

D. Baubeau, F. Bousquet, M. Joubert *et al.*

"Etudes et Résultats", n° 101, février 2001 - DREES -

8 p.

Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 2000

L. Avray, S. Dumesnil, P. Le Fur

CREDES, 2001 - 194 p. + ann. - (Série Résultats, Biblio n° 1364)

Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population. The Rotterdam study

C. Klaver, R. Wolfs, J. Vingerling *et al.*

"Archives of Ophthalmology", 1998, vol. 116 - pp. 653-658

## 12. Maladies de l'appareil circulatoire

### 12. Maladies de l'appareil circulatoire

Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère chargé de la santé, 2002 - 30 p.

Epidemiology and natural history of atrial fibrillation : clinical implications

S.S. Chugh, J.L. Blackshear, W.K. Shen *et al.*

"Journal of the American College of Cardiology", février 2001, vol. 37, n° 2 - pp. 371-378

A national survey of heart failure in French hospitals. The Myocardopathy and Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology, the National College of General Hospital Cardiologists and the French Geriatrics Society

A. Cohen-Solal, M. Desnos, F. Delahaye *et al.*

"European Heart Journal", mai 2000, vol. 21, n° 9 - pp. 763-769

Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France : the ALFA study. The College of French Cardiologists

S. Levy, M. Maarek, P. Coumel

"Circulation", juin 1999, vol. 99, n° 23 - pp. 3028-3035

Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality : 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease

H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, M. Mahonen *et al.*

"Lancet", mai 1999, vol. 353, n° 9164 - pp. 1547-1557

Epidemiology and economic impact of heart failure in France

F. Delahaye, G. De Gevigney, S. Gaillard *et al.*  
"Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux",  
novembre 1998, vol. 91, n° 11 - pp. 1307-1314

Stroke incidence and mortality correlated to stroke risk factors in the WHO MONICA Project. An ecological study of 18 populations

B. Stegmayr, K. Asplund, K. Kuulasmaa *et al.*  
"Stroke", juillet 1997, vol. 28, n° 7 - pp. 1367-1374

### 12.1 Cardiopathies ischémiques

Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère chargé de la santé, 2002 - 30 p.

Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe

C. Wolfe, M. Giroud, P. Kolominsky-Rabas *et al.*  
"Stroke", septembre 2000, vol. 31, n° 9 - pp. 2074-2079

International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994

C. Sarti, D. Rastenytyr, Z. Cepaitis *et al.*  
"Stroke", juillet 2000, vol. 31, n° 7 - pp. 1588-1601

Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations

K. Kuulasmaa, H. Tunstall-Pedoe, A. Dobson *et al.*  
"Lancet", février 2000, vol. 355, n° 9205 - pp. 675-687

Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations

H. Tunstall-Pedoe, D. Vanuzzo, M. Hobbs *et al.*  
"Lancet", février 2000, vol. 355, n° 9205 - pp. 688-700

Coronary heart disease epidemiology in the 21st century

H.A. Tyroler  
"Epidemiologic Reviews", 2000, vol. 22, n° 1 - pp. 7-13

Incidence trends of ischemic stroke and transient ischemic attacks in a well defined french population from 1985 through 1994

M. Lemesle, C. Milan, J. Faivre *et al.*  
"Stroke", 1999, vol. 30, n° 2 - pp. 371-377

Epidemiology of stroke

C.P. Warlow  
"Lancet", octobre 1998, vol. 352, suppl. III - pp. 1-4.

### 12.2 Maladies vasculaires cérébrales

Maladies vasculaires cérébrales. Épidémiologie actualisée

D. Minier, G.V. Osseby, G. Couvreur *et al.*  
"Neurologies", mai 2002, n° 5 - pp. 222-231

Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère chargé de la santé, 2002 - 30 p.

Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe

C. Wolfe, M. Giroud, P. Kolominsky-Rabas *et al.*  
"Stroke", septembre 2000, vol. 31, n° 9 - pp. 2074-2079

Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations

H. Tunstall-Pedoe, D. Vanuzzo, M. Hobbs *et al.*  
"Lancet", février 2000, vol. 355, n° 9205 - pp. 688-700

Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease

H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, M. Mahonen *et al.*  
"Lancet", mai 1999, vol. 353, n° 9164 - pp. 1547-1557

Incidence trends of ischemic stroke and transient ischemic attacks in a well defined french population from 1985 through 1994

M. Lemesle, C. Milan, J. Faivre *et al.*  
"Stroke", 1999, vol. 30, n° 2 - pp. 371-377

Variations in case fatality and dependency from stroke in Western and Central Europe

C. Wolfe, K. Tilling, R. Beech *et al.*  
"Stroke", 1999, vol. 30, n° 2 - pp. 350-356

## 13. Maladies de l'appareil respiratoire

### 13. Maladies de l'appareil respiratoire

Observatoire des insuffisants respiratoires graves géré par l'association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire (ANTADIR)

E. Chailleux, D. Veale, F. Binet *et al.*  
"Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire", n° 4, février 2001 - InVS - pp. 15-17

Respiratory disease

P. Burney  
"Epidemiologic Reviews", vol. 22, n° 1, 2000 - pp. 107-111

L'insuffisance respiratoire chronique : évaluation, évolution, pronostic

E. Weitzenblum, A. Chaouat, M. Faller *et al.*  
"Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine", 182, n° 6, 1998 - pp. 1123-1137

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

### 13.1 Asthme

L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire

N. Guignon, X. Niel  
"Etudes et Résultats", n° 250, juillet 2003 - DREES - 12 p.

Analyse de l'évolution des prescriptions et des consommations des antiasthmatiques en France en ambulatoire et en milieu hospitalier  
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, juin 2001 - 72 p.

L'asthme dans les Pays de la Loire. Approche épidémiologique à partir des données disponibles au plan national et régional  
ORS des Pays de la Loire, mai 2001 - 21 p.

Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant  
Ed. INSERM, 2001 - 76 p. - (Coll. "Expertise Collective")

L'asthme en France selon les stades de sévérité  
L. Com-Ruelle, B. Crestin, S. Dumesnil  
CREDES, 2000 - 182 p. - (Biblio n° 1290)

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC-France, Phase 1  
D. Charpin, I. Annesi-Maesano, Ph. Godard *et al.*  
"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 13, mars 1999 - InVS - pp. 49-51

Etude épidémiologique européenne sur la prévalence et les facteurs de risque de l'asthme (European Community Respiratory Health Survey)  
I. Pin, F. Neukirch, R. Liard *et al.*  
"Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique", vol. 38, n° 4, 1998 - pp. 290-295

Géographie de l'asthme chez les jeunes hommes aux centres de sélection entre 1987 et 1996. XIIIèmes Journées scientifiques EPITER, septembre 1997  
J.P. Louboutin-Croc, G. Salem, C. Suss *et al.*  
"JET - Bulletin d'Epiter", T. 11, n° 4, septembre 1997

### 14. Maladies de l'appareil digestif

#### 14.1 Maladies de l'appareil digestif

Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 2000  
L. Avray, S. Dumesnil, P. Le Fur  
CREDES, 2001 - 194 p. + ann. - (Série Résultats, Biblio n° 1364)

Le livre blanc de l'hépatogastro-entérologie  
Coordonné par J. Fournet et D. Dhumeaux, Société nationale française de gastro-entérologie  
Ed. Masson, 2001 - 250 p.

### 15. Grossesse, accouchement

#### 15.1 Grossesse, accouchement

Diagnostic prénatal : évolution, pratiques et enjeux  
Coordonné par M. Dommergues, S. Aymé, P. Daniaud et V. Seror  
Ed. INSERM, 2003 - 592 p. - (Coll. "Questions en Santé Publique")

Recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque  
Union professionnelle des médecins libéraux des Pays de la Loire, 2003 - 43 p.

