

analyses état de santé *ESTIMÉS*
 Epidémiologie état de santé Soins ambulatoires
troubles mentaux analyses POPULATION analyses
 maladies POPULATION **Edition 2007** bilan
 Epidémiologie Drogues bilan Démographie
 comportements Ressources
La santé observée
 POPULATION analyses POPULATION
dan les Pays de la Loire
 bilan Grossesses DONNÉES analyses
 Pourcentages



état de santé **Maine-et-Loire** Soins ambulatoires Démographie
 Comparatifs analyses
 DONNÉES Professions de santé Drogues Secteurs
 Grossesses **Mayenne** état de santé Enfants
 ns Pourcentages handicapés
 bulatoires bilan bilan Sarthe Secteurs
 analyses Drogues Secteurs POPULATION Secteurs
 Démographie Epidémiologie comportements
 état de santé **Loire-Atlantique**
 Vendée Démographie bilan analyses
 Ressources Soins NATIONALES
 bilan bilan NATIONALES Grossesses
 Enfants handicapés Pourcentages ANALYSES Epidémiologie
 DONNÉES Secteurs Soins ambulatoires
 Professions de santé maladies analyses état de santé
 Secteurs troubles mentaux analyses

Tableau de bord régional sur la santé

bilan Epidémiologie
 Ressources maladies INfirmiers POPULATION

Région des Pays de la Loire



La réalisation de ce tableau de bord a été financée de manière conjointe par le ministère chargé de la santé (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et le conseil régional des Pays de la Loire, dans le cadre du contrat de projet Etat-Région.



Edition
2007

La santé observée dans les Pays de la Loire



Maine-et-Loire

Mayenne

Sarthe

Loire-Atlantique

Vendée

Tableau de bord régional sur la santé

Avant-propos

Les questions de santé publique se trouvent depuis une vingtaine d'années au cœur des attentes de la population, et il est impossible d'imaginer le futur de notre société sans disposer d'une connaissance approfondie de sa situation en ce domaine.

Parallèlement, notre système d'information s'est considérablement développé et l'on dispose aujourd'hui, au plan local comme au plan national, de très nombreuses données couvrant la plupart des champs de la santé.

Dans ce contexte, il devient primordial d'en extraire une information synthétique scientifiquement validée, qui permette d'éclairer les transformations que connaît notre société.

C'est l'objet de ce tableau de bord, dont on découvre ici la deuxième édition.

Tous ceux qui ont en charge les questions sociales et de santé peuvent trouver dans cet ouvrage des informations particulièrement précieuses sur la situation des habitants de la région, avec le rappel, pour chaque thématique abordée, du contexte national. Ce tableau de bord ne prétend pas à l'exhaustivité, mais au fil de ses mises à jour, les informations publiées se font de plus en plus riches.

Sa réalisation s'inscrit dans les missions renouvelées de l'Observatoire régional de la santé, dans le cadre du contrat de projet Etat-Région 2007-2013, et dans le nouveau contexte politique et institutionnel de santé publique régional, créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. L'adoption du Plan régional de santé publique au début de l'année 2006, et la constitution du Groupement régional de santé publique (GRSP) dans lequel sont associées nombre de collectivités publiques, témoignent du dynamisme régional dans ce domaine.

Partenaire aujourd'hui reconnue par la loi dans le domaine de la santé, la région des Pays de la Loire y prend toute sa place, aux côtés de l'ensemble des acteurs concernés, pour répondre aux attentes des habitants, dans le cadre des compétences et des interventions volontaires qui sont les siennes : formations sanitaires et sociales, prévention et éducation pour la santé, accès et égalité des soins pour tous. C'est également le sens de la présence des élus régionaux dans les institutions en charge des questions de santé publique, et du soutien régional à la réalisation du tableau de bord de la santé dans les Pays de la Loire.

Par l'évolution des représentations dont il est l'instrument, le partage des données de santé entre tous les acteurs concernés par ces questions représente, nous en sommes persuadés, un puissant levier de progrès pour notre système de santé.

*M. Jacques Auxiette
Président du conseil régional
des Pays de la Loire*

*M. Bernard Boucault
Préfet de la région Pays de la Loire
Préfet de la Loire-Atlantique*

Ce document a été conçu et réalisé par l'équipe de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire :

Sandrine Blais
Marie-Christine Bournot
Isabelle Gailhard
Laurence Girard

Marie-Cécile Goupil
Nathalie Grossard
Brigitte Klok
Françoise Lelièvre

Florence Le Minous
Marie-Sylvie Sander
Anne Tallec
François Tuffreau

Contributions

Dr Selim Abbey, CHU Nantes	Dr Françoise Facy, Inserm INR40101 - ANPAA	Viviane Massinon, DRASS Pays de la Loire
Brou Adjé, DREES	Dr Anne Fagot-Campagna, InVS	Françoise Mathieu, CNAF
Catherine Aubin, CHU Nantes	Dr Thierry Fouéré, DDASS Loire-Atlantique	Dr Martine Meilhan, ERSM Pays de la Loire
Nathalie Augris, DREES	Dr Claire Fuhrman, InVS	Alain Meunier, DRASS Pays de la Loire
Nathalie Bajos, Inserm U822	Pr Jean-Paul Galmiche, CHU Nantes	Dr Christiane Michalewicz, Rectorat d'Académie Nantes
Delphine Barataud, CIRE Pays de la Loire	Pr Eric Gamelin, Centre Paul Papin Angers	Maritxu Mollard-Blanzaco, ARH Pays de la Loire
Dr Agnès Batt, Inserm UNV44610	Dr Gérard Ganem, Onco Pays de la Loire	Yvonnick Morice, FHF Pays de la Loire
Pr Claude Beauvillain, CHU Nantes	Dr Patrick Gasser, URML Pays de la Loire	Marie-Claude Mouquet, DREES
François Beck, INPES	Nathalie Guignon, DREES	Gilles Nicolas, CPAM Le Mans
Dr Jaafar Bennouna, CRLC Nantes Atlantique	Sylvie Hardouin, CCMSA	Catherine Ogé, DRASS Pays de la Loire
Dr Paolo Bercelli, CHD La Roche-sur-Yon	Dr Thomas Hérault, URML Pays de la Loire	Dr Ronan Ollivier, DRASS Pays de la Loire
Daniel Bernier, Le Triangle Nantes	Gwenaëlle Hivert, DRASS Pays de la Loire	Jean-Christophe Paille, ARH Pays de la Loire
Pr Gilles Berrut, CHU Angers	Pr Maryvonne Hourmant, CHU Nantes	Dr Jean Pascal, CHU Nantes
Dr Eric Billaud, CHU Nantes	Dr Ellen Imbernon, InVS	Dr Christine De Peretti, InVS
Maryvonne Bitaud, CHU Nantes	Benoît James, DRASS Pays de la Loire	Françoise Péquignot, INSERM CépiDc
Béatrice Bonnaval, URCAM Pays de la Loire	Dr Pascal Jarno, CCLIN Rennes	Dr Georges Picherot, CHU Nantes
Véronique Bories-Maskulova, CNAMTS	Olivier Jean, DRASS Pays de la Loire	Sylvain Pichetti, DREES
Pr Jean Boyer, CHU Angers	Dr Eric Jouglu, Inserm CépiDc	Laurence Platel, Sage-femme, Nantes
Pascale Brachet, La Rose des Vents Saint-Nazaire	Monique Kaminski, Inserm U149	Dr Maryannick Prat, DRASS Pays de la Loire
Dr Bernard Branger, Réseau sécurité naissance Pays de la Loire	Odile Kusnik-Joinville, CNAMTS	Dr Gaëlle Querreux, CHU Nantes
Catherine Buisson, InVS	Dr Hervé Lacroix, Onco Pays de la Loire	Christine Ravier-Géga, CCMSA
Olivier Busson, URCAM Pays de la Loire	Dr Patrick Lamour, CREDEPS-Nantes	Pr François Raffi, CHU Nantes
Christine Campese, InVS	Luc Lavrilleux, Air Pays de la Loire	Denis Raynaud, DREES
Dr Mario Campone, CRLC Nantes Atlantique	Dr Didier Le Pelletier, CHU Nantes	Dr Louis-Michel Reliquet, OCHS Nantes
Françoise Cazein, InVS	Pr François Legent, Nantes	Thomas Renaud, IRDES
Pr Edmond Chailleux, CHU Nantes	Stéphane Legleye, OFDT	Isabelle Romon, InVS
Dr Anicet Chaslerie, ERSM Pays de la Loire	Dr Denis Leguay, CESAME Angers	Pr Patrick Ritz, CHU Angers
Dr Didier Che, InVS	Jean-François Lemoine, FEHAP Pays de la Loire	Marie-Françoise Rolland-Cachera, CRNH Ile-de-France
Elise Chiron, CHU Angers	Stéphane Le Vu, InVS	Pr Yves Roquelaure, CHU Angers
Pr Isabelle Cochereau, CHU Angers	Hervé Leroy, Association ECHO Nantes	Hubert Roux, DRE Pays de la Loire
Marc Colonna, Registre des cancers de l'Isère	François Levent, DRASS Pays de la Loire	Dr Jean-Bernard Ruidavets, Registre Monica Toulouse
Dr Cécile Couchoud, Agence de la biomédecine	Dr Daniel Levy-Brühl, InVS	Florence Savary, URCAM Pays de la Loire
Pascal Cuvilliers, ARH Pays de la Loire	Dr Benoit Libeau, CH Saint-Nazaire	Sébastien Seguin, INSEE Pays de la Loire
Solenne Delacour-Billon, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée	Thierry Lissajoux, Laboratoire de biologie médicale Nantes	Dr Catherine Sermet, IRDES
Dr Marie-Christine Delmas, InVS	Gaëlle Lizard, AROMSA Pays de la Loire	Dr Brigitte Simon, DRASS Pays de la Loire
Dominique Désaubloux, CRAM Pays de la Loire	Pr Pierre Lombrail, CHU Nantes	Dr Bertrand Thélot, InVS
Pr Brigitte Dréno, CHU Nantes	Dr Alain Lortholary, Centre Catherine de Sienne Nantes	Dr Annie Touranchet, DRTEFP Pays de la Loire
Dr Thierry Dubin, ERSM Pays de la Loire	Pr André Marc Mahé, CRLC Nantes Atlantique	Pr Thierry Urban, CHU Angers
Pr Jacques Dubin, CHU Angers	Michel Malle, MDPH de la Mayenne	Pr Jean-Luc Verret, CHU Angers
Dr Jacques Duclos, AROMSA Pays de la Loire	Philippe Marin, CH Laval	Dr Alain Weill, CNAMTS
Valérie Epiard, RSI Pays de la Loire	Dr Isabelle Martineau, La Métairie La Roche-sur-Yon	Dr Xavier Zanlonghi, Clinique Sourdille Nantes

Remerciements

Le développement sans précédent des systèmes d'information dans le domaine de la santé nous permet, et nous invite, à croiser les regards et à multiplier les approches. Cette deuxième édition du tableau de bord "la santé observée dans les Pays de la Loire" a ainsi entraîné une mobilisation importante, aussi bien de nos partenaires régionaux que nationaux.

Dans les Pays de la Loire, les équipes de la DRASS, de l'URCAM, des services médicaux de l'assurance maladie, de la CRAM et de l'URML nous ont notamment apporté un concours précieux. De nombreux cliniciens et professionnels de santé de la région ont également accepté de participer à ce projet, et d'enrichir ce travail.

Au plan national, l'Institut de veille sanitaire (InVS), responsable de l'observation permanente de la santé de la population, a contribué de façon importante à sa réalisation, comme en témoigne la contribution de nombre de ses experts à la réalisation de ces fiches. De même, l'IRDES, la DREES, le service médical de la CNAMTS, l'INSERM, l'Agence de la biomédecine ont toujours répondu très favorablement à nos sollicitations.

Ce travail a également bénéficié de l'expertise d'analyse et de valorisation des données de santé développée depuis des années par les ORS dans les régions françaises, et a utilisé de nombreux indicateurs de la base de données SCORE-SANTE animée par leur fédération nationale.

Enfin, l'équipe de l'ORS des Pays de la Loire, autour du Dr Anne Tallec et de François Tuffreau, a fourni un travail considérable pour mener à bien la réalisation de ces 83 fiches. Là encore, regards croisés, et expertise collective ont été les conditions de la réussite.

Le conseil d'administration de l'ORS se félicite de cette mobilisation autour de l'analyse des données de santé, qui permet à l'Observatoire de remplir sa mission : faire progresser la santé publique. Il est fier d'avoir ainsi contribué à ce que les Pays de la Loire restent, sous l'impulsion de ses responsables institutionnels, l'Etat et la Région, pionniers en la matière.

Je tiens donc à remercier très chaleureusement les nombreuses personnes qui ont contribué à ce travail.

*Dr Denis Leguay
Président du conseil d'administration
de l'Observatoire régional de la santé*

DONNEES DEMOGRAPHIQUES		
Démographie	Population	8
	Population par âge, projections de population	10
	Natalité, fécondité	12
	Mortalité	14
ETAT DE SANTE DES POPULATIONS		
Vues d'ensemble	Causes médicales de décès	18
	Mortalité prématurée	20
	Affections de longue durée (ALD)	22
	Diagnostics d'hospitalisation	24
Santé des populations	Santé des enfants de moins d'un an	26
	Santé des enfants de 1 à 14 ans	28
	Santé des personnes de 15 à 44 ans	30
	Santé des personnes de 45 à 74 ans	32
	Santé des personnes de 75 ans et plus	34
Disparités de santé	Disparités de santé	36
PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES		
Maladies infectieuses et parasitaires	Maladies infectieuses et parasitaires	40
	Sida et infection à VIH	42
	Tuberculose	44
	Infections nosocomiales	46
Tumeurs malignes	Ensemble des cancers	48
	Cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage	50
	Cancer du côlon-rectum	52
	Cancer du poumon	54
	Mélanome de la peau	56
	Cancer du sein chez la femme	58
	Cancer du col et du corps de l'utérus	60
	Cancer de la prostate	62
Maladies endocriniennes	Diabète	64
	Surpoids et obésité	66
Troubles mentaux et du comportement	Troubles mentaux	68
	Maladie d'Alzheimer et autres démences	70
Maladies de l'œil et de ses annexes	Maladies de l'œil et de la vision	72
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Maladies de l'oreille et de l'audition	74
Maladies de l'appareil circulatoire	Maladies de l'appareil circulatoire	76
	Cardiopathies ischémiques	78
	Maladies vasculaires cérébrales	80
Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil respiratoire	82
	Asthme	84
Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil digestif	86
Maladies de l'appareil génito-urinaire	Insuffisance rénale chronique	88
Grossesse, accouchement et puerpéralité	Grossesse, accouchement	90

Signes conventionnels utilisés

nd non disponible

/// sans signification

COMPOTEMENTS, ENVIRONNEMENTS		
Conduites addictives	Consommation excessive d'alcool	94
	Tabagisme	96
	Usage de drogues illicites	98
Contraception et IVG	Contraception et interruptions volontaires de grossesse	100
Santé et travail	Accidents du travail et maladies professionnelles	102
	Exposition à l'amiante	104
	Troubles musculo-squelettiques	106
Accidents	Accidents	108
	Accidents de la circulation	110
Suicide	Suicide et tentatives de suicide	112
Pauvreté, précarité	Pauvreté, précarité	114
Environnement	Pollution atmosphérique et santé	116
	Eau potable et santé	118
	Légionellose	120
SOINS ET PREVENTION		
Professionnels de santé	Professionnels de santé	124
	Médecins	126
	Omnipraticiens libéraux	128
	Médecins spécialistes	130
	Chirurgiens-dentistes	132
	Pharmaciens	134
	Sages-femmes	136
	Professionnels de la rééducation	138
	Infirmiers	140
Etablissements de santé	Etablissements de santé	142
	Personnels des établissements de santé	144
	Soins en médecine	146
	Soins chirurgicaux	148
	Soins en gynécologie-obstétrique	150
	Soins de suite et de réadaptation	152
	Soins en psychiatrie	154
Recours aux soins urgents ou non programmés	Recours aux soins urgents ou non programmés	156
Consommation de soins	Consommation de soins	158
	Couverture sociale, couverture maladie universelle	160
	Soins hospitaliers en services de MCO	162
	Soins ambulatoires	164
	Médicaments	166
	Biologie médicale	168
Aides et soins aux personnes âgées	Aides à l'autonomie des personnes âgées	170
	Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	172
Aides et soins aux personnes handicapées	Enfants handicapés	174
	Adultes handicapés (20-59 ans)	176
Services de prévention	Services de santé au travail	178
	Promotion de la santé en faveur des élèves	180
	Repères bibliographiques et sources	183
	Dictionnaire des principales sources de données utilisées	211
	Index alphabétique des thèmes	216
	Sigles	220

Données démographiques

1

Population

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2006, la population française est estimée à 62,9 millions de personnes, dont 60,8 millions en métropole. Notre pays, qui représente 13 % de la population de l'Union européenne (463,5 millions d'habitants), se situe au deuxième rang, après l'Allemagne (82,4 millions d'habitants), et juste devant le Royaume-Uni et l'Italie (fig. 1). Depuis le 1^{er} janvier 2007, deux nouveaux pays ont rejoint l'Union, la Bulgarie et la Roumanie, ce qui porte la population de l'Union européenne à 493 millions d'habitants [1].

Depuis 1950, la population de la France métropolitaine a augmenté de 52 %. Au cours de cette période, notre pays a connu en réalité plusieurs régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité et un solde migratoire important jusqu'en 1973. Ensuite, une fécondité nettement plus basse et un solde migratoire beaucoup plus faible ont provoqué une réduction de moitié de la croissance démographique. Depuis le début des années 1990, la natalité augmente de nouveau régulièrement. En 2006, le nombre de naissances (830 900) a atteint un niveau jamais observé depuis vingt-cinq ans, et le solde naturel entre naissances et décès est proche de 300 000 [2]. La France est d'ailleurs, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel alors qu'en Allemagne, en Grèce et en Suède, les décès sont plus nombreux que les naissances. L'accroissement naturel est le principal moteur de la croissance démographique en France : les mouvements migratoires, avec un solde positif de 94 000 personnes en 2005, représentent le quart de l'augmentation de la population. Pour l'ensemble de l'Union européenne, les mouvements migratoires représentent en revanche 80 % de la croissance démographique [2].

La principale source de connaissance sur l'évolution démographique de la France est le recensement général de la population, conduit tous les 8-10 ans par l'Insee. Depuis janvier 2004, ce recensement est devenu annuel, les habitants n'étant pas tous recensés la même année. Les premiers résultats montrent une croissance démographique plus soutenue au cours de la période 1999-2004 (0,7 %) qu'au cours de la période 1990-1998 (0,4 %). Les régions du sud-est, du midi et de l'ouest sont celles qui connaissent la plus forte croissance démographique. Les régions de la moitié sud demeurent les plus attractives alors que la région Champagne-Ardenne, le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France sont les plus déficitaires sur le plan migratoire. L'Île-de-France se caractérise quant à elle à la fois par un fort déficit migratoire vis-à-vis des autres régions, mais aussi par un excédent naturel important [3].

Début 2005, la France métropolitaine compte 28 millions d'actifs, dont 24,9 millions de personnes ayant un emploi, et 3,3 millions de chômeurs déclarés. Le taux d'activité de la population en âge de travailler (73 %) a peu progressé depuis 1999. Les plus de 50 ans représentent 10 % de la population active contre 7 % en 1999. L'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre, et Rhône-Alpes ont les taux d'activité les plus importants, supérieurs à 73 %. Dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ces taux sont inférieurs à 70 % [4].

Les résultats du recensement permettent aussi de mieux appréhender les nouveaux équilibres qui s'instaurent entre

ville et campagne. L'Insee considère qu'un peu plus de la moitié de la population (56 %) vit dans une aire urbaine, 9 % dans un espace interstitiel défini par l'attraction simultanée de plusieurs aires urbaines, et enfin 35 % dans des espaces à dominante rurale [5].

Les résultats du recensement font apparaître une proportion de plus en plus importante de Français vivant seuls : 14 % de la population en 2004 contre 6 % seulement en 1962. Mais habiter seul ne signifie pas forcément vivre sans compagnon. Entre 20 et 30 ans, 2,5 % des hommes et des femmes vivant seuls déclarent vivre en couple avec une personne n'habitant pas dans leur logement. Les ménages de deux personnes sont maintenant moins nombreux que les personnes vivant seules. Parallèlement, le nombre de personnes par logement continue de décroître (2,3 en 2004) [6].

A la mi-2004, environ 4,9 millions de personnes de nationalité étrangère vivaient en France métropolitaine, soit 8,1 % de la population. Près d'un immigré sur quatre provient d'un pays de l'Union européenne (1,7 million), et 31 % du Maghreb (+ 17 % depuis 1999). Les Algériens forment la communauté la plus importante devant les Marocains [7].

Bibliographie page 184

Dans les Pays de la Loire

■ Au 1^{er} janvier 2006, la population des Pays de la Loire est estimée à 3,4 millions d'habitants (fig. 2). La région figure au 5^e rang des régions les plus peuplées après l'Île-de-France (11,5 millions), Rhône-Alpes (6 millions), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,8 millions) et le Nord-Pas-de-Calais (4 millions) [8].

■ La population des Pays de la Loire a progressé chaque année de 0,9 % entre 1999 et 2006 contre 0,7 % en France métropolitaine (fig. 2). Le gain de population se répartit à peu près de manière égale entre l'accroissement naturel et le solde migratoire [8].

■ La Vendée est le département qui connaît la plus forte croissance de population entre 1999 et 2005 (+ 1,4 % par an), devant la Loire-Atlantique (+ 1,1 %) (fig. 2) [9].

■ A la mi-2004, il y avait 1 573 000 actifs dans les Pays de la Loire, dont 1 416 000 avaient un emploi. Les Pays de la Loire sont la région qui a le plus fort taux d'emploi parmi les 15-64 ans. Parmi les 157 000 chômeurs recensés par l'Insee, 35 % sont bacheliers ou titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Toutefois, le taux de chômage reste plus important pour les personnes les moins qualifiées [9].

■ Les Pays de la Loire se distinguent des autres régions par une proportion de jeunes de 25-29 ans sans diplôme plus faible qu'au plan national (9 % contre 12 %). De nombreux Ligériens privilégient les formations courtes : 44 % des personnes ayant terminé leurs études sont titulaires d'un Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), d'un Brevet d'études professionnelles (BEP), d'un bac technologique ou professionnel, ou encore d'un diplôme de niveau bac+2 (fig. 4) [9].

1 Population¹ des pays de l'Union européenne (01/01/2006)

	Effectif	% moins de 20 ans ²	% plus de 60 ans ²
Allemagne	82 438	20,3 %	24,9 %
France	62 886	25,2 %	20,6 %
Royaume-Uni	60 393	24,7 %	21,1 %
Italie	58 752	19,1 %	25,1 %
Espagne	43 758	19,9 %	21,6 %
Pologne	38 157	24,5 %	17,1 %
Pays-Bas	16 334	24,5 %	19,1 %
Autres pays	100 805	22,7 %	21,1 %
Union européenne	463 523	22,3 %	21,9 %

Source : Eurostat
¹ population en milliers
² au 1^{er} janvier 2005

2 Evolution de la population Pays de la Loire, France métropolitaine (1999 - 2006)

	1 ^{er} janv. 1999	1 ^{er} janv. 2005	1 ^{er} janv. 2006	Evol. annuelle moyenne
Loire-Atlantique	1 133 247	1 208 798	nd	7,1 %
Maine-et-Loire	732 624	755 020	nd	0,5 %
Mayenne	285 218	297 863	nd	0,7 %
Sarthe	529 782	551 988	nd	0,7 %
Vendée	539 089	587 180	nd	1,4 %
Pays de la Loire	3 219 960	3 400 849	3 426 000	0,9 %
France métrop.	58 496 613	60 825 429	61 168 000	0,7 %

Source : Recensement de la population (INSEE)

3 Répartition des communes, de la population urbaine et rurale Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

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

Source : Recensement de la population (INSEE)

4 Diplôme le plus élevé obtenu par les 15 ans et plus ayant terminé leurs études Pays de la Loire (1999 - 2004)

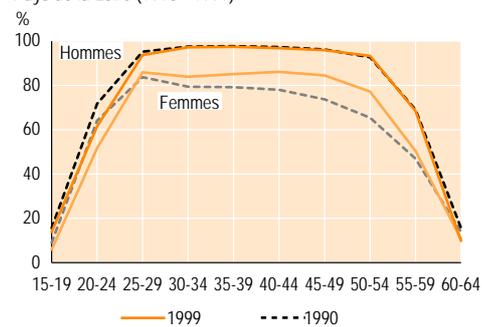
	1999		2004	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun diplôme	854 000	38,5 %	788 000	33,4 %
CEP, BEPC	153 000	6,9 %	139 000	5,9 %
CAP, BEP	641 000	28,9 %	671 000	28,5 %
Bac général	92 000	4,2 %	145 000	6,1 %
Bac technologique ou professionnel	163 000	7,3 %	189 000	8,0 %
Diplôme niveau Bac+2	174 000	7,8 %	238 000	10,1 %
Diplôme niveau supérieur à Bac + 2	142 000	6,4 %	188 000	8,0 %
Total	2 219 000	100,0 %	2 358 000	100,0 %

Source : Recensement de la population (INSEE)

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire, avec un taux d'accroissement annuel de la population de 0,9 % entre 1999 et 2006, se retrouvent parmi les régions métropolitaines qui ont connu la plus forte croissance de population au cours de cette période. Les Pays de la Loire ont le plus fort taux d'emploi au niveau national en 2004.

5 Evolution des taux d'activité féminins et masculins par classe d'âge Pays de la Loire (1990 - 1999)



Source : Recensement de la population (INSEE)

Définitions

Aire urbaine : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain et par une couronne périurbaine (communes rurales et/ou unités urbaines) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attenues par celui-ci.

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

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

Recensement général de la population : Depuis janvier 2004, le recensement de la population, conduit par l'Insee, est devenu annuel. Une nouvelle méthode de recensement remplace le comptage traditionnel organisé tous les huit ou neuf ans. Dorénavant, tous les habitants ne sont pas recensés la même année. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent désormais une enquête de recensement exhaustive tous les cinq ans, à raison d'un cinquième des communes chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de 8 % environ de leur population. Au bout de cinq ans (2008), 40 % de la population de chaque commune est recensé. La collecte s'effectue en janvier et en février (en février et mars à La Réunion).

Solde migratoire : différence entre le nombre d'entrées et de sorties dans le territoire.

Solde naturel : différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.

Population par âge, projections de population

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2005, la France métropolitaine compte 60,8 millions d'habitants, soit 7 % de plus qu'en 1990 (fig. 1) ^[1].

Contrairement à d'autres pays européens, la France bénéficie d'une croissance démographique soutenue. L'effectif des moins de 20 ans, relativement stable depuis le début des années 1990, est de 15 millions de personnes en 2005. Les moins de 20 ans représentent 25 % de la population française en 2005 contre 28 % en 1990 ^[1]. Ce pourcentage est un peu plus élevé en France métropolitaine que dans l'ensemble de l'Union européenne (22 %). L'Irlande est le pays d'Europe qui a la plus forte proportion de moins de vingt ans (28 %), et l'Italie la plus faible (19 %) ^[2].

Un peu plus de la moitié de la population française (54 %) est âgée de 20 à 59 ans en 2005 (33 millions de personnes), tranche d'âge dans laquelle les taux d'activité sont maximums. Les deux dernières décennies ont été marquées par la forte croissance du groupe d'âge 45-59 ans, dont l'effectif a progressé de 39 % entre 1990 et 2005 ^[1]. En 2005, la France métropolitaine compte 28 millions d'actifs au sens du Bureau international du travail ^[3].

L'effectif des plus de 60 ans (12,8 millions de personnes en 2005) a progressé de 18 % depuis 1990. Les plus de 60 ans représentent 21 % de la population métropolitaine en 2005 ^[1], la France se situant dans la moyenne de l'Union européenne (22 % en 2005). C'est en Irlande que cette proportion est la plus faible (15 %) et en Italie qu'elle est la plus élevée (25 %) ^[2].

