

Observatoire  
Régional  
de la Santé  
des Pays  
de la Loire

# LA SANTÉ OBSERVÉE

dans le territoire  
de santé d'Angers

Avril 2005





## Préambule

Ce document a été réalisé à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, par l'Observatoire régional de la santé. Il s'inscrit dans le cadre de la préparation du SROS de 3ème génération, et notamment des projets médicaux de territoire.

Les thèmes traités ont été choisis en concertation avec l'ARH.

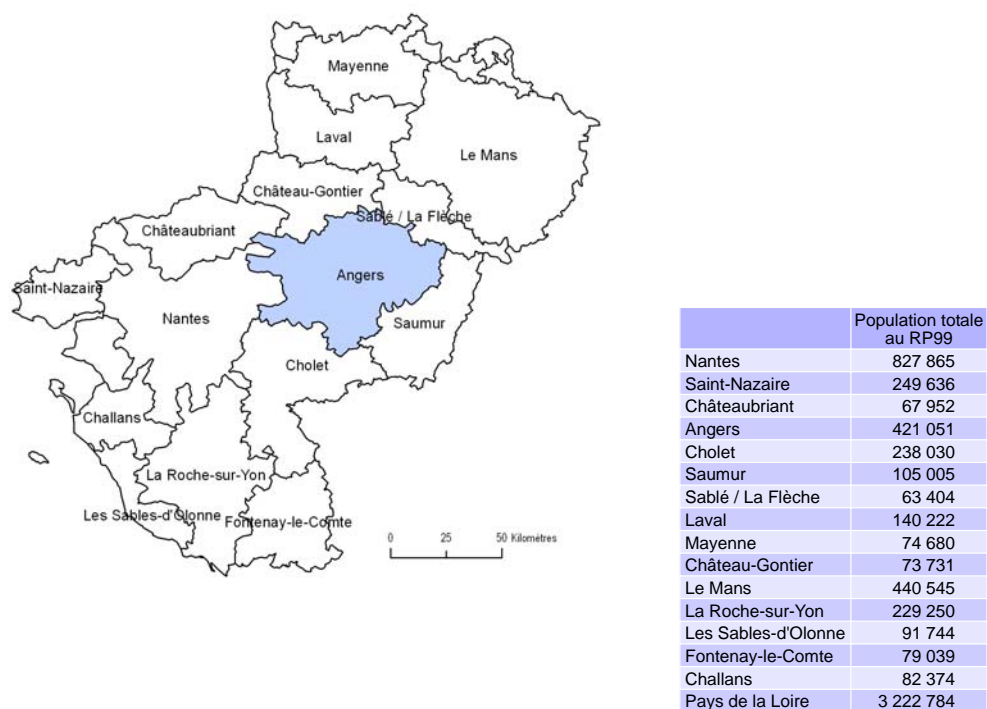
Il s'agit, pour la population de chaque territoire, des données concernant :

- la situation démographique actuelle et son évolution à l'horizon 2010, déterminant essentiel du recours aux soins,
- les naissances, qui sont à l'origine d'un pourcentage important des séjours hospitaliers,
- la mortalité, la mortalité prématurée et les causes médicales de décès, qui constituent des éléments comparatifs indispensables à l'analyse de l'état de santé d'une population,
- les diagnostics d'hospitalisation,
- la santé des enfants et des personnes âgées,
- quelques problèmes de santé retenus en raison de leur importance dans le cadre des SROS : cancers, troubles mentaux (avec notamment une approche spécifique des suicides et des conséquences pour la santé de la consommation excessive d'alcool).

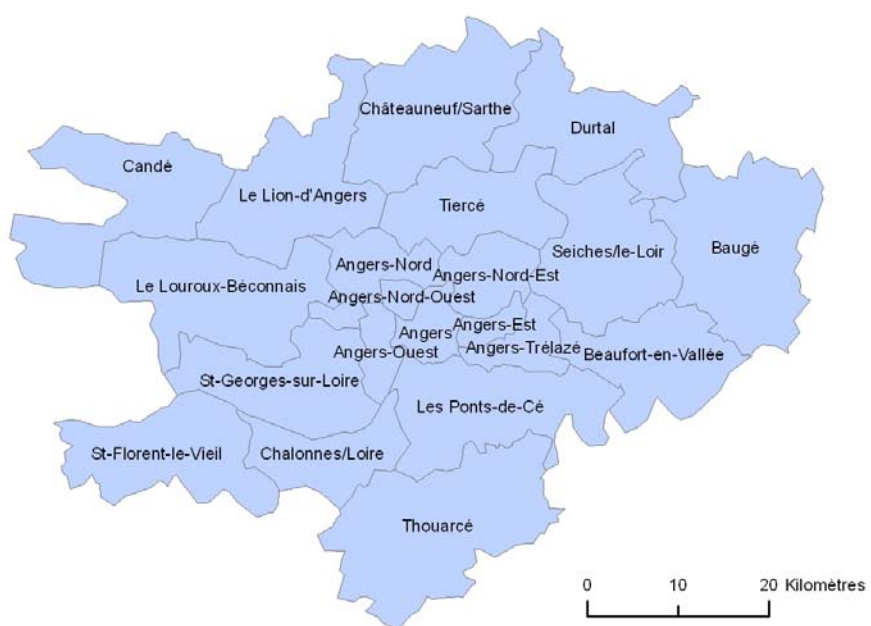
Seules les données directement disponibles pour l'ensemble des territoires sont présentées. Des données complémentaires existent souvent, spécifiques à certains territoires comme celles issues du registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, ou encore nécessitant des exploitations spécifiques par les organismes qui les produisent (données de l'assurance maladie par exemple).

La confrontation de ces données statistiques avec celles concernant l'organisation sanitaire doit permettre de contribuer à une meilleure prise en compte des besoins de santé des habitants des territoires.

## Les territoires de santé des Pays de la Loire



## Le territoire de santé d'Angers



## Sommaire

	Page
<b>1 - Démographie</b>	<b>7</b>
1.1 Population	8
1.2 Projections de population, et vieillissement	12
1.3 Natalité, fécondité	16
1.4 Mortalité	20
<b>2 - Vues d'ensemble</b>	<b>25</b>
2.1 Causes médicales de décès	26
2.2 Mortalité prématurée	30
2.3 Diagnostics d'hospitalisation	34
<b>3 - Santé des populations</b>	<b>39</b>
3.1 La santé des enfants âgés de moins de 1 an	40
3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans	44
3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus	48
<b>4 - Problèmes de santé et déterminants</b>	<b>53</b>
4.1 Cancers	54
4.2 Santé mentale	60
4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool	62
4.4 Suicide	66
<b>Annexes</b>	<b>71</b>



# Démographie

## Contexte national

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

Au 1er janvier 2005, la France compte 62,4 millions d'habitants, 60,6 millions en métropole et 1,8 million dans les départements d'outre-mer. Suite aux premiers résultats de la collecte du Recensement de la population 2004, l'INSEE a révisé à la hausse ses estimations de population. Le taux de croissance annuelle de la population est ainsi passé de 0,37 % au cours de la période 1990-1998 à 0,58 % pour la période 1999-2003.

Notre pays, qui représente 13,6 % de la population de l'Union européenne, se situe au deuxième rang des pays de l'Union après l'Allemagne (82 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni. L'Europe représente un poids démographique de 455 millions d'habitants contre 279 millions pour les Etats-Unis, et 145 millions pour la Fédération de Russie.

L'augmentation de la population française en 2004 par rapport à 2003 s'explique à 75 % par l'accroissement naturel et à 25 % par le solde migratoire. La France est, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel. En revanche, en Allemagne, en Autriche, en Italie et en Grèce, le solde naturel est négatif, les décès sont plus nombreux que les naissances. Dans cinq des dix nouveaux pays membres de l'Union européenne - la Pologne, la Hongrie, la Lituanie, la Lettonie et l'Estonie - la population a décliné en 2003.

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

Les tendances générales observées depuis vingt ans se confirment, avec une baisse du poids des moins de vingt ans et une progression du groupe d'âge des plus de 60 ans. Au début de l'année 2004, les moins de 20 ans représentent 23,8 % de la population française contre près du tiers en 1962. L'Irlande reste le pays d'Europe qui a la plus forte proportion de moins de vingt ans (31,4 %).

Les personnes en âge d'activité (de 20 à 59 ans) représentent en 2004 un peu plus de la moitié de la population métropolitaine (54,4 %), et leur effectif est en légère augmentation par rapport à 1990.

La proportion des personnes de 60 ans ou plus est en progression, de 19,5 % en 1992 à 21,8 % en 2004. C'est en Irlande que cette proportion est la plus faible (15,2 %) et en Italie qu'elle est la plus élevée (23,5 %).

En 2004, 4,5 millions de personnes immigrées âgées de 18 ans ou plus résident en France métropolitaine, soit 9,6 % de la population du même âge, contre 8,9 % en 1990. 41 % sont originaires de l'Union européenne.



### Faits marquants

Le territoire de santé d'Angers (421 000 habitants) est le deuxième territoire le plus peuplé de la région, après celui de Nantes (13 % de la population régionale). A l'intérieur du territoire, un peu plus d'un habitant sur deux (54 %) est domicilié dans l'agglomération d'Angers.

Le territoire a gagné 27 000 habitants entre 1990 et 1999, soit environ 3 000 habitants supplémentaires chaque année. Entre les deux derniers recensements, le taux de croissance moyen de la population a atteint 0,7 % par an, taux proche de la moyenne régionale, et supérieur au taux national (+0,4 %). Cet accroissement provient pour 71 % du mouvement naturel (différence entre naissances et décès), et pour 29 % du solde des départs et des arrivées.

Le territoire de santé d'Angers est concerné, comme le reste du pays, par un mouvement de vieillissement. La part des moins de 15 ans a légèrement baissé entre 1990 et 1999. En revanche, la part des 75 ans et plus est passée de 6,4 % à 7,4 % de la population totale. Le groupe d'âge dont l'effectif a le plus progressé est celui des 45-74 ans (+ 25 %).

## L'effectif de la population progresse dans la quasi-totalité des cantons du territoire

Le territoire de santé d'Angers (421 000 habitants) est le deuxième territoire le plus peuplé de la région après celui de Nantes. Il représente 13 % de la population régionale. Un peu plus d'un habitant sur deux (54 %), soit 226 912 habitants, est domicilié dans l'agglomération d'Angers. 36 % de la population du territoire habite dans la commune d'Angers.

Entre les recensements de la population de 1990 et 1999, le territoire de santé d'Angers a gagné 27 000 habitants, soit environ 3 000 habitants supplémentaires chaque année. Au cours de cette période, le taux de croissance moyen de la population a atteint 0,7 % par an (Fig1), taux proche de la moyenne régionale (+0,6 %), contre 0,4 % au plan national.

A l'intérieur du territoire, la ville d'Angers a connu une croissance encore plus forte (+ 0,8 % par an), soit le double de la moyenne nationale. Certains cantons de la proche couronne ont également des taux de croissance élevés, supérieurs à 1 % par an. Deux cantons plus éloignés d'Angers connaissent aussi une forte croissance de population : Le Lion-d'Angers (+1 % par an) et Tiercé (+1,2 %). Candé est le seul canton dont l'effectif de la population a diminué (Fig1).

## La croissance de la population provient pour plus des deux tiers de l'accroissement naturel

La croissance de la population a deux composantes, le mouvement naturel (solde des naissances et des décès) et le solde migratoire (différence entre les départs et les arrivées). Entre 1990 et 1999, l'accroissement de la population provient pour 71 % du mouvement naturel, et pour 29 % du solde des départs et des arrivées (Fig2).

On a dénombré en 2003 dans le territoire de santé, 5 755 naissances pour 3 585 décès, ce qui représente un solde naturel de 2 170 habitants. Ce solde est plus bas que les années précédentes, à la suite d'une progression importante du nombre de décès en 2003 (effet de la canicule), alors que le nombre de naissances est resté stable.

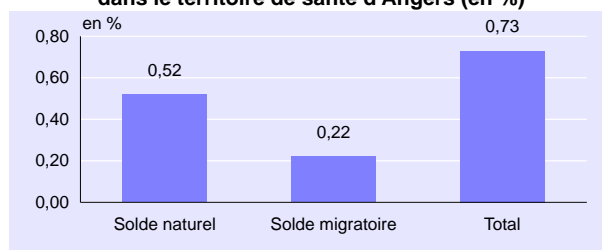
L'ensemble du département du Maine-et-Loire a connu un solde migratoire légèrement négatif entre 1990 et 1999 (-0,05 % par an). En revanche, dans le territoire d'Angers, les arrivées ont été plus nombreuses que les départs. Ce mouvement est surtout marqué dans une zone étroite autour de l'axe autoroutier Angers-Le Mans avec un taux de variation annuel du solde migratoire supérieur à 0,6 % (contre 0,22 % pour l'ensemble du territoire).

Fig1. Effectifs de population des cantons du territoire de santé d'Angers aux recensements

	1982	1990	1999	TCAM * 90-99
Angers	135 911	141 354	151 322	0,8%
Angers-Est	10 663	11 069	11 848	0,8%
Angers-Nord	11 660	13 922	15 210	1,0%
Angers-Nord-Est	8 979	10 986	13 016	1,9%
Angers-Nord-Ouest	10 832	12 889	12 994	0,1%
Angers-Ouest	7 282	9 663	11 024	1,5%
Angers-Trélazé	15 442	15 879	16 760	0,6%
Baugé	10 459	10 326	10 480	0,2%
Beaufort-en-Vallée	13 412	15 303	16 108	0,6%
Candé	7 178	6 727	6 624	-0,2%
Chalonnes-sur-Loire	9 853	10 149	10 620	0,5%
Châteauneuf-sur-Sarthe	10 166	10 077	10 232	0,2%
Durtal	8 725	8 784	9 254	0,6%
Le Lion-d'Angers	8 829	9 620	10 560	1,0%
Le Louroux-Béconnais	7 169	7 826	8 207	0,5%
Les Ponts-de-Cé	30 940	34 064	37 195	1,0%
Saint-Florent-le-Vieil	15 344	15 550	15 882	0,2%
Saint-Georges-sur-Loire	12 140	13 506	14 566	0,8%
Seiches-sur-le-Loir	9 058	9 581	10 085	0,6%
Thouarcé	14 495	15 743	16 741	0,7%
Tiercé	9 630	11 057	12 323	1,2%
<b>Ensemble du territoire</b>	<b>368 167</b>	<b>394 075</b>	<b>421 051</b>	<b>0,7%</b>
Pays de la Loire	2 931 690	3 057 668	3 222 784	0,6%
France métropolitaine	54 295 612	56 651 955	58 520 688	0,4%

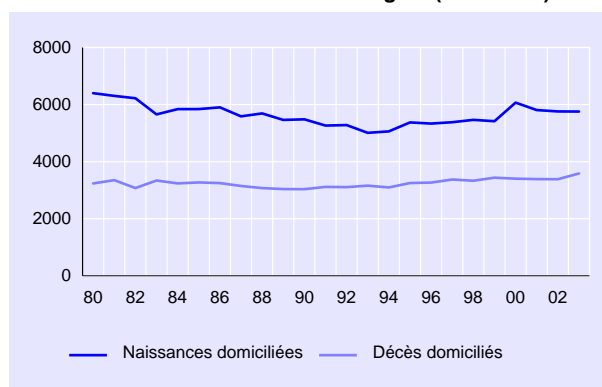
Source : INSEE (RP 82, 90, 99)  
\* Taux de croissance annuel moyen

Fig2. Taux de variation annuel entre 1990 et 1999 dus au mouvement naturel et au solde migratoire dans le territoire de santé d'Angers (en %)



Source : INSEE (RP 90 et 99)

Fig3. Evolution du nombre de naissances et de décès dans le territoire de santé d'Angers (1980-2003)



Source : INSEE (Etat civil)



### Contexte national

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

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

Le bouleversement le plus important provient en réalité de l'arrivée des nombreuses générations nées au cours des années 1945-1965, qui atteindront l'âge de soixante ans à partir de 2005, et 85 ans en 2030. Selon les prévisions de l'INSEE, l'effectif des soixante ans ou plus augmentera de 64 % et atteindra 20 millions de personnes : ce groupe d'âge représentera 31 % de la population contre 20,6 % en 2000. L'augmentation sera encore plus forte dans le haut de la pyramide des âges : l'effectif des 75 ans et plus va doubler d'ici 2030, de 4,2 à 8,3 millions de personnes. Même évolution attendue pour les 85 ans et plus, avec 2,4 millions de personnes en 2030 contre 1,2 million en 2000.

Toutefois, cette croissance ne sera pas continue. Ainsi, l'effectif des plus de 85 ans a diminué entre 2000 et 2005, suite à l'arrivée dans leur 85ème année des classes creuses nées entre 1915-1919.

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

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

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

### Faits marquants

Selon les estimations effectuées par l'INSEE (modèle Omphale), le territoire d'Angers devrait compter environ 500 000 habitants en 2030, contre 423 800 en 2000. Mais la croissance de la population va s'accompagner d'une transformation en profondeur de la structure par âge. L'effectif des moins de vingt ans resterait relativement stable (-5 %). En revanche, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait pratiquement doubler (de 80 000 à 151 000 personnes). Leur proportion dans la population totale passerait de 19 % à 30 % en trente ans.

A plus court terme, avec le maintien de la fécondité constatée dans le territoire en 1999, et une poursuite des évolutions tendanciennes en matière de migrations, on devrait observer une augmentation de l'effectif de la population du territoire de 3,4 % entre 2005 et 2010 : soit un gain annuel d'environ 3 000 habitants supplémentaires.

Entre 2005 et 2010, l'effectif des moins de 15 ans devrait continuer de progresser (alors qu'il resterait stable au plan régional). Le rythme de progression du groupe d'âge 45-74 ans entre 2005 et 2010 serait nettement moins élevé que pendant la période 1990-1999.

En ce qui concerne le vieillissement, les évolutions sont variables selon les groupes d'âge. L'effectif des jeunes retraités, qui a baissé entre 2000 et 2005, va reprendre sa courbe ascendante. Au-delà de 85 ans, la baisse amorcée depuis 2000 s'interrompt : l'effectif des 85-89 ans va doubler d'ici 2010 alors que le nombre de personnes âgées de 90 ans ou plus va diminuer au cours des cinq prochaines années.