La santé périnatale en 2001 et son évolution depuis 1994. Résultats du réseau sentinelle Audipog  
N. Mamelle *et al.*

"Gynécologie Obstétrique & Fertilité", vol. 30, HS n°1, décembre 2002, pp. 6-38

Rapport d'activité du réseau sécurité naissance dans les Pays de la Loire, année 2000  
Réseau sécurité naissance dans les Pays de la Loire, 2002 - 67 p.

Enquête nationale périnatale 1998  
B. Blondel, J. Norton, C. du Mazaubrun *et al.*  
Inserm-Unité 149, 1999 - 25 p. + ann.

Enquête nationale périnatale 1995  
B. Blondel, C. du Mazaubrun, G. Bréart  
Inserm-Unité 149, février 1996 - 19 p. + ann.

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité  
Haut comité de la santé publique  
Ed. ENSP, janvier 1994 - 255 p. - (Coll. "Avis et Rapports")

## COMPORTEMENTS, ENVIRONNEMENTS

### 16. Conduites addictives

#### 16.1 Consommation excessive d'alcool

Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance  
Ed. INSERM, 2003 - 536 p. - (Coll. "Expertise Collective")

Profils et consommation d'alcool chez les patients hospitalisés  
"Echo des Stat. Pays de la Loire", n° 8, avril 2002 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

Alcool. Effets sur la santé  
Ed. INSERM, 2001 - 358 p. - (Coll. "Expertise Collective")

La santé en chiffres. Alcool  
Sous la direction de C. Ménard  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 38 p.



Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2  
Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p.  
et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

Enquête alcool auprès des médecins généralistes des  
Pays de la Loire  
ORS des Pays de la Loire, septembre 2000 - 16 p.

Alcool et risque de cancer  
C. Hill

"THS. La Revue", n° 3, 1999 - pp. 46-49

### 16.2 Tabagisme

Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2  
Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p.  
et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

La santé en chiffres. Tabac

Sous la direction de A. Velter et F. Baudier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2000 - 18 p.

Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la  
santé de l'arrêt de tabac, et absence probable de  
bénéfice d'une réduction de la consommation

C. Hill

Dans "L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence  
de consensus, 8-9 octobre 1998", ANAES, AP-HP, Ed.  
EDK, 1998 - pp. 67-80

### 16.3 Usage de drogues illicites

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002.  
Quatrième rapport national du dispositif TREND

P.Y Bello, A. Toufikl, M. Gandilhon *et al.*

Observatoire français des drogues et des toxicomanies,  
juin 2003 - 288 p.

Usage et trafic des produits stupéfiants en 2002

Office central pour la répression du trafic illicite des  
stupéfiants / OCRTIS, Ministère de l'intérieur, de la  
sécurité intérieure et des libertés locales, 2003 - 119 p.

Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi  
les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. 2  
tomes

M. Choquet, S. Ledoux, C. Hassler

Inserm, Observatoire français des drogues et des  
toxicomanies, 2002 - 75 p. et 225 p.

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

F. Beck, P. Peretti-Watel, S. Legleye

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

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002

Observatoire français des drogues et des toxicomanies,  
2002 - 368 p.

Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue  
dans l'Union Européenne et en Norvège 2002

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies  
Office des publications officielles des communautés  
européennes, 2002 - 60 p.

La prise en charge des toxicomanes dans les structures  
sanitaires et sociales, novembre 1999

S. Tellier

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 19, février  
2001 - DREES - 38 p.

Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2

Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p.  
et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

Droit de la drogue

F. Caballero, Yann Bisiou

Ed. Dalloz, 2000, 2ème ed. - 827 p. - (Précis - Droit  
Privé)

Contribution à l'évaluation de la politique de réduction  
des risques SIAMOIS. Description, analyse et mise en  
perspective des données de ventes officielles de  
seringues et de produits de substitution en France de  
1996 à 1999. T. 1 : les grandes tendances - T. 2 :  
approche détaillée à l'usage des acteurs de terrain  
J. Emmanuelli

Institut de veille sanitaire, 2000 - 62 p. et 55 p.

Infections à VIH, VHC, et VHB chez les résidents des  
centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec  
hébergement

C. Six, F. Hamers, J.B. Brunet

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 32, 1999 -  
InVS - pp. 133-135

## 17. Vie sexuelle

### 17. Vie sexuelle

Sida & VIH. Situation épidémiologique dans les Pays de  
la Loire en 2003

ORS des Pays de la Loire, CRIPS des Pays de la Loire,  
novembre 2003 - 4 p.

Surveillance de la syphilis en France 2000-2002

E. Couturier, A. Michel, A.L. Basse-Guérineau *et al.*

Institut de veille sanitaire, octobre 2003 - 52 p.

Baromètre santé Pays de la Loire 2000. Sexualité,  
contraception et infections sexuellement transmissibles  
chez les jeunes de la région

ORS des Pays de la Loire, octobre 2002 - 8 p.

La médicalisation croissante de la contraception en  
France

H. Leridon, P. Oustry, N. Bajos, Equipe Cocon

"Population & Sociétés", n° 381, juillet-août 2002

- INED - 4 p.

Contraception, IVG et santé publique

N. Bajos, H. Leridon

Dans "La santé en France 2002", Haut comité de la  
santé publique, Ed. La Documentation française, février  
2002 - pp. 16-109

Le retour de la syphilis en France : un signal de plus pour  
renforcer la prévention !

J.C. Desenclos

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 35-36,  
août 2001 - InVS - pp. 167-175

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception  
"Journal Officiel", n° 156 du 7 juillet 2001 - pp. 10823-10827

L'IVG et la contraception

S. André

"Actualités Sociales Hebdomadaires", n° 2223, juillet 2001 - pp. 17-26

Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998

V. Goulet, P. Sednaoui, V. Massari *et al.*

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 14, avril 2001 - InVS - pp. 61-63

Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2  
Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p.  
et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001

ORS Ile-de-France, 2001 - 191 p.

Les enjeux de la stérilisation

A. Giami, H. Leridon

Ed. INSERM, INED, 2000 - 334 p. - (Coll. "Questions en Santé Publique")

Baromètre santé. Premiers résultats 2000.

Comportements sexuels, contraception, MST et prévention du VIH

Comité français d'éducation pour la santé, septembre 2000 - 4 p.

Les IVG en 1998

M. Le Corre, E. Thomson

"Etudes et Résultats", n° 69, juin 2000 - DREES - 4 p.

La sexualité au temps du sida

Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, Groupe ACSF *et al.*

Ed. PUF, 1998 - 494 p. - (Coll. "Sociologie d'Aujourd'hui")

Le point sur l'avortement en France

C. Blayo

"Population & Sociétés", n° 325, juin 1997 - INED - 4 p.

Les femmes

INSEE, 1995 - 217 p. - (Coll. "Contours et Caractères")

### 18. Santé et travail

#### 18.1 Accidents du travail et maladies professionnelles

Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne  
V. Daubas-Letourneux, A. Thébaud-Mony

"Travail et Emploi", n° 96, octobre 2003 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité - pp. 9-35

Conditions de travail. Bilan 2002

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations au travail, 2003 368 p.

L'inspection du travail en France 2001, les chiffres clés. Rapport au Bureau international du travail

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2002 - 344 p.

Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique.

M. Bouvay, N. Yahou

"Premières Synthèses", n° 31-1, août 2001 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, DARES - 7 p.

Efforts et risques au travail en 1998

M. Cézard, S. Hamon-Cholet

"Premières Synthèses", n° 16-1, juillet 1999 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, DARES - 9 p.

Travail et charge mentale

M. Cézard, S. Hamon-Cholet

"Premières Synthèses", n° 27-1, juillet 1999 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, DARES - 10 p.

