

Observatoire
Régional
de la Santé
des Pays
de la Loire

LA SANTÉ OBSERVÉE

dans le territoire
de santé de
Château-Gontier

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).

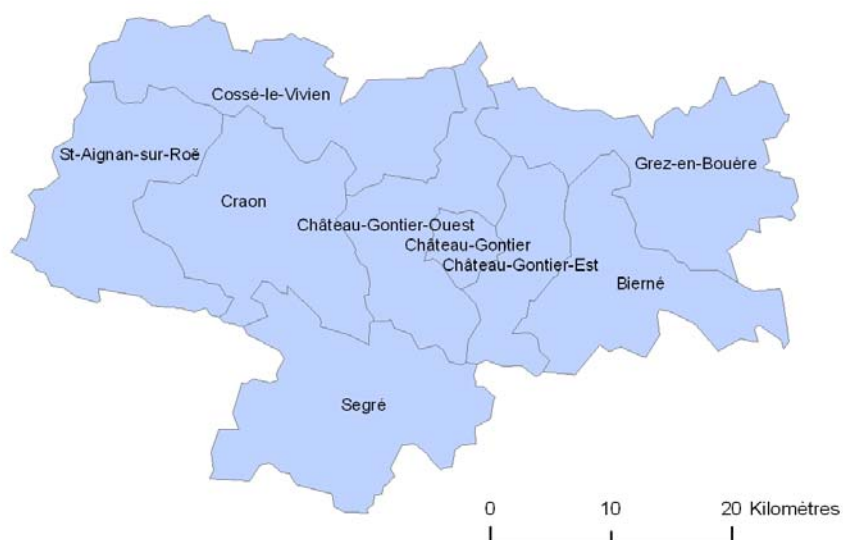
La confrontation de ces données statistiques avec celles concernant l'organisation sanitaire doit permettre de contribuer à une meilleure prise en compte des besoins de santé des habitants des territoires.

Les territoires de santé des Pays de la Loire



	Population totale au RP99
Nantes	827 865
Saint-Nazaire	249 636
Châteaubriant	67 952
Angers	421 051
Cholet	238 030
Saumur	105 005
Sablé / La Flèche	63 404
Laval	140 222
Mayenne	74 680
Château-Gontier	73 731
Le Mans	440 545
La Roche-sur-Yon	229 250
Les Sables-d'Olonne	91 744
Fontenay-le-Comte	79 039
Challans	82 374
Pays de la Loire	3 222 784

Le territoire de santé de Château-Gontier



Sommaire

	Page
1 - Démographie	7
1.1 Population	8
1.2 Projections de population, et vieillissement	12
1.3 Natalité, fécondité	16
1.4 Mortalité	20
2 - Vues d'ensemble	25
2.1 Causes médicales de décès	26
2.2 Mortalité prématurée	30
2.3 Diagnostics d'hospitalisation	34
3 - Santé des populations	39
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
4 - Problèmes de santé et déterminants	53
4.1 Cancers	54
4.2 Santé mentale	60
4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool	62
4.4 Suicide	66
Annexes	71

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 de Château-Gontier (73 731 habitants) représente 2,3 % de la population régionale. 15 % de la population du territoire habitent la commune de Château-Gontier.

Le territoire de santé a gagné 1 237 habitants entre 1990 et 1999. Cette augmentation provient essentiellement du mouvement naturel (solde entre le nombre de naissances et de décès), le solde migratoire (différence entre les départs et les arrivées) étant négatif.

Depuis 1993, le mouvement naturel est en hausse sensible.

On observe dans le territoire les mêmes tendances générales que dans les autres territoires de santé de la région, avec d'un côté le recul de l'effectif des moins de 45 ans, tandis que le vieillissement se renforce.

1.1 Population

Une augmentation de population depuis 1999, après une baisse entre 1982 et 1990

Le territoire de santé de Château-Gontier (73 731 habitants) représente 2,3 % de la population régionale. Il a pratiquement le même effectif de population que celui de Mayenne. 15 % de la population du territoire habite la commune de Château-Gontier.

Entre les deux recensements de la population de 1990 et 1999, le territoire de santé a gagné 1 237 habitants. Le taux de croissance moyen est de 0,2 % par an (Fig1), contre +0,6 % pour l'ensemble de la région et +0,4 % au plan national.

L'effectif de population de la ville de Château-Gontier reste stable. Le canton de Grez-en-Bouère est celui qui connaît la plus forte progression de population (+0,8 % par an). En revanche, les cantons de Segré, Saint-Aignan-sur-Roë et Craon perdent des habitants.

L'augmentation du mouvement naturel compense le solde migratoire, qui est négatif

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).

Dans le territoire de Château-Gontier, l'augmentation de population entre 1990 et 1999 provient essentiellement du mouvement naturel (0,31 % par an), le solde migratoire étant négatif (-0,13 % par an).

Depuis 1993, le mouvement naturel connaît une évolution à la hausse

On ne connaît pas depuis 1999 l'évolution du solde migratoire. En revanche, on dispose grâce à l'Etat civil de données annuelles sur le mouvement naturel.

Dans le territoire, la croissance de population provient essentiellement du mouvement naturel, qui a décliné jusqu'en 1993, et qui est en progression depuis.

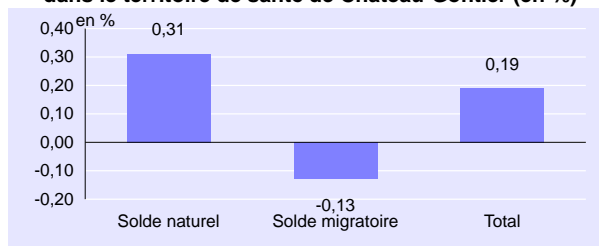
Cependant, en 2003, l'augmentation du nombre de décès a été importante par rapport à l'année précédente (100 décès supplémentaires), ce qui a réduit son amplitude.

Fig1. Effectifs de population des cantons du territoire de santé de Château-Gontier aux recensements

	1982	1990	1999	TCAM * 90-99
Bierné	4 627	4 793	5 021	0,5%
Château-Gontier	10 800	11 102	11 128	0,0%
Château-Gontier-Est	4 220	5 228	6 025	1,6%
Château-Gontier-Ouest	3 937	3 891	4 141	0,7%
Cossé-le-Vivien	8 235	8 029	8 015	-0,0%
Craon	9 981	9 853	9 675	-0,2%
Grez-en-Bouère	5 529	5 507	5 933	0,8%
Saint-Aignan-sur-Roë	8 508	8 399	8 227	-0,2%
Segré	16 444	15 692	15 566	-0,1%
Ensemble du territoire	72 281	72 494	73 731	0,2%
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%

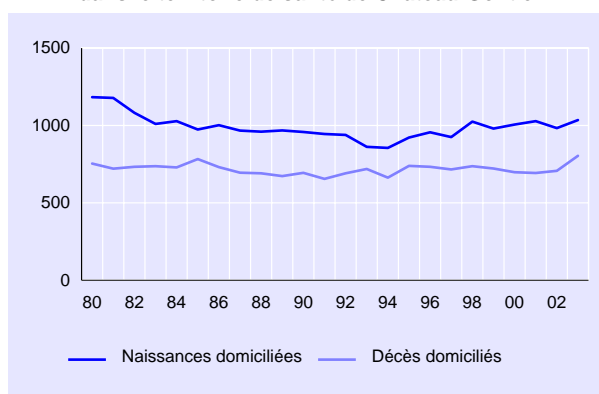
Source : INSEE (RP 82, 90, 99)
* Taux de croissance annuel moyen

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



Source : INSEE (RP 90 et 99)

Fig3. Evolution du nombre de naissances et de décès dans le territoire de santé de Château-Gontier



Source : INSEE (Etat civil)

1.1 Population

Une faible progression de l'effectif de la population

Entre 1990 et 1999, la région des Pays de la Loire figure parmi celles qui ont eu la plus forte croissance démographique dans l'ensemble de la France métropolitaine, après l'Alsace, les régions du sud, et Rhône-Alpes. Le taux de croissance annuel moyen 1990-1999 est, dans la région, supérieur de 57 % au taux de croissance métropolitain.

A l'intérieur des Pays de la Loire, le territoire de santé de Château-Gontier a connu une croissance démographique inférieure à la moyenne régionale, au cours de la période intercensitaire (Fig4).

Depuis le recensement de 1999, le dynamisme démographique de la région ne semble pas ralentir. Selon les estimations effectuées par l'INSEE à partir des premiers résultats du recensement 2004, le taux de croissance de la population dans la région est en hausse sensible : +0,76 % par an au cours de la période 1999-2003, pour une moyenne annuelle de 0,59 % entre 1990 et 1999. Cette évolution concerne aussi bien le mouvement naturel que le solde migratoire.

Baisse de l'effectif des moins de 45 ans

Comme dans la majorité des autres territoires de la région, on observe dans le territoire de santé une baisse de l'effectif des moins de 15 ans au cours de la période 1990-1999 (-7,5 %). Les moins de 15 ans représentent 19,2 % de la population contre 20,8 % en 1990.

L'effectif du groupe d'âge des 15-44 ans a également diminué entre 1990 et 1999 (-2,8%).

... et augmentation du vieillissement

En 1999, 31,7 % des habitants sont âgés de 45 à 74 ans. L'effectif de ce groupe d'âge a progressé de 12 % au cours de la dernière décennie.

Les 75 ans et plus représentent 9,2 % de la population du territoire. Entre 1990 et 1999, leur effectif a progressé de 12 %.

Fig4. Taux de variation annuel de la population entre 1990 et 1999 dans les territoires de santé des Pays de la Loire (en %)



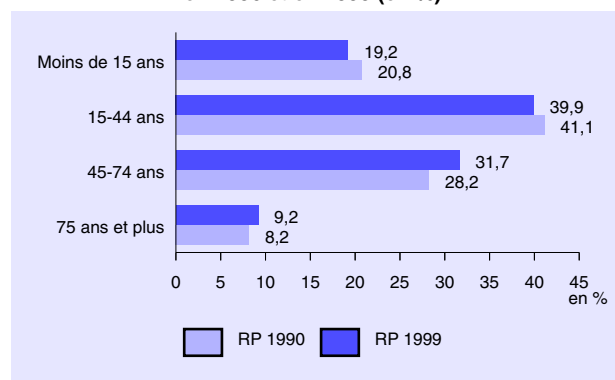
Source : INSEE (RP 90 et 99)

Fig5. Effectifs de population par sexe et âge en 1999 dans le territoire de santé de Château-Gontier, les Pays de la Loire et en France métropolitaine

	Territoire de santé de Château-Gontier			Pays de la Loire	France
	Hommes	Femmes	Ensemble		
Moins de 15 ans	7 258	6 905	14 163	19,2%	17,9%
15-44 ans	15 269	14 184	29 453	39,9%	42,1%
45-74 ans	11 331	12 006	23 337	31,7%	32,3%
75 ans et plus	2 502	4 276	6 778	9,2%	7,7%
Total	36 360	37 371	73 731	100,0%	100,0%

Source : INSEE (RP 99)

Fig6. Répartition de la population par grands groupes d'âge dans le territoire de santé de Château-Gontier en 1990 et en 1999 (en %)



Source : INSEE (RP 90 et 99)

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

Territoire de santé de Château-Gontier

Faits marquants

Selon les projections effectuées par l'INSEE à partir du modèle Omphale, et si les hypothèses de fécondité, mortalité, migrations utilisées dans ce modèle se confirment, l'effectif de la population du territoire de Château-Gontier resterait pratiquement stable entre 2000 et 2030. Mais cette évolution va s'accompagner d'une transformation en profondeur de la structure par âge. L'effectif des moins de vingt ans diminuerait fortement (-25 %). En revanche, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait de 52 %. Leur proportion dans la population totale passerait de 24 % à 37 % en trente ans.

A plus court terme, on n'observerait pas d'augmentation de l'effectif de la population du territoire entre 2005 et 2010.

