

Observatoire  
Régional  
de la Santé  
des Pays  
de la Loire

# LA SANTÉ OBSERVÉE

dans la région  
nazairienne

Edition 2003/2004



**l'Assurance Maladie**  
sécurité sociale  
caisse primaire de Saint-Nazaire



## RÉSUMÉ

**Un recul considérable de la mortalité générale et prématurée**  
Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, on compte environ 3 200 décès chaque année (en moyenne sur la période 1997-1999). La majorité de ces décès (59 %) surviennent après 75 ans.

Toutefois, les décès qui surviennent avant 65 ans représentent 30 % des décès masculins et 13 % des décès féminins dans la région nazairienne. Au regard de l'espérance de vie à la naissance qui atteint 75 ans chez les hommes et 83 ans chez les femmes en France en 2000, ces décès survenus avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés.

Comme en France, la mortalité et la mortalité prématurée dans la région nazairienne ont connu un recul considérable qui atteint 28 % entre 1980-1984 et 1997-1999.

**Une situation défavorable chez les hommes comparative-ment à la moyenne en France ...**

Mais ce recul important de la mortalité ne permet pas de combler l'écart entre la région nazairienne et la moyenne nationale. En 1997-1999, la mortalité masculine est supérieure de 11 % à la moyenne nationale. Cet écart est plus marqué en ce qui concerne la mortalité prématurée masculine (+ 17 %). La région nazairienne connaît d'ailleurs au sein des Pays de la Loire une situation atypique, puisque c'est le seul secteur sanitaire, avec celui de Nantes, à présenter une surmortalité masculine prématurée.

Chez les femmes, la mortalité générale, comme la mortalité prématurée, sont statistiquement peu différentes du niveau national.

**... qui se retrouve pour les tumeurs**

Les cancers sont des pathologies très fréquentes (environ 1 700 personnes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont admises chaque année en affection de longue durée pour ce motif en 2000-2001). Les tumeurs sont également à l'origine de 940 décès en moyenne chaque année (soit 29 % de l'ensemble des décès), et parmi eux, 280 surviennent avant 65 ans (ce qui représente 40 % des décès avant 65 ans).

Les principales localisations tumorales en terme de mortalité sont chez les hommes, le cancer du poumon et le cancer des voies aéro-digestives supérieures ; chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du colon-rectum.

La région nazairienne présente une mortalité masculine par tumeur supérieure de 16 % à la moyenne nationale. Les localisations à l'origine de cet écart sont le cancer du foie, de la vésicule et des voies biliaires (+ 69 %), de la plèvre, des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus annexes (+ 73 %), des voies aéro-digestives supérieures (+ 27 %) et du colon-rectum (+ 26 %). Chez les femmes, la situation n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale.

**... les chutes, les accidents de la circulation et les suicides**

A l'origine d'environ 300 décès chaque année, dont 150 avant 65 ans, les morts vides lentes constituent la 3ème grande cause de décès tous âges confondus (9 % des décès tous âges confondus) et la deuxième avant 65 ans (21 % des décès prématurés).

Les morts vides lentes regroupent un ensemble varié de modes de survénue des décès : chutes accidentelles (70 décès, dont 10 avant 65 ans), accidents de la circulation (environ 50 décès, dont 40 avant 65 ans), suicides (80 décès, dont 60 avant 65 ans)...

La région nazairienne présente une situation de surmortalité pour l'ensemble des morts vides lentes, très nette pour les hommes (+ 29 %), moins marquée pour les femmes (+ 13 %). Cette surmortalité se retrouve pour les chutes accidentelles (respectivement + 39 % et + 11 %), les accidents de la circulation (+ 11 %, + 20 %) et les suicides (+ 36 %, + 24 %), même si ces écarts ne sont pas tous statistiquement significatifs.

**... et dans une moindre mesure pour les maladies cardio-vasculaires**

Les maladies cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la morbidité (environ 2 400 personnes de la région nazairienne sont admises en affection de longue durée pour ce motif). Ces affections sont à l'origine de 1 000 décès chaque année (soit 31 % des décès) et parmi eux environ 90 surviennent avant 65 ans (ce qui représente 13 % des décès prématurés).

La mortalité par maladies cardio-vasculaires a connu un recul considérable au cours des vingt dernières années (- 36 % entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999), conséquence d'une meilleure prise en charge et d'une meilleure prévention des facteurs de risque comme le contrôle des hyperlipidémies et le traitement de l'hypertension artérielle. Malgré ce recul, et contrairement à l'ensemble des Pays de la Loire, la mortalité locale est supérieure de 7 % à la moyenne nationale chez les hommes, et statistiquement non différente chez les femmes.

**Des problèmes de santé à rapprocher des déterminants comportementaux et environnementaux (tabagisme, consommation excessive d'alcool, expositions professionnelles ...)**

Le tabac est un facteur de risque important dans la survenue de certains cancers (poumon, voies aéro-digestives supérieures, vessie, rein, pancréas...) et de pathologies cardio-vasculaires. Il n'existe pas au plan local de données sur la consommation tabagique. La mortalité par cancer du poumon montre une situation relativement favorable pour la région nazairienne par rapport à la moyenne française (- 9 % chez les hommes, - 30 % chez les femmes), mais les écarts de mortalité diminuent chez les hommes. Par ailleurs, cet indicateur présente l'inconvénient de donner une image indirecte et différée de la consommation tabagique.

La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important dans la survenue de certains cancers (voies aéro-digestives supérieures, foie ...), et de certaines maladies digestives. La consommation d'alcool est également fréquemment en cause dans la survenue des accidents corporels de la circulation, mais aussi de tous les autres types d'accidents, et enfin des suicides. Il n'existe pas au plan local de données sur la consommation d'alcool. La mortalité par cirrhose du foie montre que malgré son recul important au cours des quinze dernières années, la situation dans la région nazairienne reste défavorable par rapport à la moyenne nationale (+ 55 % chez les hommes, + 39 % chez les femmes). Mais cet indicateur présente l'inconvénient de donner une image indirecte et différée de la consommation d'alcool.

Les facteurs professionnels jouent également un rôle dans la survenue de certains cancers. La région nazairienne connaît une situation très spécifique liée à l'inhalation des salariés des chantiers navals de poussières d'amiante. Celle-ci se traduit par une mortalité par cancer de la plèvre trois fois plus élevée qu'au plan national.

# la santé observée

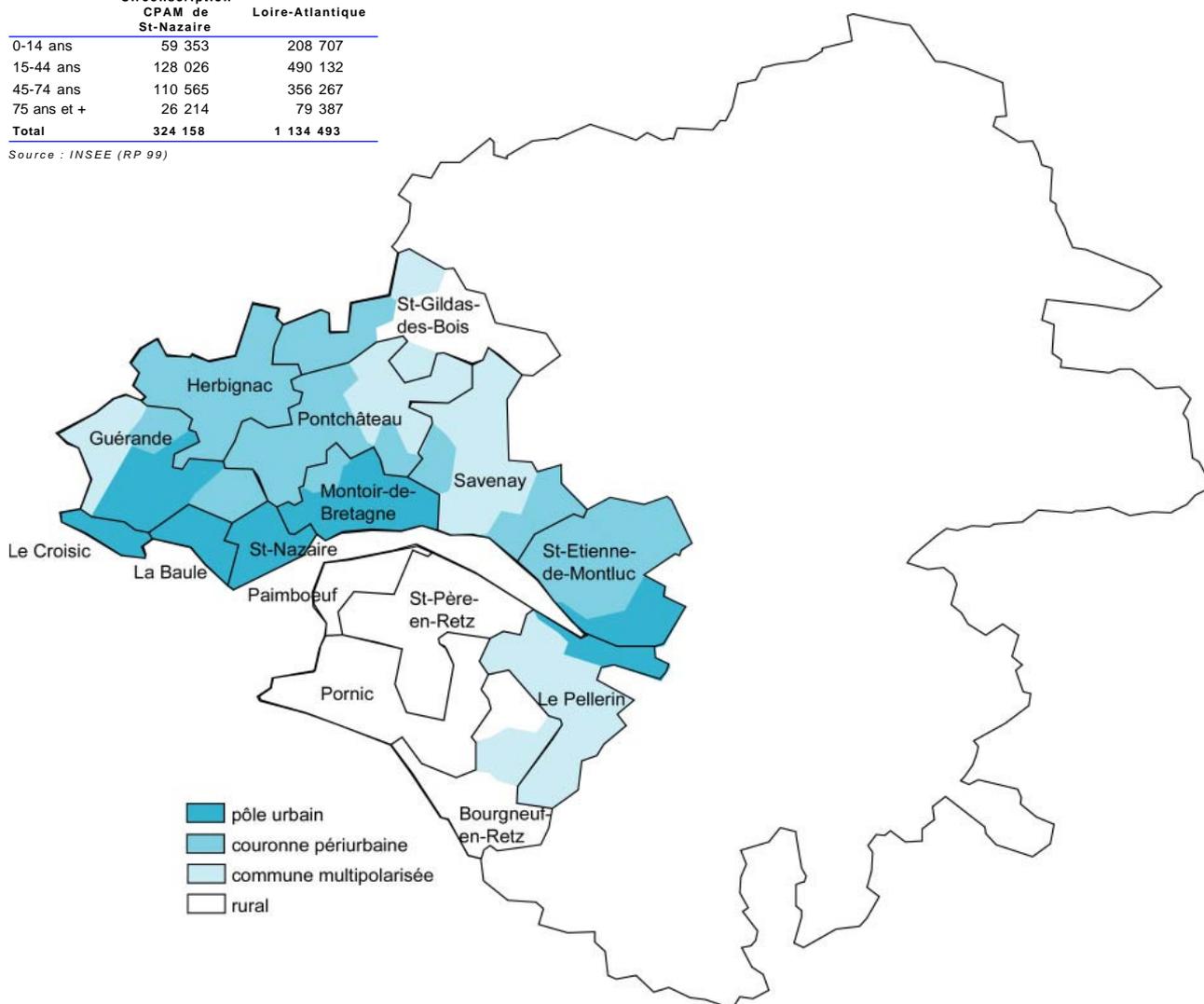
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Cartographie de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire par canton au sein du département de la Loire-Atlantique

Effectif de la population  
au recensement de la population de 1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique
0-14 ans	59 353	208 707
15-44 ans	128 026	490 132
45-74 ans	110 565	356 267
75 ans et +	26 214	79 387
<b>Total</b>	<b>324 158</b>	<b>1 134 493</b>

Source : INSEE (RP 99)



Le **zonage en aire urbaine** est une nomenclature d'analyse du territoire définie en 1997 par l'INSEE pour mesurer l'espace d'influence de la ville. Elle est définie à partir de l'étude des migrations alternantes, et actualisée à chaque recensement. Cette nomenclature spatiale distingue l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines, communes multipolarisées) et l'espace à dominante rurale (ensemble des communes qui n'appartiennent pas à l'espace à dominante urbaine).

**Zone d'emploi de Saint-Nazaire** : la zone d'emploi de Saint-Nazaire regroupe tous les cantons de la circonscription de la CPAM sauf ceux de Saint-Etienne-de-Montluc et du Pellerin.

**Secteur sanitaire de Saint-Nazaire** : le secteur sanitaire de Saint-Nazaire regroupe tous les cantons de la circonscription de la CPAM sauf ceux de Saint-Etienne-de-Montluc, du Pellerin, de Bourgneuf-en-Retz et de Savenay.

## SOMMAIRE

<b>Pathologies</b>	9
● vues d'ensemble	
- <i>causes médicales de décès</i>	11
- <i>affections de longue durée</i>	15
- <i>diagnostics d'hospitalisation</i>	19
- <i>mortalité prématurée</i>	23
● les affections cardio-vasculaires	29
● les tumeurs	35
● les cancers du côlon et du rectum	41
● le cancer de l'utérus	45
● le cancer du sein	49
● le cancer de la prostate	53
● la tuberculose	57
● les maladies respiratoires	61
<b>Comportements et environnements</b>	67
● l'alcool et ses conséquences sur la santé	69
● le tabac et ses conséquences sur la santé	73
● la toxicomanie	77
● les maladies professionnelles	83
● les accidents	
- <i>les accidents</i>	89
- <i>les accidents de la circulation</i>	93
● les suicides	97
<b>Personnes âgées</b>	101
● la population âgée	103
● les aides et soins aux personnes âgées	107
● la santé des personnes de 75 ans et plus	113
<b>Personnes handicapées</b>	117
● les aides et soins aux enfants handicapés	119
● les aides et soins aux adultes handicapés	123
<b>Pauvreté - Précarité</b>	127
● pauvreté - précarité	129



# Pathologies



# vues d'ensemble : causes médicales de décès

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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.

# vues d'ensemble : causes médicales de décès

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

- En 1997-1999, plus de 3 200 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année, dont environ 1 680 hommes et 1 530 femmes. 74 % des décès féminins surviennent au-delà de 75 ans, contre 45 % des décès masculins.
- Selon la 9<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, les maladies cardio-vasculaires (31 % des décès), les cancers (29 %), les accidents et morts violentes (9 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (7 %) constituent comme en France les 4 principales causes de décès.
- Depuis le début des années 80, la mortalité a connu dans la région nazairienne comme en France un recul considérable (- 27 % pour les hommes et - 29 % pour les femmes). Modérée pour les cancers (- 5 %), la baisse de la mortalité atteint 36 % pour les maladies de l'appareil circulatoire, 32 % pour les maladies de l'appareil respiratoire et 27 % pour les accidents et les morts violentes.
- A structure par âge comparable, la mortalité globale des hommes de la région nazairienne est supérieure de 11 % à la moyenne française. Cette situation contraste avec celle observée pour l'ensemble des Pays de la Loire, où la mortalité masculine est inférieure de 3 % à la moyenne nationale.  
La surmortalité masculine observée dans la région nazairienne se retrouve pour les principales causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire : + 7 %, tumeurs : + 16 %, accidents et morts violentes : + 29 %, maladies de l'appareil digestif : + 38 %, excepté les maladies de l'appareil respiratoire (- 16 %).  
Chez les femmes, la mortalité est proche de la moyenne nationale (- 6 % pour l'ensemble des Pays de la Loire). Cette situation s'observe pour l'ensemble des groupes de causes de la Classification internationale des maladies (CIM), excepté celui des accidents et morts violentes pour lequel la mortalité féminine est significativement supérieure de 13 % à la moyenne nationale.

### 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), définie par l'Organisation mondiale de la santé. 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.

# vues d'ensemble : causes médicales de décès

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

**Mortalité par cause** dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire - moyenne 1997-1999  
classification OMS CIM 9 - ensemble des 17 chapitres

HOMMES	Nombre annuel moyen de décès					ICM <sup>1</sup>	Evolution 1982-1998 <sup>2</sup>
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1. Maladies infectieuses et parasitaires	0	4	7	10	21		-37%
2. Tumeurs	1	25	362	201	589	116	-7% ns
3. Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	0	1	8	17	26	78	-35%
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	1	3	3	7		-32% ns
5. Troubles mentaux	0	4	16	21	41	128	4% ns
6. Maladies du système nerveux et des organes du sens	1	2	16	19	38		-13% ns
7. Maladies de l'appareil circulatoire	0	11	167	278	456	107	-34%
8. Maladies de l'appareil respiratoire	0	2	30	69	101	84	-39%
9. Maladies de l'appareil digestif	0	6	66	35	107	138	-42%
10. Maladies des appareils génito-urinaires	0	0	6	18	24		-39%
11. Complications de grossesse, accouchement, ...	-	-	-	-	-	-	-
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	3	4		-29% ns
13. Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, ...	0	0	1	4	5		4% ns
14. Anomalies congénitales	3	2	0	0	5		0% ns
15. Affections dont origine se situe dans période périnatale	5	0	0	0	5		44% ns
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	1	9	24	31	65	84	-55%
17. Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	3	58	74	49	184	129	-23%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>125</b>	<b>781</b>	<b>758</b>	<b>1 678</b>	<b>111</b>	<b>-27%</b>

FEMMES	Nombre annuel moyen de décès					ICM <sup>1</sup>	Evolution 1982-1998 <sup>2</sup>
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1. Maladies infectieuses et parasitaires	1	1	3	14	19		-16% ns
2. Tumeurs	1	16	157	180	354		-5% ns
3. Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	0	0	9	39	48		-22% ns
4. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	0	2	6	9		-10% ns
5. Troubles mentaux	0	0	5	45	50		-26% ns
6. Maladies du système nerveux et des organes du sens	1	2	11	36	50		4% ns
7. Maladies de l'appareil circulatoire	0	4	73	470	547		-38%
8. Maladies de l'appareil respiratoire	0	1	10	102	113		-28%
9. Maladies de l'appareil digestif	0	3	25	46	74		-36%
10. Maladies des appareils génito-urinaires	0	0	2	21	23		-34% ns
11. Complications de grossesse, accouchement, ...	0	0	0	0	0		-
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	9	10		-6% ns
13. Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, ...	0	0	2	9	11		-31% ns
14. Anomalies congénitales	3	0	1	0	4		-40% ns
15. Affections dont origine se situe dans période périnatale	3	0	0	0	3		28% ns
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	1	2	12	88	103		-51%
17. Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	1	17	27	67	112	113	-29%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>340</b>	<b>1 132</b>	<b>1 530</b>		<b>-29%</b>

Source : Inserm CépiDc, INSEE

1- Seuls les ICM présentant une différence significative entre la région nazairienne et la France (ICM≠100) sont mentionnés.  
2- L'évolution 1982-1998 correspond à l'évolution des taux comparatifs de mortalité entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999. Le signe "ns" signifie que l'évolution n'est pas statistiquement significative au seuil de 5 %.

## DEFINITIONS

**Classification OMS CIM 9** : 9<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies, définie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification comporte 17 chapitres.

**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.



# vues d'ensemble : affections de longue durée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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-après). 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.

# vues d'ensemble : affections de longue durée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

● Les données concernant les admissions en affection de longue durée des personnes protégées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des travailleurs indépendants) 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 de la région nazairienne couverte par ces 3 régimes, 6 600 personnes ont été admises en affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année sur la période 2000-2001.

● Comme en France, les maladies cardio-vasculaires (36 % de l'ensemble des motifs), les tumeurs malignes (26 %), les pathologies mentales (11 %) et le diabète (11 %) représentent les 4 principaux motifs d'admission en 2000-2001.

Le poids relatif de ces différentes affections varie selon les groupes d'âge. Avant 15 ans, les troubles mentaux constituent le motif le plus fréquent d'admission en ALD (26 %), devant l'insuffisance respiratoire chronique grave, le plus souvent d'origine asthmatique (14 %).

Chez les 15-44 ans, les troubles mentaux constituent encore la première cause d'admission en ALD (26 %), suivis par les tumeurs malignes (18 %).

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 (32 %), devant le diabète (14 %).

Au-delà de 75 ans, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui prédominent (48 %), devant les tumeurs malignes (20 %) et les troubles mentaux (14 %), principalement les démences.

### 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 surestimation 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 hémiplégié 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.

# vues d'ensemble : affections de longue durée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Admissions en affection de longue durée selon le motif

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire - moyenne 2000-2001 - 3 principaux régimes d'assurance maladie  
Liste des 30 ALD - ensemble des 30 affections

	Hommes					Femmes				
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	2	9	76	54	141	1	6	39	75	121
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1	1	3	0	5	0	1	1	3	5
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	0	11	125	55	191	0	2	39	78	119
4. Bilharziose compliquée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	7	13	123	122	265	4	5	59	182	250
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	0	19	67	8	94	0	12	35	3	50
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	2	14	3	0	19	2	5	1	1	9
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	3	33	298	64	398	3	21	207	91	322
9. Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	7	14	24	6	51	8	18	20	5	51
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constit. et acquises sévères	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	3	6	4	1	14	1	3	2	0	6
12. Hypertension artérielle sévère	0	7	196	79	282	0	5	171	210	386
13. Maladie coronaire	0	22	235	105	362	0	4	102	145	251
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	17	15	82	42	156	5	15	52	36	108
15. Lèpre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16. Maladie de Parkinson	0	0	20	18	38	0	1	13	21	35
17. Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	2	9	13	0	24	4	5	7	2	18
18. Mucoviscidose	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
19. Néphropathie chronique grave et syndrome neuprotique primitif	3	6	13	15	37	1	2	9	10	22
20. Paraplégie	1	5	5	1	12	1	2	3	1	7
21. PAN, LED * et sclérodermie généralisée évolutive	0	2	5	6	13	0	9	22	20	51
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	0	3	16	4	23	0	7	33	10	50
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	29	98	84	76	287	11	84	117	241	453
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	0	11	6	1	18	1	15	7	1	24
25. Sclérose en plaques	0	3	4	0	7	0	10	8	1	19
26. Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	1	3	0	0	4	11	5	3	0	19
27. Spondylarthrite ankylosante grave	0	10	6	1	17	0	11	9	1	21
28. Suite de transplantation d'organe	0	2	14	1	17	0	0	2	2	4
29. Tuberculose active	1	7	4	4	16	1	3	4	2	10
30. Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	7	52	640	248	947	7	74	470	199	750
99. ALD non ventilée	3	1	7	1	12	4	2	7	6	19
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>371</b>	<b>2 067</b>	<b>905</b>	<b>3 428</b>	<b>62</b>	<b>322</b>	<b>1 435</b>	<b>1 339</b>	<b>3 157</b>

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses d'assurance maladie

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

Note : dans ce tableau, pour certaines pathologies, le motif d'admission en ALD retenu peut-être soit l'étiologie de l'affection, soit sa conséquence (accident vasculaire cérébral, ou hémiplégié par exemple).

## DEFINITIONS

Liste des 30 ALD : liste des trentes affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, susceptible d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux

tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie. Cette liste est établie par l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale.



# vues d'ensemble : diagnostics d'hospitalisation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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-après), 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.

# vues d'ensemble : diagnostics d'hospitalisation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

- Au moins 69 400 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée MCO ont concerné des habitants de la région nazairienne en moyenne au cours de la période 1999-2001, 32 700 pour les hommes et 36 800 pour les femmes.
- A l'exception du diagnostic "grossesse, accouchement et puerpéralité" pour les femmes, les diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquents lors des séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée MCO sont pour les deux sexes les maladies de l'appareil digestif, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

### 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 (données domiciliées) 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.
- Il s'agit de données domiciliées non redressées. Les séjours d'habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, n'ont pas été comptabilisés. Pour l'ensemble des établissements de Loire-Atlantique, cette absence de code postal concerne 5 % des séjours.

# vues d'ensemble : diagnostics d'hospitalisation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Nombre annuel moyen de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO selon le diagnostic principal d'hospitalisation, le sexe et l'âge parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, en 1999-2001  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	HOMMES					FEMMES				
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Tous âges
1. Maladies infectieuses et parasitaires	107	112	116	37	371	99	80	66	65	310
2. Tumeurs	46	122	1 626	514	2 308	32	180	946	426	1 583
dont : - Tumeurs malignes	56	203	655	77	990	55	344	739	86	1 224
- Tumeurs bénignes	104	347	2 368	621	3 441	88	588	1 777	544	2 997
3. Mal. sang et org. hémat. et certains troubles immunitaires	30	27	100	56	213	18	41	105	86	250
4. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	40	69	173	44	326	45	171	232	99	547
5. Troubles mentaux et du comportement	33	243	179	66	521	45	165	122	133	463
6. Maladies du système nerveux	49	214	429	106	797	33	240	452	179	904
7. Maladies de l'oeil et de ses annexes	88	77	641	539	1 343	102	73	858	1 058	2 090
8. Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	828	83	87	9	1 006	616	87	87	21	811
9. Maladies de l'appareil circulatoire	18	332	1 994	839	3 183	13	310	1 105	1 060	2 487
10. Maladies de l'appareil respiratoire	999	344	549	257	2 150	724	307	309	278	1 618
11. Maladies de l'appareil digestif	595	1 442	1 984	417	4 437	516	1 512	1 567	564	4 159
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	79	244	128	28	479	65	177	108	61	412
13. Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	61	800	1 049	158	2 068	57	491	1 104	336	1 987
14. Maladies de l'appareil génito-urinaire	252	330	933	352	1 868	78	951	1 056	217	2 302
15. Grossesse, accouchement et puerpéralité						6	5 794	10	0	5 810
16. Certaines affections d'origine périnatale	532	0	0	0	532	428	0	0	0	428
17. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	229	61	19	2	311	126	75	22	6	229
18. Symp., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	400	367	914	376	2 058	326	410	709	467	1 912
19. Lésions traumatiques, empoisonnements	553	1 601	943	252	3 350	336	663	855	793	2 646
21. Autres motifs de recours aux soins	629	944	2 277	362	4 212	472	1 571	1 967	397	4 406
<b>Total</b>	<b>5 623</b>	<b>7 636</b>	<b>14 884</b>	<b>4 522</b>	<b>32 665</b>	<b>4 195</b>	<b>13 703</b>	<b>12 509</b>	<b>6 361</b>	<b>36 769</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées)

## DEFINITIONS

**Classification OMS CIM 10** : 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies, définie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification comporte 21 chapitres, mais 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.

**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.

**Données domiciliées** : données concernant les hospitalisations de personnes habitant la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Les séjours d'habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, n'ont pas été comptabilisés. Pour l'ensemble des établissements de Loire-Atlantique, cette absence de code postal concerne 5 % des séjours.

**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique



# vues d'ensemble : mortalité prématurée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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.

# vues d'ensemble : mortalité prématurée

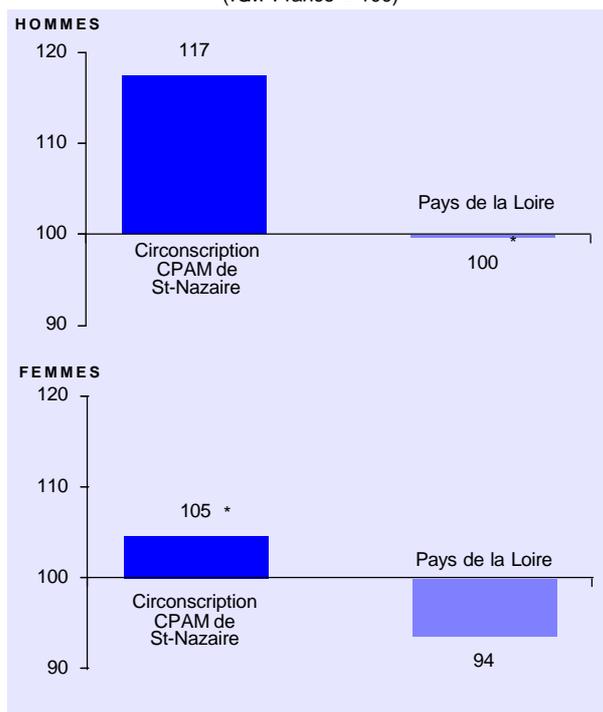
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Malgré un recul important, la mortalité prématurée masculine reste supérieure de 17 % à la moyenne nationale

- Entre 1997 et 1999, 700 habitants de la région nazairienne âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année. 72 % des décès prématurés concernent des hommes.
- La mortalité prématurée diminue fortement dans la région nazairienne comme en France. Mais la situation reste défavorable pour les hommes de cette région, avec une mortalité supérieure de 17 % à celle observée au plan national.  
Chez les femmes, il n'apparaît pas de différence avec la moyenne nationale.
- Cette situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité prématurée supérieure de 14 % à la moyenne nationale chez les hommes et statistiquement non différente chez les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").
- La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes (30 % du nombre total de décès masculins pour la période 1997-1999) que chez les femmes (13 %).
- Représentant 39 % des décès masculins avant 65 ans et 44 % des décès féminins en 1997-1999, les tumeurs constituent la première grande cause de mortalité prématurée. Chez les hommes, le cancer du poumon (10 % de l'ensemble des décès prématurés masculins) 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 % de l'ensemble des décès prématurés féminins).  
Les accidents et les morts violentes représentent 22 % des décès prématurés chez les hommes et 19 % chez les femmes.

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
chez les moins de 65 ans en 1997-1999  
(ICM France = 100)



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

# vues d'ensemble : mortalité prématurée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

**Chaque année, environ 500 décès masculins et 200 décès féminins surviennent avant 65 ans**

Entre 1997 et 1999, 700 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire. 72 % de ces décès prématurés concernent des hommes.

La proportion de décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes (30 % du nombre total de décès) que chez les femmes (13 %).

## A l'origine de la mortalité prématurée : les tumeurs et les morts violentes

Les tumeurs constituent la première grande cause de mortalité prématurée. Elles représentent 39 % des décès masculins et 44 % des décès féminins survenus avant 65 ans. Chez les hommes, le cancer du poumon (10 % de l'ensemble 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 localisation la plus fréquente (15 % de l'ensemble des décès prématurés).

Les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnement (essentiellement les accidents de la circulation, les suicides et les accidents de la vie courante), représentent 22 % des décès prématurés chez les hommes et 19 % chez les femmes.

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la troisième grande cause de mortalité prématurée, chez les hommes (15 % des décès prématurés) et chez les femmes (10 %).

Après 65 ans, la répartition des causes de décès se modifie. Les maladies de l'appareil circulatoire deviennent la première grande cause de mortalité, responsables de 36 % des décès (*versus* 13 % chez les moins de 65 ans). Le poids des tumeurs (26 % *versus* 40 %) et surtout celui des accidents et des morts violentes (6 % *versus* 21 %) sont en revanche plus faibles.

## Plus de la moitié des décès prématurés peuvent être considérés comme évitables

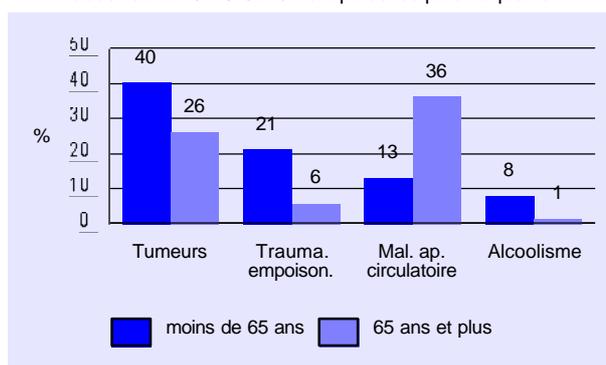
Dans les conditions sanitaires et sociales actuelles, 53 % des décès prématurés masculins et 54 % des décès prématurés féminins survenus dans la région nazairienne en 1997-1999 peuvent être considérés comme "évitables" selon les critères utilisés dans le cadre de programmes de recherches menés au niveau européen

**Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans et % des décès prématurés par rapport à l'ensemble des décès en moyenne en 1997-1999**

	Circonscription CPAM de St-Nazaire		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14 ans	16	12	2 902	2 161
15-24 ans	19	9	3 495	1 225
25-34 ans	32	9	5 372	2 103
35-54 ans	224	87	32 444	14 268
55-64 ans	213	79	31 937	13 467
<b>Nombre total de décès prématurés</b>	<b>504</b>	<b>196</b>	<b>76 150</b>	<b>33 224</b>
<b>% des décès prématurés sur l'ensemble des décès</b>	<b>29,9</b>	<b>12,8</b>	<b>27,9</b>	<b>12,8</b>

Source : INSERM CépiDc

**Répartition des causes de décès selon l'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999**  
classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents



Source : INSERM CépiDc

**Nombre annuel moyen de décès prématurés par causes selon le sexe dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999**  
classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
<b>Ensemble des tumeurs</b>	<b>196</b>	<b>38,9</b>	<b>87</b>	<b>44,4</b>
dont poumon	50	9,9	5	2,6
dont VADS*	37	7,3	3	1,5
dont colon-rectum	13	2,6	9	4,6
dont sein	-	-	30	15,3
dont utérus	-	-	6	3,1
<b>Ens. des trauma. et empoison.</b>	<b>113</b>	<b>22,4</b>	<b>37</b>	<b>18,9</b>
dont suicides	44	8,7	15	7,7
dont accid. circulation	30	6,0	10	5,1
dont accid. de la vie courante**	24	4,8	9	4,6
<b>Ens. mal. app. circulatoire</b>	<b>73</b>	<b>14,5</b>	<b>19</b>	<b>9,7</b>
dont cardio. ischémiques	27	5,4	4	2,0
dont mal. vascul.cérébrales	15	3,0	7	3,6
<b>Alcoolisme ***</b>	<b>42</b>	<b>8,3</b>	<b>14</b>	<b>7,1</b>
Sida	3	0,6	0	0,0
Autres causes	77	15,3	39	19,9
<b>Toutes causes</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

\* VADS : lèvres de la cavité buccale et du pharynx, oesophage, larynx

\*\* Causes de décès de la liste S9 : E850 à E929, sauf E870-E879

\*\*\* Alcoolisme : psychose alcoolique et cirrhose du foie

# vues d'ensemble : mortalité prématurée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

par l'INSERM (voir encadré).

Parmi les actions susceptibles de réduire cette mortalité évitable, on peut distinguer celles qui concernent les facteurs de risque individuels, et celles qui visent à une meilleure prise en charge par le système de soins. Chez les hommes, 80 % des décès évitables pourraient l'être par une modification de comportements à risque. Chez les femmes, il s'agit autant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge par le système de soins (54 %) que d'entreprendre des actions sur les facteurs de risque individuels (46 %).

## Une mortalité en net recul

Dans la région nazairienne comme en France, la mortalité prématurée est en net recul depuis le début des années 80. Entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, le taux comparatif de mortalité a diminué de 30 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. Ce recul s'inscrit dans un contexte global de baisse de la mortalité.

Chez les hommes, la baisse de la mortalité prématurée se retrouve pour l'ensemble des grandes causes de décès avant 65 ans. Le taux comparatif de mortalité prématurée par tumeur baisse de 13 % entre 1980-1984 et 1997-1999. Cette diminution n'est pas statistiquement significative, mais elle se retrouve au plan national.

La mortalité prématurée masculine par maladies de l'appareil circulatoire diminue de 42 % entre les deux périodes.

Enfin, en ce qui concerne les morts violentes, la mortalité prématurée masculine par accidents de la circulation diminue de 47 %, mais reste stable pour les suicides.

Chez les femmes, la baisse de la mortalité prématurée résulte d'une nette régression de la mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire (- 47 % entre 1980-1984 et 1997-1999). La mortalité prématurée féminine par accidents de la circulation connaît également une baisse de 14 %, non statistiquement significative, mais qui se retrouve au plan national.

## Mais une situation qui reste défavorable

Malgré son recul au cours des quinze dernières années la mortalité prématurée est dans la région nazairienne supérieure de 17 % à la moyenne nationale chez les hommes pour la période 1997-1999.

Chez les femmes, elle est supérieure de 5 %, mais la différence observée n'est pas statistiquement significative.

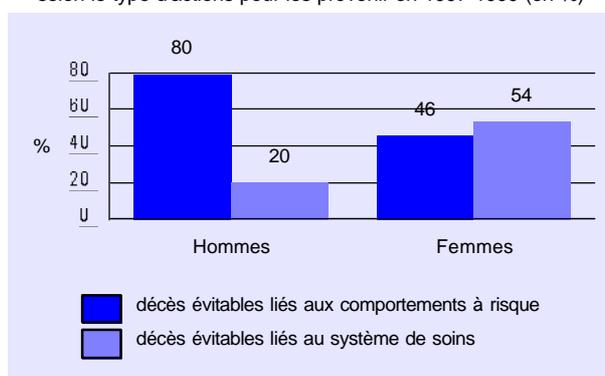
**Répartition des décès prématurés**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire  
selon leur caractère "évitable" en 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Eff*	%	Eff*	%
Décès "évitable"	267	53,0	106	54,1
- liés aux comportements à risque	213	42,3	49	25,0
- liés au système de soins	54	10,7	57	29,1
Autres décès	237	47,0	90	45,9
<b>Décès prématurés</b>	<b>504</b>	<b>100,0</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Source : Inserm CépiDc

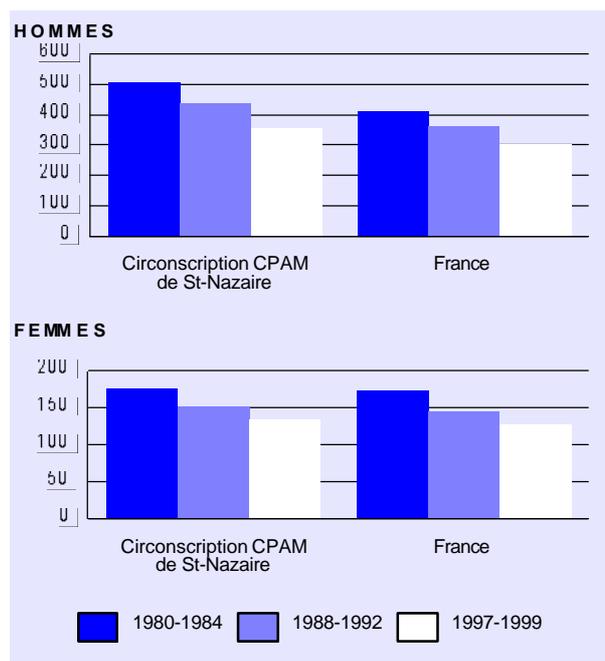
\* Effectif annuel moyen

**Répartition des décès évitables**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire  
selon le type d'actions pour les prévenir en 1997-1999 (en %)



Source : Inserm CépiDc

**Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée**  
entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# vues d'ensemble : mortalité prématurée

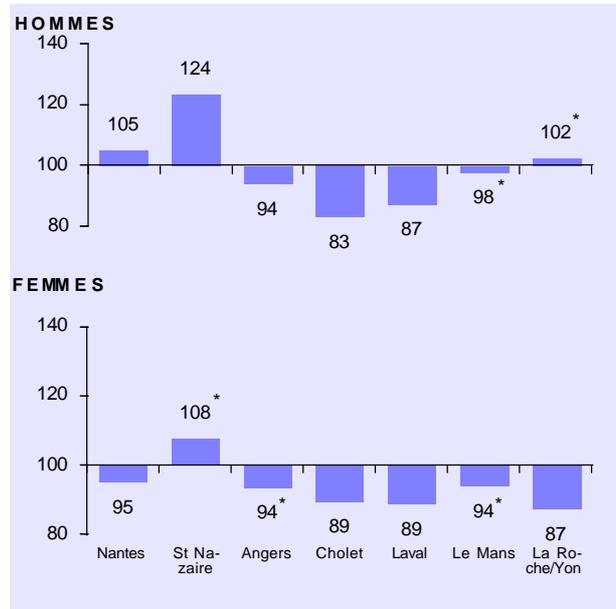
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Le secteur de Saint-Nazaire et celui de Nantes sont les seuls secteurs sanitaires des Pays de la Loire à présenter une surmortalité prématurée chez les hommes

Dans la région des Pays de la Loire, seuls les secteurs sanitaires de Saint-Nazaire et de Nantes présentent une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (+ 24 % et + 5 % en 1997-1999). Pour les autres secteurs sanitaires de la région des Pays de la Loire (Angers, Cholet, Laval, Le Mans et La Roche-sur-Yon), la mortalité prématurée masculine est en revanche inférieure à la moyenne française.