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

Territoire de santé d'Angers

### D'ici 2030, une transformation massive de l'équilibre actifs/inactifs

Selon les projections effectuées par l'INSEE, la population du territoire devrait atteindre environ 500 000 habitants en 2030, contre 423 800 en 2000 (Fig1 et Fig5).

La structure démographique du territoire va être profondément modifiée au cours de cette période. Selon ces projections, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait pratiquement doubler entre 2000 et 2030 (de 80 000 à 151 000 personnes), passant de 19 % à 30 % de la population totale. L'effectif des moins de vingt ans diminuerait quant à lui de 5 %.

### A l'horizon 2010, 3 000 habitants supplémentaires chaque année

A plus court terme, l'effectif de la population devrait croître de 3,4 % au cours de la période 2005-2010 (Fig2). Le territoire "gagnerait" chaque année environ 3 000 habitants supplémentaires, comme au cours de la décennie précédente.

L'effectif des moins de 15 ans devrait poursuivre sa croissance dans le territoire (+2,2 %), alors qu'il resterait stable au plan régional. Le seul groupe d'âge dont l'effectif diminuerait serait celui des 15-44 ans (-1,5 %).

Entre 2005 et 2010, le groupe d'âge 45-74 ans va gagner 11 000 personnes supplémentaires, soit une augmentation comparable à celle de la période 2000-2005.

### PROJECTIONS DE POPULATION

Ces projections démographiques ont été établies par l'INSEE à l'aide du modèle OMPHALE (scénario U), sur la base des hypothèses suivantes :

- en matière de **fécondité**, l'hypothèse utilisée pour toute la période de projection (2000-2030) est le maintien d'un indice de fécondité correspondant à l'indice calculé en 1999 dans le territoire, au moment du recensement de la population,
- en matière de **mortalité**, l'hypothèse retenue est celle selon laquelle la mortalité observée dans le territoire en 1999 va baisser au cours des trente prochaines années au même rythme que la tendance centrale métropolitaine observée entre la fin des années 1960, et la fin des années 1990,
- en matière de **migrations**, le scénario retenu est celui selon lequel les mouvements migratoires vont se poursuivre selon le même rythme que ceux constatés entre 1990 et 1999 dans le territoire.

Fig1. Evolution de la population entre 2000 et 2030 selon l'âge dans le territoire de santé d'Angers

	2000	2005	2010	2015	2030
0-14 ans	83 051	83 269	85 132	85 323	79 826
15-44 ans	187 895	186 042	183 334	182 136	176 928
45-74 ans	123 098	134 568	145 993	157 483	177 983
75 ans et +	29 775	34 431	38 731	41 801	65 105
<b>Ensemble</b>	<b>423 819</b>	<b>438 310</b>	<b>453 190</b>	<b>466 743</b>	<b>499 842</b>
Moins de 20 ans	118 043	116 189	116 336	117 513	112 257
Plus de 60 ans	80 126	84 276	96 890	111 409	150 937

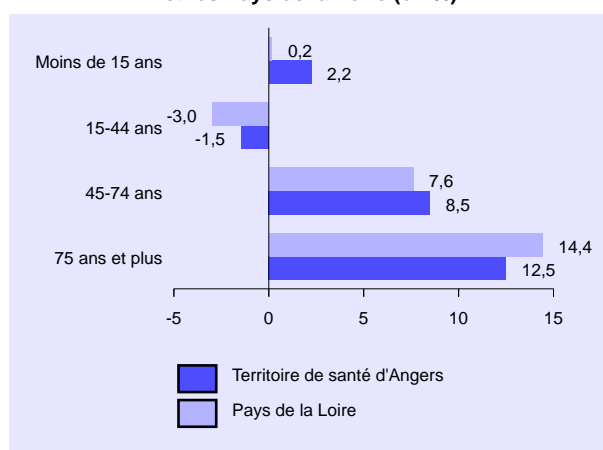
Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

Fig2. Evolution de la population entre 2005 et 2010 selon l'âge dans le territoire de santé d'Angers, les Pays de la Loire et en France métropolitaine (en %)

	Territoire de santé d'Angers	Pays de la Loire	France
0-14 ans	2,2	0,2	-1,0
15-44 ans	-1,5	-3,0	-2,4
45-74 ans	8,5	7,6	5,9
75 ans et +	12,5	14,4	12,3
<b>Ensemble</b>	<b>3,4</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>
Moins de 20 ans	0,1	-1,1	-1,9
Plus de 60 ans	15,0	13,9	12,1

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

Fig3. Evolution de l'effectif des différents groupes d'âge entre 2005 et 2010 dans le territoire de santé d'Angers et les Pays de la Loire (en %)



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

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

Territoire de santé d'Angers

### Parmi les plus de soixante ans, des évolutions contrastées

La population du territoire d'Angers, comme celle de l'ensemble de la France, vieillit. Mais la pyramide des âges de la population française est composée, aux âges élevés, de générations d'effectifs très variables, à cause des classes creuses, correspondant aux deux périodes de faible natalité de la première et de la seconde guerre mondiale.

L'effectif des jeunes générations de retraités est en légère baisse entre 2000 et 2005, avec environ 50 000 personnes âgées de 60 à 74 ans (en 2005). Entre 2005 et 2010, les classes nombreuses nées après la seconde guerre mondiale arrivent à l'âge de la retraite, ce qui va provoquer, à l'inverse, une augmentation importante de ce groupe d'âge (+17 % en cinq ans).

### Une forte augmentation de l'effectif des 85 ans et plus d'ici 2010

Au 1er janvier 2005, la population âgée de 75 ans ou plus est évaluée à 34 400 personnes, ce qui correspond à 7,9 % de la population du territoire (Fig4). Entre 2005 et 2010, la croissance de l'effectif des plus de 75 ans va se poursuivre : +12,5 % (Fig3).

L'effectif des 75-79 ans va augmenter de manière modérée entre 2005 et 2010 (+434 personnes).

On dénombre 8 300 personnes âgées de 85 ans ou plus dans le territoire d'Angers au 1er janvier 2005, soit un peu moins de 2 % de la population. Les classes creuses étant entrées dans leur 85ème année en 2000, l'effectif des 85 ans et plus a baissé entre 2000 (9 700) et 2005 (8 300).

A court terme, la tendance va s'inverser : l'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 45 % entre 2005 et 2010, avec toutefois des évolutions différentes selon les groupes d'âge. Le nombre de personnes âgées de 85 à 89 ans est en forte progression : son effectif va plus que doubler entre 2005 et 2010.

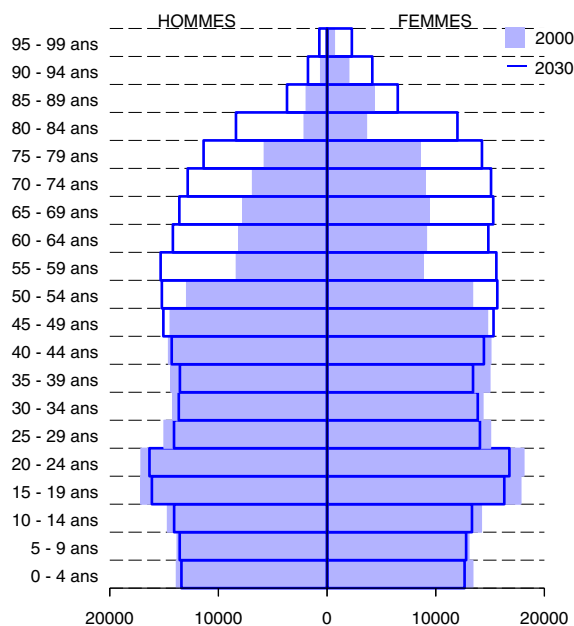
A l'inverse, l'effectif des 90 ans et plus (4 300 personnes en 2005) va baisser de 17 % entre 2005 et 2010, car les classes creuses nées entre 1915 et 1919 rentrent dans leur 90ème année. Ce groupe d'âge est celui pour lequel la demande d'entrée en institution est la plus forte.

Fig4. Evolution de la population âgée entre 2000 et 2015 selon l'âge dans le territoire de santé d'Angers

	2000	2005	2010	Evol. 2005-2010 (en %)	2015
60 - 74 ans	50 351	49 845	58 159	16,7	69 608
75 - 79 ans	14 366	14 249	14 683	3,0	14 552
80 - 84 ans	5 748	11 867	12 003	1,1	12 596
85 - 89 ans	6 263	4 011	8 490	111,7	8 817
90 - 94 ans	2 600	3 232	2 157	-33,3	4 697
95 ans et plus	798	1 072	1 398	30,4	1 139
60 ans et plus	80 126	84 276	96 890	15,0	111 409
75 ans et plus	29 775	34 431	38 731	12,5	41 801
% dans population totale	7,0	7,9	8,5	-	9,0
85 ans et plus	9 661	8 315	12 045	44,9	14 653
% dans population totale	2,3	1,9	2,7	-	3,1

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

Fig5. Comparaison des pyramides des âges au 01/01/2000 et au 01/01/2030 dans le territoire de santé d'Angers



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

### Contexte national

Depuis près de 30 ans, le nombre de naissances est relativement stable en France et oscille selon les années entre 710 000 et 810 000, après les années 1946-1973 considérées comme une période exceptionnelle en matière de fécondité.

797 400 bébés sont nés en 2004, contre 793 900 l'année précédente. Un peu moins de neuf naissances sur 100 concernent des mères de nationalité étrangère (2002).

La natalité dépend du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité à chaque âge. On mesure la fécondité une année donnée par l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), obtenu en additionnant les taux de fécondité de chaque âge. En 2004, cet indice est estimé par l'INSEE à 1,92 enfant par femme. Les disparités régionales en matière de fécondité, naguère très marquées, tendent à s'estomper, conséquence de l'homogénéisation des comportements.

Au sein de l'Union européenne, les Françaises et les Irlandaises (1,98 enfant par femme) ont la plus forte fécondité. Ces deux pays se situent loin devant la moyenne de l'Europe des 25 (1,48 enfant par femme). Les pays ayant la plus faible fécondité sont l'Espagne, la Grèce, l'Italie, mais aussi Chypre et Malte.

L'indice de fécondité a un caractère conjoncturel et n'illustre pas les comportements des femmes tout au long de leur vie féconde. Pour décrire le comportement d'une génération de femmes, on utilise un autre indicateur, la "descendance finale", qui dénombre les enfants que les femmes d'une génération ont eu au terme de leur vie féconde. Les femmes nées au lendemain de

la deuxième guerre mondiale ont une descendance finale voisine de 2,1 enfants, ce qui assure le remplacement des générations. Pour les générations plus récentes, qui n'ont pas terminé leur vie féconde, cet objectif de remplacement semble devoir être atteint également.

La stabilité relative de la natalité depuis 1973 s'accompagne cependant d'un changement très important dans la structure de la fécondité : la fécondité baisse aux âges jeunes et augmente aux âges élevés. En 2004, l'âge moyen des mères à la naissance continue de progresser (29,6 ans), et une mère sur deux est âgée de 30 ans ou plus contre 27 % en 1980. Par ailleurs, la proportion de naissances chez des mères âgées de 40 ans et plus reste faible (3,4 %), mais est en augmentation.

Les comportements sont cependant variables selon les régions, la proportion de mères âgées d'au moins 35 ans est supérieure à 20 % en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (en 2001), avec un record pour Paris (27 %).

Les enfants qui naissent hors mariage sont de plus en plus nombreux : près de 47,4 % des naissances en 2004, contre seulement un sur cinq en 1985. On observe également des variations importantes selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des territoires d'outre-mer où plus de deux naissances sur trois ont lieu hors mariage (2001).

La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,5 % des accouchements (2001).



### Faits marquants

Après un maximum de 6 400 naissances en 1980 concernant des femmes habitant dans le territoire d'Angers, le nombre de naissances a sensiblement décru, jusqu'à son point bas en 1993-1994 (5 000 naissances).

Depuis, la natalité a connu une progression régulière, avec un pic en l'an 2000 (plus de 6 000 naissances). Au cours de la période récente (2001-2003), le nombre de naissances concernant des femmes habitant dans le territoire d'Angers est resté relativement stable (entre 5 700 et 5 800 nouveau-nés chaque année).

En 2003, 94 % des naissances concernant des femmes habitant le territoire ont eu lieu à Angers. Depuis une dizaine d'années, le solde entre le nombre de naissances "enregistrées" dans le territoire (naissances ayant eu lieu dans le territoire) et le nombre de naissances "domiciliées" (naissances concernant les habitantes du territoire) est devenu positif. Par ailleurs, l'écart entre ces deux indicateurs s'est récemment agrandi, ce qui signifie que les maternités d'Angers deviennent de plus en plus attractives.

Cette forte attractivité des maternités d'Angers touche non seulement la ville-centre mais également les cantons périphériques, malgré la présence d'établissements d'accouchement de proximité (La Flèche, Ancenis par exemple).

## 1.3 Natalité, fécondité

### Le nombre de naissances "domiciliées" retrouve son niveau du début des années 1980

En 1980, un maximum de 6 400 naissances concernant des femmes habitant dans le territoire d'Angers a été dénombré. Ensuite, ce nombre a sensiblement décru jusqu'à son point bas, en 1993-1994, avec seulement 5 000 naissances.

Depuis, la natalité dans le territoire poursuit une courbe plutôt ascendante. On a observé dans le territoire d'Angers, comme au plan national, un pic en l'an 2000 (6 068 naissances).

### Au cours de la période récente, le nombre de naissances se stabilise

Au cours de la période récente (2001-2003), le nombre de naissances des femmes habitant dans le territoire d'Angers est resté relativement stable (entre 5 700 et 5 800 nouveau-nés chaque année).

Dans la commune d'Angers, la natalité est restée stable avec en moyenne chaque année un peu plus de 2 000 naissances, soit 36 % des naissances des habitantes du territoire (ce qui correspond au poids démographique de la ville d'Angers dans le territoire).

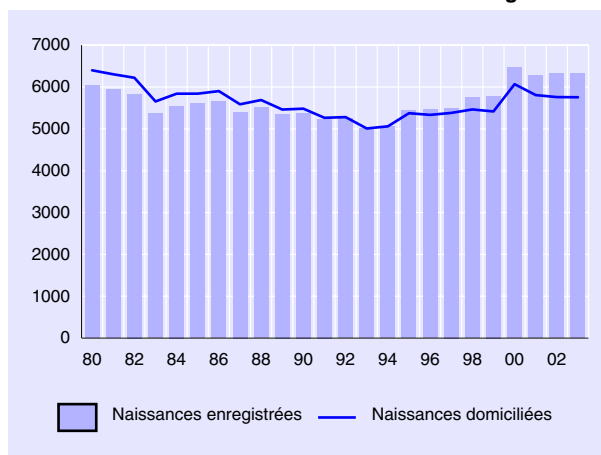
Dans certains cantons plus éloignés d'Angers, le nombre de naissances connaît une forte augmentation, liée vraisemblablement à des flux migratoires et à l'arrivée de jeunes femmes en âge de procréer : Châteauneuf-sur-Sarthe, +48 %, Saint-Florent-le-Vieil, +26 %, Tiercé, + 25 %, Seiches-sur-le-Loir, +24 %, Beaufort-en-Vallée, + 21 %, et Saint-Georges-sur-Loire, +21 %.

### Les naissances "enregistrées" sont maintenant plus nombreuses que les naissances "domiciliées"

En 2003, les femmes habitant dans le territoire de santé d'Angers ont mis au monde 5 755 nouveau-nés (Fig2). Par ailleurs, 6 319 naissances ont été enregistrées dans les maternités d'Angers (Fig1). Comme le montre le graphique (Fig1), l'écart entre le nombre de naissances enregistrées dans les maternités du territoire (colonnes bleues), et le nombre de naissances de femmes du territoire (filet bleu) est devenu positif il y a une dizaine d'années, et l'écart entre ces deux indicateurs s'est amplifié récemment.

Cela signifie que les femmes n'habitant pas le territoire et qui viennent accoucher à Angers sont plus nombreuses que les femmes du territoire d'Angers qui accouchent en dehors du territoire.

Fig1. Evolution du nombre de naissances enregistrées et domiciliées dans le territoire de santé d'Angers



Source : INSEE (Etat civil)

Fig2. Evolution du nombre de naissances domiciliées par canton entre 1999 et 2003 dans le territoire de santé d'Angers

	1999	2000	2001	2002	2003
Angers	2 033	2 298	2 179	2 059	2 074
Angers-Est	139	181	132	129	127
Angers-Nord	183	197	216	183	188
Angers-Nord-Est	140	154	157	142	125
Angers-Nord-Ouest	126	143	141	123	113
Angers-Ouest	114	100	100	83	96
Angers-Trélazé	211	247	257	292	246
Baugé	136	135	146	140	135
Beaufort-en Vallée	208	224	227	211	251
Candé	92	86	91	87	100
Chalonnnes-sur-Loire	135	179	136	159	131
Châteauneuf-sur-Sarthe	125	160	157	159	185
Durtal	126	136	151	146	135
Le Lion-d'Angers	177	200	160	173	193
Le Louroux-Béconnais	129	129	129	131	133
Les Ponts-de-Cé	439	439	423	461	414
Saint-Florent-le-Vieil	186	229	216	215	234
Saint-Georges-sur-Loire	182	203	204	225	221
Seiches-sur-le-Loir	150	179	164	196	186
Thouarcé	239	257	237	266	285
Tiercé	146	192	184	179	183
<b>Ensemble du territoire</b>	<b>5 416</b>	<b>6 068</b>	<b>5 807</b>	<b>5 759</b>	<b>5 755</b>

Source : INSEE (Etat civil)

### Les maternités d'Angers sont de plus en plus attractives

Comme on l'a vu précédemment, les maternités d'Angers, qui sont les seuls établissements d'accouchement du territoire, sont de plus en plus attractives. En effet, les "fuites" en dehors du territoire sont rares, 94 % des naissances concernant des femmes habitant le territoire ayant eu lieu à Angers en 2003.