Pendant cette période, l'effectif des moins de 15 ans diminuerait (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 de Château-Gontier

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

Selon les projections effectuées par l'INSEE, la population du territoire va continuer à croître légèrement jusqu'en 2015, puis diminuer ensuite. Elle atteindrait environ 73 100 habitants en 2030 contre 73 900 en 2000 (Fig1 et 5).

La structure démographique du territoire va être profondément modifiée au cours de cette période. Selon cette projection, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmenterait de 52 % entre 2000 et 2030 (de 17 600 à 26 800 personnes), passant de 24 % à 37 % de la population totale. L'effectif des moins de vingt ans diminuerait quant à lui de 25 %.

A l'horizon 2010, un effectif globalement stable

A court terme, pour la période 2005-2010, l'effectif de la population devrait rester stable (Fig2).

L'effectif des moins de 15 ans devrait diminuer dans le territoire (-2,3 %), alors qu'il resterait stable au plan régional.

Le groupe d'âge dont l'effectif diminuerait le plus serait celui des 15-44 ans (-6,4 % dans le territoire).

Entre 2005 et 2010, le groupe d'âge 45-74 ans va gagner 1 500 personnes supplémentaires.

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 de Château-Gontier

	2000	2005	2010	2015	2030
0-14 ans	15 053	15 008	14 658	13 786	11 468
15-44 ans	29 124	27 815	26 034	24 657	21 257
45-74 ans	23 266	24 360	25 908	27 605	29 398
75 ans et +	6 412	7 394	8 327	8 801	10 988
Ensemble	73 855	74 577	74 927	74 849	73 111
Moins de 20 ans	20 158	19 587	19 067	18 344	15 214
Plus de 60 ans	17 612	17 779	19 165	20 750	26 795

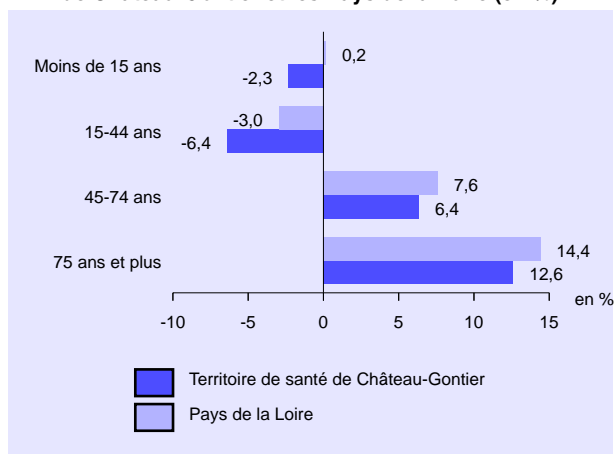
Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

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

	Territoire de santé de Château-Gont.	Pays de la Loire	France
0-14 ans	-2,3	0,2	-1,0
15-44 ans	-6,4	-3,0	-2,4
45-74 ans	6,4	7,6	5,9
75 ans et +	12,6	14,4	12,3
Ensemble	0,5	2,6	1,8
Moins de 20 ans	-2,7	-1,1	-1,9
Plus de 60 ans	7,8	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 de Château-Gontier 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 de Château-Gontier

Parmi les plus de soixante ans, des évolutions contrastées

La population du territoire de Château-Gontier, 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 10 400 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 légère augmentation de ce groupe d'âge (+4,4 % en cinq ans), beaucoup plus faible que dans les autres territoires.

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

Au 1er janvier 2005, un habitant du territoire sur dix est âgé de 75 ans ou plus, soit 7 400 personnes (Fig4). Entre 2005 et 2010, la croissance de l'effectif des plus de 75 ans va se poursuivre : +12,6 % (Fig3).

L'effectif des 75-79 ans va rester pratiquement stable entre 2005 et 2010 (+110 personnes).

On dénombre 1 700 personnes âgées de 85 ans ou plus dans le territoire de Château-Gontier au 1er janvier 2005, soit un peu plus de 2 % de la population. Les classes creuses sont entrées dans leur 85ème année en 2000, et l'effectif des 85 ans et plus est en baisse ; il est passé de 2 100 personnes en 2000 à 1 700 en 2005.

A court terme, la tendance va s'inverser : l'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 42 % 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.

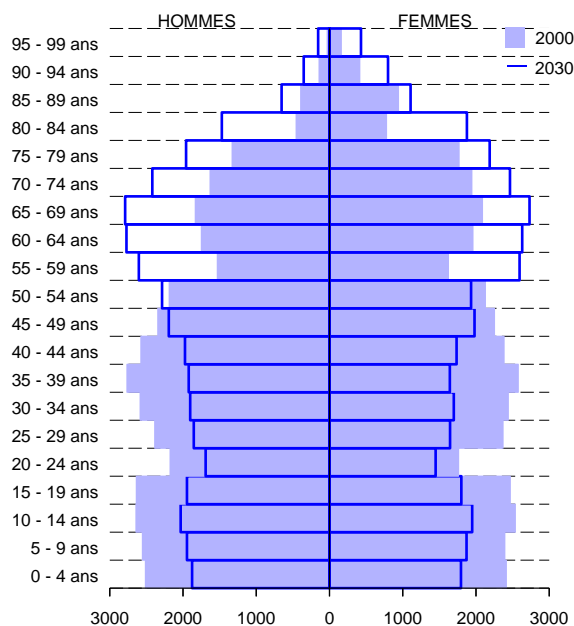
A l'inverse, l'effectif des 90 ans et plus (900 personnes en 2005) va baisser de 19 % entre 2005 et 2010, car les classes creuses nées entre 1915 et 1919 rentrent dans leur 90ème année. Ce groupe d'âge est celui pour lequel la demande d'entrée en institution est la plus forte.

Fig4. Evolution de la population âgée entre 2000 et 2015 selon l'âge dans le territoire de santé de Château-Gontier

	2000	2005	2010	Evol. 2005-2010	2015
60 - 74 ans	11 200	10 385	10 838	4,4	11 949
75 - 79 ans	3 098	3 155	3 268	3,6	3 046
80 - 84 ans	1 233	2 511	2 605	3,7	2 751
85 - 89 ans	1 334	835	1 732	107,4	1 845
90 - 94 ans	555	672	443	-34,1	935
95 ans et plus	192	221	279	26,2	224
60 ans et plus	17 612	17 779	19 165	7,8	20 750
75 ans et plus	6 412	7 394	8 327	12,6	8 801
% dans population totale	8,7	9,9	11,1	-	11,8
85 ans et plus	2 081	1 728	2 454	42,0	3 004
% dans population totale	2,8	2,3	3,3	-	4,0

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 de Château-Gontier



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

Le nombre de naissances concernant les femmes habitant le territoire de Château-Gontier (un peu plus de 1 000 naissances en 2003) est au même niveau qu'il y a vingt ans.

En 2003, 59 % des naissances concernant les femmes habitant le territoire ont eu lieu à Château-Gontier, et 41 % en dehors.

Depuis vingt ans, le solde entre le nombre de naissances enregistrées (naissances ayant eu lieu dans le territoire) et le nombre de naissances domiciliées (concernant des femmes habitant le territoire) est négatif. Cela signifie que la maternité de Château-Gontier subit une concurrence de plus en plus forte des autres établissements d'accouchement (Angers et Laval essentiellement).

Le nombre de naissances enregistrées à la maternité de Château-Gontier est en recul depuis deux ans (-12 %), alors que la natalité reste stable.

1.3 Natalité, fécondité

Le nombre de naissances "domiciliées" se trouve au même niveau qu'il y a vingt ans

Le nombre de naissances concernant les femmes habitant dans le territoire de Château-Gontier est supérieur à 1 000 en 2003.

La natalité est restée relativement stable depuis vingt ans, en dehors d'une baisse importante, dans le territoire comme au plan national, au milieu des années 1990. Le nombre de naissances se situe, actuellement, au niveau atteint en 1982-1984.

Au cours de la période récente (2001-2003), le nombre de naissances des femmes habitant dans le territoire est resté stable.

La maternité subit la concurrence des autres établissements d'accouchement

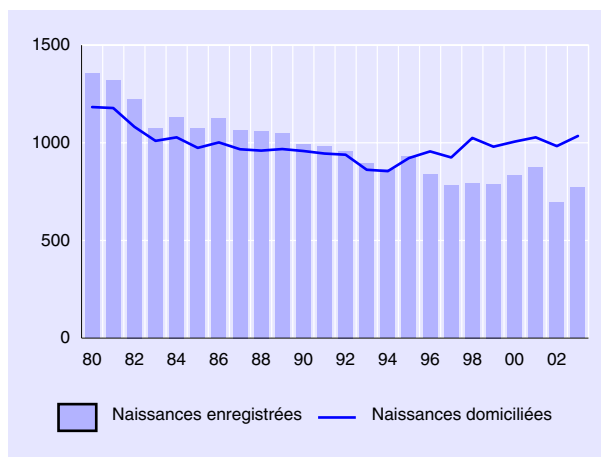
En 2003, le nombre de naissances "enregistrées" dans le territoire de santé (naissances ayant eu lieu dans le territoire) est nettement inférieur au nombre de naissances "domiciliées" (concernant les femmes habitant le territoire) : l'écart atteint 265 naissances. Cela signifie que le nombre de femmes qui habitent dans le territoire et qui accouchent en dehors du territoire est plus important que celles qui ne résident pas dans le territoire et qui viennent y accoucher.

Ce n'était pas la situation au début des années 1980. A cette période, les naissances enregistrées dans le territoire étaient plus nombreuses que les naissances domiciliées.

La rupture a eu lieu en 1996, au moment de la fermeture de la maternité de Segré. Depuis, l'écart entre le nombre de naissances enregistrées et le nombre de naissances domiciliées a eu tendance à s'accroître, et il s'est accentué depuis 2002.

La maternité de Château-Gontier subit la concurrence des établissements d'accouchement de Laval, mais aussi d'Angers.

Fig1. Evolution du nombre de naissances enregistrées et domiciliées dans le territoire de santé de Château-Gontier



Source : INSEE (Etat civil)

Fig2. Evolution du nombre de naissances domiciliées par canton entre 1999 et 2003 dans le territoire de santé de Château-Gontier

	1999	2000	2001	2002	2003
Bierné	76	73	95	68	82
Château-Gontier	160	143	129	120	130
Château-Gontier Est	74	83	79	79	81
Château-Gontier Ouest	82	70	81	81	96
Cossé-le-Vivien	110	111	115	109	134
Craon	122	122	127	128	117
Grez-en-Bouère	85	95	93	113	98
Saint-Aignan-sur-Roë	91	106	107	89	83
Segré	180	203	202	196	214
Ensemble du territoire	980	1 006	1 028	983	1 035

Source : INSEE (Etat civil)

1.3 Natalité, fécondité

41 % des accouchements ont lieu en dehors du territoire

Le territoire de Château-Gontier dispose d'une seule maternité installée au centre hospitalier du Haut-Anjou, après la fermeture de la maternité de Segré, et l'intégration de la clinique dans l'hôpital. Le nombre de naissances enregistrées à Château-Gontier est en recul sensible depuis deux ans (-12 %), alors que la natalité ne faiblit pas.

Comme on l'a vu précédemment, la maternité du centre hospitalier subit la concurrence d'établissements d'accouchement situés en dehors du secteur : 59 % des accouchements concernant les habitantes du territoire ont lieu à Château-Gontier, mais 41 % s'effectuent en dehors du territoire.

Les fuites les plus importantes ont lieu à Angers, (18 %), à Laval (15 %), et Châteaubriant (3 %). La maternité de Châteaubriant est un établissement de recours essentiellement pour les habitantes des cantons de Saint-Aignan-sur-Roë, et, plus marginalement, de Segré. Dans ce dernier canton, la majorité des naissances ont lieu dans les maternités d'Angers (58 %), contre 34 % à Château-Gontier.

Les habitantes du canton de Cossé-le-Vivien se tournent plus volontiers vers Laval (63 %), que vers Château-Gontier (25 %).