Chez les femmes, on observe également une situation de surmortalité prématurée (+ 8 %) pour le secteur sanitaire de Saint-Nazaire, mais la différence observée n'est pas statistiquement significative. Pour l'ensemble des autres secteurs sanitaires des Pays de la Loire, la mortalité prématurée féminine est inférieure à la moyenne nationale.

Indice comparatif de mortalité prématurée  
Secteurs sanitaires de la région des Pays de la Loire 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE RP 90

\* : différence non significative au seuil de 5 %

Les secteurs sanitaires sont des territoires constitués autour des agglomérations et des pôles hospitaliers les plus attractifs. Ils permettent de déterminer les besoins en lits et places des principales disciplines de soins hospitaliers : la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique.

Le secteur sanitaire de Saint-Nazaire est composé de 11 cantons : La Baule-Escoublac, Le Croisic, Guérande, Herbignac, Montoir-de-Bretagne, Paimboeuf, Pontchâteau, Pornic, Saint-Gildas-des-Bois, Saint-Nazaire, Saint-Père-en-Retz. Il s'agit de l'ensemble des cantons de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sans ceux de Saint-Etienne-de-Montluc, du Pellerin, de Bourgneuf-en-Retz et de Savenay (voir carte page 6).

## 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 13).

**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 13).

**Décès évitables :** certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitable", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle in-

clut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

Les travaux européens classent les décès "évitable" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.



# les affections cardio-vasculaires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 ministère 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.

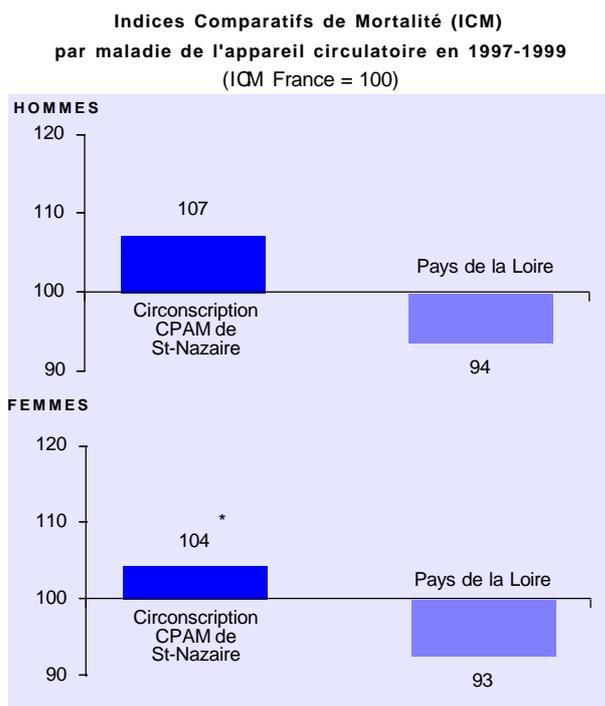
# les affections cardio-vasculaires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une situation plutôt défavorable par rapport à la moyenne nationale

- 460 hommes et 550 femmes de la région nazairienne décèdent chaque année de maladies de l'appareil circulatoire sur la période 1997-1999. Ces affections constituent la cause de décès la plus fréquente chez les femmes (36 % des décès) et la deuxième chez les hommes (27 %).
- 74 % des décès par maladie cardio-vasculaire surviennent après 75 ans.
- Les cardiopathies ischémiques représentent 28 % des décès par maladie cardio-vasculaire et les maladies vasculaires cérébrales, 26 %
- La mortalité par maladie cardio-vasculaire a fortement chuté dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, comme en France : - 34 % chez les hommes, - 38 % chez les femmes entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999. Malgré cette baisse, la région nazairienne ne connaît pas en 1997-1999 la situation favorable de l'ensemble des Pays de la Loire. La mortalité masculine est supérieure de 7 % à la moyenne nationale, situation qui se retrouve également pour la mortalité prématurée (+4 %, écart non significatif). Chez les femmes, la surmortalité atteint 4 %, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.
- Cette situation est proche de celle observée en 1991-1994, où la région nazairienne présentait une mortalité supérieure de 5 % à la moyenne nationale chez les hommes et statistiquement non différente chez les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").
- A l'origine de 2 300 admissions chaque année dans la région nazairienne, les maladies de l'appareil circulatoire constituent le principal motif d'admission en ALD.
- Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué le diagnostic principal d'au moins 5 700 séjours hospitaliers parmi les habitants de la région nazairienne dans les services de soins de courte durée en 1999-2001 (soit 8 % de l'ensemble des séjours).



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

# les affections cardio-vasculaires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Environ 1 000 décès chaque année par affection cardio-vasculaire ...

Sur la période 1997-1999, plus de 1 000 habitants de la région nazairienne sont décédés en moyenne chaque année de maladies de l'appareil circulatoire, 460 hommes et 550 femmes. Les affections cardio-vasculaires sont la cause de décès la plus fréquente chez les femmes (36 % des décès) et la deuxième chez les hommes (27 %).

Les décès par maladie cardio-vasculaire concernent principalement des personnes relativement âgées : 74 % surviennent après 75 ans. On dénombre toutefois 92 décès avant 65 ans.

## ... dont 270 par cardiopathie ischémique

Entre 1997 et 1999, 274 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'une cardiopathie ischémique, 143 hommes et 131 femmes.

A structure par âge identique, la surmortalité masculine est très nette, avec un taux comparatif de mortalité 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les écarts s'estompent cependant avec l'âge.

Les décès par cardiopathie ischémique concernent principalement des personnes âgées. 19 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, 45 % avant 75 ans.

Les décès féminins surviennent à des âges plus tardifs, 2 % surviennent avant 65 ans et 14 % avant 75 ans.

Les cardiopathies ischémiques représentent 27 % des décès par affection cardio-vasculaire. Cette proportion atteint 33 % avant 65 ans, les cardiopathies ischémiques constituant la première cause de décès par maladie cardio-vasculaire pour cette tranche d'âge.

## ... et 260 par maladie vasculaire cérébrale

Sur la période 1997-1999, 264 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'une maladie vasculaire cérébrale, 109 hommes et 155 femmes. A structure par âge identique, la mortalité masculine est plus élevée que la mortalité féminine (1,4 fois), mais l'écart est moins prononcé que pour les cardiopathies ischémiques.

Les décès par maladie vasculaire cérébrale concernent principalement des personnes âgées. Chez les hommes, 15 % des décès surviennent avant 65 ans et 34 % avant 75 ans. Chez les femmes, les décès surviennent à des âges plus tardifs (respectivement 5 % et 17 %).

Ces pathologies représentent 26 % des décès par affec-

Nombre annuel moyen de décès par maladie cardio-vasculaire selon l'âge en 1997-1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 35 ans	1	0	488	290
35-44 ans	9	4	1 371	466
45-54 ans	21	6	3 685	1 030
55-64 ans	41	9	6 537	2 097
65-74 ans	106	58	17 184	8 743
75-84 ans	151	167	24 253	23 759
85 ans et plus	127	304	23 028	53 381
<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>548</b>	<b>76 546</b>	<b>89 766</b>

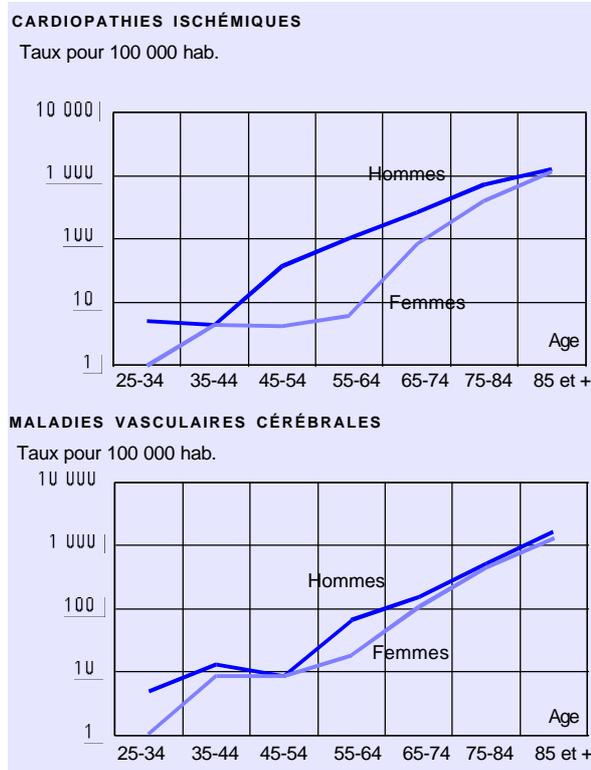
Source : INSERM CépiDc

Nombre annuel moyen de décès selon le sexe dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Total	dont <65 ans	Total	dont <65 ans
Maladies cardio-vasculaires	456	72	548	19
dont cardiopathies ischémiques	143	27	131	3
dont maladies vasculaires cérébrales	109	16	155	7

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Taux de mortalité par âge et sexe dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999  
Représentation logarithmique



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# les affections cardio-vasculaires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

tion cardio-vasculaire (25 % avant 65 ans).

## Une forte baisse de la mortalité au cours des quinze dernières années

Au cours des quinze dernières années, le nombre annuel de décès par maladie cardio-vasculaire est resté stable, passant de 1031 pour la période 1980-1984 à 1004 pour 1997-1999. Mais à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par maladie cardio-vasculaire a fortement chuté dans la région nazairienne, de 34 % chez les hommes et de 38 % chez les femmes. Cette évolution se retrouve au plan national.

La baisse de la mortalité par maladie cardio-vasculaire est vraisemblablement la conséquence d'une meilleure prise en charge et d'une meilleure prévention, notamment du contrôle des hyperlipidémies (élévation pathologique du taux des lipides dans le sang), du traitement de l'hypertension artérielle et d'une meilleure hygiène de vie.

Le recul de la mortalité s'observe pour les cardiopathies ischémiques (-30 % chez les hommes et - 37 % chez les femmes entre 1980-1984 et 1997-1999) et les maladies vasculaires cérébrales (- 47 % et - 44 %)

La mortalité prématurée par maladie cardio-vasculaire a connu un recul encore plus marqué : - 42 % chez les hommes et - 47 % chez les femmes entre 1980-1984 et 1997-1999. Cette évolution concerne les cardiopathies ischémiques (- 49 % et - 63 %) et les maladies vasculaires cérébrales (- 25 % et - 11 %).

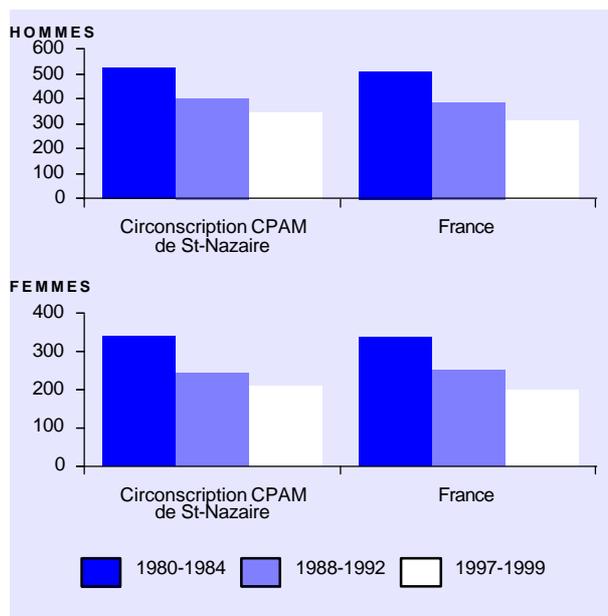
## Une situation plutôt défavorable par rapport à la moyenne nationale

Dans la région nazairienne, la mortalité masculine par maladie cardio-vasculaire est supérieure de 7 % à la moyenne nationale chez les hommes (en 1997-1999), situation qui se retrouve pour la mortalité prématurée (+4 %, écart statistiquement non significatif).

Cette situation de surmortalité masculine s'explique en grande partie par la surmortalité par maladie vasculaire cérébrale (+ 16 %), alors que pour les cardiopathies ischémiques, la situation est proche de la moyenne nationale.

Chez les femmes, la surmortalité par maladie cardio-vasculaire est de 4 %, écart statistiquement non significatif. Comme chez les hommes, cette situation s'explique en grande partie par la surmortalité par maladie vasculaire cérébrale (+ 11 %), alors que pour les cardiopathies ischémiques, la situation n'est pas statistiquement différente de celle observée au plan national.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par maladie cardio-vasculaire dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Evolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980-1984 et 1997-1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire			France		
	80-84	88-92	97-99	80-84	88-92	97-99
<b>Cardiopathies ischémiques</b>						
Hommes	149,2	127,4	105,3	142,7	122,7	100,3
Femmes	81,7	69,5	51,6	70,9	60,3	46,7
<b>Maladies vasculaires cérébrales</b>						
Hommes	164,5	112,7	86,7	156,5	100,1	71,5
Femmes	111,9	69,9	62,5	118,3	76,1	54,2

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Indice Comparatif de Mortalité dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

	Hommes	Femmes
Maladies cardio-vasculaires	107	104*
Cardiopathies ischémiques	102*	104*
Maladies vasculaires cérébrales	116	111

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# les affections cardio-vasculaires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Près de 2 300 admissions en ALD chaque année pour maladie cardio-vasculaire

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée. Pendant la période 2000-2001, sur les 6 585 personnes admises chaque année en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie, 2 275 l'ont été pour une affection cardio-vasculaire (35 %).

Les pathologies cardio-vasculaires les plus souvent à l'origine d'une admission en ALD sont les maladies hypertensives (699 cas) et les cardiopathies ischémiques (611 cas).

## Au moins 5 700 séjours hospitaliers pour maladie de l'appareil cardio-vasculaire

Les maladies de l'appareil cardio-vasculaire ont constitué en moyenne en 1999-2001, le diagnostic principal d'au moins 5 670 séjours hospitaliers parmi les habitants de la région nazairienne dans les services de soins de courte durée. Cela représente 8 % des séjours.

Les principales prises en charge sont, à l'exception des varices de membres inférieurs, les cardiopathies ischémiques (1 100 séjours), l'insuffisance cardiaque (784 séjours), les troubles de la conduction et du rythme cardiaque (553), et les accidents vasculaires cérébraux (632 séjours).

67 % de ces séjours concernent des personnes de moins de 75 ans et 42 % des personnes de moins de 65 ans.

## Les admissions en affection de longue durée pour maladie cardio-vasculaire\* dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne en 2000-2001

Code CIM10	Hommes		Femmes	
	Nombre	dont <65 ans	Nombre	dont <65 ans
Maladies hypertensives (I10-I15)	296	117	403	69
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	361	163	250	45
Troubles de la conduction et du rythme cardiaque (I44-I49)	45	11	44	4
Insuffisance cardiaque (I50)	140	21	138	6
Maladies cérébro-vasculaires (I60-I69)	105	37	101	16
Maladies des artères, artérioles et capillaires (I70-I79)	186	84	111	12
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	54	173	43	45
<b>Total</b>	<b>1 186</b>	<b>453</b>	<b>1 089</b>	<b>159</b>

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses d'assurance maladie

## Nombre moyen de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO pour affection cardio-vasculaire \* des habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001 (en unités de médecine-chirurgie-obstétrique)

Cause médicale de séjours	Hommes		Femmes	
	Nbre	dont < 65 ans	Nbre	dont < 65 ans
I20 à I25 Cardiopathies ischémiques	819	396	328	62
I44 à I49 Troubles conduction et rythme card.	328	132	225	43
I50 Insuffisance cardiaque	428	70	356	19
I60 à I69 Maladies cérébro-vasculaires	327	104	305	53
I83 Varices des membres inférieurs	266	195	662	488
Autres	1 015	565	611	247
<b>I00 à I99 Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>3 183</b>	<b>1 462</b>	<b>2 487</b>	<b>912</b>

Source : DREES, PMSI (données domiciliées)

\* Il s'agit de séjours pour lesquels une maladie de l'appareil circulatoire a constitué le diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé le plus de moyens.

Par ailleurs, il s'agit de données domiciliées non redressées. Les séjours d'habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, n'ont pas été comptabilisés. Pour l'ensemble des établissements de Loire-Atlantique, cette absence de code postal concerne 5 % des séjours.

### DEFINITIONS

**Maladies de l'appareil circulatoire** : Code CIM9 : 390-459; Code CIM10 : I00-I99.

**Cardiopathies ischémiques** : Code CIM9 : 410-414; Code CIM10 : I20-I25.

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 par 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.

**Maladies vasculaires cérébrales** : Code CIM9 : 430-438; Code CIM10 : I60-I69.

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.

**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 13).

**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 13).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 19 à 21.



## 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 côlon-rectum, et, chez la femme, le sein, le côlon-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 colo-rectal (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 inter-agissent 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'ensemble 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.

# les tumeurs

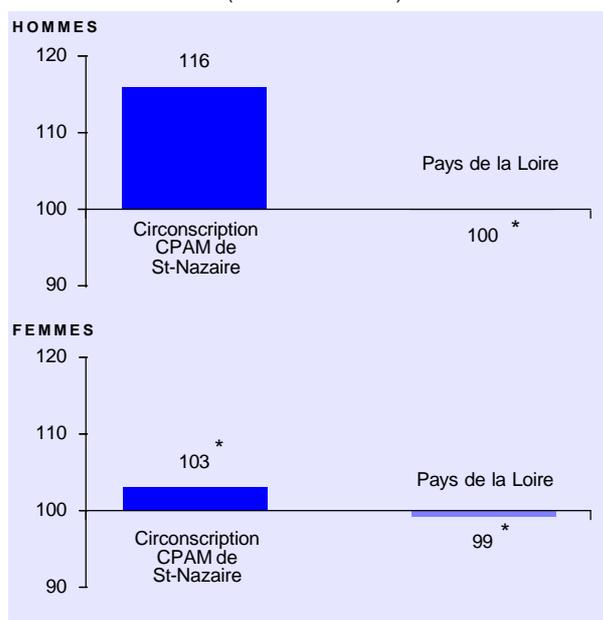
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une mortalité masculine par tumeur supérieure de 16 % à la moyenne nationale

- Chaque année, 1 700 personnes sont admises en affection de longue durée pour cancer par les principaux régimes d'assurance maladie dans la région nazairienne.
- Au cours de la période 1997-1999, 940 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'une tumeur, 590 hommes et 350 femmes. Les cancers sont la première cause de mortalité pour les hommes (35 % de la mortalité générale) et la deuxième pour les femmes (23 %), après les maladies cardio-vasculaires.
- Chez les hommes de la région nazairienne, les principales localisations tumorales en terme de mortalité sont le cancer du poumon (19 % de l'ensemble des décès par tumeur) et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (12 %). Chez les femmes, le cancer du sein (20 %) et le cancer du côlon-rectum (14 %) sont les deux principales causes de mortalité par cancer.
- La mortalité par cancer est en baisse dans la région nazairienne, comme en France. En 1997-1999, elle est supérieure de 16 % à la moyenne nationale chez les hommes. Les localisations à l'origine de cet écart sont le cancer du foie, de la vésicule et des voies biliaires (+ 69 %), de la plèvre, des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinux annexes (+ 73 %), des voies aéro-digestives supérieures (+ 27 %) et du colon-rectum (+ 26 %). La mortalité féminine par tumeur est supérieure de 3 % à la moyenne nationale mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.
- Cette situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par tumeur supérieure à la moyenne nationale de 16 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par tumeur en 1997-1999  
(ICM France = 100)



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

# les tumeurs

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Chaque année, 940 décès par cancer dans la région nazairienne

Au cours de la période 1997-1999, les tumeurs ont été responsables en moyenne chaque année de 940 décès dans la région nazairienne, 590 chez les hommes et 350 chez les femmes.

Ces pathologies constituent la première cause de mortalité chez les hommes (ils sont responsables de 35 % de l'ensemble de décès masculins) et la deuxième chez les femmes (23 %) après les maladies cardio-vasculaires (36 %).

Le cancer touche des personnes relativement jeunes, 30 % des décès par cancer survenant avant 65 ans.

La part de la mortalité par cancer dans la mortalité générale augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à 65 ans. Dans la classe d'âge des 55-64 ans, un décès sur deux est dû à un cancer.

## Une mortalité masculine 2,4 fois plus élevée que la mortalité féminine

A structure par âge identique, le taux comparatif de mortalité est 2,4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en 1997-1999.

Les taux de mortalité par tumeur restent très faibles jusqu'à 25 ans. Mais ensuite, la progression est brutale. Ainsi entre les classes d'âge 25-34 ans et 35-44 ans le taux de mortalité est multiplié par 4,6 chez les hommes et par 3,4 chez les femmes. Il croît ensuite de façon continue jusqu'aux âges avancés de la vie.

La surmortalité masculine s'observe pour toutes les classes d'âge.

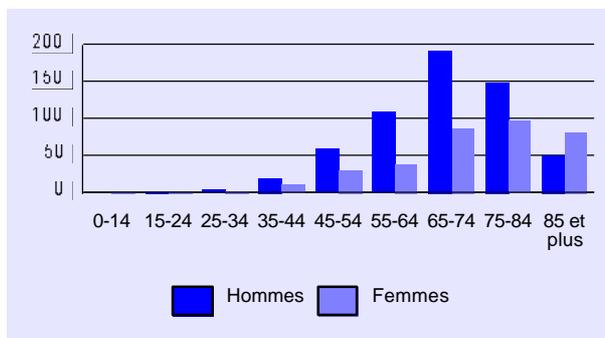
## Cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes

Chez les hommes de la région nazairienne, les principales localisations tumorales en terme de mortalité sont le cancer du poumon (19 % de l'ensemble des décès par tumeur en 1997-1999), le cancer des voies aéro-digestives supérieures (12 %), le cancer primitif du foie (10 %), le cancer du côlon-rectum (10 %) et le cancer de la prostate (9 %).

Les rôles du tabagisme et/ou de la consommation excessive d'alcool sont importants dans la mortalité par tumeur.

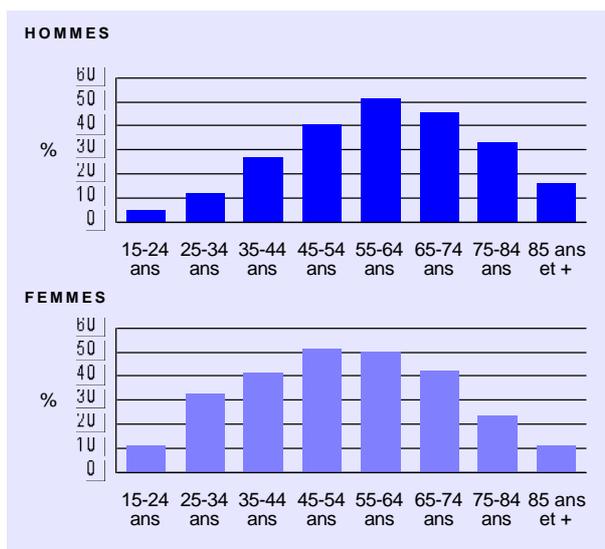
Le rôle du tabac est moins marqué dans la région nazairienne qu'au plan national, le cancer du poumon représentant respectivement 19 % et 23 % des décès masculins par tumeur.

Nombre annuel moyen de décès par tumeur selon l'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Source : INSERM CépiDc

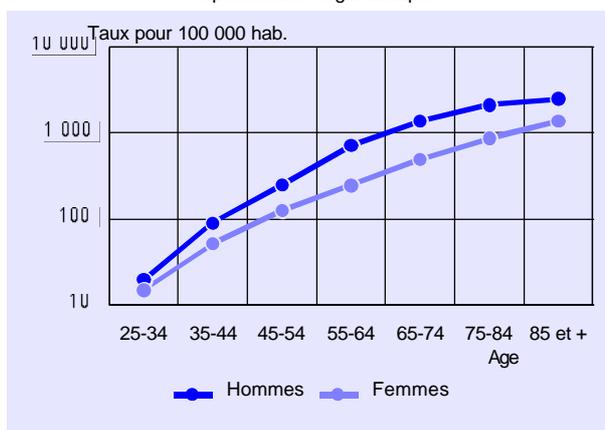
Part des tumeurs parmi l'ensemble des décès (en %) dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Source : INSERM CépiDc

Taux de mortalité par tumeur selon l'âge et le sexe dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

Représentation logarithmique



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# les tumeurs

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Par contre, le rôle de l'alcool, seul pour la majorité des cancers primitifs du foie, ou en association avec le tabac pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures, est plus marqué qu'en France. Le cancer des voies aéro-digestives supérieures est ainsi à l'origine de 12 % des décès masculins par tumeur (11 % en France) et le cancer primitif ou non précisé du foie de 10 % d'entre eux (6 % en France).

Ces localisations liées au tabagisme et/ou à la consommation excessive d'alcool sont plus fréquentes dans la mortalité prématurée (avant 65 ans) masculine par tumeur. Elles sont ainsi responsables de 51 % des décès prématurés par cancer chez les hommes (cancer du poumon : 25 %, cancer des voies aéro-digestives supérieures : 19 %, et cancer primitif du foie : 8 %).

## Cancer du sein chez les femmes

Chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du côlon-rectum sont les deux principales causes de mortalité féminine par cancer, représentant un tiers des décès par cancer (respectivement 20 % et 14 %).

Les cancers de l'utérus (col et corps) et de l'ovaire arrivent respectivement au 5ème et au 7ème rang.

Les décès par cancer principalement liés à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac sont nettement moins fréquents chez les femmes que chez les hommes. Environ 19 décès sont dus à un cancer broncho-pulmonaire, 12 à un cancer primitif du foie et 10 à un cancer des voies aéro-digestives supérieures.

## La moitié des décès prématurés par cancer sont évitables

Dans les conditions sanitaires et sociales actuelles, la moitié des décès prématurés par cancer survenus dans la région nazairienne peuvent être considérés comme "évitable" selon les critères utilisés dans le cadre de programmes de recherches menées au niveau européen par l'INSERM, 47 % chez les hommes et 57 % chez les femmes.

Parmi les actions susceptibles de réduire cette mortalité évitable, on peut distinguer celles qui concernent les facteurs de risque individuels, et celles qui visent à une meilleure prise en charge par le système de soins. Chez les hommes, 95 % des décès par cancer évitable pourraient l'être par une modification de comportements à risque. Chez les femmes, il s'agit plus d'améliorer l'efficacité de la prise en charge par le système de soins (84 %).

Les dix premières localisations cancéreuses \* en 1997-1999

Hommes	Circonscription C P A M de St-Nazaire		France
	Nbre	%	%
Trachée, bronches, poumon	110	18,7	23,4
Foie, vésicule, voies biliaires...	72	12,2	8,0
<i>dont cancer primitif ou np du foie</i>	61	10,4	5,9
VADS**	72	12,2	11,1
Côlon-rectum	61	10,4	9,6
Prostate	55	9,3	10,5
plèvre, fosses nasales, oreille moyenne et sinus annexes ...	38	6,5	4,3
Pancréas	21	3,6	4,1
Estomac	18	3,1	3,8
Vessie	17	2,9	3,9
<b>Total des tumeurs</b>	<b>589</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Femmes	Circonscription C P A M de St-Nazaire		France
	Nbre	%	%
Sein	72	20,3	18,7
Côlon-rectum	50	14,1	13,2
Foie, vésicule, voies biliaires...	25	7,1	6,6
<i>dont cancer primitif ou np du foie</i>	12	3,4	2,6
Trachée, bronches, poumon	19	5,4	7,0
Utérus	17	4,8	5,1
Leucémies	16	4,5	3,8
Ovaire et annexes de l'utérus	16	4,5	5,6
Pancréas	14	4,0	5,5
Estomac	14	4,0	3,6
Carcinome in situ	14	4,0	3,3
<b>Total des tumeurs</b>	<b>354</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

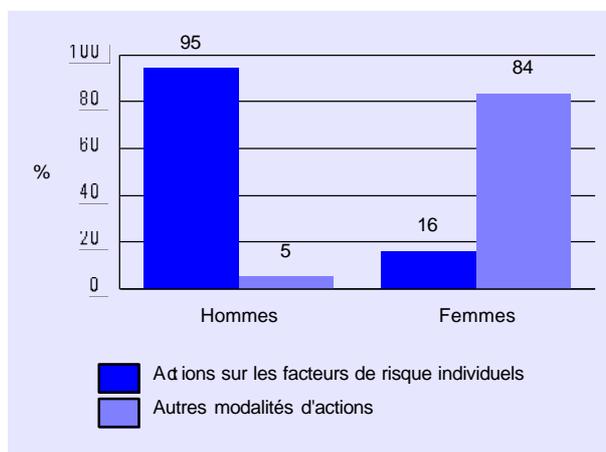
Source : INSERM CépiDc

\* Classification excluant les tumeurs bénignes, les carcinomes in situ et les tumeurs de siège non précisé. En revanche, elles sont comptées dans le total des décès par cancer. Les proportions présentées dans les tableaux sont donc sous-estimées.

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

## Répartition des décès prématurés (avant 65 ans) par cancer évitable

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire selon le type d'actions pour les prévenir en 1997-1999 (en %)



Source : Inserm CépiDc

# les tumeurs

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une mortalité qui diminue depuis le début des années 90

Le nombre de décès moyen annuel par tumeur parmi les habitants de la région nazairienne a augmenté depuis le début des années 80. Chez les hommes, il est passé de 451 en 1980-1984, à 540 en 1988-1992 et 589 en 1997-1999, et chez les femmes de 272 en 1980-1984, à 321 en 1988-1992 et 354 en 1997-1999. Cette évolution est due à la fois au vieillissement de la population et à l'augmentation de la population.

A structure par âge comparable, la mortalité par tumeur a diminué de 7 % pour les hommes et de 4 % pour les femmes entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999 dans la région nazairienne. Ces baisses ne sont pas statistiquement significatives, mais elles se retrouvent au plan national.

## Une situation défavorable pour les hommes

En 1997-1999, la mortalité masculine par tumeur dans la région nazairienne est supérieure de 16 % à la moyenne nationale. L'écart est encore plus marqué pour la mortalité prématurée masculine (+ 23 %).

Les localisations à l'origine de la surmortalité générale par tumeur sont le cancer du foie, de la vésicule et des voies biliaires (+ 69 %), de la plèvre, des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinux annexes (+ 73 %), des voies aéro-digestives supérieures (+ 27 %) et du colon-rectum (+ 26 %).

La mortalité féminine par tumeur dans la région nazairienne est supérieure de 3 % à la moyenne nationale, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

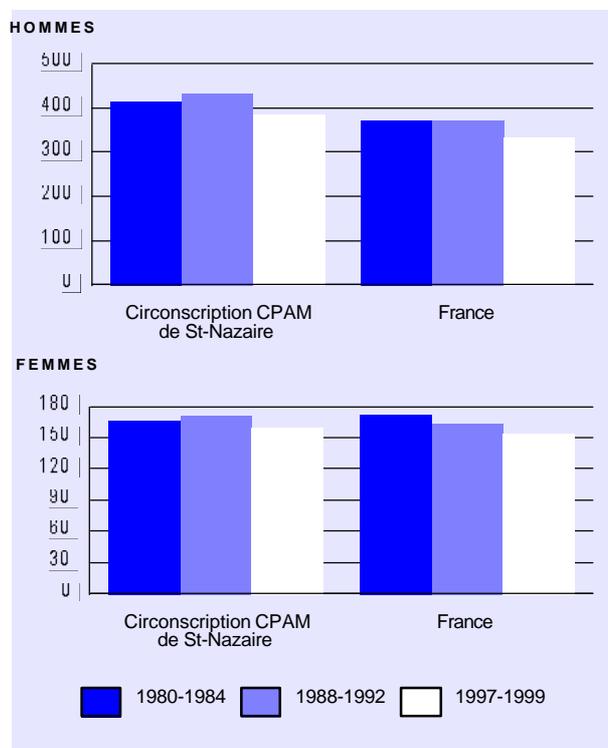
## Chaque année, 1 700 personnes admises en ALD pour tumeur

Au cours de la période 2000-2001, 1 696 personnes ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour une tumeur maligne par le régime général d'assurance maladie, 946 hommes et 750 femmes.

Les cancers sont à l'origine de 26 % de l'ensemble des entrées en ALD pendant cette période.

Ces admissions concernent des personnes de plus de 65 ans dans 58 % des cas chez les hommes et 51 % des cas chez les femmes.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par tumeur entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) par tumeur entre 1980-1984 et 1997-1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire			France		
	80-84	88-92	97-99	80-84	88-92	97-99
Hommes	160,5	167,3	140,0	128,7	126,9	110,8
Femmes	56,7	64,7	59,0	62,9	58,4	55,9

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Les admissions en affection de longue durée pour cancer dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne en 2000-2001

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	7	0,7	7	0,9
15-34 ans	17	1,7	24	3,2
35-64 ans	373	39,4	334	44,5
65 ans et plus	550	58,1	385	51,4
<b>Total</b>	<b>946</b>	<b>100,0</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses d'assurance maladie

# les tumeurs

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Le principal motif est le cancer de la prostate pour les hommes...

Pour les hommes, le cancer de la prostate est à l'origine de 278 admissions chaque année (29 % des admissions). Viennent ensuite le cancer du côlon-rectum (10 %), le cancer du poumon (10 %) et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (8 %).

## ... et le cancer du sein pour les femmes

Pour les femmes, le cancer du sein représente 45 % des admissions en ALD pour tumeur. Vient ensuite le cancer du côlon-rectum (9 %).

### Premières localisations tumorales des admissions en affection de longue durée pour cancer dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne en 2000-2001

HOMMES		
Les 5 premières localisations :	Nombre	%
Prostate	278	29,4
Côlon-rectum	94	9,9
Trachée, bronches et poumon	93	9,8
Lèvres, cavité buccale et pharynx	73	7,7
Vessie	42	4,4
Autres	366	38,7
<b>Total des cancers</b>	<b>946</b>	<b>100,0</b>

FEMMES		
Les 5 premières localisations :	Nombre	%
Sein	336	44,8
Côlon-rectum	66	8,8
Utérus	36	4,8
Sièges autres et sans précision	35	4,7
Organes génitaux (sauf utérus)	29	3,9
Autres	248	33,1
<b>Total des cancers</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses d'assurance maladie

## 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.

**Cancer in situ** : cancer très superficiel et bien limité, sans aucune extension en profondeur, locale ou à distance.

**Cancer invasif** : cancer qui n'est pas "in situ", même s'il est de taille limitée.

**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 13).

**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 13).

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

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

**Décès évitables** : certaines causes de décès par tumeur peuvent être considérées comme "évitable" dans la mortalité prématurée, c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès par tumeur évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies.

Les travaux européens classent les décès "évitable" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple les décès par cancer du poumon. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple les décès par cancer du sein.

# les cancers du côlon et du rectum

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 colo-rectaux. 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 (Hémocult®) 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.