#### 18.2 Exposition à l'amiante

Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France  
Institut de veille sanitaire, avril 2003 - 27 p.

Estimation de l'incidence nationale du mésothéliome pleural à partir du Programme national de surveillance du mésothéliome, 1998-1999

A. Gilg Soit Ilg, G. Launoy, P. Rolland *et al.*

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 40, octobre 2003 - InVS - pp. 185-188

Conditions de travail. Bilan 2002

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations au travail, 2003 368 p.

Estimation de la prévalence de l'exposition professionnelle à l'amiante des retraités récents (1994-1996) du régime général de sécurité sociale

E. Imbernon, S. Bonenfant, M. Goldberg *et al.*

"Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 50, décembre 1999 - InVS - pp. 209-211

Disparités régionales de la reconnaissance du mésothéliome de la plèvre comme maladie professionnelle en France (1986-1993)

M. Goldberg, S. Goldberg, D. Luce

"Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique", vol. 47, n° 5, 1999 - pp. 421-431

Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante.

Ed. INSERM, 1997 - 434 p. - (Coll. "Expertise Collective")

---

## 19. Accidents

### 19. Accidents

Les accidents de la vie courante en 2000

F. Garry

"Point Stat", n° 39, avril 2003 - CNAMTS - 4 p.

Les accidents de l'enfant en France. Quelle prévention, quelle évaluation ?

A. Tursz, P. Gerbouin-Rérolle

Ed. INSERM, 2001 - 204 p. - (Coll. "Questions en Santé Publique")

La santé en chiffres. Accidents de la vie courante

Sous la direction de C. Duval

Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 30 p.

Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994

"Dossier Etudes et Statistiques", n° 38, août 1997 -

CNAMTS - 114 p.

Les accidents de la vie courante

C. Duval

Direction générale de la santé, Ministère du travail et des affaires sociales

Ed. La Documentation française, 1997 - 185 p.

### 19.1 Accidents de la circulation

La mort évitable : tabac, alcool et accidents de la route

C. Got

"Population & Sociétés", n° 393, septembre 2003 - INED

4 p.

La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2002

Observatoire national interministériel de sécurité routière

Ed. La Documentation française, 2003 - 214 p.

Consommations et insécurité routière

Dans "Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance",

Ed. INSERM, 2003 - pp. 1129-170 - (Coll. "Expertise

Collective")

Accidents de la route :

des handicaps et des décès évitables

Dossier coordonné par P. Gayraud

"Actualité et Dossier en Santé Publique", n° 41,

décembre 2002 - HCSP - pp. 15-66

Recherches coordonnées sur les traumatismes consécutifs à un accident de la circulation routière, et sur leurs causes et leurs conséquences.

PREDIT 1996-2000. Rapport final.

Tome 1 : résultats généraux - Tome 2 : annexes

Sous la direction de B. Laumon et P. Chapuis

Institut national de recherche sur les transports et leur

sécurité, Université C. Bernard UMRETTE, septembre

2002 - 292 p. + 129 p.

## 20. Suicide

### 20. Suicide

Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention

J.L. Chappert, F. Pequignot, E. Jouglia *et al.*

"Document de Travail, Série Etudes", n° 30, avril 2003 -

DREES - 45 p.

L'évolution des suicides sur longue période :

le rôle des effets d'âge, de date et de génération

M. Anguis, C. Cases, P. Surault

"Etudes et Résultats", n° 185, août 2002 - DREES - 8 p.

Prévenir le suicide. Clinique et prise en charge

M. Charazac-Brunel

Ed. Dunod, 2002 - 258 p. - (Coll. "Psychothérapies")

Suicides et tentatives de suicide en France.

Une tentative de cadrage statistique

G. Badeyan, C. Parayre *et al.*

"Etudes et Résultats", n° 109, avril 2001 - DREES - 8 p

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Conférence de consensus. 19 et 20 octobre

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en

santé, Fédération française de psychiatrie

Ed. John Libbey Eurotext, 2001 - 446 p.

Suicides et tentatives de suicide

dans les Pays de la Loire

ORS des Pays de la Loire, 1996 - 86 p.

## SOINS ET PREVENTION

### 21. Professionnels de santé

#### 21. Professionnels de santé

Les médecins. Estimations au 1er janvier 2003

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 57,

septembre 2003 - DREES - 95 p.

Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé.

Rapport de mission

Y. Matillon

Ministère de la jeunesse, de l'éducation et de la

recherche, Ministère de la santé, de la famille et des

personnes handicapées, août 2003 - 94 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

en 2002

DREES

Ed. La Documentation française, 2003 - 208 p.

Les professions de santé au 1er janvier 2002. Répertoire

ADELI

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 33, mai

2002 - DREES - 59 p.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

330 000 aides-soignants en 1999

E. Roumigières

"Etudes et Résultats", n° 54, mars 2000 - DREES - 4 p.

L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire

ORS des Pays de la Loire, 1999 - 99 p.

L'emploi dans le secteur de la santé.

Evolution 1982-1992

A. Bocognagno, N. Raffy-Pihan

CREDES, 1995 - 132 p. - (Biblio n° 1063)

L'emploi régional dans les secteurs de la santé 1975-1982

J.L. Lanoe, M. Le Vaillant

Ed. INSERM, 1991 - 387 p.

### 21.1 Médecins

Les médecins. Estimations au 1er janvier 2002

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 44, décembre 2002 - DREES - 91 p.

Atlas of health in Europe

OMS Europe, 2003 - 112 p.

La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002

X. Niel

"Etudes et Résultats", n° 161, mars 2002 - DREES - 8 p.

Projections médecins 2002-2020. Hypothèse numerus clausus 4 700 et 1 843 postes d'internes

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 30, février 2002 - DREES - 149 p.

Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans leur région d'exercice

S. Darriné

"Etudes et Résultats", n° 156, février 2002 - DREES - 11 p.

Le temps de travail des médecins :

l'impact des évolutions sociodémographiques

X. Niel, A. Vilain

"Etudes et Résultats", n° 114, mai 2001 - DREES - 7 p.

Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins

A. Vilain, X. Niel

"Etudes et Résultats", n° 30, septembre 1999 - DREES - 8 p.

### 21.2 Omnipraticiens libéraux

Les médecins. Estimations au 1er janvier 2002

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 44, décembre 2002 - DREES - 91 p.

Démographie des médecins généralistes vendéens entre 1995 et 2002

E. Branthomme

Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Vendée, 2003 - 15 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2001

"Carnets Statistiques", n° 109, 2003 - CNAMTS - 101 p.

Une semaine d'activité des généralistes libéraux

C. Fivaz, S. Le Laidier

"Point Stat", n° 33, juin 2001 - CNAMTS - 8 p.

Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques

X. Niel, A. Vilain

"Etudes et Résultats", n° 114, mai 2001 - DREES - 8 p.

Divers aspects de la démographie médicale\*

"Dossier Etudes et Statistiques", n°46, mars 2000 - CNAMTS - 125 p.

*\* Ce document présente une méthode de pondération de la densité médicale en fonction de la structure d'âge et de la mobilité des consommateurs de soins.*

Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales

"Documents de Recherches en Médecine Générale",

n° 45, décembre 1994 - Société française de médecine générale / SFMG - 108 p.

### 21.3 Médecins spécialistes

Les médecins. Estimations au 1er janvier 2002

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 44, décembre 2002 - DREES - 91 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2001

"Carnets Statistiques", n° 109, 2003 - CNAMTS - 101 p.

Projections médecins 2002-2020. Hypothèse numerus clausus 4 700 et 1 843 postes d'internes

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 30, février 2002 - DREES - 149 p.

Mission "Démographie des professions de santé"

Y. Berland

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002 - 113 p.