Fig3. Nombre de naissances par lieu de naissance et canton de domicile en 2003 dans le territoire de santé de Château-Gontier

Commune d'accouchement →	Château-Gontier	Angers	Laval	Châteaubriant	Vitré (35)	Autres	Total
Canton du domicile ↓							
Bierné	61	17	1			3	82
Château-Gontier (commune)	105	12	8		1	4	130
Château-Gontier-Est	65	12	3			1	81
Château-Gontier-Ouest	80	4	9			3	96
Cossé-le-Vivien	33	3	84		11	3	134
Craon	90	1	17	3		6	117
Grez-en-Bouère	66	13	14			5	98
Saint-Aignan-sur-Roë	36	4	12	20	7	4	83
Segré	74	124	2	11		3	214
Ensemble du territoire	610	190	150	34	19	32	1 035

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 de Château-Gontier, 32 % des décès ont lieu avant 75 ans. Mais cette proportion est variable selon le sexe ; un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur cinq.

Le groupe d'âge 15-24 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée, avec un taux de mortalité masculin quatre fois plus important que le taux féminin.

Au cours de la période 1992-1999, on observe une baisse de la mortalité masculine plus élevée dans le territoire qu'au plan national.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, la mortalité est inférieure de 9 % par rapport à la moyenne nationale.

La proportion de décès ayant lieu à domicile est beaucoup plus faible dans le territoire qu'au plan national.

1.4 Mortalité

La mortalité masculine est plus précoce que la mortalité féminine

La mortalité est fortement liée à l'âge. Dans le territoire de Château-Gontier, 32 % des décès ont lieu avant 75 ans, et 68 % 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 de Château-Gontier, un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur cinq.

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 15-24 ans, le taux de mortalité est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Le groupe d'âge 15-24 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée. Pour la période 1996-2000, on a dénombré chaque année six décès masculins de personnes âgées de 15 à 24 ans pour un décès féminin. Cela correspond à un taux de mortalité masculin quatre 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.

Une forte baisse de la mortalité masculine au cours des années 90

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 de Château-Gontier, le taux comparatif de mortalité a également connu une tendance à la baisse, diminution qui atteint -14 % entre les années 1991-1993 et 1998-2000. Le taux comparatif de mortalité est ainsi resté inférieur au taux national, et l'écart s'est accentué.

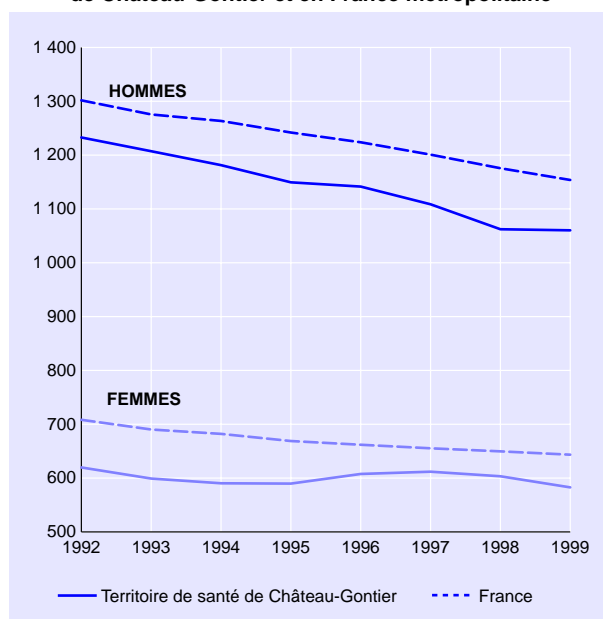
Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité a oscillé entre 583 et 620 pour 100 000 au cours de la décennie sans qu'il soit possible d'en dégager une tendance évolutive. Le taux comparatif de mortalité est resté inférieur au taux national, mais l'écart s'est réduit.

Fig1. Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par sexe et âge en 1996-2000 dans le territoire de santé de Château-Gontier

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*
0-4 ans	4	160,8	3	143,5	7	152,4
5-14 ans	1	15,4	1	28,4	2	21,8
15-24 ans	6	128,5	1	31,5	8	82,8
25-34 ans	5	105,1	4	75,2	9	90,4
35-44 ans	12	229,2	5	100,9	17	167,3
45-54 ans	16	354,2	8	192,6	24	274,8
55-64 ans	32	969,6	14	381,1	45	662,0
65-74 ans	81	2351,6	35	869,8	116	1554,1
75-84 ans	102	5727,1	81	3194,7	184	4238,9
85 ans et +	101	18096,9	207	14004,1	308	15122,7
Total	361	987,9	361	962,7	721	975,2

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 de Château-Gontier et en France métropolitaine



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

1.4 Mortalité

Une mortalité inférieure de 9 % à la moyenne nationale

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).

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. Les trois territoires de santé du département de la Mayenne occupent ainsi une position favorable dans la région.

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 beaucoup moins importante dans le territoire de Château-Gontier qu'au plan national

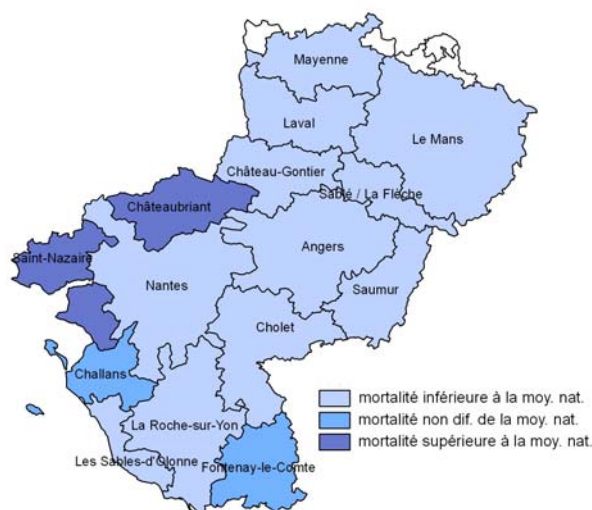
Dans le territoire de Château-Gontier, seulement 18,6 % des décès surviennent à domicile (Fig4) contre 25,4 % au plan national.

La fréquence des décès survenus en établissement de santé est relativement comparable avec celle observée au plan national (57,1 % vs 56,1 %).

Dans le territoire de Château-Gontier, la proportion de décès ayant lieu à domicile est plus élevée pour les moins de 75 ans (24,3 %) que pour les plus de 75 ans (15,9 %).

Parmi les décès de personnes âgées de 75 ans ou plus, un sur quatre a lieu en maison de retraite, et 55,3 % 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
Pays de la Loire	28 453	3 222 784	94	**

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 de Château-Gontier

	Moins de 75 ans		75 ans et plus		Tous âges	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Domicile	56	24,3	78	15,9	134	18,6
Etablissement hospitalier ou clinique privée	140	61,0	272	55,3	412	57,1
Hospice ou maison de retraite	9	3,8	123	25,0	132	18,3
Voie ou lieu public	14	6,1	3	0,6	17	2,3
Autres	11	4,7	15	3,1	26	3,6
TOTAL	229	100,0	492	100,0	721	100,0

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.

2.1 Causes médicales de décès

Territoire de santé de Château-Gontier

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 de Château-Gontier. Ces deux groupes de pathologies représentent respectivement 33 % et 26 % des 720 décès dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Les traumatismes et empoisonnements sont à l'origine de 10 % de l'ensemble des décès, et les maladies de l'appareil respiratoire représentent 9 % des décès.

La mortalité des habitants du territoire est globalement inférieure de 9 % à la moyenne nationale. Mais l'une des caractéristiques de ce territoire est sa mortalité élevée par traumatismes et empoisonnements, qui n'a pas diminué depuis des années 1991-1993 et dépasse de 19 % la moyenne nationale en 1998-2000.

La mortalité pour l'ensemble des causes de décès a toutefois diminué de 10 % au cours des années 90, en raison principalement de la baisse de la mortalité liée aux cancers (-13 %) et aux maladies cardio-vasculaires (-11 %).

2.1 Causes médicales de décès

Fig1. Mortalité selon la cause initiale de décès et l'âge, des habitants du territoire de santé de Château-Gontier, 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	0	0	3	12	16	118	ns
2 . Tumeurs	1	7	87	92	186	88	**
3 . Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	0	0	2	18	20	81	*
4 . Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1	2	3	nd	nd
5 . Troubles mentaux	0	1	4	15	21	90	ns
6 . Maladies du système nerveux et des organes du sens	0	1	4	13	18	78	*
7 . Maladies de l'appareil circulatoire	0	2	41	198	241	93	*
8 . Maladies de l'appareil respiratoire	0	1	9	55	64	98	ns
9 . Maladies de l'appareil digestif	0	1	9	19	30	80	**
10 . Maladies des organes génito-urinaires	0	0	1	6	7	59	**
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	0	3	4	nd	nd
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	1	4	4	nd	nd
14 . Anomalies congénitales	1	0	0	0	1	nd	nd
15 . Certaines affections d'origine périnatale	3	0	0	0	3	nd	nd
16 . Symptômes, signes et états morbides mal définis	1	1	4	26	32	62	**
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	3	19	20	28	71	119	**
Total	10	34	186	492	721	91	**

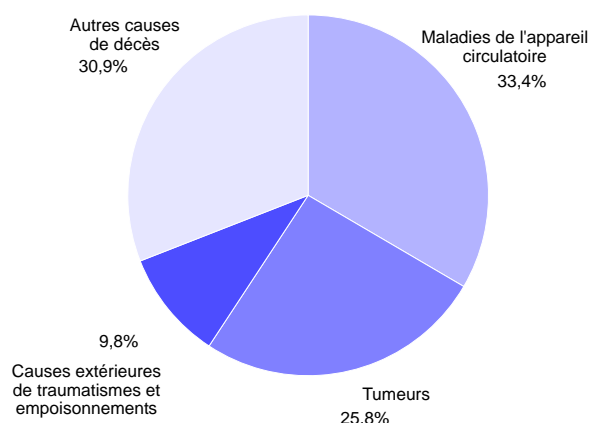
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

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 de Château-Gontier pour la période 1996-2000



Source : INSERM CépiDc

2.1 Causes médicales de décès

Territoire de santé de Château-Gontier

59 % des décès sont liés aux maladies de l'appareil circulatoire et aux cancers

Dans la population habitant le territoire de santé de Château-Gontier, 720 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, 26 % des 45-74 ans et 68 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été à l'origine en moyenne chaque année de 240 décès, et les cancers de 190.

Ces 2 groupes de pathologies représentent respectivement 33 % et 26 % des décès survenus au cours de cette période. Mais, ils se distinguent par l'âge de la population concernée :

- 82 % des décès par maladie cardio-vasculaire concernent des personnes âgées de plus de 75 ans,
- les décès par cancer se retrouvent en nombre équivalent dans les classes d'âge des 45-74 ans et des 75 ans et plus (environ 48 % chacun).

Les traumatismes et empoisonnements, qui résultent principalement d'accidents de la route, de chutes ou de suicides ont provoqué 70 décès par an (10 % 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 65 décès en moyenne chaque année, soit 9 % de l'ensemble des décès. Ces décès touchent très majoritairement des personnes âgées de plus de 75 ans (86 %).

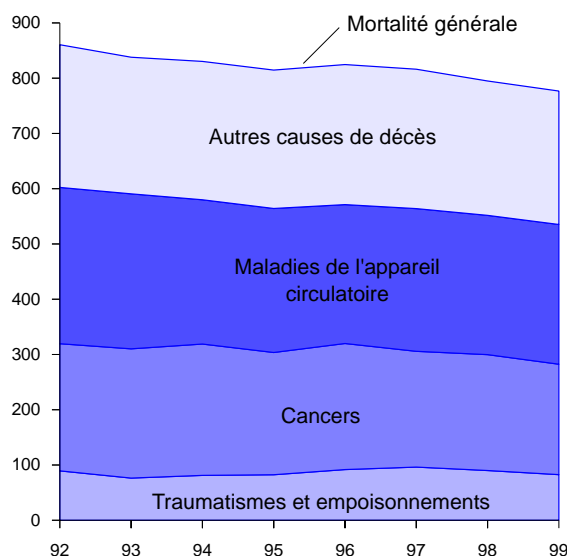
Une sous-mortalité globale de 9 %, liée principalement à une sous-mortalité par cancer

La mortalité des habitants du territoire de santé de Château-Gontier 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 91, ce qui correspond à une sous-mortalité de 9 %, à structure par âge comparable.

Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès dans la population du territoire est inférieur de 75 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 est inférieure ou égale à la moyenne nationale pour la majorité des groupes de pathologies correspondant aux chapitres de la classification internationale des maladies - 9ème révision (Fig1), pour lesquels les effectifs de décès sont

Fig3. Evolution des taux comparatifs des causes de décès les plus fréquentes entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Château-Gontier



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

suffisants pour permettre une comparaison fiable.

Une sous-mortalité statistiquement significative se retrouve pour plusieurs groupes de pathologies : les symptômes, signes et états morbides mal définis (-38 %), les maladies du système nerveux (-22 %), les maladies digestives (-20 %), les maladies endocriniennes (-19 %), les tumeurs (-12 %)...

C'est principalement la sous-mortalité par cancer et celle liée aux symptômes, signes et états morbides mal définis qui expliquent la sous-mortalité globale.

Par contre, la population du territoire connaît une surmortalité marquée liée aux traumatismes et empoisonnements (+19 % par rapport à la moyenne nationale).

Baisse de la mortalité par cancer sur la dernière décennie

Entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité des habitants du territoire de santé de Château-Gontier a diminué de 10 %, la baisse étant surtout marquée sur la deuxième moitié de la décennie.

Cette évolution résulte pour une large part du recul de la mortalité par cancer (-13 % au cours de cette période) et de la mortalité cardio-vasculaire (-11 %).

En revanche, le taux comparatif de mortalité par traumatismes et empoisonnements n'a pas baissé.

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, 115 habitants du territoire de santé de Château-Gontier âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 75 hommes et 40 femmes.

Ces décès prématurés représentent 16 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (21 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (10 %).

Responsables de 36 % 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 29 % des décès prématurés.

La mortalité prématurée des habitants du territoire est inférieure de 14 % à la moyenne nationale, grâce à une sous-mortalité prématurée masculine qui s'est maintenue sur la décennie 90, alors que la mortalité prématurée féminine s'est rapprochée de la moyenne française.

2.2 Mortalité prématurée

Chaque année, 115 décès surviennent avant 65 ans

Au cours de la période 1996-2000, 115 habitants du territoire de santé de Château-Gontier âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 75 hommes et 40 femmes.

Ces décès prématurés représentent 16 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (21 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (10 %).

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

Comme en France, les cancers constituent dans le territoire de santé de Château-Gontier la principale cause de la mortalité prématurée. Ce groupe de pathologies est à l'origine de 36 % des décès avant 65 ans (34 % chez les hommes, 39 % chez les femmes).

Chez les hommes, le cancer du poumon (8 % 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 (12 %).

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 29 % 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 (9 % chez les hommes, 4 % 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 11 % des décès prématurés (16 % chez les hommes, 4 % chez les femmes).

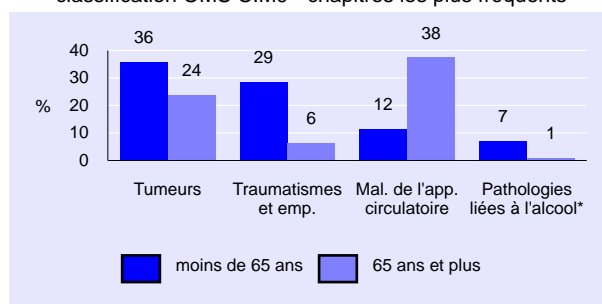
Lorsque les décès surviennent après 65 ans, cette répartition des causes de décès se modifie. Les maladies de l'appareil circulatoire deviennent la principale cause de mortalité (38 % des décès chez les plus de 65 ans). Les tumeurs (24 %) et surtout les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (6 %) 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 de Château-Gontier et en France métropolitaine

	Territoire de santé de Château-Gontier		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14 ans	5	5	2 961	2 163
15-24 ans	6	1	3 472	1 224
25-34 ans	5	4	5 487	2 133
35-54 ans	28	13	32 566	14 289
55-64 ans	32	14	32 062	13 491
Nombre total de décès prématurés	76	37	76 547	33 300
% des décès prématurés sur l'ensemble des décès	21,1	10,2	28,1	12,9

Source : INSERM CépiDc

Fig2. Répartition des causes de décès selon l'âge dans le territoire de santé de Château-Gontier 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 de Château-Gontier classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Tumeurs	26	34,4	14	39,1
dont : - cancer du poumon	6	7,6	0	1,1
- cancers des VADS *	5	6,8	0	0,0
- cancer du sein	-	-	4	12,0
- cancer du foie, voies biliaires	2	3,1	0	0,0
- cancer du côlon-rectum	2	3,1	1	3,8
Traumatismes et empoisonnements	22	28,9	10	27,7
dont : - suicides	7	9,4	3	9,2
- accid. circulation	7	9,2	4	10,9
Maladies de l'app. circulatoire	9	12,1	4	10,3
dont : - cardiopathies ischémiques	4	5,2	1	2,7
- mal. vasculaires cérébrales	3	3,7	1	2,2
Pathologies liées à l'alcool **	7	8,7	1	3,8
Autres causes	12	16,0	7	19,0
Toutes causes	76	100,0	37	100,0

Source : INSERM CépiDc

* lèvres 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.

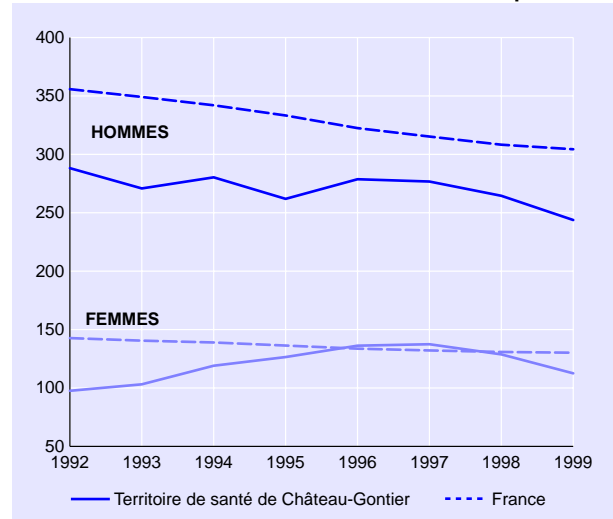
Chez les hommes du territoire de santé de Château-Gontier, le taux standardisé de mortalité prématurée est resté inférieur au taux national au cours des années 90 et connaît également depuis le milieu de la décennie une tendance à la baisse. Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité prématurée a par contre augmenté au début des années 90 se rapprochant ainsi du taux national.

L'indice comparatif de mortalité prématurée est l'indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité prématurée dans le territoire de santé de Château-Gontier à celle observée au plan national à structure d'âge identique. Sur la période 1996-2000, il est égal à 86 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une sous-mortalité prématurée globale de 14 %. Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès prématurés dans la population du territoire est inférieur de près de 20 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, Angers, Cholet, Laval, 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 sur-mortalité prématurée par rapport à la France : Saint-Nazaire (+20 %), Châteaubriant (+17 %) et Challans (+9 %).

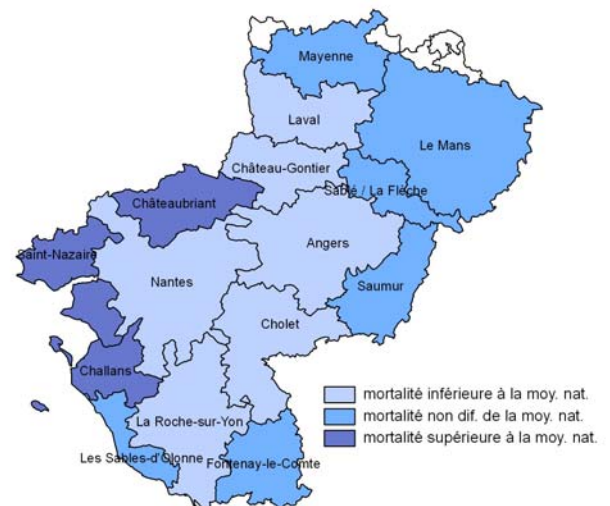
L'ensemble de la région des Pays de la Loire présente une sous-mortalité prématurée (-3 %) par rapport à la moyenne nationale.

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Château-Gontier 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	*
Pays de la Loire	5 763	2 673 280	97	**

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 10^{ème} 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.

2.3 Diagnostics d'hospitalisation

Faits marquants

18 800 séjours hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné en moyenne chaque année des habitants du territoire de santé de Château-Gontier au cours de la période 2001-2003. Cela correspond à un taux annuel de séjours de 25 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 13 et 12 % 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 3 % à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence s'observe pour de nombreux groupes de pathologies et c'est pour les pathologies dermatologiques (-24 %) et hématologiques que la différence avec la moyenne nationale est la plus marquée. A l'inverse, la fréquence des séjours dépasse nettement la moyenne nationale pour les affections ORL (+80 %) et les troubles mentaux (+76 %).

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 de Château-Gontier, pour la période 2001-2003
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de séjours					ICH ¹	Significativité
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1 . Certaines maladies infectieuses et parasitaires	73	46	59	77	255	88	**
2 . Tumeurs	40	188	867	341	1 436	90	**
dont : - Tumeurs malignes	17	68	580	271	937	99	ns
- Tumeurs bénignes	20	100	241	50	411	78	**
3 . Mal. sang et org. hémato. et certains troubles immunitaires	12	17	39	52	120	77	**
4 . Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	41	119	244	80	485	105	*
5 . Troubles mentaux et du comportement ²	13	252	233	135	633	176	**
6 . Maladies du système nerveux	31	159	260	123	573	96	ns
7 . Maladies de l'oeil et de ses annexes	40	36	284	391	751	88	**
8 . Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	233	62	75	26	396	180	**
9 . Maladies de l'appareil circulatoire	23	183	808	825	1 839	100	ns
10 . Maladies de l'appareil respiratoire	308	134	256	314	1 012	100	ns
11 . Maladies de l'appareil digestif	139	712	987	423	2 261	99	ns
12 . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	35	104	58	33	229	76	**
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	28	306	556	228	1 118	94	**
14 . Maladies de l'appareil génito-urinaire	58	286	384	145	873	80	**
15 . Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	1 431	2	0	1 433	100	ns
16 . Certaines affections d'origine périnatale	260	0	0	0	260	143	**
17 . Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	98	34	12	2	146	96	ns
18 . Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	140	178	369	381	1 069	91	**
19 . Lésions traumatiques, empoisonnements	177	530	428	343	1 478	100	ns
21 . Autres motifs de recours aux soins	172	595	1 249	364	2 380	88	**
Total	1 921	5 372	7 170	4 283	18 747	97	**

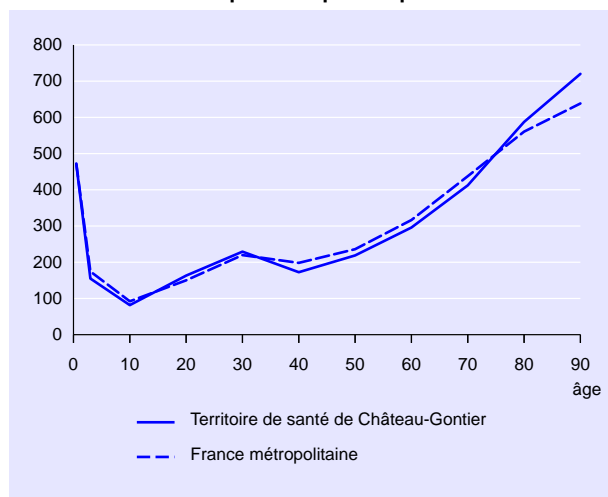
Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

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).