Dans la commune d'Angers, et dans les cantons périphériques, la quasi-totalité des naissances ont lieu à Angers.

Dans quelques cantons plus éloignés du chef-lieu de département, l'attraction des maternités d'Angers est évidemment moins importante. Mais l'établissement d'accouchement le plus proche n'est pas toujours celui que les femmes choisissent pour accoucher.

Dans le canton de Durtal, trois naissances sur quatre ont lieu à Angers contre 23 % à La Flèche. La maternité

de La Flèche est pourtant l'établissement d'accouchement le plus proche pour la plupart des habitants du canton, situé à 13 kilomètres de Durtal, alors que 34 kms séparent Angers et Durtal (par l'autoroute).

Dans le canton de Baugé, deux naissances sur trois ont lieu à Angers, et une sur quatre seulement à La Flèche (où se trouve l'établissement d'accouchement le plus proche, à 18 kilomètres de Baugé). 4 % des naissances ont lieu à Saumur (commune située à la même distance de Baugé qu'Angers).

Enfin, dans le canton de Saint-Florent-le-Vieil, le quart des naissances ont lieu à Ancenis (située à 15 kms de Saint-Florent-le-Vieil), contre 61 % à Angers (située à 35 kms), et 11 % à Cholet (située à 38 kms).

**Fig3. Nombre de naissances par lieu de naissance et canton de domicile en 2003 dans le territoire de santé d'Angers**

Lieu d'accouchement →	Angers	Ancenis	La Flèche	Château-Gontier	Cholet	Saumur	Nantes agglo	Château-briant	Le Mans	Autres	Total
Canton de domicile ↓											
Angers	2 030	1	2	1	5	4	4	1	1	25	2 074
Angers-Est	126									1	127
Angers-Nord	187								1		188
Angers-Nord-Est	125										125
Angers-Nord-Ouest	109						1			3	113
Angers-Ouest	95									1	96
Angers-Trélazé	245									1	246
Baugé	90		32			6			4	3	135
Beaufort-en-Vallée	227		3			15				6	251
Candé	65	17		7			3	8			100
Chalonnnes-sur-Loire	130				1						131
Châteauneuf-sur-Sarthe	160		3	21			1				185
Durtal	101		31	2	1						135
Le Lion-d'Angers	180	1		10	1					1	193
Le Louroux-Béconnais	124	6						1		2	133
Les Ponts-de-Cé	407					3	2			2	414
Saint-Florent-le-Vieil	142	61			25		5			1	234
Saint-Georges-sur-Loire	214	4								3	221
Seiches-sur-le-Loir	181		3				1		1		186
Thouarcé	273				9	2	1				285
Tiercé	178			1			1			3	183
<b>Ensemble du territoire</b>	<b>5 389</b>	<b>90</b>	<b>74</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>52</b>	<b>5 755</b>

Source : INSEE (Etat civil)

### Contexte national

Entre 2003 et 2004, le nombre de décès a baissé de manière sensible en France, de 560 100 à 518 100 décès (-7,5 %). Cette tendance est inverse à celle observée l'année précédente, qui avait été marquée par la canicule de l'été 2003, à l'origine de 15 000 décès supplémentaires. Une partie de cette baisse est sans doute la conséquence de "décès anticipés" ayant eu lieu en 2003. Le recul de la mortalité routière influe également cette évolution. Mais ces différents facteurs ne suffisent pas à expliquer ce recul important (-42 000 décès en un an). Les régions où la mortalité a le plus baissé en 2004 ne sont d'ailleurs pas uniquement celles où la canicule a le plus sévi.

La fréquence des décès est fortement liée à l'âge, avec toutefois des différences marquées entre les deux sexes. Ainsi, environ la moitié des décès féminins ont lieu après 85 ans contre seulement 21,7 % des décès masculins (en 2001). La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 28 % chez les hommes contre seulement 13,1 % chez les femmes. C'est une des principales causes des écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. En 2004, suite à la baisse importante de la mortalité, l'espérance de vie à la naissance a de nouveau augmenté : elle atteint 76,7 ans pour les hommes, et 83,8 ans pour les femmes.

La France se caractérise par l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes (7,1 ans en 2004), le plus important au sein de l'Union européenne, avec celui de l'Espagne. Cet écart s'explique par une surmortalité masculine à tous les âges de la

vie. Dès la première année de vie, les taux de mortalité des garçons sont plus élevés que ceux des filles. Plus généralement, cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques dont les effets sont très certainement accentués à l'adolescence et à l'âge adulte par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années soixante, se poursuit à un rythme soutenu, avec 3,1 années de vie gagnées depuis 1994 pour le sexe masculin contre 2 pour les femmes. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est ainsi réduit : de 8,2 années en 1994 à 7,1 en 2004.

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

On observe une grande stabilité dans la répartition des lieux de décès, qui est restée pratiquement inchangée depuis dix ans. Un peu plus du quart des décès (27 %) ont lieu au domicile, près de la moitié dans les établissements publics de santé, 8,7 % dans les cliniques, et 10 % en maison de retraite (2001). Par ailleurs, 2 % des décès surviennent sur la voie publique.

### Faits marquants

La mortalité est fortement liée à l'âge. Dans le territoire d'Angers, 37 % des décès ont lieu avant 75 ans, et 63 % après. Mais cette proportion est variable selon le sexe ; un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur quatre.

Le groupe d'âge 25-34 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée, avec un taux de mortalité masculin trois fois plus important que le taux féminin.

Au cours de la période 1992-1999, l'écart favorable entre le territoire d'Angers et la moyenne française en matière de mortalité se réduit, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Dans le territoire de santé d'Angers, la mortalité est inférieure de 11 % par rapport à la moyenne nationale.

La proportion de décès qui surviennent au domicile est plus importante que celle observée au plan national.

### La mortalité masculine est plus précoce que la mortalité féminine

La mortalité est fortement liée à l'âge. Dans le territoire d'Angers, 37 % des décès ont lieu avant 75 ans, et 63 % après.

La France figure en Europe parmi les pays qui ont le plus fort écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Dans le territoire de santé d'Angers, un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur quatre.

A tous les âges de la vie, les taux de mortalité masculins sont nettement plus élevés que les taux féminins, et cela dès la petite enfance (Fig1).

### Pour les 25-34 ans, le taux de mortalité est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Le groupe d'âge 25-34 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée. Pour la période 1996-2000, on a dénombré chaque année 35 décès masculins de personnes âgées de 25 à 34 ans pour 11 décès féminins. Cela correspond à un taux de mortalité masculin trois fois plus important que le taux féminin.

Cet écart très important correspond aux pathologies accidentelles qui représentent l'essentiel des décès pour ce groupe d'âge, et traduit les différences entre les hommes et les femmes en matière de conduites à risque.

### La baisse de la mortalité se poursuit entre 1992 et 1999

Le taux comparatif de mortalité permet de suivre sur un territoire l'évolution de la mortalité au cours d'une longue période, en s'affranchissant des effets des transformations de la structure par âge de la population. En France, le taux comparatif de mortalité a diminué entre les années 1991-1993 et 1998-2000 de 11 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes.

Chez les hommes du territoire de santé d'Angers, le taux comparatif de mortalité a connu une tendance à la baisse au cours de cette période, mais celle-ci a été moins prononcée qu'au plan national (-9 % vs -11 %).

Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité a connu une tendance à la baisse entre le début et le milieu des années 90, puis une période de stabilité.

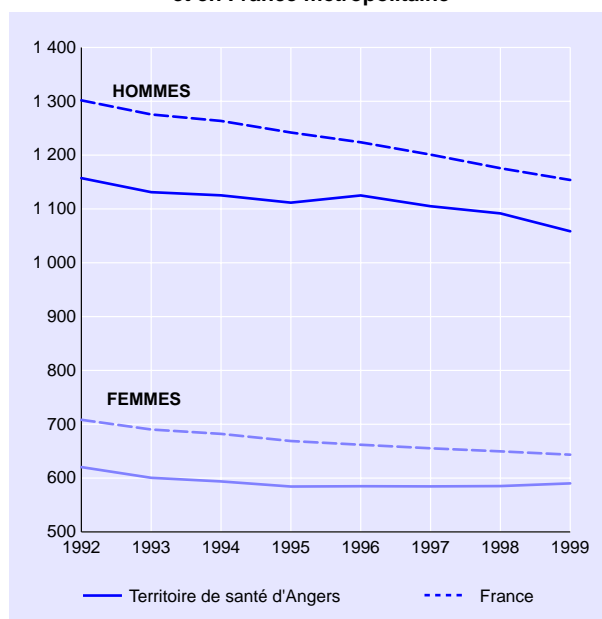
Les taux comparatifs de mortalité masculins et féminins sont ainsi restés inférieurs à la moyenne nationale mais les écarts se sont réduits.

**Fig1. Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par sexe et âge en 1996-2000 dans le territoire de santé d'Angers**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*
0-4 ans	18	134,7	10	77,6	29	106,4
5-14 ans	4	14,1	2	7,4	6	10,8
15-24 ans	24	69,3	9	25,1	33	46,7
25-34 ans	35	118,8	11	38,7	46	78,6
35-44 ans	68	234,8	28	92,6	96	162,4
45-54 ans	137	500,5	58	207,1	195	351,6
55-64 ans	176	1072,3	90	502,9	266	775,0
65-74 ans	373	2556,9	190	1037,1	563	1709,8
75-84 ans	429	5456,9	388	3199,0	818	4087,2
85 ans et +	434	16481,8	877	12671,3	1 310	13721,5
<b>Total</b>	<b>1 697</b>	<b>834,8</b>	<b>1 664</b>	<b>758,5</b>	<b>3 362</b>	<b>795,2</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
\* Taux de mortalité pour 100000 habitants

**Fig2. Evolution du taux comparatif de mortalité générale entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**



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

## Une des plus faibles mortalités dans la région

En France, les Pays de la Loire font partie des régions de faible mortalité, avec un indice comparatif de 94, ce qui signifie que la mortalité dans notre région est inférieure de 6 % par rapport à la moyenne nationale.

La très grande majorité des territoires de santé de la région se trouvent dans une situation de sous-mortalité par rapport à la France.

Les indices comparatifs de mortalité les plus faibles sont ceux des territoires de Laval (87) et Angers (89). Dans le territoire d'Angers, la mortalité est donc inférieure de 11 % par rapport à la moyenne nationale.

Viennent ensuite les territoires de Cholet, Mayenne, Château-Gontier, et Le Mans, (91), qui ont tous une mortalité inférieure de 9 % par rapport à la moyenne française.

Deux territoires se trouvent en situation de surmortalité dans la région : Saint-Nazaire (104) et Châteaubriant (112).

## La proportion de décès qui surviennent à domicile est plus forte dans le territoire d'Angers

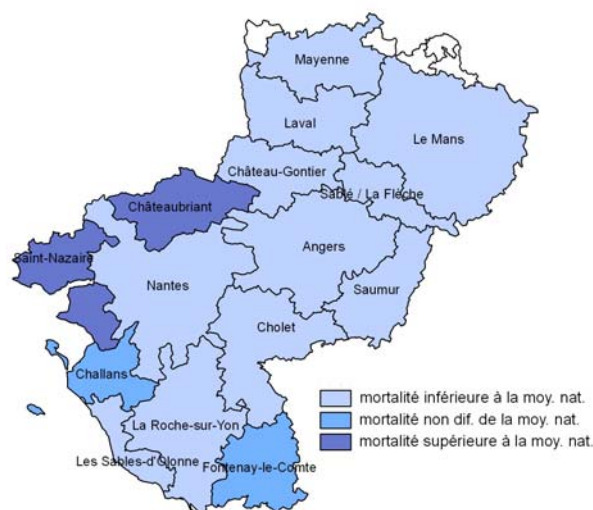
Dans le territoire d'Angers, 28,3 % des décès surviennent à domicile contre 25,4 % au plan national.

En corollaire, la fréquence des décès survenus en établissement de santé est moins importante à Angers (48,7 %) qu'au plan national (56,1 %).

Dans le territoire d'Angers, la proportion de décès ayant lieu à domicile est relativement comparable, selon les âges, 27,4 % pour les moins de 75 ans, contre 28,8 % pour les plus de 75 ans.

Parmi les décès de personnes âgées de 75 ans ou plus, plus d'un sur cinq a lieu en maison de retraite, et 47,8 % surviennent en établissement de santé.

**Fig3. Indice comparatif de mortalité générale dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	6 071	827 865	93	**
Saint-Nazaire	2 635	249 636	104	**
Châteaubriant	783	67 952	112	**
Angers	3 362	421 051	89	**
Cholet	1 878	238 030	91	**
Saumur	1 089	105 005	96	**
Sablé / La Flèche	621	63 404	92	**
Laval	1 093	140 222	87	**
Mayenne	782	74 680	91	**
Château-Gontier	721	73 731	91	**
Le Mans	4 103	440 545	91	**
La Roche-sur-Yon	1 952	229 250	94	**
Les Sables-d'Olonne	1 137	91 744	95	**
Fontenay-le-Comte	939	79 039	100	ns
Challans	898	82 374	99	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>28 453</b>	<b>3 222 784</b>	<b>94</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

**Fig4. Nombre annuel de décès selon le lieu de survenue en 1996-2000 dans le territoire de santé d'Angers**

	Moins de 75 ans		75 ans et plus		Tous âges	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Domicile	339	27,4	614	28,8	952	28,3
Etablissement hospitalier ou clinique privée	764	61,9	1 016	47,8	1 780	53,0
Hospice ou maison de retraite	26	2,1	451	21,2	477	14,2
Voie ou lieu public	53	4,3	6	0,3	59	1,8
Autres	52	4,2	41	1,9	93	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>1 234</b>	<b>100,0</b>	<b>2 128</b>	<b>100,0</b>	<b>3 362</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc





# **Vues d'ensemble**

### Contexte national

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

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

La répartition par âge de survenue des décès liés à chacun de ces 4 groupes de pathologies est très différente. Les décès par maladie de l'appareil circulatoire comme ceux dus aux maladies de l'appareil respiratoire surviennent plus de 3 fois sur 4 chez des personnes âgées de 75 ans ou plus. Un décès par cancer sur 2 concerne des personnes de 45-74 ans. Quant aux décès par accident et autres morts violentes, ils se ré-

partissent 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.

### Faits marquants

Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers constituent les deux principales causes de mortalité dans la population habitant le territoire de santé d'Angers. Ces deux groupes de pathologies représentent chacun environ 30 % des 3 300 décès dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Les traumatismes et empoisonnements sont à l'origine de 8 % de l'ensemble des décès, comme les maladies de l'appareil respiratoire.

La mortalité des habitants du territoire est inférieure de 11 % à la moyenne nationale. Cette situation favorable se retrouve pour les différents groupes de pathologies, qui connaissent tous une mortalité inférieure ou égale à la moyenne nationale. La mortalité cardio-vasculaire est inférieure de 14 % à la moyenne française, et explique pour une large part la sous-mortalité globale de la population du territoire.

Entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, la mortalité locale a reculé de 6 %, en raison principalement de la baisse de la mortalité liée aux affections cardio-vasculaires (-13 %) et aux traumatismes et empoisonnements (-17 %). La mortalité par cancer est en revanche restée stable.

**Fig1. Mortalité selon la cause initiale de décès et l'âge, des habitants du territoire de santé d'Angers, pour la période 1996-2000**  
classification OMS CIM 9 - ensemble des 17 chapitres

	Nombre annuel moyen de décès				Total	ICM	Significativité
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus			
1 . Maladies infectieuses et parasitaires	1	6	12	35	55	85	**
2 . Tumeurs	2	38	505	447	993	99	ns
3 . Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	2	1	22	72	96	83	**
4 . Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	5	14	20	98	ns
5 . Troubles mentaux	0	6	18	67	91	83	**
6 . Maladies du système nerveux et des organes du sens	1	6	29	70	106	95	ns
7 . Maladies de l'appareil circulatoire	1	13	197	825	1 036	86	**
8 . Maladies de l'appareil respiratoire	0	3	42	225	270	89	**
9 . Maladies de l'appareil digestif	0	8	66	77	151	85	**
10 . Maladies des organes génito-urinaires	0	0	9	38	47	87	*
11 . Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0	0	0	nd	nd
12 . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	12	13	70	**
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	4	14	18	86	ns
14 . Anomalies congénitales	5	2	2	1	11	97	ns
15 . Certaines affections d'origine périnatale	9	0	0	0	9	93	ns
16 . Symptômes, signes et états morbides mal définis	5	6	23	126	159	65	**
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	9	84	89	105	287	93	**
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>175</b>	<b>1 024</b>	<b>2 128</b>	<b>3 362</b>	<b>89</b>	<b>**</b>

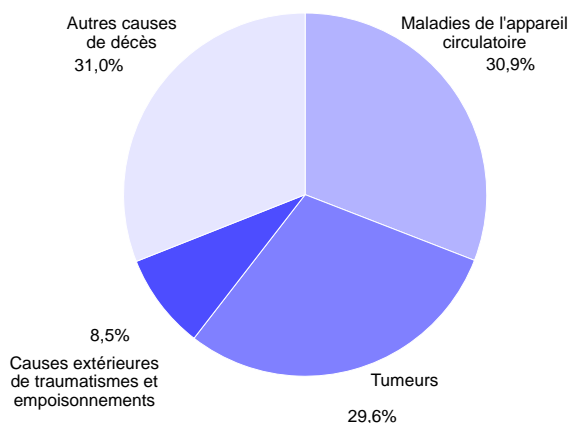
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

ICM France métropolitaine = 100

ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01.

nd : non disponible, le calcul de l'ICM n'a pas été réalisé en raison de la faiblesse des effectifs.