### 21.4 Chirugiens-dentistes

Mission odontologie

D. Bois, J. Massonnaud, J. Melet

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, novembre 2003 - 140 p.

Atlas of health in Europe

OMS Europe, 2003 - 112 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2001

"Carnets Statistiques", n° 109, 2003 - CNAMTS - 101 p.

Des comptes de la santé par pathologie.

Un prototype sur l'année 1998

V. Paris, T. Renaud, C. Sermet

"Questions d'Economie de la Santé", n° 56, septembre 2002 - CREDES - 8 p.

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992. Tome 5 : les dentistes

N. Grandfils

CREDES, 1997 - 68 p.

### 21.5 Pharmaciens et biologistes

Les professions de santé au 1er janvier 2002

D. Sicart

"Document de Travail, Série Statistiques", n° 33, mai 2002 - DREES - 59 p.

Les biologistes médicaux : environ dix mille biologistes en activité jusqu'en 2010

A. Vilain

"Etudes et Résultats", n° 6, février 1999 - DREES - 4 p.

Sites internet :

- Conseil national de l'Ordre des pharmaciens :

[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

- Les entreprises du médicament (laboratoires pharmaceutiques) : [www.leem.org](http://www.leem.org)

### 21.6 Sages-femmes

Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences"

Y. Berland

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003 - 57 p.

Vingt propositions pour une politique périnatale.

Conclusions de la Mission périnatalité

G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003 - 24 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2001

"Carnets Statistiques", n° 109, 2003 - CNAMTS - 101 p.

Les sages-femmes : une profession en expansion

A. Vilain

"Etudes et Résultats", n° 17, mai 1999 - DREES - 4 p.

### 21.7 Professionnels de la rééducation

Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences"

Y. Berland

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003 - 57 p.

Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthode, principaux résultats

S. Darriné

"Document de Travail, Série Etudes", n° 34, septembre 2003 - DREES - 38 p.

Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020

S. Darriné

"Etudes et Résultats", n° 242, juin 2003 - DREES - 8 p.

L'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes en 2001

C. Le Guen

"Point Stat", n° 37, février 2003 - CNAMTS - 4 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2001

"Carnets Statistiques", n° 109, 2003 - CNAMTS - 101 p.

Les masseurs-kinésithérapeutes dans les régions

S. Audric

"Etudes et Résultats", n° 110, avril 2001 - DREES - 8 p.

### 21.8 Infirmiers

Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002

F. Midy

"Questions d'Economie de la Santé", n° 65, mars 2003 - CREDES - 4 p.

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier "Journal Officiel", n° 40 du 16 février 2002

L'activité des services de soins infirmiers à domicile en 2000

"Echo des Stat. Pays de la Loire", décembre 2001 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

L'activité des infirmières libérales

"Dossier Etudes et Statistiques", n° 52, novembre 2001 - CNAMTS - 42 p.

La clientèle des services de soins infirmiers à domicile

"Echo des Stat. Pays de la Loire", juillet 2001 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens

L. Com-Ruelle, F. Midy, P. Ulmann

CREDES, octobre 2000 - 163 p. - (Série Analyses, Biblio n° 1318)

Les infirmiers en activité

A. Vilain, X. Niel

"Etudes et Résultats", n° 12, mars 1999 - DREES - 4 p.

## 22. Etablissements de santé

### 22. Etablissements de santé

Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation

J.P. Claveranne, C. Pascal, D. Piovesan

"Revue Française des Affaires Sociales", n° 3, juillet-septembre 2003 - Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - pp. 55-78

La situation économique et financière des cliniques privées en 2001

M. Lainé

"Etudes et Résultats", n° 252, août 2003 - DREES - 8 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002

DREES

Ed. La Documentation française, 2003 - 208 p.

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000

DREES

Ed. La Documentation française, 2001 - 447 p.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

### 22.1 Soins en médecine

L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle  
G. Buisson, V. Carrasco, M. Coldefy *et al.*  
"Etudes et Résultats", n° 238, mai 2003 - DREES - 11 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002  
DREES  
Ed. La Documentation française, 2003 - 208 p.

Le PMSI MCO 2000 par spécialité  
CRAM des Pays de la Loire, DRASS des Pays de la Loire, ERSM des Pays de la Loire, mars 2002 - 100 p.

### 22.2 Soins chirurgicaux

L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle  
G. Buisson, V. Carrasco, M. Coldefy *et al.*  
"Etudes et Résultats", n° 238, mai 2003 - DREES - 11 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002  
DREES  
Ed. La Documentation française, 2003 - 208 p.

Le PMSI MCO 2000 par spécialité  
CRAM des Pays de la Loire, DRASS des Pays de la Loire, ERSM des Pays de la Loire, mars 2002 - 100 p.

### 22.3 Soins en gynécologie-obstétrique

Le réseau des maternités entre 1996 et 2000  
G. Buisson  
"Etudes et Résultats", n° 225, mars 2003 - DREES - 8 p.

Mères et nouveau-nés en Pays de la Loire  
"Echo des Stat. Pays de la Loire", n° 13, mars 2003 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

Les enjeux multiples du suivi de la grossesse et de l'accouchement  
A. Tallec  
"Santé Pays de la Loire", n° 49, janvier-février 2003 - ORS des Pays de la Loire - pp. 6-7

Rapport d'activité du réseau sécurité naissance dans les Pays de la Loire, année 2000  
Réseau sécurité naissance dans les Pays de la Loire, 2002 - 67 p.

Les maternités de 1975 à 1996  
D. Baubeau, S. Morais, A. Ruffié  
"Etudes et Résultats", n° 21, juillet 1999 - DREES - 8 p.

Code de la santé publique  
L 2131 - 1 à 5  
Art. R. 162-16 - 1 à 31  
Art. R. 712- 84 à 89  
Art. D. 712- 75 à 103

### 22.4 Soins de suite et de réadaptation

MPR des médecins spécialistes au service des personnes handicapées  
"Bulletin du SYFMER", numéro spécial, février 2003 - 16 p.

Critères de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation

Groupe MPR Rhône-Alpes, FEDMER, 2001  
[http://webpro14.cpod.fr/monoweb/syfmer/referentiel/orientation\\_mpr/orientation\\_mpr.htm](http://webpro14.cpod.fr/monoweb/syfmer/referentiel/orientation_mpr/orientation_mpr.htm)

Schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004. Volet complémentaire "soins de suite et de réadaptation"  
Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, mai 2000 - 47 p.

Les services de soins de suite ou de réadaptation dans la région des Pays de la Loire. Tome 1 : l'offre de soins - Tome 2 : les besoins exprimés et les filières de soins  
Groupe d'animation et d'impulsion national (GAIN - Thèmes 1995 et 1996), CRAM des Pays de la Loire, 1997 et 1998 - 133 p. + ann. et 116 p. + ann.

### 22.5 Soins en psychiatrie

Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux

M. Anguis, C. de Peretti, F. Chapireau  
"Etudes et Résultats", n° 231, avril 2003 - 12 p.

Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000  
F. Chapireau  
"Etudes et Résultats", n° 206, décembre 2002 - DREES - 11 p.

Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999  
M. Coldefy, F. Bousquet, G. Rotbart  
"Etudes et Résultats", n° 163, mars 2002 - DREES - 11 p.

Les secteurs de psychiatrie générale en 1997  
"Document de Travail, Collection Statistiques", n° 20, mai 2000 - DREES - 31 p. + ann.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997  
"Document de Travail, Collection Statistiques", n° 21, mai 2000 - DREES - 27 p. + ann.

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure. 16 mars-29 mars 1998  
B. Boisguérin, F. Casadebaig, N. Quemada  
Direction générale de la santé, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale-INSERM, août 1999 - 69 p.

Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale. 16 mars-29 mars 1993  
B. Boisguérin, C. Parayre, N. Quemada  
Direction générale de la santé, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale-INSERM, juillet 1994 - 21 p. + ann.

### 22.6 Personnels des établissements de santé

Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital  
"Etudes et Résultats", n° 145, novembre 2001 - DREES 11 p.

## 22.7 Urgences hospitalières

Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale  
V. Carrasco, D. Baubeau  
"Etudes et Résultats", n° 212, janvier 2003 - DREES - 8 p.

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières

D. Baubeau, V. Carrasco  
"Etudes et Résultats", n° 215, janvier 2003 - DREES - 12 p.

Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés

D. Baubeau, A. Deville, M. Joubert *et al.*  
"Etudes et Résultats", n° 72, juillet 2000 - DREES - 8 p.

Les services d'aide médicale urgente (SAMU Centre 15) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) en 1998

"Document de Travail, Collection Statistiques", n° 19, mai 2000 - DREES - 81 p.

## 23. Consommation de soins

### 23. Consommation de soins

Les dépenses de santé des régimes d'assurance maladie 2002. Région des Pays de la Loire  
ARH des Pays de la Loire, DRASS des Pays de la Loire, URCAM des Pays de la Loire, CRAM des Pays de la Loire, 2003 - 41 p.

Les comptes de la santé en 2001

A. Fenina  
"Etudes et Résultats", n° 187, septembre 2002 - DREES 4 p.

Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2002. Prévisions 2003. Rapport septembre 2002

Commission des comptes de la sécurité sociale, 2002 - 277 p.

Les disparités interrégionales des dépenses de santé. Une analyse à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie en 1997-1998

D. Balsan  
"Etudes et Résultats", n° 95, décembre 2000 - DREES - 8 p.

### 23.1 Couverture sociale, CMU

CMU an IV

Connaissance de l'emploi, des revenus et des coûts-Association

"Les Dossiers de CERC-Association", n° 4, 2003 - 43 p.

La couverture maladie universelle au 31 mars 2002

B. Boisguérin  
"Etudes et Résultats", n° 179, juillet 2002 - DREES - 4 p.

La population protégée par les régimes de sécurité sociale. Répartition géographique par département et par circonscription de caisse primaire au 31 décembre 2000  
"Dossier Etudes et Statistiques", n° 53, mai 2002 - CNAMTS - 38 p.

### 23.2 Soins hospitaliers en services de MCO

La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles. Données de l'appariement EPAS-ESPS

A. Aligon, L. Com-Ruelle, P. Dourgnon  
CREDES, 2001 - 309 p. - (Série Résultats, Biblio n° 1345)

Les motifs d'hospitalisation en 1998

M.C. Mouquet  
"Etudes et Résultats", n° 81, 2000 - DREES - 12 p.

### 23.3 Soins ambulatoires

Comptes nationaux de la santé 2002

A. Fenina, Y. Geffroy  
DREES, 2003 - 56 p.

La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles. Données de l'appariement EPAS-ESPS

A. Aligon, L. Com-Ruelle, P. Dourgnon  
CREDES, 2001 - 309 p. - (Série Résultats, Biblio n° 1345)

Les français et leur santé. Enquête santé 1991-1992

"Solidarité Santé, Etudes Statistiques", n° 1, janvier-mars 1994 - SESI - 204 p.

### 23.4 Médicaments

Les médicaments génériques : un bilan de l'année 2002

Dans "Point de Conjoncture", n° 12, avril 2003 - CNAMTS - pp. 19-21

La nouvelle politique du médicament

C. Le Pen  
Dans "Regards sur l'Actualité", n° 288, février 2003 - pp. 37-41

Comptes nationaux de la santé 2002

A. Fenina, Y. Geffroy  
DREES, 2003 - 56 p.

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1988-2000

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2ème ed., octobre 2002 - 93 p.

MEDIC'AM. Les médicaments remboursés par le Régime général d'assurance maladie au cours des années 2000 et 2001

CNAMTS, juin 2002 - 130 p.

L'industrie pharmaceutique en mutation

A. Moreau, S. Remont, N. Weinmann  
Ed. La Documentation française, 2002 - 159 p.

Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2002.

Prévisions 2003. Rapport septembre 2002  
Commission des comptes de la sécurité sociale, 2002 - 277 p.

La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés

S. Chambaretaud  
"Etudes et Résultats", n° 47, janvier 2000 - DREES - 8 p.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

### Médicaments et santé publique

Dossier coordonné par P.J. Ankri  
"Actualité et Dossier en Santé Publique", n° 27, juin 1999  
HCSP - pp. 19-74

Le médicament : enjeux industriels, santé publique et maîtrise des dépenses  
"Economie et Statistique", n° 312/313, 1998 - INSEE - 140 p.

### 23.5 Médicaments psychotropes

Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1988-2000  
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, octobre 2002, 2ème ed. - 93 p.

MEDIC'AM. Les médicaments remboursés par le Régime général d'Assurance maladie au cours des années 2000 et 2001  
CNAMTS, juin 2002 - 131 p.

### Santé mentale : réalités et enjeux

D. Leguay  
Dans "La santé en France 2002", Haut comité de la santé publique, Ed. La Documentation française, février 2002 - pp. 135-136

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002  
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 - 368 p.

Psychotropes et dépendances. Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements  
M. Baumann, F. Alla, F. Empereur  
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2001 - 95 p.

Baromètre santé 2000. Méthode, vol. 1 - Résultats, vol. 2  
Sous la direction de F. Baudier, P. Guilbert, A. Gautier  
Comité français d'éducation pour la santé, 2001 - 142 p. et 473 p. - (Coll. "Baromètres")

Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. Tome II  
F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Warel  
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2001- 225 p.

Baromètre santé. Premiers résultats 2000.  
Consommation de soins et prise en charge de la douleur  
Comité français d'éducation pour la santé, septembre 2000 - 4 p.

Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire  
Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments, Agence du médicament, 1998 - 33 p.

### Economie de la dépression

C. Le Pen  
Dans "Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières", sous la direction de A. Ehrenberg, Ed. Esprit, 1998 - pp. 29-61

### Conduite automobile, vigilance et médicaments

G. Lagier  
Ed. Séjourné Robert, 1997 - 239 p.

La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens  
M. Legrain, T. Lecomte  
"Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine", Vol. 181, n° 6, 1997 - pp. 1073-1087

Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France  
E. Zarifian  
Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1996 - 402 p.

La consommation régulière de psychotropes  
N. Guignon, P. Mormiche, C. Sermet  
"Insee Première", n° 310, 1994 - 4 p.

## 24. Aides et soins aux personnes âgées

### 24.1 Aides à l'autonomie

La mise en oeuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans 6 départements  
M. M. Bellanger, B. Le Bihan-Youinou  
"Etudes et Résultats", n° 264, octobre 2003 - DREES - 12 p.

L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2003  
R. Kerjosse  
"Etudes et Résultats", n° 259, septembre 2003 - DREES - 8 p.

Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution  
A. Désesquelles, N. Brouard  
"Population", vol. 58, n° 2, mars-avril 2003 - INED - pp. 201-228

Les soins infirmiers de proximité en 2002  
"Echo des Stat. - Pays de la Loire", n° 11, octobre 2002 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

Les aides et les aidants des personnes âgées  
N. Duthéil  
"Etudes et Résultats", n° 142, novembre 2001 - DREES - 11 p.

Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999  
N. Duthéil  
"Etudes et Résultats", n° 91, novembre 2000 - DREES - 8 p.

### 24.2 Structures d'hébergement et de soins

Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002  
A. Mesrine  
"Etudes et Résultats", n° 263, octobre 2003 - DREES - 8 p.

Prise en charge à domicile des personnes âgées dans la région Bretagne. Services de soins infirmiers à domicile et infirmiers libéraux. Situation au 31 décembre 1999  
URCAM Bretagne, novembre 2002 - 196 p.