Les plus de 85 ans (un million de personnes en 2005) représentent un peu moins de 2 % de la population (1,8 %). Après avoir fortement progressé entre 1990 et 1999 au rythme de 3,9 % par an, leur effectif a connu une baisse entre 1999 et 2005, suite à l'arrivée des classes creuses de la guerre de 1914-1918 (- 2 % par an) ^[1].

En 2005, l'indice de vieillissement de la population métropolitaine est proche de 66 contre 50 en 1990. Les contrastes sont particulièrement forts au sein du territoire national : l'indice de vieillissement du Limousin (114) représente 2,4 fois celui de l'Île-de-France (48) (fig. 4).

En 2030, en supposant le maintien des tendances récentes en matière de fécondité, de mortalité et de migrations, la France métropolitaine comptera 67,2 millions d'habitants, soit 10,2 % de plus qu'en 2005 (fig. 3) ^[4].

L'effectif des moins de 20 ans devrait rester stable (15 millions de personnes en 2030), leur part dans la population passant de 25 % en 2005 à 23 % en 2030 ^[4].

L'effectif des 20-59 ans va rester stable (32 millions de personnes en 2030), sa part dans la population passant de 54 % en 2005 à 48 % en 2030 ^[4]. Avec les hypothèses migratoires actuelles, l'Insee prévoit une stabilisation de l'effectif de la population active au même niveau qu'en 2005 (28 millions de personnes) ^[3].

Les baby-boomers arrivant à l'âge de la retraite, le groupe d'âge des plus de 60 ans va connaître une forte progression dans les années à venir. Son effectif va progresser de 56 % entre 2005 (12,8 millions de personnes en 2005) et 2030 (20 millions), sa part dans la population passant de 21 % en 2005 à 29 % en 2030 ^[4].

Pour la classe d'âge des 85 ans et plus, après la baisse observée entre 1999 et 2005, le mouvement s'inverse avec

l'arrivée des classes d'âge beaucoup plus nombreuses nées au lendemain de la première guerre mondiale. Leur effectif va fortement progresser dans les prochaines décennies (+ 42 % entre 2005 et 2010 puis de nouveau + 45 % entre 2010 et 2030) pour atteindre 2,2 millions de personnes en 2030 ^[5].

Les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur vont continuer selon ces projections à être les régions à plus forte croissance démographique, avec Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Aquitaine. D'après ces mêmes prévisions, une baisse de population est attendue en Champagne-Ardenne, Lorraine, Bourgogne, Auvergne, et Nord-Pas-de-Calais. La population de la France métropolitaine va continuer de se concentrer vers le Sud et l'Ouest du pays ^[6].

Bibliographie page 184

Dans les Pays de la Loire

■ En 2005, la région des Pays de la Loire compte 3,4 millions d'habitants contre 3,1 millions en 1990.

Alors que l'indice de vieillissement de la région des Pays de la Loire était inférieur à la moyenne française en 1990, cet indice est, en 2005, proche de la moyenne nationale (fig. 1) ^[1].

■ Les moins de vingt ans représentent, en 2005, 26 % de la population régionale contre 30 % au début des années 1990. Leur effectif a diminué entre 1990 et 1999 (- 0,8 % par an), puis la tendance s'est inversée entre 1999 et 2005 suite au rebond de la natalité (+ 0,2 % par an) (fig. 1) ^[1].

■ L'effectif des 20-59 ans dans les Pays de la Loire a progressé chaque année de 1 % entre 1990 et 2005, en raison de la forte progression de l'effectif des 45-59 ans (+ 2,8 % par an). En 2005, les 20-59 ans représentent 53 % de la population (51 % en 1990) (fig. 1) ^[1].

■ L'effectif des plus de 60 ans est passé de 580 000 en 1990 à 719 000 en 2005 (+ 1,4 % par an). Ils représentent 21 % de la population en 2005 contre 19 % en 1990 (fig. 1) ^[1].

■ Comme en France, l'effectif des plus de 85 ans a progressé entre 1990 et 1999 au rythme de 4,7 % par an, puis a diminué entre 1999 et 2005 (- 2,4 % par an). En 2005, ils représentent un peu moins de 2 % de la population régionale (1,8 %) (fig. 1) ^[1].

■ Selon les projections Omphale, en supposant le maintien des tendances récentes en matière de fécondité, de mortalité et de migrations, la région des Pays de la Loire comptera 3,9 millions d'habitants en 2030, soit 17 % de plus qu'en 2005 (fig. 3) ^[6].

■ Les effectifs des moins de 20 ans et des 20-59 ans vont rester relativement stables. Leur part dans la population va diminuer (respectivement de 26 % à 23 % et de 53 % à 46 %) (fig. 3) ^[6].

■ Les plus de 60 ans vont connaître à l'inverse une forte progression entre 2005 et 2030 (69 %). Leur part dans la population va passer de 21 % à 31 %.

L'effectif des 85 ans et plus va doubler d'ici 2030 (fig. 3) ^[6].

1 Evolution de la population (1990 - 1999 - 2005)

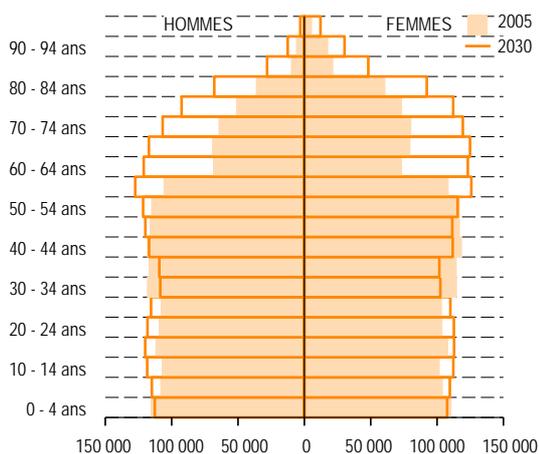
Pays de la Loire, France métropolitaine

	1990	1999	2005	TCAM 1990-1999	TCAM 1999-2005
moins de 20 ans	919 006	857 060	869 544	-0,8 %	0,2 %
20-44 ans	1 105 846	1 120 676	1 131 164	0,1 %	0,2 %
45-59 ans	450 417	565 558	681 235	2,6 %	3,2 %
60-64 ans	155 848	153 493	141 993	-0,2 %	-1,3 %
65-74 ans	217 686	290 865	294 156	3,3 %	0,2 %
75-84 ans	159 529	161 415	221 515	0,1 %	5,4 %
85 et plus	46 865	70 893	61 138	4,7 %	-2,4 %
Total PDL	3 055 197	3 219 960	3 400 745	0,6 %	0,9 %
Indice de vieillissement PDL	46,1	61,0	66,3	///	///
Total France métropolitaine	56 577 000	58 496 613	60 825 000	0,4 %	0,7 %
Indice de vieillissement France métrop.	50,1	61,8	65,9	///	///

Source : INSEE (estimations de population)

2 Pyramide des âges

Pays de la Loire (2005 - 2030)



Source : INSEE (projections Omphale, scénario central)

3 Evolution de la population (2005 - 2030)

Pays de la Loire, France métropolitaine

	2005	2010	2015	2030
moins de 20 ans	866 088	885 460	912 284	908 413
20-44 ans	1 124 678	1 117 200	1 098 044	1 107 313
45-59 ans	678 726	705 646	713 500	721 566
60-64 ans	141 441	214 274	233 676	244 226
65-74 ans	293 005	279 192	343 034	468 223
75-84 ans	220 620	229 996	233 307	364 822
85 et plus	60 929	89 988	111 050	134 342
Total Pays de la Loire	3 385 487	3 521 756	3 644 895	3 948 905
Indice de vieillissement PDL	66,3	67,7	75,3	106,5
Total France métrop.	60 702 284	62 302 078	63 728 236	67 204 319
Indice de vieillissement France métrop.	65,9	68,4	76,6	103,0

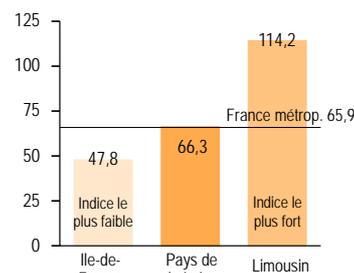
Source : INSEE (projections Omphale, scénario central)

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire ont un indice de vieillissement proche de la moyenne nationale.

4 Indice de vieillissement

(01/01/2005)



Source : INSEE

Définitions

Estimation de population : l'Insee procède à des estimations de population. Pour les années 1990 et 1999, ces estimations de population s'appuient sur les dénombrements issus des deux recensements de la population datant respectivement du 5 mars 1990 et du 8 mars 1999. Les estimations au 1^{er} janvier 2005 tiennent compte des résultats des enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006 au niveau départemental ainsi que des estimations basées sur le recensement de 1999 et mises à jour chaque année à partir des données d'état civil et de plusieurs sources administratives. Au cours d'une année donnée, l'évolution de la population d'une zone géographique résulte de deux facteurs :

- le solde naturel, différence au cours de l'année entre le nombre de naissances et le nombre de décès domiciliés dans la zone géographique,
- le solde migratoire, différence au cours de la même année entre le nombre de personnes venues résider dans la zone (les entrants) et le nombre de personnes qui l'ont quittée pour résider ailleurs (les sortants). Chaque année, le solde naturel des régions et départements est déterminé grâce aux statistiques de l'état civil. En revanche, seules des estimations permettent d'appréhender le solde migratoire.

Indice de vieillissement : rapport entre l'effectif de la population âgée de 65 ans ou plus et l'effectif des moins de 20 ans.

Projections de population : les projections de population 2005-2050 établies par l'Insee pour la France métropolitaine ont, pour point de départ, la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005. Elles simulent chaque année le nombre d'hommes et de femmes de chaque âge sur la base d'hypothèses sur l'évolution des trois composantes des variations de population (méthodes des composantes) : fécondité, mortalité et migrations. D'une année sur l'autre, la population évolue en fonction des décès, des naissances et des mouvements migratoires (émigration et immigration). Les âges présentés sont toujours des âges au 1^{er} janvier.

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Natalité, fécondité

Contexte national

En 2005, 807 400 naissances ont été enregistrées en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer ^[1]. L'accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) s'élève pour 2005 à 270 100 personnes. La tendance à la hausse de la natalité se confirme depuis 1993, avec toutefois un pic en l'an 2000 (808 200 naissances). 11,5 % des naissances concernent des mères de nationalité étrangère en 2003 ^[2]. Il naît plus de garçons que de filles, en moyenne 105 garçons pour 100 filles.

La natalité dépend du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité à chaque âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est en progression, avec 194 enfants pour 100 femmes en 2005 ^[1] contre 168 en 1994. Cet indicateur varie de 154 en Corse à 199 dans les Pays de la Loire parmi les régions métropolitaines (2003) ^[2]. En Guyane, l'indicateur de fécondité est deux fois plus élevé que la moyenne nationale (390 enfants pour 100 femmes).

Eurostat (Direction des statistiques de l'Union européenne) estime à 4,8 millions le nombre de naissances au sein de l'Union en 2005 ^[3]. Les Françaises ont la plus forte fécondité après les Irlandaises (198 enfants pour 100 femmes). A l'inverse, la Grèce, la Hongrie, la Lituanie, la Slovaquie, la Lettonie, la République Tchèque, la Pologne et la Slovaquie présentent la fécondité la plus basse, avec moins de 130 enfants pour 100 femmes. En Allemagne, pays le plus peuplé d'Europe, les décès sont plus nombreux que les naissances, et l'effectif de la population a diminué entre 2003 et 2004 ^[4].

La structure de la fécondité a été profondément bouleversée depuis vingt ans, avec une forte baisse aux âges jeunes et une augmentation au-delà de 30 ans ^[5]. Ainsi, les taux de fécondité ont été divisés par deux entre 1981 et 2004 parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, alors qu'ils ont augmenté de 71 % chez les femmes âgées de 35 à 39 ans. En 2005, l'âge moyen des mères avoisine les 30 ans ^[1].

Près d'une naissance sur cinq concerne des mères âgées de 35 ans ou plus contre seulement 11 % dix ans plus tôt. Les comportements sont cependant variables selon les régions, la proportion de mères âgées d'au moins 35 ans étant de 22,7 % en Ile-de-France avec un record pour Paris (27,6 %) contre 14,2 % seulement dans le Nord-Pas-de-Calais ^[2].

La proportion d'enfants de mères âgées de moins de 20 ans est parfois considérée comme un indicateur de fragilité sociale. En 2003, ce taux varie de 1,1 % en Corse, région qui a la valeur la plus basse à 3,9 % dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le taux atteint 14 % en Guyane.

La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,6 % des accouchements ^[5]. Selon l'Insee, cette augmentation est due principalement aux traitements de la stérilité, mais elle est également influencée par l'âge des mères, la fréquence des accouchements multiples augmentant avec l'âge.

Les enfants qui naissent hors mariage sont de plus en plus nombreux : 45 % des nouveau-nés en 2003, contre seulement un sur cinq en 1985. On observe également des variations importantes dans ce domaine selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des territoires d'outre-mer où plus de deux naissances sur trois ont lieu hors mariage ^[2].

Bibliographie page 184

Dans les Pays de la Loire

■ Tendanciellement, la natalité a suivi les mêmes évolutions dans la région qu'au plan national. Le nombre de nouveau-nés a atteint son niveau le plus bas en 1993 (37 200 naissances). Depuis cette date, on observe une hausse régulière avec, comme au plan national, un pic en l'an 2000 (44 000 bébés) (fig. 1) ^[5].

■ En 2005, le niveau de natalité de l'année 2000 a été dépassé, les habitantes de la région ayant mis au monde 44 500 enfants ^[6].

■ Les Pays de la Loire ont l'indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé en France métropolitaine : 199 enfants pour 100 femmes en 2003, les départements de la région ayant tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale (fig. 3) ^[5].

■ En France métropolitaine, la Mayenne est le département qui a l'indicateur le plus élevé avec 218 enfants pour 100 femmes.

La Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire sont les deux départements de la région qui ont la fécondité la moins élevée. Dans ces deux départements, elle a baissé de manière sensible depuis vingt ans, particulièrement en Maine-et-Loire, département qui avait la plus forte fécondité au début des années 1980. En revanche, elle est en hausse en Mayenne et en Sarthe (fig. 3) ^[5].

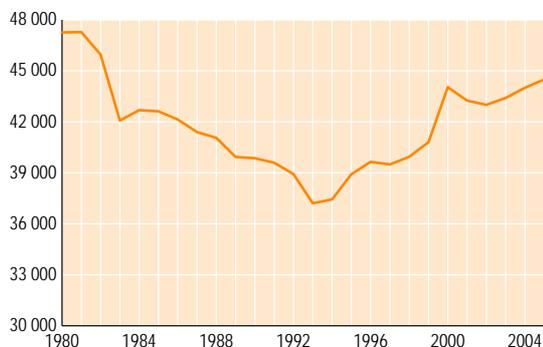
■ Dans la région comme en France, le calendrier des naissances s'est profondément modifié. Dans les Pays de la Loire, la part des naissances de mères âgées de moins de 25 ans a ainsi chuté de 24,6 % à 15 % entre 1992 et 2004. A l'inverse, 16 % des naissances concernent des mères âgées de plus de 35 ans en 2004 contre 9,2 % en 1992 (fig. 2) ^[5].

■ En 2004, 717 naissances concernant des mères âgées de moins de 20 ans ont eu lieu dans la région. Le pourcentage de ces naissances (1,6 %) a été divisé par deux depuis 1981 (fig. 2) ^[5].

■ En 2004, 697 accouchements multiples (représentant 1,6 % des accouchements) ont été dénombrés dans la région, situation comparable à la moyenne nationale (fig. 4) ^[5].

1 Evolution du nombre de naissances domiciliées

Pays de la Loire (1980 - 2005)



Source : INSEE (Etat civil)

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire est la région la plus féconde de France métropolitaine avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 199 enfants pour 100 femmes en 2003.

4 Accouchements multiples

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

Age des mères	Pays de la Loire	%	France métrop.	%
Moins de 25 ans	48	0,7 %	1 194	1,0 %
25-35 ans	488	1,6 %	8 078	1,6 %
Plus de 35 ans	161	2,3 %	2 972	2,0 %
Total	697	1,6 %	12 244	1,6 %

Source : INSEE

2 Répartition des naissances domiciliées selon l'âge des mères

Pays de la Loire, France métropolitaine (1982 - 2004)

Groupe d'âge des mères	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	1992	2004	1992	2004
- de 20 ans	2,5 %	1,6 %	3,2 %	2,0 %
20-24 ans	22,1 %	13,4 %	21,5 %	14,2 %
25-29 ans	41,7 %	34,2 %	39,1 %	31,3 %
30-34 ans	24,5 %	34,7 %	24,8 %	33,6 %
35-39 ans	7,9 %	13,2 %	9,5 %	15,2 %
40 ans et +	1,3 %	2,8 %	1,9 %	3,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Nombre total de naissances	38 924	44 002	742 115	766 425

Source : INSEE

5 Naissances hors mariage

Pays de la Loire, France métropolitaine (2003)

	Nombre total	% hors mariage
Loire-Atlantique	15 795	45,7 %
Maine-et-Loire	10 018	44,3 %
Mayenne	3 846	45,3 %
Sarthe	6 871	47,6 %
Vendée	6 874	45,1 %
Pays de la Loire	43 404	45,5 %
France métrop.	761 464	45,2 %

Source : INSEE

3 Evolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité

Pays de la Loire, France (1982 - 2003)

	1982	1990	2003	Evol. 1982-2003
Loire-Atlantique	205	178	193	-5,9 %
Maine-et-Loire	226	187	198	-12,4 %
Mayenne	211	190	218	3,3 %
Sarthe	195	182	201	3,1 %
Vendée	216	176	207	-4,2 %
Pays de la Loire	210	181	199	-5,2 %
France métrop.	191	2	188	-1,6 %
Départements d'outre-mer	nd	nd	242	///
France entière	nd	nd	190	///

Source : INSEE

Définitions

Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF, nombre moyen d'enfants pour 100 femmes) : nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité 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.

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

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

Mortalité

Contexte national

Entre 1995 et 2002, le nombre de décès est resté relativement stable en France, autour de 530 000 chaque année. L'année 2003 a ensuite été marquée par une brusque augmentation de la mortalité liée à la canicule, à l'origine de 15 000 décès supplémentaires. Puis, on a observé un recul de la mortalité en 2004, situation principalement liée aux décès "anticipés" de 2003 [1].

La fréquence des décès est fortement liée à l'âge, le taux de mortalité des 80-89 ans étant dix fois plus élevé que celui des 55-59 ans. Mais la mortalité connaît aussi un pic avant un an, les décès étant aussi fréquents au cours de la première année de vie qu'autour de 50 ans. Dans les années 1980-1982, on observait également une surmortalité importante chez les 20-29 ans, liée essentiellement aux accidents de la route. Ce deuxième pic de mortalité s'est aujourd'hui considérablement réduit suite à la baisse de l'accidentologie routière (fig. 5) [2].

En 2005, l'espérance de vie à la naissance est de 76,7 ans pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes [1]. Les Françaises ont une des espérances de vie les plus élevées dans l'Union européenne, juste derrière les Espagnoles (83,9 ans), loin devant la moyenne européenne (81,9 ans). On observe une espérance de vie sensiblement plus faible pour les Roumaines (75,4 ans) et les Bulgares (76,3 ans). Les Français (76,7 ans) se situent quant à eux en milieu de classement au sein de l'Union, au-dessus de la moyenne européenne (75,8 ans). Plusieurs pays se classent devant la France dont la Suède (78,4), Malte, l'Italie et l'Espagne [3].

L'Île-de-France est, en 2001-2002, la région dans laquelle les hommes vivent le plus longtemps, devant les régions Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. En ce qui concerne l'espérance de vie féminine, les Pays de la Loire sont les mieux placés, devant l'Île-de-France, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées. A l'opposé de cette situation se trouvent les régions du nord de la France. Les disparités de mortalité après 60 ans entre régions sont un des principaux facteurs qui explique les écarts observés. L'amplitude de ces écarts s'est toutefois réduite dans la deuxième moitié du XX^e siècle, pour les hommes comme pour les femmes [4].

En France, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est de sept années en 2005. Les écarts les plus importants au sein de l'Union européenne sont ceux de la Lettonie, de l'Estonie, et de la Lituanie (plus de dix ans) [3].

L'écart d'espérance de vie entre sexes s'explique en France par une surmortalité masculine à tous les âges de la vie. 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...). Dès la première année de vie, les décès sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles, respectivement 3,8 et 3 décès pour 1 000 naissances vivantes (2004) [6].

Près de la moitié des décès féminins (48 %) ont lieu après 85 ans contre seulement 21,5 % des décès masculins.

La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 27 % chez les hommes contre seulement 12 % chez les femmes [5].

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années 1960, se poursuit à un rythme soutenu, avec trois années de vie gagnées depuis 1995 pour le sexe masculin contre deux années pour les femmes. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est ainsi réduit : sept années en 2005 contre huit en 1995 [2].

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 (48 %), 8 % dans les cliniques, et 11 % en maison de retraite. Par ailleurs, 2 % des décès surviennent sur la voie publique [5].

Bibliographie page 184

Dans les Pays de la Loire

■ En 2004, 28 120 décès ont concerné des habitants des Pays de la Loire, 14 735 décès masculins et 13 385 décès féminins [6].

■ Près de la moitié des décès féminins (47 %) ont lieu après 85 ans contre seulement 21 % des décès masculins. La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 26 % chez les hommes contre seulement 13 % chez les femmes (fig. 4) [6].

■ Comme en France, la mortalité dans la région ne cesse de reculer : la diminution est de 33 % chez les hommes et de 36 % chez les femmes entre 1981 et 2002 (fig. 3). Cette baisse se retrouve pour tous les âges, et plus particulièrement chez les enfants âgés de 1 à 14 ans pour lesquels le taux de mortalité a diminué de 50 % au cours de cette période (fig. 5) [2].

■ Dans les Pays de la Loire, l'espérance de vie à la naissance est supérieure à la moyenne nationale, atteignant 76,0 ans pour les hommes et 83,4 ans pour les femmes en 2003 (fig. 1). En 2001-2002, les femmes ligériennes ont l'espérance de vie la plus élevée en France [4].

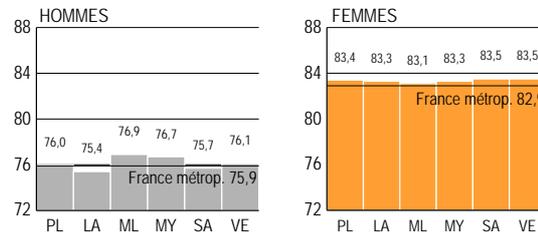
■ A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le département dont l'espérance de vie masculine est la plus faible (fig. 1) [6].

■ En ce qui concerne l'espérance de vie féminine, la situation est relativement homogène entre les départements de la région. Cet indicateur est supérieur à la valeur moyenne française dans tous les départements (fig. 1) [6].

■ Un quart des décès ont lieu au domicile, 56 % dans les établissements de santé publics ou privés, et enfin 13 % en maison de retraite. Cette répartition est relativement stable dans le temps (fig. 6) [6].

1 Espérance de vie à la naissance

Pays de la Loire, France métropolitaine (2003)



Source : INSEE
 PL : Pays de la Loire LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire
 MY : Mayenne SA : Sarthe VE : Vendée

Rang au niveau national

En 2001-2002, les Pays de la Loire ont la longévité féminine la plus élevée parmi l'ensemble des régions françaises. En revanche, pour les hommes, la situation est moins favorable, l'espérance de vie masculine étant proche de la moyenne nationale.

2 Ecart d'espérance de vie hommes-femmes

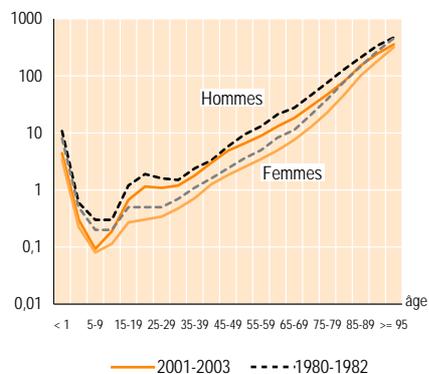
Pays de la Loire, France métropolitaine (2003)

Espérance de vie	Pays de la Loire	France métrop.
A LA NAISSANCE		
Hommes	76,0 ans	75,9 ans
Femmes	83,4 ans	82,9 ans
différence hommes-femmes	7,4 années	7,0 années
A SOIXANTE ANS		
Hommes	21,0 ans	20,8 ans
Femmes	25,8 ans	25,5 ans
différence hommes-femmes	4,8 années	4,7 années

Source : INSEE

3 Evolution des taux de mortalité par âge et sexe

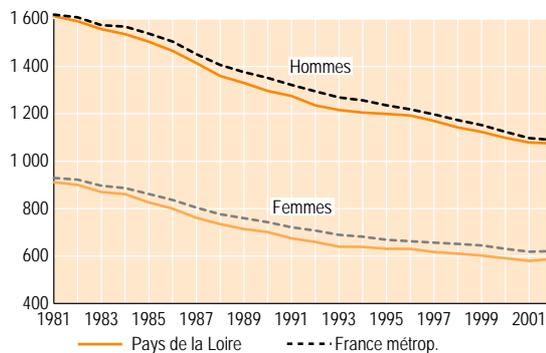
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003 - 1980-1982)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
 Unité : pour 1 000

3 Evolution du taux comparatif de mortalité générale

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

4 Répartition des décès selon le lieu de survenue

Pays de la Loire (1991 - 2004)

	1991	2004
Domicile, logement privé	26,8 %	25,7 %
Etablissement hospitalier	48,7 %	48,9 %
Clinique privée	7,4 %	7,5 %
Hospice et maison de retraite	11,4 %	13,2 %
Voie publique ou lieu public	2,4 %	2,0 %
Autres et non précisé	3,3 %	2,6 %
Total	100,0 %	100,0 %

Source : INSEE (Etat civil, données enregistrées)

4 Répartition des décès selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2004)

	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès	Taux de mortalité ¹	Nombre de décès	Taux de mortalité ¹
Moins d'un an	0,5 %	3,6	0,5 %	2,9
1-14	0,3 %	0,1	0,3 %	0,1
15-44	5,8 %	1,2	2,6 %	0,5
45-64	19,6 %	7,3	9,3 %	3,1
65-74	19,6 %	21,7	10,7 %	9,0
75-84	32,7 %	57,5	29,6 %	30,9
85 ans et plus	21,5 %	192,5	46,9 %	141,9
Total	100,0 %	9,0	100,0 %	7,8

Source : INSEE (Etat civil, données domiciliées)
¹ Unité : pour 1 000

Définitions

Décès prématurés : décès ayant lieu avant 65 ans.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Etat de santé des populations

2

Causes médicales de décès

Contexte national

Pour chacun des 540 000 décès qui surviennent chaque année en France, un certificat indiquant les causes de la mort est établi par un médecin [1]. Ces informations, codées au plan national selon un protocole rigoureux basé sur la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, permettent l'établissement de statistiques des causes médicales de décès par le service CépiDc de l'Inserm [2].

La classification actuellement utilisée pour coder ces certificats est la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM10), qui comporte 12 000 rubriques. Dans la CIM10, utilisée pour coder de nombreuses enquêtes ou systèmes de surveillance épidémiologique, les pathologies sont réparties en 21 chapitres différents [3].

Le seizième chapitre permet de classer les certificats de décès pour lesquels la cause de la mort n'est pas identifiée ou est insuffisamment précise. Ainsi, 6 % des décès sont de cause mal définie : ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 9 % chez les plus de 85 ans. On observe, par ailleurs, une baisse régulière depuis vingt ans de la proportion de décès dont la cause est mal identifiée [1].

Pour les femmes, les statistiques de causes médicales de décès reflètent principalement les problèmes de santé aux âges élevés, trois décès sur quatre ayant lieu après 75 ans. La situation est différente pour les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible : un décès masculin sur deux survient après 75 ans [1].