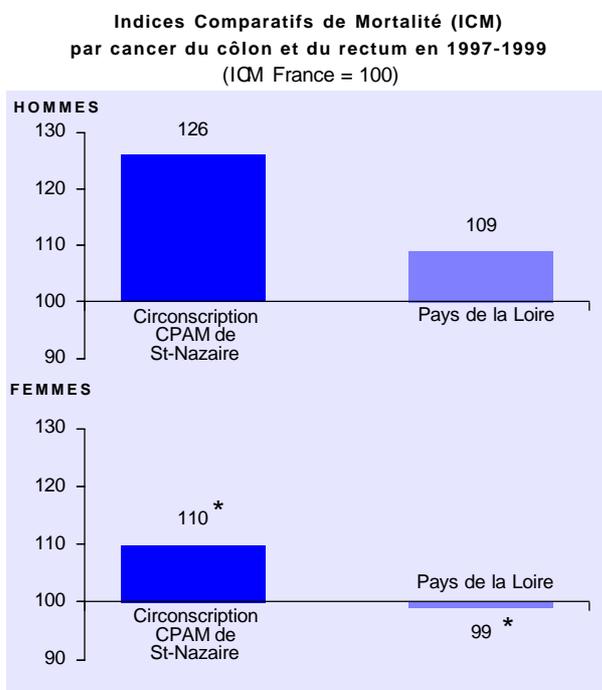
# les cancers du côlon et du rectum

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une mortalité masculine supérieure de 26 % à la moyenne nationale

- D'après le registre des cancers de Loire-Atlantique, environ 200 nouveaux cas de cancer du côlon sont dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1999-2001 dans la région nazairienne, 120 chez les hommes et 80 chez les femmes. Dans 82 % des cas il s'agit de cancers invasifs.
- Les décès par cancer du côlon-rectum touchent majoritairement des personnes âgées. 72 % des décès masculins et 76 % des décès féminins surviennent après 65 ans.
- Le cancer colo-rectal est au deuxième rang des décès par cancer chez les femmes, après le cancer du sein, et au quatrième rang chez les hommes.
- La mortalité par cancer colo-rectal est restée stable depuis le début des années 80 dans la région nazairienne, tandis qu'elle diminuait au plan national. En 1997-1999, elle est supérieure de 26 % à celle observée au plan national chez les hommes. Chez les femmes, elle est supérieure de 10 % à la moyenne nationale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.
- Cette situation diffère de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par cancer du côlon-rectum statistiquement non différente de la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").



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

# les cancers du côlon et du rectum

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Environ 110 décès par cancer colo-rectal chaque année

Au cours de la période 1997-1999, le cancer du côlon-rectum a été responsable en moyenne chaque année de 111 décès dans la région nazairienne, 61 chez les hommes et 50 chez les femmes.

Le cancer du côlon et du rectum est une pathologie surtout fréquente chez les personnes âgées. 72 % des décès masculins et 76 % des décès féminins surviennent après 65 ans.

## Au quatrième rang des décès par cancer chez les hommes ...

Chez les hommes, le cancer colo-rectal arrive au quatrième rang des décès par tumeur. Avec 61 décès en moyenne par an les décès par cancer colo-rectal représentent 10 % de la mortalité par tumeur.

Les localisations cancéreuses les plus fréquemment à l'origine de décès chez les hommes sont le poumon (18 %), le foie, la vésicule et les voies biliaires (12 %), les voies aéro-digestives supérieures (12 %).

## ... et au deuxième rang chez les femmes

Représentant 14 % du nombre total des décès féminins par tumeur, les cancers du côlon ou du rectum sont au deuxième rang des décès féminins par cancer, après le cancer du sein (20 %).

## Une mortalité plus élevée chez les hommes que chez les femmes

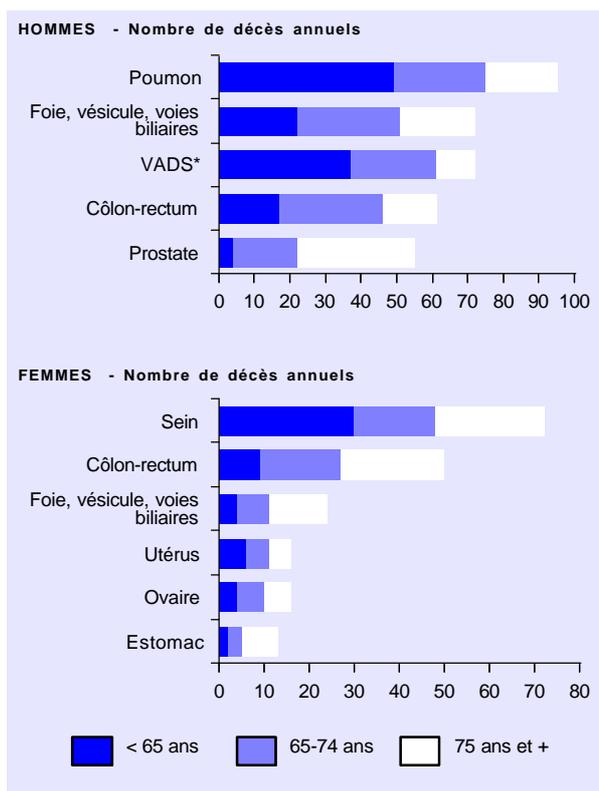
Le cancer du côlon-rectum touche un peu plus les hommes (61 décès par an en 1997-1999) que les femmes (50). A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité est 1,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cette surmortalité masculine se retrouve pour toutes les tranches d'âge à partir de 45 ans.

**Mortalité par cancer du côlon ou du rectum**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999  
(effectifs annuels moyens et taux pour 100 000 habitants)

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
< 35 ans	1	1,4	0	0,0
35-44 ans	0	4,3	2	8,5
45-54 ans	0	21,0	4	16,9
55-64 ans	10	65,8	6	36,9
65-74 ans	29	208,3	15	84,7
75 ans et +	15	165,6	23	134,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>-</b>	<b>50</b>	<b>-</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

**Comparaison de la répartition par âge des décès par cancer en 1997-1999**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvre, bouche, pharynx, larynx, oesophage)

### DEFINITIONS

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

**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.

**Cancer in situ** : cancer très superficiel et bien limité, sans aucune extension en profondeur, locale ou à distance.

**Cancer invasif** : cancer qui n'est pas "in situ", même s'il est de taille limitée.

**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 13).

**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 13).

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

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

# les cancers du côlon et du rectum

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une mortalité par cancer du côlon-rectum qui reste stable

Parmi les habitants de la région nazairienne, le nombre de décès moyen annuel par cancer du côlon-rectum a augmenté depuis les quinze dernières années, chez les hommes (39 en 1980-1984, 47 en 1988-1992 et 61 en 1997-1999) comme chez les femmes (40, 42 et 50).

Cette progression résulte à la fois du vieillissement de la population et de l'accroissement de la population. A structure par âge identique, la mortalité par cancer du côlon-rectum est restée stable entre 1980-1984 et 1997-1999 dans la région nazairienne, chez les hommes comme chez les femmes. Par contre, au plan national, la mortalité a diminué de 11 % chez les hommes et 13 % chez les femmes entre 1980-1984 et 1997-1999.

## Une mortalité supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes

Les évolutions contrastées ont conduit à une accentuation des écarts de mortalité entre la région nazairienne et la France. En 1997-1999, la mortalité par cancer du côlon-rectum dans la région nazairienne est supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes. On observe également une surmortalité féminine de 10 %, mais la différence n'est pas statistiquement significative.

## Environ 200 nouveaux cas de cancer du côlon dénombrés chaque année

Au cours de la période 1999-2001, le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré en moyenne chaque année 204 nouveaux cas de cancer du côlon parmi les habitants de la région nazairienne, 121 chez les hommes et 83 chez les femmes. Dans 82 % des cas, il s'agit de cancers invasifs.

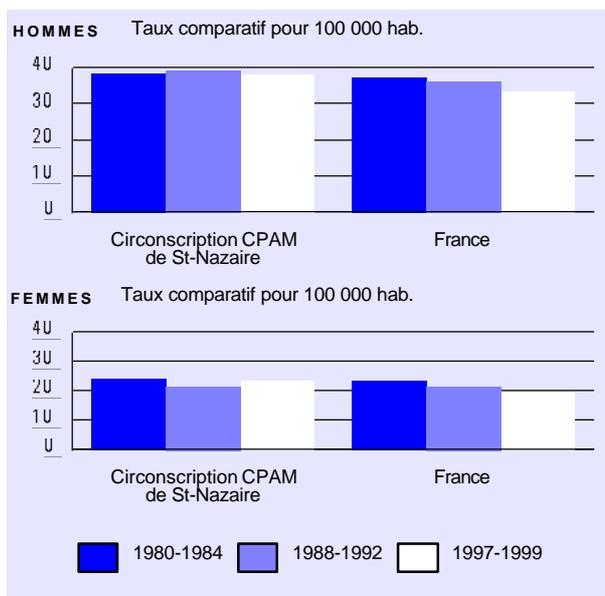
Les taux d'incidence augmentent de façon continue avec l'âge jusqu'à 85 ans, et sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

## Chaque année, 160 admissions en ALD pour cancer colo-rectal

Au cours de la période 2000-2001, 160 personnes de la région nazairienne ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée par les principaux régimes d'assurance maladie, pour un cancer du côlon-rectum (84 hommes, 66 femmes). Cette affection est ainsi à l'origine de 2 % des entrées totales en ALD et de 9 % des admissions en ALD pour cancer. Les admissions concernent surtout des personnes de plus de 65 ans (65 % chez les hommes, 73 % chez les femmes).

### Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1988-1992 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du côlon dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001

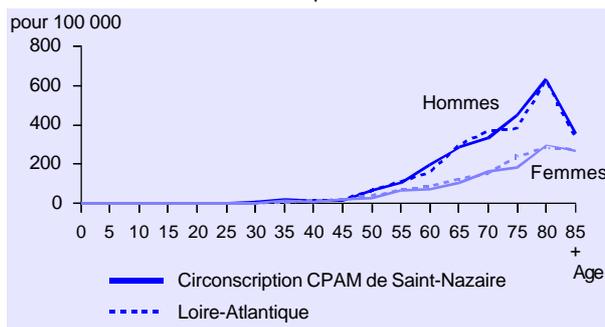
	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
<= 55 ans	14	11,4	8	6,7
55-59 ans	8	107,1	5	64,5
60-64 ans	15	194,3	6	74,4
65-69 ans	21	284,7	10	107,0
70-74 ans	21	331,9	14	165,3
75-79 ans	23	449,2	14	182,1
80-84 ans	11	631,7	10	296,6
85 ans et plus	7	354,4	16	265,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	-	<b>83</b>	-

Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique

\* Taux d'incidence pour 100 000 habitants

### Taux d'incidence du cancer du côlon-rectum par sexe et âge

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en Loire-Atlantique en 1999-2001



Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique

# le cancer de l'utérus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## CONTEXTE NATIONAL

Les cancers de l'utérus se placent au 3ème rang des localisations cancéreuses féminines par leur fréquence, après le sein et le côlon-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.

# le cancer de l'utérus

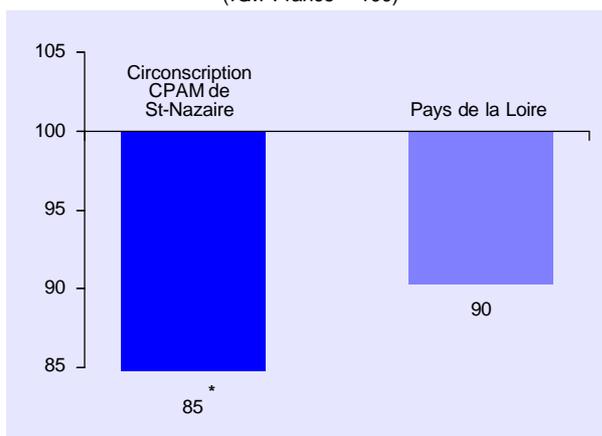
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une quinzaine de décès chaque année

- D'après le registre des cancers de Loire-Atlantique, on dénombre 40 nouveaux cas de cancers invasifs de l'utérus, en moyenne chaque année au cours de la période 1999-2001, dont 12 pour un cancer invasif du col de l'utérus, et 28 pour un cancer du corps.
- Entre 1997 et 1999, 15 femmes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer de l'utérus, la distinction col-corps étant impossible en raison de la proportion importante de localisation non précisée. 19 % des décès surviennent avant 65 ans.
- Le cancer de l'utérus constitue la quatrième cause de mortalité féminine par cancer (5 % des décès).
- La mortalité a fortement diminué depuis le début des années 80, comme au plan national. En 1997-1999, la région nazairienne présente une sous-mortalité par cancer de l'utérus inférieure de 15 % à la moyenne nationale. Bien qu'importante, cette différence n'est pas statistiquement significative en raison de la petite taille des effectifs concernés.
- Cette situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par cancer de l'utérus statistiquement non différente de la moyenne nationale (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

**Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par cancer de l'utérus en 1997-1999**  
(ICM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 99)  
\* Différence non significative au seuil de 5 %

# le cancer de l'utérus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une quinzaine de décès par cancer de l'utérus chaque année ...

Au cours de la période 1997-1999, le cancer de l'utérus a été globalement responsable en moyenne chaque année de 15 décès dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire. La distinction col-corps est impossible en raison de la proportion importante de localisation non précisée.

D'une façon générale, on enregistre très peu de décès par cancer de l'utérus avant 45 ans, et c'est surtout à partir de 65 ans que leur nombre commence à augmenter. Sur les 15 décès féminins par cancer de l'utérus survenus en moyenne chaque année entre 1997 et 1999 dans la région nazairienne, 10 concernent des femmes de plus de 65 ans (67 %). Cinq des femmes de plus de 75 ans (33 %).

## ... ce qui représente 5 % de la mortalité féminine par cancer

Au cours de la période 1997-1999, le cancer de l'utérus a été responsable de 5 % des décès par cancer chez les femmes de la région nazairienne. Le cancer utérin occupe la quatrième place dans la mortalité féminine par cancer, après :

- le cancer du sein (20 % des décès par cancer chez les femmes),
- le cancer colo-rectal (14 %),
- le cancer du foie, de la vésicule et des voies biliaires (7 %).

Les décès par cancer de l'ovaire représentent 5 % de la mortalité féminine par cancer et les décès par cancer de l'estomac 4 %.

## Une mortalité en diminution

La comparaison de la mortalité par cancer de l'utérus dans l'espace et dans le temps est difficile à interpréter au niveau de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en raison du faible nombre de cas.

Le nombre annuel moyen de décès par cancer de l'utérus des habitantes de la région nazairienne est resté globalement stable entre 1980-1984 et 1997-1999 (15 décès annuels sur ces deux périodes).

Mais à structure par âge identique, le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus a fortement diminué,

### Mortalité par cancer de l'utérus

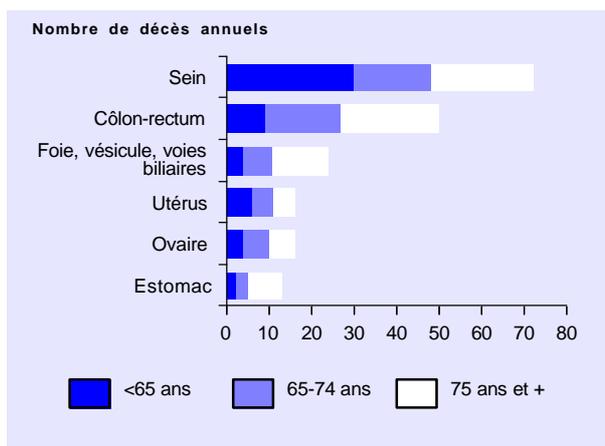
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999 (effectifs annuels moyens et taux pour 100 000 femmes)

Age	Nombre	Taux par âge pour 100 000 femmes
moins de 45 ans	2	2,2
45-54 ans	1	4,2
55-64 ans	2	12,3
65-74 ans	5	28,2
75 ans et plus	5	29,1
<b>Total</b>	<b>15</b>	

Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 99)

### Comparaison de la répartition par âge des décès par cancer en 1997-1999

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### DEFINITIONS

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

**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.

**Cancer in situ** : cancer très superficiel et bien limité, sans aucune extension en profondeur, locale ou à distance.

**Cancer invasif** : cancer qui n'est pas "in situ", même s'il est de taille limitée.

**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 13).

**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 13).

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

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

# le cancer de l'utérus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire (- 24 % entre 1980-1984 et 1997-1999). Cette baisse n'est pas statistiquement significative, en raison du faible nombre de cas, mais elle se retrouve au plan national (- 32 %).

Au cours de la période 1997-1999, la mortalité par cancer de l'utérus est inférieure de 15 % à la moyenne nationale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif en raison du faible nombre de cas. Toutefois, on peut noter que cette situation de sous-mortalité se retrouve de façon significative pour l'ensemble de la région des Pays de la Loire (- 10 % par rapport à la moyenne nationale).

## Environ 12 nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus et 28 cas de cancers du corps chaque année

Au cours de la période 1999-2001, le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré en moyenne chaque année 12 nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus parmi les habitantes de la région nazairienne, et 28 cas de cancers du corps de l'utérus.

58 % des nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus concernent des femmes âgées de moins de 65 ans.

Pour le cancer du corps de l'utérus, cette proportion est de 39 %. Pour cette localisation, les taux d'incidence augmentent avec l'âge jusqu'à 65 ans.

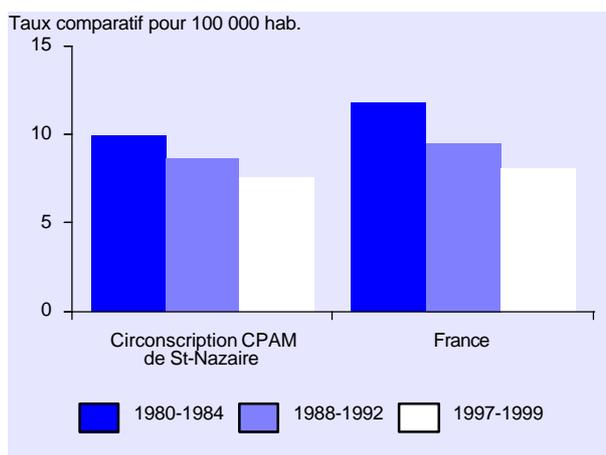
Par ailleurs, il est intéressant de mentionner que le registre enregistre 57 nouveaux cas de cancers in-situ du col de l'utérus en moyenne chaque année.

## Un nombre équivalent d'admissions en ALD

Au cours de la période 2000-2001, 37 femmes de la région nazairienne ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée pour un cancer de l'utérus par les principaux régimes d'assurance maladie, dont 10 pour un cancer du col de l'utérus, et 26 pour un cancer du corps de l'utérus.

Le cancer de l'utérus est ainsi à l'origine de 1,2 % des entrées totales en ALD pour les femmes et de 4,8 % des entrées en ALD pour tumeur. C'est le troisième motif d'admission en ALD pour tumeur après le cancer du sein (45 %) et le cancer de l'intestin (9 %).

## Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1980-1984 et 1997-1999



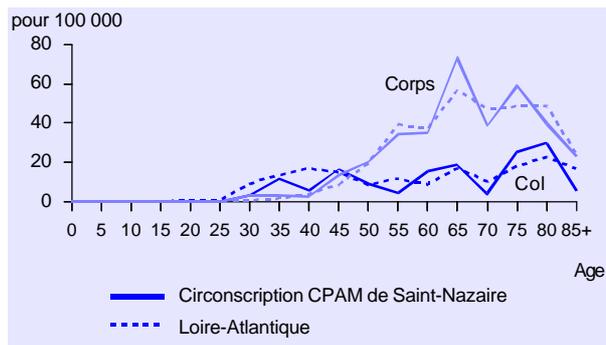
Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 82, RP 90, RP 99)

## Nombre annuel de nouveaux cas de cancer de l'utérus par âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001

	Col de l'utérus				Corps de l'utérus*	
	Cancers invasifs		Cancers in situ		Eff.	Taux**
	Eff.	Taux**	Eff.	Taux**		
<35 ans	0	0,5	25	37,2	0	0,5
35-44 ans	2	8,5	23	98,2	1	2,8
45-54 ans	3	12,7	6	26,8	4	16,9
55-64 ans	2	10,2	2	10,2	6	34,8
65-74 ans	2	11,3	1	3,8	10	56,5
75-84 ans	3	26,7	0	3,0	6	53,4
85ans et plus	0	5,6	0	0,0	1	22,6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>57</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>-</b>

Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique  
 \* Les cancers du corps de l'utérus sont tous invasifs  
 \*\* Taux d'incidence pour 100 000 habitants

## Taux d'incidence des cancers de l'utérus par âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en Loire-Atlantique en 1999-2001



Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique

## 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".

# le cancer du sein

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Le cancer du sein : première cause de décès par cancer chez les femmes

● Selon le registre des cancers de Loire-Atlantique, environ 260 nouveaux cas de cancers invasifs du sein sont dénombrés en moyenne chaque année parmi les femmes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire.

● En 1997-1999, 71 femmes de la région nazairienne sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein.

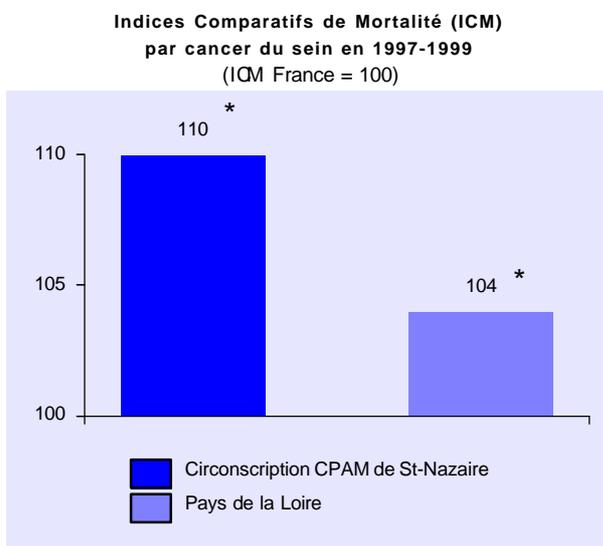
41 % de ces décès concernent des femmes de moins de 65 ans.

● Le cancer du sein est la première cause de mortalité par tumeur chez les femmes.

● Depuis le début des années 90, la mortalité par cancer du sein est restée stable dans la région nazairienne comme au plan national.

En 1997-1999, la région nazairienne présente une surmortalité de 10 % par rapport à la situation nationale, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

● Cette situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par cancer du sein significativement supérieure de 13 % à la moyenne nationale (voir "La santé observée dans la région nazairienne - 1997").



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

# le cancer du sein

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Avec plus de 70 décès chaque année...

Au cours de la période 1997-1999, 71 femmes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein.

Comme pour tous les cancers, la fréquence du cancer du sein augmente avec l'âge. Mais cette pathologie touche souvent des femmes relativement jeunes. Sur les 71 décès féminins par cancer du sein survenus en moyenne chaque année entre 1997 et 1999, 41 % concernent des femmes de moins de 65 ans.

## ... le cancer du sein constitue la première cause de décès féminin par cancer

Dans la région nazairienne comme en France, le cancer du sein constitue la première cause de décès par tumeur chez les femmes. Cette pathologie est en effet à l'origine de 20 % des décès féminins par tumeur au cours de la période 1997-1999 dans la région nazairienne (19 % en France).

Le cancer du côlon-rectum constitue la deuxième cause de mortalité par tumeur chez les femmes (14 % des décès féminins par tumeur).

La part du cancer du sein dans la mortalité prématurée par tumeur est encore plus importante. Sur 87 décès par tumeur survenus avant 65 ans, 33 % sont dus à un cancer du sein (29 % en France).

A structure par âge identique, la mortalité par cancer du sein apparaît dans la région nazairienne supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour la période 1997-1999. Malgré l'importance de cet écart, la différence n'est pas statistiquement significative.

La situation de surmortalité dans la région nazairienne se retrouve cependant pour toutes les tranches d'âges, exceptée celle des 85 ans et plus.

## Une mortalité qui s'est stabilisée

Le nombre annuel de décès par cancer du sein parmi les habitantes de la région nazairienne augmente depuis le début des années 80. Il est passé de 46 en 1980-1984 à 63 en 1988-1992 et à 71 en 1997-1999.

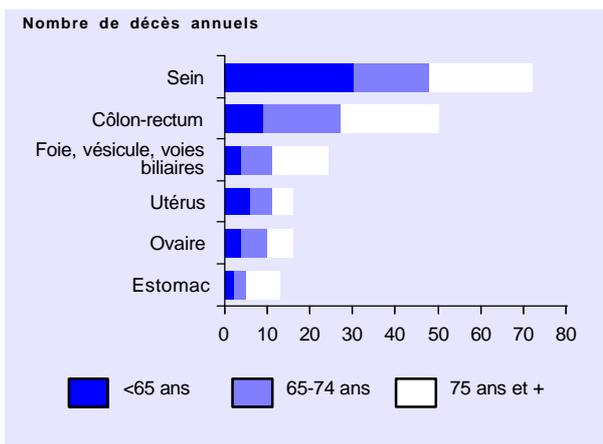
A structure par âge identique, la mortalité par cancer du sein dans la région nazairienne a augmenté de 19 % entre les périodes 1980-1984 et 1988-1992, mais cette

**Mortalité par cancer du sein**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

Age	Nombre annuel	Taux pour 100 000 femmes
< 35 ans	0	0,0
35-44 ans	5	21,3
45-54 ans	11	46,6
55-64 ans	13	79,9
65-74 ans	18	101,7
75 ans et +	24	139,9
<b>Total</b>	<b>71</b>	

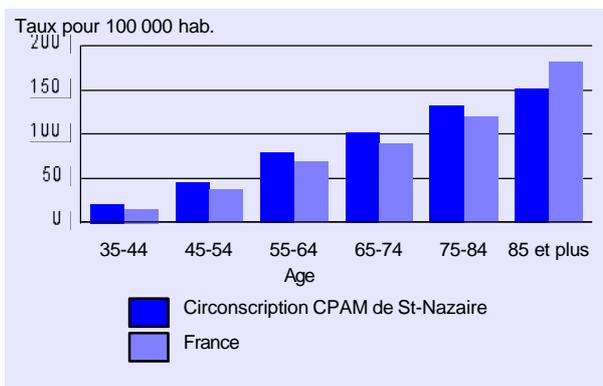
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

**Comparaison de la répartition par âge des décès par cancer en 1997-1999**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

**Comparaison des taux de mortalité par âge par cancer du sein**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# le cancer du sein

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

hausse n'est pas statistiquement significative. Entre les périodes 1988-1992 et 1997-1999, la mortalité est restée stable.

Au plan national, on observe une stabilité des taux comparatifs de mortalité entre 1980-1984 et 1997-1999.

## Environ 260 nouveaux cas de cancer du sein dénombrés chaque année

Au cours de la période 1999-2001, le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré parmi les habitantes de la région nazairienne 257 nouveaux cas de cancers invasifs du sein et 27 cas de cancers in-situ.

59 % des nouveaux cas de cancers invasifs concernent des femmes de moins de 65 ans.

Le taux d'incidence augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans, puis diminue au-delà.

## Le cancer du sein est à l'origine de 340 admissions en ALD chaque année

Au cours de la période 2000-2001, 336 femmes de la région nazairienne ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée pour cancer du sein par les principaux régimes d'assurance maladie.

Le cancer du sein est ainsi pour les femmes, à l'origine de 11 % des entrées totales en ALD et de 45 % des entrées en ALD pour tumeur.

### 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** : 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.

**Cancer in situ** : cancer très superficiel et bien limité, sans aucune extension en profondeur, locale ou à distance.

**Cancer invasif** : cancer qui n'est pas "in situ", même s'il est de taille limitée.

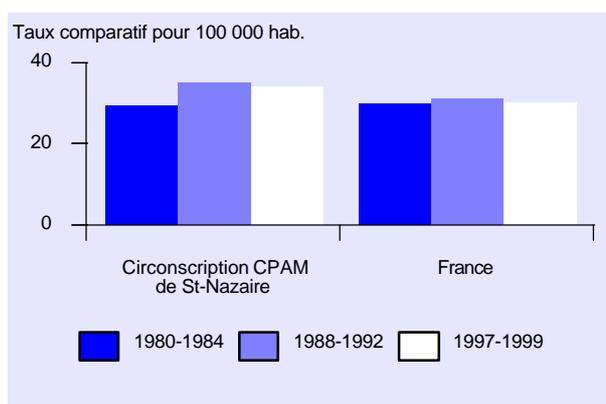
**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 13).

**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 13).

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

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du sein dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein par âge

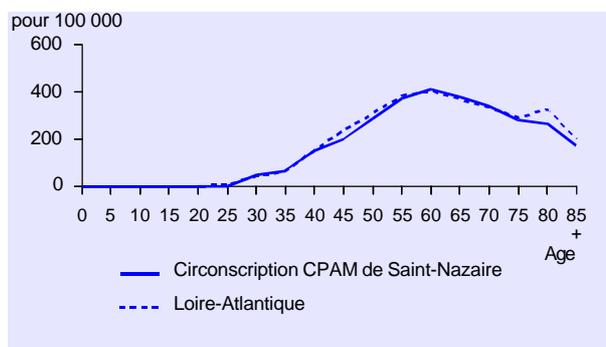
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001

	Cancers invasifs		Cancers in situ	
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
<35 ans	5	7,8	0	0,5
35-44 ans	26	109,5	3	11,4
45-54 ans	57	242,7	11	48,0
55-64 ans	64	393,5	7	41,0
65-74 ans	64	359,7	5	30,1
75-84 ans	31	275,7	1	5,9
85ans et plus	10	174,8	0	0,0
<b>Total</b>	<b>257</b>	-	<b>27</b>	-

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique

\* Taux d'incidence pour 100 000 habitants

Taux d'incidence du cancer du sein par âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en Loire-Atlantique en 1999-2001



Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique

# le cancer de la prostate

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 rapide-

ment 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 cellules 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.

# le cancer de la prostate

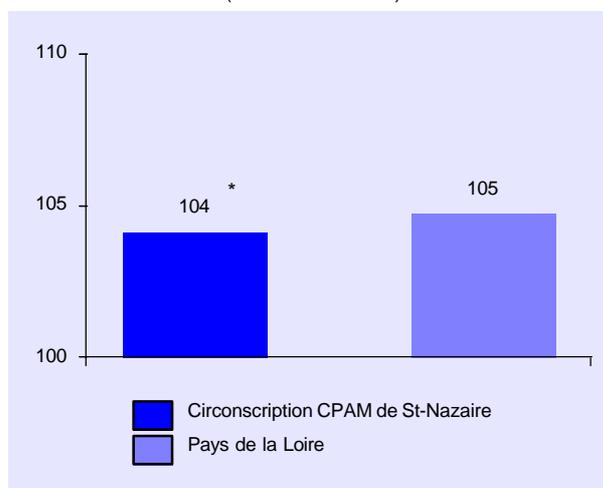
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Plus de 50 décès par cancer de la prostate chaque année dans la région nazairienne

- En 1999-2001, le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré en moyenne chaque année environ 300 nouveaux cas de cancer de la prostate parmi les habitants de la région nazairienne.
- Durant la période 1997-1999, le cancer de la prostate a été responsable de 54 décès en moyenne chaque année dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, ce qui représente 9 % de la mortalité masculine par tumeur. Cette pathologie constitue la cinquième cause de mortalité masculine par tumeur.
- Les décès par cancer de la prostate concernent essentiellement des hommes âgés. 94 % des décès touchent des hommes de plus de 65 ans et 61 % des hommes de plus de 75 ans.
- Depuis le début des années 90, la mortalité par cancer de la prostate est en baisse, comme au plan national.  
En 1997-1999, elle est supérieure de 4 % à la moyenne nationale, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.
- Cette situation diffère de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait en effet une mortalité par cancer de la prostate significativement supérieure de 16 % à la moyenne nationale (voir "La santé observée dans la région nazairienne - 1997").

**Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par cancer de la prostate en 1997-1999**  
(ICM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 99)  
\* Différence non significative au seuil de 5 %

# le cancer de la prostate

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Plus de 50 décès chaque année par cancer de la prostate ...

Entre 1997 et 1999, 54 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer de la prostate.

Les décès par cancer de la prostate concernent essentiellement les hommes âgés : 94 % surviennent après 65 ans et 61 % après 75 ans. A partir de 65 ans en effet, les taux de mortalité par âge ont une croissance rapide. Ils sont multipliés par 2,1 entre le groupe d'âge des 65-74 ans et celui des 75-84 ans et par 2,5 entre le groupe d'âge des 75-84 ans et celui des 85 ans et plus.

## ... ce qui représente la cinquième cause de mortalité masculine par tumeur

Chez les hommes, le cancer de la prostate arrive au cinquième rang des causes de décès par tumeur. Avec 54 décès en moyenne par an au cours de la période 1997-1999, il représente 9 % de la mortalité masculine par cancer et constitue la cinquième cause de mortalité par tumeur. Les localisations tumorales les plus fréquentes sont le cancer du poumon (19 %), le cancer des voies aéro-digestives supérieures (12 %), le cancer du foie, vésicule et voies biliaires (12 %) et le cancer du côlon-rectum (10 %).

A partir de 75 ans, le cancer de la prostate devient la première cause masculine de décès par tumeur (17 % de l'ensemble des décès par tumeur pour cette tranche d'âge) suivis par le cancer du foie, vésicules et voies biliaires (11 %) et le cancer du poumon (10 %).

## Une mortalité en baisse depuis le début des années 90

Au plan national, la mortalité par cancer de la prostate est en baisse depuis le début des années 90 (- 12 % entre les périodes 1988-1992 et 1997-1999), après avoir connu une phase de progression au cours des années 80 (+ 11 % entre les périodes 1980-1984 et 1988-1992).

Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, on observe également une baisse de la mortalité par cancer de la prostate depuis le début des années 90. Le taux comparatif de mortalité a ainsi diminué de 26 % entre les périodes 1988-1992 et 1997-1999. Bien qu'importante, cette baisse n'est pas statistiquement significative en raison des faibles effectifs observés.

### Mortalité par cancer de la prostate

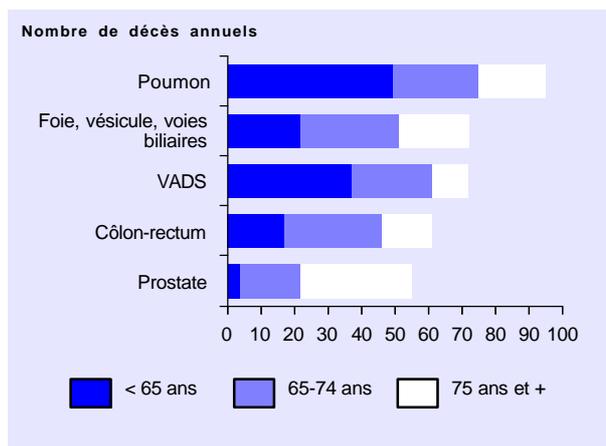
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999  
(effectifs annuels moyens et taux pour 100 000 hommes)

Age	Nombre	Taux par âge pour 100 000 hommes
moins de 55 ans	0	0,0
55-64 ans	3	19,7
65-74 ans	18	129,3
75-84 ans	19	271,9
85 ans et plus	14	676,7
<b>Total</b>	<b>54</b>	

Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 99)

### Comparaison de la répartition par âge des décès par cancer en 1997-1999

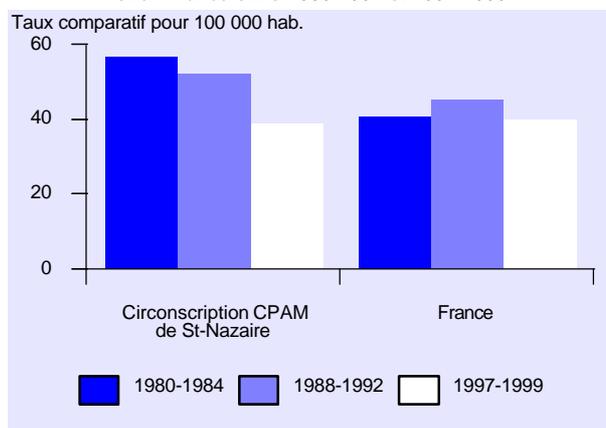
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (RP 82, RP 90, RP 99)

# le cancer de la prostate

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Malgré le recul du taux comparatif de mortalité, le nombre de décès par cancer de la prostate parmi les habitants de la région nazairienne est resté stable entre ces deux périodes (54 décès en 1988-1992 et en 1997-1999), ce qui s'explique par l'accroissement et le vieillissement de la population.

## Une mortalité peu différente de la moyenne nationale

Au cours de la période 1997-1999, la mortalité par cancer de la prostate est supérieure dans la région nazairienne de 4 % par rapport à la moyenne nationale. Cet écart n'est pas statistiquement significatif.

## Environ 300 nouveaux cas de cancer de la prostate chaque année

Au cours de la période 1999-2001, le registre des cancers de Loire-Atlantique a enregistré en moyenne chaque année 303 nouveaux cas de cancers de la prostate parmi les habitants de la région nazairienne.

Les taux d'incidence augmentent de façon continue avec l'âge jusqu'à 80 ans.

## Près de 280 admissions en affection de longue durée chaque année pour cancer de la prostate

Entre 2000 et 2001, 279 hommes de la région nazairienne ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée pour un cancer de la prostate par les principaux régimes d'assurance maladie. 75 % des admissions concernent des hommes âgés de plus de 65 ans et 33 % des hommes de plus de 75 ans.