---

Les structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées dans la région des Pays de la Loire 2002  
DRASS des Pays de la Loire, 2002 - 16 p.

## 25. Aides et soins aux personnes handicapées

### 25.1 Enfants handicapés

Rapport relatif à l'intégration des enfants en milieu scolaire

Y. Lachaud

Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère délégué à l'enseignement scolaire, Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, octobre 2003 - 122 p.

La prise en charge des enfants et adolescents handicapés en Pays de la Loire

"Echo des Stat. Pays de la Loire", n° 16, octobre 2003 - DRASS des Pays de la Loire - 4 p.

L'activité des CDES et l'Allocation d'éducation spéciale

C. Trémoureux

"Etudes et Résultats", n° 268, octobre 2003 - DREES - 8 p.

La situation des personnes autistes en France. Besoins et perspectives

J.F. Chossy

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, septembre 2003 - 76 p.

La scolarisation des enfants et adolescents handicapés

E. de Lacerda, C. Jagers, H. Michaudon

"Etudes et Résultats", n° 216, janvier 2003 - DREES - 11 p.

Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport 2001

RHEOP, 2003 - 22 p. + ann.

Les enfants handicapés en internat en 1998

C. Monteil

"Etudes et Résultats", n° 106, mars 2001 - DREES - 8 p.

Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport de 12 ans d'enregistrement

RHEOP, 2001 - 46 p. + ann.

### 25.2 Adultes handicapés

Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002

C. Baudier-Lorin, B. Chastenot

"Etudes et Résultats", n° 255, août 2003 - DREES - 12 p.

L'activité des COTOREP en 2001

J.M. Chanut

"Etudes et Résultats", n° 220, février 2003 - DREES - 12 p.

Le dispositif de prise en charge des enfants et adultes handicapés en Pays de la Loire au 31 décembre 2002  
DRASS des Pays de la Loire, 2003 - 68 p.

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999.

Résultats détaillés

C. Goillot, P. Mormiche

"Insee Résultats", septembre 2002 - INSEE - 257 p. - (Coll. "Société", n° 6)

Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee "Vie quotidienne et santé"

J.F. Ravaut, A. Letourmy, I. Ville

"Population", vol. 57, n° 3, mai-juin 2002 - INED - pp. 541-566

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés

C. Goillot, P. Mormiche

"Insee Résultats", n° 755-756, août 2001 - INSEE - 213 p. - (Coll. "Démographie-Société", n° 83-84)

Le handicap se conjugue au pluriel

P. Mormiche

"Insee Première", n° 742, octobre 2000 - INSEE - 4 p.

## 26. Services de prévention

### 26.1 Santé au travail

Les âges au travail

"Dossier", n° 7, septembre 2003 - INSEE Pays de la Loire - 96 p.

Conditions de travail. Bilan 2002

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations au travail, 2003 - 368 p.

### 26.2 Promotion de la santé en faveur des élèves

La santé des jeunes en milieu scolaire

Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, 2003 - (Dossier de presse)

La politique de santé en faveur des élèves

Bulletin Officiel du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de la recherche, spécial n° 1 du 25 janvier 2001 - 26 p.

Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves

M.L. Lagardère, P. Didier-Courbin, C. Lagarrigue *et al.*  
Inspection générale des affaires sociales, 1999 - 92 p.

Dossier santé scolaire

Coordonné par V. Halley des Fontaines

"Santé Publique", vol. 10, n° 3, 1998 - SFSP - pp. 257-331

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

---

### SELECTION DE SITES INTERNET

Une grande partie des documents cités dans cette bibliographie sont disponibles sur internet et notamment sur les sites suivants :

ANAES / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
[www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

CNAMTS / Caisse nationale de l'assurance maladie  
[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

CREDES / Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé  
[www.credes.fr](http://www.credes.fr)

Directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales des Pays de la Loire  
<http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/>

FNORS / Fédération nationale des ORS  
[www.fnors.org](http://www.fnors.org)

HCSP / Haut comité de la santé publique  
<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil>

INSEE / Institut national de la statistique et des études économiques  
[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

InVS / Institut de veille sanitaire  
[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

INPES / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

INED / Institut national d'études démographiques  
[www.ined.fr](http://www.ined.fr)

INSERM / Institut national de la santé et de la recherche médicale  
[www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)  
(<http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/rapport.html> pour les Expertises collectives)

Légifrance (textes de lois)  
[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

- publications de la DREES : rubrique "Recherches, études et Statistiques"

- données PMSI : rubrique "Accédez aux dossiers par ordre alphabétique, puis "Morbidity hospitalière"

- rapports ministériels : rubrique "Point presse"

OFDT / Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

Santé Pays de la Loire (Portail régional administré par l'ORS et l'ARH des Pays de la Loire)  
[www.sante-pays-de-la-loire.com](http://www.sante-pays-de-la-loire.com)

URCAM des Pays de la Loire  
[www.pays-loire.assurance-maladie.fr](http://www.pays-loire.assurance-maladie.fr)

Service d'information sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc)  
<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>

## www.sante-pays-de-la-loire.com

L'ensemble des fiches thématiques présentées dans ce document, celles qui viendront progressivement enrichir le tableau de bord régional, ainsi que l'ensemble des mises à jour peuvent être téléchargées sur le site internet [www.sante-pays-de-la-loire.com](http://www.sante-pays-de-la-loire.com) (rubrique "observation de la santé").

Pour tous renseignements, veuillez contacter l'Observatoire régional de la santé :

Tél : 02 51 86 05 60 - Fax : 02 51 86 05 61

Email : [lasanteobservee@orspaysdelaloire.com](mailto:lasanteobservee@orspaysdelaloire.com)

## ADRESSES UTILES

---

### PAYS DE LA LOIRE

#### Agence régionale de l'hospitalisation

11, rue Lafayette - BP 90402  
44004 NANTES CEDEX 01  
Tel : 02 40 20 64 10 - Fax : 02 40 35 15 68

#### Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole

8, passage Louis Levesque  
44000 NANTES  
Tel : 02 51 72 37 23 - Fax : 02 51 72 37 24

#### Caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire

2, place de Bretagne - BP 93405  
44034 NANTES CEDEX  
Tel : 02 51 72 82 92 - Fax : 02 51 72 84 19

#### Caisse maladie régionale des travailleurs indépendants des Pays de la Loire

8, rue Albert de Dion - BP 25  
44701 ORVAULT CEDEX  
Tel : 02 28 07 35 35 - Fax : 02 28 07 35 00

#### Cellule (inter) régionale d'épidémiologie

MAN - 6, rue René Viviani  
44262 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 40 12 85 98 - Fax : 02 40 12 87 90

#### Comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé

Hôpital Saint-Jacques - 85, rue Saint-Jacques  
44093 NANTES CEDEX 1  
Tel : 02 40 31 16 90 - Fax : 02 40 31 16 99

#### Direction du service médical de la région de Nantes

9, rue du Président Herriot  
44034 NANTES CEDEX 1  
Tel : 02 51 88 51 51 - Fax : 02 51 88 51 59

#### Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

MAN - 6, rue René Viviani  
BP 86218  
44262 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 40 12 80 00 - Fax : 02 40 12 80 77

#### Fédération de l'hospitalisation privée des Pays de la Loire

37 bis, quai de Versailles - BP 71612  
44016 NANTES Cedex 1  
Tel : 02 40 35 28 08 - Fax : 02 40 47 61 22

#### Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés à but non lucratif

Délégation régionale  
Centre Médical François Gallouedec  
Route de Changé  
72250 PARIGNE-L'EVEQUE  
Tel : 02 43 41 25 25 - Fax : 02 43 41 25 47