On observe une forte concentration des statistiques de causes médicales de décès autour de cinq chapitres de la Classification internationale des maladies qui rassemblent près de trois décès sur quatre : les maladies de l'appareil circulatoire (29 %), les tumeurs (28 %), les morts violentes - accidents, suicides et autres causes extérieures de décès - (8 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (7 %) [1].

Mais cette répartition par groupes de pathologies est différente selon l'âge du décès. Les décès par maladie de l'appareil circulatoire ou par maladie de l'appareil respiratoire se concentrent aux âges élevés : plus de trois décès sur quatre concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus. La mortalité par cancer augmente de manière sensible à partir de 45 ans : un décès par cancer sur deux concerne une personne âgée de 45 à 74 ans. Enfin, les décès par mort violente se répartissent tout au long de la vie : 24 % surviennent chez des 15-44 ans, 30 % entre 45 et 74 ans et 45 % concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus [1].

Depuis le début des années 1980, 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 important, avec une baisse du taux comparatif de mortalité de 47 % entre 1980 et 2001. Les morts violentes ont connu également une baisse très marquée (- 38 %), qui résulte principalement de la baisse de la mortalité liée aux chutes accidentelles et aux accidents de la circulation. La mortalité par tumeur (- 10 %) a connu un recul moins net [4].

Une augmentation de la mortalité est constatée pour les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et des organes des sens, et les maladies du système ostéo-articulaire, qui représentent respectivement 3 %, 5 % et 1 % des décès.

Mais cette tendance semble essentiellement liée aux évolutions des pratiques de codage et au changement de classification [1, 5].

Au sein de l'Union européenne, les principales causes de mortalité sont identiques à celles observées en France, mais leur poids relatif est très différent. Des biais peuvent cependant exister en matière de comparaisons internationales à cause des différences de méthode de certification et de l'organisation sanitaire propre à chaque pays [6]. Selon les données Eurostat 2001-2003, la France connaît une sous-mortalité cardio-vasculaire pour les hommes comme pour les femmes, le taux comparatif de mortalité étant inférieur de 39 % à la moyenne européenne (25 pays) [7].

En ce qui concerne le cancer, on observe en France une situation de sous-mortalité au sein de l'Union européenne pour les femmes, ce qui n'est pas le cas pour les hommes, pour lesquels la France occupe une position moyenne [7].

Enfin, pour les morts par accident de transport, la France, qui a pourtant connu une importante baisse de la mortalité dans ce domaine, occupe une position moyenne parmi les 25 pays de l'Union. La mortalité accidentelle reste 1,8 fois plus importante en France qu'en Suède ou aux Pays-Bas [7].

Bibliographie page 184

Dans les Pays de la Loire

■ Sur la période 2001-2003, près de 29 500 Ligériens sont décédés en moyenne chaque année, dont environ 15 200 hommes et près de 14 300 femmes. Les maladies cardio-vasculaires (30 % des décès), les tumeurs (29 %), les accidents et autres morts violentes (9 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (6 %) constituent, comme en France, les quatre principales causes de décès (fig. 1) [1].

■ 77 % des décès féminins sont survenus au-delà de 75 ans, contre 52 % des décès masculins (fig. 1) [1].

■ A structure par âge comparable, la mortalité des femmes de la région est inférieure de 5 % à la moyenne nationale, grâce à une mortalité égale ou inférieure à cette moyenne pour chacun des groupes de causes de la classification internationale des maladies (CIM10) (fig. 1) [1].

■ La mortalité masculine est légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 2 %). Mais l'analyse par groupe de causes met en évidence une situation moins homogène pour les hommes que pour les femmes. La région présente notamment une surmortalité masculine pour les accidents et autres morts violentes (+ 15 %), ainsi que pour les maladies de l'appareil digestif (+ 6 %) (fig. 1) [1].

■ Depuis le début des années 1980, la mortalité a connu, dans la région comme en France, un recul considérable (- 32 % pour les hommes et - 36 % pour les femmes). Cette évolution résulte d'une baisse significative de la mortalité pour la plupart des chapitres de la CIM. Modérée pour les tumeurs, les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies endocriniennes et certaines affections d'origine périnatale, la baisse de la mortalité se situe autour de 35 % pour les traumatismes, les anomalies congénitales et les maladies du sang. Elle atteint 40 à 50 % pour les affections de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, génito-urinaire et les complications de grossesse chez les femmes (fig. 2) [4].

I Causes médicales de décès

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

HOMMES		Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 1980-2001
Code CIM10	Cause médicale de décès	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6	22	75	130	233	79	-14%
C00-D48	Tumeurs	11	158	2 881	2 154	5 203		-5%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2	2	18	40	61	124	-27%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5	9	139	264	417	86	-14%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement ¹	0	38	154	234	426		+34%
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens ¹	7	32	170	355	564		+13%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	1	75	1 168	2 747	3 991	96	-44%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	2	10	220	664	896	89	-44%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	1	43	426	302	772	106	-52%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	2	24	26	76	-31%
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ¹	0	0	16	58	74		+21%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	1	35	158	194	89	-56%
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	45	0	0	0	45		-7%
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	22	8	8	4	42		-37%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux (...) non classés ailleurs	23	75	233	369	699	79	-52%
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	32	554	542	422	1 549	115	-34%
Total toutes causes		156	1 026	6 086	7 925	15 192	98	-32%

FEMMES		Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 1980-2001
Code CIM10	Cause médicale de décès	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6	8	47	186	246	83	-10%
C00-D48	Tumeurs	8	122	1 386	1 801	3 317	96	-11%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	2	12	52	67		-40%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2	5	86	501	594	85	-21%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement ¹	0	8	49	513	570	92	+61%
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens ¹	8	20	129	585	742		+30%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	5	28	480	4 249	4 762	97	-50%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	2	7	80	822	910		-45%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	2	17	172	403	593	93	-53%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	1	3	68	72	79	-26%
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ¹	0	2	25	113	141		+34%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	1	22	189	213	91	-49%
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	2	0	0	2		-50%
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	29	0	0	0	29	79	-30%
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	20	4	13	7	44		-36%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux (...) non classés ailleurs	14	21	80	893	1 008	86	-55%
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	15	136	228	600	979		-38%
Total toutes causes		112	383	2 813	10 983	14 290	95	-36%

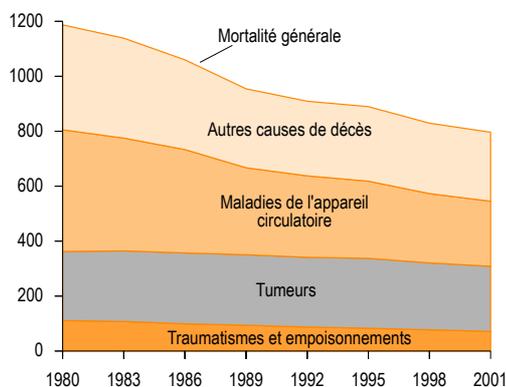
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Seuls les ICM présentant une différence significative entre la région et la France sont mentionnés. L'évolution 1980-2001 correspond à l'évolution des taux comparatifs de mortalité entre les périodes 1979-1981 et 2000-2002.

¹ l'augmentation constatée dans ce chapitre semble essentiellement liée à l'évolution des pratiques de codage.

II Evolution des taux comparatifs de mortalité

Pays de la Loire (1980 - 2001)



Source : INSERM CépiDc
Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

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

■ Circuit

Une fois rempli par le médecin, le certificat médical de décès est transmis sous forme anonyme à l'Inserm CépiDc qui assure le codage des causes de décès. Ces données sont ensuite croisées avec les informations sociodémographiques transmises par l'Insee, pour établir les statistiques de causes médicales de décès.

■ Classification des décès

Depuis 2000, la neuvième révision de la classification internationale des maladies (CIM9) utilisée depuis 1979 et qui comportait environ 6 000 codes a été remplacée par la CIM10 (12 000 codes). La CIM10 permet de coder des pathologies non incluses dans la CIM9 (sida, mésothéliome...) et de caractériser plus précisément d'autres maladies (hépatites virales, infarctus...). Ce changement de classification limite cependant les possibilités de comparaison pour certaines analyses historiques. La CIM10 comprend 21 chapitres différents mais tous ne sont pas utilisés pour coder les causes médicales de décès.

■ Causes médicales de décès

Le certificat médical de décès précise les causes du décès, en distinguant la cause initiale, la cause immédiate et les états morbides ou physiologiques associés. La cause initiale est définie comme le problème (maladie, accident...) à l'origine du processus morbide qui a conduit au décès. Les analyses effectuées dans ce tableau de bord sont menées sur la cause initiale et sur des données domiciliées, c'est-à-dire rapportées au lieu de domicile de la personne, quel que soit le lieu de survenue du décès.

■ Limites d'utilisation

Les limites d'utilisation de ces statistiques résultent des conditions 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. L'autre biais potentiel provient de la codification, même si l'utilisation de protocoles rigoureux de codage et l'introduction de la codification automatique depuis 2000, réduit fortement ce risque ^[3].

Définitions

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

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

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

Taux comparatif (ou standardisé sur l'âge) de mortalité : taux de mortalité 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.

Mortalité prématurée

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 2004, la moitié des personnes décédées en France ont plus de 80 ans. Les statistiques des causes médicales de décès sont donc de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Dans ce contexte, les épidémiologistes ont développé le concept de "mortalité prématurée", celle-ci étant définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans (103 000 décès en 2004 en France métropolitaine) [1].

La mortalité prématurée représente environ 20 % de l'ensemble des décès, mais ce pourcentage est beaucoup plus important chez les hommes (27 % du nombre total de décès) que chez les femmes (13 %) [1]. Depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité prématurée a diminué de 33 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes (fig. 3) [2].

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont, chez les hommes, le cancer du poumon (11 %), le suicide (8 %) et l'alcoolisme (7 %), et chez les femmes, le cancer du sein (12 %), le cancer du poumon (6 %) et le suicide (6 %) [2].

Les disparités géographiques en matière de mortalité prématurée sont fortement marquées à l'intérieur du territoire national. La région Nord-Pas-de-Calais est celle pour laquelle la mortalité prématurée est la plus élevée, pour les hommes comme pour les femmes (fig. 1) [2].

Au sein de l'Union européenne des quinze, la France se situe au deuxième rang des pays les plus mal placés pour la mortalité prématurée masculine, après le Portugal. Concernant les femmes, la France se situe dans une position moyenne. Depuis l'élargissement de l'Union, les pays du nord-est de l'Europe occupent maintenant la position la moins avantageuse [3].

Une partie de la mortalité prématurée peut être considérée comme "évitable", sans connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau, grâce à une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... La "mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire" [4] rassemble ainsi les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du poumon, alcoolisme (psychoses alcooliques et cirrhoses), accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Selon ce concept, un décès prématuré sur trois (soit 37 000 décès par an) peut être considéré comme "évitable". Il s'agit principalement des décès masculins (29 000) [2]. La mortalité prématurée évitable suit la même évolution que la mortalité prématurée prise dans son ensemble, avec une baisse de 28 % depuis le début des années 1980 [5].

La région Nord-Pas-de-Calais connaît également les taux de mortalité prématurée évitable les plus élevés des régions françaises chez les hommes comme chez les femmes [5].

Parmi les pays pour lesquels on dispose de cet indicateur (Union européenne des quinze), la France a le taux

masculin de mortalité prématurée "évitable" le plus élevé, devant le Luxembourg et la Belgique : le taux français est deux fois plus élevé que celui du Royaume-Uni [3].

Bibliographie page 185

Dans les Pays de la Loire

■ Entre 2001 et 2003, environ 5 800 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire, dont 4 100 décès masculins et 1 700 décès féminins. Comme au plan national, la part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes (27 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (12 %) (fig. 2) [2].

■ Les tumeurs constituent la première grande cause de mortalité prématurée : elles sont à l'origine de 38 % des décès masculins et 46 % des décès féminins survenus avant 65 ans.

Chez les hommes, les localisations les plus fréquentes sont le poumon (10 % des décès prématurés) et les voies aérodigestives supérieures et l'œsophage (6 %).

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause de mortalité par tumeur avant 65 ans (14 % des décès prématurés) (fig. 2) [2].

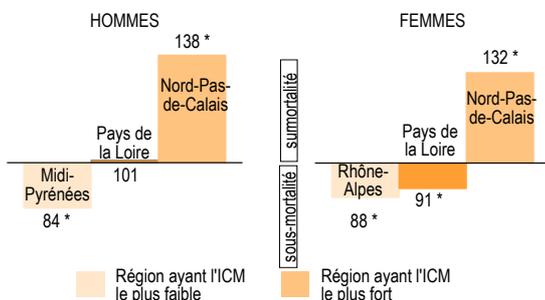
■ Les morts violentes (essentiellement par suicide, accident de la circulation et accident de la vie courante) représentent près d'un décès prématuré masculin sur quatre et près d'un décès prématuré féminin sur cinq. Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de 12 % des décès avant 65 ans, constituent la 3^e cause de mortalité prématurée (fig. 2) [2].

■ Comme en France, la mortalité prématurée dans la région diminue fortement : - 32 % chez les hommes et - 35 % chez les femmes depuis le début des années 1980 (fig. 3) [2]. Ce recul s'inscrit dans un contexte global de baisse de la mortalité. Il résulte d'une baisse marquée de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire et par traumatisme, qui compense largement l'accroissement de la mortalité prématurée pour certains cancers (cancer du poumon notamment) (fig. 4) [5].

■ Sur la période 2001-2003, la mortalité prématurée régionale est proche de la moyenne nationale chez les hommes. En revanche, elle est inférieure de 9 % chez les femmes (fig. 1) [2].

■ Environ 2 200 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables, essentiellement des décès masculins (1 800 sur 2 200) [2]. Pour la plupart des causes de décès évitables, les taux comparatifs de mortalité prématurée sont supérieurs dans la région aux taux nationaux (fig. 5) [5].

1 Indices comparatifs de mortalité prématurée (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Répartition des décès prématurés selon la cause et selon le sexe

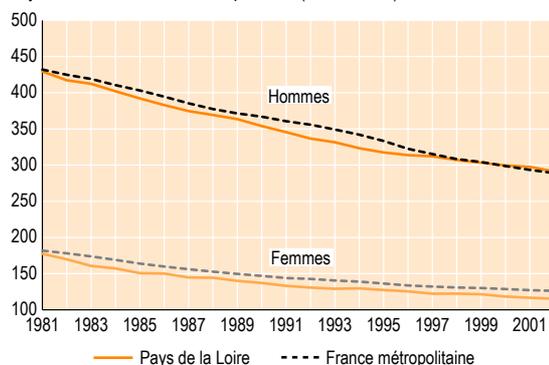
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Ensemble des tumeurs	1 562	37,7 %	769	45,9 %
dont : - cancer du poumon	424	10,2 %	84	5,0 %
- cancer des VADS ¹ et de l'œsophage	256	6,2 %	23	1,4 %
- cancer du côlon-rectum	116	2,8 %	61	3,6 %
- cancer du sein	5	0,1 %	230	13,7 %
- cancer de l'utérus	///	///	37	2,2 %
Ens. des traumatismes et empoisonnements	954	23,1 %	278	16,6 %
dont : - accidents de la circulation	262	6,3 %	75	4,5 %
- accidents de la vie courante	233	5,6 %	73	4,4 %
- suicides	414	10,0 %	116	6,9 %
Maladies de l'appareil circulatoire	525	12,7 %	156	9,3 %
dont - cardiopathies ischémiques	226	5,5 %	33	2,0 %
- mal. vasculaires cérébrales	98	2,4 %	53	3,2 %
Pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool ²	337	8,1 %	96	5,7 %
Sida	19	0,5 %	5	0,3 %
Autres causes	741	17,9 %	370	22,1 %
Toutes causes	4 138	100,0 %	1 674	100,0 %

Source : INSERM CépiDc
¹ VADS : Voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx et larynx)
² décès par psychose alcoolique et alcoolisme, ou cirrhose du foie alcoolique ou non précisée. Ces décès ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à la consommation excessive d'alcool.

3 Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



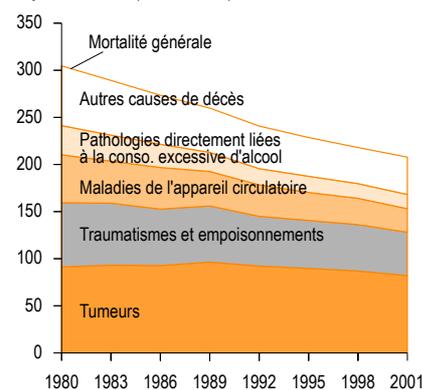
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus faible taux comparatif de mortalité prématurée féminin (2^e rang). La mortalité prématurée chez les hommes est proche de la moyenne nationale.

4 Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée

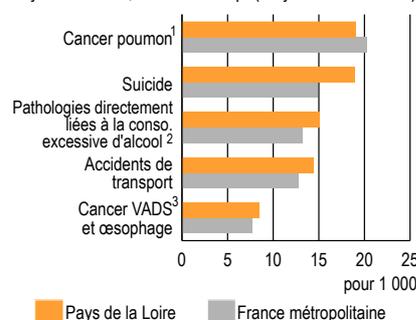
Pays de la Loire (1980 - 2001)



Source : INSERM CépiDc
Moyenne sur 3 ans - Unité : pour 100 000

5 Taux comparatifs de mortalité prématurée pour les principales causes de décès évitables

Pays de la Loire, France métrop. (moyenne 2000-2002)



Source : INSERM CépiDc
¹ y compris larynx ; ² psychose alcoolique et alcoolisme, et cirrhose du foie alcoolique ou non précisée ; ³ hors larynx

Définitions

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur, précédemment intitulé "mortalité évitable liée aux comportements à risque" regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida.

Taux et indice comparatifs de mortalité : voir définitions page 19.

Affections de longue durée (ALD)

Contexte national

Les Affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections dont la liste est définie par un décret et régulièrement révisée, sont actuellement au nombre de trente. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une admission en ALD. Cette admission est prononcée par le service médical de l'assurance maladie, si l'affection présente un certain nombre de critères de gravité. Le patient bénéficie alors d'une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à "100 %", pour les soins liés à cette affection.

En 2004, 1 097 000 personnes ont été admises en ALD pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population [1,2]. Ces données d'incidence annuelle ont longtemps été les seules disponibles. Mais les données de prévalence, publiées récemment pour le régime général et qui concernent donc l'ensemble de la population en situation d'ALD à un moment donné permettent de mesurer l'importance de la population qui bénéficie d'une telle couverture [3].

En 2004, pour le régime général, le nombre total de personnes en ALD atteint 6,56 millions, ce qui correspond à 11,9 % de la population protégée par ce régime. En moyenne, chacun de ces patients est atteint de 1,14 ALD différentes [3].

Le taux de personnes en ALD au sein du régime général augmente fortement avec l'âge. Inférieur à 10 % jusqu'à 45 ans, il atteint 30 % pour les 65-69 ans. Il dépasse 50 % à partir de 80 ans et atteint 65 % au-delà de 90 ans. A tout âge, le taux d'hommes en ALD est supérieur à celui des femmes [3].

Quatre groupes d'affections représentent plus des trois quarts des ALD. Les affections cardio-vasculaires sont les plus fréquentes. Le régime général compte 2,2 millions de personnes en ALD pour ce motif, ce qui représente 4 % de ses assurés. Les tumeurs malignes sont la deuxième cause d'ALD, avec 1,3 million d'assurés concernés (2,3 %). Viennent ensuite les diabètes de type 1 et 2 (1,2 million d'assurés, 2,2 %), puis les affections psychiatriques (900 000 assurés, 1,6 %) [3].

A structure d'âge et de sexe identique, le taux départemental de patients en ALD, toutes causes confondues, varie de 9,5 à 16,6 %. Les taux les plus élevés sont observés dans les départements d'outre-mer et le sud-est de la France [4].

Depuis 1994, le nombre de patients en ALD a fortement progressé puisque, pour le régime général, il était alors de 3,8 millions de personnes, ce qui correspondait à environ 8 % des personnes protégées [5]. Plusieurs facteurs expliquent cette croissance marquée : augmentation du nombre de nouveaux cas de certaines affections, comme par exemple pour les cancers (en lien ou non avec le développement du dépistage), propension plus grande à demander l'admission en ALD, impact du vieillissement de la population, élargissement des critères d'admission pour certaines pathologies. Deux autres facteurs jouent un rôle important : les modifications réglementaires, introduisant notamment des pathologies moins graves au bénéfice de l'ALD, et l'allongement de la durée de vie des patients en ALD. L'âge moyen au décès des personnes en ALD est, en effet, passé de 71 à 76 ans entre 1994 et 2004 [3].

Le caractère médico-administratif des données d'ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique (voir ci-contre). Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel. L'intérêt de ces données est également médico-économique, dans la mesure où 59 % des remboursements de l'assurance maladie de l'année 2004 concernaient des patients en ALD [6].

Bibliographie page 185

Dans les Pays de la Loire

■ Les données concernant les admissions en ALD des personnes protégées par les trois principaux régimes d'assurance maladie font l'objet d'une exploitation commune par les services médicaux de l'assurance maladie dans le cadre de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) [7].

Dans la population couverte par ces trois régimes, qui représente environ 97 % de la population régionale, 53 500 personnes ont été admises en ALD en 2004. Le nombre de ces nouveaux bénéficiaires a progressé de 28 % entre 1999 et 2002, et est en léger recul depuis cette date [8].

■ Les maladies cardio-vasculaires (32 % de l'ensemble des motifs), les tumeurs malignes (29 %), les pathologies mentales (13 %) et le diabète (12 %) constituent les quatre principaux motifs d'admission sur la période 2002-2004 [8].

■ La fréquence des admissions en ALD, à structure d'âge comparable, est inférieure de 9 % en 2003 à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les maladies cardio-vasculaires (- 9 %), les troubles mentaux (- 18 %) et le diabète (- 18 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancer dépasse la moyenne nationale de 6 %. Les admissions sont significativement plus fréquentes pour les localisations cancéreuses en lien avec la consommation d'alcool (foie, voies aéro-digestives supérieures), les lymphomes non hodgkiniens, les leucémies et la prostate chez les hommes, pour le mélanome et l'encéphale chez les femmes, et pour les myélomes multiples et les tumeurs de la peau non mélaniques pour les deux sexes. Elles sont par contre significativement moins fréquentes pour les localisations cancéreuses en lien avec la consommation de tabac (poumon, vessie) pour les deux sexes, et pour le cancer de l'utérus chez les femmes [1, 8].

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

Motifs d'admission en affection de longue durée

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

HOMMES	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges	
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	12	71	553	461	1 097	3,7 %
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	5	4	12	16	38	< 1%
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1	67	974	429	1 471	5,0 %
5. Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	83	97	1 110	1 075	2 365	8,0 %
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	4	192	487	48	730	2,5 %
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	14	105	33	1	152	< 1%
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	46	346	2 871	590	3 853	13,1 %
9. Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	97	136	189	52	474	1,6 %
10. Hémoglobinoopathies, hémolyse, chron. constit. et acquises sévères	4	4	0	1	9	< 1%
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	17	27	24	6	74	< 1%
12. Hypertension artérielle sévère	3	67	1 214	597	1 881	6,4 %
13. Maladie coronaire	0	187	2 134	788	3 109	10,6 %
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	50	59	448	282	840	2,9 %
16. Maladie de Parkinson	0	3	162	177	342	1,2 %
17. Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	24	53	93	8	178	< 1%
18. Mucoviscidose	4	4	0	0	8	< 1%
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	16	56	132	107	310	1,1 %
20. Paraplégie	7	34	29	5	75	< 1%
21. PAN, LED ¹ et sclérodémie généralisée évolutive	4	12	32	21	68	< 1%
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	5	34	135	30	203	< 1%
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ²	315	1 022	792	693	2 823	9,6 %
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	7	116	63	6	192	< 1%
25. Sclérose en plaques	0	33	23	0	57	< 1%
26. Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	11	12	1	0	24	< 1%
27. Spondylarthrite ankylosante grave	1	93	55	5	154	< 1%
28. Suite de transplantation d'organe	0	6	7	0	13	< 1%
29. Tuberculose active ²	3	40	47	19	109	< 1%
30. Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	55	489	5 668	2 458	8 671	29,4 %
ALD non ventilée, ALD n°4 (bilharziose), ALD n°15 (lépre) ³	19	13	65	30	127	< 1%
Total	807	3 381	17 353	7 906	29 447	100,0 %

FEMMES	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges	
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	7	54	302	622	986	3,8 %
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1	10	21	16	48	< 1%
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1	28	232	439	700	2,7 %
5. Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	73	57	523	1 405	2 058	8,0 %
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3	89	220	37	349	1,4 %
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	16	57	12	0	85	< 1%
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2	35	269	1 923	738	2 965	11,5 %
9. Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	81	141	162	73	457	1,8 %
10. Hémoglobinoopathies, hémolyse, chron. constit. et acquises sévères	7	5	2	2	16	< 1%
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	10	28	16	4	58	< 1%
12. Hypertension artérielle sévère	2	48	1 008	1 256	2 315	9,0 %
13. Maladie coronaire	0	31	655	877	1 564	6,1 %
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	26	59	254	261	600	2,3 %
16. Maladie de Parkinson	0	2	134	221	357	1,4 %
17. Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	23	37	52	5	117	< 1%
18. Mucoviscidose	6	1	0	0	7	< 1%
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	9	38	73	98	218	< 1%
20. Paraplégie	7	16	19	10	52	< 1%
21. PAN, LED ¹ et sclérodémie généralisée évolutive	4	53	92	60	208	< 1%
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	10	96	254	97	457	1,8 %
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ²	170	873	1 149	1 933	4 125	16,0 %
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8	157	54	11	231	< 1%
25. Sclérose en plaques	0	104	57	3	164	< 1%
26. Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	89	24	1	0	114	< 1%
27. Spondylarthrite ankylosante grave	1	72	48	3	124	< 1%
28. Suite de transplantation d'organe	0	3	4	0	8	< 1%
29. Tuberculose active ²	4	29	28	23	84	< 1%
30. Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	40	781	4 438	1 941	7 199	27,9 %
ALD non ventilée, ALD n°4 (bilharziose), ALD n°15 (lépre) ³	13	17	34	48	112	< 1%
Total	644	3 180	11 769	10 185	25 778	100,0 %

Source : URCAM - DRSM

¹ PAN, LED : Périarthrite noueuse, Lupus érythémateux aigu disséminé

² depuis 2004, la maladie d'Alzheimer et les autres démences, qui étaient auparavant regroupées avec l'ensemble des troubles mentaux en ALD 23, sont isolées en ALD 15. La lépre qui correspondait jusqu'alors à l'ALD 15 est désormais rattachée à l'ALD 29 Tuberculose active. Pour conserver une série homogène, les données 2004 concernant la maladie d'Alzheimer et les autres démences ont été reclassées en ALD 23.

³ aucun cas de lépre et 3 cas de bilharziose sur la période

Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques

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

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

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

Une surestimation de l'incidence est également possible.

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

Toutefois, l'augmentation entre 1998 et 2005 des durées d'attribution du bénéfice de l'ALD limite considérablement ce risque.

Pour les données présentées relatives aux années 2002-2004, ces durées sont les suivantes :

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

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

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

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

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

Diagnosics d'hospitalisation

Contexte national

Selon les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 15,4 millions de séjours hospitaliers ont été effectués en 2004 dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé de France métropolitaine (hors séances). Plus d'un tiers d'entre eux durent moins de 24 heures ^[1].

La répartition des diagnostics d'hospitalisation selon les 21 chapitres de la dixième classification internationale des maladies (CIM10) montre que 14 % des séjours ont pour diagnostic principal un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme" et correspondent principalement à des hospitalisations pour surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal.

Pour les hommes, les séjours pour un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme" constituent le premier diagnostic d'hospitalisation (15 % des séjours) devant les maladies de l'appareil digestif (13 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (11 %), les tumeurs (9 %) et les lésions traumatiques et empoisonnements (8 %).

Pour les femmes, la grossesse et l'accouchement représentent le premier diagnostic d'hospitalisation (15 % des séjours) devant les séjours pour un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme" (13 %). Les tumeurs arrivent en troisième position (8 %), suivies des maladies de l'appareil circulatoire (7 %).