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

² : 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 de Château-Gontier 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

18 800 hospitalisations* annuelles concernent des habitants du territoire

Entre 2001 et 2003, 18 800 hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné, en moyenne chaque année, des habitants du territoire de santé de Château-Gontier. Rapporté à la population du territoire (74 000 habitants), cela correspond à un taux moyen de 25 séjours hospitaliers pour 100 habitants. Ce taux varie fortement avec l'âge et est surtout élevé aux âges extrêmes de la vie (Fig2).

10 % de ces séjours concernent des enfants de moins de 15 ans, 29 % des personnes de 15-44 ans, 38 % des 45-74 ans et 23 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

26 % de ces séjours ont eu une durée de moins de 24 heures.

13 % 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 57 % 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 12 % des séjours. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (10 % des séjours) et les lésions traumatiques (8 %).

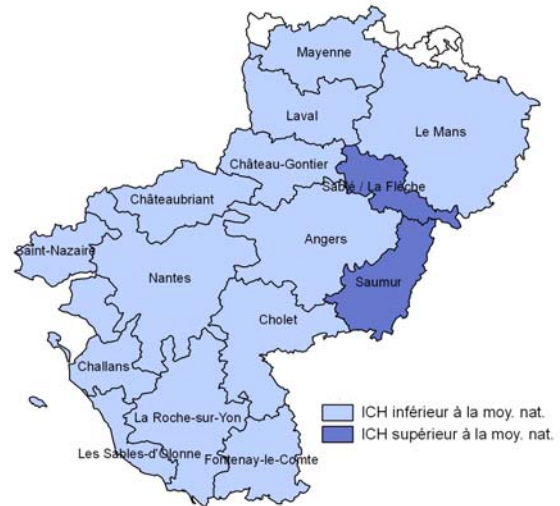
Une fréquence des séjours hospitaliers inférieure de 3 % à la moyenne nationale

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique de la population du territoire de Château-Gontier est globalement inférieure de 3 % à la moyenne nationale. Si la population de ce territoire connaissait les mêmes taux d'hospitalisation par âge que la moyenne nationale, ce sont 600 séjours hospitaliers en MCO supplémentaires qui seraient dénombrés chaque année.

Cette moindre fréquence des hospitalisations des habitants du territoire de Château-Gontier se retrouve chez les moins de 15 ans et chez les personnes âgées de 35 à 74 ans.

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	**
Pays de la Loire	741 543	3 222 784	90	**

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 pathologies dermatologiques et hématologiques, plus fréquents pour les affections ORL et les troubles mentaux**

La fréquence des hospitalisations en MCO des habitants du territoire de Château-Gontier est très inférieure à la moyenne nationale pour plusieurs groupes de pathologies (Fig1). C'est pour les pathologies dermatologiques (-24 %), hématologiques (-23 %) et les tumeurs bénignes (-22 %) que l'écart est le plus marqué.

En revanche, la fréquence des séjours en MCO dépasse nettement la moyenne nationale pour les affections ORL (+80 %), les troubles mentaux** (+76 %) et certaines affections d'origine périnatale (+43 %).

* 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 5^{ème} 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 de Château-Gontier

Faits marquants

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, 6 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Rapportés aux 980 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 6,1 décès pour 1 000 naissances, statistiquement non différent de la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la mortalité infantile a diminué dans le territoire de santé de Château-Gontier au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le taux de mortalité infantile est passé de 8,2 à 6,1 pour 1 000 naissances, ce qui correspond à une baisse de 25 % (-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 482 séjours pour 1 000 enfants nés vivants pour les années 2001 à 2003. Ce taux est proche de la moyenne nationale (476).

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

Territoire de santé de Château-Gontier

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

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, 6 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000 (Fig1). Rapportés aux 980 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 6,1 décès pour 1 000 naissances. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la surmortalité masculine s'observe dès la naissance dans le territoire de santé de Château-Gontier. Le taux de mortalité infantile est 1,3 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 diminué dans le territoire de santé de Château-Gontier au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 9 à 6 (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 8,2 à 6,1 pour 1 000 naissances au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 25 %. Cette dernière n'est pas statistiquement significative, en raison de la faiblesse des effectifs concernés, mais elle est intéressante à mentionner car elle se retrouve au plan national (-53 %).

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

Dans le territoire de santé de Château-Gontier comme en France, les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sur les 5 années étudiées sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 52 % des décès, le syndrome de la mort subite du nourrisson, 14 % et les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 10 % (Fig1).

Cette répartition des causes de décès et sa comparaison avec la situation nationale restent toutefois délicates à étudier dans la mesure où les effectifs concernés sont faibles.

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

classification OMS CIM 9 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Chat-Gont	France
Maladies infectieuses et parasitaires	0	0	6,9	2,2
Tumeurs	0	0	0,0	1,1
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	0	0	0,0	1,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	0,0	0,3
Troubles mentaux	0	0	0,0	0,0
Maladies du système nerveux et des organes du sens	0	0	3,4	4,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	0,0	2,0
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	0,0	1,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	3,4	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	0	0	0,0	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	0,0	0,0
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	0,0	0,0
Anomalies congénitales	3	1	10,3	22,7
Certaines affections d'origine périnatale	2	3	51,7	40,4
Symptômes, signes et états morbides mal définis	2	1	20,7	18,1
dont : - mort subite du nourrisson	1	1	13,8	11,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	2	0	3,4	4,0
Total	9	6	100,0	100,0

Source : INSERM CépiDc

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

Territoire de santé de Château-Gontier

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, 470 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 de Château-Gontier (Fig2).

Rapportés au nombre de naissances vivantes du territoire, cela correspond à un taux annuel de séjours très important, 482 séjours pour 1 000 enfants nés vivants, équivalent à celui observé chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (Fig2 p. 32). Ce taux est proche de la moyenne nationale (476).

Cette situation ne se retrouve pas pour les autres territoires des Pays de la Loire. Pour la majorité d'entre eux et pour l'ensemble de la région, le taux de séjours hospitalier est inférieur à la moyenne nationale. Les territoires de santé 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 de Château-Gontier. Elles représentent 55 % des séjours (260 séjours par an).

Les infections et leurs complications constituent l'autre motif d'hospitalisation le plus fréquent. Les maladies intestinales infectieuses (rattachées au chapitre des maladies infectieuses et parasitaires dans la classification internationale des maladies, CIM-10^{ème} révision), sont ainsi à l'origine de 5 % des séjours, les bronchites et bronchiolites aiguës (rattachées au chapitre des maladies respiratoires), de 4 %, et les otites moyennes et mastoïdites (rattachées au chapitre des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde), de 2 %.

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

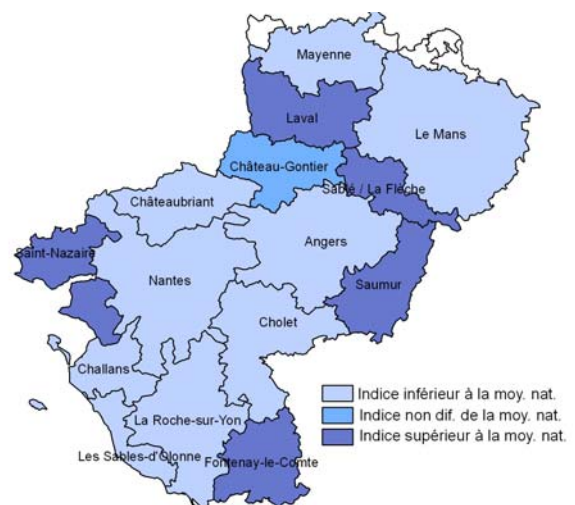
Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants de moins d'un an habitant dans le territoire de santé de Château-Gontier en moyenne annuelle pour la période 2001-2003
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires <i>dont : - maladies intestinales infectieuses</i>	26 22	5,4 4,6
2.	Tumeurs <i>dont : - Tumeurs malignes</i> <i>- Tumeurs bénignes</i>	6 2 3	1,2 0,4 0,6
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	0,1
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9	2,0
5.	Troubles mentaux et du comportement	0	0,0
6.	Maladies du système nerveux	8	1,7
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	13	2,8
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde <i>dont : - otites moyennes et mastoïdite</i>	9 9	2,0 1,9
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	2	0,4
10.	Maladies de l'appareil respiratoire <i>dont : - bronchites et bronchiolites aiguës</i>	35 20	7,4 4,3
11.	Maladies de l'appareil digestif	13	2,7
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	0,2
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1	0,3
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	8	1,8
16.	Certaines affections d'origine périnatale <i>dont : - prématurité et hypotrophie</i>	260 51	54,9 10,8
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	30	6,3
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	23	4,9
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	6	1,3
21.	Autres motifs de recours aux soins	22	4,6
	Total	473	100,0

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 de Château-Gontier

Faits marquants

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, 4 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 27 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 de Château-Gontier au cours des deux dernières décennies.

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 1 450 séjours hospitaliers ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire de Château-Gontier. Parmi ces séjours hospitaliers, 670 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 otites moyennes et mastoïdites (14 %) et les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (11 %).

La fréquence des séjours hospitaliers dans cette classe d'âge est inférieure de 10 % à la moyenne nationale.

3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé de Château-Gontier

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

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, 4 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 27 décès pour 100 000. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (17).

En France, les causes de mortalité les plus fréquentes chez les enfants de 1 à 14 ans sont les causes extérieures de traumatismes et les empoisonnements qui représentent 40 % des décès dans cette tranche d'âge.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, il n'est pas possible d'étudier la répartition des causes de décès et de la comparer à la situation nationale dans la mesure où les effectifs concernés sont faibles.

Une mortalité en baisse

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a fortement diminué dans le territoire de santé de Château-Gontier au cours des deux dernières décennies. Entre les périodes 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 6 à 4.

Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, le taux de mortalité a diminué de 37 à 27 pour 100 000 au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 27 %.

Cette diminution n'est pas statistiquement significative, en raison de la faiblesse des effectifs étudiés, mais elle est intéressante à mentionner car elle se retrouve au plan national (-47 %).

Fig1. Causes de décès des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé de Château-Gontier 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	0	0	3,7
Tumeurs	1	1	18,3
dont : - leucémies	0	0	4,6
- tumeurs de l'encéphale	0	0	4,0
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	0	0	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	0	0	8,2
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	4,2
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	3,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	0	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	1	0	7,1
Certaines affections d'origine périnatale	0	0	0,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	0	0	7,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	3	2	40,5
dont : - accidents de la circulation	1	1	17,1
- noyade	0	0	5,3
Total	6	4	100,0

Source : INSERM CépIdc

3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé de Château-Gontier

1 450 hospitalisations chaque année

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 1 450 séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire de Château-Gontier (dont 58 % de garçons). Cela représente 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO de la population de ce territoire.

Parmi ces séjours hospitaliers, 670 sont considérés comme des séjours chirurgicaux, dont 365 (55 %) 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 otites moyennes et mastoïdites (14 %) et les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (11 %). Pour ces 2 groupes d'affections, les proportions de séjours chirurgicaux et de moins de 24 heures sont respectivement de 89 % et 49 %.

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont responsables de près de 170 séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans (12 %). Ces séjours concernent majoritairement des garçons (68 %) 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 près de 130 séjours hospitaliers (9 %).

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 90 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une fréquence de séjours inférieure de 10 % à la moyenne nationale (Fig3).

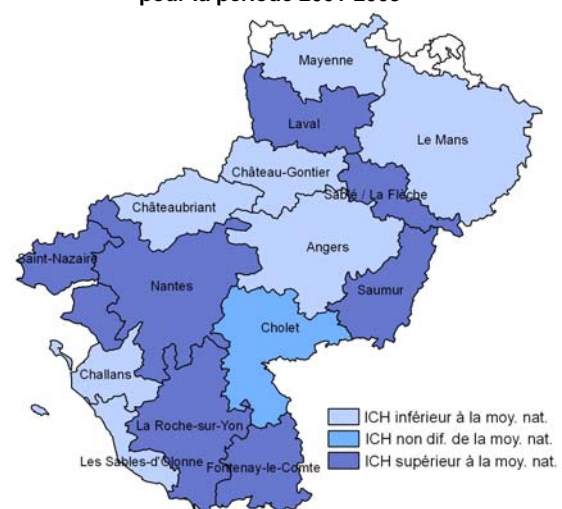
Une telle situation se retrouve dans les territoires de Challans (-26 %), Châteaubriant (-15 %), Angers (-9 %), les Sables-d'Olonne (-5 %), Mayenne (-4 %) et Le Mans (-2 %).

Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé de Château-Gontier 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	48	3,3
2.	Tumeurs	34	2,4
	dont : - Tumeurs malignes	15	1,0
	- Tumeurs bénignes	17	1,2
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	11	0,8
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	32	2,2
5.	Troubles mentaux et du comportement	13	0,9
6.	Maladies du système nerveux	23	1,6
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	27	1,8
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	223	15,4
	dont : - otites moyennes et mastoïdite	199	13,7
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	21	1,5
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	273	18,8
	dont : - mal.chron. amygdales, adénoïdes	159	11,0
	- asthme	18	1,3
11.	Maladies de l'appareil digestif	126	8,7
	dont : - maladies des dents et du parodonte	33	2,3
	- appendicite	46	3,2
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	34	2,3
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	27	1,9
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	49	3,4
16.	Certaines affections d'origine périnatale	0	0,0
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	68	4,7
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	117	8,1
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	171	11,8
21.	Autres motifs de recours aux soins	150	10,3
	Total	1 448	100,0

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 de Château-Gontier

Faits marquants

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, au cours de la période 1996-2000, la mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus est inférieure de 6 % 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 40 % des décès de cette tranche d'âge en 1996-2000. Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité à ces âges (19 % des décès).

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 4 300 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées dans le territoire de Château-Gontier.

La fréquence des séjours hospitaliers pour ce groupe d'âge est supérieure de 7 % à celle constatée en moyenne en France. Château-Gontier est, avec Sablé / La Flèche (+8 %) et Saumur (+14 %), l'un des trois territoires de santé de la région dans ce cas.

Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les personnes de 75 ans et plus (20 % des séjours). La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation fréquent dans cette classe d'âge (8 % des séjours).

3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé de Château-Gontier

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

Au cours de la période 1996-2000, chaque année, en moyenne, sont décédés près de 500 habitants du territoire de Château-Gontier, âgés de 75 ans et plus (68 % du nombre total de décès). Le taux comparatif de mortalité masculin est 1,6 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 (40 % des décès en 1996-2000).

Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité (19 % des décès de cette tranche d'âge).

Une mortalité 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).

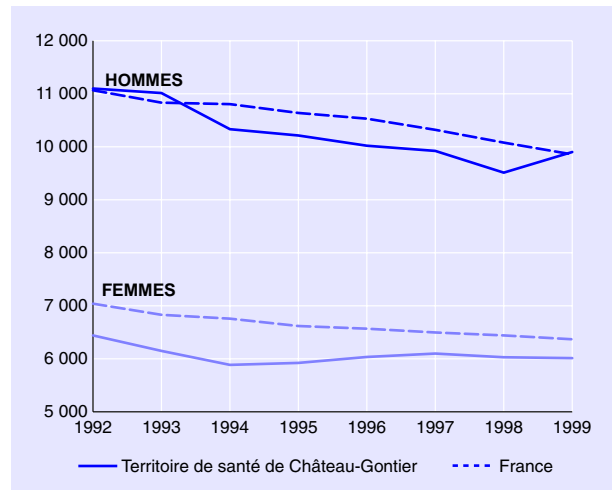
Chez les hommes du territoire de santé de Château-Gontier, le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus a suivi une tendance à la baisse au cours des années 90, tout en restant statistiquement non différent du taux national.

Chez les femmes, après avoir diminué au début de la décennie 90, ce taux a eu tendance à augmenter dans les années plus récentes. Il s'est ainsi rapproché du taux national.

L'indice comparatif de mortalité permet de comparer la mortalité des habitants du territoire de santé de Château-Gontier à celle observée au plan national, à structure d'âge identique. Chez les personnes de 75 ans et plus, sur la période 1996-2000, il est égal à 94 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une sous-mortalité de 6 % 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 (-12 %). 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 de Château-Gontier et en France métropolitaine



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

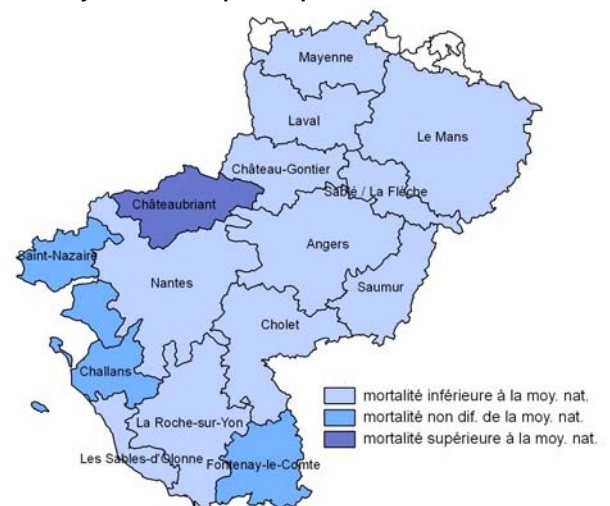
Fig2. Causes de décès des personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le territoire de santé de Château-Gontier

classification OMS CIM 9 - chapitres les plus fréquents

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Chat-Gont	France
Maladies de l'appareil circulatoire	195	198	40,3	38,5
- cardiopathies ischémiques	39	48	9,8	9,4
- maladies vasculaires cérébrales	66	53	10,8	9,7
- insuffisance cardiaque	37	35	7,1	7,0
Tumeurs	74	92	18,7	19,7
Maladies de l'appareil respiratoire	34	55	11,1	10,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	29	28	5,8	5,2
Autres	98	119	24,1	26,6
Total	430	492	100,0	100,0

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.

3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé de Château-Gontier

Près de 4 300 séjours hospitaliers par an

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 4 300 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées dans le territoire de santé de Château-Gontier (dont 44 % d'hommes). Le taux comparatif annuel d'hospitalisation pour cette tranche d'âge atteint 622 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Parmi les séjours hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus, plus de 1 300 sont considérés comme des séjours chirurgicaux, dont 7 % ont une durée inférieure à 24 heures.

Une fréquence de séjours hospitaliers supérieure à la moyenne nationale

L'indice comparatif d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers des habitants du territoire de santé de Château-Gontier à celle observée au plan national, à structure d'âge identique.

Au cours de la période 2001-2003, cet indice est égal à 107 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une fréquence de séjours supérieure de 7 % à la moyenne nationale.

Château-Gontier est, avec Sablé / La Flèche (+8 %) et Saumur (+14 %), l'un des trois territoires de santé de la région dans ce cas. Dans les autres territoires de la région on observe un recours à l'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique inférieur à la moyenne nationale, avec un maximum de -23 % pour le territoire de Nantes (Fig5).

Pathologies cardio-vasculaires et cataracte

Avec plus de 820 séjours annuels, soit 20 % des séjours, les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les personnes de 75 ans ou plus en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

La cataracte constitue également un diagnostic fréquent dans cette classe d'âge (8 % des séjours). La quasi totalité de ces séjours sont chirurgicaux (99 %) et seulement 6 % de ces séjours chirurgicaux ont une durée de moins de 24 heures.

Les tumeurs malignes* sont responsables de 270 séjours par an (6 % des séjours) chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

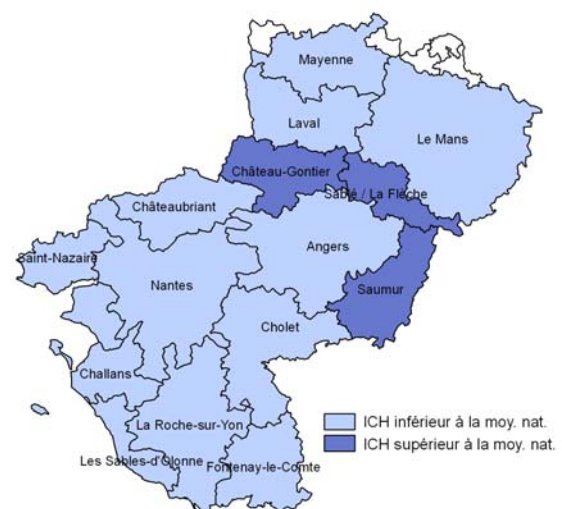
* : Les dénombrements des séjours pour cancer dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique présentés dans ce document ne comprennent pas les séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Ces séances ne sont, en effet, pas comptabilisées de façon exhaustive et homogène selon les établissements. D'une part, les séances de radiothérapie effectuées dans un centre ambulatoire ne sont pas prises en compte par le PMSI. D'autre part, certains établissements considèrent que chaque séance correspond à un séjour, alors que pour d'autres, c'est une série de séances qui est comptée comme un séjour.

Fig4. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le territoire de santé de Château-Gontier 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	77	1,8
2.	Tumeurs	341	8,0
	dont : - Tumeurs malignes	271	6,3
	- Tumeurs bénignes	50	1,2
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	52	1,2
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	80	1,9
5.	Troubles mentaux et du comportement	135	3,2
6.	Maladies du système nerveux	123	2,9
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	391	9,1
	dont : - cataracte	361	8,4
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	26	0,6
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	825	19,3
	dont : - insuffisance cardiaque	227	5,3
	- troubles de la conduction et du rythme cardiaque	157	3,7
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	314	7,3
	dont : - pneumonie	116	2,7
11.	Maladies de l'appareil digestif	423	9,9
	dont : - hernie inguinale	34	0,8
	- diverticulose intestinale	52	1,2
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	33	0,8
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	228	5,3
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	145	3,4
16.	Certaines affections d'origine périnatale	0	0,0
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	0,0
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	381	8,9
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	343	8,0
21.	Autres motifs de recours aux soins	364	8,5
	Total	4 283	100,0

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

Fig5. Indice comparatif d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les personnes âgées de 75 ans et plus 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.

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 de Château-Gontier, la mortalité par cancer est inférieure de 11 % à la moyenne nationale.

Au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été la cause de 180 décès en moyenne chaque année. A l'origine de 26 % 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.

36 % des décès survenus avant 65 ans sont dus à un cancer.

Le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer dans le territoire de santé de Château-Gontier (représentant respectivement 16 % et 11 % 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 26 % des décès par cancer. Ces trois localisations sont même responsables de 33 % des décès par cancer avant 65 ans.

Le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation de près de 950 séjours concernant les habitants du territoire de santé de Château-Gontier (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003. Parmi ces séjours, 40 % étaient des séjours chirurgicaux.

A structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer dans la population du territoire de santé de Château-Gontier est inférieure de 15 % à la moyenne nationale.

4.1 Cancers

MORTALITE PAR CANCER

Chaque année, 180 décès par cancer dans le territoire de Château-Gontier

Dans la population du territoire de santé de Château-Gontier, au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été responsables de 180 décès en moyenne chaque année, dont 60 % chez les hommes (Fig3).

Comme en France, les cancers constituent l'une des deux principales causes de mortalité, avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire. Ces deux groupes de pathologies représentant respectivement 26 % et 33 % des causes de décès survenus au cours de la période 1996-2000.

Les cancers touchent des personnes relativement jeunes dans le territoire de santé de Château-Gontier comme en France. 22 % des décès dus à cette affection surviennent avant 65 ans (24 % chez les hommes, 19 % chez les femmes). Globalement, 36 % des décès prématurés (avant 65 ans) sont dus à un cancer.

Une mortalité inférieure de 11 % à la moyenne nationale

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.