#### Fédération hospitalière de France

Délégation régionale des Pays de la Loire  
Hôpital Saint-Jacques - 85, rue Saint-Jacques  
44093 NANTES CEDEX 01  
Tel : 02 40 84 61 24 - Fax : 02 40 84 68 92

#### Institut national de la statistique et des études économiques

105, boulevard des Français Libres  
BP 2189  
44204 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 40 41 75 75 - Fax : 02 40 41 79 39

#### Observatoire régional de la santé

Hôtel de la région  
1, rue de la Loire  
44966 NANTES CEDEX 9  
Tel : 02 51 86 05 60 - Fax : 02 51 86 05 61

#### Région des Pays de la Loire

Hôtel de la Région - 1, rue de la Loire  
44966 NANTES CEDEX 9  
Tel : 02 28 20 50 00 - Fax : 02 28 20 50 05

#### Union professionnelle des médecins libéraux

5, boulevard Vincent Gache  
44200 NANTES  
Tel : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 15

#### Union régionale de la mutualité des Pays de la Loire

29, quai François Mitterand  
44273 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 40 41 27 14 - Fax : 02 40 47 15 85

#### Union régionale des caisses d'assurance maladie

20, rue Contrescarpe  
44000 NANTES  
Tel : 02 40 89 02 30 - Fax : 02 40 89 95 39

### LOIRE-ATLANTIQUE

#### Caisse primaire d'assurance maladie

9, rue Gaëtan Rondeau  
44269 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 51 88 88 88 - Fax : 02 51 88 87 87

#### Caisse primaire d'assurance maladie

28, avenue Suzanne Lenglen  
44618 SAINT-NAZAIRE CEDEX  
Tel : 02 40 90 86 08 - Fax : 02 40 17 87 97

#### Conseil de l'ordre des médecins

8, rue du cherche midi  
44200 NANTES  
Tel : 02 40 20 18 50 - Fax : 02 40 20 59 62

#### Conseil général de la Loire-Atlantique

Hôtel du Département  
3, quai Ceineray - BP 94109  
44041 NANTES CEDEX 1  
Tel : 02 40 99 10 00 - Fax : 02 40 99 11 84

## ADRESSES UTILES

---

### **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Loire-Atlantique**

MAN - 6, rue René Viviani - BP 96219  
44262 NANTES CEDEX 2  
Tel : 02 40 12 80 00 - Fax : 02 40 12 82 25

### **Direction générale adjointe de la solidarité**

4, boulevard Louis Barthou  
44262 NANTES CEDEX 02  
Tel : 02 51 17 20 00 - Fax : 02 51 17 21 00

### **Mutualité sociale agricole**

7, rue Félibien  
44043 NANTES CEDEX 01  
Tel : 02 40 41 39 39 - Fax : 02 40 20 34 09

## MAYENNE

### **Caisse primaire d'assurance maladie**

32, rue Louis Gain  
49100 ANGERS  
Tel : 02 41 81 76 76 - Fax 02 41 81 76 00

### **Caisse primaire d'assurance maladie**

2, rue Saint-Eloi  
49328 CHOLET CEDEX  
Tel : 0 820 904 157 - Fax : 02 41 71 37 46

### **Comité d'éducation pour la santé**

Espace Anjou Prévention Santé  
7, rue du Parvis Saint-Maurice  
49100 ANGERS  
Tel : 02 41 05 06 49 - Fax : 02 41 05 06 45

### **Conseil général du Maine-et-Loire**

Hôtel du Département - BP 4104  
49041 ANGERS CEDEX 01  
Tel : 02 41 81 49 49 - Fax : 02 41 81 47 98

### **Conseil de l'ordre des médecins**

122, rue du Château d'Orgemont  
49000 ANGERS  
Tel : 02 41 44 43 43 - Fax : 02 41 47 23 23

### **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Maine-et-Loire**

Cité Administrative  
26 ter, rue de Brissac  
49047 ANGERS CEDEX 01  
Tel : 02 41 25 76 00 - Fax : 02 41 88 04 47

### **Direction des interventions sociales et de solidarité**

26 ter, rue de Brissac  
49047 ANGERS CEDEX 01  
Tel : 02 41 81 49 58 - Fax : 02 41 87 63 51

### **Mutualité sociale agricole**

9, rue Béclard  
49038 ANGERS CEDEX 01  
Tel : 02 41 86 57 57 - Fax : 02 41 86 57 08

## MAYENNE

### **Caisse primaire d'assurance maladie**

37, boulevard Montmorency  
53084 LAVAL CEDEX 09  
Tel : 0 820 904 137 - Fax : 02 43 59 64 14

### **Comité d'éducation pour la santé**

26, boulevard Murat - BP 3885  
53030 LAVAL CEDEX 9  
Tel : 02 43 53 46 73 - Fax : 02 43 49 20 72

### **Conseil de l'ordre des médecins**

60, avenue Bonaparte  
BP 953  
53000 LAVAL  
Tel : 02 43 53 41 34 - Fax : 02 43 67 09 97

### **Conseil général de la Mayenne**

Hôtel du Département  
39, rue Mazagran - BP 1429  
53014 LAVAL CEDEX  
Tel : 02 43 66 53 53 - Fax : 02 43 66 53 20

### **Direction de la solidarité de la Mayenne**

Place de Mettmann - BP 3888  
53030 LAVAL CEDEX 9  
Tel : 02 43 59 14 40 - Fax : 02 43 53 80 94

### **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Mayenne**

2, boulevard Murat - BP 3840  
53041 LAVAL  
Tel : 02 43 67 20 00 Fax : 02 43 67 19 04

### **Mutualité sociale agricole**

76, boulevard Lucien Daniel  
53082 LAVAL CEDEX 09  
Tel : 02 43 91 41 41 - Fax : 02 43 91 16 14

## SARTHE

### **Caisse primaire d'assurance maladie**

178, avenue Bollée  
72033 LE MANS  
Tel : 0 820 904 172 - Fax : 02 43 50 74 90

### **Comité d'éducation pour la santé**

92-94, rue Molière  
72000 LE MANS  
Tel : 02 43 50 32 45 - Fax : 02 43 50 32 49

### **Conseil de l'ordre des médecins**

32, avenue François Mitterrand  
72000 LE MANS  
Tel : 02 43 23 25 80 - Fax : 02 43 28 48 87

### **Conseil général de la Sarthe**

Hôtel du Département  
72072 LE MANS CEDEX 09  
Tel : 02 43 54 72 72 - Fax : 02 43 23 32 67

---

**Direction des interventions sanitaires et sociales**

Hôtel du Département  
2, rue des Maillets - BP 21  
72072 LE MANS CEDEX 9  
Tel : 02 43 54 72 72 - Fax : 02 43 54 71 18

**Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Sarthe**

95-99, avenue Bollée  
72070 LE MANS CEDEX 9  
Tel : 02 43 40 20 20 - Fax : 02 43 72 97 41

**Mutualité sociale agricole**

30, rue Paul Ligneul  
72000 LE MANS  
Tel : 02 43 39 43 39 - Fax : 02 43 39 43 43

**VENDEE**

**Caisse primaire d'assurance maladie**

Rue Alain  
85000 LA ROCHE-SUR-YON  
Tel : 02 51 44 16 16 - Fax : 02 51 44 18 00

**Comité vendéen d'éducation sanitaire et sociale**

CHD les Oudairies - Maison de la santé  
85025 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX  
Tel : 02 51 62 14 29 - Fax : 02 51 37 56 34

**Conseil de l'ordre des médecins**

Résidence Lyautey - 6, place de la Vendée  
85000 LA ROCHE-SUR-YON  
Tel : 02 51 37 06 85 - Fax : 02 51 37 51 63