Les diagnostics d'hospitalisation varient très fortement selon les groupes d'âge.

Avant un an, les affections périnatales prédominent (41 % des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (13 %), bronchites et bronchiolites notamment.

Entre 1 et 14 ans, 17 % des séjours sont liés aux maladies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire, 12 % aux lésions traumatiques et empoisonnements et 11 % aux maladies de l'appareil digestif, appendicites et pathologies bucco-dentaires principalement.

Entre 15 et 44 ans, 18 % des séjours masculins ont pour diagnostic principal une pathologie digestive (affections bucco-dentaires, hernie abdominale et appendicite notamment), 17 % une affection d'origine traumatique et 10 % des atteintes ostéo-articulaires (dorso-lombalgies et affections périarticulaires le plus souvent). Chez les femmes, 40 % des séjours sont liés à la grossesse et 12 % aux maladies digestives.

Pour les 45-74 ans, les séjours pour maladies de l'appareil digestif et les tumeurs ont un poids équivalent (environ 13 %), suivis des maladies de l'appareil circulatoire (11 %).

Au-delà de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont au premier plan (17 % des séjours), devant les maladies de l'œil (11 %), les tumeurs (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (9 %).

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers a augmenté de 7 %. Cette évolution est essentiellement liée à l'augmentation et au vieillissement de la population ; en effet, sur cette même période, le taux comparatif d'hospitalisation est resté relativement stable. Cependant, des

évolutions différentes sont observées selon le motif d'hospitalisation. Les taux comparatifs d'hospitalisation pour maladies infectieuses, maladies de l'oreille, maladies respiratoires et traumatismes ont fortement diminué. On observe également une baisse des séjours pour maladies de l'appareil circulatoire mais moins marquée. A l'inverse, les recours hospitaliers pour maladies du sang et maladies oculaires ont fortement augmenté. Une hausse de moindre ampleur est également observée pour les maladies du système nerveux ^[1].

Ces évolutions relèvent de causes diverses, il peut s'agir notamment de variations de l'incidence des maladies, de modifications de pratiques de soins ou des modalités de prise en charge, voire des évolutions du codage PMSI.

Bibliographie page 185

Dans les Pays de la Loire

■ Plus de 800 000 séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des habitants des Pays de la Loire au cours de l'année 2004 (fig. 1) ^[2].

■ A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services de la population régionale est inférieur de 7 % à la moyenne nationale en 2004, pour les hommes comme pour les femmes. Cette moindre fréquence des recours hospitaliers concerne pratiquement toutes les classes d'âge, sauf les enfants de moins de 15 ans ^[1, 2].

Les taux de séjours hospitaliers détaillés selon l'âge et le sexe sont présentés dans la fiche "Soins hospitaliers en services de MCO".

■ Cette moindre fréquence des séjours hospitaliers de Ligériens se retrouve pour la plupart des 21 chapitres de la classification internationale des maladies (CIM10), excepté les maladies de l'oreille, les troubles mentaux et les maladies oculaires.

Pour les affections de l'oreille et celles des dents et du parodonte, l'écart est particulièrement marqué, la fréquence des séjours étant supérieure de plus de 40 % à la moyenne nationale ^[1, 2].

■ Comme au niveau national, les taux comparatifs d'hospitalisation pour maladies de l'œil, maladies du sang et maladies du système nerveux sont en augmentation. Pour les maladies infectieuses, maladies de l'oreille, traumatismes, maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, ces taux sont en baisse entre 1998 et 2004 ^[2].

■ Ces disparités de recours aux soins sont complexes à interpréter car elles peuvent s'expliquer par des différences de morbidité dans la population mais aussi par des pratiques de soins ou de modalités de prise en charge variables selon les praticiens (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire à des habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI.

■ Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO selon le diagnostic principal Pays de la Loire (2004)

HOMMES		0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total	ICH	Evol. an. 1998-2004
Code CIM 10	Diagnostic principal							
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 469	1 159	1 414	800	4 842	76	-2,9 %
C00-D48	Tumeurs	762	3 740	26 569	8 561	39 632	106	
C00-C97	dont tumeurs malignes	151	1 206	15 846	6 456	23 659		
D50-D89	Mal. sang et org. hémato., certains troubles du syst. immunitaire	438	319	1 253	1 018	3 028	93	3,8 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	751	1 263	4 045	1 229	7 288	91	
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement ^{1,2}	382	3 892	3 612	1 439	9 325	113	
G00-G99	Maladies du système nerveux ¹	704	2 875	6 009	2 073	11 661	90	1,3 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	813	1 010	7 853	7 295	16 971	107	3,0 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	5 117	872	856	162	7 007	142	-5,2 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	294	3 447	20 975	12 374	37 090	86	
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	8 735	3 244	6 123	4 578	22 680	94	-3,3 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	4 487	16 007	20 631	5 736	46 861	92	
K00-K08	dont maladies des dents et du parodonte	1 638	8 010	1 426	346	11 420	148	2,8 %
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	878	2 856	1 644	628	6 006	84	
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	727	9 003	13 101	2 804	25 635	102	
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 801	3 424	8 822	3 463	18 510	84	
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	4 611	0	0	0	4 611		
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2 773	682	284	33	3 772	105	
R00-R99	Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	3 901	3 906	10 501	5 114	23 422	90	
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	4 700	14 738	9 008	3 129	31 575	95	-4,0 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins ³	5 756	10 743	30 357	5 972	52 828	86	
Total³		50 099	83 180	173 057	66 048	372 744	93	

FEMMES		0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total	ICH	Evol. an. 1998-2004
Code CIM 10	Diagnostic principal							
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 348	950	1 040	1 093	4 431	79	-3,4 %
C00-D48	Tumeurs	788	6 202	21 415	7 502	35 907	103	2,0 %
C00-C97	dont tumeurs malignes	155	1 672	10 311	5 368	17 506		
D50-D89	Mal. sang et org. hémato., certains troubles du syst. immunitaire	325	596	1 344	1 345	3 610	90	3,8 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	784	2 628	4 532	1 913	9 857	83	1,9 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement ^{1,2}	465	2 796	3 048	3 195	9 504	107	
G00-G99	Maladies du système nerveux ¹	640	3 428	6 782	2 343	13 193	89	3,3 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	780	843	10 444	13 525	25 592	110	3,0 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	3 877	833	977	306	5 993	141	-4,9 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	208	3 693	11 828	13 729	29 458	89	-1,4 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	6 421	2 715	3 445	4 576	17 157	96	-3,6 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	3 978	17 735	16 943	7 069	45 725	87	
K00-K08	dont maladies des dents et du parodonte	1 911	9 768	1 086	338	13 103	141	
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	628	2 067	1 528	927	5 150	82	
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	680	5 846	15 002	5 703	27 231	95	
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 073	9 783	10 821	2 696	24 373	92	
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	26	63 781	144	0	63 951	98	
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	4 033	0	0	0	4 033		
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 779	851	433	71	3 134		
R00-R99	Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	3 430	4 863	8 040	6 374	22 707	88	
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	2 844	5 856	7 821	8 231	24 752	86	-3,8 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins ³	4 475	17 538	25 505	6 805	54 323	87	5,5 %
Total³		38 582	153 004	151 092	87 403	430 081	93	0,6 %

Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

¹ Les séjours avec un diagnostic principal G30 "Maladie d'Alzheimer" ont été classés dans le chapitre "Troubles mentaux et du comportement".

² Les séjours liés aux troubles mentaux sont ceux qui ont eu lieu dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique et ne comprennent pas les hospitalisations dans les services de psychiatrie.

³ Les séjours des nouveau-nés "bien portants" et ceux pour séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs) ne sont pas présentés dans ces tableaux.

Seuls les ICH présentant une différence significative entre la région et la France sont mentionnés.

L'évolution annuelle 1998-2004 correspond au pourcentage estimé de variation annuelle moyenne des taux comparatifs d'hospitalisation entre 1998 et 2004, obtenu à partir d'une régression linéaire. Seules les évolutions significatives au seuil de 5 % sont mentionnées.

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques

Les données des tableaux ci-joints proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 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 séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant la région, quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Ces tableaux dénombrement des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

■ Diagnostic principal d'hospitalisation

Les données ci-jointes reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

Ces diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres. Le chapitre 20 "Causes externes de morbidité et de mortalité", permettant de coder les circonstances des accidents, des chutes et empoisonnements, n'est pas utilisé pour coder le diagnostic principal puisque ce dernier désigne le problème de santé pris en charge et non pas les circonstances à l'origine de ce problème.

Définitions

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) : cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observé dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 86 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % à cette moyenne.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Taux comparatif (ou standardisé sur l'âge) d'hospitalisation : taux d'hospitalisation 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 1^{er} janvier 1990). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Santé des enfants de moins d'un an

Contexte national

En France, comme dans l'ensemble des pays développés, la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé. Mais 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 ambulatoire, la prise en charge de la santé des jeunes enfants est assurée par de nombreux professionnels : médecins généralistes, pédiatres, professionnels des services de Protection maternelle et infantile (PMI)... Les pathologies infectieuses (respiratoires, ORL et intestinales) sont à l'origine de la majorité des séances de médecine de ville. La dimension préventive constitue également une part très importante de cette prise en charge (vaccinations, suivi de la croissance, du développement psychomoteur et affectif, conseils alimentaires...) et donne lieu à des consultations régulières, au-delà des bilans de santé obligatoires. On estime que plus de 9 millions de consultations de médecine de ville sont effectuées chaque année auprès d'enfants de moins d'un an, ce qui représente environ une dizaine d'actes par nouveau-né au cours de sa première année de vie [1, 2].

Le taux de recours aux urgences est particulièrement élevé à cet âge, avec 480 passages aux urgences pour 1 000 enfants de moins d'un an en 2002, de nombreux services d'urgences ayant développé depuis plusieurs années un accueil spécifique pour les enfants. La fièvre, les vomissements et les diarrhées représentent 68 % des motifs de recours [3].

Les hospitalisations sont également très fréquentes, avec 370 000 séjours dénombrés en 2004 (hors séjours des nouveau-nés restés près de leur mère), soit un taux d'hospitalisation de 477 séjours pour 1 000 enfants nés vivants. Les affections périnatales (prématurité, hypotrophie, complications de l'accouchement...) prédominent, représentant 41 % des diagnostics principaux de ces séjours hospitaliers, devant les pathologies d'origine infectieuse. Les bronchites et bronchiolites aiguës sont ainsi à l'origine de 8 % des séjours, et les maladies intestinales infectieuses de 5 % [4].

48 000 enfants sont nés prématurément en 2003 (6,3 % des naissances vivantes), dont 7 000 avant 32 semaines d'aménorrhée (0,9 % des naissances vivantes) [5].

Les affections prénatales et périnatales sont parfois à l'origine de handicaps, comme en témoigne l'enquête "Trajectoires des enfants passés en Commission départementale d'éducation spéciale (CDES)" effectuée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2004-2005 auprès de 16 CDES représentatives de l'ensemble du territoire métropolitain. Selon cette enquête, la majorité des handicaps relevés reste d'origine indéterminée. En revanche, pour un tiers des enfants, l'origine prénatale a pu être identifiée. Dans un cas sur dix, il s'agissait d'une aberration chromosomique. Au-delà de la période prénatale, 9 % des handicaps sont survenus au cours de période périnonatale et 7 % au cours de la période postnéonatale [6].

Près de 3 000 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France métropolitaine en 2004, soit un taux de mortalité infantile de 3,8 décès pour 1 000 naissances [7]. Pour cet indicateur, la France se situe, en 2000, au cinquième rang des pays européens les mieux placés,

derrière les pays du Nord [8]. Au cours des dernières décennies, la mortalité infantile a diminué de moitié. Pendant les années 1980, cette baisse a été principalement due au recul de la mortalité néonatale. Plus récemment, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante concerne maintenant la mortalité postnéonatale. Environ la moitié des décès d'enfants de moins d'un an surviennent lors de la première semaine de vie, et 66 % le premier mois. Les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 47 % des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 21 % des décès et le syndrome de la mort subite du nourrisson (9 %). La surmortalité masculine s'observe dès la naissance (36 %) et atteint 87 % pour la mort subite du nourrisson [9].

Bibliographie page 185

Dans les Pays de la Loire

■ Plus de 20 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des Ligériens de moins d'un an en 2004 (fig. 3), correspondant à un taux de 456 séjours pour 1 000 enfants nés vivants, inférieur de 5 % à la moyenne nationale [10].

■ Les affections d'origine périnatale, prématurité et hypotrophie notamment, constituent le diagnostic principal de 43 % de ces séjours. Les affections respiratoires se classent au second rang (12 % des séjours), devant les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (6 %). Les otites et mastoïdites sont à l'origine de 3,3 % des séjours et, pour ces affections, le taux régional d'hospitalisation dans cette classe d'âge est le double du taux national [10].

■ Dans la région, environ 170 enfants de moins d'un an ont été admis en ALD en moyenne chaque année au cours de la période 2002-2004. Les motifs de ces admissions sont dans leur grande majorité des affections d'origine congénitale. Les cardiopathies représentent 41 % des admissions et sont principalement des malformations cardiaques congénitales [11].

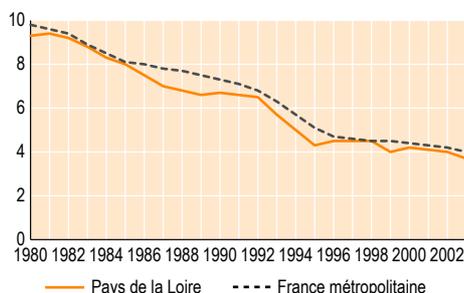
■ 161 enfants de la région âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003. Rapporté aux 43 000 naissances annuelles domiciliées dans la région, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,7 décès pour 1 000 naissances, légèrement inférieur au taux national de la même période (4,0) (fig. 1) [12].

■ Entre les années 1981-1983 et 2001-2003, le taux de mortalité infantile a, comme en France, diminué de plus de la moitié (fig. 1), en lien principalement avec la baisse de la mort subite du nourrisson et des décès par anomalies congénitales (fig. 4) [12].

■ Dans la région, le Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" organise, avec l'accord des parents, le suivi des enfants prématurés ou de ceux qui ont présenté des pathologies graves à la naissance. Le suivi est effectué par des médecins ayant reçu une formation spécifique (pédiatres libéraux, hospitaliers, de Protection maternelle et infantile, généralistes), des examens systématiques étant réalisés à des âges-clés [13].

1 Evolution du taux de mortalité infantile

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2003)



Source : INSEE Etat-civil
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 1 000 naissances vivantes

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire possède un taux de mortalité infantile proche de la moyenne nationale. Elle se situe au 9^e rang des régions métropolitaines, avec un taux de 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2002-2004 (fig. 1) [1].

Attention : en raison des faibles effectifs concernés, ces rangs connaissent parfois d'importantes fluctuations.

2 Composantes de la mortalité infantile

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2002-2004)

	Pays de la Loire		France métrop.
	Nbre ¹	Taux ²	Taux ²
Mortalité néonatale	104	2,4	2,6
<i>dont : mortalité néonatale précoce</i>	72	1,7	1,8
Mortalité postnéonatale	57	1,3	1,4
Mortalité infantile	161	3,7	4,0

Source : INSEE Etat-civil
¹ nombre annuel moyen de décès sur la période 2002-2004
² pour 1 000 enfants nés vivants

4 Causes de décès des enfants de moins d'un an

Pays de la Loire (moyenne 1981-1983 et 2001-2003)

Cause médicale de décès	Nombre de décès		Répartition en % 2001-2003
	1981-83	2001-03	
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	79	74	43,0 %
Anomalies congénitales	93	37	21,5 %
Symptômes, signes et états morbides mal définis	170	33	19,2 %
<i>dont : syndrome de la mort subite du nourrisson</i>	84	22	12,8 %
Traumatismes et empoisonnements	36	5	2,9 %
Autres	39	23	13,4 %
Total	417	172	100,0 %

Source : INSERM CépiDc

3 Diagnostic principal d'hospitalisation des enfants de moins d'un an¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
P00-P96	Affections d'origine périnatale	8 644	43 %
<i>P05, P07</i>	<i>dont : prématurité et hypotrophie</i>	2 347	12 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	2 398	12 %
<i>J20-J22</i>	<i>dont : - bronchite et bronchiolite aiguës</i>	1 478	7 %
<i>J00-J06</i>	<i>- affections aiguës des voies respi. sup.</i>	399	2 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats non classés ailleurs	1 349	7 %
<i>R50</i>	<i>dont : fièvre</i>	358	2 %
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 295	6 %
<i>Q20-Q28</i>	<i>dont : malformations cong. cardio-vasculaires</i>	278	1 %
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	992	5 %
<i>A00-A09</i>	<i>dont : maladies intestinales infectieuses</i>	725	4 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	964	5 %
<i>K20-K21</i>	<i>dont : - reflux œsophagien</i>	352	2 %
<i>K40-K46</i>	<i>- hernie</i>	279	1 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	681	3 %
<i>H65-H67, H70</i>	<i>dont : otite moyenne et mastoïdite</i>	664	3 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	641	3 %
<i>dont : infections rénales et des voies urinaires²</i>		544	3 %
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	363	2 %
Autres		2 728	14 %
Total		20 055	100 %

Sources : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ hors nouveau-nés bien portants² voir liste des codes ci-contre**Définitions**

Infections rénales et des voies urinaires : codes CIM10 : N10-N12, N13.6, N15.1, N29.0, N33.0, N34.0, N39.0.

Mortalité néonatale précoce : décès d'enfants de moins de 7 jours.

Mortalité néonatale : décès d'enfants de moins de 28 jours.

Mortalité postnéonatale : décès d'enfants entre 28 jours et un an.

Mortalité infantile : décès d'enfants de moins d'un an.

Période périnéonatale : entre la 22^e semaine d'aménorrhée et le 28^e jour postnatal.

Prématurité : naissances d'enfants avant 37 semaines d'aménorrhée.

Santé des enfants de 1 à 14 ans

Contexte national

La classe d'âge des 1-14 ans compte plus de 10 millions d'enfants en 2005^[1]. Cette période de la vie, fondamentale dans le développement somatique et psycho-affectif de l'individu, constitue aussi une étape essentielle pour les apprentissages, les acquisitions culturelles et scolaires, l'intégration à la vie sociale, le développement des comportements et habitudes de vie. Dans ces différents domaines, l'environnement familial et social joue un rôle primordial, l'école occupant notamment une place importante puisque 100 % des enfants sont scolarisés à 3 ans et 25 % le sont dès 2 ans^[2].

Entre 1 et 14 ans, la grande majorité des enfants sont en bonne santé. Les taux d'hospitalisation et de mortalité sont très faibles par rapport à ceux des autres classes d'âge^[3, 4]. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, caries dentaires, troubles de la réfraction...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés^[5]. Ces affections constituent également les motifs les plus fréquents de recours aux soins de ville, devant les actes de prévention, examens systématiques et vaccinations notamment^[6]. Elles sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose de drains transtympaniques, extractions dentaires...) ^[3].

Un certain nombre d'enfants de cette classe d'âge n'en sont pas moins atteints de pathologies lourdes. 31 500 enfants de moins de 15 ans sont ainsi admis chaque année en Affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les pathologies mentales (retard mental, trisomies, troubles envahissants du développement dont l'autisme notamment) représentent un tiers des motifs d'admissions en ALD de ce groupe d'âge en 2004^[7]. La fréquence des recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (344 000 jeunes suivis en 2000, soit un taux de prévalence de 3,1 pour 100) illustre aussi le poids de ces affections^[8].

Les accidents (accidents de la circulation principalement et noyades à un moindre degré) et les cancers constituent les deux principales causes de décès des enfants de 1 à 14 ans^[4]. Les accidents et leurs conséquences sont à l'origine de plus d'un tiers des décès (environ 550 en 2003) et de 12 % des hospitalisations dans cette classe d'âge en 2004^[3, 4]. L'enquête Epac estime à 15 % le taux d'incidence annuel, chez les moins de 15 ans, des accidents de la vie courante suffisamment graves pour les avoir conduits aux urgences^[9]. Les garçons sont particulièrement concernés, avec une mortalité par accident deux fois plus élevée que celle des filles, et des taux d'hospitalisation pour traumatisme supérieurs de 60 %. La mortalité par accident est toutefois en net recul : - 60 % entre 1982 et 2002^[4].

Les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central principalement) constituent la seconde cause de décès dans cette classe d'âge (19 %). La mortalité par cancer des 1-14 ans a diminué de près de moitié au cours des deux dernières décennies, notamment grâce aux progrès dans le traitement des leucémies^[4].

Le recul de ces deux principales causes de décès explique la forte baisse de la mortalité de cette classe d'âge, divisée par deux depuis le début des années 1980 (fig. 1)^[4].

Certains problèmes de santé concernent particulièrement cette classe d'âge. C'est notamment le cas de l'asthme et de l'obésité. Selon l'enquête menée en 2001-2002 auprès d'enfants scolarisés en CM2, près de 10 % sont traités pour

asthme et 20 % sont en surpoids (dont 4 % d'obèses)^[10]. Les troubles des apprentissages scolaires, et notamment la dyslexie, qui concernerait 6 à 8 % des enfants, constituent également un enjeu essentiel^[11].

Bibliographie page 186

Dans les Pays de la Loire

■ La mortalité des enfants de 1 à 14 ans a connu une baisse très marquée entre le début des années 1980 et la fin des années 1990 avec, comme en France, un taux comparatif de mortalité divisé par deux, qui est resté proche de la moyenne nationale (fig. 1). Le nombre de décès annuels, qui dépassait 200 au début des années 1980, est désormais inférieur à 100. Cette évolution s'explique principalement par la baisse des morts violentes, qui représentent actuellement 43 % des décès des 1-14 ans et ont vu leur nombre réduit de moitié, et du nombre de décès par cancer, divisé par trois (fig. 3)^[4].

■ Sur les 600 000 enfants âgés de 1-14 ans de la région, environ 1 300 sont admis chaque année en ALD, soit environ 2 pour 1 000. 35 % de ces admissions sont dues à des troubles mentaux ou du comportement, qui concernent des garçons dans les deux tiers des cas. Viennent ensuite les affections du système nerveux (14 %), les malformations congénitales (10 %) et les maladies ostéo-articulaires (10 %) (fig. 4). Par rapport à la période 1999-2001, le nombre d'admissions en ALD chez les 1-14 ans a augmenté de 17 %, en raison principalement d'une hausse du nombre d'admissions pour troubles mentaux et du comportement^[12].

■ En 2004, près de 69 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des jeunes Ligériens de 1 à 14 ans. Une proportion très importante de ces séjours, souvent très brefs, a pour diagnostic principal une affection nécessitant un geste chirurgical : maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (11 % des séjours), otites, affections dentaires...

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont à l'origine de plus de 7 000 séjours (10 %). Les fractures, qui concernent le membre supérieur dans trois quarts des cas, et les traumatismes crâniens constituent les atteintes les plus fréquentes (fig. 2).

Comme au niveau national, le taux comparatif d'hospitalisation des 1-14 ans a diminué depuis quelques années (- 11 % entre 1998 et 2004), en raison notamment d'un moindre recours pour maladies respiratoires et traumatismes au cours de cette période^[13].

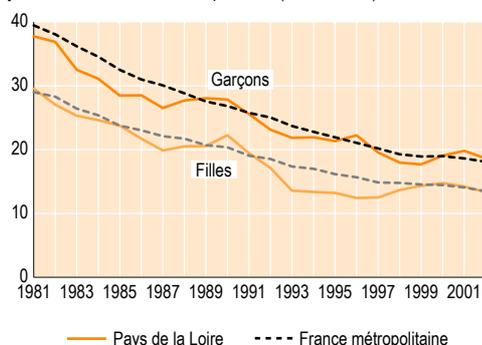
■ 17 500 jeunes de moins de 15 ans ont été suivis en 2003 par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile de la région, soit un taux de prévalence de 2,8 pour 100^[14].

■ Le taux de scolarisation des enfants de 2 ans atteint 36 % en 2005, nettement supérieur à la moyenne nationale (25 %)^[2, 15]. En 2004, la région compte environ 3 000 places en crèches collectives ou familiales, soit un taux de 43 pour 1 000 enfants de moins de 3 ans, inférieur de moitié à la moyenne nationale (86 pour 1 000)^[16].

■ Enfin, certains jeunes de la région sont confrontés très tôt à la consommation de produits psychoactifs, puisque 54 % des 12-14 ans déclarent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées, 24 % du tabac et 3 % du cannabis^[17].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité des enfants de 1 à 14 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

Sources : INSERM CèpiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000**2 Diagnostic principal d'hospitalisation des enfants de 1 à 14 ans¹**

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre de séjours			%
		Garçons	Filles	Ensemble	
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	7 313	5 445	12 758	19 %
J35	dont : - mal. chroniques des amygdales, des végétations adénoïdes	4 244	3 258	7 502	11 %
J31	- rhinite, rhinopharyngite, pharyngite chronique	823	599	1 422	2 %
J45-J46	- asthme	795	482	1 277	2 %
J00-J06	- affections aiguës des voies respiratoires supérieures	603	390	993	1 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	4 812	3 837	8 649	13 %
	dont : "séjours de cancérologie" ²	1 159	880	2 039	3 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	4 712	3 601	8 313	12 %
H65-H67, H70	dont : otite moyenne et mastoïdite	4 170	3 173	7 343	11 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	3 870	3 631	7 501	11 %
K00-K08	dont : - maladies des dents et du parodonte	1 637	1 908	3 545	5 %
K35-K38	- appendicite	914	797	1 711	2 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	4 506	2 675	7 181	10 %
	dont : - fracture d'un membre supérieur ²	1 246	588	1 834	3 %
S06	- traumatisme crânien	682	432	1 114	2 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux	3 176	2 806	5 982	9 %
R10	dont : douleurs abdominales	1 042	1 063	2 105	3 %
Q00-Q99	Malformations congénitales, anomalies chromosomiques	1 951	1 306	3 257	5 %
Q50-Q64	dont : malformations congénitales génito-urinaires	864	181	1 045	2 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 430	803	3 233	5 %
N47	dont : phimosis	1 753	III	1 753	3 %
	Autres	6 062	5 690	11 752	17 %
	Total	38 832	29 794	68 626	100 %

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine) sont exclus de ce dénombrement.² voir liste des codes ci-contre ; par ailleurs, on dénombre 274 séjours avec un diagnostic principal de tumeurs malignes (C00-C97).**3 Causes de décès des enfants de 1 à 14 ans**

Pays de la Loire (moyenne 1981-1983 et 2001-2003)

Cause médicale de décès	1981-1983	2001-2003
Traumatismes et empoisonnements	99	41
dont : - accident de la circulation	44	17
- noyade	14	8
Tumeurs malignes	40	12
dont : leucémie	19	4
Anomalies congénitales	18	6
Autres	57	37
Total toutes causes	214	96

Source : INSERM CèpiDc

4 Motifs d'admission en affection de longue durée des enfants de 1 à 14 ans

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Nbre d'admissions			%
		Garçons	Filles	Ensemble	
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	300	145	445	35 %
F70-F79	dont : retard mental	47	38	85	7 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	97	75	172	14 %
G40-G41	dont : - épilepsie	34	32	66	5 %
G80	- paralysies cérébrales infant.	31	20	51	4 %
Q00-Q99	Malformations congénitales, anomalies chromosomiques	67	66	133	10 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	20	103	123	10 %
M41	dont : scoliose	11	89	100	8 %
E00-E99	Maladies endocriniennes et métaboliques	63	54	117	9 %
E10-E14	dont : diabète	45	35	80	6 %
C00-C97	Tumeurs malignes	46	34	80	6 %
C91-C95	dont : leucémie	17	10	27	2 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	47	25	72	6 %
J45-J46	dont : asthme	44	21	65	5 %
	Autres	132	115	247	19 %
	Total	709	563	1 272	100 %

Source : URCAM - DRSM

Définitions**Affection de longue durée (ALD) :** voir fiche "Affections de longue durée".**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir fiche "Diagnostiques d'hospitalisation".**Fracture d'un membre supérieur :** codes CIM10 : S42, S52, S62, T022, T024, T10.**Séjours de cancérologie :** ont été retenus :- les séjours comportant un des codes CIM10 Z08, Z51.1, Z85 en diagnostic principal (avec ou sans diagnostic relié), et
- les séjours avec un des codes CIM10 Z00 à Z99 en diagnostic principal et un des codes CIM10 C00 à C97 en diagnostic relié.**Taux comparatif de mortalité :** voir définitions page 19.