**Fig2. Causes médicales de décès les plus fréquentes dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

### 60 % des décès sont liés aux maladies de l'appareil circulatoire et aux cancers

Dans la population habitant le territoire de santé d'Angers, 3 300 décès sont survenus en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. 1 % de ces décès concerne des enfants de moins de 15 ans, 5 % des personnes de 15-44 ans, 31 % des 45-74 ans et 63 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été à l'origine de plus de 1 000 décès en moyenne chaque année, et le nombre annuel de décès par cancer a été peu différent. Ces 2 groupes de pathologies représentent donc chacun environ 30 % des décès survenus au cours de cette période. Mais, ils se distinguent par l'âge de la population concernée :

- 80 % des décès par maladie cardio-vasculaire concernent des personnes âgées de plus de 75 ans,
- les décès par cancer se retrouvent en nombre à peu près équivalents dans les classes d'âge des 45-74 ans (51 % des décès) et des 75 ans et plus (45 %).

Les traumatismes et empoisonnements, qui résultent principalement d'accidents de la route, de chutes ou de suicides ont provoqué près de 300 décès par an (8,5 % de l'ensemble des décès). Ces décès se répartissent de façon à peu près égale entre les classes d'âge 15-44 ans, 45-74 ans et 75 ans et plus.

Quant aux maladies de l'appareil respiratoire, elles sont la cause de 270 décès en moyenne chaque année, soit 8 % de l'ensemble des décès. Ces décès touchent très majoritairement des personnes âgées de plus de 75 ans (83 %).

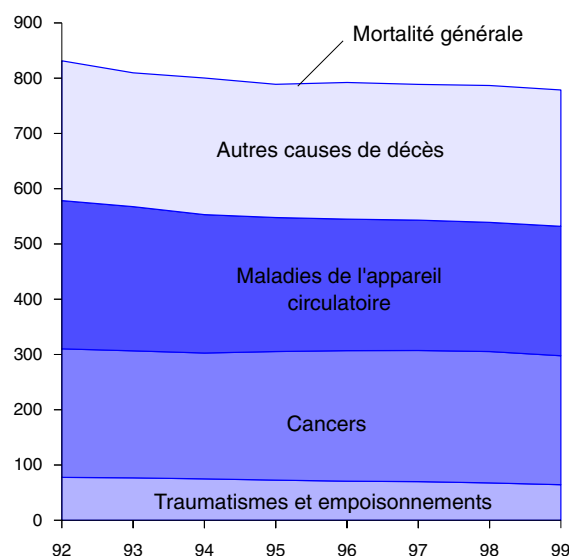
### Une sous-mortalité globale de 11 %, liée principalement à une sous-mortalité cardio-vasculaire

La mortalité des habitants du territoire de santé d'Angers est globalement inférieure à la moyenne nationale au cours de la période 1996-2000. L'indice comparatif de mortalité (ICM) pour cette population est en effet de 89, ce qui correspond à une sous-mortalité de 11 %, à structure par âge comparable.

Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès dans la population du territoire est inférieur de plus de 400 au nombre de décès qui aurait été constaté si cette population avait présenté la même mortalité que la moyenne nationale.

Sur cette période, la mortalité dans le territoire ne dépasse la moyenne nationale pour aucun des groupes de pathologies correspondant aux 17 chapitres de la classification internationale des maladies - 9ème révision (Fig1).

Fig3. Evolution des taux comparatifs des causes de décès les plus fréquentes entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers



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

Une sous-mortalité significative s'observe pour plusieurs de ces groupes, mais c'est surtout la sous-mortalité cardio-vasculaire, et, à un moindre degré, celle liée aux symptômes, signes et états morbides mal définis qui expliquent la sous-mortalité globale.

La mortalité par tumeur n'est pas différente de la moyenne nationale.

### Baisse de la mortalité cardio-vasculaire et des morts violentes sur la dernière décennie

Entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité des habitants du territoire de santé d'Angers a diminué de 6 %, la baisse étant surtout marquée sur la première moitié de la décennie.

Cette évolution résulte pour une large part du recul de la mortalité cardio-vasculaire, qui a diminué de 13 % au cours de cette période.

La mortalité par traumatismes et empoisonnements a également baissé de 17 %.

En revanche, la mortalité par cancer est restée stable.

### 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.

### Faits marquants

Au cours de la période 1998-2000, 670 habitants du territoire de santé d'Angers âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 460 hommes et 210 femmes.

Ces décès prématurés représentent 20 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (27 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (13 %).

Responsables de 42 % des décès avant 65 ans, les tumeurs constituent la principale cause de mortalité prématurée. Viennent ensuite les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (essentiellement les accidents de la circulation, les suicides et les accidents de la vie courante), qui représentent 22 % des décès prématurés.

La mortalité prématurée des habitants du territoire est inférieure de 10 % à la moyenne nationale. Cet écart s'est toutefois réduit au cours des années 90. Depuis le milieu de la décennie, la mortalité prématurée locale a eu tendance à augmenter alors qu'au plan national elle diminuait.

## 2.2 Mortalité prématurée

### Chaque année, 670 décès surviennent avant 65 ans

Au cours de la période 1996-2000, 670 habitants du territoire de santé d'Angers âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 460 hommes et 210 femmes.

Ces décès prématurés représentent 20 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (27 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (13 %).

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

Comme en France, les cancers constituent dans le territoire de santé d'Angers la principale cause de la mortalité prématurée. Ce groupe de pathologies est à l'origine de 42 % des décès avant 65 ans (39 % chez les hommes, 49 % chez les femmes).

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 fréquemment en cause. Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause de décès prématurés (15 %).

Les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (essentiellement les accidents de la circulation, les suicides et les accidents de la vie courante), sont responsables de 22 % des décès prématurés.

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le troisième groupe de pathologies à l'origine de la mortalité prématurée. Elles représentent 12 % des causes de décès avant 65 ans.

Les psychoses alcooliques, l'alcoolisme, et les cirrhoses du foie (liées dans leur très grande majorité à une consommation excessive d'alcool) sont globalement responsables de 7 % des décès prématurés (8 % chez les hommes, 6 % chez les femmes). Si on y ajoute les cancers des voies aéro-digestives supérieures, liés le plus souvent à une consommation excessive d'alcool associée au tabac, ces pathologies sont à l'origine de 12 % des décès prématurés (15 % chez les hommes, 7 % chez les femmes).

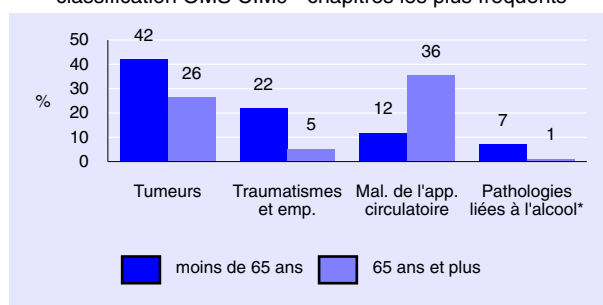
Lorsque les décès surviennent après 65 ans, cette répartition des causes de décès se modifie. Les maladies de l'appareil circulatoire deviennent la principale cause de mortalité (36 % des décès chez les plus de 65 ans). Les tumeurs (26 %) et surtout les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (5 %) sont en revanche moins fréquemment en cause.

**Fig1. Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans et pourcentage de décès prématurés par rapport à l'ensemble des décès sur la période 1996-2000 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**

	Territoire de santé d'Angers		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14 ans	22	12	2 961	2 163
15-24 ans	24	9	3 472	1 224
25-34 ans	35	11	5 487	2 133
35-54 ans	204	86	32 566	14 289
55-64 ans	176	90	32 062	13 491
<b>Nombre total de décès prématurés</b>	<b>461</b>	<b>209</b>	<b>76 547</b>	<b>33 300</b>
% des décès prématurés sur l'ensemble des décès	27,2	12,6	28,1	12,9

Source : INSERM CépiDc

**Fig2. Répartition des causes de décès selon l'âge dans le territoire de santé d'Angers en 1996-2000 classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents**



Source : INSERM CépiDc

\* psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie

**Fig3. Nombre annuel moyen de décès prématurés par cause pour la période 1996-2000 dans le territoire de santé d'Angers classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents**

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
<b>Tumeurs</b>	<b>180</b>	<b>39,0</b>	<b>102</b>	<b>49,0</b>
dont : - cancer du poumon	48	10,4	5	2,6
- cancers des VADS *	32	7,0	4	1,7
- cancer du sein	-	-	31	14,7
- cancer du foie, voies biliaires	13	2,7	2	1,0
- cancer du côlon-rectum	10	2,2	10	4,6
<b>Traumatismes et empoisonnements</b>	<b>110</b>	<b>23,8</b>	<b>36</b>	<b>17,3</b>
dont : - suicides	50	10,9	15	7,0
- accid. circulation	28	6,1	7	3,5
<b>Maladies de l'app. circulatoire</b>	<b>59</b>	<b>12,9</b>	<b>20</b>	<b>9,6</b>
dont : - cardiopathies ischémiques	24	5,2	4	1,8
- mal. vasculaires cérébrales	12	2,6	6	3,0
<b>Pathologies liées à l'alcool **</b>	<b>35</b>	<b>7,5</b>	<b>12</b>	<b>5,7</b>
<b>Autres causes</b>	<b>78</b>	<b>16,8</b>	<b>38</b>	<b>18,4</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>461</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

\* lèbres de la cavité buccale et du pharynx, oesophage, larynx

\*\* psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie



## 2.2 Mortalité prématurée

### Une mortalité prématurée qui reste inférieure à la moyenne nationale

En France, le taux standardisé de mortalité prématurée, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité prématurée à structure d'âge identique, a diminué de 14 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000.

Dans le territoire de santé d'Angers, les taux standardisés de mortalité prématurée masculins et féminins ont suivi au début de la décennie 90 la même évolution à la baisse que ceux observés au plan national. Sur les années les plus récentes, ces taux ont eu tendance à augmenter alors que les taux nationaux poursuivaient leur diminution.

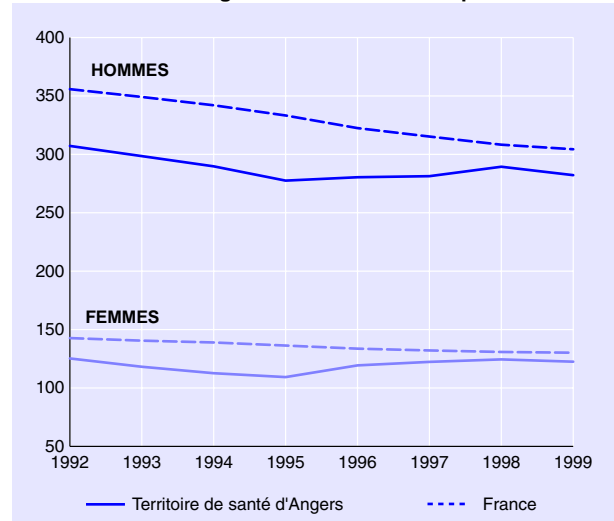
Chez les hommes comme chez les femmes, la mortalité prématurée dans le territoire d'Angers est restée inférieure à la moyenne nationale, mais les écarts se sont réduits.

L'indice comparatif de mortalité prématurée est l'indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité prématurée dans le territoire de santé d'Angers à celle observée au plan national à structure d'âge identique. Sur la période 1996-2000, il est égal à 90 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une sous-mortalité prématurée globale de 10 %. Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès prématurés dans la population du territoire est inférieur d'environ 70 au nombre de décès prématurés qui aurait été constaté si cette population avait présenté la même mortalité prématurée que la moyenne nationale.

A l'intérieur de la région des Pays de la Loire, cinq autres territoires de santé connaissent également cette situation de sous-mortalité prématurée (Nantes, Cholet, Laval, Château-Gontier, La Roche-sur-Yon). Les territoires de Saumur, de Sablé/La Flèche, de Mayenne, du Mans, des Sables-d'Olonne et de Fontenay-le-Comte présentent une mortalité prématurée statistiquement non différente de la moyenne nationale. Trois territoires présentent une surmortalité prématurée par rapport à la France : Saint-Nazaire (+20 %), Châteaubriant (+17 %) et Challans (+9 %).

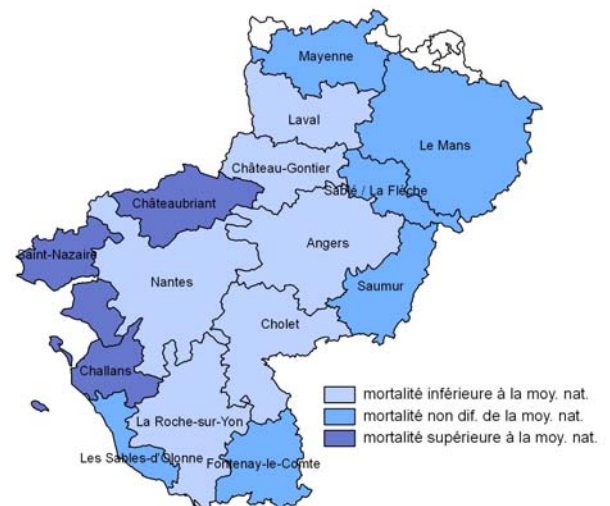
L'ensemble de la région des Pays de la Loire présente une sous-mortalité prématurée (-3 %) par rapport à la moyenne nationale.

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine



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

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



	Nbre annuel de décès	Population < 65 ans au RP 99	ICM	Significativité
Nantes	1 471	712 111	97	*
Saint-Nazaire	575	201 765	120	**
Châteaubriant	147	54 291	117	**
Angers	670	356 354	90	**
Cholet	371	200 667	85	**
Saumur	202	84 294	105	ns
Sablé / La Flèche	109	51 684	95	ns
Laval	227	118 038	88	**
Mayenne	125	58 785	93	ns
Château-Gontier	113	59 377	86	**
Le Mans	791	360 242	97	ns
La Roche-sur-Yon	388	190 815	91	**
Les Sables-d'Olonne	190	67 395	104	ns
Fontenay-le-Comte	144	61 830	97	ns
Challans	174	65 109	109	*
<b>Pays de la Loire</b>	<b>5 763</b>	<b>2 673 280</b>	<b>97</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### 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, 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.

### Faits marquants

Plus de 92 000 séjours hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné en moyenne chaque année des habitants du territoire de santé d'Angers au cours de la période 2001-2003. Cela correspond à un taux annuel de séjours de 22 pour 100 habitants.

Les motifs "autres qu'une maladie ou un traumatisme" (surveillance et examen ou investigation sans résultat anormal principalement) et les maladies de l'appareil digestif constituent les deux groupes de diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquents, respectivement à l'origine de 12 et 11 % de l'ensemble des séjours.

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours en service de médecine-chirurgie-obstétrique de la population du territoire est globalement inférieure de 12 % à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence s'observe pour de nombreux groupes de pathologies et c'est pour les pathologies infectieuses (-42 %) et hématologiques que la différence avec la moyenne nationale est la plus marquée. A l'inverse, la fréquence des séjours en MCO dépasse nettement la moyenne nationale pour les troubles mentaux (+24 %), les affections de l'œil et de ses annexes (+21 %) et les affections ORL (+10 %).

Ces écarts entre le territoire et la moyenne nationale sont complexes à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer ce qui résulte de disparités de morbidité, et ce qui est à rattacher à des différences dans les modalités de prise en charge ou les pratiques de soins (traitement en ville ou à l'hôpital, soins hospitaliers ambulatoires ou en hospitalisation, séjours uniques ou itératifs...), voire aux problèmes spécifiques liés aux traitements du PMSI.

## 2.3 Diagnostics d'hospitalisation

**Fig1. Séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique selon le diagnostic principal d'hospitalisation et l'âge des habitants du territoire de santé d'Angers, pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de séjours					Total	ICH <sup>1</sup>	Significativité
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus				
1 . Certaines maladies infectieuses et parasitaires	279	202	268	179	928	58	**	
2 . Tumeurs	242	1 275	4 870	1 705	8 092	100	ns	
dont : - Tumeurs malignes	92	504	2 968	1 314	4 879	104	**	
- Tumeurs bénignes	133	677	1 500	243	2 554	90	**	
3 . Mal. sang et org. hémato. et certains troubles immunitaires	48	116	208	182	554	68	**	
4 . Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	254	633	1 251	416	2 555	104	**	
5 . Troubles mentaux et du comportement <sup>2</sup>	87	1 069	863	416	2 435	124	**	
6 . Maladies du système nerveux	187	894	1 508	515	3 104	97	**	
7 . Maladies de l'oeil et de ses annexes	187	228	2 044	2 493	4 953	121	**	
8 . Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	917	211	181	43	1 352	110	**	
9 . Maladies de l'appareil circulatoire	40	888	3 625	2 935	7 488	82	**	
10 . Maladies de l'appareil respiratoire	2 081	664	1 093	1 067	4 905	91	**	
11 . Maladies de l'appareil digestif	1 023	3 464	4 361	1 382	10 230	81	**	
12 . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	159	633	356	169	1 318	76	**	
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	167	1 828	3 230	1 037	6 262	98	**	
14 . Maladies de l'appareil génito-urinaire	423	1 790	2 116	640	4 969	84	**	
15 . Grossesse, accouchement et puerpéralité	3	8 163	24	0	8 189	91	**	
16 . Certaines affections d'origine périnatale	916	0	0	0	916	91	**	
17 . Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	525	203	90	13	831	96	*	
18 . Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	865	1 022	1 739	1 269	4 895	79	**	
19 . Lésions traumatiques, empoisonnements	982	2 525	1 876	1 364	6 747	82	**	
21 . Autres motifs de recours aux soins	940	3 064	5 910	1 539	11 453	79	**	
<b>Total</b>	<b>10 325</b>	<b>28 874</b>	<b>35 614</b>	<b>17 363</b>	<b>92 176</b>	<b>88</b>	<b>**</b>	

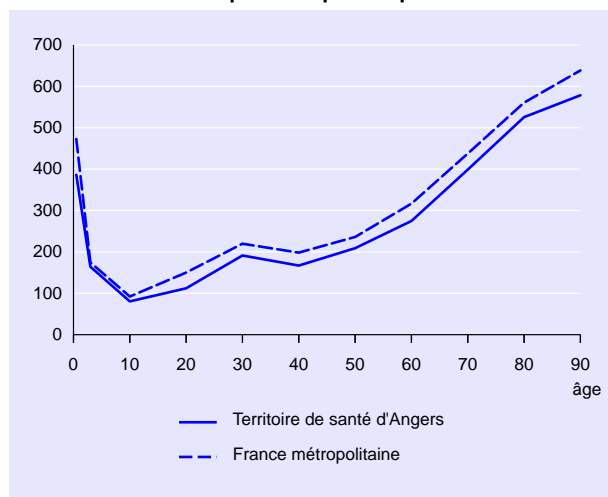
Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

<sup>1</sup> ICH : indice comparatif d'hospitalisation ; ICH France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01.