Le cancer de la prostate est ainsi pour les hommes, à l'origine de 8 % de l'ensemble des admissions en ALD et de 30 % des entrées en ALD pour tumeur. Pour les hommes de plus de 75 ans, ces proportions sont plus élevées, les admissions pour cancer de la prostate représentant alors 10 % des entrées totales en ALD et 37 % des entrées en ALD pour tumeur.

**Nombre annuel de nouveaux cas de cancer de la prostate\* par âge**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001

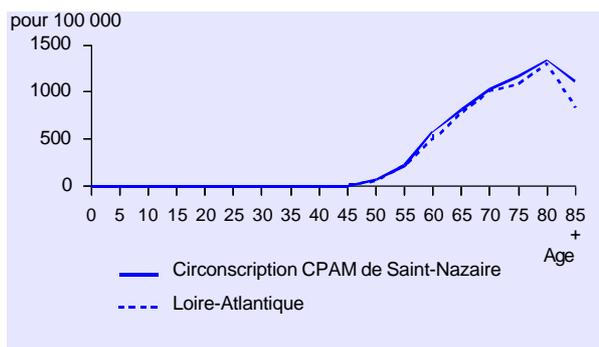
	Effectif	Taux**
<44 ans	0	0,0
45-54 ans	8	32,1
55-64 ans	60	395,0
65-74 ans	128	919,6
75-84 ans	85	1211,6
85 ans et plus	23	1111,6
<b>Total</b>	<b>303</b>	-

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique

\* Les cancers de la prostate sont tous invasifs

\*\*Taux d'incidence pour 100 000 habitants

**Taux d'incidence du cancer de la prostate par âge**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire  
et en Loire-Atlantique en 1999-2001



Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique

## DEFINITIONS

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

**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.

**Cancer in situ** : cancer très superficiel et bien limité, sans aucune extension en profondeur, locale ou à distance.

**Cancer invasif** : cancer qui n'est pas "in situ", même s'il est de taille limitée.

**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 13).

**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 13).

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

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

## 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.

## FAITS MARQUANTS

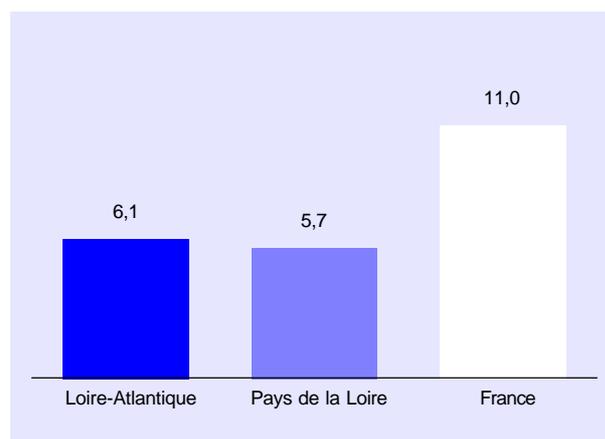
### Des tuberculoses moins fréquentes en Loire-Atlantique qu'au plan national

- Sur la période 1999-2001, parmi les 6 450 cas de tuberculose déclarés en moyenne par an en France, 184 concernent des habitants des Pays de la Loire et 70 des habitants de Loire-Atlantique.

Rapporté à la population, cela correspond à une incidence de 6,1 cas pour 100 000 habitants pour la Loire-Atlantique. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (11 cas pour 100 000 habitants) et proche du taux observé dans les Pays de la Loire (5,7 cas pour 100 000 habitants). Ces écarts restent cependant difficiles à analyser, en l'absence d'évaluation de la sous-déclaration locale.

- L'incidence de la tuberculose a fortement diminué depuis 1993.
- Au cours de la dernière décennie, on observe une diminution importante de la mortalité par tuberculose. En 1999-2001, 10 personnes de Loire-Atlantique sont décédées en moyenne chaque année de tuberculose.
- Au moins 54 % des cas de tuberculose déclarés sont des tuberculoses pulmonaires bacillifères, c'est-à-dire contagieuses.

Incidence de la tuberculose  
période 1999- 2001  
(taux pour 100 000 habitants)



Sources : InVS, INSEE (RP 99)

## Baisse de l'incidence de la tuberculose

La région des Pays de la Loire, avec un taux d'incidence de 5,7 pour 100 000 habitants sur la période 1999-2001, presque inférieur de moitié au taux national (11 pour 100 000), est parmi les 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.

Pendant la période 1993-1997, le taux d'incidence de la tuberculose en Loire-Atlantique a été supérieur à celui observé à l'échelle régionale pour ensuite lui être comparable.

Le Centre National de Référence pour la Surveillance de la Tuberculose répertorie depuis 1993 les souches de BK isolées dans les laboratoires de réseau, et parmi elles, celles qui sont multi-résistantes, c'est-à-dire résistantes aux deux principaux antibiotiques utilisés dans le traitement de la tuberculose. Aucune souche résistante n'a été identifiée en Loire-Atlantique jusqu'en 1998, année des dernières données disponibles.

## 10 décès annuels par tuberculose

Environ 10 habitants de Loire-Atlantique sont décédés chaque année de tuberculose sur la période 1999-2001. Seuls deux décès concernent des personnes de moins de 65 ans.

Grâce à l'efficacité des traitements actifs, la mortalité par tuberculose est en baisse. Ainsi depuis le début des années 80, la mortalité par tuberculose dans le département de Loire-Atlantique comme au plan national a diminué. Le taux de mortalité est resté cependant plus élevé que celui de la France.

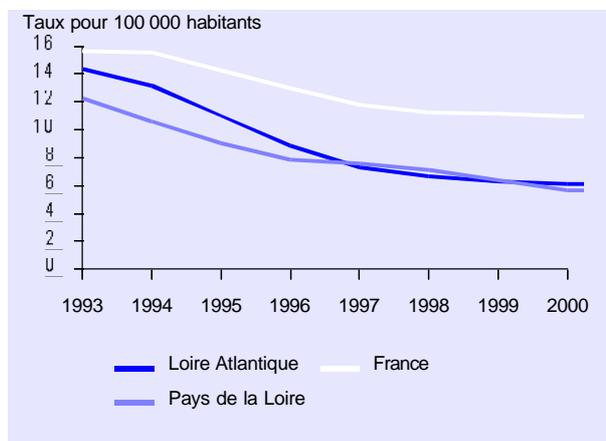
## L'incidence progresse avec l'âge chez les personnes de nationalité française

Le taux d'incidence dans la population étrangère (17 cas pour 100 000) est 3,5 fois plus élevé que chez les français domiciliés en Loire-Atlantique (5 pour 100 000). Les effectifs de malades de nationalité étrangère sont cependant faibles, 7 cas annuels sur la période 1999-2001.

Chez les français domiciliés en Loire-Atlantique, le taux d'incidence augmente régulièrement avec l'âge. Cela résulte vraisemblablement de la fréquence des primo-infections au début du siècle, période où la tuberculose sévissait en France de manière endémique.

Par contre, c'est entre 15 et 24 ans que le taux d'incidence dans la population étrangère est le plus élevé. Cela peut être relié à des séjours dans des pays à forte endémie.

Évolution de l'incidence de la tuberculose de 1993 à 2000



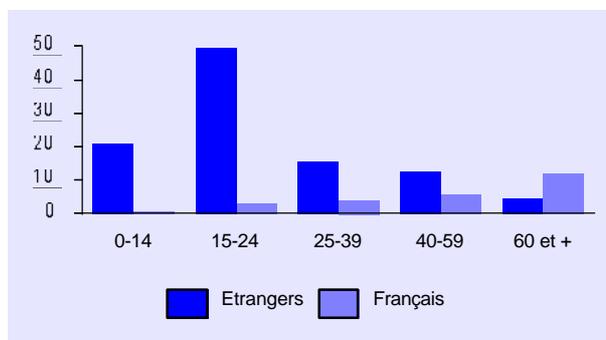
Sources : InVS, INSEE (estimations de population, RP99)

Évolution des taux comparatifs de mortalité par groupe d'âge (taux pour 100 000 habitants)

	Loire-Atlantique		Pays de la Loire		France métropole	
	88-92	97-99	88-92	97-99	88-92	97-99
0-64 ans	0,2	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2
65 ans et plus	3,8	1,6	11,0	7,2	8,2	6,2
<b>Total</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>1,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1</b>

Sources : INSERM CépIdC, INSEE RP 99

Incidence moyenne par âge et nationalité des cas de tuberculose déclarés en Loire-Atlantique de 1999 à 2001 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : InVS, INSEE RP 99  
La nationalité n'est pas connue dans 6,6 % des cas déclarés

# la tuberculose

en Loire-Atlantique

## Au moins un cas de tuberculose sur deux est contagieux

En Loire-Atlantique comme en France, les tuberculoses pulmonaires représentent la majorité des cas. Par contre, la proportion de formes extrapulmonaires est moindre. Cette situation pourrait en partie résulter de la faible fréquence de l'infection à VIH dans la région, induisant davantage de formes extrapulmonaires.

Les tuberculoses pour lesquelles l'examen microscopique est positif sont des tuberculoses bacillifères, c'est-à-dire contagieuses. On estime qu'elles représentent entre 54 et 59 % des cas, selon les hypothèses choisies.

La proportion de formes pulmonaires contagieuses est nettement plus élevée chez les adultes que chez les enfants. Ceci peut s'expliquer par les caractéristiques propres de la maladie chez les jeunes, mais aussi par la mise sous traitement anti-tuberculeux souvent plus précoce des enfants, avant même la confirmation bactériologique.

## Une méconnaissance très fréquente du statut sérologique vis-à-vis du VIH des cas de tuberculose déclarés

La tuberculose peut se développer plus facilement chez les personnes immunodéprimées, et notamment chez les personnes infectées par le VIH. Elle fait d'ailleurs partie des pathologies qui permettent de porter le diagnostic de sida.

Parmi les cas déclarés en Loire-Atlantique, un seul est déclaré séropositif pour le VIH. Ce constat est cohérent avec le faible niveau de l'épidémie de sida en Loire-Atlantique. Mais cela doit toutefois être interprété avec prudence, car dans plus de 60 % des cas, le statut sérologique vis-à-vis du VIH des cas de tuberculose déclarés en Loire-Atlantique n'est pas connu.

Formes cliniques des tuberculoses déclarées de 1999 à 2001 (nombre de cas cumulés et %)

	Loire-Atlantique		% Pays de la Loire	% France métropole
	Nb de cas	%		
Formes pulmonaires isolées	150	71,8	66,4	62,2
Formes extrapulmonaires isolées	33	15,8	21,4	25,2
Formes mixtes (extrapulmonaires + pulmonaires)	22	10,5	10,1	10,0
Autres	4	1,9	2,2	2,7
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : InVS

Pourcentage de tuberculoses à examen microscopique positif \* chez les sujets ayant une tuberculose pulmonaire de 1999 à 2001

	Loire-Atlantique		France entière	
	Hypothèse1**	Hypothèse2**	Hypothèse1**	Hypothèse2**
0-14 ans	33	50	16	47
15 ans et plus	55	59	43	60
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>59</b>

Source : InVS

\* Les tuberculoses à examen microscopique positif sont contagieuses.

\*\* Hypothèse1 : les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des examens microscopiques connus. Cela revient à faire l'hypothèse que les cas pour lesquels l'examen n'est pas connu se répartissent de la même façon que ceux pour lesquels les examens sont connus.

Hypothèse2 : le calcul revient à poser l'hypothèse que quand l'examen n'est pas connu, il y a peu de chance pour que le cas soit contagieux.

### 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 tuberculiniques") et les infections dues aux mycobactéries atypiques ne doivent pas être déclarées.

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

# les maladies respiratoires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 ne sont pas traitées dans cette fiche.*

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.

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 fran-

çais, 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 associations 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.

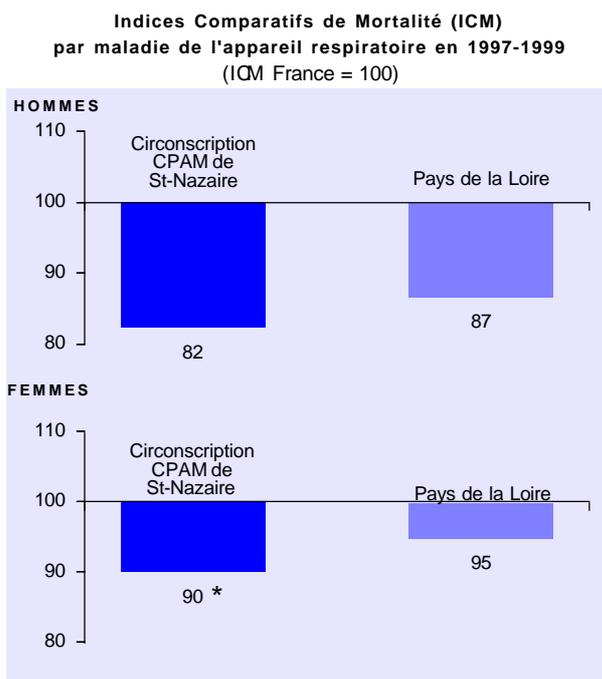
# les maladies respiratoires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une mortalité inférieure à la moyenne française chez les hommes

- 214 personnes sont décédées en moyenne chaque année entre 1997 et 1999 d'une maladie respiratoire dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, 101 hommes et 113 femmes. 79 % de ces décès sont survenus chez des personnes de plus de 75 ans.
- La mortalité par maladie respiratoire a connu une forte baisse au cours des années 80. En 1997-1999, la mortalité par maladie respiratoire dans la région nazairienne est inférieure de 18 % à la moyenne nationale chez les hommes. La mortalité féminine est inférieure de 10 % par rapport à la moyenne nationale, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.
- L'écart de mortalité observé au début des années 90 entre la région nazairienne et la situation moyenne française s'est accentué au cours des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait en effet une mortalité par maladie de l'appareil respiratoire inférieure à la moyenne nationale de 9 % pour les hommes et de 4 % pour les femmes, ces écarts étant statistiquement non significatifs (voir "La santé observée dans la région nazairienne - 1997").
- Au cours de la période 2000-2001, 264 personnes de la région nazairienne ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave par les principaux régimes d'assurance maladie.
- Les maladies respiratoires ont constitué le diagnostic principal de 3 800 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée pour les habitants de la région nazairienne au cours de la période 1999-2001, ce qui représente 5 % de l'ensemble des séjours.



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

# les maladies respiratoires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Des décès qui surviennent à des âges élevés

Entre 1997 et 1999, 214 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'une maladie respiratoire, 101 hommes et 113 femmes. Ces affections représentent 7 % de l'ensemble des décès, ce qui en fait la quatrième cause de mortalité derrière les maladies cardio-vasculaires (31 %), les tumeurs (29 %) et les accidents et morts violentes (9 %).

Les décès par maladie respiratoire sont surtout nombreux aux âges élevés : 67 % des décès masculins et 90 % des décès féminins ont lieu après 75 ans.

Les décès par maladie respiratoire sont dus à deux causes principales, les pneumonies (35 % des décès par maladie respiratoire pour la période 1997-1999) et les bronchites chroniques (33 %).

L'asthme a été à l'origine de 13 décès, ce qui représente 6 % des décès par maladie respiratoire.

Enfin, 3 décès dus à la grippe ont été déclarés en moyenne chaque année.

## Une mortalité masculine deux fois plus élevée que celle des femmes

Le nombre annuel de décès par maladie respiratoire est identique chez les hommes (101 pour la période 1997-1999) et chez les femmes (113), mais ces décès interviennent à des tranches d'âge plus avancées chez les femmes. A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les taux de mortalité augmente de façon exponentielle avec l'âge, pour les hommes comme pour les femmes.

Ainsi les taux de mortalité masculins sont multipliés par 3 entre les classes d'âge 55-64 ans et 65-74 ans, et les taux de mortalité féminins sont multipliés par 5 entre les classes d'âge 65-74 ans et 75-84 ans.

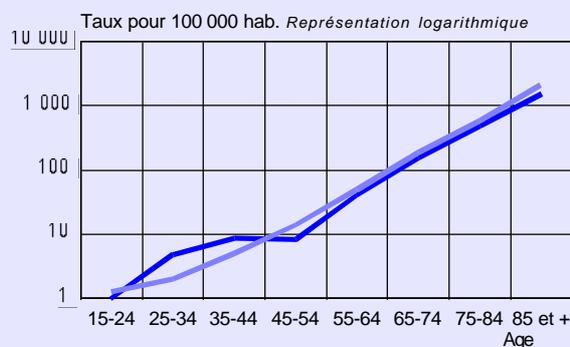
Nombre annuel moyen de décès par maladie respiratoire dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

	Hommes	Femmes	Total
Pneumonie, bronchopneumonie	34	41	75
dont 75 ans et plus	27	39	66
Grippe	1	2	3
dont 75 ans et plus	1	2	3
Bronchite chronique	41	30	71
dont 75 ans et plus	24	27	51
Asthme	4	9	13
dont 75 ans et plus	1	7	8
Autres maladies ap. respiratoire	21	31	52
dont 75 ans et plus	15	26	41
<b>Ensemble des maladies respiratoires</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	<b>214</b>
dont 75 ans et plus	<b>68</b>	<b>101</b>	<b>169</b>

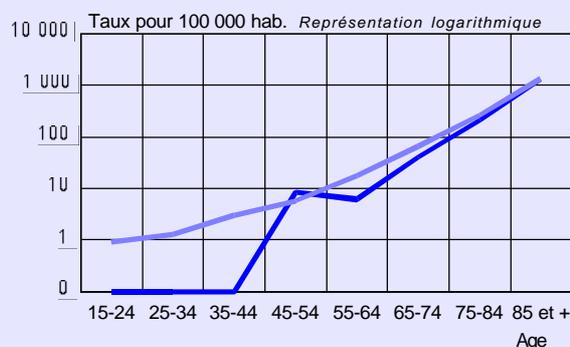
Source : INSERM CépiDc

Taux de mortalité par maladie respiratoire selon l'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France en 1997-1999

### HOMMES



### FEMMES



— Circonscription CPAM de St-Nazaire  
— France

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# les maladies respiratoires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Nette diminution de la mortalité par maladie respiratoire

Entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, la mortalité par maladie respiratoire a connu un recul important dans la région nazairienne, pour les hommes (- 40 %) comme pour les femmes (- 32 %). Ces baisses sont plus prononcées qu'au plan national (respectivement - 17 % et - 6 %).

C'est au cours de la décennie 80 que le recul de la mortalité observée dans la région nazairienne a été important. Entre 1980-1984 et 1988-1992, la mortalité a diminué de 30 % chez les hommes comme chez les femmes. Entre 1988-1992 et 1997-1999, l'évolution s'est poursuivie à la baisse chez les hommes mais de façon moins prononcée (-15 %, diminution statistiquement non significative), et s'est stabilisée chez les femmes.

L'amélioration importante de la codification des décès par maladie de l'appareil respiratoire ne permet pas d'analyser la nature des affections respiratoires concernées par cette diminution.

## Une mortalité inférieure à la moyenne française

Au début des années 80, la mortalité par maladie respiratoire était nettement plus élevée dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire qu'au plan national. Mais la décroissance plus rapide de la mortalité au cours des 15 années qui ont suivi a modifié cette situation. En 1997-1999, la mortalité par maladie respiratoire dans la région nazairienne est inférieure à la moyenne nationale de 18 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes. Ce dernier écart n'est toutefois pas statistiquement significatif.

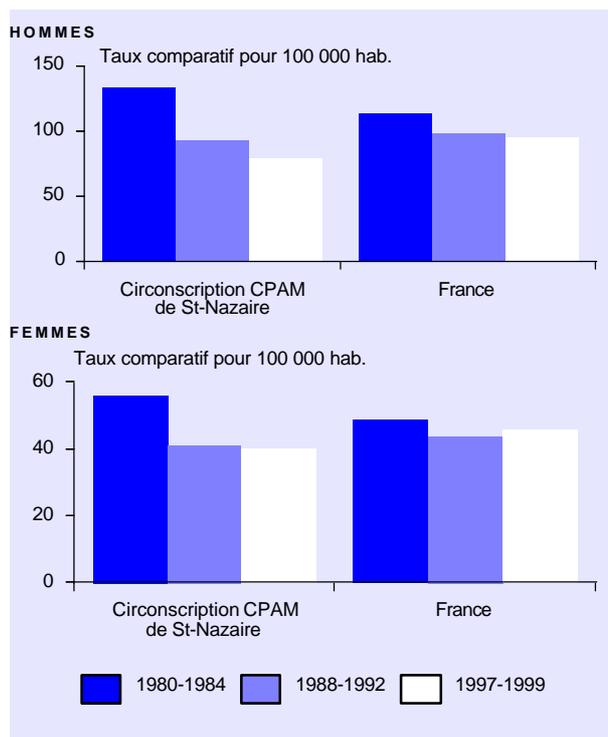
Cette sous-mortalité se retrouve pour l'ensemble de la région des Pays de la Loire.

## Environ 260 admissions en ALD chaque année pour insuffisance respiratoire chronique grave

Au cours de la période 2000-2001, 264 personnes de la région nazairienne ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave par les principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions représentent 4 % de l'ensemble des entrées en ALD.

L'asthme motive 95 admissions en ALD, soit 36 % de l'ensemble des admissions pour insuffisance respiratoire chronique grave.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par maladie respiratoire dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Admissions en affection de longue durée pour maladie respiratoire dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne en 2000-2001

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	17	10,9	5	4,6
15-34 ans	7	4,5	10	9,3
35-64 ans	54	34,6	29	26,9
65 ans et plus	78	50,0	64	59,3
Total	156	100,0	108	100,0

Source : URCAM - Services médicaux des Caisses d'assurance Maladie

# les maladies respiratoires

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

54 % des cas d'admissions en ALD concernent des personnes de plus de 64 ans. Mais on dénombre également 22 admissions d'enfants de moins de 15 ans, essentiellement pour asthme (9 cas sur 10).

## Au moins 3 800 séjours hospitaliers pour maladie respiratoire chaque année

Parmi les habitants de la région nazairienne, les maladies respiratoires ont constitué le diagnostic principal d'au moins 3 800 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée au cours de la période 1999-2001, ce qui représente 5 % de l'ensemble des séjours. Les taux d'hospitalisation pour les maladies respiratoires sont très élevés avant 5 ans. Ils sont au minimum entre 15 et 55 ans, puis augmentent à nouveau avec l'âge après 65 ans.

Avant 15 ans, les maladies respiratoires représentent 18 % de l'ensemble des séjours hospitaliers dénombrés pour cette tranche d'âge. Les diagnostics d'hospitalisation sont principalement des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (61 %) et de l'asthme (14 %).

Au-delà de 15 ans, les pneumopathies infectieuses, la bronchite chronique, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et l'insuffisance respiratoire chronique sont les diagnostics d'hospitalisations les plus fréquents.

### DEFINITIONS

**Maladies de l'appareil respiratoire** : Code CIM9 : 460-519 ; Code CIM10 : J00-J99.

**Décès par maladie respiratoire** : la détermination de la cause de décès pour des personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques est difficile. Le diagnostic différentiel entre broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et asthme pose souvent problème chez les personnes âgées. Par ailleurs, les BPCO peuvent être sous-estimées du fait qu'une affection aiguë (pneumonie, grippe...), mais aussi cardio-vasculaire, sont fréquemment la cause directe du décès. Aussi faut-il interpréter avec prudence les dénombrements par cause. Toutefois, ces dernières années, la codification des décès par maladie de l'appareil respiratoire s'est nettement améliorée.

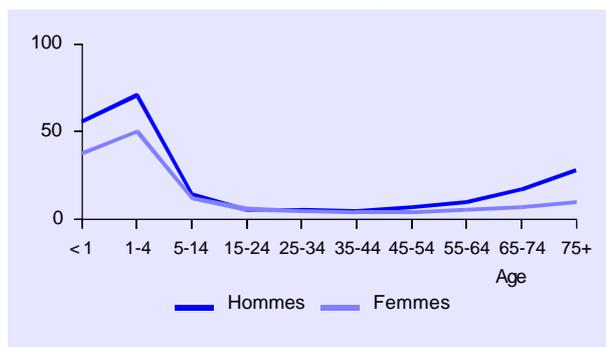
**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : l'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne (voir mode de calcul page 13).

**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 13).

**Affection de longue durée (ALD)** : voir définition et limites pages 16 et 17.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définition et limites pages 19 à 21.

**Taux de recours à l'hospitalisation dans les services de soins MCO pour maladie respiratoire\* en 1999-2001**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire  
(en unités de médecine-chirurgie-obstétrique)



Source : DREES, PMSI (données domiciliées)

**Nombre annuel moyen de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO pour maladie respiratoire\***  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999-2001  
(en unités de médecine-chirurgie-obstétrique)

		Moins de 15 ans	15 ans et plus	Total
J35	Mal.chron.amygdales et végé.adénoïd.	1 053	117	1 170
J12 à J18	Pneumonie	49	340	389
J45, J46	Asthme	243	130	373
J40 à J44, J47, J95.3, J96.1, J96.9	Bronch.chron., aut.mal.pulm.obst.chro et insuff. resp. chron.	6	316	322
J20 à J22	Bronchite et bronchiolite aiguës	121	89	210
J00 à J06	Affections aiguës voies respir. sup.	124	45	169
J86, J90 à J92, J94	Pleurésie	3	84	87
	Autres maladies appar. respiratoire	124	925	1 049
<b>J00 à J99</b>	<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>1 723</b>	<b>2 046</b>	<b>3 769</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées)

\*il s'agit de séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé le plus de moyens.

Par ailleurs, il s'agit de données domiciliées non redressées. Les séjours d'habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, n'ont pas été comptabilisés. Pour l'ensemble des établissements de Loire-Atlantique, cette absence de code postal concerne 5 % des séjours.



# Comportements et environnements



# l'alcool et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 cardiovasculaires, 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 liées 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.

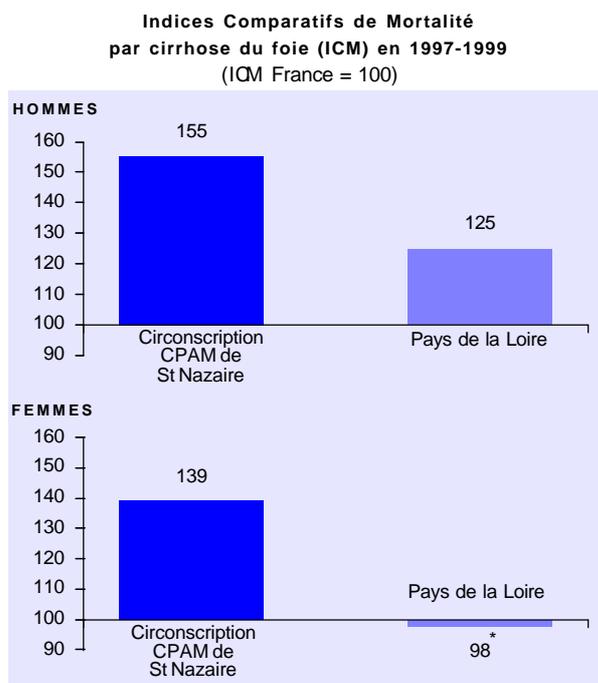
# l'alcool et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une situation qui reste défavorable malgré un recul de la mortalité

- Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des voies aéro-digestives supérieures) sont à l'origine de 171 décès par an dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999. Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas. 56 % de ces décès surviennent avant 65 ans.
- Ces pathologies constituent une cause de mortalité importante chez les personnes jeunes. Chez les hommes, elles sont à l'origine de 14 % des décès survenus entre 25 et 44 ans et de 18 % des décès survenus entre 45 et 64 ans.
- Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, comme en France, la mortalité liée à l'alcool a fortement chuté au cours des quinze dernières années. La mortalité par cirrhose du foie a ainsi chuté de 48 % chez les hommes et de 37 % chez les femmes entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999.
- Malgré ce recul de la mortalité, la situation dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire reste défavorable. La région nazairienne présente une mortalité par cirrhose du foie qui dépasse la moyenne nationale de 55 % pour les hommes et de 39 % pour les femmes.
- Cette situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par cirrhose du foie supérieure de 58 % à la moyenne nationale (50 % en 1997-1999) (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").



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

# L'alcool et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 82 % des décès directement liés à l'alcool concernent des hommes et 56 % surviennent avant 65 ans

Les conséquences de la consommation excessive d'alcool sont préoccupantes. Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des voies aéro-digestives supérieures) sont à l'origine de 171 décès par an dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire pour la période 1997-1999.

Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas. Cette prédominance masculine est particulièrement marquée pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, affection liée à la consommation associée d'alcool et de tabac.

56 % des décès liés à l'alcool 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.

## Des causes de mortalité importantes chez les personnes jeunes

Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des VADS) constituent une cause de mortalité importante chez les personnes jeunes. Ces pathologies sont responsables de 10 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 16 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans.

Ces proportions sont plus élevées chez les hommes (14 % pour les 25-44 ans, 18 % pour les 45-64 ans) que chez les femmes (respectivement 5 % et 11 %).

Au-delà de 65 ans, les autres causes de décès, notamment cardio-vasculaires, augmentent fortement et on ne compte que 3 % des décès directement liés à l'alcool ou à l'association alcool-tabac.

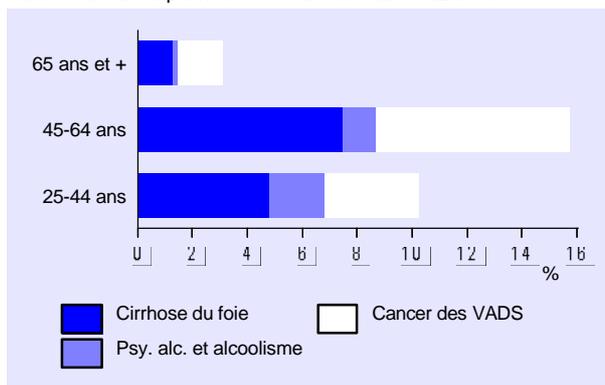
Pour ces pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool ou à l'association alcool-tabac, les taux de mortalité n'augmentent pas de manière régulière avec l'âge comme ceux de la plupart des autres affections (cancers, maladies de l'appareil circulatoire...). Ainsi, à partir de 65 ans les taux de mortalité par cirrhose du foie et par cancer des voies aéro-digestives supérieures diminuent.

**Nombre annuel de décès selon le sexe**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire  
en moyenne sur la période 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
Cirrhose du foie	55	32	21	12
Psychose alcoolique et alcoolisme	12	9	1	0
Cancer des VADS	72	37	10	3

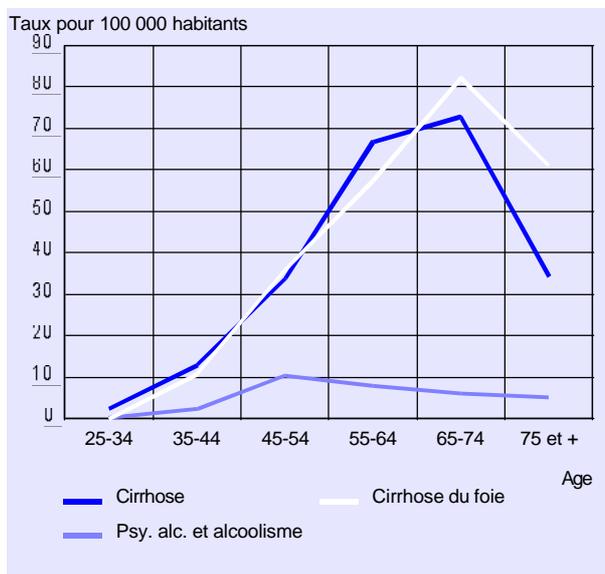
Source : INSERM CépiDc

**Part des causes de décès directement liées à l'alcool dans la mortalité générale selon le groupe d'âge**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Source : INSERM CépiDc

**Taux de mortalité par âge**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# l'alcool et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une situation défavorable pour la région nazairienne

La circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire présente une mortalité par cirrhose du foie qui dépasse la moyenne nationale de 55 % pour les hommes et de 39 % pour les femmes.

Pour le cancer des VADS, la région nazairienne présente également une surmortalité masculine de 27 % par rapport à la moyenne nationale. Pour les femmes, il n'apparaît pas de différence significative avec la situation nationale, mais les effectifs étudiés sont faibles.

Enfin, pour la psychose alcoolique et l'alcoolisme, les différences avec la situation nationale ne sont pas statistiquement significatives, mais les effectifs étudiés sont faibles également.

## Malgré une baisse importante de la mortalité

Dans la région nazairienne comme en France, la mortalité pour les trois groupes de pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool ou à l'association tabac-alcool est en nette diminution.

Chez les hommes de la région nazairienne, la mortalité a diminué de 48 % pour la cirrhose du foie et de 47 % pour le cancer des VADS entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999.

La mortalité diminue également pour la psychose alcoolique et l'alcoolisme (- 58 %). La baisse n'est pas statistiquement significative, mais elle se retrouve au plan national (- 40 %).

Chez les femmes, la mortalité diminue de 37 % pour la cirrhose du foie et de 28 % pour le cancer des VADS entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999. Les baisses ne sont pas statistiquement significatives, mais elles se retrouvent au plan national.

### 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 13).

**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 13).

### Indice Comparatif de Mortalité (ICM)

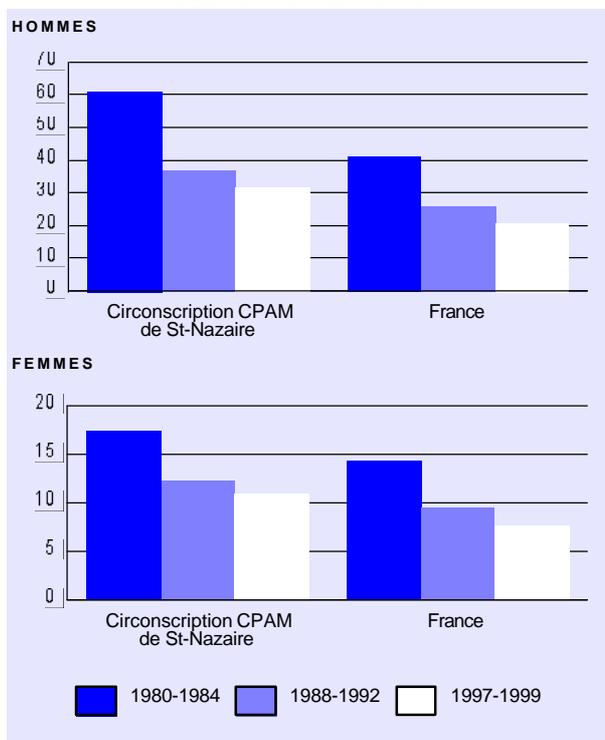
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999 (ICM France = 100)

	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	155	139
Psychose alcoolique et alcoolisme	106 *	-
Cancer des VADS	127	108 *

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

### Évolution des taux comparatifs de mortalité par cirrhose du foie entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Evolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980-1984 et 1997-1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire			France		
	80-84	88-92	97-99	80-84	88-92	97-99
<b>Cancer des VADS</b>						
Hommes	81,0	75,3	43,0	58,2	47,2	34,5
Femmes	6,1	4,3	4,4	4,6	4,4	4,3
<b>Psychose alcoolique et alcoolisme</b>						
Hommes	14,8	11,0	6,3	11,2	8,3	6,7
Femmes	-	-	-	2,4	1,8	1,6

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# le tabac et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 20ème 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, emphyseme) 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 national réglementaire. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac.

# le tabac et ses conséquences sur la santé

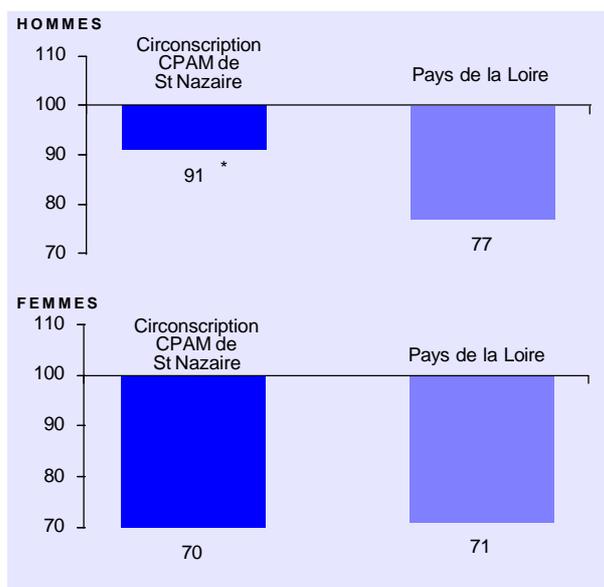
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Le cancer du poumon : une cause de décès importante chez les hommes jeunes

- 109 décès masculins et 17 décès féminins par cancer du poumon sont dénombrés chaque année parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999. 42 % de ces décès surviennent de façon prématurée, avant 65 ans.
- Le cancer du poumon constitue une cause de mortalité importante chez les hommes jeunes. Il est ainsi responsable de 12 % des décès masculins survenus entre 45 et 64 ans.
- Entre 1988-1992 et 1997-1999, la mortalité masculine par cancer du poumon apparaît en augmentation dans la région nazairienne (+ 11 %, différence statistiquement non significative), alors qu'au plan national elle se stabilisait (- 3,5 %). Ces évolutions contrastées conduisent à une diminution des écarts de mortalité. En 1997-1999, la mortalité masculine par cancer du poumon dans la région nazairienne est inférieure de 9 % à la moyenne nationale (écart non statistiquement significatif).
- La situation est différente chez les femmes. Au cours des quinze dernières années, la mortalité féminine par cancer du poumon est restée relativement stable dans la région nazairienne alors qu'elle a connu une progression particulièrement rapide au plan national (+ 64 % entre 1980-1984 et 1997-1999). Ces évolutions différentes conduisent à une accentuation des écarts de mortalité. En 1997-1999, la mortalité féminine par cancer du poumon dans la région nazairienne est inférieure de 30 % à la moyenne nationale.
- La situation en 1997-1999 est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par cancer du poumon inférieure à la moyenne nationale de 12 % pour les hommes et de 28 % pour les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par tumeur maligne de la trachée, des bronches et du  
poumon en 1997-1999 (ICM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# le tabac et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 87 % des décès par cancer du poumon concernent des hommes

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 de 126 décès en moyenne chaque année dans la région nazairienne au cours de la période 1997-1999.