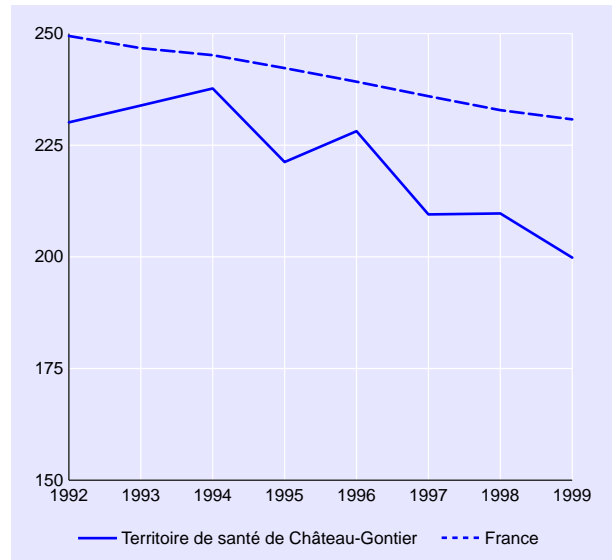
Les territoires de Laval, Mayenne et du Mans sont par contre en situation de sous-mortalité (avec des indices comparatifs de mortalité respectivement égaux à 91, 94 et 94).

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

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, le nombre annuel de décès par cancer a peu évolué (185 au début des années 90, 180 à la fin).

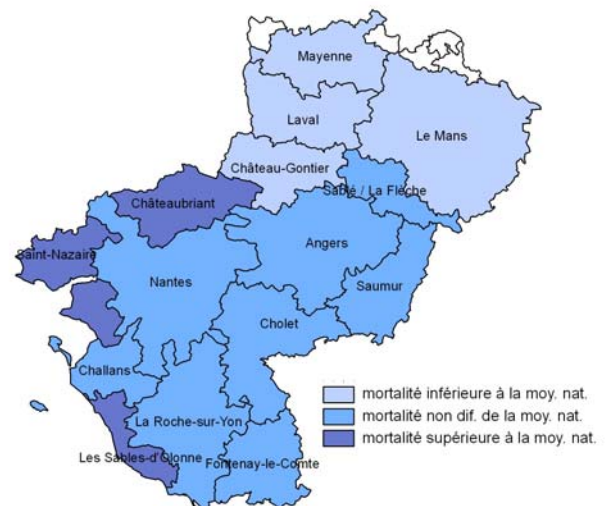
Depuis le début des années 90, le taux comparatif de mortalité par cancer a connu la même tendance à la baisse que celle observée pour le taux national, tout en lui restant globalement inférieur (Fig1). Sur la période 1996-2000, la mortalité par cancer dans le territoire de santé de Château-Gontier est inférieure de 11 % à la moyenne nationale.

Fig1. Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Château-Gontier 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



	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
Pays de la Loire	7 954	3 222 784	99	*

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

4.1 Cancers

Cancer du poumon et cancer du côlon-rectum

Le côlon-rectum et le poumon constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer, dans le territoire de santé de Château-Gontier comme au plan national (respectivement 16 % et 11 % des décès par cancer).

Viennent ensuite les cancers des voies aéro-digestives supérieures (9 %), le cancer de la prostate (8 %), le cancer du sein (7 %) et le cancer du foie (5 %).

Pour les décès concernant des personnes âgées de moins de 65 ans, le cancer du poumon (15 %), le cancer des VADS (13 %) et le cancer du sein (10 %) 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 (16 % des décès masculins par cancer), devant le cancer de la prostate (14 %), les cancers des VADS (14 %) et le cancer du côlon-rectum (13 %).

Chez les femmes, les cancers du côlon-rectum (21 %) et du sein (18 %) 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 de Château-Gontier, ces trois localisations sont à l'origine de 26 % 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 33 % des décès prématurés par cancer (cancer du poumon : 15 %, cancers des VADS : 13 %, cancer du foie : 5 %).

Fig3. Décès par cancer selon les localisations des habitants du territoire de santé de Château-Gontier

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Château-G	France*
VADS**	23	16	8,9	8,0
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	9	10	5,5	4,8
Estomac	20	8	4,7	3,8
Intestin grêle	0	0	0,2	0,2
Côlon-rectum	17	29	16,2	11,4
Pancréas	5	7	3,9	4,8
Autres parties de l'appareil digestif	8	6	3,4	nd
Trachée, bronches, poumon	12	20	11,3	17,5
Plèvre	1	1	0,7	0,7
Autres parties de l'appareil respiratoire	1	3	1,4	2,4
Os et cartilage articulaire	0	1	0,6	0,5
Mélanome	1	1	0,4	0,9
Peau non mélanique	1	1	0,7	0,3
Tissu conjonctif et autres tissus mous	0	1	0,4	0,5
Sein	12	13	7,0	7,8
Utérus	4	4	2,3	2,1
Ovaires et autres annexes de l'utérus	3	5	2,5	2,3
Prostate	11	15	8,5	6,5
Rein et organe urinaire autre ou non précisé	3	4	2,2	2,4
Vessie	3	4	2,0	3,2
Autres parties de l'appareil génito-urinaire	1	0	0,2	0,4
Encéphale	1	3	1,7	2,0
Sièges autres et sans précision	18	10	5,5	6,7
Maladie de Hodgkin	1	0	0,2	0,2
Lymphome malin non hodgkinien	2	6	3,4	3,0
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	1	3	1,8	1,6
Leucémie	8	6	3,4	3,3
Tumeurs malignes de sièges multiples indép.	0	1	0,6	nd
Total	167	180	100,0	100,0

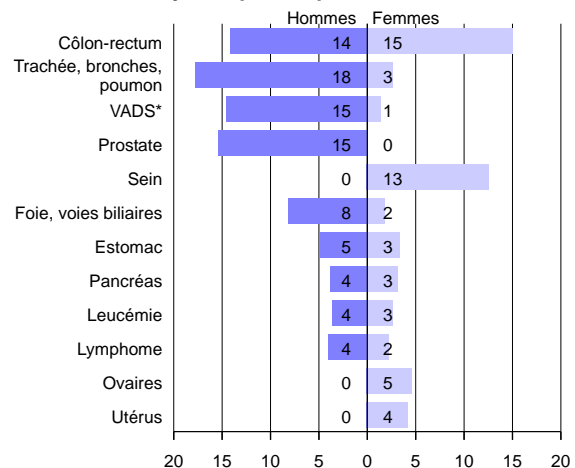
Source : INSERM CépiDc

*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 de Château-Gontier en moyenne pour la période 1996-2000



Source : INSERM CépiDc

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

4.1 Cancers

HOSPITALISATIONS POUR CANCER

Près de 950 séjours hospitaliers chaque année

Au cours de la période 2001-2003, parmi les habitants du territoire de santé de Château-Gontier, le cancer a constitué, en moyenne chaque année, le diagnostic principal de près de 950 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, 40 % sont des séjours chirurgicaux. 10 % de ces séjours chirurgicaux ont une durée inférieure à 24 heures.

Les séjours hospitaliers pour cancer sont plus nombreux chez les hommes (60 % des séjours) que chez les femmes, dans le territoire de Château-Gontier comme en France.

64 % des séjours hospitaliers pour cancer concernent des personnes âgées entre 45 et 74 ans.

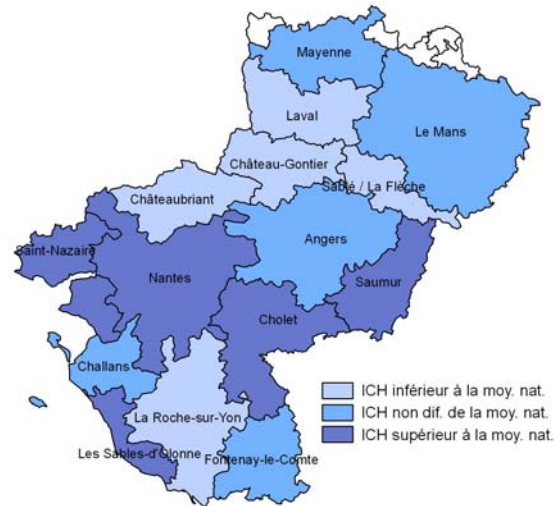
Une fréquence de séjours hospitaliers chirurgicaux inférieure à la moyenne nationale

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 de Château-Gontier, à structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer est inférieure à la moyenne nationale de 15 %.

Ceci se retrouve pour les territoires de santé de Châteauaubriant (-12 %), Laval (-12 %), La Roche-sur-Yon (-8 %) et Sablé / La Flèche (-6 %).

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
Pays de la Loire	19 216	3 222 784	105	**

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.

4.1 Cancers

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

Six localisations tumorales sont à l'origine de la moitié des 937 séjours hospitaliers annuels des habitants du territoire de santé de Château-Gontier pour lesquels le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (Fig6) :

- voies aéro-digestives supérieures (VADS) (11 %),
- côlon-rectum (10 %),
- prostate (9 %),
- sein (8 %),
- peau non mélanique (7 %),
- poumon (5 %).

Les séjours pour tumeurs malignes secondaires (ou métastases) représentent 8 % 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 (Fig7). Si l'on considère les localisations les plus fréquentes, elle est particulièrement élevée pour le cancer de la peau non mélanique (93 %), le cancer du sein (71 %) et le cancer de la vessie (70 %).

La proportion de séjours chirurgicaux est de 54 % pour le cancer de la prostate, de 43 % pour le cancer du côlon-rectum. Elle est seulement de 21 % pour les cancers des VADS et de 18 % pour le cancer du poumon.

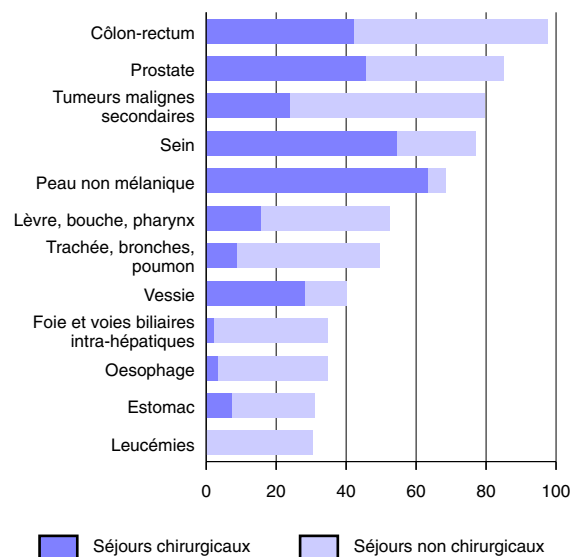
La proportion de séjours de moins de 24 heures varie aussi très fortement selon les localisations. Cette proportion est de 45 % pour le cancer de la peau non mélanique. Les proportions sont plus faibles pour les cancers des VADS (24 %), le cancer de la prostate (22 %), le cancer du sein (21 %), du côlon-rectum (21 %) et du poumon (15 %).

Fig6. Nombre annuel de séjours hospitaliers pour cancer selon les localisations des habitants du territoire de santé de Château-Gontier en moyenne pour la période 2001-2003

Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
Lèvre, bouche, pharynx	52	5,6
Oesophage	35	3,7
Estomac	31	3,3
Côlon-rectum	98	10,5
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	35	3,7
Pancréas	18	1,9
Larynx	15	1,6
Trachée, bronches, poumon	50	5,3
Mélanome	5	0,5
Peau non mélanique	68	7,3
Sein	77	8,2
Col de l'utérus	6	0,6
Corps de l'utérus	13	1,4
Prostate	85	9,1
Vessie	40	4,3
Système nerveux central	16	1,7
Thyroïde	19	2,1
Leucémies	30	3,2
Tumeurs malignes secondaires	80	8,5
Autres tumeurs malignes	164	17,5
Total	937	100,0

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

Fig7. Nombre annuel de séjours hospitaliers pour les principales localisations cancéreuses des habitants du territoire de santé de Château-Gontier en moyenne pour la période 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 4^{ème} 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 2^{ème} 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 de Château-Gontier présentent ainsi une mortalité par suicide supérieure de 32 % 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 n'est pas statistiquement différente de 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 de Château-Gontier 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 (630 séjours par an sur la période 2001-2003 pour les habitants du territoire de santé de Château-Gontier). 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 de Château-Gontier

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 29 des 720 décès survenus en moyenne chaque année parmi les habitants du territoire de santé de Château-Gontier au cours de la période 1996-2000.

Ces décès concernent des hommes dans 83 % 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 de Château-Gontier présentent pour cette affection une mortalité statistiquement non différente de la moyenne nationale au cours de la période 1996-2000.