<sup>2</sup> : il s'agit des séjours dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique pour lequel le diagnostic principal appartient au chapitre "troubles mentaux et du comportement" de la CIM 10. Ce dénombrement ne concerne pas les séjours dans les services de psychiatrie (qui ne renseignent pas le PMSI).

**Fig2. Taux de séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique par âge des habitants du territoire de santé d'Angers et de France métropolitaine pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

## 2.3 Diagnostics d'hospitalisation

### 92 000 hospitalisations\* annuelles concernent des habitants du territoire

Entre 2001 et 2003, plus de 92 000 hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné, en moyenne chaque année, des habitants du territoire de santé d'Angers. Rapporté à la population du territoire (421 000 habitants), cela correspond à un taux moyen de 22 séjours hospitaliers pour 100 habitants. Ce taux varie fortement avec l'âge et est surtout élevé aux âges extrêmes de la vie (Fig2).

11 % de ces séjours concernent des enfants de moins de 15 ans, 31 % des 15-44 ans, 39 % des 45-74 ans et 19 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

27 % de ces séjours ont eu une durée de moins de 24 heures.

12 % des hospitalisations ont pour diagnostic principal un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme". Il s'agit principalement de séjours pour surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal (Fig1). Dans plus de 50 % des cas, il s'agit de séjours de moins de 24 heures.

Les maladies de l'appareil digestif se classent au 2ème rang, constituant le diagnostic principal d'environ 11 % des séjours. Viennent ensuite la grossesse et l'accouchement (9 % des séjours) et les maladies de l'appareil circulatoire (8 %).

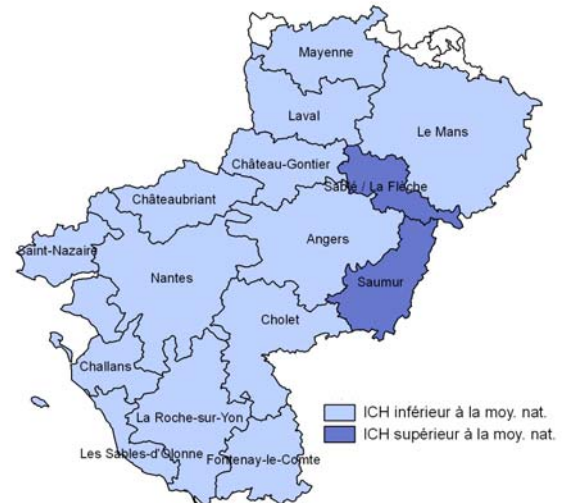
### Une fréquence des séjours hospitaliers inférieure de 12 % à la moyenne nationale

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique de la population du territoire d'Angers est globalement inférieure de 12 % à la moyenne nationale. Si la population de ce territoire connaissait les mêmes taux d'hospitalisation par âge que la moyenne nationale, ce sont plus de 12 000 séjours hospitaliers en MCO supplémentaires qui seraient dénombrés chaque année.

Cette moindre fréquence des hospitalisations des habitants du territoire d'Angers se retrouve pour toutes les classes d'âge (Fig2).

Dans la région, la population du territoire de Challans connaît la fréquence de séjours en MCO la plus faible, inférieure de 20 % à la moyenne nationale. A l'inverse, la population du territoire de Saumur présente la fréquence des séjours la plus élevée, dépassant de 16 % la moyenne nationale (Fig3).

Fig3. Indice comparatif d'hospitalisation en MCO\* des habitants des territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003



	Nbre annuel de séjours	Population totale au RP99	ICH	Significativité
Nantes	169 767	827 865	84	**
Saint-Nazaire	61 269	249 636	93	**
Châteaubriant	16 398	67 952	91	**
Angers	92 176	421 051	88	**
Cholet	50 171	238 030	84	**
Saumur	32 374	105 005	116	**
Sablé / La Flèche	17 130	63 404	104	**
Laval	34 288	140 222	97	**
Mayenne	17 796	74 680	88	**
Château-Gontier	18 747	73 731	97	**
Le Mans	100 805	440 545	88	**
La Roche-sur-Yon	53 820	229 250	92	**
Les Sables-d'Olonne	25 554	91 744	96	**
Fontenay-le-Comte	20 524	79 039	95	**
Challans	17 752	82 374	80	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>741 543</b>	<b>3 222 784</b>	<b>90</b>	<b>**</b>

Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
ICH France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### Des séjours moins fréquents pour les maladies infectieuses et hématologiques, plus fréquents pour les pathologies mentales\*\* et ophtalmologiques

La fréquence des hospitalisations en MCO des habitants du territoire d'Angers est très inférieure à la moyenne nationale pour plusieurs groupes de pathologies (Fig1). C'est pour les pathologies infectieuses (-42 %), hématologiques (-32 %) et dermatologiques (-24 %) que l'écart est le plus marqué.

En revanche, la fréquence des séjours en MCO dépasse nettement la moyenne nationale pour les troubles mentaux\*\* (+24 %), les affections de l'œil et de ses annexes (+21 %) et les affections ORL (+10 %).

\* hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique

\*\* il s'agit des séjours dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique pour lesquels le diagnostic principal appartient au chapitre CIM "troubles mentaux et du comportement". Cela ne concerne pas les séjours dans les services de psychiatrie (qui ne renseignent pas le PMSI).



# **Santé des populations**

### Contexte national

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

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

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

La mortalité infantile a connu un recul considérable au cours des dernières décennies. Elle a été divisée par deux entre 1970 et 1990, puis par 1,6 entre 1990 et 2000. Cette évolution résulte principalement ces dernières années de la mise en place d'une politique de prévention efficace de la mort subite du nourrisson basée essentiellement sur la modification des modalités de couchage des enfants, et plus généralement des progrès de la médecine néonatale. Aujourd'hui, ces progrès posent toutefois la question du devenir des enfants nés très prématurément

(environ 9 000 naissances annuelles avant 33 semaines) car on estime que 30 % des handicaps psychomoteurs et sensoriels majeurs de la petite enfance sont liés aux séquelles de la prématurité.

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

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

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



## 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

Territoire de santé d'Angers

### Faits marquants

Dans le territoire de santé d'Angers, 23 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Rapportés aux 5 500 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,2 décès pour 1 000 naissances, inférieur à la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la mortalité infantile a fortement diminué dans le territoire de santé d'Angers au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le taux de mortalité infantile est passé de 7,7 à 4,2 pour 1 000 naissances, ce qui correspond à une baisse de 46 % (-53 % en France).

Le recours aux soins hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est particulièrement fréquent chez les enfants de moins d'un an. Le taux annuel de séjours hospitaliers atteint ainsi 388 séjours pour 1 000 enfants nés vivants pour les années 2001 à 2003. Ce taux est toutefois inférieur de 19 % à la moyenne nationale (476).

## 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

Territoire de santé d'Angers

### 23 décès d'enfants de moins d'un an en moyenne chaque année

Dans le territoire de santé d'Angers, 23 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000 (Fig1).

Rapportés aux 5 500 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,2 décès pour 1 000 naissances. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la surmortalité masculine s'observe dès la naissance dans le territoire de santé d'Angers. Le taux de mortalité infantile est 1,7 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (1,3 en France).

### Une mortalité infantile en baisse

Comme en France, la mortalité infantile a fortement diminué dans le territoire de santé d'Angers au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 47 à 23 (Fig1).

Le taux de mortalité infantile, indicateur qui permet d'étudier l'évolution de la mortalité infantile en s'affranchissant de la diminution du nombre de naissances, est passé de 7,7 à 4,2 pour 1 000 naissances au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 46 % (-53 % en France).

### Les affections périnatales : première cause de décès chez les moins d'un an

Dans le territoire de santé d'Angers comme en France, les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sur les 5 années étudiées sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 40 % des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 23 %, et le syndrome de la mort subite du nourrisson, 13 % (Fig1).

**Fig1. Causes de décès des enfants de moins d'un an habitant dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**

classification OMS CIM 9 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Angers	France
Maladies infectieuses et parasitaires	1	0	1,8	2,2
Tumeurs	0	0	0,0	1,1
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	1	0	0,9	1,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	0,9	0,3
Troubles mentaux	0	0	0,0	0,0
Maladies du système nerveux et des organes du sens	1	0	1,8	4,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0	1	2,6	2,0
Maladies de l'appareil respiratoire	1	0	0,0	1,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	0,9	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	0	0	0,9	0,3
Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0,0	0,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	0,9	0,0
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	0,0	0,0
Anomalies congénitales	14	5	22,8	22,7
Certaines affections d'origine périnatale	9	9	40,4	40,4
Symptômes, signes et états morbides mal définis	14	4	16,7	18,1
<i>dont : - mort subite du nourrisson</i>	7	3	13,2	11,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	6	2	9,6	4,0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

# 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

## Un recours aux soins hospitaliers important

Les séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprennent pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

Entre 2001 à 2003, plus de 2 200 hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné, en moyenne chaque année, des enfants de moins d'un an domiciliés dans le territoire de santé d'Angers (Fig2).

Rapportés au nombre de naissances vivantes du territoire, cela correspond à un taux annuel de séjours très important, 388 séjours pour 1 000 enfants nés vivants, proche de celui observé chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (Fig2 p. 32). Ce taux est toutefois inférieur de 19 % à la moyenne nationale (476).

Cette situation se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire et pour la majorité des territoires de santé de la région. Le territoire de Château-Gontier présente un taux de séjours proche de la moyenne nationale. Les territoires de Saint-Nazaire, Saumur, Sablé / La Flèche, Fontenay-le-Comte et Laval se distinguent par un taux supérieur à la moyenne nationale (Fig3).

## Les affections périnatales et les infections sont les diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquents

Comme en France, les affections d'origine périnatale, prématurité et hypotrophie notamment, constituent le diagnostic principal des séjours hospitaliers des enfants de moins d'un an le plus fréquent dans le territoire de santé d'Angers. Elles représentent 41 % des séjours (plus de 900 séjours par an).

Les infections et leurs complications constituent l'autre motif d'hospitalisation le plus fréquent. Les bronchites et bronchiolites aiguës (rattachées au chapitre des maladies respiratoires dans la classification internationale des maladies, CIM-10<sup>ème</sup> révision), sont ainsi à l'origine de 9 % des séjours, les maladies intestinales infectieuses (rattachées au chapitre des maladies infectieuses et parasitaires), de 4 %, et les otites moyennes et mastoïdites (rattachées au chapitre des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde), de 3 %.

Enfin 6 % des séjours ont pour diagnostic principal d'hospitalisation une malformation congénitale ou une anomalie chromosomique, et 5 % une pathologie digestive (Fig2).

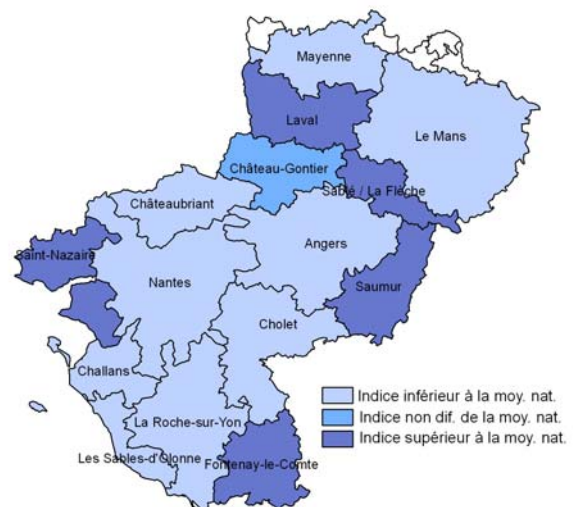
**Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants de moins d'un an habitant dans le territoire de santé d'Angers en moyenne annuelle pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	103	4,6
	dont : - maladies intestinales infectieuses	89	4,0
2.	Tumeurs	17	0,8
	dont : - Tumeurs malignes	4	0,2
	- Tumeurs bénignes	12	0,6
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	6	0,3
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	26	1,2
5.	Troubles mentaux et du comportement	8	0,3
6.	Maladies du système nerveux	26	1,1
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	20	0,9
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	84	3,8
	dont : - otites moyennes et mastoïdite	78	3,5
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	7	0,3
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	376	16,8
	dont : - bronchites et bronchiolites aiguës	201	9,0
11.	Maladies de l'appareil digestif	103	4,6
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	12	0,5
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	4	0,2
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	70	3,1
16.	Certaines affections d'origine périnatale	916	41,0
	dont : - prématurité et hypotrophie	297	13,3
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	128	5,7
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	166	7,4
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	46	2,1
21.	Autres motifs de recours aux soins	115	5,2
	<b>Total</b>	<b>2 233</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

**Fig3. Indice d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les enfants âgés de moins d'un an dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

Unité : pour 1000 naissances vivantes

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

Indice d'hospitalisation France métropolitaine = 100

Note de lecture : "indice non dif. de la moy. nat." signifie que l'indice observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.

### Contexte national

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

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

Un certain nombre d'enfants de cette classe d'âge n'en sont pas moins atteints de pathologies lourdes, comme les pathologies mentales, représentant près du tiers des motifs d'admissions en affection de longue durée (ALD). Il s'agit principalement de retards mentaux, de troubles envahissants du développement - autisme notamment - et de trisomie 21. Les autres causes fréquentes d'admissions en ALD sont l'insuffisance respiratoire chronique grave (principalement l'asthme sévère), les affections cardio-vas-

culaires congénitales, les affections neuromusculaires, et pour les filles, la scoliose structurale évolutive nécessitant un traitement orthopédique ou chirurgical. Les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central principalement) représentent 6 % des motifs d'admissions en ALD mais constituent la seconde cause de décès (20 %) dans cette classe d'âge. La mortalité par cancer des moins de 15 ans est toutefois en nette diminution (- 25 % entre 1990 et 1997), notamment grâce aux progrès dans le traitement des leucémies.

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

Deux problèmes de santé émergents, en France comme dans la plupart des pays européens, concernent particulièrement les enfants de 1 à 14 ans : l'asthme et l'obésité. Selon l'enquête ISAAC, l'asthme concerne 9 % des enfants et 12 % des adolescents. Quant au surpoids et à l'obésité, liés à la fois à la modification des comportements alimentaires et à la diminution de l'activité physique, ils affectent en France 14 % des garçons de 7 à 9 ans et 18 % des filles selon une étude de l'Institut de veille sanitaire.

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé d'Angers

### Faits marquants

Dans le territoire de santé d'Angers, 12 enfants âgés de 1 à 14 ans sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Rapporté à la population territoriale de cette tranche d'âge au recensement de 1999, cela correspond à un taux de mortalité des 1-14 ans de 16 décès pour 100 000. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (17).

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a fortement diminué dans le territoire de santé d'Angers au cours des deux dernières décennies.

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, plus de 8 000 séjours hospitaliers ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire d'Angers. Parmi ces séjours hospitaliers, plus de 3 300 sont considérés comme des séjours chirurgicaux.

Les diagnostics principaux responsables du plus grand nombre de séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans sont les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (13 %) et les otites moyennes et mastoïdites (8 %).

La fréquence des séjours hospitaliers dans cette classe d'âge est inférieure de 9 % à la moyenne nationale.

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé d'Angers

### 12 décès d'enfants âgés de 1 à 14 ans en moyenne chaque année

Dans le territoire de santé d'Angers, 12 enfants âgés de 1 à 14 ans sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000 (Fig1).

Rapporté à la population territoriale de cette tranche d'âge au recensement de 1999, cela correspond à un taux de mortalité des 1-14 ans de 16 décès pour 100 000. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (17).

Les principales causes de mortalité sont, dans le territoire d'Angers comme en France, les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Sur les 5 années étudiées, les morts violentes représentent en effet 7 décès sur 12 en moyenne chaque année chez les enfants de 1 à 14 ans du territoire d'Angers.

### Une mortalité en baisse

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a fortement diminué dans le territoire de santé d'Angers au cours des deux dernières décennies. Entre les périodes 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 25 à 12.

Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, le taux de mortalité a diminué de 29 à 16 pour 100 000 au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 46 % (-47 % en France).

**Fig1. Causes de décès des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**

classification OMS CIM 9 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en France (en %)
	1980-1984	1996-2000	1996-2000
Maladies infectieuses et parasitaires	1	0	3,7
Tumeurs	6	2	18,3
dont : - leucémies	3	0	4,6
- tumeurs de l'encéphale	0	0	4,0
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	1	2	3,6
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1,8
Troubles mentaux	0	0	0,1
Maladies du système nerveux et des organes du sens	2	0	8,2
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	4,2
Maladies de l'appareil respiratoire	1	0	3,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	1	0	0,2
Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	0,1
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	0,4
Anomalies congénitales	2	0	7,1
Certaines affections d'origine périnatale	0	0	0,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1	1	7,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	10	7	40,5
dont : - accidents de la circulation	2	2	17,1
- noyade	2	1	5,3
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépIdc

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé d'Angers

### 8 000 hospitalisations chaque année

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, plus de 8 000 séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire d'Angers (dont 56 % de garçons). Cela représente 9 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO de la population de ce territoire.

Parmi ces séjours hospitaliers, plus de 3 300 sont considérés comme des séjours chirurgicaux, dont 1 900 (57 %) ont une durée inférieure à 24 heures.

Les diagnostics principaux responsables du plus grand nombre de séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans sont les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (13 %) et les otites moyennes et mastoïdites (8 %). Pour ces 2 groupes d'affections, les séjours chirurgicaux et de moins de 24 heures sont les plus nombreux (respectivement 80 % et 70 %).

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont responsables de près de 940 séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans (12 %). 60 % de ces séjours concernent des garçons et les fractures du membre supérieur constituent les atteintes les plus fréquentes.

Les maladies de l'appareil digestif (comprenant les maladies des dents et du parodonte) sont à l'origine de 920 séjours hospitaliers (11 %).