87 % de ces décès concernent des hommes.

42 % de ces décès surviennent de façon prématurée, avant 65 ans.

Une partie importante des décès par cardiopathies ischémiques et des décès par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont également attribuables au tabagisme.

## Une cause importante de décès chez les personnes jeunes

Le cancer du poumon constitue une cause de mortalité importante chez les personnes jeunes. Cette pathologie est ainsi responsable de 5 % des décès survenus chez les 25-44 ans de la circonscription de la région nazairienne au cours de la période 1997-1999 et de 9 % des décès chez les 45-64 ans.

Ces proportions sont plus élevées chez les hommes (respectivement 6 % pour les 25-44 ans, 12 % pour les 45-64 ans) que chez les femmes (0 % et 3 %).

Si on y ajoute les cardiopathies ischémiques et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives, pathologies dont le tabac constitue également un facteur de risque important, ce sont au total 7 % des décès des 25-44 ans et 16 % des décès des 45-64 ans qui sont dus à des affections favorisées par la consommation de tabac.

Chez les hommes, ces proportions atteignent 8 % pour les 25-44 ans, et 19 % pour les 45-64 ans. Elles sont moins élevées chez les femmes (respectivement 3 % et 6 %).

Les taux de mortalité des différentes pathologies liées au tabagisme augmentent de manière régulière avec l'âge, à l'exception de ceux du cancer bronchique. Pour cette affection, les taux de mortalité se stabilisent à partir de 65 ans, dans la région nazairienne comme en France.

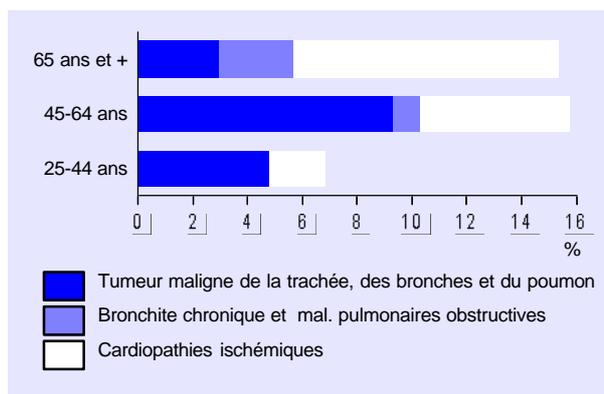
Nombre annuel de décès et Indice Comparatif de Mortalité dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne pour la période 1997-1999

HOMMES	Total	dont <65 ans	ICM
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	109	49	91*
Cardiopathies ischémiques	143	27	102*
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	43	3	85*
FEMMES	Total	dont <65 ans	ICM
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	17	4	70
Cardiopathies ischémiques	131	3	110*
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	31	2	83*

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

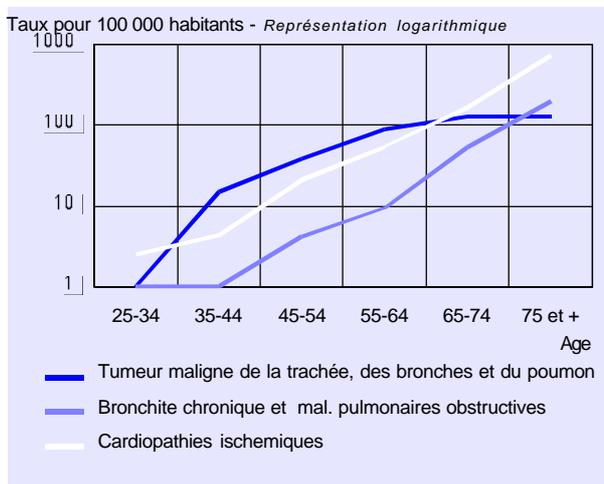
\* Différence non significative au seuil de 5 %

Part des causes de décès directement liées au tabac dans la mortalité générale selon le groupe d'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Source : INSERM CépiDc

Taux de mortalité par âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# le tabac et ses conséquences sur la santé

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une situation globalement favorable pour la région nazairienne

La circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire présente une mortalité par cancer du poumon inférieure de 9 % à la moyenne nationale chez les hommes, mais l'écart observé n'est pas statistiquement significatif.

Chez les femmes, la différence est marquée, avec une mortalité inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

La région nazairienne présente également une sous-mortalité par bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (- 15 % chez les hommes, - 17 % chez les femmes, différences non significatives).

Pour les cardiopathies ischémiques, la situation contraste avec les résultats précédents. Mais il faut rappeler que d'autres facteurs de risque que le tabac interviennent dans la fréquence de ces pathologies.

## Une mortalité masculine par cancer du poumon qui continue de progresser

Le nombre annuel de décès par cancer du poumon est passé dans la région nazairienne de 80 en 1980-1984 à 85 en 1988-1992 et à 109 décès en 1997-1999.

A structure par âge identique, la mortalité masculine par cancer du poumon progresse entre 1980-1984 et 1988-1992 dans la région nazairienne (+3,5 %, hausse statistiquement non significative) comme en France (+9 %). Entre 1988-1992 et 1997-1999, la mortalité masculine continue de progresser dans la région nazairienne (+11 %, hausse statistiquement non significative), alors qu'au plan national elle diminue légèrement (-3,5 %). Ces évolutions différentes témoignent de l'homogénéisation des habitudes tabagiques chez les hommes et conduisent à une diminution des écarts de mortalité entre la région nazairienne et le niveau national.

Au cours des quinze dernières années, la mortalité féminine par cancer du poumon est restée relativement stable dans la région nazairienne alors qu'elle a connu une progression particulièrement rapide au plan national (+64 % entre 1980-1984 et 1997-1999), ce qui peut s'expliquer par un tabagisme plus tardif chez les femmes de la région nazairienne. Ces évolutions contrastées conduisent à une accentuation des écarts de mortalité entre la région nazairienne et le niveau national.

### Indice Comparatif de Mortalité

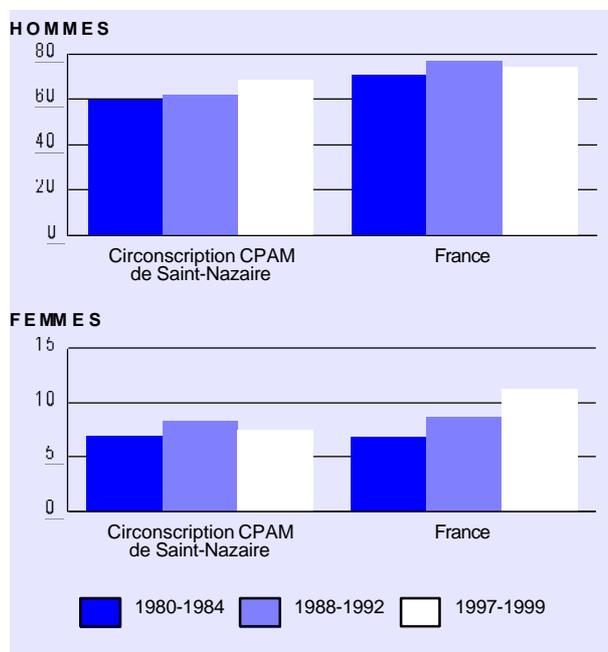
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999 (ICM France = 100)

	Hommes	Femmes
Cancer du poumon	91*	70
Cardiopathies ischémiques	102*	110*
Bronchite chro. et mal. pulmonaires obstructives	85*	83*

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

### Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Evolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980-1984 et 1997-1999

	Circonscription CPAM de St-Nazaire			France		
	80-84	88-92	97-99	80-84	88-92	97-99
<b>Cardiopathies ischémiques</b>						
Hommes	149,2	127,4	105,3	142,7	122,7	100,3
Femmes	81,7	69,5	51,6	70,9	86,2	46,7
<b>Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives</b>						
Hommes	45,5	35,9	32,2	42,9	39,2	38,7
Femmes	13,2	11,5	11,4	11,2	12,3	14,2

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

#### 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.

**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 13).

**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 13).

## 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'usager 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 aux toxicomanes. 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.

# la toxicomanie

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une situation qui apparaît plus favorable que pour l'ensemble de la France

- En 2002, 170 personnes ont été interpellées par les services de police et de gendarmerie pour usage ou usage-revente de cannabis dans les communes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire. Rapporté à la population de cette zone géographique, cela équivaut à un taux d'interpellations pour usage et usage-revente de cannabis de 64 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus, nettement plus faible que pour l'ensemble de la France (167).

- Pour les produits illicites autres que le cannabis, la région nazairienne apparaît, à travers les différents indicateurs disponibles, encore relativement protégée. Le taux d'interpellation pour usage ou usage-revente d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy est deux fois plus faible qu'au plan national en 2002.

Un écart de taux d'interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants entre la région nazairienne et la France s'observait également en 1995 (58 pour 100 000 habitants *versus* 106) (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

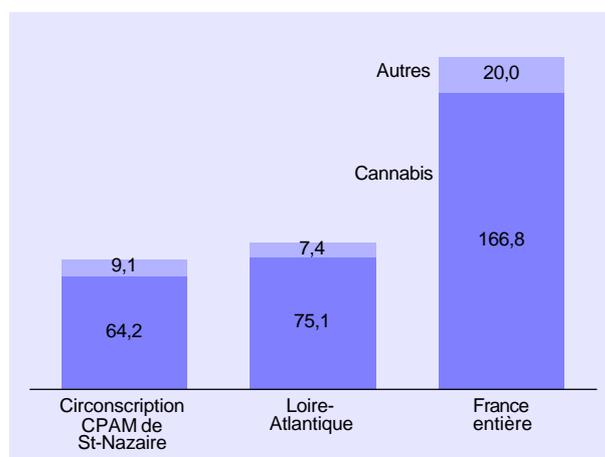
- L'indicateur relatif à la délivrance en médecine de ville de traitements de substitution à la buprénorphine (Subutex®) apparaît également plus faible qu'au plan national.

- Enfin, le taux de recours des toxicomanes au système médico-social (6,5 pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans en novembre 1999) est inférieur à la moyenne nationale (15,9).

L'héroïne est le plus souvent le principal produit de dépendance des toxicomanes pris en charge dans les établissements (72 % des cas dans la région nazairienne en 1999). Mais le cannabis, la cocaïne, les médicaments et l'alcool sont aussi fréquemment en cause, notamment dans le cadre de polytoxicomanies.

- L'association "la Rose des vents" assure plus de 90 % des prises en charge recensées en novembre 1999.

Taux d'interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants en 2002  
(taux pour 100 000 habitants de 15 ans et plus)



Sources : OCTRIS, INSEE

# la toxicomanie

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## La majorité des interpellations pour usage de stupéfiants concernent le cannabis

Dans la région nazairienne, 194 personnes ont été interpellées pour usage ou usage-revente de stupéfiants en 2002. La majorité de ces interpellations sont des interpellations pour usage de cannabis (88 %). Les interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne représentent 7 % des interpellations, les interpellations pour usage d'ecstasy 3 %.

Le nombre d'interpellations pour usage ou usage-revente de cannabis a connu une progression importante à la fin des années 90 dans la région nazairienne (+ 42 % en moyenne chaque année entre 1996 et 2000), puis une forte baisse en 2001 (- 48 %) et en 2002 (- 25 %).

Ces évolutions se retrouvent au plan national de façon plus modérée (+ 13 % en moyenne chaque année entre 1996 et 2000, - 16 % entre 2000 et 2001), exceptée pour l'année 2002 où une reprise des interpellations est observée (+ 15 % *versus* - 25 % dans la région nazairienne).

Mais il est difficile de distinguer dans ces évolutions, ce qui résulte de l'évolution du phénomène lui-même et ce qui est lié à l'activité des services de police et de gendarmerie.

## Un taux d'interpellations plus faible que pour l'ensemble de la France

Le nombre d'interpellations pour usage ou usage-revente de cannabis rapporté à la population de cette zone géographique, équivaut à un taux d'interpellations de 64 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus pour la région nazairienne en 2002, nettement plus faible que pour l'ensemble de la France (167).

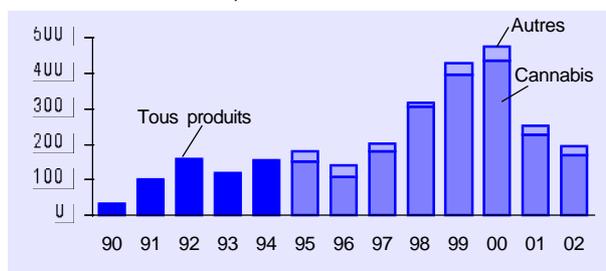
Ces comparaisons doivent cependant être menées avec prudence dans la mesure où l'importance des interpellations varie en fonction des habitudes des services de police et de gendarmerie en matière de toxicomanie.

Pour les produits illicites autres que le cannabis, la région nazairienne apparaît relativement protégée. Le taux d'interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy dans la région nazairienne (9 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus en 2002) est nettement inférieur à celui observé au plan national (20).

Les personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cannabis sont jeunes : 52 % ont moins de 20 ans et 41 % entre 20 et 29 ans.

Les personnes interpellées pour usage ou usage-revente d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy sont en moyenne plus âgées que les personnes interpellées pour usage de cannabis : 80 % ont entre 20 et 29 ans.

Evolution du nombre de toxicomanes interpellés pour usage et usage-revente de stupéfiants dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



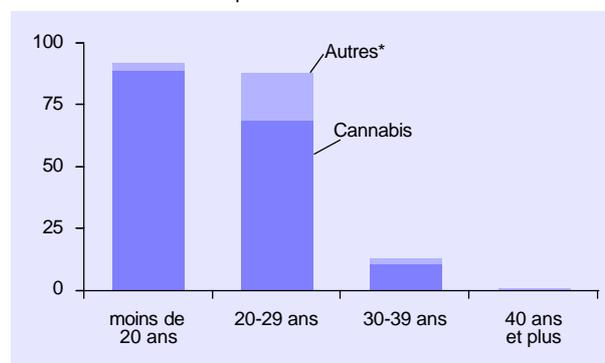
Source : OCRTIS

Répartition selon la nature du produit en cause des toxicomanes interpellés pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2002 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	Nombre d'interpellations	%
Cannabis	170	87,6%
Héroïne	13	6,7%
Ecstasy	6	3,1%
Cocaïne	2	1,0%
Autres	3	1,5%
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>100,0%</b>

Source : OCRTIS

Répartition selon l'âge des toxicomanes interpellés pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2002 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : OCRTIS

\* Héroïne, ecstasy, cocaïne, autres

# la toxicomanie

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Des traitements de substitution à la buprénorphine également moins fréquents qu'au plan national

Un certain nombre de toxicomanes sont suivis par des médecins généralistes et peuvent bénéficier dans ce cadre d'un traitement de substitution à la buprénorphine (Subutex®).

Le nombre de "boîtes théoriques" de Subutex remboursées par les régimes d'assurance maladie atteint 14,6 pour 100 habitants de 20 à 39 ans dans la région nazairienne en moyenne sur la période 2001-2002.

Cet indicateur n'est pas directement disponible au plan national, mais les données de ventes des laboratoires pharmaceutiques aux officines de ville nous montrent qu'il serait nettement supérieur. En effet, 29,1 boîtes théoriques de Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans ont été vendues en 2000 aux officines de ville en moyenne en France.

## Des prises en charge en établissement principalement assurées par "la Rose des Vents"

L'enquête menée au mois de novembre 1999 auprès des établissements sanitaires et sociaux montre que le taux de recours des toxicomanes au système médico-social dans la région nazairienne (6,5 pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans en novembre 1999) est inférieur à la moyenne nationale (15,9), comme pour les indicateurs précédents.

L'association "La Rose des Vents" a un rôle important dans la prise en charge des toxicomanes, puisque ce centre spécialisé assure plus de 90 % des prises en charge en établissement en 1999 dans la région nazairienne. Ces prises en charge ont comme objectif d'apporter un soutien psychologique, socio-éducatif et/ou médical. Elles comportent dans un certain nombre de cas un sevrage, en ambulatoire ou en milieu hospitalier.

## L'héroïne, principal produit de dépendance

L'héroïne est le principal produit de dépendance, à l'origine de la prise en charge de 72 % des toxicomanes dans un établissement de la région nazairienne en novembre 1999 (64 % au plan national).

Le cannabis constitue le deuxième produit principal de dépendance (14 %). Viennent ensuite l'alcool et les médicaments. Mais ces produits sont aussi très souvent consommés en association, dans le cadre de polytoxico-

### Volume de médicaments de substitution "Subutex®" remboursés par l'assurance maladie en moyenne sur 2001-2002

	Circonscription CPAM de Saint-Nazaire	Pays de la Loire
Nombre de "boîtes théoriques" remboursées* (de 7 cpr dosés à 6 mg)	11 841	77 838
Taux pour 100 habitants de 20 à 39 ans	14,6	8,7

Sources : URCAM-ELSM, INSEE

\*Par le régime général (y compris les sections mutualistes), la MSA, et le régime des professions indépendantes

### Recours au système médico-social pour toxicomanie en novembre 1999

	Circonscription CPAM de Saint-Nazaire	Pays de la Loire	France
Nombre de toxicomanes pris en charge	53	681	26 224
Taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	6,5	7,6	15,9

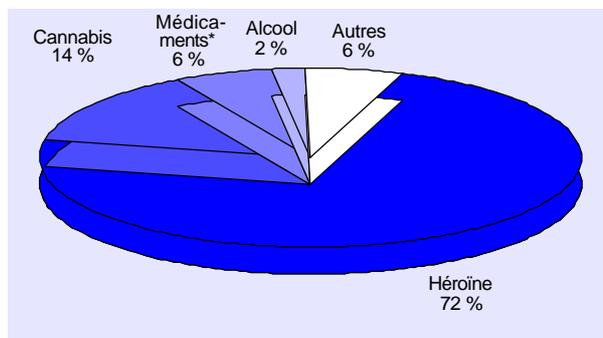
Source : DRASS-DREES

### Répartition selon le type d'établissement des toxicomanes pris en charge en établissement dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en novembre 1999

	Nombre	%
Etablissements spécialisés	49	92,5%
Etablissements sanitaires	3	5,7%
Etablissements sociaux	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>

Source : DRASS-DREES

### Répartition selon le produit principal de dépendance des toxicomanes pris en charge en établissement dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en novembre 1999 (en %)



Source : DRASS-DREES

\* Les principaux médicaments utilisés à des fins toxicomaniaques sont des produits antitussifs à base de codéine en vente libre ou des médicaments psychotropes délivrés sur ordonnance (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs ou amphétamines).

# la toxicomanie

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

manies. Ainsi, si l'on étudie les deux principaux produits de dépendance déclarés dans l'enquête, 31 % des toxicomanes pris en charge seraient dépendants à l'héroïne et à la cocaïne, 11 % à l'héroïne et au cannabis, 8 % à l'héroïne et aux médicaments, et 4 % à l'héroïne et à l'alcool.

## Une majorité d'hommes sans emploi ou avec un emploi précaire

Les toxicomanes pris en charge en novembre 1999 dans les établissements sanitaires et sociaux de la région nazairienne sont majoritairement des hommes (81 % des cas). Ils apparaissent en moyenne plus âgés que les personnes interpellées pour usage ou usage-revente de stupéfiants. 40 % d'entre eux ont entre 20 et 29 ans et 48 % entre 30 et 39 ans.

La majorité des toxicomanes pris en charge par les établissements sanitaires et sociaux en novembre 1999 sont sans emploi (45 %) ou occupent un emploi précaire (à durée déterminée, 36 %). 13 % des personnes prises en charge déclarent occuper un emploi stable et 6 % être étudiants.

La proportion importante de toxicomanes sans activité professionnelle explique la forte proportion de bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion dans cette population (28 % parmi l'ensemble des toxicomanes pris en charge).

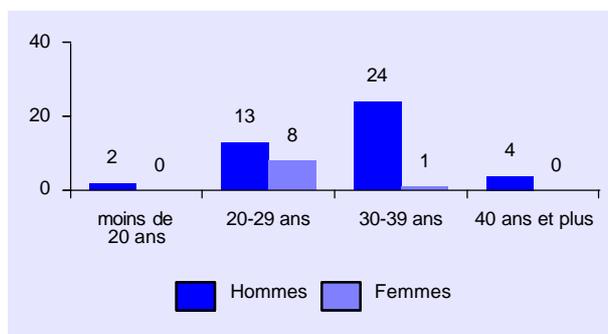
## VIH, hépatite B, hépatite C : des contaminations fréquentes

Les toxicomanes paient un lourd tribut aux maladies infectieuses, notamment en raison des altérations de leur état général liées à leur toxicomanie, et des pratiques de partage de seringues chez ceux qui utilisent ou ont utilisé la voie intraveineuse comme mode d'administration des produits toxiques. Il peut s'agir d'infections locales, aux points d'injections, ou d'infections généralisées, bactériennes ou virales.

L'enquête menée au mois de novembre de chaque année auprès des établissements sanitaires et sociaux recueille des informations sur des infections virales particulièrement graves, l'infection à VIH, à l'origine du Sida, et l'hépatite C.

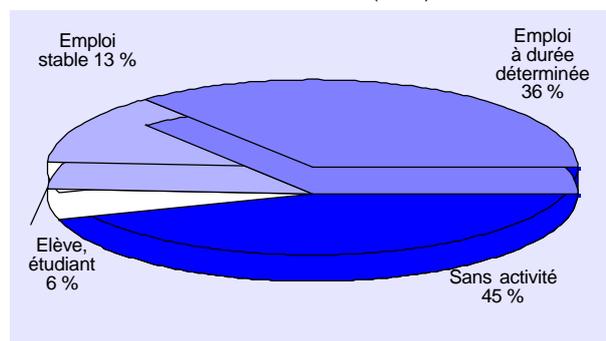
Parmi les toxicomanes suivis par le centre spécialisé ou dans les établissements sanitaires, les tests sérologiques ont été effectués dans 79 % des cas pour le VIH, et dans 68 % des cas pour l'hépatite C. La fréquente

Répartition selon l'âge des toxicomanes pris en charge en établissement en novembre 1999 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : DRASS-DREES

Répartition selon l'activité des toxicomanes pris en charge en établissement en novembre 1999 (en %)



Source : DRASS-DREES

Sérologies VIH et hépatite C chez les toxicomanes suivis dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en novembre 1999 (en %)

	VIH	Hépatite C
% de tests de dépistage effectués *	79,2%	67,9%
% de sérologies connues et déclarées *	79,2%	67,9%
% de sérologies positives **	10,6 - 11,9 %	50,0 - 58,3 %

Source : DRASS-DREES

\* Le pourcentage est calculé sur l'ensemble des toxicomanes enquêtés

\*\* La fourchette de prévalence est calculée avec l'hyp H0 : "les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu sont séronégatifs" et l'hyp H1 : "les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu se répartissent de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu".

# la toxicomanie

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

méconnaissance du statut sérologique des toxicomanes vis-à-vis de ces affections est liée au fait que parmi les personnes concernées par l'enquête, certaines refusent de pratiquer un test de dépistage, d'autres, nouvellement venues au centre, ne se le sont pas vu proposer.

Les résultats des tests sérologiques pratiqués nous permettent d'estimer la proportion de toxicomanes séropositifs pour le VIH entre 11 et 12 %, et la proportion de toxicomanes séropositifs pour l'hépatite C, entre 50 et 58 %. Ces proportions sont proches de celles observées au plan national.

## DÉFINITIONS

**Interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants :** l'OCRTIS, Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Ne sont ici retenues que les infractions pour "usage" et "usage-revente". Ces statistiques doivent être utilisées en considérant que l'importance des interpellations varie en fonction des habitudes d'interventions des services de police et de gendarmerie en matière de toxicomanie, les personnes interpellées dans une zone géographique ne sont pas forcément des habitants de cette zone, les taux ne sont pas standardisés et ne tiennent donc pas compte des différences de structure par âge des différentes zones géographiques comparées.

**Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre :** la DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques organise régulièrement depuis 1987 avec les DRASS une enquête sur les toxicomanes ("personnes dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des mois précédant l'enquête") pris en charge durant le mois de novembre dans les centres spécialisés, en incluant depuis 1995 les antennes spécialisées pour toxicomanes incarcérés, la plupart des établissements hospitaliers et un certain nombre d'établissements sociaux tels que les clubs de prévention et les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale principalement.

**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; 2; 8 mg. Dans l'indicateur, l'ensemble des quantités est exprimé en nombre de "boîtes théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg.

# les maladies professionnelles

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 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.

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 indemnisations 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 af-

fections 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 nombreuses 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.

# les maladies professionnelles

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Un taux de nouvelles indemnisations pour les affections liées à l'amiante 13 fois plus élevé qu'au plan national

● En 2001, près de 500 premières indemnisations pour maladies professionnelles ont été versées par le régime général à des salariés de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire.

47 % des nouvelles indemnisations concernent des affections liées à l'inhalation des poussières d'amiante, et 45 % des affections périarticulaires.

● La région nazairienne enregistre un taux de nouvelles indemnisations 13 fois plus élevé qu'au plan national pour les affections liées à l'amiante et 2,5 fois plus élevé pour les affections périarticulaires. Cette situation s'explique à la fois par l'implantation d'industries de main-d'oeuvre sources d'exposition, mais également par l'expérimentation d'une procédure spécifique de déclaration, engagée depuis 1987 dans les Pays de la Loire. Cette procédure plus incitative permet une meilleure connaissance du dispositif de reconnaissance et d'indemnisation des professionnels de santé et des institutions de la région, amplifiant ainsi probablement les différences liées aux activités professionnelles, qui peuvent exister entre les Pays de la Loire et les autres régions de France.

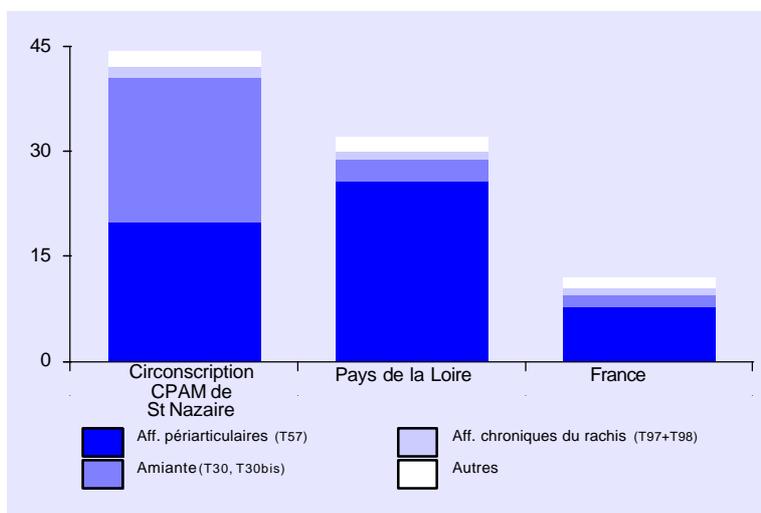
● La très grande majorité des affections liées à l'amiante reconnues et nouvellement indemnisées par le régime général sont des plaques pleurales.

Au cours de la période 2000-2002, 21 cancers professionnels liés à l'inhalation de poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés en moyenne chaque année, principalement des cancers bronchopulmonaires et des mésothéliomes de la plèvre.

● Avec 13 décès masculins en moyenne chaque année en 1997-1999, la région nazairienne présente une mortalité masculine trois fois plus élevée qu'au plan national.

Cet écart de mortalité s'observait également sur la période 1991-1994 (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

Indice de fréquence\* des maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées au régime général en 2001



Sources : CRAM - CNAMTS (direction des risques professionnels) - INSEE

\* voir encadré de définitions

# les maladies professionnelles

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Des indemnisations pour maladies professionnelles fréquentes ...

Les pathologies d'origine professionnelle ne sont pas connues de façon exhaustive et précise. Les données statistiques disponibles reposent sur le système de réparation et d'indemnisation, les experts s'accordant à considérer qu'il existe une sous-reconnaissance importante de ces maladies. Par ailleurs, le nombre de maladies professionnelles indemnisées chaque année ne cesse d'augmenter sous l'effet de plusieurs facteurs : sensibilisation des salariés et du corps médical, extension des critères de reconnaissance, évolution des risques eux-mêmes et évolution des outils de diagnostics.

Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, près de 500 nouvelles indemnisations pour maladie professionnelle ont été versées en 2001 au régime général. Si l'on rapporte cet effectif au nombre de salariés actifs ayant un emploi au recensement de 1999, l'indice de fréquence de la région nazairienne (44 pour 10 000 salariés actifs ayant un emploi) est 1,4 fois plus élevé qu'au plan régional (32).

Ces indices de fréquence sont nettement plus élevés qu'au plan national (12). Cette situation s'explique à la fois par l'implantation d'industries de main-d'oeuvre sources d'exposition, mais également par l'expérimentation d'une procédure spécifique de déclaration, engagée depuis 1987 dans les Pays de la Loire. Cette procédure plus incitative permet une meilleure connaissance du dispositif de reconnaissance et d'indemnisation des professionnels de santé et des institutions de la région, amplifiant ainsi probablement les différences liées aux activités professionnelles, qui peuvent exister entre les Pays de la Loire et les autres régions de France.

## ... pour les affections dues à l'amiante et les affections périarticulaires

La région nazairienne se caractérise par la prépondérance des affections liées à l'amiante. En 2001, elles représentent 47 % des nouvelles indemnisations au régime général. Dans la région nazairienne, ces affections sont dues à des expositions à l'amiante anciennes qui existaient dans les activités de réparation et de construction navale.

Viennent ensuite les affections périarticulaires, avec 45 % des cas. Les lombalgies (3 %) et les affections liées au bruit (2 %) sont moins fréquentes.

La plus grande fréquence des maladies professionnelles observées dans la région nazairienne par rapport à la France est directement imputable à la plus grande fré-

## Maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées au régime général

	2001		2002	
	Effectif total	Indice de fréquence*	Effectif total	Indice de fréquence*
Circonscription CPAM de St-Nazaire	471	44	705	66
Pays de la Loire	3592	32	4 264	38
France	24 220	12	-	-

Sources : CRAM, CNAMTS, INSEE

\* Voir encadré de définitions

## Tableaux des maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées au régime général en 2001 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Tableaux de maladies professionnelles	Effectif total	% IPP*	Taux moyen d'IPP*
30 Affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante	221	98,2	10,8
57 Affections périarticulaires	211	29,4	8,4
98 Affections chroniques du rachis lombaire / charges lourdes	12	58,3	7,1
42 Surdité provoqu�e par les bruits lésionnels	9	100,0	27,3
97 Affections chroniques du rachis lombaire / vibrations	3	0,0	-
79 Lésions chroniques du ménisque	3	0,0	-
69 Affections provoqu�es par les vibrations et les chocs	3	66,7	22,5
84 Affections engendr�es par les solvants organiques liquides à usage professionnel	2	50,0	5,0
Autres	7	71,4	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>64,3</b>	<b>11,0</b>

Source : CRAM

\* Voir encadré de définitions

# les maladies professionnelles

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

quence des affections liées à l'amiante et des affections périarticulaires.

Par ailleurs, l'importance des affections liées à l'amiante explique la plus forte proportion de rentes d'incapacité permanente partielle attribuées au régime général dans la région nazairienne (64 % *versus* 24 % dans les Pays de la Loire en 2001).

Mais c'est pour les affections liées au bruit que le taux moyen d'IPP, qui mesure en quelque sorte la gravité de l'atteinte, est le plus élevé (27,3 en 2001).

## Des indemnisations pour plaques pleurales en augmentation

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 204 cas en 2001, elles représentent 92 % des maladies professionnelles liées à l'amiante nouvellement indemnisées. Une rente d'incapacité permanente partielle est versée pour la quasi-totalité des plaques pleurales, mais le caractère bénin de cette affection explique que le taux moyen d'IPP de ces rentes est inférieur à 10.

Entre 2001 et 2002, le nombre d'indemnisations pour plaques pleurales versées par le régime général a doublé. Cette forte augmentation 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.

Au cours de la période 2000-2002, 21 cancers professionnels liés à l'inhalation de poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés en moyenne chaque année au régime général. Il s'agit principalement de cancers bronchopulmonaires (13 cas) et de mésothéliomes de la plèvre (7).

Mais le nombre de cas de cancers attribuables à l'amiante est certainement sous-estimé. En effet, pour l'ensemble de la Loire-Atlantique, le nombre de mésothéliomes de la plèvre reconnus et nouvellement indemnisés comme maladie professionnelle au régime général est de 19 en 2000, 9 en 2001 et 9 en 2002, alors que le registre des cancers de ce département enregistrait 31 nouveaux cas de mésothéliomes de la plèvre en 2000, 20 en 2001 et 28 en 2002.

## Maladies professionnelles liées à l'inhalation de poussières d'amiante reconnues et nouvellement indemnisées au régime général dans la circonscription de la CPAM de St-Nazaire

	2000	2001	2002		
	Eff. total	Eff. total	Eff. total	% IPP*	Taux moyen d'IPP*
Aébose avec fibrose pulmonaire	8	1	1	100,0	5,0
Aébose compliquée d'insuffisance ventriculaire droite	0	3	5	100,0	19,0
<b>sous-total</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>17,0</b>
Plaques péricardiques	1	1	0		
Pleurésie exsudative	8	0	1	100,0	5,0
Plaques pleurales	114	160	309	100,0	6,0
Épaississements pleuraux bilatéraux	16	43	102	98,0	6,0
<b>sous-total</b>	<b>139</b>	<b>204</b>	<b>412</b>	<b>100,0</b>	<b>6,0</b>
Dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant des lésions bénignes	7	2	4	0,0	85,0
Mésotéliome malin primitif de la plèvre	11	6	3	100,0	100,0
Mésotéliome malin primitif du péritoine	0	0	1	100,0	99,0
<b>sous-total</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Autres tumeurs pleurales primitives	1	0	1	100,0	100,0
Cancer broncho-pulmonaire primitif	6	5	16	100,0	86,0
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>221</b>	<b>443</b>	<b>98,6</b>	<b>14,0</b>

Source : CRAM

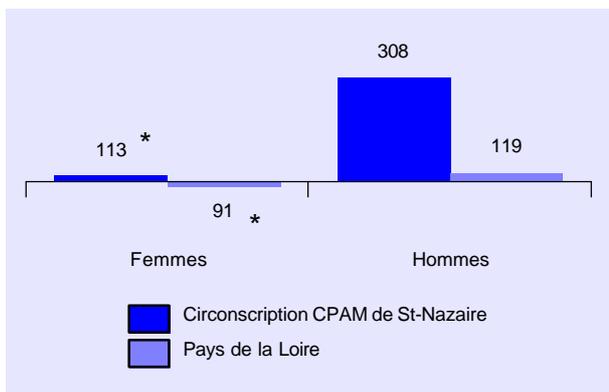
\* voir encadré de définitions

## Évolution du nombre de décès par cancer de la plèvre dans la circonscription de la CPAM de St-Nazaire



Sources : INSERM CépiDc

## Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par cancer de la plèvre en 1997-1999 (IQM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# les maladies professionnelles

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

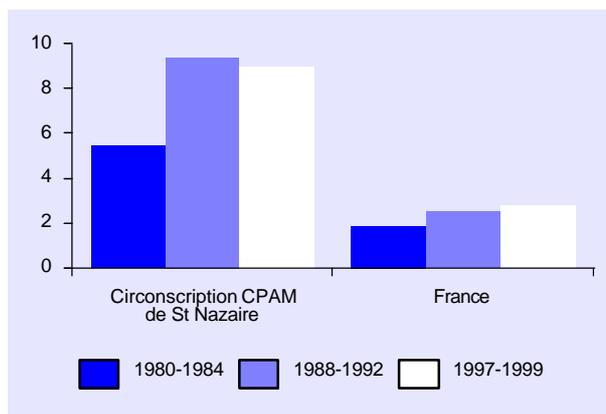
## Une mortalité masculine par cancer de la plèvre trois fois plus élevée que la moyenne nationale

La quasi-totalité des formes primitives des cancers de la plèvre sont des mésothéliomes, spécifiquement liés à une exposition à l'amiante. Le nombre de décès par cancer de la plèvre reflète l'importance des maladies liées à l'amiante dans une région. Mais les difficultés d'enregistrement étant majeures pour cette pathologie, particulièrement difficile à identifier et diagnostiquer de façon fiable, cet indicateur doit être manié avec précaution.