4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé de Château-Gontier

83 % 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 29 décès par an dans le territoire de santé de Château-Gontier pour la période 1996-2000 (Fig1).

Ces décès concernent des hommes dans 83 % 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 12 décès par accidents de la route survenus en moyenne chaque année dans la population du territoire de santé de Château-Gontier 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 de Château-Gontier, ces pathologies sont responsables de 11 % 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 3 % des décès directement liés à l'alcool ou à l'association alcool-tabac (Fig2).

Le taux de mortalité par cancers des VADS augmente fortement et de façon quasi-continue avec l'âge à partir de 25 ans.

Une tendance à la progression entre 25 et 55 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 45 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).

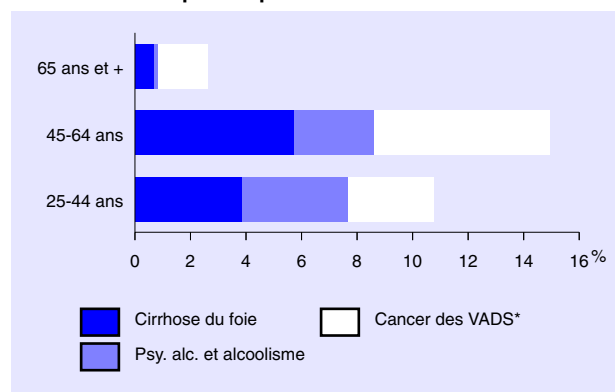
Fig1. Nombre annuel moyen de décès directement liés à l'alcool dans le territoire de santé de Château-Gontier pour la période 1996-2000

	Hommes		Femmes	
	Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
Cirrhose du foie	6	4	3	1
Psychose alcoolique et alcoolisme	3	3	1	0
Cancer des VADS*	15	5	1	0

Source : INSERM CépiDc

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

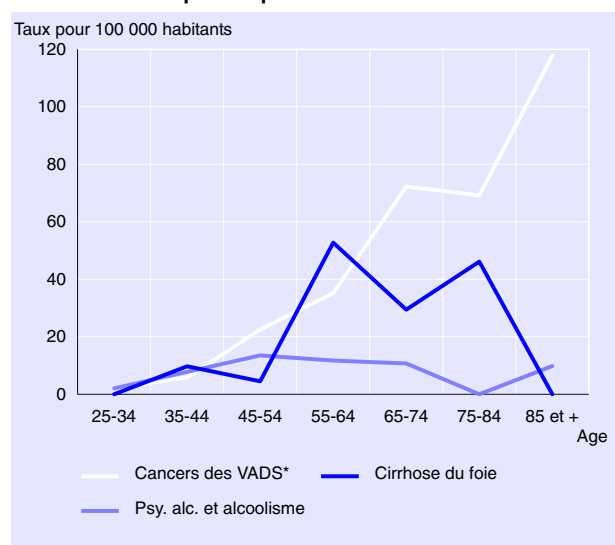
Fig2. Part des causes de décès directement liées à l'alcool dans la mortalité générale selon le groupe d'âge dans le territoire de santé de Château-Gontier pour la période 1996-2000



Source : INSERM CépiDc

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

Fig3. Taux de mortalité par âge dans le territoire de santé de Château-Gontier 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 de Château-Gontier

Une mortalité par cirrhose du foie statistiquement non différente de la moyenne nationale

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 %.

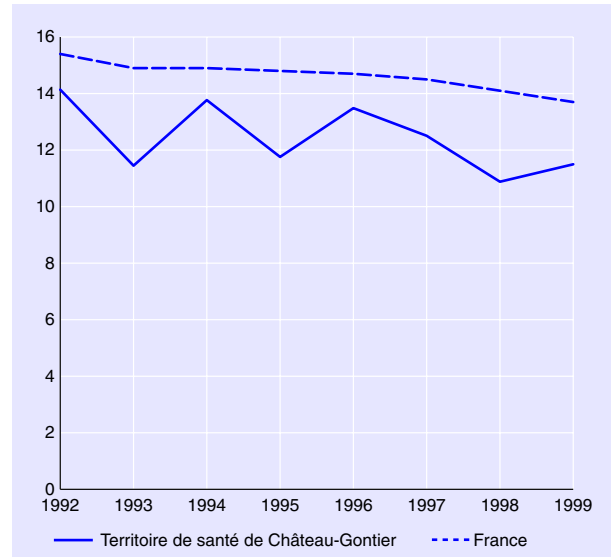
Dans le territoire de santé de Château-Gontier, il est difficile de dégager une tendance évolutive du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie au cours des années 90, le taux oscillant entre 11 et 14 pour 100 000. Sur l'ensemble de la décennie, le taux est inférieur au taux national mais l'écart n'est pas statistiquement significatif en raison de la faiblesse des effectifs étudiés (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 de Château-Gontier à celle observée au plan national à structure d'âge identique, n'est ainsi pas statistiquement différent de 100 pour la période 1996-2000, ce qui signifie que la mortalité par cirrhose du foie n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale (Fig5).

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

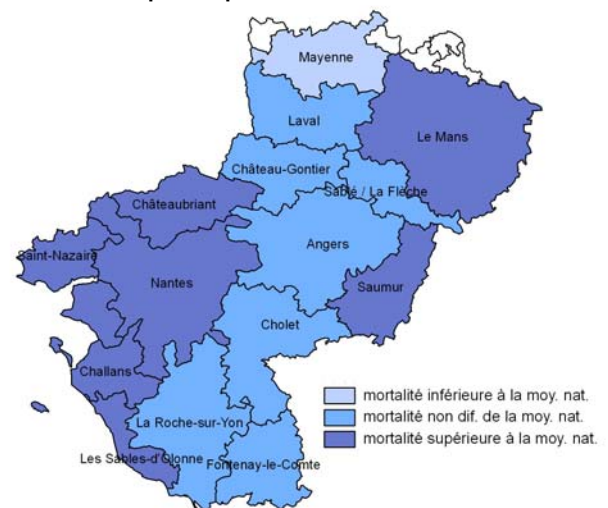
Le territoire de Mayenne présente une mortalité par cirrhose du foie inférieure de 31 % à la moyenne nationale. Enfin, les sept derniers territoires de la région connaissent une surmortalité : Châteaubriant (+59 %), Saint-Nazaire (+54 %), Saumur (+45 %), Challans (+41 %), les Sables-d'Olonne (+28 %), 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 de Château-Gontier 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	**
Pays de la Loire	551	3 222 784	115	**

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, 18 habitants du territoire de santé de Château-Gontier se sont suicidés en moyenne chaque année.

La mortalité par suicide est supérieure de 32 % à celle constatée au plan national.

Deux décès sur trois 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 17 % des décès.

4.4 Suicide

Le suicide : à l'origine de 18 décès chaque année

Au cours de la période 1996-2000, 18 habitants du territoire de santé de Château-Gontier se sont suicidés en moyenne chaque année. 12 de ces décès, soit les deux-tiers, 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 1,3 fois plus de décès que les accidents de la route (14 décès en moyenne chaque année).

Entre 15 et 44 ans, 17 % des décès sont des suicides

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 de Château-Gontier, le suicide est à l'origine de 9 % 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 17 % 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 de Château-Gontier, cette progression avec l'âge de la fréquence des décès par suicide s'observe également, malgré les fluctuations (Fig3).

Pour toutes les tranches d'âge à partir de 35 ans, le taux de mortalité par suicide des habitants du territoire de Château-Gontier est plus élevé que la moyenne nationale.

Fig1. Nombre annuel moyen de décès par suicide dans le territoire de santé de Château-Gontier pour la période 1996-2000

	Hommes	Femmes	Deux sexes
Moins de 15 ans	0	0	0
15-44 ans	4	2	6
45-74 ans	6	2	8
75 ans et plus	2	2	4
Total	12	6	18

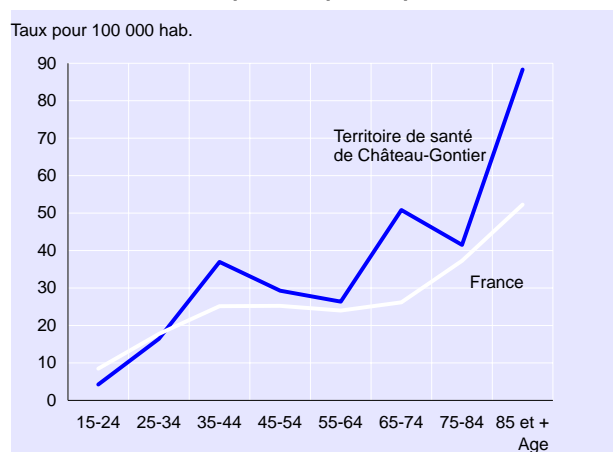
Source : INSERM CépiDc

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

	Territoire de santé de Château-Gontier	Pays de la Loire	France
Moins de 15 ans	4	0	1
15-44 ans	17	19	16
45-74 ans	4	4	3
75 ans et plus	1	1	1
Total	2	3	2

Source : INSERM CépiDc

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



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

4.4 Suicide

Une mortalité par suicide qui reste supérieure à la moyenne nationale

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 %.

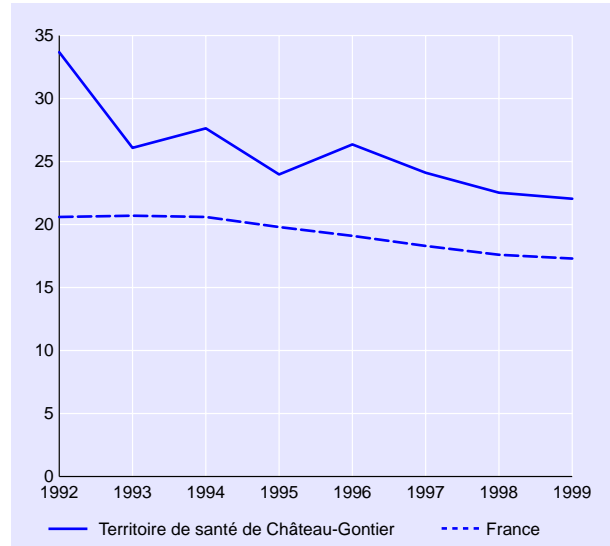
Dans le territoire de santé de Château-Gontier, le taux comparatif de mortalité par suicide a également suivi une tendance à la baisse au cours des années 90 (-35 % entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000), tout en restant supérieur au taux national (Fig4).

L'indice comparatif de mortalité par suicide, qui permet de comparer la mortalité dans le territoire de santé de Château-Gontier à celle observée au plan national, à structure d'âge identique, est ainsi égal à 132 pour les années 1996 à 2000. Cela correspond à une surmortalité par suicide des habitants du territoire qui atteint 32 % 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 %).

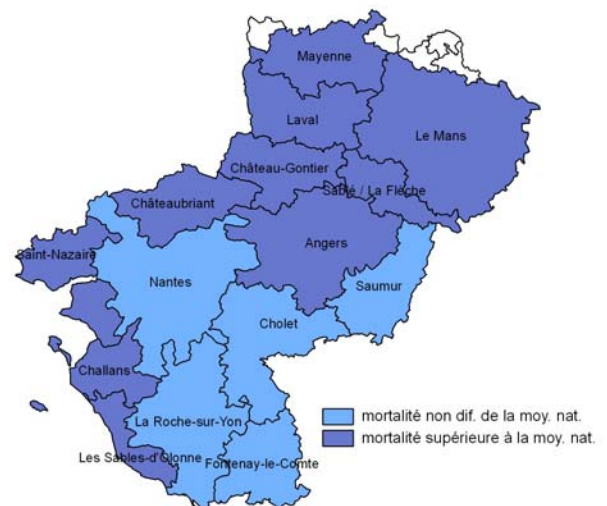
Une mortalité statistiquement non différente de la moyenne nationale s'observe pour 5 territoires : Nantes, Cholet, Saumur, La Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte.

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Château-Gontier 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



Territoire	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	**
Pays de la Loire	746	3 222 784	126	**

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

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