### Une fréquence de séjours hospitaliers inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2001-2003, l'indice comparatif d'hospitalisation, chez les enfants âgés de 1 à 14 ans est égal à 91 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une fréquence de séjours inférieure de 9 % à la moyenne nationale (Fig3).

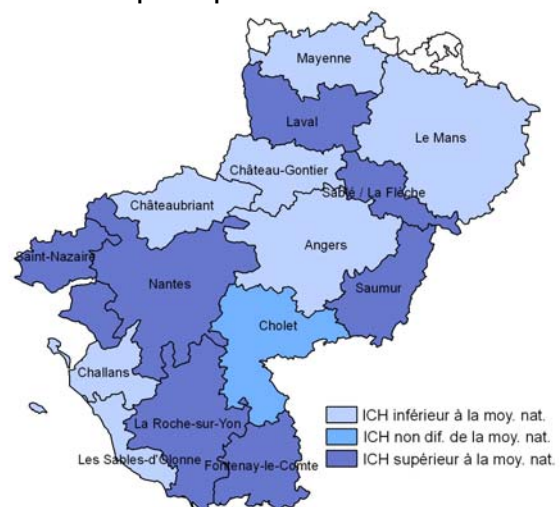
Une telle situation se retrouve dans les territoires de Challans (-26 %), Châteaubriant (-15 %), Château-Gontier (-10 %), les Sables-d'Olonne (-5 %), Mayenne (-4 %) et Le Mans (-2 %).

**Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé d'Angers en moyenne annuelle pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	176	2,2
2.	Tumeurs	225	2,8
	dont : - Tumeurs malignes	88	1,1
	- Tumeurs bénignes	121	1,5
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	42	0,5
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	228	2,8
5.	Troubles mentaux et du comportement	79	1,0
6.	Maladies du système nerveux	161	2,0
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	167	2,1
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	833	10,3
	dont : - otites moyennes et mastoïdite	675	8,3
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	34	0,4
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	1 705	21,1
	dont : - mal.chron. amygdales, adénoïdes	1 050	13,0
	- asthme	99	1,2
11.	Maladies de l'appareil digestif	920	11,4
	dont : - maladies des dents et du parodonte	324	4,0
	- appendicite	221	2,7
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	147	1,8
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	163	2,0
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	353	4,4
16.	Certaines affections d'origine périnatale	3	0,0
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	397	4,9
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	699	8,6
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	936	11,6
21.	Autres motifs de recours aux soins	825	10,2
	<b>Total</b>	<b>8 092</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

**Fig3. Indice comparatif d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les enfants âgés de 1 à 14 ans dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
ICH France métropolitaine = 100

Note de lecture : "indice non dif. de la moy. nat." signifie que l'indice observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.

### 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. 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 de la iatrogénie médicamenteuse.



## 3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé d'Angers

### Faits marquants

Dans le territoire de santé d'Angers, au cours de la période 1996-2000, la mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus est inférieure de 12 % à celle observée en moyenne en France.

Comme à tous les âges, la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès des personnes âgées de 75 ans et plus, à l'origine de 39 % des décès de cette tranche d'âge en 1996-2000. Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité à ces âges (21 % des décès).

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, plus de 17 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées dans le territoire d'Angers.

La fréquence des séjours hospitaliers pour ce groupe d'âge est inférieure de 7 % à celle constatée en moyenne en France.

Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les personnes de 75 ans et plus (17 % des séjours). La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation fréquent dans cette classe d'âge (13 % des séjours).

## 3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé d'Angers

### Les maladies cardio-vasculaires au premier rang des causes de décès

Au cours de la période 1996-2000, chaque année, en moyenne, sont décédés plus de 2 100 habitants du territoire d'Angers, âgés de 75 ans et plus (63 % du nombre total de décès). Le taux comparatif de mortalité masculin est 1,5 fois plus élevé que le taux féminin pour la période 1998-2000.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès des personnes âgées de 75 ans et plus (39 % des décès en 1996-2000).

Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité (21 % des décès de cette tranche d'âge).

### Une mortalité en recul et qui reste inférieure à la moyenne nationale

En France, le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité à structure d'âge identique, a diminué de 11 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000 (Fig1).

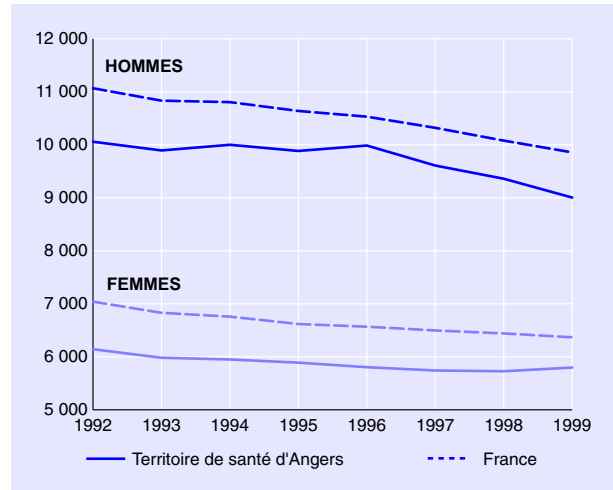
Chez les hommes du territoire de santé d'Angers, le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus est resté stable sur la première moitié des années 90. Il a connu ensuite une évolution à la baisse. Sur l'ensemble de la décennie, il est resté inférieur à la moyenne nationale.

Chez les femmes, ce taux a connu au cours des années 90 une tendance à la baisse, comme le taux national, tout en restant inférieur à ce dernier.

L'indice comparatif de mortalité permet de comparer la mortalité des habitants du territoire de santé d'Angers à celle observée au plan national, à structure d'âge identique. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, pour la période 1996-2000, il est égal à 88 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une sous-mortalité de 12 % par rapport à la moyenne nationale.

Cette situation favorable s'observe dans la majorité des territoires de santé de la région, la sous-mortalité la plus marquée étant celle observée pour les habitants du territoire de santé d'Angers. A l'inverse, le territoire de Châteaubriant connaît une surmortalité de 11 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus (Fig3).

Fig1. Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine



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

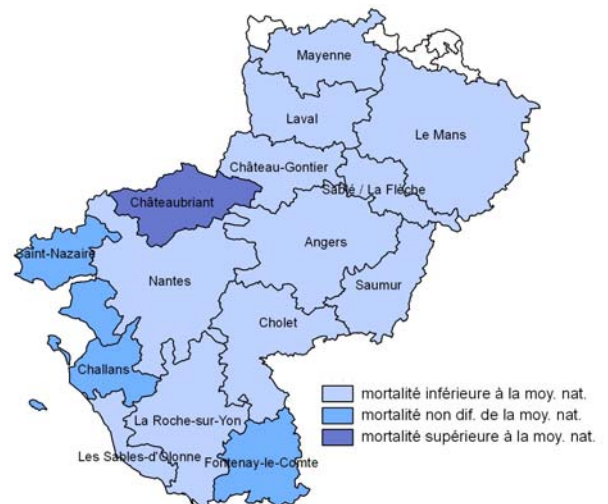
Fig2. Causes de décès des personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le territoire de santé d'Angers

classification OMS CIM 9 - chapitres les plus fréquents

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Angers	France
Maladies de l'appareil circulatoire	872	825	38,8	38,5
- cardiopathies ischémiques	167	192	9,0	9,4
- maladies vasculaires cérébrales	290	219	10,3	9,7
- insuffisance cardiaque	167	137	6,4	7,0
Tumeurs	321	447	21,0	19,7
Maladies de l'appareil respiratoire	161	225	10,6	10,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	126	126	5,9	7,0
Autres	429	505	23,7	24,8
<b>Total</b>	<b>1 910</b>	<b>2 128</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

Fig3. Indice comparatif de mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

ICM France métropolitaine = 100

Note de lecture : "mortalité non dif. de la moy. nat." signifie que l'ICM observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.





# **Problèmes de santé et déterminants**

### 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.

### Faits marquants

Dans le territoire d'Angers, la mortalité par cancer est très proche de la moyenne nationale.

Au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été responsables de 960 décès en moyenne chaque année. A l'origine de 30 % de l'ensemble des décès sur la période 1996-2000, ils constituent l'une des deux principales causes de mortalité avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire.

42 % des décès survenus avant 65 ans sont dus à un cancer.

Le cancer du poumon et le cancer du côlon-rectum constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer dans le territoire de santé d'Angers (représentant respectivement 13 % et 12 % des décès par cancer).

Les cancers du poumon, du foie et des voies aéro-digestives supérieures (VADS), pour lesquels le tabac et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque importants, sont à l'origine de 27 % des décès par cancer. Ces trois localisations sont même responsables de 37 % des décès par cancer avant 65 ans.

Le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation de 4 900 séjours concernant les habitants du territoire de santé d'Angers (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003. Parmi ces séjours, 44 % étaient des séjours chirurgicaux.

A structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer dans la population du territoire de santé d'Angers est proche de la moyenne nationale.

## MORTALITE PAR CANCER

### Chaque année, 960 décès par cancer dans le territoire d'Angers

Dans la population du territoire de santé d'Angers, au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été responsables de 960 décès en moyenne chaque année (Fig3), 562 chez les hommes et 398 chez les femmes.

Comme en France, les cancers constituent l'une des deux principales causes de mortalité, avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire, respectivement 30 % et 31 % de l'ensemble des causes de décès survenus au cours de la période 1996-2000.

Les cancers touchent des personnes relativement jeunes dans le territoire de santé d'Angers comme en France. 29 % des décès dus à cette affection surviennent avant 65 ans (32 % chez les hommes, 29 % chez les femmes). Avant 65 ans, les cancers constituent la principale cause de mortalité (42 % des décès). Un décès féminin sur deux avant 65 ans a pour origine un cancer.

### Une mortalité qui, après lui avoir été inférieure, n'est plus différente de celle de la France

Les Pays de la Loire font partie des régions dont la mortalité par cancer est très proche de celle de la France (Fig2). Cette situation se retrouve dans la moitié des territoires de santé de la région.

Les territoires de Château-Gontier, Laval, Mayenne et du Mans sont par contre en situation de sous-mortalité (avec des indices comparatifs de mortalité respectivement égaux à 89, 91, 94 et 94).

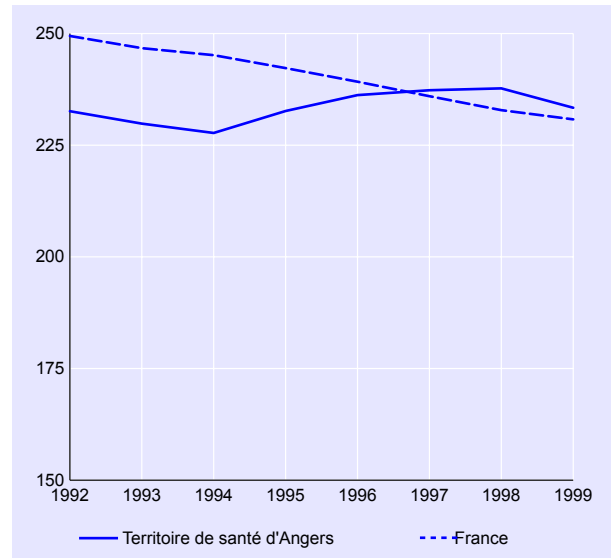
A l'inverse, ceux des Sables-d'Olonne, de Châteaubriant et de Saint-Nazaire connaissent une situation de sur-mortalité (avec des ICM respectivement égaux à 106, 108 et 108).

Dans le territoire de santé d'Angers, le nombre annuel de décès par cancer est passé de 853 au début des années 90, à 960 à la fin des années 90, ce qui correspond à une augmentation globale de 13 %.

Cette progression est liée à l'augmentation et au vieillissement de la population ainsi qu'à l'évolution du taux comparatif de mortalité par cancer. Ce dernier, qui suivait la même évolution à la baisse que le taux national au début de la décennie 90, se retrouve au même niveau en 1998-2000 qu'en 1991-1993 (Fig1).

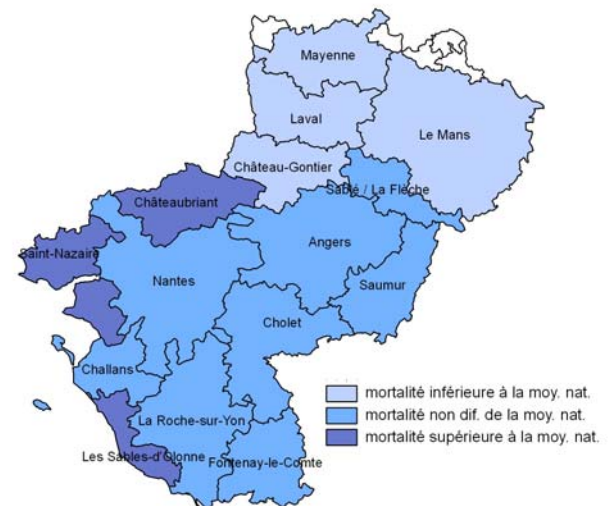
La mortalité par cancer dans le territoire d'Angers qui était inférieure à la moyenne nationale lui est maintenant très proche.

**Fig1. Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**



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

**Fig2. Indice comparatif de mortalité par cancer dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



Territoire de santé	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	1 768	827 865	100	ns
Saint-Nazaire	740	249 636	108	**
Châteaubriant	203	67 952	108	*
Angers	960	421 051	99	ns
Cholet	535	238 030	96	ns
Saumur	294	105 005	100	ns
Sablé / La Flèche	159	63 404	93	ns
Laval	301	140 222	91	**
Mayenne	206	74 680	94	*
Château-Gontier	180	73 731	89	**
Le Mans	1 093	440 545	94	**
La Roche-sur-Yon	560	229 250	100	ns
Les Sables-d'Olonne	347	91 744	106	**
Fontenay-le-Comte	246	79 039	102	ns
Challans	254	82 374	105	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>7 954</b>	<b>3 222 784</b>	<b>99</b>	<b>*</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01



## Cancer du poumon et cancer du côlon-rectum

Le poumon et le côlon-rectum constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer, dans le territoire de santé d'Angers comme au plan national (respectivement 13 % et 12 % des décès par cancer).

Viennent ensuite le cancer du sein (9 %), les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS, 7 %), le cancer du foie (6 %) et le cancer de la prostate (6 %).

Pour les décès concernant des personnes âgées de moins de 65 ans, le cancer du poumon (19 %), le cancer des VADS (13 %) et le cancer du sein (11 %) sont les plus fréquents.

La répartition des décès par cancer est différente selon le sexe (Fig4).

Chez les hommes, le cancer du poumon est le cancer le plus fréquemment en cause (19 % des décès masculins par cancer), devant le cancer de la prostate (11 %), les cancers des VADS (11 %), le cancer du côlon-rectum (10 %), et le cancer du foie (9 %).

Chez les femmes, les cancers du sein (20 %), du côlon-rectum (14 %) et de l'ovaire (7 %) sont les localisations les plus importantes en termes de décès.

## Le tabac et la consommation excessive d'alcool : des facteurs de risque importants

Le tabac et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque importants du cancer et une part importante des cancers du poumon, du foie et des VADS peuvent leur être attribués.

Dans le territoire de santé d'Angers, ces trois localisations sont à l'origine de 27 % des décès par cancer.

Cette proportion est plus importante lorsque ces décès surviennent avant 65 ans. Les localisations cancéreuses principalement liées au tabagisme et/ou à la consommation excessive d'alcool sont ainsi responsables de 37 % des décès prématurés par cancer (cancer du poumon : 19 %, cancers des VADS : 13 %, cancer du foie : 5 %).

**Fig3. Décès par cancer selon les localisations des habitants du territoire de santé d'Angers**

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Angers	France*
VADS**	82	72	7,5	8,0
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	33	63	6,5	4,8
Estomac	54	37	3,8	3,8
Intestin grêle	2	3	0,3	0,2
Côlon-rectum	91	115	11,9	11,4
Pancréas	25	43	4,5	4,8
Autres parties de l'appareil digestif	44	31	3,2	nd
Trachée, bronches, poumon	89	127	13,2	17,5
Plèvre	2	3	0,4	0,7
Autres parties de l'appareil respiratoire	4	18	1,9	2,4
Os et cartilage articulaire	5	5	0,5	0,5
Mélanome	4	10	1,0	0,9
Peau non mélanique	4	3	0,3	0,3
Tissu conjonctif et autres tissus mous	2	5	0,5	0,5
Sein	55	82	8,6	7,8
Utérus	20	17	1,8	2,1
Ovaires et autres annexes de l'utérus	16	28	2,9	2,3
Prostate	48	61	6,3	6,5
Rein et organe urinaire autre ou non précisé	13	18	1,9	2,4
Vessie	17	23	2,4	3,2
Autres parties de l'appareil génito-urinaire	4	3	0,3	0,4
Encéphale	11	21	2,2	2,0
Sièges autres et sans précision	61	77	8,0	6,7
Maladie de Hodgkin	3	2	0,2	0,2
Lymphome malin non hodgkinien	15	38	3,9	3,0
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	9	18	1,9	1,6
Leucémie	30	34	3,5	3,3
Tumeurs malignes de sièges multiples indép.	0	5	0,5	nd
<b>Total</b>	<b>745</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

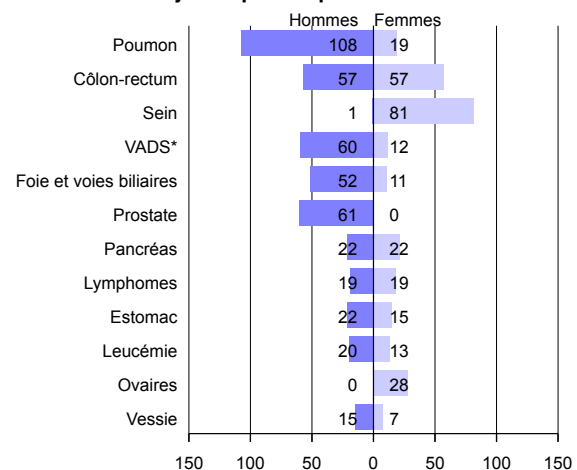
Source : INSERM CépiDc

\*1998-1999 pour la France

\*\* VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage)

nd : non disponible

**Fig4. Nombre annuel de décès pour les principales localisations cancéreuses des habitants du territoire de santé d'Angers en moyenne pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

\* VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage)

## HOSPITALISATIONS POUR CANCER

### 4 900 séjours hospitaliers chaque année

Au cours de la période 2001-2003, parmi les habitants du territoire de santé d'Angers, le cancer a constitué, en moyenne chaque année, le diagnostic principal de 4 879 séjours dans les services hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique, hors séances de chimiothérapie et de radiothérapie (Fig6). 20 % de ces séjours ont une durée inférieure à 24 heures.