Parmi les habitants de la région nazairienne, 15 décès par cancer de la plèvre ont été dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1997-1999 : 13 masculins et 2 féminins. 87 % de ces décès surviennent après 65 ans. La région nazairienne présente une mortalité par cancer de la plèvre chez les hommes trois fois supérieure à la France.

Au plan national, la mortalité par cancer de la plèvre augmente depuis le milieu des années 80. A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité a ainsi progressé de 47 % entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999. Cette augmentation se retrouve pour la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire (+ 64 %), mais bien qu'importante, elle n'est pas statistiquement significative en raison des faibles effectifs étudiés.

Evolution des taux comparatif de mortalité par cancer de la plèvre chez les hommes entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999



Source : INSERM CépiDc , INSEE

### DEFINITIONS

**Maladies professionnelles** : selon le code de la sécurité sociale, est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de MP et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau (loi du 25 octobre 1919). Une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles peut être également reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime.

Les statistiques sur les maladies professionnelles utilisées sont issues du système de réparation du régime général et compabilisent les MP reconnues (soit parce qu'elles ont été contractées dans les conditions mentionnées dans 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.

Les données des salariés agricoles et des salariés de la fonction publiques ne sont pas comptabilisées dans ces dénombrements. Par ailleurs, les exploitants agricoles et les travailleurs non salariés non agricoles ne sont assurés qu'à titre individuel pour ce risque.

**Indice de fréquence** : nombre de maladies professionnelles nouvellement indemnisées pour 10 000 salariés actifs ayant un emploi dénombré au recensement général de la population de 1999 (INSEE).

**% d'IPP** : rapport entre le nombre de maladies professionnelles pour lesquelles un premier versement de rente d'Incapacités permanentes partielles a été effectué et le nombre total de MP reconnues et nouvellement indemnisées (en %).

**Taux moyen d'IPP** : rapport entre la somme des taux des rentes d'IPP versées et le nombre de maladies professionnelles pour lesquelles un premier versement de rente d'Incapacités permanentes partielles a été effectué.

#### Les maladies professionnelles liées à l'amiante

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 XXème 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.

**Cancer de la plèvre** : Code CIM9 : 163 ; Code CIM10 : C45.0 (mésothéliome pleural).

**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 13).

**Taux comparatif de 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 13).



## 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 93). 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. 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 psy-

chotropes. 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.

# les accidents

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Chaque année 180 décès de cause accidentelle dans la région nazairienne

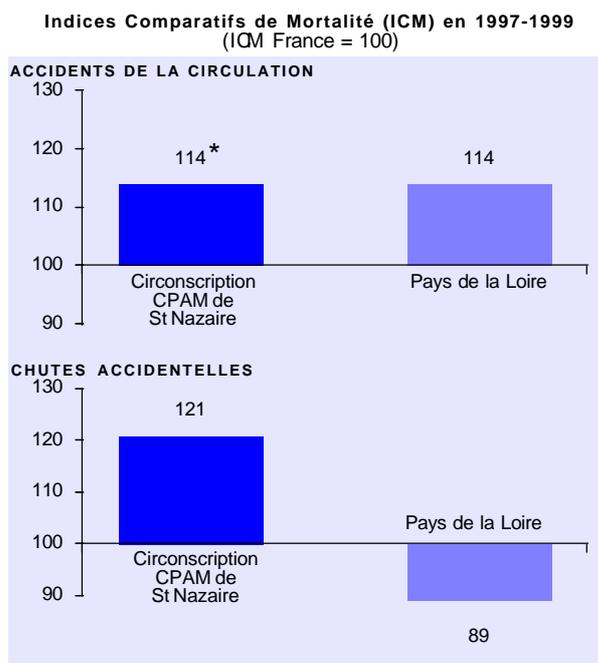
● Les hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements sont plus fréquentes chez les personnes de plus de 85 ans, quel que soit le sexe. Avant 65 ans, les hommes sont plus fréquemment hospitalisés que les femmes pour ce diagnostic. L'inverse est constaté après 65 ans.

● Au cours de la période 1997-1999, 180 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans la région nazairienne de causes accidentelles. Les chutes représentent 38 %, les accidents de la circulation 26 %, et les "fausses routes de produits alimentaires", 17 % des décès.

● Les chutes accidentelles concernent principalement les personnes âgées, 75 % des décès intervenant après 75 ans et un sur deux après 85 ans.

En 1997-1999, la région nazairienne présente une mortalité par chute accidentelle supérieure de 21 % à la moyenne nationale.

L'écart de mortalité par chutes accidentelles entre la région nazairienne et la France s'est donc accru. En 1991-1994, il était de 6 % mais statistiquement non significatif (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").



Sources : INSERM Cépidec, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# les accidents

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Des hospitalisations pour lésions traumatiques et empoisonnements plus fréquentes au-delà de 85 ans ...

Parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, au moins 5 300 hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements ont été dénombrées en moyenne chaque année au cours de la période 1999-2001. Les fractures, les luxations et entorses sont les diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents (respectivement 42 % et 15 % des cas).

Chez les hommes comme chez les femmes, les hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements sont plus fréquentes chez les personnes de plus de 85 ans.

## ... et qui concernent plus souvent les hommes que les femmes avant 65 ans

Avant 65 ans, les hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements concernent plus souvent les hommes que les femmes. C'est entre 15 et 44 ans que le différentiel entre les deux sexes est le plus important. Pour ces tranches d'âge, les taux d'hospitalisation masculins pour ce diagnostic sont entre 2 et 2,5 fois plus élevés que les taux féminins.

Après 65 ans, c'est le phénomène inverse qui est constaté.

## Les accidents sont à l'origine d'environ 180 décès chaque année

Au cours de la période 1997-1999, 180 habitants de la région nazairienne sont décédés en moyenne chaque année de causes accidentelles.

Les chutes sont responsables de la majorité des décès accidentels et représentent 38 % des décès. Viennent ensuite les accidents de la circulation (27 % des décès par accident), et "les fausses routes de produits alimentaires" (17 %).

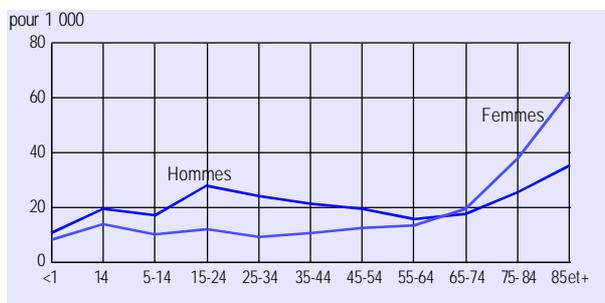
### Nombre annuel moyen de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO pour lésions traumatiques et empoisonnements (hors complications) \* en 1999-2001 parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
Fractures	2 217	41,6%
Luxations et entorses	783	14,7%
Traumatisme crânien	272	5,1%
Trauma.intrathorac.,intra-abdominal	55	1,0%
Traumatisme des nerfs	68	1,3%
Traumatisme vasculaire	24	0,5%
Plaies	486	9,1%
Corps étranger par orifice naturel	64	1,2%
Brûlure et corrosion	58	1,1%
Intoxication produit pharmaceutique	431	8,1%
Intoxication prod.non pharmaceutique	38	0,7%
Effet nocif de cause extérieure	61	1,1%
Séquelle trauma. et empoisonnement	628	11,8%
Autres	144	2,7%
<b>Total lésions traumatiques et empoisonnements (hors complications)*</b>	<b>5 329</b>	<b>100,0%</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées)

\* Ensemble des séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation, à l'exception du code CIM10 "complications d'actes chirurgicaux ou médicaux". Le total est donc différent de celui présenté dans le tableau p.21.

### Taux d'hospitalisation dans les services de soins MCO par âge et sexe pour lésions traumatiques et empoisonnements en ts\* en 1999-2001 parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : DREES (PMSI, données domiciliées)

\* Ensemble des séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (y compris le code CIM10 "complications d'actes chirurgicaux ou médicaux").

### Nombre annuel moyen de décès par accident dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999

	Tous âges		75 ans et plus	
	Nbre décès	en %	Nbre décès	Proportion**
Chute accidentelle	69	38,3	52	75,4%
Fausse route alimentaire*	31	17,2	20	64,5%
Intoxication par médicament	4	2,2	3	75,0%
Noyade	3	1,7	0	0,0%
Accident provoqué par le feu	2	1,1	0	0,0%
Autres	22	12,2	7	31,8%
<b>Total accidents de la vie courante</b>	<b>132</b>	<b>73,3</b>	<b>82</b>	<b>62,1%</b>
<b>Accidents de la circulation</b>	<b>48</b>	<b>26,7</b>	<b>4</b>	<b>8,3%</b>
<b>Total accidents</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>48,3%</b>

Source : INSERM CépiDc

\* Aspiration ou ingestion de produits alimentaires provoquant une obstruction des voies respiratoires ou suffocation

\*\* Part des personnes de 75 ans et plus parmi l'ensemble des décès

# les accidents

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Les chutes accidentelles :

### Des décès qui concernent principalement les personnes âgées

Au cours de la période 1997-1999, les chutes accidentelles ont été à l'origine de 69 décès en moyenne chaque année dans la région nazairienne.

La très grande majorité de ces décès surviennent chez des personnes très âgées, 75 % intervenant après 75 ans et un sur deux après 85 ans.

Les décès par chute accidentelle touchent majoritairement les femmes : 59 % des décès les concernent. Mais les taux de mortalité féminins sont inférieurs aux taux masculins, excepté dans la tranche d'âge des 85 ans et plus.

### Une mortalité en baisse chez les femmes

Au cours des quinze dernières années, le nombre annuel de décès par chute accidentelle a évolué à la hausse, passant de 63 en 1980-1984, à 55 en 1988-1992 et à 69 en 1997-1999. Mais cette progression est liée au vieillissement et à l'augmentation de la population.

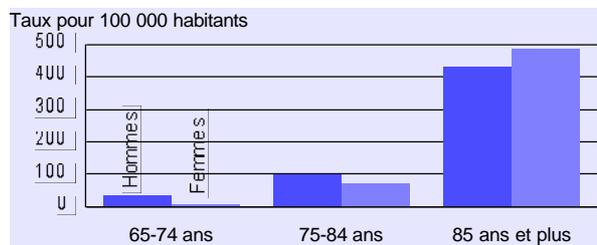
A structure par âge comparable, les taux comparatifs de mortalité par chute accidentelle sont restés stables chez les hommes de la région nazairienne entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, alors qu'au plan national ils diminuaient de 37 %.

Chez les femmes de la région nazairienne, les taux comparatifs de mortalité par chute accidentelle ont chuté de 45 % entre ces deux périodes, comme au plan national (- 50 %).

### Une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale

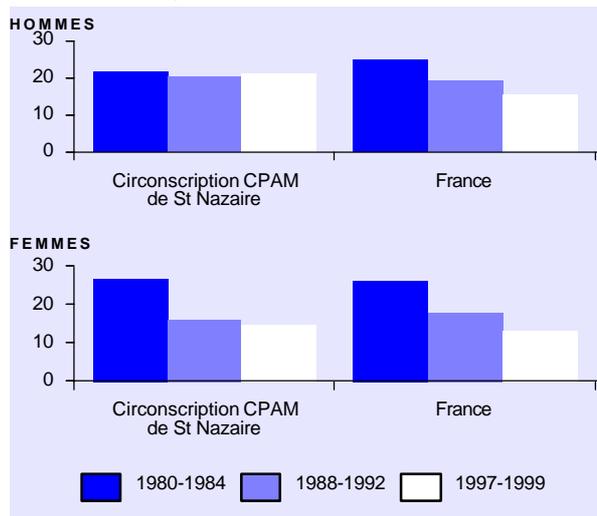
En 1997-1999, la mortalité par chute accidentelle est dans la région nazairienne supérieure de 21 % à la moyenne française. L'écart de mortalité se retrouve chez les hommes (+ 39 %) et chez les femmes, mais de façon moins marquée (+ 11 %, différence statistiquement non significative).

### Taux de mortalité par âge et sexe par chute accidentelle dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### Evolution des taux comparatifs de mortalité par chute accidentelle dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### 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 hors complications :** Codes CIM10 : S00-T98, sauf T80-T88 (complications d'actes chirurgicaux ou médicaux).

**Lésions traumatiques et empoisonnements hors complications :** Codes CIM10 : S00-T98.

**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 39).

**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 13).

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 19 à 21.

# les accidents de la circulation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 fré-

quemment 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.

# les accidents de la circulation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Environ 50 décès par accident de la circulation dans la région nazairienne chaque année

● Au cours de la période 1997-1999, environ 50 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sont décédés en moyenne chaque année d'un accident de la circulation. Les victimes sont des hommes dans 71 % des cas. 27 % des décès concernent des personnes de 15-24 ans.

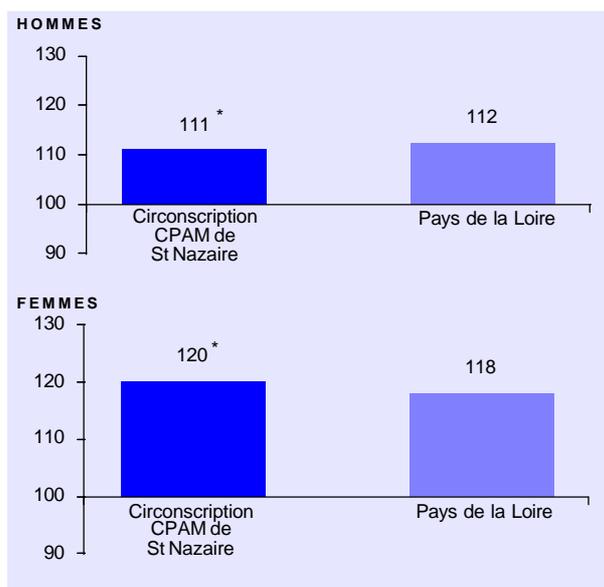
On compte également environ 170 blessés graves chaque année parmi les victimes d'accidents de la circulation sur les routes de la région nazairienne (pour la période 2000-2002).

● Entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, la mortalité par accident de la circulation a diminué dans la région nazairienne de 46 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes, et ce malgré l'augmentation continue du trafic.

En 1997-1999, la région nazairienne présente une mortalité supérieure de 11 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 20 % chez les femmes, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Il n'apparaît donc pas d'évolution entre la situation nazairienne et la France depuis le début des années 90. En 1991-1994, la mortalité par accident de la circulation n'était pas statistiquement différente de la moyenne nationale (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

● C'est indéniablement l'automobile qui fait le plus de victimes, 65 % des tués lors d'accidents de la route et 52 % des blessés graves circulaient en voiture (au cours de la période 1998-2002). Mais 29 % des 0-14 ans et 22 % des plus de 65 ans tués dans un accident de la circulation étaient piétons.

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par accident de la circulation en 1997-1999  
(ICM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# les accidents de la circulation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## LA MORTALITE PAR ACCIDENT DE LA ROUTE

La source statistique utilisée est celle des causes médicales de décès de l'INSERM. Elle recense le nombre de décès par accident de la circulation parmi les habitants de la région nazairienne.

### Des décès qui concernent les hommes dans 71 % des cas

Sur la période 1997-1999, 48 personnes habitant la région nazairienne sont décédées en moyenne chaque année par accident de la route (voir encadré).

Les victimes sont des hommes dans 71 % des cas. Le taux comparatif de mortalité masculin est 2,5 fois plus élevé que le taux féminin.

Outre le sexe, l'âge est également source de variations importantes. 27 % des décès concernent des personnes de 15-24 ans en raison de leur relative inexpérience ainsi que de leurs comportements de prise de risque plus fréquents. Cette tranche d'âge est la plus touchée, avec un taux de mortalité 2 fois plus élevé que le taux moyen.

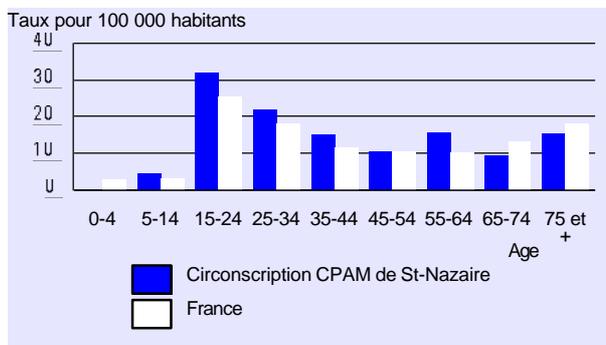
A structure par âge comparable, la région nazairienne présente une surmortalité pour cette cause qui dépasse de 14 % la moyenne nationale (+ 11 % pour les hommes, + 20 % pour les femmes), mais les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

### Une mortalité qui diminue

Entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, le taux comparatif de mortalité par accident de la circulation a diminué dans la région nazairienne de 46 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes. Cette dernière baisse n'est pas statistiquement significative, mais elle se retrouve au plan national.

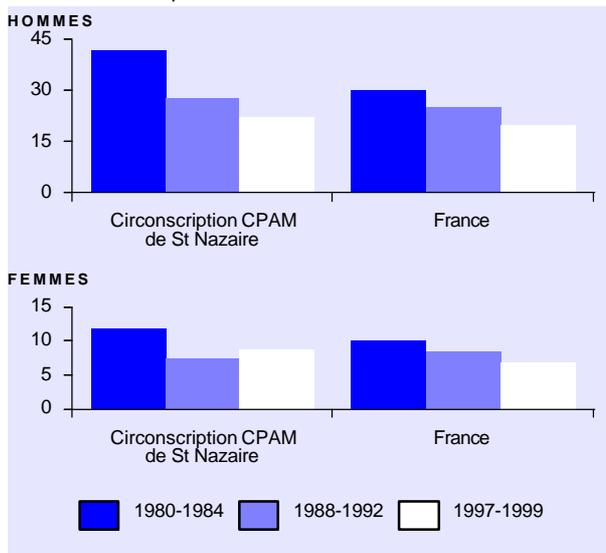
Chez les hommes, le recul a été plus marqué qu'en moyenne en France, réduisant ainsi les écarts de mortalité entre la région nazairienne et le niveau national qui existaient au début des années 80.

Comparaison des taux de mortalité par âge par accident de la circulation en 1997-1999 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Evolution des taux comparatifs de mortalité par accident de la circulation dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

### DEFINITIONS

Deux sources d'information sont utilisées dans cette fiche en ce qui concerne les accidents de la circulation :

- Les données de l'INSERM, qui concernent les accidents impliquant des personnes domiciliées dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, quel que soit le lieu de l'accident (décès domiciliés).

**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. 13).

**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

13).

- Les données de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière et de l'Observatoire régional de la sécurité routière, qui concernent les accidents ayant eu lieu sur les routes de la région nazairienne, quel que soit le domicile de la personne accidentée (données enregistrées).

**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.

Note : les statistiques délivrées par l'Observatoire régional de la sécurité routière publiées dans "La Santé Observée dans la région nazairienne" en 1997 étaient erronées.

# les accidents de la circulation

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## LES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE

La source statistique utilisée est celle de l'Observatoire régional de la sécurité routière, qui recense le nombre de victimes par accident de la circulation survenus dans la région nazairienne.

### 50 décès et 170 blessés graves chaque année sur les routes de la région nazairienne

Les accidents de la route qui se sont produits dans les communes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire ont été à l'origine de 53 décès et 173 blessés graves en moyenne chaque année au cours de la période 2000-2002.

Le nombre de blessés graves par accident de la route a diminué au cours des dernières années, passant de 210 en moyenne chaque année pour la période 1996-1998 à 173 pour 2000-2002. Le nombre de tués a également diminué, passant respectivement de 63 à 53.

Ces tendances à la baisse se retrouvent au plan national depuis le milieu des années 80, et ce malgré l'augmentation continue du trafic, témoignant de l'efficacité des mesures de prévention prises depuis le début des années 70. Le nombre de blessés graves par accident de la circulation a diminué de 60 % entre 1984 et 2000 en France et le nombre de tués de 30 %.

### Un tiers des victimes concerne des jeunes entre 15 et 24 ans

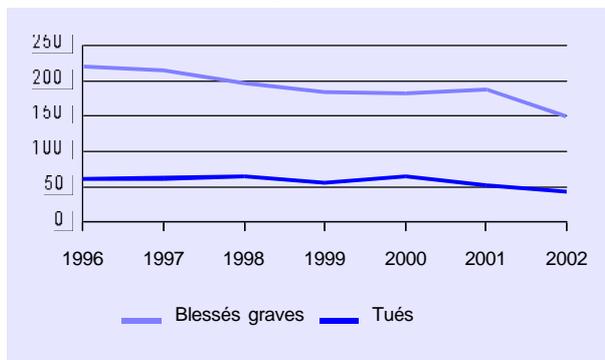
Dans la région nazairienne comme ailleurs, les adolescents et les jeunes adultes sont les premières victimes des accidents de la route. Ainsi 31 % des personnes tuées (proportion cohérente avec celle des données de l'INSERM), et 36 % des personnes blessées graves suite aux accidents de la circulation survenus dans la région nazairienne au cours de la période 1998-2002 sont des jeunes âgés entre 15 et 24 ans.

### Deux personnes tuées lors d'un accident de la route sur trois circulaient en voiture

C'est la voiture qui fait le plus de victimes. Parmi les personnes tuées lors d'un accident de la circulation survenu dans la région nazairienne au cours de la période 1998-2002, 65 % circulaient en voiture, 24 % en deux roues et 11 % étaient piétons. Pour les blessés graves, ces proportions sont respectivement de 52 %, 40 % et 8 %.

C'est pour les enfants (0-15 ans), et les personnes de 65 ans et plus, que les piétons sont proportionnellement plus nombreux parmi les accidentés. Ils représentent 29 % des 0-14 ans et 22 % des plus de 65 ans des personnes tuées dans un accident de la circulation et respectivement 29 % et 33 % des blessés graves.

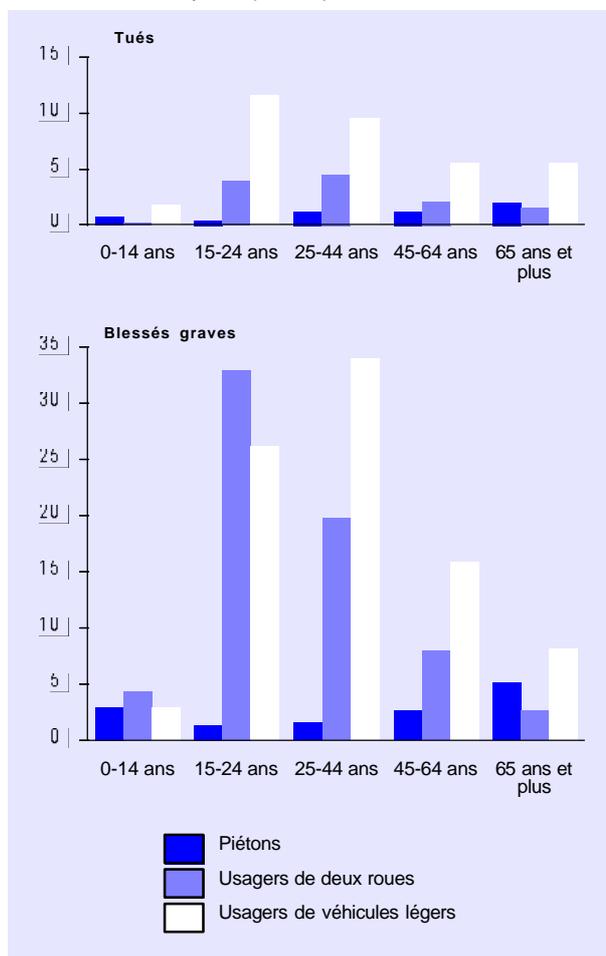
Évolution entre 1996 et 2002 du nombre de tués et de blessés graves par accident de la circulation survenus dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : Observatoire régional de la sécurité routière

Note : Les statistiques délivrées par l'Observatoire régional de la sécurité routière publiées dans "La Santé Observée dans la région nazairienne" en 1997 étaient erronées.

Nombre annuel de tués et de blessés graves par accident de la circulation survenus dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne pour la période 1998-2002



Source : Observatoire régional de la sécurité routière

## 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.

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 récurrences sont fréquentes (elles représentent 35 à 45 % des tentatives) et souvent précoces, notamment chez les jeunes.

# les suicides

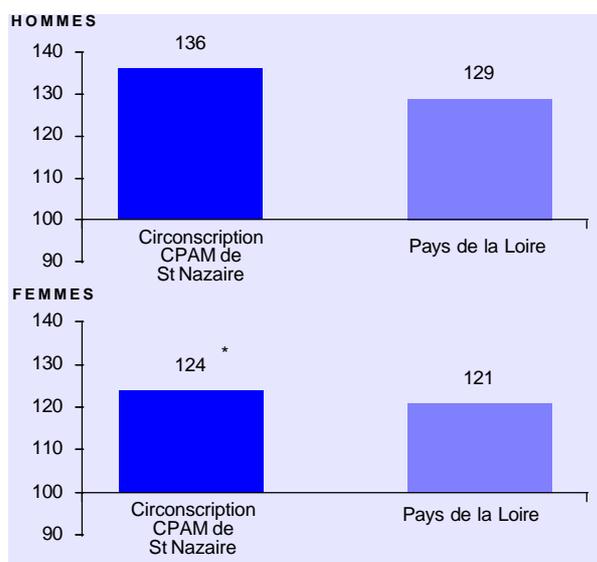
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Une mortalité masculine supérieure de 36 % à la moyenne nationale

- Entre 1997 et 1999, le suicide a été à l'origine de près de 80 décès parmi les habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne chaque année. En comparaison, il y a plus de décès par suicide que par accident de la circulation.
- Les décès par suicide concernent surtout les hommes (74 % des décès pour la période 1997-1999).
- La fréquence des décès augmente avec l'âge. Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide est ainsi multiplié par 6 entre les tranches d'âge des 15-24 ans et celle des plus de 75 ans. Mais le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. Entre 15 et 44 ans, il est responsable de près d'un décès masculin sur cinq.
- Dans la région nazairienne comme en France, à structure par âge comparable, la mortalité masculine a diminué depuis le début des années 80. Malgré ce recul, la mortalité masculine par suicide reste supérieure de 36 % à celle observée au plan national en 1997-1999. Chez les femmes, on observe également une surmortalité de 24 %, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.
- La situation est proche de celle observée au début des années 90. En 1991-1994, la région nazairienne présentait une mortalité par suicide supérieure de 31 % à la moyenne nationale chez les hommes, et statistiquement non différente chez les femmes (voir "la santé observée dans la région nazairienne - 1997").

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
par suicide en 1997-1999  
(ICM France = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Différence non significative au seuil de 5 %

# les suicides

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 60 hommes et 20 femmes de la région nazairienne se suicident chaque année

Au cours de la période 1997-1999, 78 habitants de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire se sont suicidés en moyenne chaque année.

En comparaison, le nombre de décès par suicide est supérieur au nombre de décès par accident de la circulation (48 par an au cours de la période 1997-1999). Le nombre annuel de décès par accident de la circulation est en effet en baisse depuis le début des années 80 (77 pour la période 1980-1984, 48 pour 1997-1999), et ce malgré l'augmentation du trafic automobile. Le nombre de suicides est par contre en augmentation (respectivement 70 et 78).

Les décès par suicide concernent surtout les hommes. Sur 78 décès annuels, 58 soit les 3/4 les concernent. A structure par âge identique, le taux comparatif de mortalité masculin est 3 fois plus élevé que le taux féminin.

## Une mortalité masculine supérieure de 36 % à la moyenne nationale

La région nazairienne connaît une mortalité par suicide chez les hommes plus élevée de 36 % à celle constatée au plan national. Cette situation se retrouve pour l'ensemble de la région des Pays de la Loire (+ 29 %).

Pour les femmes, la région nazairienne connaît également une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale, avec une surmortalité supérieure de 24 %, situation qui se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+21 %). La différence observée pour la région nazairienne n'est toutefois pas statistiquement significative.

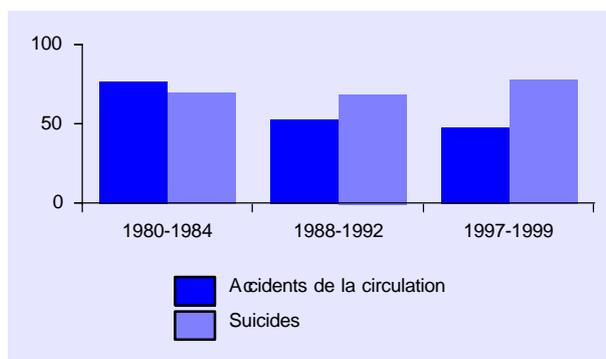
## La fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge

Dans la région nazairienne comme en France, la mortalité par suicide augmente avec l'âge, mais cette évolution adopte un profil différent selon le sexe.

Chez les hommes, la mortalité par suicide augmente très fortement à partir de 75 ans. Le taux de mortalité est ainsi multiplié par plus de 4 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celles des 75 ans et plus, comme au plan national.

Les écarts de mortalité entre la région nazairienne et le niveau national s'observent sur toutes les tranches d'âge, exceptée celle des 65-74 ans.

Nombre annuel de décès par suicide et par accident de la circulation dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : INSERM CépiDc

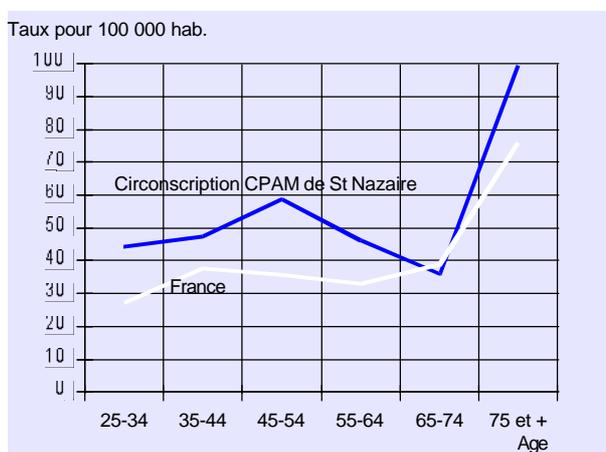
Mortalité par suicide dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1997-1999 (effectifs annuels moyens et taux pour 100 000 habitants)

Age	Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux	Taux France	Nombre	Taux	Taux France
15 à 24 ans	3	13,8	13,1	1	5,3	3,8
25 à 34 ans	9	44,1	27,1	1	4,9	7,9
35 à 44 ans	11	47,3	37,6	4	17,1	11,5
45 à 54 ans	14	58,7	35,7	5	21,2	14,2
55 à 64 ans	7	46,1	32,9	4	24,6	14,9
65 à 74 ans	5	35,9	38,7	3	16,9	13,9
75 à 84 ans	7	100,2	63,3	1	8,9	16,1
85 ans et +	2	96,7	115,1	1	16,9	17,8
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>36,6*</b>	<b>27,4*</b>	<b>20</b>	<b>10,5*</b>	<b>8,8*</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Taux comparatif de mortalité

Taux de mortalité masculins par suicide selon l'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# les suicides

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

Chez les femmes, les taux nationaux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge de façon plus progressive que pour les hommes, tendance qui se retrouve pour la région nazairienne.

## Entre 15 et 44 ans, près d'un décès sur cinq est un suicide chez les hommes

Les décès par suicide sont plus fréquents chez les personnes âgées, mais le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes.

**Chez les hommes**, le suicide est à l'origine de 9 % de l'ensemble des décès prématurés (avant 65 ans). C'est entre 15 et 44 ans que les décès par suicide ont le poids le plus important dans la mortalité, dans la région nazairienne comme en France. Ils représentent 18 % des décès masculins (17 % des décès en France).

**Chez les femmes**, le suicide est à l'origine de 8 % de l'ensemble des décès prématurés. Comme chez les hommes, c'est entre 15 et 44 ans que les décès par suicide ont le poids le plus important dans la mortalité, dans la région nazairienne (13 % des décès féminins), comme en France (12 %).

## Une mortalité en baisse chez les hommes

Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, le nombre annuel moyen de décès par suicide est passé de 70 pour la période 1980-1984 à 69 pour 1988-1992 et à 78 pour 1997-1999.

Chez les hommes, le taux comparatif de mortalité a en effet diminué de 19 % entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, dans la région nazairienne. Cette baisse n'est pas statistiquement significative, mais elle se retrouve au plan national (- 18 %).

Chez les femmes, on observe également une tendance à la baisse (- 8 % entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, baisse statistiquement non significative), mais beaucoup plus modérée qu'au plan national (- 23 %).

### 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 13).

**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 13).

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

**Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès en 1997-1999 (en %)**

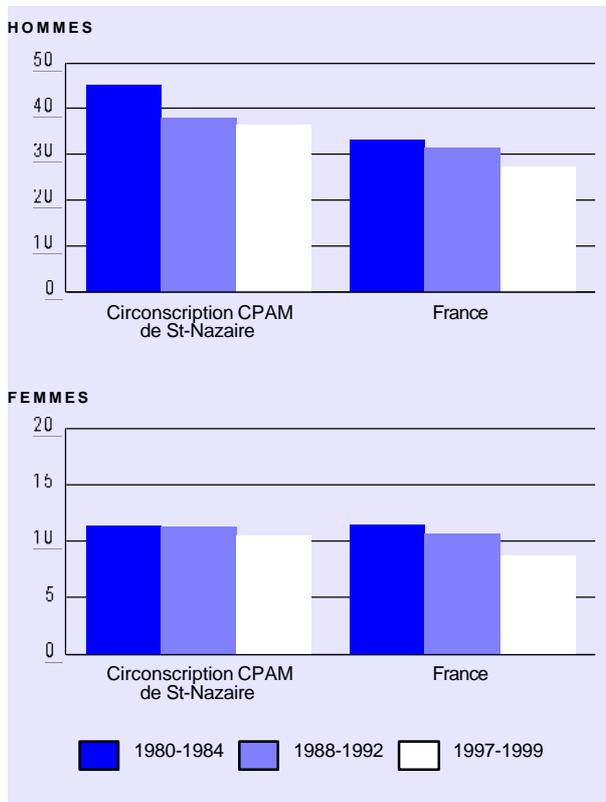
Hommes	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Pays de la Loire	France
15 à 24 ans	16	17	15
25 à 34 ans	28	24	21
35 à 44 ans	14	21	15
45 à 54 ans	10	9	7
55 à 64 ans	3	4	3
65 ans et plus	1	1	1

Femmes	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Pays de la Loire	France
15 à 24 ans	11	12	12
25 à 34 ans	11	19	16
35 à 44 ans	14	13	10
45 à 54 ans	9	7	6
55 à 64 ans	5	4	3
65 ans et plus	0	1	0

Source : INSERM CépiDc

**Évolution des taux comparatifs de mortalité par suicide entre 1980-1984 et 1997-1999**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

# Personnes âgées



## CONTEXTE NATIONAL

Au recensement de la population de 1999, l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus atteignait 4,5 millions en France, représentant alors 7,7 % de la population totale. Cette population est composée pour les 2/3 de femmes.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est passé de 3,6 millions au recensement de 1982 à 4,5 millions en 1999. Cette augmentation 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. Ces gains d'espérance de vie des personnes âgées témoignent 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.

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. L'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus va doubler d'ici 2030, passant de 4,2 au 1er janvier 2000 à 8,3 millions de personnes au 1er janvier 2030. Même évolution attendue pour les 85 ans et plus, avec 2,4 millions de personnes en 2030 contre 1,2 million en 2000. Toutefois, cette croissance ne sera pas continue. Ainsi, l'effectif des plus de 85 ans diminue actuellement depuis l'arrivée des classes creuses nées entre 1915-1919 dans leur 85ème année, tendance qui va se poursuivre jusqu'en 2005.

La part des habitants de 75 ans et plus varie selon les régions, de 6 % en Ile-de-France, à 12 % en Limousin au recensement de la population de 1999. Au cours des trente années à venir, le vieillissement de la population affectera toutes les régions, mais le contraste entre les extrêmes apparaîtra plus important que celui constaté actuellement. Les départements peu urbanisés du Centre de la France, du Massif central et de Midi-Pyrénées, qui font déjà partie des régions les plus âgées, sont ceux qui vieilliront le 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, et surtout la réalité des mouvements migratoires peuvent remettre en cause ces résultats.

Les conséquences sociales de ces évolutions démographiques sont multiples. La forte progression de l'effectif des personnes âgées, devrait amplifier les besoins d'aides et de soins, que ceux-ci soient socialisés, ou pas.