Santé des personnes de 15 à 44 ans

Contexte national

La classe d'âge des 15 à 44 ans rassemble en 2005 près de 25 millions de personnes [1]. La grande majorité de cette population est en bonne santé, comme en témoignent, par rapport aux autres classes d'âge, les faibles taux de recours aux soins de ville et aux soins hospitaliers (hors ceux liés à la maternité), ainsi que les faibles taux de mortalité. C'est une période de la vie où les hommes et les femmes, grâce aux acquis de l'enfance et de l'adolescence, développent une vie autonome sur les plans affectif, sexuel, social et professionnel. A cette occasion, ils adoptent pour certains des comportements (consommation d'alcool, de tabac, prises de risques...) ou vivent dans des environnements (expositions professionnelles) susceptibles d'altérer leur santé à court terme, mais qui surtout vont conditionner, pour une large part, leur état de santé futur.

Le tabagisme constitue un facteur de risque particulièrement fréquent dans cette classe d'âge, qui compte 36 % de fumeurs quotidiens chez les hommes et 30 % chez les femmes [2]. Les habitudes de consommation excessive d'alcool, régulières ou ponctuelles, concernent également une part importante et souvent sous-estimée de la population, notamment chez les hommes. Selon l'enquête menée par la Fnors et la Drees en 2000 auprès des patients des médecins généralistes, 25 à 35 % des hommes de 16-44 ans et 5 à 10 % des femmes ont des habitudes de consommation excessive, susceptibles de porter préjudice à leur santé [3].

La consommation excessive d'alcool constitue notamment l'un des déterminants majeurs des morts violentes, dont le poids dans cette tranche d'âge est considérable. Ces morts violentes sont principalement dues aux accidents de la route et aux suicides avec, pour chacune de ces causes, des taux de mortalité masculins trois à quatre fois plus élevés que les taux féminins. Globalement, les morts violentes représentent, dans la population âgée de 15 à 44 ans, près d'un décès sur deux chez les hommes (46 %) et un sur quatre chez les femmes (28 %) [4].

En 2004, les traumatismes et empoisonnements constituent pour les hommes de cette classe d'âge le deuxième diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent (17 % des séjours), après les maladies de l'appareil digestif. Par contre, chez les femmes, ils arrivent seulement en cinquième position, en raison à la fois d'un taux de séjours deux fois plus faible que celui des hommes, mais aussi du poids considérable des hospitalisations en lien avec la fécondité. En effet, près d'un tiers des séjours hospitaliers des femmes de 15 à 44 ans (soit plus de 900 000 hospitalisations par an) sont directement liés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité. S'y ajoutent les interruptions de grossesse qui font partie des motifs de séjours relativement fréquents de cette classe d'âge (288 000 séjours en 2004) [5].

Parmi les maladies graves particulièrement fréquentes entre 15 et 44 ans, les troubles mentaux et du comportement sont au premier plan. Outre leur poids dans la mortalité, lié principalement à la fréquence des suicides, ils sont à l'origine d'un tiers des admissions en affection de longue durée dans cette classe d'âge [6]. De nombreuses affections sont en cause : troubles spécifiques de la personnalité, schizophrénie, retard mental, psychoses, troubles dépressifs sévères [7]. Ils motivent une part importante des séances de soins de ville

(15 %), pour les hommes comme pour les femmes [8]. Selon le Baromètre santé 2005, 6 % des hommes et 11 % des femmes âgés de 15 à 44 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois [2].

Dès cet âge, les cancers ont un poids important dans la mortalité et la morbidité, même s'ils concernent davantage les personnes plus âgées. Environ 8 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers surviennent entre 15 et 44 ans [9]. Ces affections constituent alors la première cause de mortalité chez les femmes (32 %), et la seconde chez les hommes (14 %) après les morts violentes. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez les femmes sont le sein, à un moindre degré le poumon, dont l'incidence a fortement augmenté au cours des années récentes, et l'utérus [4]. Chez les hommes, les localisations les plus fréquentes sont liées pour une large part à la consommation de tabac et/ou d'alcool (poumon, voies aérodigestives supérieures) [9].

Bibliographie page 186

Dans les Pays de la Loire

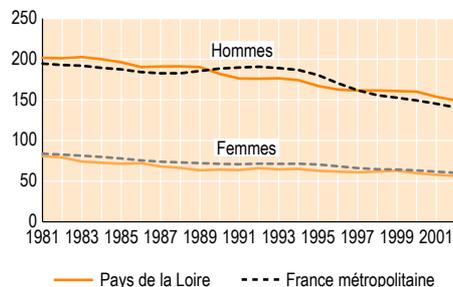
■ La mortalité des personnes âgées de 15 à 44 ans, dans la région, diffère peu de la mortalité nationale. Actuellement, environ 1 400 Ligériens de cette classe d'âge, décèdent chaque année. Plus des deux tiers de ces décès concernent les hommes. Chez ces derniers, 54 % des décès sont dus à des traumatismes ou empoisonnements et 15 % à des tumeurs. Chez les femmes, ces proportions sont très différentes, respectivement égales à 36 et 30 % (fig. 3). Depuis le début des années 1980, la mortalité de la population de cette classe d'âge a diminué de 26 % pour les hommes et de 30 % pour les femmes (28 % pour chacun des deux sexes au niveau national) (fig. 4). Cette évolution est principalement liée à la baisse de la mortalité par accident de la circulation (fig. 1) [4].

■ Sur les 1 350 000 Ligériens de 15 à 44 ans, environ 6 500 sont admis en moyenne chaque année en Affection de longue durée (ALD). Les troubles mentaux et du comportement sont à l'origine de 28 % de ces admissions, devant les cancers (18 %), les maladies cardio-vasculaires (9 %) et le diabète (9 %). Le cancer du sein explique à lui seul 10 % des admissions en ALD des femmes de 15 à 44 ans (fig. 4). Par rapport à la période 1999-2001, le nombre annuel moyen d'admission en ALD a augmenté de 9 % dans la région, en lien notamment avec une hausse des admissions pour diabète (+ 20 %) [10].

■ En 2004, plus de 235 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des Ligériens de 15 à 44 ans. 65 % des séjours concernent des femmes, près de la moitié étant en lien avec la fécondité. Chez les hommes, les motifs d'hospitalisation sont plus variés : 19 % de ces séjours ont pour diagnostic principal une maladie de l'appareil digestif (dont 10 % pour affections dentaires) et 18 % une lésion traumatique ou un empoisonnement (fig. 2). Comme au niveau national, le taux comparatif d'hospitalisation des 15-44 ans est resté stable entre 1998 et 2004 [11].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes de 15 à 44 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000**2 Diagnostics principaux d'hospitalisation des personnes de 15 à 44 ans¹**

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
HOMMES			
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	16 007	19 %
K00-K08	dont : maladies des dents et du parodonte	8 010	10 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	14 738	18 %
	dont : - fractures ²	4 560	5 %
	- luxations, entorses, lésions musculaires ³	3 012	4 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	10 743	13 %
	dont : - "séjours pour cancérologie" ²	2 081	3 %
Z47.0	- soins en lien avec un matériel orthopédique	1 814	2 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	9 003	11 %
M23	dont : lésion interne du genou	3 125	4 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	3 892	5 %
F10	dont : troubles liés à l'utilisation d'alcool	2 482	3 %
	Autres	28 797	35 %
	Total	83 180	100 %
FEMMES			
O00-O99	Grossesse et accouchement	63 781	42 %
O00-O08	dont : interruption de grossesse	12 206	8 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	17 735	12 %
K00-K08	dont : - maladies des dents, du parodonte	9 768	6 %
K58-K59	- syndrome de l'intestin irritable et autres troubles	1 225	1 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	17 538	11 %
Z36	dont : - dépistage prénatal	2 592	2 %
Z31.2	- fécondation in vitro	2 671	2 %
	- "séjours pour cancérologie" ²	1 942	1 %
Z30.2	- stérilisation	1 033	1 %
N60-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	9 783	6 %
N80-N98	dont : - affections non inflammatoires de l'appareil génital	5 544	4 %
N97	- stérilité	900	1 %
	Autres	44 167	29 %
	Total	153 004	100 %

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine) sont exclus de ce dénombrement.² voir liste des codes ci-contre ; par ailleurs, on dénombre 1 459 séjours chez les hommes et 1 916 chez les femmes avec un diagnostic principal de tumeurs malignes (C00-C97).³ luxations, entorses et lésions musculo-tendineuses récentes d'origine traumatique, voir liste des codes ci-contre**3 Causes de décès des personnes de 15 à 44 ans**

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003 et 1981-1983)

Cause médicale de décès	2001-2003			1981-83
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Traumatismes, empoisonnements	554	136	690	897
dont : - suicide	241	57	298	259
- accident de la circulation	198	49	247	385
Tumeurs malignes	151	116	267	256
dont : - cancer de la trachée des bronches et du poumon	37	12	49	20
- cancer du sein	III	37	37	27
Maladies de l'appareil circulatoire	75	28	103	119
Pathologies directement liées à la conso. excessive d'alcool ¹	58	18	76	96
Autres	188	85	272	252
Total toutes causes	1 026	383	1 408	1 620

Source : INSERM CépiDc

¹ décès par psychose alcoolique et alcoolisme, ou cirrhose du foie alcoolique ou non précisée

Ces décès ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à la consommation excessive d'alcool.

4 Motifs d'admission en affection de longue durée des personnes de 15 à 44 ans

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Nbre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Ensemble	
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	1 008	859	1 867	28 %
F20-F29	dont : psychoses	373	158	531	8 %
C00-C97	Cancers	462	750	1 212	18 %
C50	dont : cancer du sein	III	328	328	5 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	404	307	711	11 %
E10-E14	dont : diabète sucré	346	266	612	9 %
I00-I99	Mal. de l'appareil circulatoire	441	179	620	9 %
I20-I25	dont : cardiopathies ischémiques	187	31	218	3 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	218	273	491	7 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	151	245	396	6 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	181	196	377	6 %
K50-K51	dont : rectocolite hémorragique, maladie de Crohn	116	157	273	4 %
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	242	119	361	6 %
	Autres	734	644	1 378	21 %
	Total	3 381	3 180	6 561	100 %

Source : URCAM - DRSM

Définitions**Affection de longue durée (ALD) :** voir fiche "Affections de longue durée".**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir fiche "Diagnos-tics d'hospitalisation".**Fractures :** codes CIM10 : S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72.0-S72.4, S72.7-S72.9, S82, S92, T02.1-T02.5, T08, T10, T12, T14.2.**Luxations, entorses et lésions musculo-tendineuses récentes d'origine traumatique :** codes CIM10 : S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6.**Séjours de cancérologie :** ont été retenus :
- les séjours comportant un des codes CIM10 Z08, Z51.1, Z85 en diagnostic principal (avec ou sans diagnostic relié), et
- les séjours avec un des codes CIM10 Z00 à Z99 en diagnostic principal et un des codes CIM10 C00 à C97 en diagnostic relié.**Taux comparatif de mortalité :** voir définitions page 19.

Santé des personnes de 45 à 74 ans

Contexte national

En 2005, la France compte 20 millions de personnes âgées de 45 à 74 ans^[1]. Le poids de cette population va continuer à croître dans les années à venir pour représenter 37 % de la population en 2020 contre 28 % en 1990^[1, 2]. Dans cette tranche d'âge, sous l'effet conjugué du vieillissement physiologique et de l'exposition aux facteurs de risque des années antérieures, apparaissent de façon massive des problèmes de santé de nature et de gravité très variées : atteintes bénignes mais qui altèrent la qualité de vie et nécessitent de fréquents recours aux soins (problèmes visuels ou arthrose par exemple) ou affections plus sévères mettant en jeu le pronostic vital, cancers et maladies cardio-vasculaires principalement. Cette période de la vie se caractérise aussi par un certain nombre de situations de rupture (départ des enfants de la cellule familiale, fin de la période de fécondité pour les femmes, cessation de l'activité professionnelle...), pouvant contribuer à faire émerger ou à aggraver certains états pathologiques.

Depuis le début des années 1980, la mortalité des 45-74 ans a diminué de plus de 30 %, chez les hommes comme chez les femmes. Cette baisse concerne toutes les pathologies, mais est essentiellement due au recul marqué de la mortalité cardio-vasculaire (- 51 %). Malgré cette évolution, l'écart de mortalité entre les sexes ne s'est pas réduit au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité masculins restant plus de deux fois supérieurs aux taux féminins (fig. 1)^[3].

Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est considérable. Sur 278 000 nouveaux cas annuels de cancers, 62 % surviennent entre 45 et 74 ans. Les localisations les plus fréquentes sont la prostate, le poumon et les voies aérodigestives supérieures pour les hommes, le sein et le côlon-rectum pour les femmes^[4]. Les cancers sont à l'origine de près de la moitié des décès dans cette classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes^[3]. Ils représentent 30 % des motifs d'admission en affection de longue durée (ALD)^[5]. Les taux de mortalité masculins par tumeur sont deux fois supérieurs aux taux féminins entre 45 et 74 ans, en raison principalement de la fréquence des cancers liés à l'alcool et au tabac chez les hommes^[3].

Les affections cardio-vasculaires occupent également une place très importante dans la morbidité et la mortalité des 45-74 ans. Comme les cancers, ces pathologies motivent plus de 30 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge, l'hypertension artérielle sévère et la maladie coronaire représentant à elles seules 10 et 9 % du nombre total d'admissions^[4]. Le poids de ces affections dans la mortalité, bien que considérable (20 % des décès), est par contre nettement moindre que celui des cancers (45 % des décès). Pour ce groupe d'âge, les taux de mortalité masculins par maladies cardio-vasculaires sont 2,5 fois plus élevés que les taux féminins^[3].

Les affections cardio-vasculaires sont à l'origine d'un recours aux soins important, tant à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, ces pathologies représentent 11 % des diagnostics principaux d'hospitalisation, les affections le plus souvent en cause étant les cardiopathies ischémiques et les troubles de la conduction et du rythme chez les hommes, les varices des membres inférieurs et les cardiopathies ischémiques chez les femmes^[6].

En médecine de ville, les pathologies cardio-vasculaires concernent 35 % des séances en 2005, l'hypertension artérielle étant le plus souvent en cause (19 % des séances en 1998)^[7, 8]. S'y ajoutent les séances motivées par la prise en charge de facteurs de risque cardio-vasculaire comme les

troubles du métabolisme des lipides (9 %) ou le diabète (4,6 % des séances en 1998)^[8]. Cette dernière affection représente d'ailleurs 18 % des motifs d'admission en ALD entre 45 et 74 ans^[3].

Les morts violentes ne représentent que 7 % des décès dans la population des 45-74 ans contre 41 % chez les 15-44 ans. Mais cela résulte de l'émergence massive des affections cardio-vasculaires et des cancers parmi les causes de mortalité de cette classe d'âge. Le taux de morts violentes est en réalité 1,5 fois plus élevé entre 45-74 ans qu'entre 15-44 ans, la moindre mortalité par accident de la circulation des personnes de 45 à 74 ans ne compensant pas leur mortalité nettement plus élevée par suicide et par chute^[3].

Les taux d'hospitalisation pour traumatisme sont proches pour les deux classes d'âge, le moindre taux masculin entre 45 et 74 ans compensant le taux plus élevé observé chez les femmes de cet âge^[6]. Chez ces dernières, les conséquences des chutes sont, en effet, souvent aggravées par la fréquence de l'ostéoporose post-ménopausique.

Les taux de mortalité masculins par traumatismes et empoisonnements des 45-74 ans sont toutefois 2,5 fois plus élevés que les taux féminins^[3].

Bibliographie page 186

Dans les Pays de la Loire

■ La mortalité régionale des personnes âgées de 45 à 74 ans est proche de la moyenne nationale et présente, comme elle, un écart considérable entre les deux sexes, avec des taux masculins 2,5 fois plus élevés que les taux féminins (fig. 1)^[3].

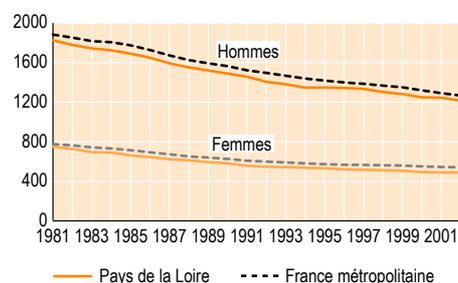
■ Les tumeurs représentent 46 % des causes de décès chez les hommes de 45 à 74 ans et 48 % chez les femmes, et les affections cardio-vasculaires respectivement 19 et 17 % (fig. 2). Depuis le début des années 1980, la mortalité a diminué de plus de 30 %, pour les hommes comme pour les femmes de cette classe d'âge (fig. 1). Cette évolution est principalement liée à la baisse de la mortalité cardio-vasculaire (- 52 %). Le poids des pathologies directement ou indirectement liées à la consommation excessive d'alcool est également en diminution, mais reste important (fig. 2)^[3].

■ Sur le million de Ligériens âgés de 45 à 74 ans, plus de 29 000 soit près de 3 % ont été admis en ALD en moyenne chaque année sur la période 2002-2004. Les cancers sont à l'origine de 34 % de ces admissions, devant les maladies cardio-vasculaires (29 %) et le diabète (16 %) (fig. 4). Par rapport à la période 1999-2001, le nombre annuel moyen d'admissions en ALD a augmenté de 10 % dans la région, en lien principalement avec une hausse du nombre d'admissions pour cancer (+ 15 %) et pour diabète (+ 13 %)^[9].

■ Plus de 324 000 séjours hospitaliers en unités de court séjour ont concerné des Ligériens de 45 à 74 ans en 2004. Dans cette classe d'âge, les diagnostics d'hospitalisation sont très variés. Les cancers, si l'on considère à la fois les tumeurs malignes et les soins de cancérologie, représentent 16 % des diagnostics principaux d'hospitalisation pour les hommes et 13 % pour les femmes (fig. 3)^[10]. Comme au niveau national, le taux comparatif d'hospitalisation des 45-74 ans a augmenté entre 1998 et 2004 (+ 9 %), en lien notamment avec une hausse des recours pour tumeurs au cours de cette période^[10].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes de 45 à 74 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000**2 Diagnostics principaux d'hospitalisation des personnes de 45 à 74 ans¹**

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
HOMMES			
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins dont : "séjours de cancérologie" ²	30 357 11 766	18 % 7 %
C00-D48	Tumeurs	26 569	15 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	15 846	9 %
C61	- cancer de la prostate	2 884	2 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	20 975	12 %
I20-I25	dont : cardiopathies ischémiques	6 256	4 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	20 631	12 %
K40-K46	dont : hernie	5 005	3 %
M00-M99	Mal. syst. ostéo-art., muscles, tissu conj.	13 101	8 %
M65-M79	dont : - lésions des synoviales et des tendons, enthésopathies	3 606	2 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	9 008	5 %
	dont : - fractures ²	2 591	1 %
	- luxations, entorses, lésions muscul.	1 269	1 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	8 822	5 %
N30	dont : hyperplasie de la prostate	3 499	2 %
	Autres	43 594	25 %
	Total	173 057	100 %
FEMMES			
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins dont : "séjours de cancérologie" ²	25 505 8 791	17 % 6 %
C00-D48	Tumeurs	21 415	14 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	10 311	7 %
C50	- cancer du sein	3 336	2 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	16 943	11 %
K57	dont : diverticulose intestinale	2 899	2 %
M00-M99	Mal. syst. ostéo-art., muscles, tissu conj.	15 002	10 %
M65-M79	dont : lésions des synoviales et des tendons, enthésopathies	3 907	3 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	11 828	8 %
I83	dont : varices des membres inférieurs	4 164	3 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	10 821	7 %
N81	dont : prolapsus génital	2 811	2 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	10 444	7 %
H25-H26	dont : cataracte	8 298	5 %
H28.0-H28.2			
	Autres	39 134	26 %
	Total	151 092	100 %

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine) sont exclus de ce dénombrement.² voir liste des codes ci-contre³ luxations, entorses et lésions musculo-tendineuses récentes d'origine traumatique, voir liste des codes ci-contre**3 Causes de décès des personnes de 45 à 74 ans**

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003 et 1981-1983)

Cause médicale de décès	2001-2003			1981-83
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Tumeurs malignes	2 806	1 344	4 150	3 463
- cancer de la trachée				
dont : des bronches et du poumon	673	128	801	452
- cancer des VADS ¹	373	38	411	587
- cancer du colon-rectum	270	141	411	336
- cancer du sein	///	334	334	268
Mal. de l'appareil circulatoire	1 173	482	1 655	2 631
dont : - cardiopathies ischémiques	470	117	587	956
- mal. cérébrovasculaires	235	141	376	787
Traumatismes et empoisonnements	542	228	770	903
dont : suicide	240	92	332	326
Pathologies directement liées à la conso. excessive d'alcool ²	414	122	536	809
Autres	1 151	637	1 788	2 009
Total	6 086	2 813	8 899	9 815

Source : INSERM CépiDc

¹ voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche et pharynx, larynx, et œsophage² décès par psychose alcoolique et alcoolisme, ou cirrhose du foie alcoolique ou non précisée

Ces décès ne comprennent qu'une partie de la mortalité réellement imputable à la consommation excessive d'alcool.

4 Motifs d'admission en affection de longue durée des personnes de 45 à 74 ans

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Nbre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Ensemble	
C00-C97	Cancers	5 542	4 323	9 865	34 %
C50	dont : - cancer du sein	///	2 208	2 208	8 %
C61	- cancer de la prostate	1 921	///	1 921	7 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	5 763	2 613	8 376	29 %
I20-I25	dont : - cardiopathies isch.	2 125	654	2 779	10 %
I10-I15	- hypertension artéri.	1 214	1 008	2 222	8 %
I70-I79	- artériopathies	947	205	1 152	4 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques	2 968	1 977	4 945	17 %
E10-E14	dont : diabète	2 871	1 923	4 794	16 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	781	1 133	1 914	7 %
F30-F39	dont : troubles de l'humeur	230	431	661	2 %
	Autres	2 299	1 721	4 020	14 %
	Total	17 353	11 767	29 120	100 %

Source : URCAM - DRSM

Définitions**Affection de longue durée (ALD) :** voir fiche "Affections de longue durée".**Diagnostic (principal) d'hospitalisation :** voir fiche "Diagnostics d'hospitalisation".**Fractures :** codes CIM10 : S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72.0-S72.4, S72.7-S72.9, S82, S92, T02.1-T02.5, T08, T10, T12, T14.2.**Luxations, entorses et lésions musculo-tendineuses récentes :** codes CIM10 : S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6.**Séjours de cancérologie :** ont été retenus :
- les séjours comportant un des codes CIM10 Z08, Z51.1, Z85 en diagnostic principal (avec ou sans diagnostic relié), et
- les séjours avec un des codes CIM10 Z00 à Z99 en diagnostic principal et un des codes CIM10 C00 à C97 en diagnostic relié.**Taux comparatif de mortalité :** voir définitions page 19.

Santé des personnes de 75 ans et plus

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2005, l'Insee estime à 4,9 millions l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus, soit 8 % de la population totale. Un million d'entre elles sont âgées de plus de 85 ans, et 113 000 de plus de 95 ans. Les femmes, qui ont une espérance de vie sensiblement supérieure à celle des hommes, sont deux fois plus nombreuses que les hommes^[1]. D'ici 2015, leur effectif va atteindre 5,8 millions (+ 18 %)^[2]. Au cours de la même période (2005-2015), l'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 71 %^[2]. L'augmentation du nombre de personnes âgées résulte principalement du recul marqué de la mortalité, l'espérance de vie à 75 ans atteignant onze ans pour les hommes et treize ans pour les femmes en 2004^[3]. Les épidémiologistes ont également constaté une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité : les personnes âgées vivent plus longtemps, et en meilleure santé^[4].

L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence des situations de polypathologies, la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques^[5]. Avec les années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies, s'ajoutent à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences qui réduisent leur autonomie^[6].

Avec la croissance des incapacités, les besoins d'aides augmentent, que ces aides viennent de l'entourage ou de services professionnels (voir fiche "Aides à l'autonomie des personnes âgées"). Certaines personnes, et notamment les plus isolées et âgées d'entre elles, sont amenées à entrer en institution (près de 650 000 personnes fin 2003)^[7]. Mais la majorité des personnes vivent à domicile y compris jusqu'aux grands âges^[8].

Parmi les principales pathologies qui affectent les personnes âgées, les maladies cardio-vasculaires sont au premier plan. Elles représentent 70 % des motifs de séjours de soins de ville pour ce groupe d'âge, et plus d'un décès sur trois a pour origine une pathologie cardio-vasculaire^[9, 10]. L'augmentation de l'espérance de vie des 75 ans et plus s'explique, pour une large part, par une baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires, due à l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies et notamment au traitement de l'hypertension artérielle^[10].

Les cancers constituent l'autre grande cause de morbidité et de mortalité de ce groupe d'âge, avec 24 % des admissions en affection longue durée (ALD), et 19 % des décès^[10, 11].

Les troubles mentaux deviennent particulièrement fréquents avec l'âge, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels comme l'anxiété et les états dépressifs ou de troubles organiques comme les démences dégénératives, et notamment la maladie d'Alzheimer (voir fiche "Maladie d'Alzheimer et autres démences"). Selon l'enquête Paquid, la démence touche 13,2 % des hommes et 20,5 % des femmes âgées de 75 ans et plus^[12].

La pathologie accidentelle, et des chutes en particulier, est fréquente chez les personnes âgées. Bien qu'une faible proportion d'entre elles s'accompagne d'un traumatisme physique grave, leurs conséquences en termes d'hospitalisation et de décès sont importantes. En 2004, les fractures ont constitué le diagnostic principal de 126 000 hospitalisations, et plus de 4 000 personnes de plus de 75 ans sont décédées d'une chute accidentelle en 2003^[10, 13].

Les suicides, dont la fréquence augmente fortement avec l'âge, sont responsables de 1 700 décès chaque année chez les 75 ans et plus, des décès très majoritairement masculins (74 %)^[10].

Au cours de la période 1998-2004, on observe une progression des recours aux soins hospitaliers des personnes de ce groupe d'âge, en particulier pour des pathologies qui améliorent sensiblement leur qualité de vie. Ainsi, près de 300 000 opérations pour cataracte ont été effectuées en 2004 au bénéfice des 75 ans et plus, soit 10 % des motifs d'hospitalisation en court séjour^[13].

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^[14]. Pour prévenir l'apparition des incapacités liées à l'âge, le plan national "Bien vieillir" 2007-2009 a orienté ses actions vers les 55-75 ans afin que ceux-ci adoptent des conduites favorables au "bien vieillir". Ce plan privilégie en particulier des actions dans le domaine de la nutrition et souhaite favoriser le développement des activités physiques et sportives. Il s'attache également à prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie (accidents de la vie courante, déficits visuels ou auditifs, prévention des cancers et soins bucco-dentaires). Enfin, ce plan propose un certain nombre de mesures visant à favoriser les solidarités entre générations pour que, en fin de vie, lorsque les incapacités deviennent un vrai handicap, l'entourage continue à jouer son rôle de premier soutien^[15].

Bibliographie page 186

Dans les Pays de la Loire

■ Au 1^{er} janvier 2005, 280 000 Ligériens étaient âgés de 75 ans ou plus (dont 60 000 de plus de 85 ans)^[1]. Leur effectif devrait atteindre 334 000 en 2015 (+ 22 %)^[2].

■ La mortalité régionale des personnes âgées de 75 ans et plus diffère peu de la moyenne nationale, avec une baisse pour les deux sexes de plus de 30 % depuis le début des années 1980 (fig. 1). Cette baisse de la mortalité est essentiellement due à la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires (- 43 %)^[10].