Parmi ces séjours hospitaliers pour cancer, 44 % sont des séjours chirurgicaux. 13 % de ces séjours chirurgicaux ont une durée inférieure à 24 heures.

Les séjours hospitaliers pour cancer sont plus nombreux chez les hommes (57 % des séjours) que chez les femmes, dans le territoire d'Angers comme en France.

61 % des séjours hospitaliers pour cancer concernent des personnes âgées entre 45 et 74 ans.

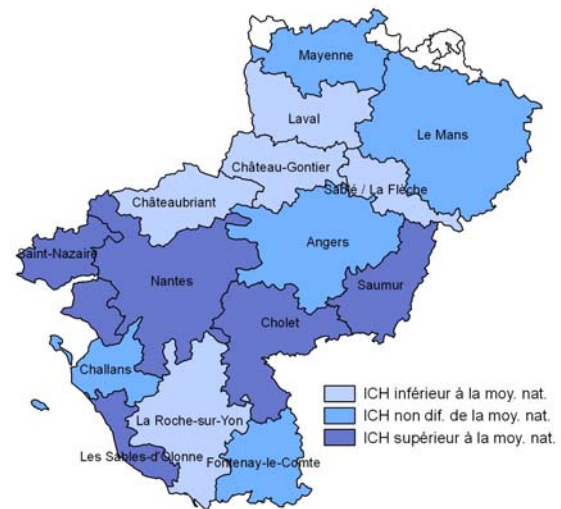
### Une fréquence de séjours hospitaliers chirurgicaux proche de la moyenne nationale

Dans les Pays de la Loire, l'indice comparatif d'hospitalisation chirurgicale, qui permet de comparer à structure d'âge identique la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer des ligériens avec la situation nationale, est égal à 105 (Fig5). Cela signifie que dans la région, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Pour les habitants du territoire de santé d'Angers, à structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer est proche de la moyenne nationale.

Cette situation se retrouve pour les territoires de santé de Mayenne, Le Mans, Fontenay-le-Comte et Challans.

**Fig5. Indice comparatif d'hospitalisation chirurgicale pour cancer dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



	Nbre annuel de séjours chirurgicaux	Population totale au RP99	ICH chirurgical	Significativité
Nantes	4 992	827 865	119	**
Saint-Nazaire	1 793	249 636	116	**
Châteaubriant	373	67 952	88	**
Angers	2 166	421 051	99	ns
Cholet	1 356	238 030	105	**
Saumur	746	105 005	115	**
Sablé / La Flèche	348	63 404	94	*
Laval	669	140 222	88	**
Mayenne	470	74 680	99	ns
Château-Gontier	379	73 731	85	**
Le Mans	2 579	440 545	99	ns
La Roche-sur-Yon	1 185	229 250	92	**
Les Sables-d'Olonne	795	91 744	113	**
Fontenay-le-Comte	536	79 039	103	ns
Challans	530	82 374	98	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>19 216</b>	<b>3 222 784</b>	<b>105</b>	<b>**</b>

Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
 ICH France métropolitaine = 100  
 ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

## MÉTHODOLOGIE

Les dénombrements des séjours pour cancer dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, utilisés dans ce document, ne comprennent pas les hospitalisations ayant comme diagnostic principal un code "séances" de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Ces séances ne sont, en effet, pas comptabilisées de façon exhaustive et homogène dans le PMSI :

- les séances de radiothérapie effectuées en centre ambulatoire, de même que les chimiothérapies à domicile, ne sont pas prises en compte par le PMSI,
- selon les consignes de codage, certains séjours correspondent à une seule séance alors que d'autres correspondent une série de séances.

## Six localisations à l'origine de la moitié des séjours hospitaliers pour cancer

Six localisations tumorales sont à l'origine de la moitié des 4 900 séjours hospitaliers annuels des habitants du territoire de santé d'Angers pour lesquels le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (Fig6) :

- sein (10 %),
- côlon-rectum (10 %),
- poumon (9 %),
- peau non mélanique (8 %),
- prostate (7 %),
- voies aéro-digestives supérieures (VADS) (7 %).

Les séjours pour tumeurs malignes secondaires (ou métastases) représentent 9 % des séjours.

## Des modalités d'hospitalisation et de prise en charge très variables selon les localisations

La proportion de séjours chirurgicaux varie très fortement selon les localisations. Si l'on considère les localisations les plus fréquentes, elle est particulièrement élevée pour le cancer de la peau non mélanique (94 %), le cancer du sein (83 %).

La proportion de séjours chirurgicaux est de 67 % pour le cancer de la vessie, 52 % pour le cancer de la prostate et de 51 % pour le cancer du côlon-rectum. Elle est seulement de 33 % pour les cancers des VADS et 14 % pour le cancer du poumon.

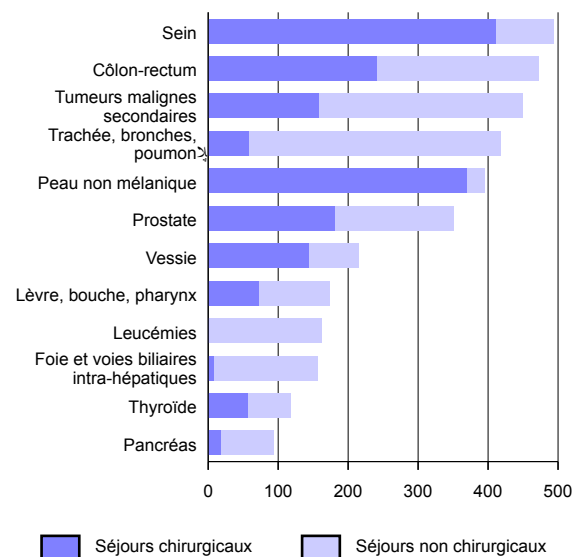
La proportion de séjours de moins de 24 heures varie aussi très fortement selon les localisations. Pour les localisations les plus fréquentes, cette proportion est élevée pour le cancer de la peau non mélanique (51 %). Elle est proche de 20 % pour le cancer du poumon (21 %) et le cancer du côlon-rectum (18 %). Elle est plus faible pour le cancer de la prostate (14 %), les cancers des VADS (12 %) et le cancer du sein (10 %).

**Fig6. Nombre annuel de séjours hospitaliers par localisation cancéreuse des habitants du territoire de santé d'Angers (moyenne 2001-2003)**

Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
Lèvre, bouche, pharynx	173	3,5
Oesophage	90	1,9
Estomac	80	1,6
Côlon-rectum	473	9,7
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	157	3,2
Pancréas	93	1,9
Larynx	59	1,2
Trachée, bronches, poumon	418	8,6
Mélanome	66	1,3
Peau non mélanique	396	8,1
Sein	494	10,1
Col de l'utérus	37	0,8
Corps de l'utérus	51	1,0
Prostate	350	7,2
Vessie	214	4,4
Système nerveux central	63	1,3
Thyroïde	118	2,4
Leucémies	163	3,3
Tumeurs malignes secondaires	449	9,2
Autres tumeurs malignes	933	19,1
<b>Total</b>	<b>4 879</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

**Fig7. Nombre annuel de séjours hospitaliers pour les principales localisations cancéreuses des habitants du territoire de santé d'Angers (moyenne 2001-2003)**



Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

### Contexte national

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

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

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

En milieu hospitalier, dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, les troubles mentaux constituent en 2000 le diagnostic principal de 272 000 séjours (près de 2 % de l'ensemble des séjours). S'y ajoutent les séjours dans les établissements de psychia-

trie publics, avec près de 300 000 personnes hospitalisées au moins une fois en 1999 dans les secteurs adultes. Plus globalement, 1,5 million de personnes ont été vues au moins une fois dans les secteurs de psychiatrie adultes et enfants en 1999.

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

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

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux et souvent intriqués, et sont notamment représentés par les événements traumatisants de la vie et en particulier de l'enfance, l'isolement affectif, les situations de précarité et la consommation excessive d'alcool. La vie professionnelle constitue également un élément essentiel à prendre en compte, à la fois en raison des conséquences psychopathologiques de certaines conditions de travail, mais aussi parce qu'elle représente souvent l'un des révélateurs des troubles mentaux. Ces pathologies constituent ainsi de loin le premier motif d'admission en invalidité (27 % des admissions en 1998). Par ailleurs, selon l'enquête HID, seulement 40 % des personnes de 20 à 59 ans déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux exercent une activité professionnelle, contre près des 3/4 de celles qui ne sont pas dans ce cas.

### Faits marquants

Au niveau d'un territoire de santé, on ne dispose pas de données sur la prévalence des troubles mentaux dans la population. Mais, les données de mortalité sur le suicide et sur les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, causes de décès dont le lien avec les troubles psychiques est bien établi, sont des éléments d'information disponibles au niveau local. Ces causes de décès font l'objet d'une analyse détaillée dans les deux fiches thématiques suivantes.

Les habitants du territoire de santé d'Angers présentent ainsi une mortalité par suicide supérieure de 22 % à la moyenne nationale pour les années 1996-2000.

En ce qui concerne les cirrhoses du foie, qui sont dans leur très grande majorité directement liées à une consommation excessive d'alcool, la mortalité de la population est équivalente à celle observée en moyenne au plan national. Cet indicateur donne toutefois une image partielle et surtout différée de la situation dans ce domaine.

Les troubles mentaux constituent un motif majeur de recours aux soins, mais les données concernant les habitants du territoire de santé d'Angers n'ont pas pu être mobilisées (voir encadré ci-dessous).

Les données relatives aux recours aux soins pour troubles mentaux des habitants des territoires de santé n'ont pu être mobilisées dans le cadre de cette étude, car de façon générale, ces informations ne sont pas disponibles ou sont peu accessibles.

- On ne dispose pas de données sur les motifs de recours aux soins en médecine générale, et en particulier sur ceux concernant les troubles mentaux.
- Les données concernant les recours aux soins auprès des psychiatres libéraux installés en ville et les prescriptions de médicaments spécifiques au traitement des troubles mentaux sont enregistrées dans les bases informatiques des caisses d'assurance maladie. Mais elles ne sont pas directement disponibles et leur analyse par territoire nécessite des exploitations spécifiques.
- Les données sur les recours aux soins dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics (et notamment celles recueillies au moyen de la fiche par patient) ne sont pas mobilisables de façon systématique pour tous les territoires de santé.
- Enfin les données concernant les séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé généraux ayant pour diagnostic principal un trouble mental sont disponibles (2 430 séjours par an sur la période 2001-2003 pour les habitants du territoire de santé d'Angers). Elles figurent au chapitre 2.3 "Diagnostics d'hospitalisation" de ce document (page 36), mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique car elles donnent une image trop partielle de la situation.

### Contexte national

Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardio-vasculaires, troubles mentaux... Il accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... Selon les travaux de C. Hill, l'alcool est responsable aujourd'hui en France de près d'un décès sur 9 (un décès masculin sur 7 et un décès féminin sur 33). Dans la population de 45 à 64 ans, cela concerne plus d'un décès sur 4 chez les hommes et plus d'un sur 10 chez les femmes. L'alcool est aussi responsable de malformations congénitales pour 1 à 4 naissances sur mille.

Au cours des dernières décennies, la mortalité principalement liée à l'alcool a connu en France un recul très important. Ainsi, entre le début des années 80 et la période 1997-1999, la mortalité par cirrhose du foie (dont plus de 80 % est due à la consommation excessive d'alcool) a reculé de 50 % pour les hommes et les femmes et la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme de près de 40 %.

La consommation moyenne d'alcool (mesurée à partir des ventes) est en effet en baisse constante depuis plusieurs décennies. Elle est passée de 25 litres d'alcool pur par adulte en 1970 à 13 litres en 1997. Mal-

gré 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.

## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé d'Angers

### Faits marquants

Les pathologies directement liées à la consommation excessive d'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 148 des 3 400 décès survenus en moyenne chaque année parmi les habitants du territoire de santé d'Angers au cours de la période 1996-2000.

Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas.

15 % du nombre total de décès de personnes âgées de 45 à 64 ans sont provoqués par ces affections.

La mortalité par cirrhose du foie constitue un bon indicateur des habitudes de consommation excessive d'alcool d'une population lors des décennies précédentes. Les habitants du territoire de santé d'Angers présentent pour cette affection une mortalité proche de la moyenne nationale au cours de la période 1996-2000.

## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé d'Angers

### 81 % des décès directement liés à l'alcool concernent des hommes

Les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, les cirrhoses du foie, qui sont dans leur très grande majorité directement liées à une consommation excessive d'alcool, et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), liés le plus souvent à une consommation excessive d'alcool associée au tabac, sont à l'origine de 148 décès par an dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000 (Fig1).

Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas.

La consommation excessive d'alcool joue également un rôle causal ou favorisant dans la survenue de nombreuses autres pathologies ou traumatismes. Elle est ainsi à l'origine d'une part importante des 36 décès par accidents de la route survenus en moyenne chaque année dans la population du territoire d'Angers au cours de la période 1996 à 2000.

### Un poids important dans la mortalité des moins de 65 ans

Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des VADS) constituent des causes de mortalité importantes chez les personnes jeunes. Dans le territoire de santé d'Angers, ces pathologies sont responsables de 9 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 15 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans.

Au-delà de 65 ans, les autres causes de décès, notamment cardio-vasculaires, augmentent fortement et on ne compte que 2 % des décès directement liés à l'alcool ou à l'association alcool-tabac (Fig2).

Le taux de mortalité par cancers des VADS augmente de façon prononcée avec l'âge entre 35 et 65 ans et reste stable au delà.

Cette forte progression entre 25 et 65 ans se retrouve pour le taux de mortalité par cirrhose du foie, qui diminue par contre pour les âges plus élevés.

Le taux de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme augmente également avec l'âge entre 25 et 55 ans, âge auquel il atteint un maximum, mais la progression est nettement moins prononcée que pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie (Fig3).

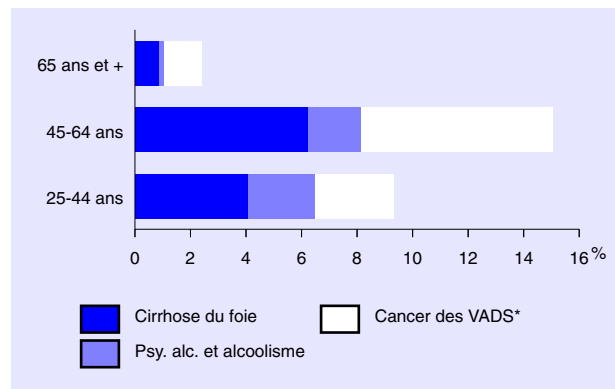
**Fig1. Nombre annuel moyen de décès directement liés à l'alcool dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000**

	Hommes		Femmes	
	Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
Cirrhose du foie	45	25	13	10
Psychose alcoolique et alcoolisme	15	10	3	2
Cancer des VADS*	60	32	12	4

Source : INSERM CépiDc

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

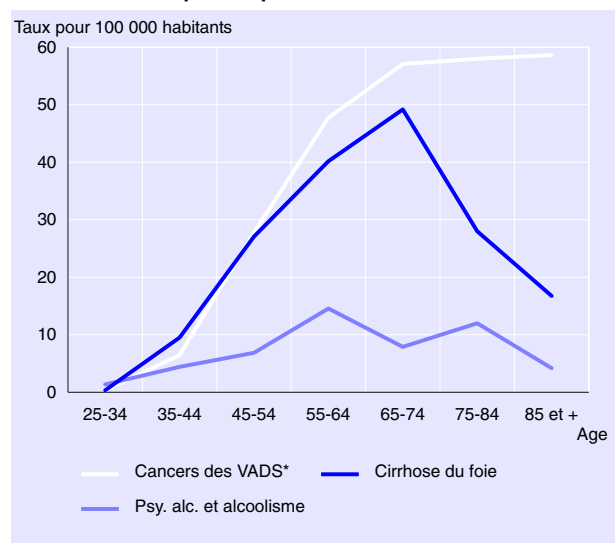
**Fig2. Part des causes de décès directement liées à l'alcool dans la mortalité générale selon le groupe d'âge dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

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

**Fig3. Taux de mortalité par âge dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

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



## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé d'Angers

### Une mortalité par cirrhose du foie proche de celle observée au plan national

En France, la mortalité principalement liée à l'alcool a poursuivi au cours des années 90 la baisse constatée pour la décennie précédente. Ainsi, entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité par cirrhose du foie à structure d'âge identique, a reculé de 11 %.

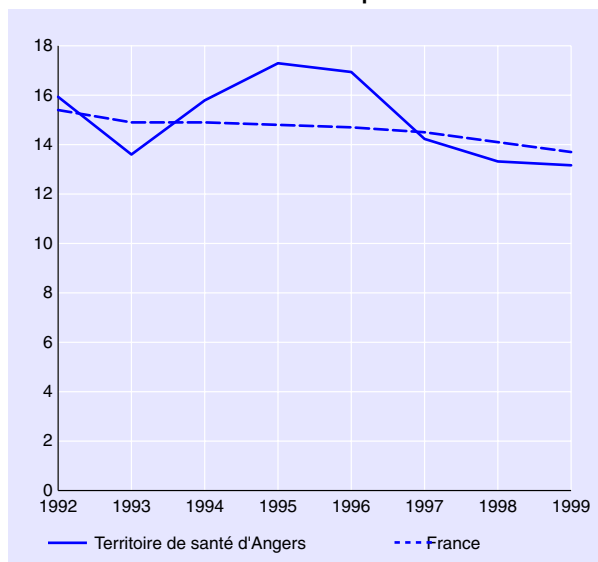
Dans le territoire de santé d'Angers, il est difficile de dégager une tendance évolutive du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie au cours des années 90, le taux oscillant entre 13 et 17 pour 100 000. Ce dernier reste toutefois relativement proche de la moyenne nationale sur l'ensemble de la décennie (Fig4).