# la population âgée

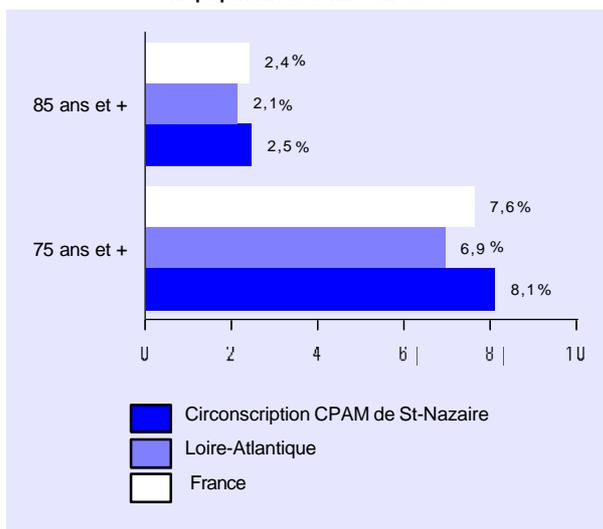
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Dans les trente prochaines années, l'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans va être multiplié par 2,4

- La circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire compte plus de 26 000 personnes de plus de 75 ans au recensement de 1999, dont 8 000 de plus de 85 ans.
- La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale est plus élevée dans la région nazairienne (8,1 %) qu'au plan national (7,6 %).
- Selon les prévisions démographiques, l'effectif des plus de 75 ans va être multiplié par 2,4 d'ici 2030. Les personnes de plus de 75 ans représenteront alors une personne sur 6.
- Comme l'ensemble des Pays de la Loire, la région nazairienne présente une proportion de personnes vivant à domicile plus faible qu'au plan national, et les institutions d'hébergement y sont plus nombreuses. Mais la majorité des personnes de plus de 75 ans (86 %) vivent chez elles, et au-delà de 80 ans elles sont encore 78 % dans ce cas.
- A l'image de la population générale de la région nazairienne, la majorité des personnes de plus de 75 ans (78 %) vivent en zone urbaine.

Proportion de la population âgée dans la population totale en 1999



Source : INSEE (RP 99)

# la population âgée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Plus de 26 000 personnes de 75 ans et plus dans la région nazairienne au recensement de 1999

Au recensement de la population de 1999, l'effectif de la population âgée de 75 ans et plus atteint 26 210 personnes dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, dont 7 980 de plus de 85 ans et 630 de plus de 95 ans.

Si l'on rapporte ces effectifs à la population totale, les personnes de 75 ans et plus représentent 8,1 % de la population totale et les plus de 85 ans 2,5 %. Ces proportions sont légèrement plus élevées qu'au plan national (respectivement 7,6 % et 2,4 %).

Les hommes et les femmes ont une espérance de vie différente. En 1999, 62 % des personnes de plus de 75 ans habitant la région nazairienne sont des femmes, et l'écart s'accroît à mesure que l'âge s'élève. Au-delà de 85 ans, les femmes représentent 74 % des effectifs.

## En moins de 20 ans, l'effectif des plus de 85 ans a doublé

Le vieillissement de la population, déjà constaté au recensement de 1990 s'est poursuivi entre 1990 et 1999. L'effectif de la population de 75 ans et plus est en effet passé de 17 450 en 1982 à 21 460 en 1990 et 26 210 en 1999, soit une progression annuelle de 2,6 % entre 1982 et 1990 et de 2,2 % entre 1990 et 1999.

L'augmentation est encore plus marquée en ce qui concerne les personnes plus âgées : le nombre des plus de 85 ans est passé de 3 700 en 1982 à 5 470 en 1990 et 7 980 en 1999, soit une progression annuelle de 5,0 % entre 1982 et 1990 et de 4,3 % entre 1990 et 1999.

Cette évolution spectaculaire est la conséquence directe de l'augmentation importante de l'espérance de vie, qui a d'ailleurs surtout profité aux plus âgés. Ainsi, en Loire-Atlantique, l'espérance de vie à la naissance est passée de 69,2 ans en 1982 à 74,6 ans en 1999 chez les hommes, et de 78,7 ans à 82,8 ans chez les femmes.

## En 2030, un habitant sur 6 aura au moins 75 ans

Selon les projections démographiques établies par l'INSEE, l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter de manière continue jusqu'en 2030. Dans la zone d'emploi de Saint-Nazaire, 30 600 personnes seront âgées de plus de 75 ans au 1er janvier 2010, 35 200 en 2020. Les personnes de plus de 75 ans représenteront alors 12,2 % de la population. A partir de

Evolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus de 1975 à 1999 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	1975	1982	1990	1999
75 ans et plus	16 396	17 448	21 462	26 214
85 ans et plus	-	3 704	5 470	7 981
95 ans et plus	-	-	354	629
% des 75 ans et plus	6,1%	6,0%	7,0%	8,1%
% des 85 ans et plus	-	1,3%	1,8%	2,5%

Source : INSEE - recensements

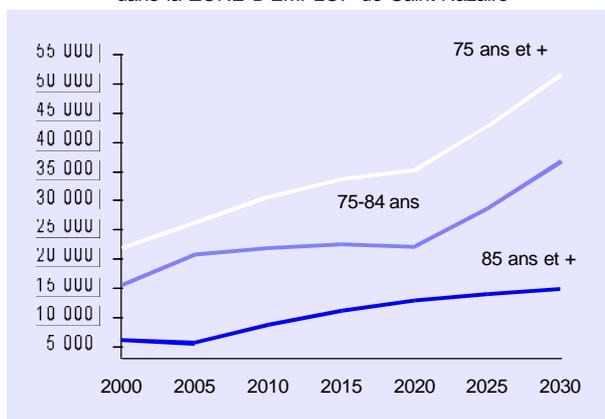
Effectifs des personnes âgées de 75 ans et plus en 1999 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	75-84 ans	85 ans et +	Ensemble
Hommes	6 988	2 069	9 057
Femmes	11 245	5 912	17 157
Ensemble	18 233	7 981	26 214
Proportion CPAM St-Nazaire*	5,6%	2,5%	8,1%
Proportion Loire-Atlantique*	4,8%	2,1%	6,9%
Proportion Pays de la Loire*	5,3%	2,5%	7,8%
Proportion France*	5,2%	2,4%	7,6%

Source : INSEE - RP99

\* Proportion dans la population totale

Evolution prévisionnelle du nombre de personnes de 75 ans et plus entre 2000 et 2030 dans la ZONE D'EMPLOI\* de Saint-Nazaire



Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central I)

Evolution prévisionnelle de la part des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2000 et 2030 dans la ZONE D'EMPLOI\* de Saint-Nazaire

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
% des + de 75 ans	8,1	9,6	11,0	11,8	12,2	14,8	17,8
% des + de 85 ans	2,3	2,0	3,1	3,9	4,5	4,9	5,1

Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central I)

\*La zone d'emploi de Saint-Nazaire est composée de 13 cantons : La Baule-Escoublac, Le Croisic, Guérande, Herbignac, Montoir-de-Bretagne, Paimboeuf, Pontchâteau, Pornic, Saint-Gildas-des-Bois, Saint-Nazaire, Saint-Père-en-Retz, Bourgneuf-en-Retz et Savenay. Il s'agit de l'ensemble des cantons de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire sans ceux de Saint-Etienne-de-Montluc, du Pellerin (voir carte p.6).

# la population âgée

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

2020, les générations du baby boom rentreront dans leur 75ème année et l'effectif des personnes de plus de 75 ans, va alors augmenter rapidement, atteignant 51 815 en 2030. Les personnes de plus de 75 ans représenteront alors 17,8 % de la population.

L'effectif des plus de 85 ans va baisser jusqu'en 2005, en raison de l'arrivée dans leur 85ème année des classes creuses nées pendant la première guerre mondiale. A partir de 2005, les effectifs vont augmenter rapidement pour atteindre 8 760 personnes en 2010, 12 886 en 2020 et 14 886 en 2030. Les personnes de plus de 85 ans représenteront alors 5,1 % de la population.

## La majorité des personnes âgées vivent à leur domicile

Au recensement de la population de 1999, 86 % des habitants de la région nazairienne âgés de plus de 75 ans vivent à leur domicile. Cet indicateur prend en compte les personnes vivant en logement-foyer, considérés comme des domiciles personnels au recensement de la population. L'entrée en institution est fortement liée au vieillissement de la population et la proportion de personnes vivant à domicile décroît avec l'âge. Mais quel que soit leur âge, les personnes vivant à domicile restent les plus nombreuses. 78 % des plus de 80 ans vivent à leur domicile.

Au-delà de 80 ans, 43 % des habitants de la région nazairienne vivent seuls (en 1999).

Comme pour l'ensemble des Pays de la Loire, la région nazairienne présente une proportion de personnes vivant à domicile (86 %) plus faible qu'au plan national (90 %). La région fait en effet partie des régions les mieux équipées en structures d'hébergements collectifs.

## 78 % de la population âgée de plus de 75 ans habite en zone urbaine

La majorité des personnes de plus de 75 ans de la région nazairienne habite en zone urbaine (78 % en 1999), comme l'ensemble de la population toutes tranches d'âge confondues (82 %).

Mais la proportion de personnes âgées est plus élevée en zone rurale : 9,8 % de la population vivant en zone rurale est âgée de plus de 75 ans contre 7,7 % pour les communes des zones urbaines.

**Mode de vie des personnes âgées**  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999

	75-79 ans	>= 80 ans	Ensemble des plus de 75 ans
<b>Nb de personnes de la circonscription de la CPAM de St-Nazaire</b>			
vivant en collectivités **	685	2 912	3 597
vivant à domicile **	12 301	10 260	22 561
<b>Proportion * de personnes vivant à domicile</b>			
Circons. CPAM de St-Nazaire	94,7	77,8	86,2
Loire-Atlantique	95,2	76,7	85,8
Pays de la Loire	95,2	76,8	85,8
France métropolitaine	96,5	84,2	90,1

Source : INSEE - RP99

**Proportion\* de personnes vivant seules à leur domicile\*\***  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999

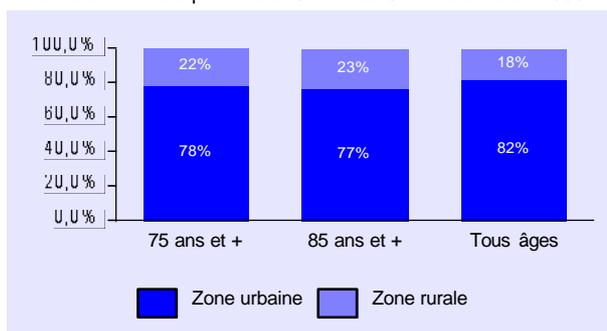
	75-79 ans	>= 80 ans	Ensemble des + de 75 ans
Circonscription CPAM de St-Nazaire	33,6	42,8	38,2
Loire-Atlantique	35,6	39,6	37,6
Pays de la Loire	33,1	39,2	36,2
France métropolitaine	34,2	42,0	38,2

Source : INSEE - RP99

\* Proportion calculée par rapport à l'ensemble de la population de la tranche d'âge considérée (vivant à domicile ou en collectivité)

\*\* Domicile : logements-foyers compris  
Collectivités : maisons de retraite, services de long séjour des hôpitaux, communautés religieuses, centres d'hébergement (logements-foyers non compris)

**Population des plus de 75 ans selon la zone d'habitation\***  
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999



Source : INSEE - RP99

\* Zonage en aire urbaine : voir carte et définition page 6

### Les projections de population - modèle Omphale 2000-2030

A 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

# les aides et soins aux personnes âgées

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 premier semestre 2003. Rapporté à la population, cela représente un ratio de 160 bénéficiaires pour mille habitants de plus de 75 ans. Selon une estimation effectuée par la DREES, l'effectif de la population "dépendante" serait voisin de 800 000 personnes. Parmi les bénéficiaires de cette nouvelle prestation, administrée et financée principalement par les Conseils généraux, 54 % vivent à domicile et 46 % en établissement (maison de retraite et soins de longue durée). 44 % des bénéficiaires dépendent du GIR4, 21 % du GIR3, 27 % du GIR2, et 8 % du GIR1 (voir encadré page 112).

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 ne répondent pas tous aux mêmes besoins : 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, ces résidences constituent un groupe hétérogène, avec des modes d'organisation souvent différents se-

lon les départements, et accueillent pour la plupart une majorité de personnes autonomes.

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 %).

Pour faire face aux besoins d'aide croissants en institution, différents forfaits soins financés par l'assurance maladie ont été institués, ce qui a permis aux établissements de recruter des personnels supplémentaires (principalement des aides-soignants) ou de financer certaines dépenses de soins spécifiques. On dénombrait ainsi 160 400 places en section de cure médicale au 1er janvier 2001, dans les maisons de retraite et logement-foyer dits "médicalisés".

Une importante réforme est en cours actuellement, les établissements d'accueil de personnes âgées se transformant progressivement en "établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes", EHPAD. Jusqu'à présent, les frais d'hébergement en établissement étaient supportés par le résident et par l'assurance maladie (forfaits soins). Avec la création de l'Allocation personnalisée d'aide à l'autonomie (APA), de nouvelles modalités de tarification ont été mises en place. Le budget de l'établissement est maintenant réparti en trois sections distinctes : l'hébergement (pris en charge par le résident), le budget "dépendance" (financé par le Conseil général à travers l'APA) et le budget soins (financement assurance maladie). Les établissements concernés par la réforme doivent dorénavant signer une convention tripartite avec le Conseil général et le Préfet. Cette convention, qui fixe les "objectifs qualité" que l'établissement s'engage à respecter, détermine l'importance de la participation des différents financeurs. 6 450 maisons de retraite, un millier d'unités de soins de longue durée, et à un moindre degré les logements-foyers sont concernés par cette réforme.

# les aides et soins aux personnes âgées

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## CONTEXTE NATIONAL (suite)

Cette réforme va dissocier dans l'offre actuelle 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 EHPAD, qui hébergent une majorité de personnes âgées dépendantes, et qui sont les seuls à être concernés par les conventions tripartites.

Les soins infirmiers et de nursing sont une autre composante primordiale de l'aide aux personnes âgées dépendantes. 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.

Historiquement, le secteur de l'aide à domicile reposait sur l'aide ménagère. Mais les politiques visant à favoriser le développement des emplois familiaux ont apporté des changements importants dans l'organisation de ce secteur, avec une simplification des conditions d'embauche par les particuliers (chèque-service), et une réduction des cotisations sociales à la charge de l'em-

ployeur, que celui-ci soit l'usager lui-même ou un service d'aide. Aujourd'hui, le secteur de l'aide à domicile recouvre des activités qui s'exercent selon des modalités différentes selon que l'intervenant est salarié de l'usager (employée de maison ou aide à domicile qualifiée), ou d'un service d'aides à domicile agréé. On dénombrait fin 1998 en France environ 7 000 services agréés, qu'ils soient publics (dépendant des CCAS), associatifs (les plus nombreux), ou privés.

Avec l'augmentation attendue du nombre de personnes très âgées, la demande d'aides et de soins va-t-elle continuer à augmenter au même rythme que la croissance démographique ? Le taux d'hébergement qui a tendance à baisser jusqu'à 90 ans, va-t-il continuer à croître au-delà de cette borne d'âge ? 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. 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 réside dans l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité dans les années à venir.

Aujourd'hui, avec l'APA on dispose d'un indicateur qui permet d'évaluer l'importance des problèmes de perte d'autonomie par territoire. Reste à comprendre les mécanismes qui incitent les personnes ayant des besoins d'aide à se tourner vers les structures d'hébergement ou à rester chez elles, car les comportements dans ce domaine semblent excessivement variables selon les régions.

# les aides et soins aux personnes âgées

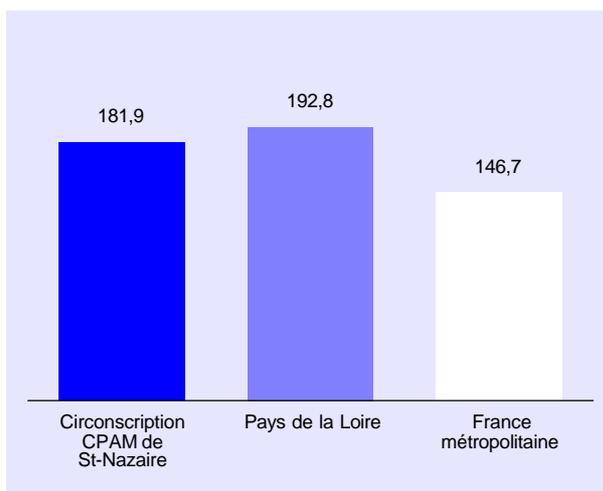
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Environ 4 000 personnes bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Dans la région nazairienne, on peut estimer qu'environ 4 000 personnes (à domicile et en institution) bénéficient de l'APA dans la circonscription nazairienne. Parmi elles, 1 400 vivent à domicile et 2 600 en institution.
- La circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire compte 4 800 places en structures d'hébergement collectif et de soins pour personnes âgées (maison de retraite, logement-foyer et soins de longue durée). Le taux d'équipement (182 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) dépasse de 24 % la moyenne nationale. Ce particularisme se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire.
- Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile est moins développé que la moyenne nationale.
- Enfin, 7 500 personnes bénéficient d'une prestation d'un service d'aide à domicile.

Taux d'équipement en hébergement collectif et long séjour  
au 01-01-2001



Sources : DRASS-STATISS, INSEE (RP 99)  
sauf pour CPAM : CODERPA, INSEE (RP 99)

# les aides et soins aux personnes âgées

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Fin 2002, environ 4 000 personnes bénéficient de l'APA dans la région nazairienne

Pour répondre aux besoins d'aides des personnes âgées, a été instituée au 1er janvier 2002 l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans la région nazairienne, si on applique le taux de bénéficiaires de l'APA en établissement observé en Loire-Atlantique à l'effectif des plus de 75 ans de la région nazairienne, on peut estimer à 2 610 le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement fin 2002. A domicile, ils sont plus de 1 380 dans ce cas. Au total, dans la région nazairienne, près de 4 000 personnes bénéficient de l'APA fin 2002.

70 % des personnes bénéficiaires de l'APA en Loire-Atlantique vivent en institution. Cette proportion est nettement plus élevée qu'au plan national (46 %). La région des Pays de la Loire fait en effet partie des régions les mieux équipées en structure d'hébergement collectif.

L'entrée en institution est fortement liée à l'âge. La proportion de personnes vivant en institution varie de 5 % chez les 75-79 ans à 22 % chez les 80 ans et plus. Cet indicateur ne prend cependant pas en compte les logements-foyers, considérés dans le recensement de la population comme des domiciles personnels.

## Un taux d'équipement en hébergement collectif et de soins supérieur de 24 % à la moyenne nationale

Au 1er janvier 2001, la région nazairienne dispose de 4 800 places en structures d'hébergement collectif et de soins pour personnes âgées, dont :

- dont 3 490 places en maisons de retraite (49 établissements),
- 670 logements en structures de type logements-foyers (12 structures),
- et 620 lits de longs séjours (15 établissements).

Le taux d'équipement global (182 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) dépasse de 24 % la moyenne nationale (147). Cette situation s'observe également en Loire-Atlantique et dans l'ensemble des Pays de Loire.

Entre 1996 et 2001, le taux d'équipement en structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées a diminué dans la région nazairienne comme au plan national. Cette baisse s'explique par une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, alors que les capacités d'équipements se sont stabilisées.

En 2001, la région nazairienne avait une capacité globale en hébergement médicalisé pour personnes âgées de 1 900 places (1 280 places en sections de cure médicale et 620 en services de long séjour). A ce jour, 7 établissements ont été transformés en EHPAD dans le secteur de Saint-Nazaire.

## Bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31/12/2002

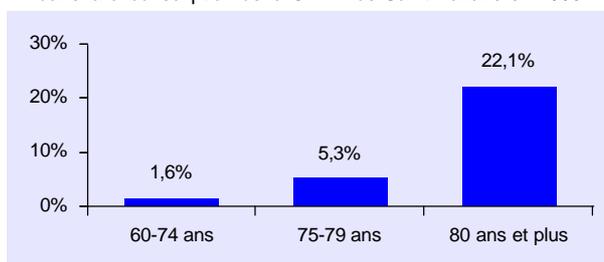
	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France**
Domicile	1 384	3 669	11 846	390 420
Etablissement	nd	7 894	24 769	332 580
<b>Total</b>	<b>nd</b>	<b>11 563</b>	<b>36 615</b>	<b>723 000</b>
Taux*	nd	146	144	160

Sources : Conseils généraux, DREES, INSEE (RP 99)

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

\*\* France au 31/06/2003

## Proportion de personnes vivant en collectivité\* selon l'âge dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 1999



Source : INSEE (RP 99)

\* Maisons de retraite, services de long séjour des hôpitaux, communautés religieuses, centres d'hébergement (logements-foyers non compris)

## Hébergement collectif pour personnes âgées au 01/01/01 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	CPAM de St-Nazaire		Taux d'équipement		
	Nombre de places	Taux d'équip.	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France Métrop.
Logements - foyers *	666	25,4	20,6	51,5	35,1
Maisons de retraite	3 487	133,0	134,0	119,9	93,1
Long séjour	616	23,5	22,8	21,4	18,5
<b>Total</b>	<b>4 769</b>	<b>181,9</b>	<b>177,4</b>	<b>192,8</b>	<b>146,7</b>
Hébergement temporaire	157	6,0	4,0	3,3	1,9
Section de cure médicale	1 279	48,8	43,6	39,6	33,9

Sources : DRASS-STATISS, INSEE (RP 99)

sauf pour CPAM : CODERPA, INSEE (RP 99)

\* Cet effectif ne comprend pas le nombre de places en section de cure installées en logement-foyer. Ces dernières ont été affectées aux maisons de retraite.

## Hébergement médicalisé pour personnes âgées au 01/01/01 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	CPAM de St-Nazaire		Taux d'équipement		
	Nombre de places	Taux d'équip.	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France Métrop.
Sections de cure médicale	1 279	48,8	43,6	39,6	33,9
Services de long séjour	616	23,5	22,8	21,4	18,5
<b>Total</b>	<b>1 895</b>	<b>72,3</b>	<b>66,4</b>	<b>61,1</b>	<b>52,5</b>

Sources : DRASS-STATISS, INSEE (RP 99)

sauf pour CPAM : CODERPA, INSEE (RP 99)

# les aides et soins aux personnes âgées

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Des soins de nursing partagés entre les services de soins à domicile et les infirmiers libéraux

La perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à l'aide de la grille AGGIR qui répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie (voir encadré). Parmi les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile, seulement 3 % dépendent du groupe iso-ressources GIR1, rassemblant les personnes très dépendantes. 22 % des bénéficiaires dépendent du GIR2, 21 % des bénéficiaires du GIR3 et 55 % du GIR4.

Les soins de nursing auprès des personnes âgées constituent une composante primordiale de l'aide à domicile. L'étude de la consommation de soins de nursing est difficile, dans la mesure où dans ce secteur, trois modalités d'intervention coexistent : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les infirmiers libéraux et les centres de soins infirmiers, dans lesquels les intervenants sont salariés.

Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, on dénombre, fin 2001, 9 structures de services de soins à domicile. Le taux d'équipement (13 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) est légèrement inférieur à la moyenne nationale (15).

Mais la majorité des soins de nursing sont réalisés par des infirmiers libéraux. Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, 205 infirmiers libéraux sont installés. Le taux global d'activité en actes infirmiers pour soins et garde à domicile des malades (AIS) de ces professionnels (20 actes par personne de plus de 75 ans en 2001) est plus faible qu'au plan national (31). Ces informations ne prennent pas en considération les actes effectués par les centres de soins infirmiers, pour lesquels les données ne sont pas disponibles.

## 7 500 personnes bénéficient d'une aide à domicile

Pour faire face à la perte d'autonomie, les personnes âgées vivant à leur domicile peuvent avoir recours à des aides extérieures pour la vie quotidienne. L'étude de ces activités est difficile dans la mesure où elles peuvent être exercées selon plusieurs modalités, par emploi direct (chèques emploi-services...) ou par intervention d'un service d'aide à domicile agréé. Par ailleurs, l'environnement social, la famille, contribuent également à permettre aux personnes âgées de vivre à domicile.

Dans la région nazairienne, 7 500 personnes bénéficient d'une prestation d'un service d'aide à domicile. Si l'on rapporte cet effectif au nombre de personnes de plus de 75 ans, le taux de bénéficiaires est proche de celui observé pour l'ensemble de la Loire-Atlantique.

## Bénéficiaires de l'APA selon le groupe iso-ressource pour les personnes vivant à domicile dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire au 31/12/2002

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Nombre de bénéficiaires	37	297	284	752	1 370
%	3%	22%	21%	55%	100%

Source : Conseil général de Loire-Atlantique

## Activité des services de soins à domicile (SSIAD) au 31/12/2001

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.**
Nbre de SSIAD	9	31	110	1 735
Nbre de places installées	347	1 382	4 166	66 100
Taux d'équipement*	13,2	17,4	16,4	14,7

Sources : DRASS-STATISS, INSEE(RP 99)  
sauf pour CPAM : CODERPA, INSEE (RP 99)

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

\*\* France métropolitaine au 31/12/2000

Note : la source des données concernant la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire ne permet pas de dresser une comparaison temporelle avec les données présentées dans "la santé observée dans la région nazairienne - 1997".

## Activité en actes de soins et de garde à domicile \* des infirmiers en secteur ambulatoire en 2001

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métrop.
Nbre d'infirmiers libéraux (au 31/12/2001)	205	573	1 643	48 576
Taux d'activité en AIS * en 2001	20,1	16,4	12,3	30,7

Sources : SNIR, INSEE RP99

\* Nombre d'actes AIS (actes infirmiers pour soins et garde à domicile des malades) réalisés par les infirmiers libéraux rapporté au nombre de personnes de 75 ans et plus au RP 99

## Bénéficiaires d'une prestation d'un service d'aide à domicile auprès des personnes âgées\* en 2001

	Circonscription CPAM de St-Nazaire		Loire-Atlantique	
	Nombre	Taux**	Nombre	Taux**
Prestataire	6 315	240,9	19 629	247,3
Mandataire	1 167	44,5	4 589	57,8
Total	7 482	285,4	24 218	305,1

Sources : CODERPA, enquête auprès des services

\* Y compris les personnes handicapées

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

# les aides et soins aux personnes âgées

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## DEFINITIONS

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

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

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

**Section de cure médicale** : elle est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie mais dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation. Elle permet d'assurer un traitement d'entretien, une surveillance médicale et des soins paramédicaux. Lorsque l'établissement a signé une convention d'EHPAD, la section de cure disparaît, la participation de l'assurance maladie étant calculée pour l'ensemble des résidents de l'institution en fonction de leur groupe iso-ressources.

**Hébergement temporaire** : il s'agit d'un établissement accueillant les personnes âgées pour soulager momentanément les familles, ou pour préparer les personnes âgées à un hébergement permanent, ou pour les aider à affronter la saison hivernale ou une convalescence.

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

**Taux d'équipement** en hébergement collectif ou/et services de long séjour : nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

**Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** prennent en charge, sur prescription médicale, des personnes nécessitant des soins infirmiers quotidiens d'hygiène et de nursing.

**Soins de nursing ou "toilettes"** : les soins de nursing ou toilettes peuvent être effectués par des SSIAD comme par des infirmiers libéraux. Dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les actes infirmiers pour soins et garde à domicile des malades effectués par les infirmiers libéraux sont cotés en AIS (une toilette=AIS3).

Ces actes de nursing sont remboursés par l'assurance maladie, comme les autres actes infirmiers (avec une prise en charge à 100 % lorsque le patient est en ALD).

**Les services d'aide à domicile** apportent une aide pour des activités telles que la préparation des repas, les courses et le ménage. Le financement est pris en charge par l'APA, les caisses de retraite ou l'aide sociale départementale, sur la base d'un volume horaire accordé à la personne âgée en fonction de son niveau de dépendance et de ses revenus. Ces aides peuvent également être supportées directement par l'usager lui-même. Les caisses de retraite ne participent aux financements des aides que pour les personnes en GIR5 ou GIR6.

**Mandataire** : l'usager est employeur de l'aide à domicile, le service d'aide assurant le recrutement et le suivi de l'intervenant.

**Prestataire** : l'usager fait appel à un service agréé qui est l'employeur de l'aide à domicile.

**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'alimente seule ; 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.

# la santé des personnes de 75 ans et plus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 polyopathologies, 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. Elle va également amener certaines personnes, et notamment les plus isolées et âgées d'entre elles, à entrer en institution (voir page 107). 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. 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 des problèmes de santé induits par les prises médicamenteuses.

# la santé des personnes de 75 ans et plus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

- Dans la région nazairienne, la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus a diminué de 26 % chez les hommes et de 30 % entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999, situation qui se retrouve au plan national.

En 1997-1999, elle est supérieure de 6 % à la moyenne nationale chez les hommes et identique chez les femmes.

- Comme pour les autres tranches d'âge, la mortalité masculine des personnes âgées de 75 ans et plus est plus élevée que la mortalité féminine.

- Les principales causes de décès des personnes de 75 ans et plus sont les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs chez les hommes (respectivement 38 % et 27 % des décès masculins), comme chez les femmes (42 % et 16 %).

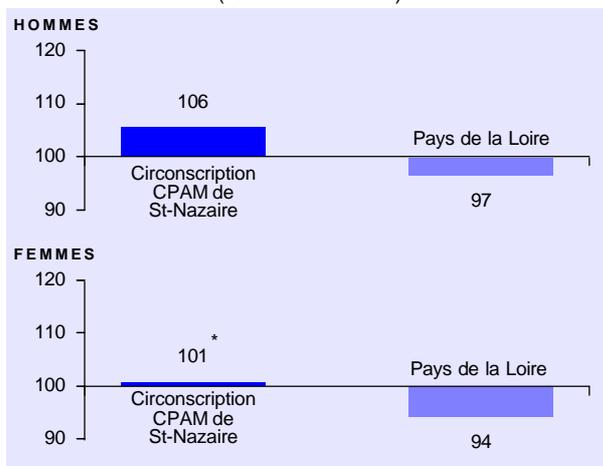
- En 1999-2001, au moins 10 900 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné chaque année des habitants de la région nazairienne de 75 ans et plus. Cela correspond à 16 % de l'ensemble des séjours hospitaliers, tous âges confondus, alors que cette tranche d'âge représente 8 % de la population totale.

Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal de 17 % des séjours des personnes de plus de 75 ans. La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation très fréquent dans cette classe d'âge (13 % des séjours).

- En 2000-2001, 1 900 habitants de la région nazairienne de 75 ans ou plus ont été admis chaque année en affection de longue durée. Cela représente 34 % de l'ensemble des admissions, tous âges confondus, alors que cette tranche d'âge représente 8 % de la population totale.

Les pathologies cardio-vasculaires (artériopathies, cardiopathies, hypertension artérielle et accident vasculaire cérébral) sont à l'origine de 49 % des motifs d'admissions annuelles en ALD des personnes de plus de 75 ans, devant les cancers (20 %) et les troubles mentaux (14 %).

Indices Comparatifs de Mortalité (ICM)  
après 75 ans en 1997-1999  
(ICM France = 100)



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

# la santé des personnes de 75 ans et plus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Une mortalité en net recul

La mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus est en baisse depuis le début des années 80 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, comme au plan national. Les taux comparatifs de mortalité ont ainsi diminué de 26 % chez les hommes de la région nazairienne entre les périodes 1980-1984 et 1997-1999 (- 26 % en France) et de 30 % chez les femmes (- 27 % en France).

La mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus de la région nazairienne est supérieure de 6 % à la moyenne nationale chez les hommes en 1997-1999. Chez les femmes, elle est proche de celle observée en France.

## Une mortalité plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Comme pour les autres tranches d'âge, la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec un taux comparatif de mortalité masculin 1,6 fois plus élevé que le taux féminin pour la période 1997-1999.

## Les maladies cardio-vasculaires : au premier rang des causes de décès...

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès des personnes âgées de 75 ans et plus. Dans la région nazairienne, ces pathologies sont ainsi à l'origine de 37 % des décès masculins et 42 % des décès féminins au cours de la période 1997-1999.

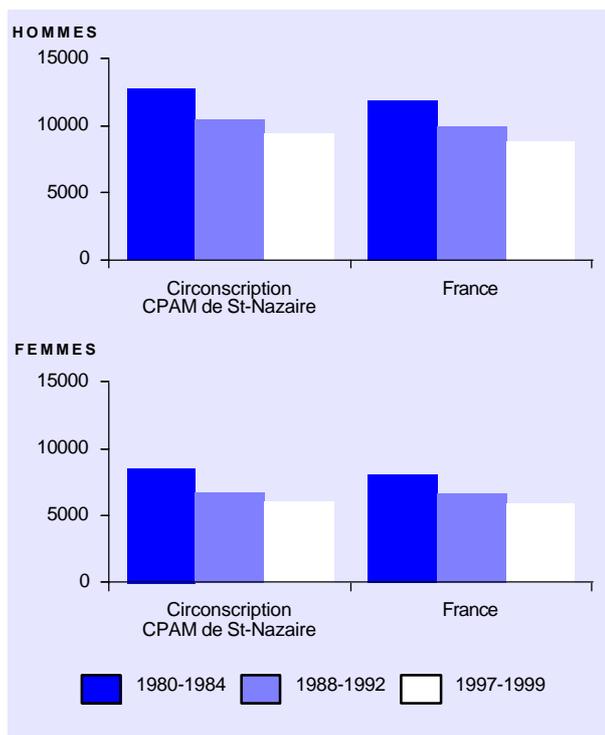
Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité chez les personnes de 75 ans et plus. Ils représentent 27 % des décès chez les hommes et 16 % chez les femmes.

## ... des diagnostics des hospitalisations de court séjour

Au moins 10 900 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans ou plus domiciliées dans la région nazairienne en moyenne chaque année au cours de la période 1999-2001. Cela représente 16 % de l'ensemble des séjours hospitaliers.

Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal le plus fréquent chez les personnes de 75 ans ou plus (19 % des séjours chez les hommes, et

Évolution des taux comparatifs de mortalité chez les personnes de 75 ans ou plus dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire et en France métropolitaine entre 1980-1984 et 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## Les principales causes de décès chez les personnes de 75 ans ou plus

Circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire - moyenne 1997-1999

HOMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	278	36,7
Tumeurs	201	26,5
- cancer de la prostate	33	4,4
- cancer de l'intestin	32	4,2
Maladies de l'appareil respiratoire	69	9,1
Morts violentes	49	6,5
Maladies de l'appareil digestif	35	4,6
Autres	126	16,6
<b>Total</b>	<b>758</b>	<b>100,0</b>
FEMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	470	41,5
Tumeurs	180	15,9
- cancer de l'intestin	33	2,9
- cancer du sein	24	2,1
Maladies de l'appareil respiratoire	102	9,0
Symptômes et états morbides mal définis	88	7,8
Morts violentes	67	5,9
Maladies de l'appareil digestif	46	4,1
Autres	179	15,8
<b>Total</b>	<b>1 132</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

# la santé des personnes de 75 ans et plus

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

17 % chez les femmes). La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation fréquent dans cette classe d'âge (10 % des séjours chez les hommes et 15 % chez les femmes).

## ... et des motifs d'admissions en affection de longue durée

Dans la région nazairienne, 1 900 personnes âgées de 75 ans ou plus ont été admises en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie, en moyenne chaque année au cours de la période 2000-2001. Cela représente 34 % de l'ensemble des admissions tous âges confondus.

Les maladies cardio-vasculaires (artériopathies, cardiopathies, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde) constituent le motif d'admission en ALD le plus fréquent. Ces pathologies sont à l'origine de 46 % des admissions annuelles en ALD chez les hommes de cette classe d'âge et 52 % chez les femmes. Viennent ensuite les cancers (respectivement 27 % et 15 %) et les troubles mentaux (8 % et 18 %).