Le taux comparatif de mortalité des hommes est 1,6 fois supérieur à celui des femmes dans cette classe d'âge (contre 2,5 chez les 45-74 ans) (fig. 1)^[11].

■ Plus de 18 000 personnes âgées de 75 ans et plus ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) sur la période 2002-2004 : les motifs d'admission sont les pathologies cardio-vasculaires (42 %), les cancers (24 %) et les troubles mentaux (14 %) (fig. 4)^[16].

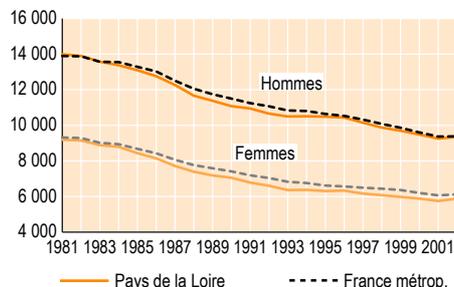
■ Pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies oculaires constituent les diagnostics principaux les plus fréquents des séjours hospitaliers (fig. 2)^[17].

Chez les femmes, les lésions traumatiques et empoisonnements représentent le troisième motif de recours hospitalier, après les maladies de l'appareil circulatoire et les problèmes oculaires. Les fractures ont motivé plus de 5 400 séjours hospitaliers, dont un tiers concernent le col du fémur (fig. 2)^[17].

Comme au niveau national, le taux comparatif d'hospitalisation des 75 ans et plus a augmenté entre 1998 et 2004 (+ 7 %). Cette augmentation est notamment liée à un recours plus fréquent pour le traitement des affections oculaires (traitement de la cataracte principalement)^[17].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000**2 Diagnostics principaux d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus¹**

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
HOMMES			
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	12 374	19 %
I20-I22	dont : - angine de poitrine et infarctus	1 897	3 %
I50, I971	- insuffisance cardiaque	3 233	5 %
I44-I49	- troubles de la conduction et rythme cardia.	1 835	3 %
C00-D48	Tumeurs	8 561	13 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	6 456	10 %
C61	- cancer de la prostate	951	1 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	7 295	11 %
	dont : cataracte ²	6 203	9 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	5 972	9 %
	dont : - "séjours pour cancérologie" ²	2 187	3 %
Z51.5	- soins palliatifs	700	1 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	5 736	9 %
K40-K46	dont : hernie	1 253	2 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	4 578	7 %
J12-J18	dont : pneumonie	1 509	2 %
N00-N51	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 463	5 %
N40	dont : hyperplasie de la prostate	1 440	2 %
Autres		18 429	28 %
Total		66 408	100 %
FEMMES			
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	13 729	16 %
I20-I22	dont : - angine de poitrine et infarctus	1 626	2 %
I50, I971	- insuffisance cardiaque	3 738	4 %
I44-I49	- troubles de la conduction et rythme cardia.	1 980	2 %
H00-H59	Maladies de l'œil et annexes	13 525	15 %
	dont : cataracte ²	12 054	14 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	8 231	9 %
S720	dont : fracture du col du fémur	1 804	2 %
C00-D98	Tumeurs	7 502	9 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	5 368	6 %
C18-C20	- cancer du côlon-rectum	892	1 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	7 069	8 %
K56, K91.3	dont : - iléus paralytique, occlusion intestinale	882	1 %
K57	- diverticulose intestinale	1 154	1 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	6 805	8 %
	dont : - "séjours pour cancérologie" ²	2 155	2 %
Z51.5	- soins palliatifs	589	1 %
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-artic., muscles, tissu conj.	5 703	7 %
M16-M17	dont : arthroses de la hanche, du genou	2 057	2 %
Autres		24 839	28 %
Total		87 403	100 %

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine) sont exclus de ce dénombrement.² voir liste des codes ci-contre**3 Causes de décès des personnes de 75 ans et plus**

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Ensemble
Maladies de l'appareil circulatoire	2 758	4 264	7 022
dont : - cardiopathies ischémiques	815	957	1 772
- mal. vascul. cérébrales	621	1 057	1 678
- insuffisance cardiaque et mal. cardia. mal définies	503	895	1 398
Tumeurs malignes	2 043	1 659	3 702
dont : - cancer du côlon-rectum	257	277	534
- cancer de la prostate	422	///	422
Maladies de l'appareil respiratoire	664	822	1 486
dont : - pneumonie et bronchopneumonie	194	301	495
- bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	222	180	402
Symptômes, signes et états morbides mal définis	368	893	1 261
dont : sénilité sans mention de psychose	88	338	426
Traumatismes, empoisonnements	422	600	1 022
dont : - chutes accidentelles	85	143	228
- suicides	93	36	129
Autres	1 670	2 745	4 415
Total toutes causes	7 925	10 983	18 908

Source : INSERM CépiDc

4 Motifs d'admission en affection de longue durée des personnes de 75 ans et plus

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Nbre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Ensemble	
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	3 228	4 419	7 647	42 %
I10-I15	dont : - hypertension artérielle	597	1 256	1 853	10 %
I20-I25	- cardiopathies ischémiques	784	876	1 660	9 %
I50	- insuffisance cardiaque	486	699	1 185	7 %
C00-C97	Tumeurs malignes	2 392	1 859	4 251	23 %
C61	dont : - cancer de la prostate	950	///	950	5 %
C18-C21	- cancer du côlon-rectum	314	345	659	4 %
C50	- cancer du sein	///	494	494	3 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	679	1 877	2 556	14 %
F00-F09	dont : troubles mentaux organiques, démences	591	1 575	2 166	12 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	599	745	1 344	7 %
E10-E14	dont : diabète	590	738	1 328	7 %
Autres		1 017	1 292	2 309	13 %
Total		7 906	10 185	18 091	100 %

Source : URCAM - DRSM

Définitions**Affection de longue durée (ALD)** : voir fiche "Affections de longue durée".**Cataracte** : codes CIM10 : H25-H26, H28.0-H28.2.**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir fiche "Diagnostics d'hospitalisation".**Séjours de cancérologie** : ont été retenus :
- les séjours comportant un des codes CIM10 Z08, Z51.1, Z85 en diagnostic principal (avec ou sans diagnostic relié), et
- les séjours avec un des codes CIM10 Z00 à Z99 en diagnostic principal et un des codes CIM10 C00 à C97 en diagnostic relié.**Taux comparatif de mortalité** : voir définitions page 19.

Disparités de santé

Contexte national

La France connaît une situation jugée relativement favorable au plan sanitaire, qui la situe parmi les pays ayant les systèmes de santé les plus performants au monde [1]. Mais notre pays se caractérise aussi par le fait que les disparités de santé sont particulièrement marquées, entre groupes sociaux, selon le sexe, mais aussi sur le plan géographique.

De nombreuses études ont analysé les inégalités sociales de santé et ont montré, en France comme au plan international, une forte corrélation entre la position sociale et l'espérance de vie, et plus largement la morbidité [2-4]. Entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté en France pour toutes les catégories sociales, mais ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps, et les cadres et les professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue (respectivement 39 et 46 ans). Ainsi, l'espérance de vie des hommes cadres, calculée en moyenne sur l'ensemble de la période 1991-1999, dépasse de sept ans celle des ouvriers, selon l'étude produite par l'Insee à partir de l'Echantillon démographique permanent (EDP). Au cours des deux dernières décennies, l'Insee constate également que les écarts de mortalité entre milieux sociaux sont en hausse pour les hommes, alors qu'ils restent stables pour les femmes [5].

Concernant les disparités de santé liées au sexe, la France fait partie des pays de l'Union européenne où les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes sont relativement élevés. Ces différences sont toutefois encore plus marquées parmi les nouveaux entrants d'Europe de l'Est [6]. En France, les hommes et les femmes ont une espérance de vie à 35 ans de respectivement 41 ans et 48 ans, soit sept ans d'écart. Ces disparités s'observent également au sein de chaque catégorie sociale, les écarts entre hommes et femmes étant plus réduits en haut de l'échelle sociale : cet écart varie ainsi de quatre ans entre hommes et femmes cadres contre huit années et demie entre employés et employées. Globalement, les disparités selon le sexe l'emportent sur les écarts entre catégories sociales. Les ouvrières, qui ont l'espérance de vie la plus courte parmi les femmes actives (47 ans), vivent ainsi légèrement plus longtemps que les hommes cadres (46 ans) [5].

Les écarts de mortalité entre hommes et femmes traduisent des différences profondes d'attitude vis-à-vis de la santé, qui ont tout d'abord une composante physiologique. Le cycle menstruel, les maternités, et plus généralement la physiopathologie rythment la vie des femmes et conditionnent leur rapport à la santé. Mais ces disparités traduisent aussi des expériences corporelles et sociales profondément différentes selon le sexe, en résonance par rapport aux stéréotypes sociaux : avec un modèle de comportement orienté vers la séduction et une plus grande attention au corps et à la santé pour les femmes, et un modèle porté vers la performance, la compétition et la prise de risque pour les hommes.

En revanche, même si elles vivent plus longtemps que les hommes, les femmes ont des scores de "santé ressentie",

(physique et mentale) inférieurs à ceux des hommes [7]. En ce qui concerne plus particulièrement la santé mentale positive, on retrouve les mêmes différences au niveau européen, les hommes ayant des scores plus élevés que les femmes, quel que soit le pays [8]. Dès l'adolescence, les garçons déclarent une meilleure qualité de vie que les filles : ils ont des scores d'estime de soi, d'anxiété et de dépression plus favorables [9].

Enfin, sur le plan géographique, l'espace national français est considéré comme un des plus hétérogènes d'Europe, tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels [10]. Il y a 3,5 années d'écart d'espérance de vie entre les zones d'emploi extrêmes pour les hommes et 3,3 ans pour les femmes. Les deux principales zones de surmortalité s'étendent du littoral du Nord-Pas-de-Calais à l'Alsace d'une part, et à l'ouest d'une ligne Saint-Nazaire/Saint-Brieuc d'autre part. Ces variations spatiales ne sont pas seulement dues aux disparités de composition sociale, mais traduisent également des comportements spécifiques face à la santé, aussi bien en matière d'habitudes alimentaires, que de conduites à risque ou de recours aux soins [11].

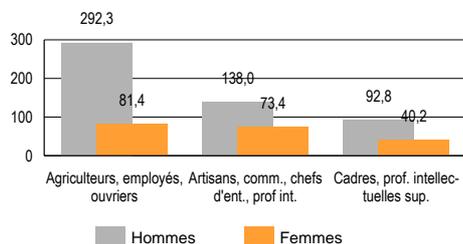
L'ensemble de ces observations illustrent la complexité de l'analyse des déterminants de la santé. Un certain nombre de travaux ont ainsi montré les effets protecteurs de la cohésion sociale au sein d'un quartier ou d'une communauté spécifique, qui, en affectant les comportements relatifs à la santé (contrôle social, importance de l'activité physique, diffusion des connaissances...), peut également produire des effets positifs sur la santé [2].

Bibliographie page 187

Dans les Pays de la Loire

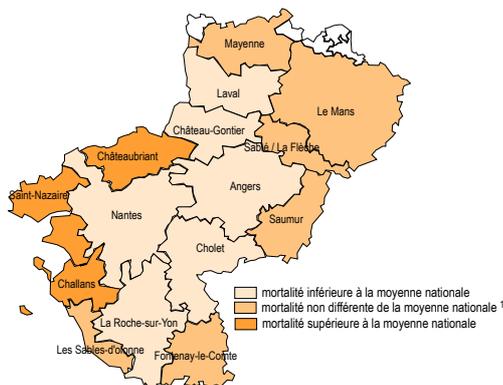
- On retrouve les mêmes écarts de mortalité selon le groupe socioprofessionnel dans les Pays de la Loire et en France. En 2001-2003, le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-employés-ouvriers que pour les cadres et professions intellectuelles : les écarts selon le groupe social existent également pour les femmes mais ils sont nettement moins marqués (fig. 1) [12].
- Dans la région, trois territoires de santé présentent une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale : Saint-Nazaire, Châteaubriant et Challans. Six territoires connaissent une situation de sous-mortalité prématurée : Nantes, Angers, Cholet, Laval, Château-Gontier, La Roche-sur-Yon. Les autres présentent une mortalité prématurée statistiquement non différente de la moyenne nationale (fig. 2) [13].
- D'après l'enquête Baromètre santé 2005 réalisée auprès des jeunes de 12-25 ans de la région, les garçons déclarent des scores de santé physique, mentale et d'estime de soi plus favorables que ceux des filles, et manifestent moins d'anxiété et de dépression (fig. 3) [9].

1 Taux comparatif de mortalité des 25-54 ans selon la catégorie socioprofessionnelle
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)



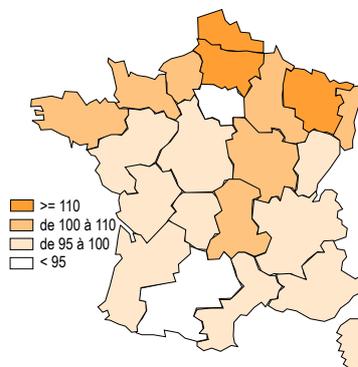
Sources : INSERM CépiDc, INSEE RP 99, ORS
Unité : pour 100 000 habitants

2 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé
Pays de la Loire (moyenne 1996-2000)



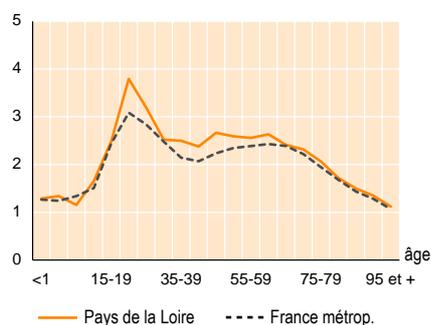
Sources : INSERM CépiDc, INSEE RP 99, ORS
¹ différence non significative au seuil de 5 %

4 Indices comparatifs de mortalité
(moyenne 2001-2003)



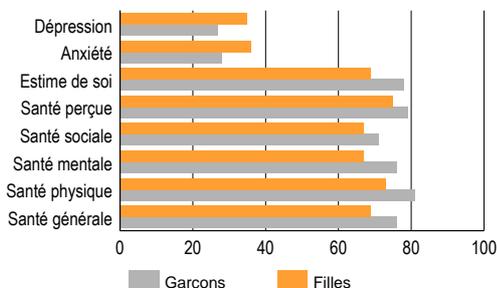
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Pour les régions Limousin, Franche-Comté, Corse, Centre et Basse-Normandie, les différences observées ne sont pas significatives au seuil de 5 %.

5 Ratio de surmortalité masculine selon l'âge
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

3 Score moyen de l'échelle de Duke chez les 12-25 ans selon le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

Définitions

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

Mortalité prématurée : décès survenu avant 65 ans.

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

Taux et indice comparatifs de mortalité : voir définitions page 19.

Problèmes de santé et pathologies

3

Les problèmes de santé et pathologies présentés ci-après sont classés selon les chapitres et sous-chapitres de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM). Ces chapitres regroupent soit des affections localisées à un même appareil (maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif...), soit des affections ayant une communauté d'étiologie (maladies infectieuses, cancers...), ou de groupe d'âge concerné (affections périnatales).

Les données concernant une spécialité médicale peuvent donc être présentées dans différentes fiches thématiques.

Par ailleurs, en raison de la multiplicité des problèmes de santé, un certain nombre d'affections, pourtant fréquentes comme par exemple les pathologies rhumatismales ou les maladies neurologiques, ne sont pas encore étudiées dans cette seconde édition du tableau de bord.

Maladies infectieuses et parasitaires

Contexte national

Les maladies infectieuses traitées dans cette fiche sont celles du chapitre I de la classification internationale des maladies (CIM10). Des pathologies comme la grippe ou les pneumonies, essentielles d'un point de vue de santé publique, sont traitées avec les maladies respiratoires.

Les maladies infectieuses sont provoquées par des virus, des bactéries, des parasites (champignons, protozoaires et métrazoaires), ou des prions. Elles sont le produit d'interactions entre un agent infectieux, un hôte et un environnement. La grande diversité de ces affections provient du nombre considérable de micro-organismes impliqués, qui peuvent provenir de réservoirs humains, animaux, alimentaires, environnementaux... Les maladies infectieuses sont transmissibles, leurs modes de transmission étant également très variés : contact direct, air, eau, alimentation, respiratoire, digestif, sexuel... Elles peuvent ainsi engendrer des endémies (persistance d'une maladie dans une région) et des épidémies (propagation rapide d'une maladie chez un grand nombre d'individus) qui, lorsqu'elles s'étendent largement dans le monde, donnent lieu à une pandémie. Ces phénomènes peuvent avoir des conséquences sanitaires dramatiques, comme par exemple, la pandémie de grippe espagnole au début du XIX^e siècle (30 millions de morts) ou la présence endémique du paludisme dans de nombreuses régions tropicales et subtropicales (un à trois millions de décès par an dans le monde) [1].

L'amélioration de l'hygiène, l'introduction des antibiotiques, l'apparition et la diffusion des vaccinations ont permis une réduction majeure du risque infectieux au cours du XX^e siècle dans les pays développés. Certaines maladies ont fortement régressé et la variole, responsable de millions de décès dans le monde, a été éradiquée grâce à la vaccination. La mortalité liée aux maladies infectieuses a diminué de façon très importante. Malgré ces progrès considérables, ces maladies restent une des principales causes de mortalité dans le monde. Elles sont responsables de 43 % des décès dans les pays en développement contre 1 % dans les pays industrialisés [2].

En France, 2 % des décès sont dus à des maladies infectieuses (plus de 11 000 décès en 2003) [3]. Ce taux de décès est l'un des plus élevés de l'Union européenne, plaçant la France au sixième rang (sur 23 pays documentés) [4]. Le risque de décès par maladies infectieuses a augmenté jusqu'au milieu des années 1990, puis diminué (fig. 5) [3], cette tendance étant essentiellement due à l'émergence du sida puis à la mise en place de traitements efficaces contre cette infection [5, 6]. La même évolution est constatée au niveau du nombre d'hospitalisations dans les services de court séjour : 1 % des séjours (plus de 200 000) avaient pour diagnostic principal une maladie infectieuse en 2004 ; comme les décès, ces séjours sont en diminution (- 18 % depuis 1998, fig. 6) [7]. La mortalité par infection augmente avec l'âge (2 % des décès par infection surviennent avant 25 ans, 20 % entre 25 et 65 ans, et 78,5 % après 65 ans) [3]. Près de 41 % des décès sont dus à des septicémies, ces pathologies représentant la principale cause de décès chez les sujets âgés (45 %). En dehors des septicémies, les infections intestinales (20 %) et les infections à méningocoques (17 %) dominent la mortalité infectieuse pour les sujets de moins de 25 ans, tandis que le sida (35 %) et les hépatites (11 %) dominent chez les adultes jeunes. Les mêmes pathologies constituent le motif principal des hospitalisations en court séjour : les infections les plus fréquemment en cause sont les infections intestinales (33 %) qui concernent essentiellement les moins de 25 ans et les septicémies (17 %)

dont près des deux tiers affectent des personnes âgées (65 ans et plus). Les motifs de séjour des patients âgés de 25 à 65 ans sont plus hétérogènes, les pathologies les plus fréquentes étant les hépatites virales (17 %), les infections intestinales (14 %), les septicémies (13 %) et les maladies dues au VIH (12 %) [7].

Au cours des dernières décennies, l'augmentation des mouvements de population ou l'expansion du commerce international sont des exemples de facteurs qui ont transformé les micro-organismes, leur environnement mais aussi les dynamiques de transmission des maladies infectieuses. Ainsi, on observe une nette émergence et réémergence des infections : leur incidence dans les pays occidentaux a augmenté de 10 à 20 % ces quinze dernières années [2]. Certaines pathologies comme la tuberculose voient leur incidence augmenter, d'autres émergent véritablement en raison de la découverte d'un nouvel agent infectieux (virus Ebola, VIH 1 et 2...). En outre, l'utilisation importante d'antibiotiques ayant entraîné l'apparition de multirésistances, les traitements sont devenus moins efficaces, favorisant le développement de problèmes sanitaires tels que les infections nosocomiales.

La prévention des maladies infectieuses s'articule autour de plusieurs actions : l'amélioration et la diffusion des mesures d'hygiène, la vaccination, la connaissance des agents infectieux impliqués et du mode de transmission de la maladie, le dépistage et les traitements mais aussi la veille épidémiologique. En effet, une compréhension approfondie des dynamiques de propagation de ces maladies est indispensable à la prévention des épidémies. En France, cette surveillance, coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), est basée sur des signaux issus soit de systèmes de surveillance (e.g. le système de notification hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire), soit de différentes institutions ou organismes (Ddass, Centres nationaux de référence (CNR), Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), réseaux de cliniciens ou de biologistes sentinelles volontaires, Organisation mondiale de la santé...).

Bibliographie page 187

Dans les Pays de la Loire

■ 480 décès par maladies infectieuses et parasitaires (1 %) ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2001 et 2003. Ces décès surviennent le plus souvent (81 %) après 65 ans, mais on dénombre 90 décès avant 65 ans (fig. 1). Le taux masculin de mortalité est 1,6 fois supérieur au taux féminin (fig. 5). La même tendance évolutive qu'au niveau national est observée : augmentation du nombre de décès jusqu'au milieu des années 1990 puis diminution (impact de l'épidémie de sida). En 2001-2003, la mortalité par maladies infectieuses reste nettement inférieure à la moyenne nationale : - 22 % chez les hommes, - 17 % chez les femmes (fig. 1) [3].

■ Les maladies infectieuses et parasitaires ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 9 300 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée. A structure par âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure à la moyenne nationale (- 23 %). Cette moindre fréquence régionale s'observe pour tous les groupes de pathologies à l'exception des maladies dues au VIH (fig. 4). Comme au niveau national, entre 1998 et 2004, le nombre de ces séjours a globalement diminué de 9 % (fig. 6) [8].

1 Décès par maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	62	172	234	78*
Femmes	31	217	248	83*
Ensemble	93	389	482	81*

Source : INSERM CépIdc

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

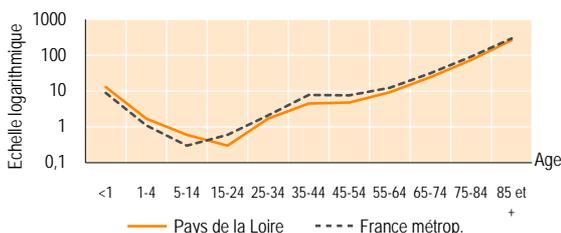
Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une fréquence des séjours hospitaliers pour maladies infectieuses inférieure à la moyenne française.

Elle se situe au 22^e rang des régions métropolitaines en 2003.

2 Taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires selon l'âge

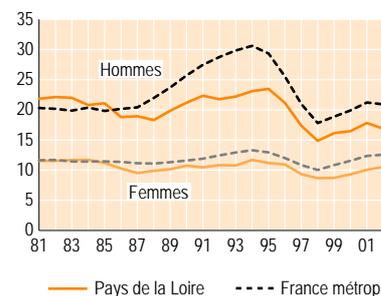
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépIdc, INSEE

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



Sources : INSERM CépIdc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

3 Admissions en affection de longue durée pour maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
A15-A19	Tuberculose	109	77	84	47
B15-B19	Hépatite virale	193	178	119	96
B20-B24	Maladies dues au VIH	100	98	49	48
B90-B94	Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires	16	11	16	10
	Autres	4	1	3	1
A00-B99	Ensemble des maladies infectieuses et parasitaires	422	365	271	202

Source : URCAM - DRSM

4 Séjours hospitaliers pour maladies infectieuses et parasitaires¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours		ICH
		Total	% 75 ans et +	
A00-A09	Maladies intestinales infectieuses	2 890	11 %	71*
A15-A19	Tuberculose	315	20 %	64*
A40, A41	Septicémies	1 484	48 %	74*
A46	Erysipèle	1 129	49 %	nd
A50-A60, A63, A64	Infections sexuellement transmissibles	408	1 %	79*
B15-B19	Hépatites virales	645	4 %	70*
B20-B24	Maladies dues au VIH ²	586	2 %	102
B50-B54	Paludisme	118	0 %	nd
	Autres	1 698	///	///
A00-B99	Ensemble des maladies infectieuses et parasitaires	9 273	20 %	77*

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

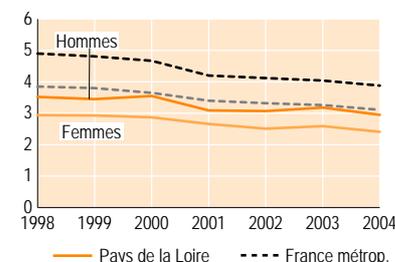
* différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

¹ séjours pour lesquels une maladie infectieuse ou parasitaire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

² à ces séjours s'ajoutent 218 séjours pour séropositivité au VIH (code Z21).

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (ARH, DREES)

Unité : pour 1 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires est basée sur les codes CIM9 001-139 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 A00-B99 (sauf A48.3), D86, G93.3, J65, L08.1, L94.6, N34.1 pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indices comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Sida et infection à VIH

Contexte national

En juin 1981, les premiers cas cliniques d'une maladie qui allait devenir le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) sont décrits aux Etats-Unis. Le sida, défini pour la première fois en 1982, est un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de cellules du système immunitaire, les lymphocytes T4. La destruction de ces cellules est due à un rétrovirus, le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; elle provoque une infection chronique de l'organisme. Deux types de VIH ont été identifiés : le VIH 1, à large répartition géographique, et le VIH 2, présent essentiellement en Afrique de l'Ouest^[1].

En à peine vingt-cinq ans, le VIH s'est propagé à l'ensemble des continents causant la mort de 25 millions de personnes. En 2006, 39,5 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde ; 4,3 millions de nouvelles infections (dont 65 % en Afrique subsaharienne) et 2,9 millions de décès dus à des maladies liées au sida ont été dénombrés^[2, 3].

Si depuis quelques années, des progrès ont été réalisés à l'échelle mondiale pour combattre l'épidémie de sida, avec notamment l'apparition en 1996 de puissantes associations d'antirétroviraux permettant un accès accru à des programmes efficaces de traitement et de prévention, le nombre de personnes vivant avec le VIH et le nombre de décès dus au sida continuent d'augmenter.

En Europe occidentale, le taux de nouveaux diagnostics VIH a doublé entre 1998 et 2005 (passant de 4,2 à 7,4 cas pour 1 000 habitants, sur la base de données disponibles dans 14 pays). En 2005, la France se situe au cinquième rang des pays d'Europe de l'Ouest (déclarant plus de 20 cas par an) les plus touchés par l'épidémie, avec un taux d'incidence du sida de 2,0 cas pour 100 000 habitants. Elle est précédée par le Portugal (7,9), la Suisse (3,7), l'Espagne (3,6) et l'Italie (2,5)^[4].

En France, le nombre de personnes vivantes atteintes du sida au 31 décembre 2005 est estimé à 27 000. Près de 1 200 nouveaux cas de sida et environ 400 décès de personnes ayant développé un sida ont été enregistrés en 2005^[5, 6]. La diminution importante des cas de sida observée après l'introduction des traitements antirétroviraux (- 43 % entre 1996 et 1997 et - 15 % entre 1997 et 1998) est suivie d'une baisse moins marquée depuis 1998 (- 4 à - 8 % par an)^[6].

Plus de 130 000 personnes étaient infectées par le VIH fin 2005, et environ 1 000 décès liés à cette infection ont été dénombrés en 2004^[5, 7]. Depuis 2003, le nombre annuel de personnes qui découvrent leur séropositivité est stable et se situe entre 6 000 et 7 000 cas, cependant, cette stabilité n'est pas observée pour tous les modes de contamination. Ainsi, le nombre de séropositivités nouvellement diagnostiquées est resté stable chez les usagers de drogues ainsi que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (à l'exception des femmes de nationalité étrangère chez lesquelles il a diminué). En revanche, il a augmenté chez les hommes contaminés par relation homosexuelle. Ce mode de contamination est mis en cause dans 27 % des découvertes de séropositivité, et dans près de la moitié (43 %) des découvertes concernant les hommes. L'augmentation constatée dans cette population témoigne d'un retour des pratiques à risque^[6]. En ce qui concerne les contaminations hétérosexuelles (51 %), 57 % affectent des femmes, dont la moitié sont originaires d'Afrique subsaharienne^[8].