**Conseil général de la Vendée**

Hôtel du Département  
40, rue Foch - BP 823  
85021 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX  
Tel : 02 51 34 48 48 - Fax : 02 51 62 70 66

**Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Vendée**

29, rue Delille  
85020 LA ROCHE-SUR-YON  
Tel : 02 51 36 75 00 - Fax : 02 51 07 00 06

**Direction de la solidarité et de la famille**

40, rue du Maréchal Foch  
85923 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9  
Tel : 02 51 34 48 48 - Fax : 02 51 34 49 80

**Mutualité sociale agricole**

33, boulevard Réaumur  
85000 LA ROCHE-SUR-YON  
Tel : 02 51 36 88 88 - Fax : 02 51 36 88 55

**FRANCE**

**Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes**

Centre Paris Pleyel  
93521 SAINT DENIS CEDEX  
Tel : 01 49 33 38 00 - Fax : 01 49 33 38 03

**Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

66, avenue du Maine  
75014 PARIS  
Tel : 01 42 79 30 30 - Fax : 01 42 79 35 70

**Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé**

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS  
Tel : 01 53 93 43 02 - Fax : 01 53 93 43 50

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 PARIS CEDEX 14  
Tel : 01 40 56 60 00 - Fax : 01 40 56 81 30

**Fédération nationale de la mutualité française**

255, rue Vaugirard  
75015 PARIS  
Tel : 01 40 43 30 30 - Fax : 01 56 08 40 25

**Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé**

62, boulevard Garibaldi  
75015 PARIS  
Tel : 01 56 58 52 40 - Fax : 01 56 58 52 41

**Institut de veille sanitaire**

12, rue du Val d'Osne  
94415 SAINT-AURICE CEDEX  
Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 67 67

**Mutualité sociale agricole**

161, avenue Paul Vaillant Couturier  
75691 PARIS CEDEX 14  
Tel : 01 49 85 50 00 - Fax : 01 49 85 55 05

**Registre du Tarn/Réseau Francim**

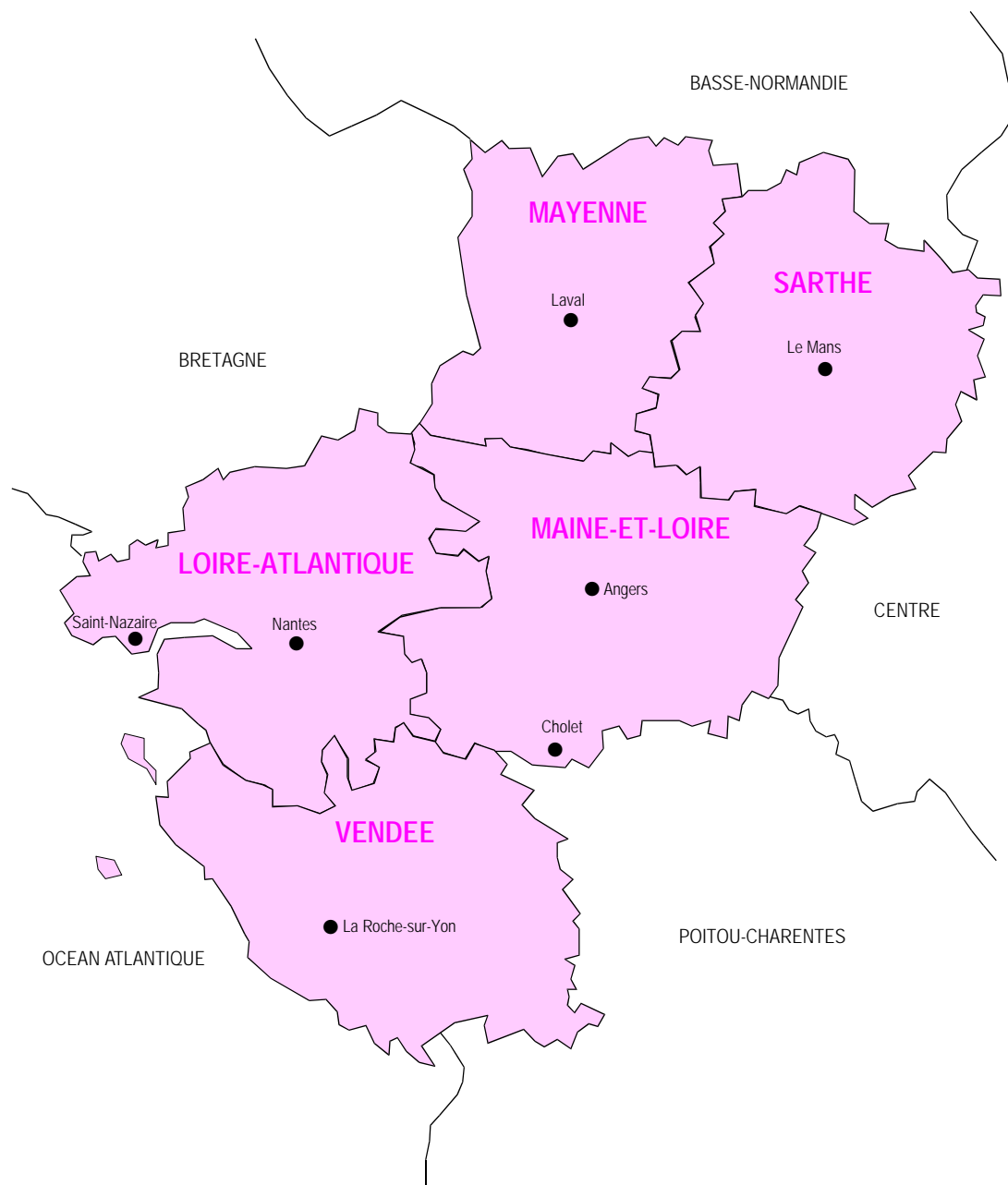
Faculté de médecine  
37, allée Jules Guesde  
31073 TOULOUSE CEDEX  
Tel : 05 61 32 90 11 - Fax : 05 62 26 42 40

**Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM - CépiDc**

44, chemin de Ronde  
78116 LE VESINET CEDEX  
Tel : 01 34 80 24 30 - Fax : 01 34 80 24 29

## PAYS DE LA LOIRE

---





# La santé

## observée dans les Pays de la Loire

---

Quelles sont les principales causes de décès ou de recours aux soins ?  
Certaines maladies sont-elles plus fréquentes dans la région ?  
Quelles sont les raisons qui expliquent la baisse importante de mortalité constatée pour les maladies cardio-vasculaires ?  
Combien de professionnels de santé dans les Pays de la Loire, aujourd'hui... et demain ?

Pour apporter des réponses à ces questions, le tableau de bord régional "La santé observée" rassemble les données disponibles les plus significatives, et les plus récentes, sur la santé dans la région.

Cette publication s'inscrit dans la continuité de celles déjà réalisées en 1994 et 1998. Elle a toutefois été profondément restructurée et considérablement enrichie, grâce aux nombreuses sources d'information maintenant disponibles, aussi bien en matière d'épidémiologie que d'analyse des comportements ou des recours aux soins.

L'édition 2003-2004 s'organise selon cinq axes :

- > Données démographiques et sociales
- > État de santé des populations aux différents âges de la vie
- > Problèmes de santé et pathologies
- > Déterminants de la santé (conduites addictives, travail, accidents...)
- > Ressources sanitaires (préventives ou curatives), recours aux soins, et aides aux personnes âgées et aux personnes handicapées.



Ce document a été conçu et réalisé par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, en partenariat avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).  
Une cinquantaine d'experts régionaux et nationaux ont assuré sa validation.

*La réalisation de "La santé observée 2003-2004" a été financée de manière conjointe par le Ministère chargé de la santé (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), et par le Conseil régional des Pays de la Loire.*

ISBN : 2-908417-23-5

Janvier 2004 - Prix : 10 euros