L'indice comparatif de mortalité par cirrhose du foie, indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité par cirrhose du foie dans le territoire de santé d'Angers à celle observée au plan national à structure d'âge identique, est ainsi égal à 101 pour la période 1996-2000, ce qui signifie que la mortalité par cirrhose du foie est proche de la moyenne nationale (Fig5).

Pour six autres territoires de santé des Pays de la Loire (Cholet, Sablé / La Flèche, Château-Gontier, Laval, La Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte), la mortalité par cirrhose du foie n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale.

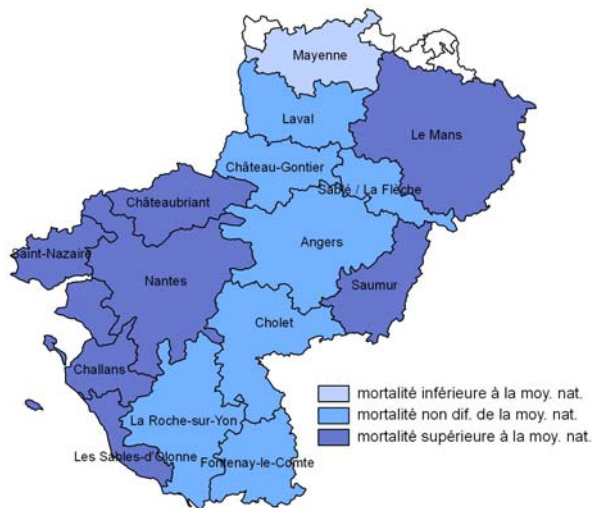
Le territoire de Mayenne présente une mortalité par cirrhose du foie inférieure de 31 % à la moyenne nationale. Les sept derniers territoires de la région connaissent une surmortalité : Châteaubriant (+59 %), Saint-Nazaire (+54 %), Saumur (+45 %), Challans (+41 %), les Sables-d'Olonne (+28 %), Nantes (+22 %) et le Mans (+15 %), situation qui se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+15 %) (Fig5).

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine



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

Fig5. Indice comparatif de mortalité par cirrhose du foie dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



Territoire de santé	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	138	827 865	122	**
Saint-Nazaire	62	249 636	154	**
Châteaubriant	17	67 952	159	**
Angers	58	421 051	101	ns
Cholet	34	238 030	99	ns
Saumur	24	105 005	145	**
Sablé / La Flèche	10	63 404	105	ns
Laval	21	140 222	102	ns
Mayenne	8	74 680	69	*
Château-Gontier	9	73 731	81	ns
Le Mans	78	440 545	115	**
La Roche-sur-Yon	33	229 250	97	ns
Les Sables-d'Olonne	23	91 744	128	**
Fontenay-le-Comte	12	79 039	89	ns
Challans	20	82 374	141	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>551</b>	<b>3 222 784</b>	<b>115</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### 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.

### Faits marquants

Au cours de la période 1996-2000, 92 habitants du territoire de santé d'Angers se sont suicidés en moyenne chaque année.

La mortalité par suicide est supérieure de 22 % à celle constatée au plan national.

Trois décès sur quatre concernent des hommes.

Comme au plan national, la fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge. Mais le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. Entre 15 et 44 ans, il est responsable de 21 % des décès.

### Le suicide : à l'origine de plus de 90 décès chaque année

Au cours de la période 1996-2000, 92 habitants du territoire de santé d'Angers se sont suicidés en moyenne chaque année. 69 de ces décès, soit les trois-quarts, ont concerné des hommes (Fig1).

La comparaison de la mortalité par suicide et de la mortalité par accident de la circulation illustre l'importance du problème. Pour la période 1996-2000, le suicide a causé deux fois plus de décès que les accidents de la route (44 décès en moyenne chaque année).

### Entre 15 et 44 ans, un décès sur cinq est un suicide

Le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. Ce constat résulte de la fréquence relativement faible des autres causes de décès. Dans le territoire de santé d'Angers, le suicide est à l'origine de 10 % des décès prématurés (avant 65 ans). C'est pour la population âgée de 15 à 44 ans que le suicide a le poids le plus important dans la mortalité, puisqu'il est à l'origine de 21 % des décès survenus dans cette tranche d'âge (Fig2).

### Mais la fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge

Si l'on rapporte pour chaque tranche d'âge le nombre de décès par suicide à la population concernée, on constate que la fréquence des décès par suicide varie de façon importante avec l'âge.

En France, elle augmente entre 15 et 35 ans, reste relativement constante jusqu'à 65 ans, puis augmente fortement au-delà.

Dans le territoire de santé d'Angers, cette progression avec l'âge de la fréquence des décès par suicide s'observe également (Fig3).

Pour toutes les tranches d'âge au dessus de 35 ans, le taux de mortalité par suicide des habitants du territoire d'Angers est plus élevé que la moyenne nationale.

**Fig1. Nombre annuel moyen de décès par suicide dans le territoire de santé d'Angers pour la période 1996-2000**

	Hommes	Femmes	Deux sexes
Moins de 15 ans	0	0	0
15-44 ans	31	7	37
45-74 ans	29	11	40
75 ans et plus	10	4	14
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>22</b>	<b>92</b>

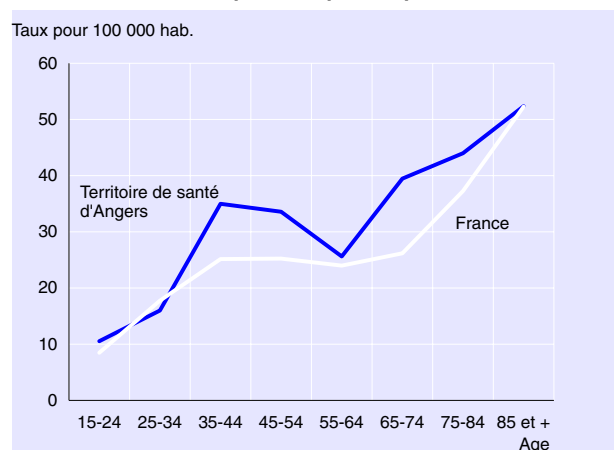
Source : INSERM CépiDc

**Fig2. Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès en 1996-2000 (en %)**

	Territoire de santé d'Angers	Pays de la Loire	France
Moins de 15 ans	0	0	1
15-44 ans	21	19	16
45-74 ans	4	4	3
75 ans et plus	1	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Source : INSERM CépiDc

**Fig3. Taux de mortalité par suicide selon l'âge dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine pour la période 1996-2000**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## 4.4 Suicide

### Une mortalité par suicide dans le territoire d'Angers supérieure à celle de la France

En France, la mortalité par suicide diminue depuis le milieu des années 90, après avoir connu une période de stabilité au début de la décennie. Entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par suicide, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité par suicide à structure d'âge identique, a globalement diminué de 16 %.

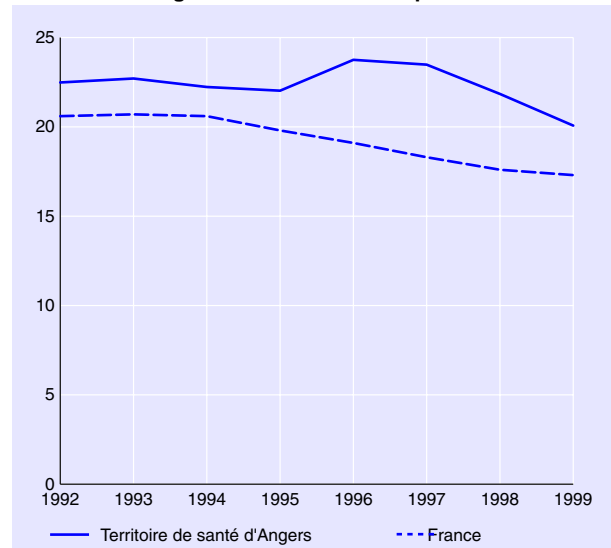
Dans le territoire de santé d'Angers, le taux comparatif de mortalité par suicide est resté supérieur au taux national tout au long des années 90, mais il reste difficile d'en dégager une tendance évolutive nette (Fig4).

L'indice comparatif de mortalité par suicide, qui permet de comparer la mortalité dans le territoire de santé d'Angers à celle observée au plan national, à structure d'âge identique, est ainsi égal à 122 pour les années 1996 à 2000. Cela correspond à une surmortalité par suicide de la population de ce territoire qui atteint 22 % sur cette période (Fig5).

Cette situation de surmortalité se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+26 %) et pour la majorité des territoires de santé de la région. L'écart est particulièrement important pour celui du Mans (+68 %), de Châteaubriant (+62 %) et de Challans (+60 %).

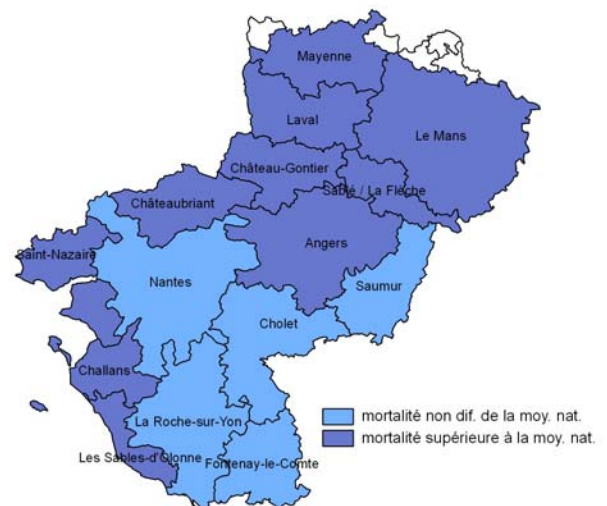
Une mortalité statistiquement non différente de la moyenne nationale s'observe pour 5 territoires : Nantes, Cholet, Saumur, La Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte.

**Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé d'Angers et en France métropolitaine**



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

**Fig5. Indice comparatif de mortalité par suicide dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	152	827 865	104	ns
Saint-Nazaire	65	249 636	137	**
Châteaubriant	21	67 952	162	**
Angers	92	421 051	122	**
Cholet	40	238 030	93	ns
Saumur	23	105 005	117	ns
Sablé / La Flèche	18	63 404	154	**
Laval	36	140 222	144	**
Mayenne	23	74 680	157	**
Château-Gontier	18	73 731	132	**
Le Mans	139	440 545	168	**
La Roche-sur-Yon	43	229 250	101	ns
Les Sables-d'Olonne	23	91 744	122	*
Fontenay-le-Comte	18	79 039	114	ns
Challans	26	82 374	160	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>746</b>	<b>3 222 784</b>	<b>126</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01



# **Annexes**

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES

### MOUVEMENT NATUREL

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

### SOLDE MIGRATOIRE

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

### MODELE OMPHALE

A l'issue de chaque recensement de la population, l'INSEE effectue des projections de population. Le modèle utilisé, 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 U". Il correspond aux hypothèses suivantes :

- en matière de fécondité, l'hypothèse utilisée pour toute la période de projection (2000-2030) est le maintien d'un indice de fécondité correspondant à l'indice calculé en 1999 dans le territoire, au moment du recensement de la population,
- en matière de mortalité, l'hypothèse retenue est celle selon laquelle la mortalité observée dans le territoire en 1999 va baisser au cours des trente prochaines années au même rythme que la tendance centrale métropolitaine observée entre la fin des années 1960, et la fin des années 1990,
- en matière de migrations, le scénario retenu est celui selon lequel les mouvements migratoires vont se poursuivre selon le même rythme que ceux constatés entre 1990 et 1999 dans le territoire.

## NATALITE

### NAISSANCES DOMICILIEES

Jusqu'en 1993, la statistique des naissances correspond à l'ensemble des enfants nés vivants, c'est-à-dire les enfants déclarés vivants et les faux mort-nés (enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil, dans les trois jours francs qui suivent la naissance). A partir de 1993, la statistique des naissances correspond aux enfants nés vivants et viables. Elles sont établies à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère.

### NAISSANCES ENREGISTREES

Elles sont établies à partir des bulletins d'état civil et comptabilisées au lieu d'accouchement.

## INDICE CONJONCTUREL DE FECONDITE (ICF)

(nombre moyen d'enfants pour 100 femmes)

L'ICF est le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité à chaque âge, observés l'année considérée, demeuraient inchangés. Egalement appelé somme des naissances réduites, il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

## MORTALITE

### DECES DOMICILIES

Les décès domiciliés sont établis à partir des bulletins d'état civil et comptabilisés au domicile de la personne décédée.

### TAUX COMPARATIF OU STANDARDISE DE MORTALITE

Le taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population 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.

### INDICE COMPARATIF DE MORTALITE (ICM)

Cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans un territoire, avec la moyenne nationale.

L'ICM est un rapport en base 100 entre le nombre de décès observé dans le territoire de santé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans ce territoire 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 ; un ICM de 84 signifie une sous-mortalité de 16 % par rapport à la moyenne France.

### MORTALITE SUPERIEURE/INFERIEURE

Dans la légende des cartes comparant les Indices comparatifs de mortalité par territoire de santé, le terme "mortalité supérieure" (versus inférieure) signifie que la mortalité du territoire est statistiquement supérieure (versus inférieure) à la valeur moyenne française (un test statistique ayant été effectué).

### TAUX DE MORTALITE INFANTILE

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances vivantes.



## MORTALITE PREMATUREE

Décès survenus avant 65 ans.

## DECES EVITABLES

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

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

## CAUSES MEDICALES DE DECES

Les statistiques de causes médicales de décès sont établies à partir des bulletins remplis par le médecin qui constate le décès. Ce bulletin 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. Sauf information contraire, dans ce document, les calculs sont effectués à partir de la cause initiale de décès.

Une fois codés, les certificats sont 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.

Les données publiées par territoire sont domiciliées, c'est-à-dire rapportées au lieu de domicile de la personne, quel que soit le lieu de survenue du décès.

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.

## CLASSIFICATION CIM9 OMS

9ème révision de la Classification internationale des maladies, définie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification comporte 17 chapitres.

### Mortalité par cancer

*Tumeurs :*

Code CIM9 : 140-239

Code CIM10 : C00-D48

*Cancers (tumeurs malignes) :*

Code CIM9 : 140-208

Code CIM10 : C00-C97.

### Mortalité liée à la consommation excessive d'alcool

*Cirrhose alcoolique et sans précision du foie :*

Code CIM9 : 571.0-571.3, 571.5

Code CIM10 : K70, K746.

*Psychose alcoolique et syndrome de dépendance alcoolique :*

Code CIM9 : 291, 303

Code CIM10 : F10.

*Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) :*

Code CIM9 : 140-149, 150, 160

Code CIM10 : C00-C14, C15, C32.

## **Mortalité par suicide**

Code CIM9 : E950-E959

Code CIM10 : X60-X84.

## **DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION**

Le dénombrement des séjours hospitaliers est effectué à partir du PMSI (programme de médicalisation du système d'information), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI 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 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.

Dans ce document, les séjours sont classés en fonction du seul diagnostic principal (voir définition ci-dessous).

Une personne ayant bénéficié de plusieurs hospitalisations est comptée autant de fois qu'elle a été hospitalisée dans l'année.

Les séjours liés aux troubles mentaux ne prennent en compte que les hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour). En revanche, les hospitalisations plein temps dans les unités de soins psychiatriques (qui ne renseignent pas le PMSI) ne sont pas dénombrées.

Il s'agit de données brutes, non redressées. En particulier, les séjours pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, ne sont pas comptabilisés. Les défauts d'exhaustivité (bases de données incomplètes) ne font pas non plus l'objet d'un redressement.

Les séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprennent pas les séjours des nouveau-nés bien portants, restés près de leur mère (diagnostic principal : Z38).

Les hospitalisations ayant un code "séances" comme diagnostic principal n'ont pas été prises en compte (voir méthodologie EBS).

## **DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'HOSPITALISATION**

Dans le résumé de sortie du PMSI en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Déterminer le DP consiste à répondre à la question : "pour quoi le patient a-t-il été principalement pris en charge pendant son séjour dans l'unité ?". Le DP, qui est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale, est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant, y compris les résultats des différents examens effectués.

## **INDICE COMPARATIF D'HOSPITALISATION (ICH)**

L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge et sexe. La base 100 correspond à la valeur de la population de référence.

Pour obtenir l'ICH, on calcule tout d'abord pour la population de référence (ici la France métropolitaine), les taux de séjours par tranche d'âge. On applique ensuite ces taux, pour chacun des groupes d'âge, à l'effectif de la population étudiée, réparti entre les mêmes tranches d'âge. On obtient ainsi un effectif théorique de séjours "attendus". L'ICH est le rapport entre l'effectif observé dans la zone étudiée et l'effectif théorique calculé. Lorsque cet indice est égal à 120, cela signifie que les séjours hospitaliers sont 20 % plus fréquents dans la zone étudiée que dans la zone de référence.

## **ICH SUPERIEUR/INFERIEUR**

Dans la légende des cartes comparant les ICH par territoire, un ICH supérieur (versus inférieur) signifie que l'ICH du territoire est statistiquement supérieur (versus inférieur), à la valeur moyenne française (base 100), un test statistique ayant été effectué.

## **SEJOUR CHIRURGICAL**

Un séjour chirurgical est un séjour qui comprend au moins un acte opératoire classant (tous les autres séjours sont considérés comme "médicaux").



Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire  
11, rue Lafayette - BP 90402 - 44004 NANTES CEDEX 1  
Tél. 02 40 20 64 10 - Fax 02 40 35 15 68  
[arh44-directeur@arh44.sante.gouv.fr](mailto:arh44-directeur@arh44.sante.gouv.fr)

---

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire  
Hôtel de la région - 1, rue de la Loire - 44966 NANTES CEDEX 9  
Tél. 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 05 61  
[accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com)