L'infection par le VIH peut être détectée avant que les symptômes ne se développent, cette détection précoce permettant une prise en charge thérapeutique des malades et ainsi une diminution de la morbidité et de la mortalité^[9].

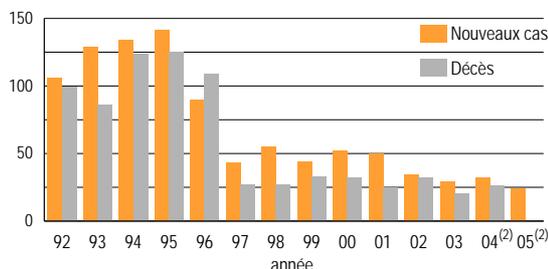
En France, l'activité de dépistage implique de nombreuses structures (laboratoires de ville et hospitaliers, consultations de dépistage anonyme et gratuit...). En 2004, la France, avec plus de 5 millions de tests pratiqués chaque année, est le deuxième pays de l'Union européenne, après l'Autriche, pour le recours au dépistage^[4, 10]. Cependant, certaines personnes accèdent au dépistage et aux soins à un stade trop avancé de la maladie. En 2005, près de 16 % des personnes (environ 600 cas) n'ont découvert leur séropositivité qu'au stade sida de la maladie, ainsi parmi les 1 200 cas de sida diagnostiqués, près de la moitié ignoraient leur séropositivité. En outre, 56 % des malades connaissant leur séropositivité n'ont pas bénéficié de traitements antirétroviraux^[5]. Ces données mettent en évidence l'importance de la poursuite des efforts d'information et de prévention, notamment auprès de populations à risque.

Bibliographie page 187

Dans les Pays de la Loire

- Une centaine de séropositivités ont été découvertes dans la région en 2005 ; ce nombre de cas correspond à un nombre de découvertes de 3 pour 100 000 habitants, inférieur pour moitié à celui de France métropolitaine (6,2). Plus de 60 % de ces séropositivités ont été diagnostiquées chez des hommes, 29 % chez des personnes d'origine subsaharienne. 15 % d'entre elles n'ont été détectées qu'au stade sida de la maladie^[5].
- Depuis 2002, le nombre annuel de nouveaux cas de sida diagnostiqués parmi les habitants des Pays de la Loire s'est stabilisé autour de 30. Le taux d'incidence estimé pour l'année 2005 à 0,65 cas pour 100 000 habitants est inférieur au taux de France métropolitaine (2,0)^[5]. Le nombre de personnes vivant dans la région avec le sida est estimé à environ 530 en juin 2006. Le nombre de décès annuels par infection à VIH s'est stabilisé autour de 30 depuis 1997 (26 décès en 2004) (fig. 1)^[7].
- Comme au niveau national, la proportion de cas de sida diagnostiqués chez des femmes a augmenté (20 % en 1997, plus de 30 % en 2005), cependant, les hommes restent très majoritairement touchés (74 % des cas en 2004-2005)^[5].
- Si, entre 1998 et 2003, la contamination homo-bisexuelle était prépondérante dans la région (plus de 50 % des cas), depuis 2004, les proportions de contamination hétérosexuelle (53 %) et homo-bisexuelle (30 %) sont désormais similaires à celles observées au niveau national^[5].
- Parmi les cas de sida diagnostiqués en 2005, près de 90 % des personnes concernées (19 sur 22) n'ont pas bénéficié de traitement antirétroviral ; cette proportion est la plus faible depuis dix ans. Il s'agit soit de personnes qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au moment du diagnostic du sida (45 %), soit de personnes qui, bien que connaissant leur séropositivité, n'ont pas reçu de traitement antirétroviral avant le diagnostic (25 %) (fig. 2)^[5].
- Selon l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, les Ligériens âgés de 15 à 25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel sont moins nombreux qu'au plan national à déclarer avoir effectué un test de dépistage du sida au cours des douze derniers mois (15 % vs 18 % en France)^[11].
- Ce résultat est cohérent avec l'activité de dépistage dans la région (62 sérologies pour 1 000 habitants, 84 au niveau national). Ce moindre recours régional est associé à un taux de sérologies positives intermédiaire par rapport à celui des autres régions françaises (fig. 3).

1 Nombre de nouveaux cas de sida⁽¹⁾ selon l'année de diagnostic et nombre de décès par sida et infection à VIH selon l'année de décès
Pays de la Loire (1992 - 2005)



Sources : InVS (situation au 30/06/2006), INSERM CépiDc

⁽¹⁾ données de déclaration obligatoire

⁽²⁾ données redressées pour les délais de déclaration

Remarque : après 2004, données non disponibles pour le nombre de décès

Rang au niveau national

Le faible taux d'incidence régional estimé (0,66 nouveau diagnostic pour 100 000 habitants en 2005) positionne les Pays de la Loire au 19^e rang des régions françaises les moins touchées par le sida, derrière la Bourgogne (0,31), la Lorraine (0,34) et la Franche-Comté (0,35). En France métropolitaine, les régions les plus touchées sont l'Île-de-France (3,92), la Corse (1,83) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,64).

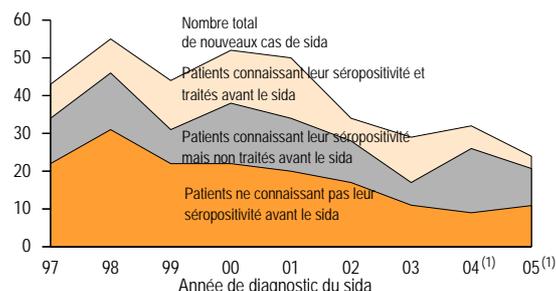
Les principaux acteurs de la lutte contre le sida

Au niveau national, outre les institutions impliquées dans le domaine sanitaire (Ministère, CNRS (Centre national de la recherche scientifique), Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), InVS (Institut de veille sanitaire)...), des structures spécifiques ont été créées afin de lutter contre cette maladie (Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), Conseil national du sida (CNS)...).

L'investissement associatif autour de cette maladie est considérable, et ce, dès le début de l'épidémie impliquant de nombreuses associations (AIDES, Act'Up, Sida Info Service...). Il a permis de réelles avancées, notamment en terme de prise en charge et de droits des malades.

Au niveau régional, des Comités de coordination de lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH) se mettent progressivement en place. Ces instances régionales (qui remplacent les Centres hospitaliers d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)) doivent fédérer les acteurs de la recherche et des soins, de la prévention et du dépistage, qu'ils travaillent au sein des hôpitaux ou à l'extérieur, mais aussi les membres d'associations de malades et d'usagers du système de santé qui représenteront au moins 20 % des membres. Dans la région Pays de la Loire, la mise en place du COREVIH est prévue en mai 2007.

2 Connaissance de la séropositivité et prescription d'un traitement antirétroviral avant le sida
Pays de la Loire (1994 - 2005)



Source : InVS (situation au 30/06/2006) - Données de déclaration obligatoire

⁽¹⁾ données redressées pour les délais de déclaration

3 Activité de dépistage

LaboVIH et Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), Pays de la Loire (2005)

	LaboVIH ⁽¹⁾		CDAG ⁽²⁾	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
Nombre de sérologies	209 077	5 280 904	11 829	326 960
dont sérologies positives	1,1 ‰	2,2 ‰	1,6 ‰	3,8 ‰
Nombre de sérologies pour 1 000 habitants	61,8 ⁽³⁾	84,5	3,5	5,3

Sources : InVS, LaboVIH, CDAG

⁽¹⁾ le taux de participation des laboratoires est de 90 % en Pays de la Loire, de 86 % en France.

⁽²⁾ dans la région, comme en France, 8 % des tests sont réalisés en CDAG.

⁽³⁾ le taux observé dans la région est le plus faible de France.

Définitions

Incidence : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

Maladie à déclaration obligatoire : voir fiche "Tuberculose"

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

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

VIH : Virus d'immunodéficience humaine.

La surveillance du VIH/sida

La surveillance de l'épidémie de sida en France a débuté dès 1986 avec la notification obligatoire des cas de sida. Depuis 2003, la surveillance de l'infection, coordonnée par l'InVS, repose sur plusieurs systèmes anonymisés et complémentaires :

- la notification obligatoire des infections à VIH,
- la surveillance virologique du VIH (développée par le centre national de référence) qui permet d'estimer la part des contaminations récentes (< 6 mois) et de suivre l'évolution des sous-types viraux circulant en France,
- la notification obligatoire des cas de sida, qui permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de l'infection,
- la surveillance de l'activité de dépistage, basée sur deux systèmes :
 - le réseau LaboVIH (activité de dépistage de 86 % des laboratoires de villes et hospitaliers en 2005),
 - et l'activité des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Tuberculose

Contexte national

La tuberculose est une maladie infectieuse causée essentiellement par une bactérie : *Mycobacterium tuberculosis*. L'inhalation des bactéries en suspension dans l'air est le seul mode de contamination ; l'atteinte pulmonaire est la plus fréquente (plus de 70 % des cas en 2005). Si la primo-infection par le bacille est souvent asymptomatique, la maladie déclarée peut être grave, en particulier avant l'âge de 5 ans (méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire). Parmi les adultes ayant présenté une primo-infection, 5 % développeront la maladie dans les deux ans, 5 % dans un délai plus long. En l'absence de traitement, la tuberculose évolue vers une atteinte grave, mortelle dans la moitié des cas en quelques années ^[1].

Au cours des dernières décennies, la mortalité par tuberculose n'a cessé de décroître en Europe occidentale et notamment en France. Ainsi, en métropole, 1 400 décès liés à cette maladie ont été dénombrés en 1990 (0,26 % des décès toutes causes), 40 % de moins en 2004 (824, 0,16 %) ^[2]. Le taux comparatif de mortalité a diminué de 2,6 à 1,6 décès pour 100 000 habitants entre 1990 et 2002, ce taux étant désormais similaire au taux moyen de l'Union européenne (fig. 1) ^[2, 3]. Les décès par tuberculose concernent principalement les personnes âgées de plus de 65 ans (près de 90 %).

En revanche, après des décennies de régression régulière due notamment à la mise en place de traitements efficaces, avec toutefois une recrudescence dans les années 1990 liée à l'émergence du VIH, une stagnation de l'incidence de la tuberculose déclarée est désormais observée autour de 10 cas pour 100 000 (fig. 2) ^[4]. En outre, ce taux d'incidence (8,9 cas pour 100 000 habitants en 2005, près de 5 400 cas notifiés), cache de fortes disparités régionales liées à la répartition des populations à risque, en particulier des migrants en provenance de pays à forte prévalence ^[5, 6]. Les personnes nées à l'étranger représentent, en effet, 48 % des cas ; l'incidence est de 5 cas pour 100 000 personnes nées en France et de 41,5 cas pour 100 000 personnes nées à l'étranger. En France métropolitaine, le taux d'incidence le plus élevé est observé en Ile-de-France (19,7 pour 100 000 habitants en 2005). Il est maximal pour les personnes âgées de plus de 80 ans (21,7 cas pour 100 000), le taux le plus faible concernant les enfants de moins de 15 ans (5 pour 100 000). Cette pathologie affecte plus fréquemment les hommes (60 % des cas) ^[6].

La tuberculose constitue le motif principal de 9 000 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2004, auxquels s'ajoutent 550 séjours liés à des séquelles de cette pathologie. Ces séjours représentent environ 0,6 % de l'ensemble des séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2004 ^[7].

En 2004, 5 500 admissions en Affection longue durée (ALD) pour tuberculose ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. La croissance annuelle des effectifs de patients admis en ALD pour tuberculose (1,5 %) est inférieure à celle observée pour l'ensemble des trente ALD (près de 6 %) (régime général, France métropolitaine, comparaison 1994/2004) ^[8, 9].

La lutte antituberculeuse repose sur la détection et le traitement précoces des cas, sur un suivi rigoureux de leur prise en charge thérapeutique jusqu'à la guérison, sur le dépistage de leur entourage et, enfin, sur la vaccination. Les médicaments antituberculeux sont, dans la plupart des cas, d'une grande efficacité. Cependant, l'apparition de souches multirésistantes aux principaux médicaments antituberculeux a

conduit à la mise en place, en 1992, d'un système de surveillance des souches de bacilles multirésistantes, mis en œuvre par les Centres nationaux de référence (CNR). Bien que limitée, cette résistance a brusquement augmenté en 2002, passant de 20 à 50 cas par an (0,7 % des cas de tuberculose) jusqu'en 2001 à 79 cas (1,4 % des cas de tuberculose). Depuis 2002, ce chiffre est resté sensiblement proche de 70 cas par an, situant la France parmi les pays d'Europe à faible incidence de tuberculose multirésistante ^[10].

A l'heure actuelle, le taux d'incidence de tuberculose déclarée observé en France permet d'envisager une modification de la politique vaccinale. Ainsi, si la vaccination par le BCG reste obligatoire pour l'entrée en collectivité, en revanche, les tests tuberculiques en routine et la revaccination chez l'enfant et les professionnels exposés ont été supprimés en 2004 ^[11]. Les débats actuels concernent l'opportunité de la suppression de l'obligation vaccinale généralisée. En effet, différentes expertises récentes sur le sujet ont mis en évidence l'intérêt d'une vaccination ciblée sur les seules populations à risque. Cependant, l'efficacité d'une telle stratégie, outre les questions éthiques qu'elle suscite (lien entre la définition des populations à risque et leur statut social), dépendra de la capacité à maintenir une couverture vaccinale élevée dans ces populations ^[1, 12-14].

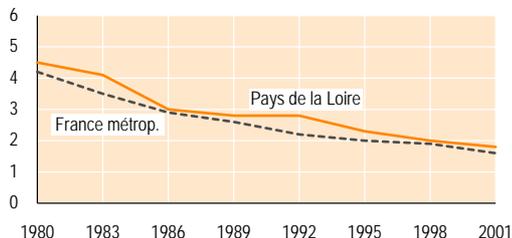
Bibliographie page 188

Dans les Pays de la Loire

- Le taux d'incidence de la tuberculose déclarée en 2005 est de 6,1 pour 100 000 habitants (195 cas), inférieur au taux national (8,9 pour 100 000). Comme en France métropolitaine, une stagnation est observée depuis le début des années 2000 (fig. 2) ^[5]. L'incidence de la tuberculose, quelle que soit la classe d'âge considérée, est plus élevée chez les personnes de nationalité étrangère. Chez les personnes de nationalité française, l'incidence augmente avec l'âge ; en revanche, la tuberculose affecte majoritairement les jeunes adultes (15-24 ans) chez les personnes de nationalité étrangère (fig. 3) ^[5].
- Au cours de la période 2002-2004, 193 Ligériens ont été admis en ALD pour tuberculose, en moyenne chaque année. A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en affection pour tuberculose (ALD n° 29) est inférieure de 36 % à la moyenne nationale ^[8, 15].
- Pour l'année 2004, 315 séjours hospitaliers (dont 251 de plus de 24 heures) concernant les habitants de la région avaient pour diagnostic principal une tuberculose (fig. 4). Un séjour sur trois concerne une personne âgée de plus de 65 ans. 186 séjours concernent les hommes et 129 les femmes. La durée moyenne d'hospitalisation est de treize jours. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure de 36 % à la moyenne nationale ^[16].
- Entre 2002 et 2004, 51 décès par tuberculose ou séquelles de tuberculose ont été dénombrés dans la région, en moyenne chaque année. Le taux comparatif de décès (1,8 pour 100 000) est légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (1,6, moyenne 2000-2002) (fig. 1) ^[2]. Cette situation est à rapprocher d'une plus forte proportion de décès par séquelles de tuberculose en Pays de la Loire (60 %) qu'au plan national (48 %).

1 Evolution du taux comparatif de mortalité par tuberculose

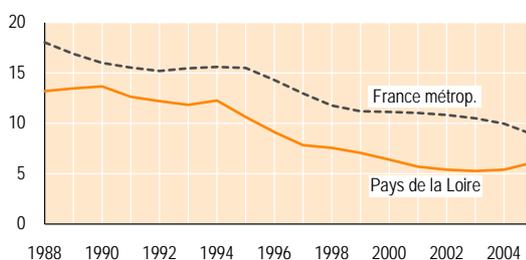
Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2001)



Source : INSERM CépIDc
Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

2 Evolution du taux d'incidence de la tuberculose déclarée

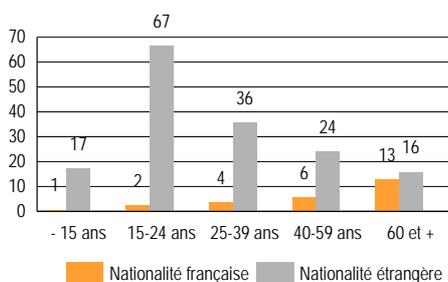
Pays de la Loire, France métropolitaine (1988 - 2005)



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

3 Taux d'incidence de la tuberculose déclarée par âge

Pays de la Loire (moyenne 1998-2001)



Source : InVS
Unité : pour 100 000

4 Séjours hospitaliers pour tuberculose ¹

Pays de la Loire (2004)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes	136	50	186
Femmes	75	54	129
Ensemble	211	104	315

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
¹ séjours pour lesquels une tuberculose a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (codes A15-A19). A ces séjours s'ajoutent une vingtaine de séjours pour séquelles de tuberculose (code B90).

Rang au niveau national

Le taux d'incidence de la tuberculose déclarée dans la région des Pays de la Loire (6,1 pour 100 000), bien qu'inférieur au taux observé en France métropolitaine (8,2 pour 100 000), occupe une position médiane par rapport aux taux des autres régions (la moitié des régions de France métropolitaine ont un taux d'incidence compris entre 4 et 6 pour 100 000) ^[4].

Le système de notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire a été créé avec la loi de santé publique de 1902. A l'heure actuelle, il est basé sur la déclaration de 30 maladies transmissibles, dont la tuberculose ^[17].

Ce système a pour objectif de prévenir les risques d'épidémie, mais aussi d'analyser l'évolution dans le temps de ces maladies. Les maladies concernées sont des pathologies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale, ou des maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Les maladies à déclaration obligatoire font l'objet d'un suivi épidémiologique hebdomadaire. Ce dispositif est basé sur la transmission de données entre les médecins et les biologistes libéraux et hospitaliers, les Médecins inspecteurs de santé publique (Misp) des Directions départementales d'affaires sociales et sanitaires (Ddass) et les épidémiologistes de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

L'exhaustivité de la déclaration obligatoire de la tuberculose est estimée à environ 65 % ^[6].

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

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

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par tuberculose est basée sur les codes CIM9 010-018, 137 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 A15-A19 et B90 pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

Incidence : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Infections nosocomiales

Contexte national

Les Infections nosocomiales (IN) sont des infections contractées lors d'un séjour hospitalier. Elles peuvent entraîner une aggravation de la maladie, la prolongation du séjour hospitalier ainsi qu'une augmentation de la morbidité sur le long terme voire le décès du patient. L'Organisation mondiale de la santé estime qu'environ 9 % des patients hospitalisés seraient victimes de ces infections. D'importantes disparités géographiques sont observées, cette fréquence pouvant atteindre 25 % dans les pays en voie de développement^[1, 2].

En France, la fréquence des infections nosocomiales dans les établissements de santé est estimée régulièrement au moyen d'enquêtes nationales de prévalence "un jour donné". Quatre enquêtes ont ainsi été réalisées en 1990, 1996, 2001 et 2006. En 2006, la prévalence des patients infectés (environ 18 000 sur 360 000 patients hospitalisés) était de 4,97 %, fréquence comparable à celle des autres pays européens^[1-3]. Un patient pouvant contracter plusieurs IN, près de 20 000 infections ont été recensées, soit une prévalence des IN de 5,4 %. La prévalence de ces infections est en diminution par rapport à 2001 (- 4 %) [3]. Si de nombreuses études ont mis en évidence une relation entre les IN et la mortalité, le nombre de décès directement imputables à ces infections est difficile à quantifier, estimé selon les études entre 4 000 et 20 000 par an^[4-8].

Les infections nosocomiales sont associées à trois principaux facteurs de risque : la réalisation d'actes de soins (par exemple, la pose d'un cathéter), l'environnement, et l'état du patient (immunodépression). On distingue les infections endogènes lorsque les germes responsables proviennent du malade (infections contractées lors d'un acte invasif ou liées à une fragilité particulière), et les infections exogènes si les germes proviennent d'un autre patient, d'un personnel soignant par transmission croisée, ou de l'environnement (eau, air...)^[9].

Les infections nosocomiales revêtent des niveaux de gravité différents ; elles sont dominées par les infections urinaires (30 %), suivies des pneumopathies (15 %), et des infections du site opératoire (14 %) (fig. 3) [3]. La fréquence des IN varie selon les services hospitaliers (les services de réanimation et de chirurgie sont les plus touchés, le risque étant moindre en pédiatrie et en psychiatrie). Leur fréquence dépend également des caractéristiques du patient et de son exposition à des procédures invasives : ainsi les patients âgés et/ou les plus fragiles contractent plus fréquemment une IN lors de leur séjour.

Les micro-organismes impliqués dans les infections nosocomiales peuvent être des bactéries, des virus, ou des champignons. Les germes les plus fréquemment en cause sont des entérobactéries (impliqués dans plus de 40 % des infections), notamment l'espèce *Escherichia coli* ou plusieurs espèces de *Klebsiella*, et les cocci à Gram positifs (36 %), comme, par exemple, le genre *Staphylococcus* sp. [3]. La proportion de Bactéries multirésistantes (BMR) dans les hôpitaux français est l'une des plus importantes d'Europe. Par exemple, lors de l'enquête nationale de prévalence en 2006, plus de la moitié des *Staphylococcus aureus* acquis à l'hôpital étaient résistants à la méticilline, antibiotique de la famille des pénicillines utilisé contre ces germes. Ainsi, parmi les 18 000 patients infectés, environ un patient sur 200 a contracté une infection à Staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). Cependant, si la proportion de SARM parmi les souches de staphylocoques isolées reste élevée, elle est en nette diminution entre 2001 (64 %) et 2006 (52 %) [3].

La prévention des infections nosocomiales repose sur l'observance stricte des recommandations d'hygiène hospitalière princeps (protocoles concernant l'hygiène des mains, de nettoyage et de décontamination des surfaces, stérilisation du matériel) ainsi que sur l'observance de protocole d'isolement

en cas d'infections de patients à germes résistants ou particuliers (*clostridium difficile*). En outre, l'utilisation ciblée des antibiotiques a pour objectif de limiter le développement des infections à Bactéries multirésistantes (BMR), dont le traitement est plus difficile^[10-12].

Un important dispositif a été mis en place afin de développer la prévention des IN. Dans chaque établissement de santé, une Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) collabore avec le Comité de Lutte contre les IN (CLIN) afin, notamment, de définir des programmes annuels de lutte contre ces infections. Cinq centres interrégionaux (les CCLIN), et leurs antennes régionales, apportent leur appui scientifique aux établissements (investigations, enquêtes épidémiologiques...). Au niveau national, la cellule infections nosocomiales du ministère chargé de la santé définit le programme d'action de la lutte contre les IN et propose des outils méthodologiques avec le soutien et l'expertise du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) et des CCLIN. Un Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) regroupe les cinq CCLIN et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il a été créé en 2001 afin de coordonner la surveillance des IN dans les établissements de santé. Depuis cette date, les IN répondant à certains critères de gravité font également l'objet d'une déclaration auprès des Ddass et des CCLIN. Au niveau national, quatre surveillances sont prioritaires : les infections du site opératoire, les accidents avec exposition au sang, les IN contractées en réanimation et les bactéries multirésistantes. En 2004, le programme national de lutte contre les infections nosocomiales a intégré de nouvelles dimensions en développant notamment l'information au public avec la publication de tableaux de bord et le calcul d'un score de performance (le score ICALIN) pour chaque établissement (voir encadré ci-contre)^[13-16].

Bibliographie page 188

Dans les Pays de la Loire

- L'enquête nationale de prévalence 2006 a impliqué 118 des 128 établissements de soins de la région (92 %), représentant 98,4 % des lits d'hospitalisation. Le jour de l'enquête, près de 930 des 19 400 patients hospitalisés étaient atteints d'une ou plusieurs IN. Ce nombre correspond à une prévalence des patients infectés de 4,77 % et à une prévalence des IN de 5,02 %, inférieures aux prévalences nationales (respectivement 4,97 et 5,4 %). Une faible augmentation de la prévalence des patients infectés est observée par rapport à l'enquête de 2001 (4,40 %), mais les établissements participants étant différents dans les deux enquêtes, une analyse sur la cohorte commune doit être réalisée afin de préciser cette évolution^[17, 18]. Comme au niveau national, les infections les plus fréquentes sont les infections urinaires (fig. 2). Près de la moitié des IN sont contractées dans des services de soins de courte durée (fig. 3).
- En 2005, 79 % des établissements publics et privés Participant au service public (PSPH) avaient constitué un CLIN, et 89 % une EOHH. Ces proportions sont respectivement de 98 % et 95 % pour les établissements privés^[19].
- La région se distingue par ses réseaux d'hygiène de proximité qui coordonnent les actions et harmonisent les pratiques entre les établissements^[19].
- Les acteurs régionaux de la lutte contre les IN sont regroupés au sein de l'Association des Pays de la Loire pour l'éviction des infections nosocomiales (APLEIN), relais régional du CCLIN Ouest.

1 Répartition des établissements selon l'ICALIN
Pays de la Loire, France métropolitaine (2003-2004)

	2003		2004	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Classe A	5,3 %	7,7 %	13,7 %	11,1 %
Classe B	18,9 %	16,3 %	21,4 %	22,2 %
Classe C	34,1 %	31,7 %	35,1 %	33,4 %
Classe D	9,8 %	15,9 %	14,5 %	13,2 %
Classe E	16,7 %	8,8 %	9,2 %	5,8 %
NR ¹	15,2 %	19,6 %	6,1 %	14,3 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Effectifs	131	2 832	132	2 832

Source : Ministère de la santé et des solidarités - CCLIN Ouest
¹ établissements non répondants

Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005 - 2008 [16, 20]

Ce programme vise à renforcer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales, en développant notamment l'information au public avec la publication de tableaux de bord de la lutte contre les IN.

Ces tableaux comportent cinq indicateurs dont trois sont opérationnels en 2006 et accessibles sur le site internet du ministère chargé de la santé : le score ICALIN (voir ci-dessous), l'indicateur de consommation des solutions hydro alcooliques, et la surveillance des infections de site opératoire. Des indicateurs sur le taux de SARM et sur les consommations d'antibiotiques sont en cours d'élaboration. Avec les critères d'hygiène retenus dans la certification des établissements de santé, le tableau de bord atteste de la volonté de développer l'évaluation du dispositif mis en place.

Chaque établissement de santé doit ainsi établir un bilan annuel standardisé des activités de Lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par le programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

L'ICALIN est un score sur 100, calculé sur la base de ce bilan standardisé. Il repose sur trois critères : l'organisation, les moyens et les actions de la LIN. Un nombre de points est affecté à chacun des critères selon leur importance : plus le score est élevé, plus la prévention du risque infectieux est développée.

Cinq classes de performances (de A pour la classe la plus performante à E) basées sur le score ICALIN ont été proposées afin de prendre en compte les différences entre établissements de santé (mission, taille, activité...). Des catégories d'établissements ayant une taille, une mission et une activité similaires ont ainsi été définies, le calcul des bornes des classes étant différent pour chaque catégorie.

2 Prévalence des infections nosocomiales par type de séjour
Pays de la Loire (2006)

	Nbre de patients	Nbre d'infections	Prévalence ¹	Infections acquises	Infections importées ²
Court-séjour	8 859	486	5,49	85 %	15 %
- médecine	4 300	278	6,47	82 %	18 %
- chirurgie	3 022	152	5,03	86 %	14 %
- obstétrique	1 340	13	0,97	92 %	8 %
- réanimation	197	43	21,83	91 %	9 %
SSR	4 101	303	7,39	72 %	28 %
Long-séjour	3 789	148	3,91	97 %	3 %
Psychiatrie	2 547	31	1,22	94 %	6 %
Autre	100	5	5,00	100 %	0 %
Total	19 396	973	5,02	83 %	17 %

Source : CCLIN Ouest (Enquête nationale de prévalence 2006)

¹ nombre d'infections pour 100 patients hospitalisés

² infection contractée dans un autre établissement que celui où elle a été identifiée.