### 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 13).

**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 13).

**Affection de longue durée (ALD) :** voir définition et limites pages 16 et 17.

**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir définition et limites pages 19 à 21.

### Diagnosics d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus

domiciliées dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en moyenne sur la période 1999-2001

HOMMES			
Codes CIM-10	Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	839	18,6%
	- insuffisance cardiaque	232	5,1%
H00 - H59	Maladies de l'oeil et annexes	539	11,9%
	- cataracte	451	10,0%
C00-C99	Tumeurs malignes	514	11,4%
	- tumeur maligne de la prostate	105	2,3%
K00 - K99	Maladies de l'appareil digestif	417	9,2%
	- hernie abdominale	105	2,3%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	352	7,8%
	- hyperplasie de la prostate	174	3,8%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	257	5,7%
	- pneumonie	88	1,9%
	Autres	1 604	35,5%
<b>Total</b>		<b>4 522</b>	<b>100,0%</b>
FEMMES			
Codes CIM-10	Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
I00 - I99	Maladies de l'appareil circulatoire	1 060	16,7%
	- insuffisance cardiaque	297	4,7%
H00 - H59	Maladies de l'oeil et annexes	1 058	16,6%
	- cataracte	943	14,8%
S00-T99	Lésions trauma. et empoisonnements	793	12,5%
	- fracture du col du fémur	273	4,3%
K00 - K99	Maladies de l'appareil digestif	564	8,9%
	- lithiase biliaire	84	1,3%
C00-C99	Tumeurs malignes	426	6,7%
	M00 - M99 Mal.syst.ostéo-art., muscles, tissu conj.	336	5,3%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	278	4,4%
	- pneumonie	112	1,8%
Autres		1 846	29,0%
<b>Total</b>		<b>6 361</b>	<b>100,0%</b>

Source : DREES (PMSI, données domiciliées)

### Les principaux motifs d'admission en affection de longue durée (ALD) des personnes âgées de 75 ans et plus

Circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire - moyenne 2000-2001

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Cancers	248	27,4%	199	14,9%
Artériopathies	146	16,1%	208	15,5%
- insuffisance coronarienne chronique	91	10,1%	130	9,7%
Troubles mentaux	76	8,4%	241	18,0%
- troubles organiques et démences	66	7,3%	188	14,0%
Cardiopathie	122	13,5%	182	13,6%
- insuffisance cardiaque chronique	92	10,2%	123	9,2%
Hypertension artérielle	79	8,7%	210	15,7%
Diabète	64	7,1%	91	6,8%
Accident vasculaire cérébral	54	6,0%	75	5,6%
Autres	116	12,8%	133	9,9%
<b>Total</b>	<b>905</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 339</b>	<b>100,0%</b>

Source : URCA - Services médicaux des Caisses d'assurance maladie

# Personnes handicapées



# les aides et soins aux enfants handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## CONTEXTE NATIONAL

Le registre des handicaps de l'enfant 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 neurosensorielle sévère (enfants nés en 1993). En appliquant ce taux à l'effectif d'une génération, cela correspond à 8 000 enfants handicapés par année d'âge pour la France, sachant qu'il existe une tendance significative à l'augmentation de la fréquence du handicap. 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 des situations de handicap, et donc à une entrée dans ce dispositif plus précoces. 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'Education 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'Education 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 correspond 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.

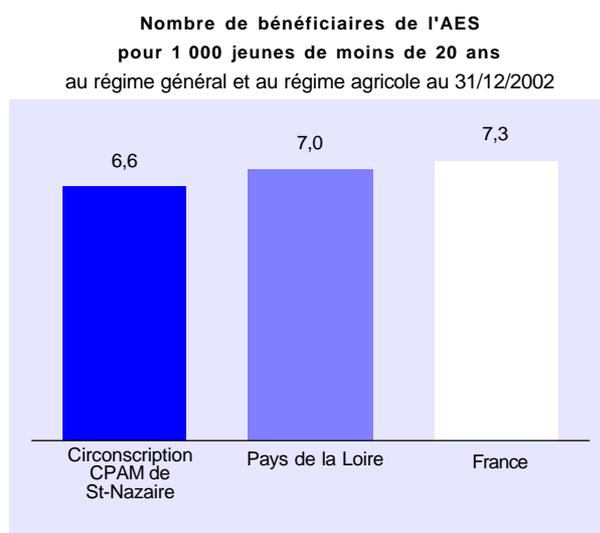
# les aides et soins aux enfants handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Environ 570 jeunes sont bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES)

- Dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, 567 familles étaient bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) au régime général et au régime agricole en 2002. Ceci correspond à un taux de 6,6 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, proche de la moyenne nationale (7,3).
- Depuis 1995, le nombre de bénéficiaires de l'AES dénombré au régime général progresse de 3,2 % en moyenne chaque année dans la région nazairienne (2,9 % en France).
- 92 enfants handicapés sont suivis par un Service de soins et d'éducation spéciale à domicile (SESSAD) de la région nazairienne en 2001, contre 69 en 1995.
- Environ 530 enfants sont accueillis dans un établissement d'éducation spéciale, 90 % des effectifs dépendant des instituts médico-éducatifs (IME).
- Les déficiences intellectuelles sont le principal handicap pris en charge dans les établissements d'éducation spéciale et les SESSAD (63 % des enfants). L'effectif des garçons (347) est supérieur à celui des filles (247), et 9 % des jeunes accueillis dans les établissements sont âgés de plus de vingt ans.



Sources : CNAF, CAFLA, MSALA, CCMSA, INSEE

# les aides et soins aux enfants handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Un taux de bénéficiaires de l'AES proche de la moyenne nationale

En 2002, 567 familles affiliées au régime général et au régime agricole bénéficient de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire.

Rapporté au nombre d'enfants de moins de 20 ans domiciliés dans la région nazairienne, cela correspond à un taux de 6,6 bénéficiaires pour 1 000 enfants, proche de la moyenne nationale (7,3).

Depuis 1995, le nombre de familles bénéficiaires de l'AES au régime général a progressé de 3,2 % chaque année dans la région nazairienne, comme au plan national (2,9 %).

## Environ 60 enfants handicapés intégrés de façon individuelle dans les classes maternelles et primaires à la rentrée 1998

L'accueil des jeunes handicapés dans l'enseignement du premier degré (écoles maternelles ou primaires) peut être organisé de façon individuelle au sein d'une classe, avec dans certains cas un soutien apporté par un auxiliaire de vie scolaire.

A la rentrée scolaire de 1998, 61 enfants handicapés étaient intégrés de façon individuelle dans des classes ordinaires (maternelles et primaires, publiques et privées) de la région nazairienne, à temps plein (72 %) ou à temps partiel (18 %).

Le plus souvent, ces enfants souffrent de déficiences intellectuelles (41 %). 31 % des enfants souffrent de déficiences auditives et 18 % d'un handicap moteur.

Par ailleurs, les Classes d'intégration scolaire (CLIS) accueillent des enfants handicapés sous forme collective dans des classes spécialisées et leur délivrent un enseignement adapté. Les CLIS englobent notamment les anciennes classes de perfectionnement.

A la rentrée scolaire de 1998, 265 enfants handicapés étaient scolarisés dans des classes spécialisées dans la région nazairienne. 90 % de ces enfants souffraient de déficiences intellectuelles.

## Nombre de bénéficiaires de l'AES au régime général et au régime agricole en 2002

	Bénéficiaires	Taux*
Circonscription CPAM de St-Nazaire	567	6,6
Loire-Atlantique	2 048	7,0
Pays de la Loire	5 714	6,7
France	109 088	7,3

Sources : CNAF, CAFLA, CCMSA, MSALA, INSEE

\* Nombre de bénéficiaires de l'AES au régime général pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

## Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AES au régime général entre 1995 et 2002

	Effectif de bénéficiaires	TCAM* 1995-2002
Circonscription CPAM de St-Nazaire	546	3,2%
Loire-Atlantique	1 936	2,2%
Pays de la Loire	5 314	1,7%
France	104 522	2,9%

Sources : CNAF, CAFLA

\* Taux de croissance annuel moyen

## Nombre d'enfants handicapés scolarisés dans les établissements scolaires du 1er degré en 1998/1999 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	Temps plein*	Temps partiel	CLIS	Total
Handicap mental	17	8	238	263
Handicap moteur	11	0	18	29
Déficient somatique	0	0	0	0
Handicap auditif	10	9	9	28
Handicap visuel	6	0	0	6
Total	44	17	265	326

Source : Ministère de l'Education Nationale

\* Elèves handicapés admis après avis de la CDES

Note : ces informations sont recueillies par l'Education nationale par enquête auprès des directeurs d'écoles. La grève administrative menée par ces derniers ne permet pas de disposer de données plus récentes. Cette source statistique n'est pas suffisamment fiable pour permettre des comparaisons temporelles.

# les aides et soins aux enfants handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Environ 90 enfants sont suivis par un service de soins en 2001

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) apportent un soutien dans le suivi des enfants handicapés vivant à domicile.

En 2001, 92 enfants handicapés sont suivis par l'un des cinq services d'éducation spéciale et de soins à domicile implantés dans la région nazairienne, contre 69 en 1995.

## Environ 530 enfants accueillis dans un établissement d'éducation spéciale

Environ 530 enfants sont accueillis dans l'un des 9 établissements d'éducation spéciale implantés dans la région nazairienne, dont :

- 470 enfants accueillis dans les instituts médico-éducatifs (IME), établissements pour enfants souffrant de déficience intellectuelle (89 %),
- 42 enfants accueillis dans les instituts de rééducation, établissements qui accueillent essentiellement des jeunes souffrant de troubles relationnels (8 %),
- 18 enfants accueillis dans un établissement spécialisé pour handicapés moteurs (3 %).

Les déficiences intellectuelles sont le principal handicap pris en charge dans les établissements d'éducation spéciale et les SESSAD (63 % des enfants).

L'effectif des garçons (347) est supérieur à celui des filles (247), et 9 % des jeunes accueillis dans les établissements sont âgés de plus de vingt 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.

Note : un écart important apparaît entre le nombre de bénéficiaires de l'AES (tableau 1 page 25), et le nombre total de bénéficiaires cité dans le contexte (135 000 en 2002). Le tableau 1 page 25 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 121 000 en 2002. 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.

## Nombre d'enfants et d'adolescents présents dans les structures d'éducation spéciale pour enfants handicapés en 2001

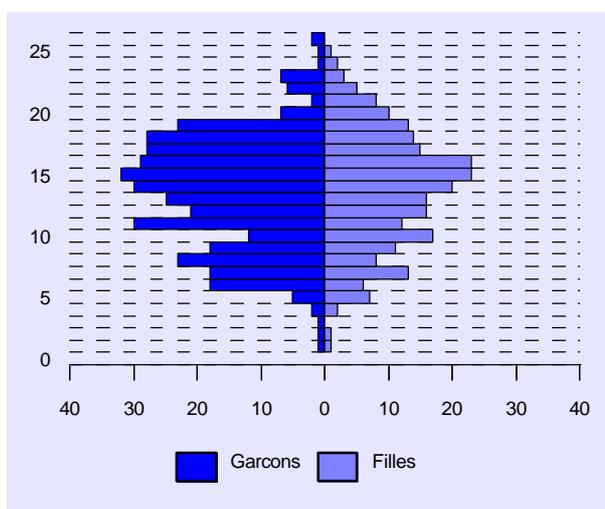
	Circonscription CPAM de St-Nazaire			Pays de la Loire	
	Nb de structures	Enfants présents	Taux*	Enfants présents	Taux*
<b>SESSAD</b>	5	92	1,1	1 617	1,9
<b>Etablissements d'éducation spéciale</b>					
IME, IMP...**	6	467	5,4	4 348	5,1
Institut Rééducation	2	42	0,5	748	0,9
Etab. Déf. Mot. Céréb.	0	-	-	47	0,1
Etab. Déf. Moteurs	1	18	0,2	331	0,4
Institut Déf. Visuels	0	-	-	336	0,4
Inst. Déf. Auditifs	0	-	-	178	0,2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>527</b>	<b>6,1</b>	<b>5 988</b>	<b>7,0</b>

Source : Enquête ES 2001, INSEE

\* : Taux pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

\*\* : IME, IMP, IM Pro et Etab. Enf. ado. Polyhand.

## Pyramide des âges des enfants en établissement d'éducation spéciale en 2001 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire



Source : Enquête ES 2001

## Répartition des enfants en établissement d'éducation spéciale selon la déficience en 2001 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

	Nombre d'enfants	%
Déficiences du langage et de la parole	5	0,8
Déficiences du psychisme	103	16,6
Déficiences intellectuelles	387	62,5
Déficiences motrices	32	5,2
Déficiences visuelles	1	0,2
Non renseigné	2	0,3
Plurihandicaps	30	4,8
Polyhandicaps	58	9,4
Autre déficience	1	0,2
<b>Total</b>	<b>619</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête ES 2001

# les aides et soins aux adultes handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 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 (AGE-FIPH), 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 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.

# les aides et soins aux adultes handicapés

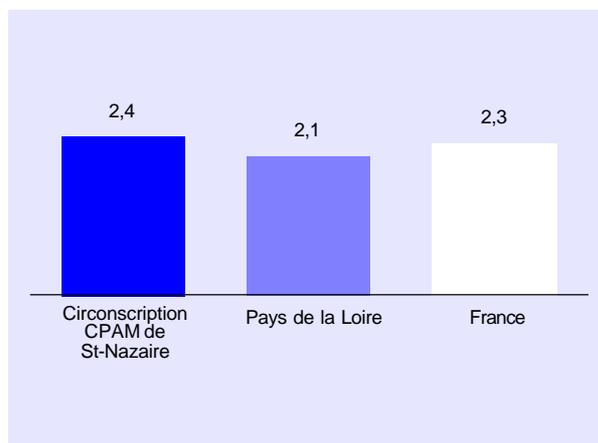
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### 2,4 % de la population adulte âgée de 20 à 59 ans bénéficient de l'AAH

- Environ 4 000 personnes bénéficient de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) au régime général et au régime agricole en 2002 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire. Cela correspond à un taux de 2,4 bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans, taux proche de celui observé au plan national (2,3).
- Le nombre de bénéficiaires de l'AAH a progressé de 2,3 % chaque année dans la région nazairienne entre 1995 et 2002.
- La région nazairienne compte 700 places en centres d'aide par le travail en 2003. Le taux d'équipement (4,2 pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans) est plus élevé qu'au plan national (3,0).
- Les différentes structures spécialisées ont en 2003 une capacité totale de 900 places, foyers occupationnels (400), foyers à double tarification (300), et maisons d'accueil spécialisées (200).

**Nombre de bénéficiaires de l'AAH  
pour 100 personnes de 20-59 ans  
au régime général et au régime agricole en 2002**



Sources : CNAF, CAFLA, CCMSA, MSALA, INSEE

# les aides et soins aux adultes handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Un taux de bénéficiaires de l'AAH proche de la moyenne nationale

En 2002, 4 057 personnes de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire bénéficient de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) au régime général (3 915) et au régime agricole (142).

Cela correspond à un taux global de 2,4 bénéficiaires pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans, proche de la moyenne nationale.

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH dans la région nazairienne a progressé de 2,3 % en moyenne chaque année entre 1995 et 2002. Cette évolution a été moins rapide que celle observée au plan national (3,3 %).

Par ailleurs, 379 personnes handicapées de moins de 60 ans bénéficient de l'allocation compensatrice en 2002 dans la région nazairienne (voir encadré).

## Environ 700 places dans les centres d'aide par le travail

En 2003, on recense environ 700 places dans les centres d'aide par le travail de la région nazairienne.

Le taux d'équipement (4,2 pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans) est plus élevé qu'au plan national (3,0).

On recense par ailleurs un nombre équivalent de personnes handicapées employées dans les ateliers protégés de la région nazairienne.

## Près de 200 travailleurs handicapés en foyer d'hébergement

Les foyers d'hébergement accueillent en soirée et en fin de semaine des personnes handicapées qui travaillent en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Au 31 décembre 2002, 191 travailleurs handicapés étaient hébergés dans les sept structures de ce type que compte la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire.

Rapporté à l'ensemble de la population régionale âgée de 20 à 59 ans, cela correspond à un taux de 114 places pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge, taux proche de la moyenne française (116 places pour 100 000 personnes).

### Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH au régime général entre le 31/12/1995 et le 31/12/2002

	Nb de bénéficiaires de l'AAH		Evolution entre 1995 et 2002 (TCAM*)
	1995	2002	
Circonscription CPAM St-Nazaire	3 337	3 915	2,3%
Loire-Atlantique	10 478	12 105	2,1%
France métropol.	553 071	692 304	3,3%

Sources : CNAF, CAFLA

\* TCAM : taux de croissance annuel moyen

### Nombre de bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice en 2002

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique
Nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice	379	1 334

Source : DISS Loire-Atlantique

### Capacité des établissements de travail protégé en 2003

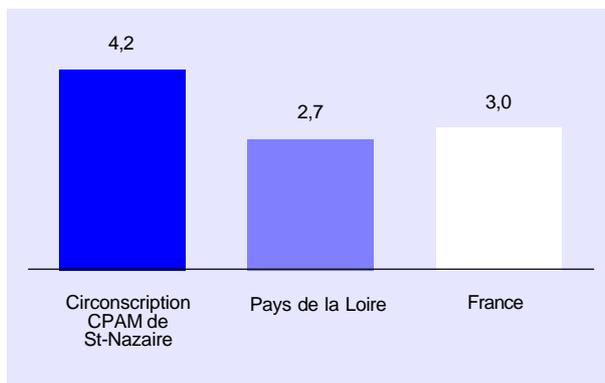
	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	France métropole
Centres d'aide par le Travail (CAT)	699	1 689	93 932
Ateliers protégés	691	nd	nd
<b>Total</b>	<b>1 390</b>	-	-

Sources : DRASS-Statiss, FINESS (septembre 2003), ORS (enquête téléphonique)

Note : les données recueillies pour les ateliers protégés dans le cadre de l'enquête ES n'étant pas suffisamment fiables, le recensement des capacités de ces structures a été réalisé par l'ORS par enquête téléphonique. Cette méthodologie n'a pu être reproduite pour la Loire-Atlantique et la France.

Dans l'étude "la santé observée dans la région nazairienne - 1997", l'effectif de "0" cité est erroné et correspond exactement à "non disponible".

### Capacité des centres d'aide par le travail pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans en 2003



Sources : DRASS-Statiss, FINESS (septembre 2003), INSEE (RP 99)

# les aides et soins aux adultes handicapés

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## Environ 900 places dans les différentes structures spécialisées

En 2002, la région nazairienne compte environ 900 places dans les différentes structures spécialisées, dont :

- 400 places en foyers occupationnels, réparties entre les 16 structures de ce type, ce qui correspond à un taux d'équipement deux fois plus élevé qu'au plan national,
- 300 places en foyers d'accueil médicalisés (5 établissements), soit un taux d'équipement six fois plus élevé que la moyenne en France,
- 200 places réparties dans les 4 maisons d'accueil spécialisées de la région nazairienne, ce qui correspond à un taux d'équipement 2,6 fois plus élevé qu'au plan national.

L'importance de ces équipements est évidemment liée à la présence de différents établissements médico-sociaux rassemblés sur le site de Mindin.

## Capacité en foyers d'hébergement et pour travailleurs handicapés en 2003

	Capacité	Taux pour 100 000 personnes de 20 à 59 ans
Circonscription CPAM de St-Nazaire	191	114
Loire-Atlantique	487	79
Pays de la Loire	1 853	109
France métropolitaine	36 818	116

Sources : DRASS-Statiss, FINISS (septembre 2003), INSEE (RP 99)

## Capacité en établissement d'accueil pour adultes lourdement handicapés en 2003

	Capacité	Taux pour 100 000 personnes de 20 ans et +
<b>Foyers occupationnels</b>		
Circonscription CPAM St-Nazaire	403	167
Loire-Atlantique	843	100
Pays de la Loire	2 733	114
France métropolitaine	34 928	79
<b>Maisons d'accueil spécialisées</b>		
Circonscription CPAM St-Nazaire	204	85
Loire-Atlantique	337	40
Pays de la Loire	847	35
France métropolitaine	14 356	33
<b>Foyers d'accueil médicalisés</b>		
Circonscription CPAM St-Nazaire	291	121
Loire-Atlantique	332	39
Pays de la Loire	492	20
France métropolitaine	8 358	19

Sources : DRASS-Statiss, FINISS (septembre 2003), INSEE (RP 99)

## DEFINITIONS

L'**allocation aux adultes handicapés** (AAH) permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées sans ressources, disposant de revenus modestes, qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail. Le bénéficiaire doit justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (L821.1) ou 50 % en cas d'impossibilité, reconnu par la COTOREP, de se procurer un emploi du fait de son handicap (L821.2). Il doit être âgé de 20 ans et plus (16 ans pour tout enfant n'ayant plus droit aux allocations familiales). Un complément d'AAH (16 % du montant de l'AAH), de même qu'une allocation compensatrice peuvent être servis sous certaines conditions.

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

### Les différentes catégories d'établissements

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

Les **Centres d'Aide par le Travail** ont une vocation plus sociale que les ateliers protégés. Ils disposent d'une part d'un budget social avec une enveloppe globale annuelle fixée et financée par l'Etat (Ministère des Affai-

res Sociales), d'autre part d'un budget de production, financé par les ventes effectuées par l'établissement. La capacité de travail y est inférieure au tiers de la capacité normale. Les travailleurs handicapés n'y ont pas un statut de salarié, contrairement aux ateliers protégés.

Les **foyers d'hébergement** : ces foyers accueillent dans leur grande majorité des personnes avec un handicap mental, exerçant leur activité professionnelle en CAT.

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

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

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

# 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 disponible 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) concernés 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 active. Après plusieurs années de baisse, le nombre de chômeurs a augmenté de plus de 200 000 entre les 1<sup>er</sup> 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 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.

# pauvreté - précarité

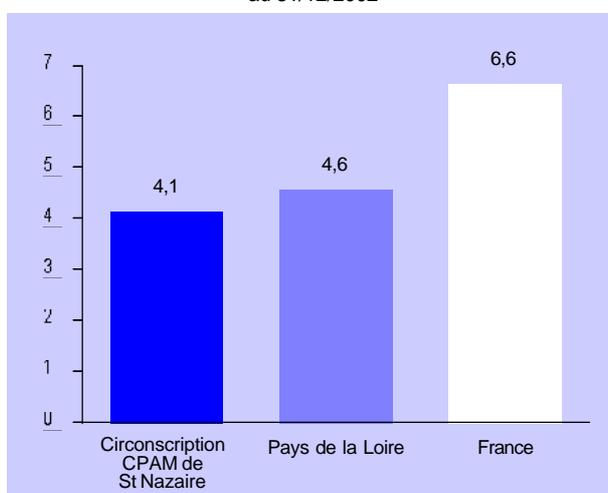
dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## FAITS MARQUANTS

### Environ 13 000 personnes couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire

- En 2002, 13 400 personnes habitant la région nazairienne, affiliées au régime général, au régime agricole et au régime des professions indépendantes sont couvertes par la CMU complémentaire. Cela correspond à un taux de couverture plus faible qu'au plan national (4,1 pour 100 habitants *versus* 6,6).
- Parallèlement, le nombre de bénéficiaires de minima sociaux est d'environ 13 000 dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire en 2002. Parmi eux, 3 900 familles ont perçu le Revenu minimum d'insertion (RMI), 4 060 personnes ont perçu l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), et 1 910 l'Allocation supplémentaire de vieillesse (ASV). Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) a été estimé à 1 650.
- Au total, le taux de bénéficiaires de minima sociaux parmi les 20-60 ans dans la région nazairienne (6,6 % de la population âgée de 20 à 60 ans) est plus faible qu'au plan national (7,4 %). Cet écart résulte surtout d'une proportion plus faible d'allocataires du RMI dans la région nazairienne (2,3 %) qu'au plan national (3,0 %).
- Après une forte progression au début des années 90, la croissance du nombre d'allocataires du RMI s'est ralentie depuis le milieu des années 90, sous l'effet de la progression des sorties vers l'emploi aidé.
- La proportion de bénéficiaires de l'ASV chez les 60 ans et plus, affiliés au régime général ou au régime agricole est plus faible dans la région nazairienne (2,6 %) qu'au plan national (4,3 %). Cette situation s'explique par un nombre moins important dans la région nazairienne de retraités du monde agricole, les agriculteurs ayant de manière générale des niveaux de retraite moins élevés.

Taux de couverture de la CMU complémentaire  
(Nombre de personnes couvertes pour 100 habitants)  
au 31/12/2002



Sources : DREES, CPAM de St Nazaire, MSA LA, CMR, INSEE (RP 99)

# pauvreté - précarité

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

## 13 400 personnes couvertes par la CMU complémentaire

En 2002, 13 400 habitants de la région nazairienne (régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes) sont couvertes par la CMU complémentaire.

Le taux de couverture (4,1 pour 100 habitants) est plus faible qu'au plan national (6,6). Cette situation se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire.

## Et environ 13 000 bénéficiaires d'un des 8 minima sociaux

En 2002, 3 900 familles de la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, ont perçu le Revenu minimum d'insertion, 4 060 personnes ont perçu l'Allocation aux adultes handicapés, et 1 910 l'Allocation supplémentaire de vieillesse.

En ce qui concerne les autres allocations, 760 personnes ont perçu l'Allocation de parent isolé, 420 l'Allocation supplémentaire d'invalidité et 60 l'Allocation veuvage, au régime général et agricole.

Les nombres de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique et de l'Allocation d'insertion relatifs à la région nazairienne ne sont pas connus, mais si on applique les taux observés en Loire-Atlantique, à la population des 20-59 ans de la région nazairienne, on peut estimer à 1 650 le nombre de bénéficiaires de l'ASS et à 190 le nombre de bénéficiaires de l'AI.

Au total, on peut estimer à 12 950, le nombre de bénéficiaires d'un des 8 minima sociaux dans la région nazairienne en 2002.

## Un nombre de bénéficiaires du RMI et de l'ASV plus faible qu'au plan national

Dans la région nazairienne, la proportion d'allocataires du RMI est plus faible qu'au plan national (2,3 % parmi les 20-60 ans *versus* 3,0 % au plan national).

En revanche, la proportion de bénéficiaires de l'AAH au régime général et au régime agricole parmi les habitants âgés de 20 à 60 ans s'avère proche de celle observée au plan national (2,4 % *versus* 2,3 %).

En ce qui concerne les proportions de bénéficiaires des autres minima sociaux (API, ASI, et AV), elles sont également proches de la moyenne nationale.

Au total, on peut estimer que 6,6 % de la population âgée de 20 à 60 ans de la région nazairienne sont allocataires d'un minima social, proportion inférieure à la moyenne nationale (7,4 %), en raison d'une plus faible proportion de Rmistés dans la région nazairienne.

## Population couverte par la CMU au 31/12/2002

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France
CMU de base (régime général)	3 405	14 924	34 541	1 156 217
CMU complémentaire (tous régimes*)	13 436	57 288	147 069	3 889 355
Taux de couverture**	4,1	5,0	4,6	6,6

Sources : DREES, CPAM de St-Nazaire, MSA LA, CMR, INSEE (RP99)

\* Régime général (y compris OC), régime agricole et régime des professions indépendantes

\*\* Nombre de personnes couvertes par la CMU complémentaire pour 100 habitants

## Bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un niveau de ressources en 2002

	Circonscription CPAM de St-Nazaire	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France
AAH (1)	4 057	12 643	35 223	728 383
% de 20-59 ans	2,4	2,0	2,1	2,3
API (1)	761	2 639	6 847	164 063
% de 20-59 ans	0,5	0,4	0,4	0,5
RMI (1)	3 901	16 221	37 170	950 693
% de 20-59 ans	2,3	2,6	2,2	3,0
ASI (2)	423	1 716	4 525	92 868
% de 20-59 ans	0,3	0,3	0,3	0,3
AV (3)	62	178	430	9 525
% de 20-59 ans	0,0	0,0	0,0	0,0
ASS (5)	nd	6 082	16 540	359 177
% de 20-59 ans	-	1,0	1,0	1,1
AI (5)	nd	685	1462	43154
% de 20-59 ans	-	0,1	0,1	0,1
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>nd</b>	<b>40 164</b>	<b>102 197</b>	<b>2 347 863</b>
% de 20-59 ans	-	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>	<b>7,4</b>
ASV (4)	1 908	7 746	28 374	539 514
% 60 ans et +	2,6	3,4	4,0	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>nd</b>	<b>47 910</b>	<b>130 571</b>	<b>2 887 377</b>
% 20 ans et +	-	<b>5,7</b>	<b>5,4</b>	<b>6,5</b>

Sources : CRAM, CPAM de St-Nazaire, MSA de Loire-Atlantique, CAF de Loire-Atlantique, CNAF, CNAMTS, CNAV, CCMSA, UNEDIC, DREES, INSEE (RP99)

(1) : familles allocataires au régime général (au 31/12/2002) et au régime agricole (en 2002)

(2) : régime général (en 2002)

(3) : régime général (au 31/12/2001, sauf CPAM au 31/12/2002)

(4) : régime général (au 31/12/2001) + régime agricole (en 2001)

(5) : décembre 2002 (source UNEDIC)

# pauvreté - précarité

dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

La région nazairienne présente également une proportion de bénéficiaires de l'ASV (2,6 % parmi les 60 ans et plus) plus faible qu'au plan national (4,3 %). Cette situation s'explique par un nombre moins important de retraités du monde agricole, les agriculteurs ayant de manière générale des niveaux de retraite moins élevés.

## Une croissance du nombre d'allocataires du RMI qui s'est ralentie

Dans la région nazairienne, le nombre de bénéficiaires de l'AAH est en progression constante depuis le début des années 90, comme au plan national.

Après une forte progression au début des années 90, la croissance du nombre de bénéficiaires du RMI s'est ralentie depuis le milieu des années 90, sous l'effet de la progression des sorties vers l'emploi aidé, dans la région nazairienne comme au plan national. Entre 2000 et 2002, le nombre de Rmistes a même connu une baisse de 2 % par an dans la région nazairienne.

Au plan national, le nombre de bénéficiaires de l'ASV est en baisse constante depuis 1990.

## 32 % des allocataires du RMI ont entre 25 et 35 ans

Dans la région nazairienne, 32 % des bénéficiaires du RMI au régime général ont entre 25 et 35 ans. Rapporté à la population, la tranche d'âge des 25-34 ans est celle dont le taux de bénéficiaires est le plus élevé. Le phénomène est toutefois moins marqué dans la région nazairienne qu'en France. Dans ce groupe d'âge, on dénombre en effet 3,0 allocataires pour 100 habitants contre 4,4 au plan national.

## Plus d'un allocataire du RMI sur deux vit seul

85 % des bénéficiaires du RMI habitant dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire, sont des familles monoparentales ou des personnes seules sans enfant à charge.

Les personnes seules sans enfant à charge représentent à elles seules 62 % du nombre total de bénéficiaires, proportion équivalente à la moyenne nationale. Parmi ces personnes, les hommes sont 1,5 fois plus nombreux que les femmes.

Les familles monoparentales représentent 23 % des allocataires, et plus d'une fois sur deux ce sont des familles avec un seul enfant.

Enfin 34 % des bénéficiaires du RMI ont des enfants, qu'il s'agisse de couples ou de familles monoparentales.

## Evolution entre 1990 et 2002 du nombre de bénéficiaires du RMI, de l'AAH, de l'API et de l'ASV

	2002	TCAM 1990-1995	TCAM 1995-2000	TCAM 2000-2002
<b>Bénéficiaires de l'AAH (au régime général)</b>				
CPAM St-Nazaire	3 915	4,0%	2,0%	3,1%
France	692 304	3,0%	3,3%	3,1%
<b>Bénéficiaires de l'API (au régime général)</b>				
CPAM St-Nazaire	750	-1,5%	1,7%	1,2%
France	162 885	2,5%	1,2%	2,3%
<b>Allocataires du RMI (au régime général)</b>				
CPAM St-Nazaire	3 788	9,8%	3,3%	-2,0%
France	929 268	15,0%	2,8%	-0,6%
<b>Bénéficiaires de l'ASV (tous régimes)</b>				
CPAM St-Nazaire*	1 888			-0,5%
France**	723 089	-4,0%	-5,0%	-2,8%

Sources : CNAF, CAF Loire-Atlantique

\* Régime agricole + régime général, TCAM 2000-2002 calculé sur 2001-2002

\*\* Données 2001 tous régimes (général, agricole, prof. indépendantes) TCAM calculé sur 2000-2001

## Les allocataires du RMI selon l'âge et taux d'attribution pour 100 personnes au régime général au 31 décembre 2002

	Circonscription CPAM de St Nazaire		France	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
18-24 ans	83	0,5	30 237	0,8
25-34 ans	1 212	3,0	366 417	4,4
35-44 ans	1 093	2,3	204 696	2,4
45-54 ans	1 041	2,2	146 606	1,8
55-64 ans	352	1,1	60 883	1,1
65 ans et plus	7	0,0	11 276	0,1
<b>Ensemble</b>	<b>3 788</b>	<b>1,6</b>	<b>820 115</b>	<b>1,9</b>

Sources : CNAF, CAF Loire-Atlantique, INSEE RP 99

\* Les taux sont calculés pour cent personnes de la tranche d'âge considérée

## Répartition des allocataires du RMI par type de famille au régime général au 31 décembre 2002

Type de familles	Circonscription CPAM de St Nazaire	France (%)
	Nombre	%
<b>Total couple</b>	<b>575</b>	<b>15,2</b>
Couple sans enfant	165	4,4
Couple 1 enfant	145	3,8
Couple 2 enfants	134	3,5
Couple 3 enfants et plus	131	3,5
<b>Total famille monoparentale</b>	<b>866</b>	<b>22,9</b>
Isolé 1 enfant	493	13,0
Isolé 2 enfants et plus	373	9,8
<b>Total personnes seules</b>	<b>2 347</b>	<b>62,0</b>
Femme sans enfant	928	24,5
Homme sans enfant	1 419	37,5
<b>Total</b>	<b>3 788</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAF, CAF Loire-Atlantique

### DEFINITIONS

**Revenu disponible** : revenu après impôts et prestations

**Unité de consommation** : l'échelle d'équivalence utilisée par l'INSEE pour déterminer le nombre d'unités de consommation compte 1 uc pour le premier adulte du ménage, 0,5 uc pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans.

#### Minima sociaux :

Institué par la loi du 1er décembre 1988 modifiée par la loi du 29 juillet 1992, le **Revenu minimum d'insertion (RMI)** garantit des ressources minimales à toutes personnes de 25 ans ou plus. Cette condition d'âge n'est pas exigée pour les personnes ayant au moins un enfant né ou à naître. Le bénéficiaire du RMI s'engage à participer aux actions nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle. Les actions d'insertion concernent l'allocataire et éventuellement ses ayants droit. La prestation est versée par le régime général de la sécurité sociale (CAF) ou la MSA.

L'**Allocation de parent isolé (API)** a été créée en 1976 pour apporter un minimum de ressources aux personnes isolées assumant seules la charge d'enfant(s). La femme seule enceinte est assimilée à un parent isolé. L'allocation est versée par la CAF ou la MSA pendant 12 mois consécutifs dans la limite d'un délai de 18 mois à compter de la date d'ouverture du droit ou jusqu'à ce que le plus jeune enfant à charge ait atteint l'âge de 3 ans.

Instaurée en 1984, l'**Allocation de solidarité spécifique (ASS)** est servie par les ASSEDIC aux chômeurs qui ont épuisé leurs droits à l'assurance chômage. L'allocataire doit justifier d'au moins 5 années d'activité salariée au cours des 10 dernières années précédant la rupture du contrat. Depuis le 1er Janvier 1997, pour les nouvelles ouvertures de droits, les périodes de chômage indemnisées ne sont plus considérées comme des périodes assimilées. L'ASS est financée par une subvention de l'Etat et par la contribution de solidarité des fonctionnaires.

Comme l'ASS, l'**Allocation d'insertion (AI)** a été créée en 1984 et est gérée par les ASSEDIC pour le compte de l'Etat. Elle est réservée depuis 1992 à des populations particulières : les détenus libérés et les personnes en attente de réinsertion ou en instance de reclassement (rapatriés, apatrides, réfugiés et personnes ayant sollicité l'asile en France, salariés expatriés non couverts par le régime d'assurance chômage, etc...).

Institué en 1975, l'**Allocation aux adultes handicapés (AAH)** permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées sans ressources, disposant de revenus modestes, qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail. Le bénéficiaire doit justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (L821.1) ou 50 % en cas d'impossibilité, reconnu par la COTOREP, de se procurer un emploi du fait de son handicap (L821.2). Il doit être âgé de 20 ans et plus (16 ans pour tout enfant n'ayant plus droit aux alloca-

tions familiales). Un complément d'AAH (16 % du montant de l'AAH), de même qu'une allocation compensatrice peuvent être servis sous certaines conditions.

Créée en 1930, l'**Allocation supplémentaire invalidité (ASI)** permet d'assurer un minimum de ressources aux titulaires d'une pension d'invalidité servie par un régime de sécurité sociale au titre d'une incapacité permanente. Le bénéficiaire doit être âgé de moins de 60 ans. Son financement est assuré par un Fonds spécial d'invalidité.

L'**Allocation d'assurance veuvage (AV)** a été créée en 1980 pour assurer un minimum de ressources au conjoint survivant d'un assuré social. Le bénéficiaire doit être âgé de moins de 55 ans et avoir élevé au moins un enfant. Il ne doit pas vivre maritalement avec une autre personne. L'allocation est gérée par la CNAV et la MSA.

L'**Allocation supplémentaire vieillesse (ASV)** est un complément de ressources qui permet de porter au niveau du "minimum vieillesse" les revenus des personnes âgées disposant de faibles moyens d'existence. L'allocataire doit être âgé de plus de 65 ans (ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail), être titulaire, soit d'un ou plusieurs avantages de base, attribués par les régimes obligatoires d'assurance vieillesse (salariés ou non-salariés), soit d'une allocation spéciale servie par le Service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV), et disposer des ressources inférieures au "minimum vieillesse" (fixé tous les ans par décret). L'allocation supplémentaire du FSV est servie par les caisses de retraite.

#### Couverture Maladie Universelle (CMU) :

**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 conditions 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...). Cette couverture complémentaire est dispensée par une caisse d'assurance maladie (CPAM, CMSA...), par une mutuelle ou encore par une assurance privée.

Le seuil de ressources fixé (562 euros par mois en 2002) 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.