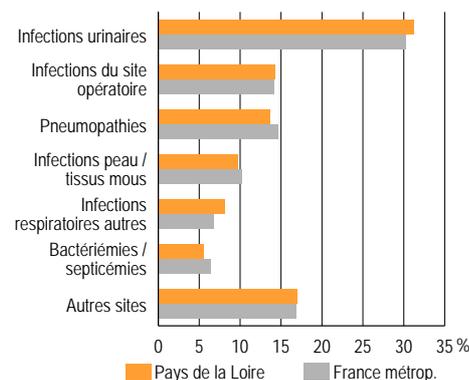
Rang au niveau national

La prévalence de patients infectés de 4,77 lors de l'enquête nationale en 2006 positionne les Pays de la Loire au 12^e rang des régions de France métropolitaine déclarant le moins d'infections nosocomiales. Les prévalences déclarées les plus faibles sont observées en Corse (2,66), en Poitou-Charentes (4,08) et en Aquitaine (4,15), les régions Haute-Normandie (5,48), Ile-de-France (5,59) et Rhône-Alpes (5,76) présentant les prévalences déclarées les plus élevées.

Ces chiffres peuvent illustrer des particularités régionales mais leur interprétation doit rester prudente car ils sont liés aux types d'établissements de santé ou de patients présents dans chaque région [3].

2 Répartition des infections nosocomiales selon le site infectieux

Pays de la Loire, France métropolitaine (2006)



Source : CCLIN Ouest (Enquête nationale de prévalence 2006)
Effectif régional : 973 patients, effectif national : 19 296 patients

Définitions

Infections nosocomiales : du grec *nosos* (maladie) et *komein* (soigner). Infection contractée dans un établissement de soins, cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissable, qui affecte, soit le malade soit le personnel hospitalier. Elle peut être liée à un acte de soins (il s'agit alors d'une infection iatrogène) ou non. L'infection doit être absente avant l'admission, les symptômes de la maladie pouvant, en revanche, apparaître pendant ou après le séjour hospitalier. Lorsque le statut infectieux à l'admission du patient est inconnu, un délai minimum de 48 heures est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition communautaire (extra-hospitalière) d'une infection nosocomiale. Ce délai peut cependant varier selon les infections.

Iatrogénie : du grec *iatros* (médecin) et *genein* (engendrer). Evénements provoqués par un acte médical ou par des médicaments, même en l'absence d'erreur de la part du médecin. Concernant initialement la pathologie d'origine médicamenteuse, le concept a rapidement évolué pour couvrir les conséquences indésirables ou négatives de l'ensemble des actes médicaux de prévention primaire, de dépistage, de soins et de réadaptation, en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation.

Prévalence : les enquêtes nationales de prévalence permettent de recenser le nombre d'IN le jour de l'enquête dans les établissements de soins participants (enquêtes "un jour donné"). Les données sont collectées au moyen de questionnaires standardisés permettant à chaque établissement de santé de déclarer le nombre d'IN ainsi que certaines de leurs caractéristiques (site infectieux, statut immunitaire du patient...).

Ensemble des cancers

Contexte national

Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, dont la gravité éventuelle est liée à l'évolution locale, et les tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est surtout liée à leur aptitude à se disséminer, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du cancer primitif^[1].

Le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués en 2000 en France métropolitaine est estimé à 278 000, en augmentation de 32 % par rapport à 1990. Cette évolution résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population, ainsi que de l'augmentation, à âge égal, du taux d'incidence des cancers (+ 15 % chez les femmes et + 16 % chez les hommes sur cette période). L'augmentation de ce taux est due pour partie à l'amélioration du dépistage et du diagnostic.

La fréquence des cancers est actuellement 1,6 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmente régulièrement avec l'âge^[2].

La survie des personnes atteintes d'un cancer a très nettement augmenté au cours des dernières décennies. La France connaît actuellement avec l'Autriche, le taux de survie relative à cinq ans le plus élevé d'Europe^[3].

Toutefois, les décès par tumeurs (dont 96 % sont des cancers) constituent la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes, après les affections cardio-vasculaires. En 2003, ils ont été responsables de 152 000 décès en France métropolitaine. 29 % de ces décès surviennent chez les personnes âgées de moins de 65 ans, d'où le poids important de ces affections dans la mortalité prématurée (voir fiche "Mortalité prématurée")^[4].

Contrairement au taux d'incidence, le taux de mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années 1950 chez les femmes, et a également tendance à baisser depuis le milieu des années 1980 chez les hommes^[5]. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes en termes d'incidence et de mortalité sont, la prostate et le poumon chez l'homme, et le sein et le côlon-rectum chez la femme.

Au sein de l'Union européenne, la France connaît une mortalité masculine par cancer élevée notamment par rapport aux autres pays de l'ouest de l'Europe (quinzième rang des 24 pays pour lesquels cette information est disponible en 2001-2003, classés par mortalité croissante). Chez les femmes, la situation apparaît moins défavorable (sixième rang)^[6].

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par l'assurance maladie, afin d'être exonérées du paiement du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 285 000 admissions en ALD ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie^[7]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 1 264 000 en 2004^[8].

Le traitement des cancers repose d'une manière générale sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie et d'autres traitements médicaux (hormonothérapie, immunothérapie, nouvelles thérapeutiques ciblées...). Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases. Ces traitements sont le

plus souvent mis en œuvre en établissement de santé. En 2004, les cancers ont constitué le diagnostic principal de 738 800 séjours hospitaliers de courte durée (hors séjours pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie)^[9].

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et peuvent se cumuler. La responsabilité du tabac, de l'alcool et de la nutrition est bien établie : on leur attribue respectivement 22 %, 12 % et 35 % des décès par cancer. La proportion de décès par cancer attribuables aux expositions professionnelles est de 4 %, mais serait sous-estimée^[10]. L'étude SUVIMAX a confirmé le rôle important de l'alimentation. Ainsi, sur une cohorte de 13 000 personnes suivies pendant sept ans, le risque de cancer a diminué de 31 % chez les hommes ayant reçu une supplémentation en antioxydants par rapport au groupe témoin^[11].

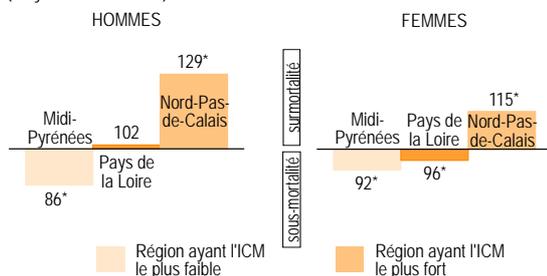
Le Plan cancer, lancé en 2003, a pour objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20 % en cinq ans, en développant la prévention, le dépistage, l'accès à des soins de qualité, l'accompagnement social, la formation et la recherche^[12].

Bibliographie page 189

Dans les Pays de la Loire

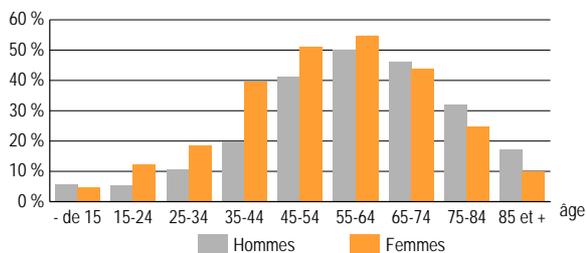
- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence des cancers. Le réseau national des registres des cancers estime à environ 15 500 le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs diagnostiqués chez des Ligériens au cours de l'année 2000 (fig. 4)^[13]. Le nombre annuel moyen de personnes admises en affection de longue durée pour cancer par les trois principaux régimes d'assurance maladie sur la période 2002-2004 s'élève à 15 900^[14].
- Entre 2001 et 2003, les cancers ont été responsables en moyenne chaque année de 8 100 décès dans les Pays de la Loire, dont 5 000 décès masculins et 3 100 décès féminins. Le cancer est la première cause de mortalité chez les hommes, à l'origine d'un tiers des décès masculins, et la deuxième chez les femmes (près d'un quart des décès féminins)^[4].
- Les taux d'incidence des cancers sont 1,8 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ainsi que les taux de mortalité (2,3 fois plus élevés)^[4, 13].
- 40 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués avant 65 ans^[13]. 30 % des décès masculins par cancer, et 25 % des décès féminins surviennent avant cet âge^[4].
- Depuis 1985, la mortalité régionale par tumeur a diminué de 12 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes (respectivement 17 et 11 % en France) (fig. 3). Sur la période 2001-2003, elle est devenue très proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % chez les femmes (fig. 1)^[4].
- La région connaît une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers (+ 40 % entre 1990 et 2000), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+ 32 %). Cette évolution résulte pour partie de l'accroissement du taux d'incidence (+ 21 % chez les hommes, + 17 % chez les femmes) (fig. 4)^[4, 13].
- Un registre général des cancers fonctionne en Loire-Atlantique et en Vendée, couvrant plus de la moitié de la population régionale. Le réseau Onco Pays de la Loire favorise la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer
(moyenne 2001-2003)



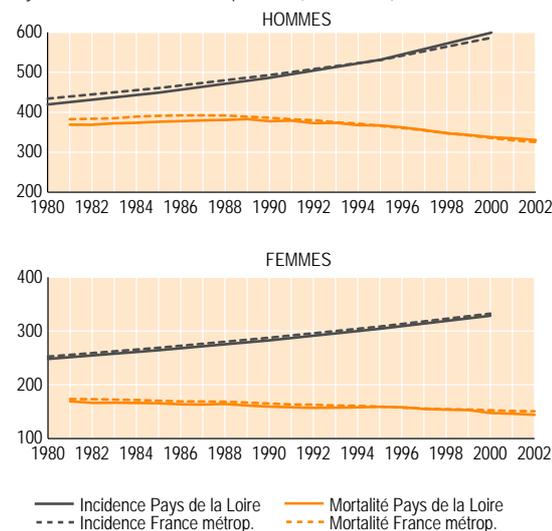
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Part des décès par cancer parmi l'ensemble des décès
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)



Source : INSERM CépiDc

3 Evolution des taux comparatifs d'incidence et de mortalité par cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se situe parmi les régions ayant un taux comparatif de mortalité féminine par cancer relativement peu élevé (au 4^e rang).
Pour la mortalité masculine, la région occupe une position moyenne (12^e rang).

4 Nombre estimé de nouveaux cas de cancers, toutes localisations¹
Pays de la Loire (1985 - 2000)

	1985	1990	1995	2000
Hommes	5 403	6 268	7 579	9 131
Femmes	4 183	4 746	5 517	6 350

Source : FRANCIM
¹ hors cancers de la peau non mélanique

5 Nombre annuel moyen de décès par cancer en 2001-2003, et incidence estimée en 2000 selon la localisation
Pays de la Loire

HOMMES	Décès	Incidence estimée
Poumon	954	1 014
Prostate	590	2 631
Colón-rectum	535	1 146
VADS ¹ et œsophage	526	1 155
Foie et voies biliaires	432	nd
Pancréas	200	nd
Estomac	191	268
Leucémies	180	202
Lymphomes	140	312
Vessie	138	329

FEMMES	Décès	Incidence estimée
Sein	614	2 382
Colón-rectum	423	920
Poumon	217	184
Pancréas	188	nd
Ovaire	176	244
Utérus	140	377
Leucémies	133	151
Lymphomes	129	257
Estomac	110	155
Foie et voies biliaires	96	nd

Sources : INSERM CépiDc, FRANCIM
¹ voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx et larynx)

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Décès par cancer : codes CIM9 140-208 pour les années antérieures à 2000 et codes CIM10 C00-C97 (sauf C88.0, C94.4, C94.5) pour les années plus récentes.

Estimations Francim : ces estimations d'incidences sont calculées à partir des rapports incidence/mortalité des départements couverts par un registre. Elles ne concernent que les tumeurs invasives, en sont donc exclus les cancers *in situ*. De même, les cancers de la peau, autres que les mélanomes, ne sont pas pris en compte.

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

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

Cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Contexte national

Les cancers de la sphère aérodigestive regroupent les cancers de la lèvre, de la bouche, du pharynx et du larynx. Les cancers des VADS et de l'œsophage font fréquemment l'objet d'une approche épidémiologique globale en raison de leurs caractéristiques communes, notamment le fait qu'ils soient souvent liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool [1, 2].

Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage est estimé à 24 500 pour l'année 2000 en France métropolitaine dont 20 900 concernaient les hommes [3] : 63 % étaient localisés dans la sphère "lèvres, cavité buccale, pharynx", 17 % au larynx et 20 % à l'œsophage. Les cancers des VADS et de l'œsophage se placent ainsi au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les hommes (13 % des cas incidents de cancers) et au huitième rang chez les femmes (3 % chez les femmes).

Les taux masculins d'incidence (standardisés sur la population européenne) en 2000 sont estimés à 43,9 pour 100 000 personnes pour les cancers de la sphère "lèvres, cavité buccale, pharynx", à 13,2 pour les cancers œsophagiens et à 12,9 pour les cancers laryngés [3]. Le ratio d'incidence homme/femme est supérieur à 6 pour chacune de ces localisations et atteint un maximum de 13 pour les cancers laryngés [3]. Au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence de ces cancers ont diminué chez les hommes et augmenté chez les femmes. La différence d'évolution entre les hommes et les femmes est particulièrement marquée pour le cancer de l'œsophage, avec des taux moyens annuels d'évolution respectivement de - 2,1 % et de + 2,3 % [3].

Le nombre de décès dus aux cancers des VADS et de l'œsophage atteint 9 900 pour l'année 2003 en France métropolitaine [4]. Ces cancers sont au quatrième rang en terme de mortalité par cancer chez les hommes (9 % des décès par cancer) et au 11^e rang chez les femmes (3 %). Près de la moitié de ces décès surviennent avant l'âge de 65 ans et 85 % concernent des hommes [4].

Au cours des deux dernières décennies, la mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage a diminué de plus de 50 % chez les hommes. La mortalité a également connu une baisse chez les femmes mais nettement moins marquée (- 13 % entre 1981 et 2002) [4].

Les écarts de mortalité entre les régions françaises sont importants, avec une surmortalité dans les régions du nord-ouest de la France et une sous-mortalité dans les régions du sud [5].

Les personnes atteintes d'un cancer des VADS sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 18 500 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [6].

Le cancer des VADS a constitué le diagnostic principal de plus de 55 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2004 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [7].

Les cancers des VADS et de l'œsophage sont, pour certains d'entre eux, de mauvais pronostic [8]. Ils ont tendance à s'étendre rapidement et surviennent en outre souvent chez des personnes exposées à d'autres pathologies en lien avec le tabac et la consommation excessive d'alcool [9].

Le diagnostic précoce de ces cancers est un des éléments déterminants de leur pronostic. En absence de test de dépistage, il est donc nécessaire d'inciter les praticiens à réaliser un examen clinique de la sphère aérodigestive supérieure, notamment de la cavité buccale, chez les patients exposés au tabac et à l'alcool [2, 10].

La prévention primaire de ces cancers repose essentiellement sur la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Les autres facteurs de risque identifiés sont une consommation insuffisante de légumes et de fruits, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les traumatismes prothétiques et, pour les lèvres, le soleil et la radioactivité [2, 9-13].

Bibliographie page 189

Dans les Pays de la Loire

■ 1 150 nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ont été diagnostiqués chez les habitants de sexe masculin des Pays de la Loire en 2000 : 62 % sont localisés à la sphère "lèvres, cavité buccale, pharynx", 18 % au larynx et 20 % à l'œsophage (fig. 4) [14]. Ces estimations ne sont pas disponibles chez les femmes.

■ Pour la période 2002-2004, 900 hommes et près de 150 femmes ont été admis en Affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie pour ces cancers en moyenne chaque année [15].

■ Entre 2001 et 2003, les cancers des VADS et de l'œsophage ont été responsables en moyenne chaque année de 600 décès, 525 chez les hommes et 75 chez les femmes. Ces pathologies constituent la quatrième cause de mortalité masculine par cancer (10 % des décès masculins par cancer) (fig. 2) [4].

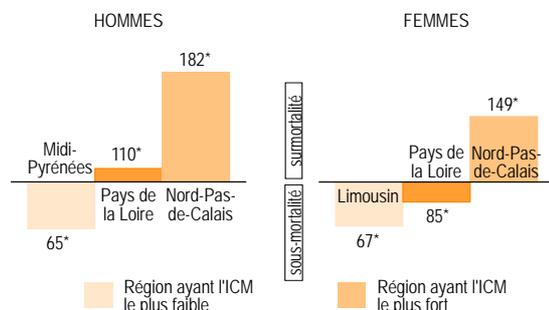
■ Ces cancers touchent des personnes relativement jeunes puisque 59 % des admissions en ALD et 47 % des décès surviennent avant 65 ans (fig. 2) [4, 15].

■ Chez les hommes, les taux d'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage ont diminué au cours des deux dernières décennies dans la région (- 25 %), comme en France (fig. 3) [14].

La mortalité connaît également une baisse sur cette période, plus marquée dans la région (- 50 % entre 1981 et 2002), qu'en France (- 32 %) (fig. 3). Mais la mortalité masculine régionale reste supérieure à la moyenne nationale (+ 10 % en 2001-2003) (fig. 1) [4].

■ Chez les femmes, le taux de mortalité oscille entre 3,4 et 4,1 pour 100 000 depuis le milieu des années 1980, sans qu'il soit possible de dégager une tendance évolutive, mais tout en restant globalement inférieur au taux français. En 2001-2003, la mortalité féminine est inférieure de 15 % à la moyenne nationale (fig. 3 et 1) [4].

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Rang au niveau national

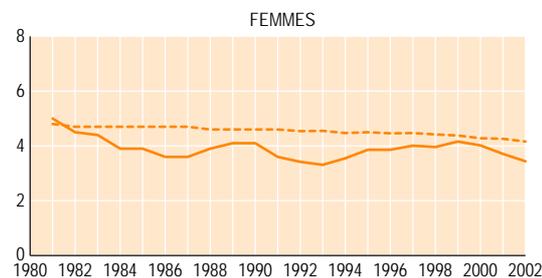
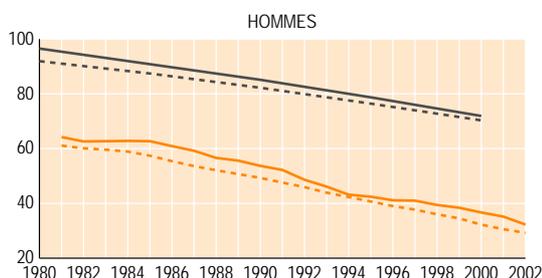
Chez les hommes, la mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage est, dans les Pays de la Loire, supérieure de 10 % à la moyenne nationale (16^e rang).
Chez les femmes, la mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage est à l'inverse inférieure de 15 % à la moyenne nationale (5^e rang).

2 Décès par cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	256	269	525	110 *
Femmes	23	52	75	85 *
Ensemble	279	321	600	106 *

Source : INSERM CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Evolution des taux comparatifs d'incidence et de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



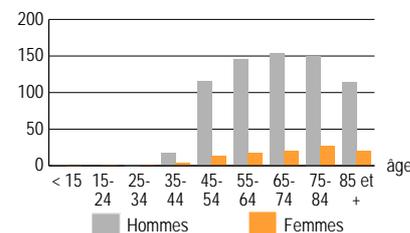
— Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
- - - Incidence France métrop. - - - Mortalité France métrop.
Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Unité : pour 100 000

4 Incidence estimée du cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage chez les hommes Pays de la Loire (1985 - 2000)

	1985	1990	1995	2000
Lèvre, cavité buccale, pharynx	673	682	707	712
Œsophage	279	264	253	232
Larynx	220	217	216	211

Source : FRANCIM

5 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage selon l'âge et le sexe Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM-DRSM, INSEE
Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Taux comparatif (ou standardisé sur l'âge) d'incidence : taux d'incidence 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.

Taux et indice comparatifs de mortalité : voir définitions page 19.

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx : codes CIM9 : 140-149 ; codes CIM10 : C00-C14.

Tumeur maligne de l'œsophage : code CIM9 : 150 ; code CIM10 : C15.

Tumeur maligne du larynx : code CIM9 : 161 ; code CIM10 : C32.

Cancer du côlon-rectum

Contexte national

Le côlon-rectum est la plus fréquente des localisations cancéreuses après la prostate et le poumon chez l'homme, et après le sein chez la femme. Ce cancer est rare avant 50 ans, au-delà son incidence augmente très rapidement. On estime qu'un homme sur 17 et qu'une femme sur 20 en seront atteints au cours de leur existence^[1].

Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers colorectaux est d'environ 36 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine dont environ les deux tiers sont localisés au côlon. Entre 1990 et 2000, le taux d'incidence a augmenté de 7 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes^[1,2].

La France est un pays à risque élevé de cancer colorectal : le taux d'incidence est voisin de ceux des autres pays d'Europe occidentale, un peu plus faible que ceux d'Amérique du Nord. Ce cancer est rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique^[1].

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer du côlon-rectum diminue pour les deux sexes : néanmoins, ce cancer a été responsable en 2003 d'environ 16 400 décès^[3]. Cette évolution dissociée semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration du traitement (baisse de la mortalité opératoire et augmentation de l'opérabilité)^[1].

La France est avec la Suisse le pays d'Europe où le taux de survie relative à cinq ans est le plus élevé : 54 % pour les hommes et 57 % pour les femmes^[4,5].

La France occupe une position moyenne pour la mortalité par cancer du côlon, et plutôt favorable pour celle du rectum^[6].

La mortalité par cancer colorectal varie de façon importante selon les régions. Sur la période 2001-2003, elle dépasse la moyenne nationale de 26 % pour les hommes et de 29 % pour les femmes dans la région Nord-Pas-de-Calais. En revanche, le taux de mortalité est inférieur en Corse de 32 % chez les hommes et de 38 % chez les femmes (fig. 1)^[2,7].

Les personnes atteintes d'un cancer du côlon-rectum sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 29 600 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie^[8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer du côlon-rectum est estimé à 130 000 en 2004^[9].

Actuellement, le traitement de référence du cancer du côlon-rectum non compliqué reste la chirurgie. En 2004, cette affection a constitué le diagnostic principal de près de 76 000 séjours hospitaliers, dont environ 34 000 séjours chirurgicaux, dans les services de soins de courte durée en 2004 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie)^[10].

Le cancer du côlon-rectum est l'un des cancers susceptibles de bénéficier d'un dépistage de masse. Ce dernier repose sur un test de détection du sang occulte dans les selles (Hemoccult®) qui permet de suspecter l'existence de polypes adénomateux, susceptibles de se transformer en cancer ou de lésions cancéreuses à un stade précoce. En cas de test positif, une coloscopie est réalisée.

Un programme national de dépistage se développe progressivement en France, et doit être généralisé à l'ensemble des départements en 2007. Un test de dépistage est proposé tous les deux ans à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans, par l'intermédiaire de leur médecin généraliste. Ce programme devrait permettre de faire diminuer la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20 % dans la population dépistée,

à condition que plus de 50 % de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif^[2,11,12].

Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de polype ou de cancer colorectal, antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin) doivent quant à eux bénéficier d'un suivi spécifique par coloscopie. Des tests de dépistage des prédispositions génétiques peuvent également être proposés dans le cadre de consultation d'oncogénétique aux patients atteints de maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch) et à leur famille^[2].

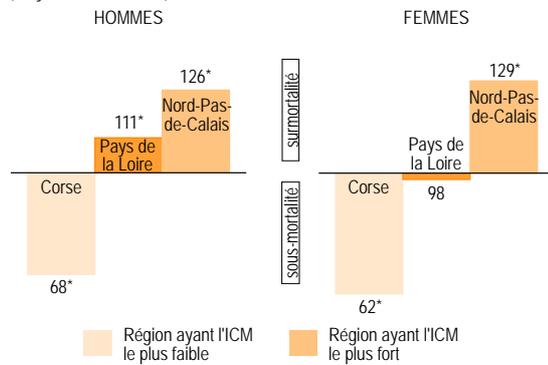
Mais la prévention primaire du cancer colorectal est également possible, car la nutrition joue un rôle important dans sa survenue. Le rôle protecteur des légumes et le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et de la sédentarité sont les faits les mieux établis^[2]. Actuellement, cette prévention primaire s'inscrit principalement dans le cadre du plan national nutrition santé mis en place depuis 2001^[13,14].

Bibliographie page 190

Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations établies par le réseau national des registres des cancers (Francim), 2 000 nouveaux cas de cancers du côlon-rectum ont été diagnostiqués chez des habitants des Pays de la Loire en 2000 (fig. 4)^[15]. Le nombre annuel moyen d'admissions en Affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie pour les trois principaux régimes d'assurance maladie est d'environ 1 650 sur la période 2002-2004^[16].
- Entre 2001 et 2003, le cancer du côlon-rectum a été responsable en moyenne chaque année de 950 décès dans la région. Il constitue, dans la région comme en France, la deuxième cause de mortalité féminine par cancer et la troisième cause de mortalité masculine (fig. 2)^[3].
- 55 % des nouveaux cas de cancers colorectaux et des décès liés à cette affection, sont masculins. Mais à structure d'âge comparable, les taux standardisés d'incidence et de mortalité masculins sont respectivement 1,7 et 1,9 fois supérieurs aux taux féminins (fig. 3)^[3,15].
- Le cancer du côlon-rectum touche majoritairement des personnes âgées : 69 % des admissions en ALD et 82 % des décès surviennent après 65 ans (fig. 2)^[3,16].
- La région connaît, comme la France, une augmentation importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum : + 33 % chez les hommes et + 24 % chez les femmes entre 1990 et 2000. Cette progression résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de la progression du taux d'incidence (+ 10 % chez les hommes, + 5 % chez les femmes) (fig. 4)^[15].
- Depuis le début des années 1980, la mortalité féminine par cancer colorectal est très proche de la moyenne nationale et suit la même tendance à la baisse. Par contre, la mortalité masculine régionale a connu une baisse moins rapide depuis le début des années 1990 qu'en France (fig. 3). D'où en 2001-2003, une surmortalité masculine régionale de 11 %, qui situe les Pays de la Loire parmi les régions françaises les plus mal placées pour cet indicateur (fig. 1)^[3].

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cancer du côlon-rectum

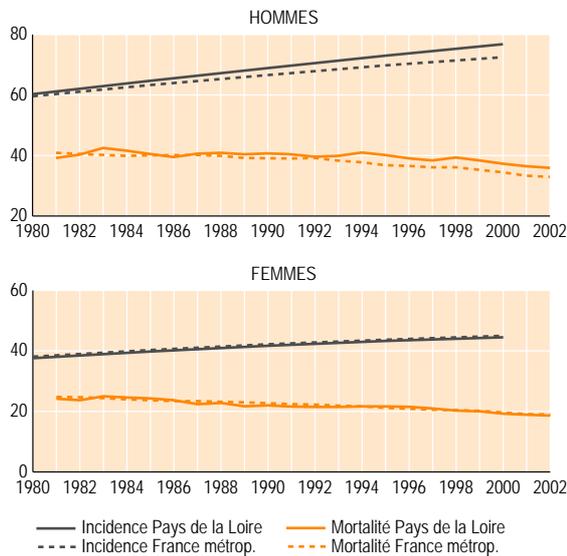
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	115	420	535	111 *
Femmes	60	363	423	98
Ensemble	175	783	958	105 *

Source : INSERM CépiDc
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Evolution des taux comparatifs d'incidence et de mortalité par cancer du côlon-rectum

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
 Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
 Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
 Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum le plus élevé chez les hommes (6^e rang). La mortalité par cancer du côlon-rectum chez les femmes est proche de la moyenne nationale.

4 Incidence estimée du cancer du côlon-rectum

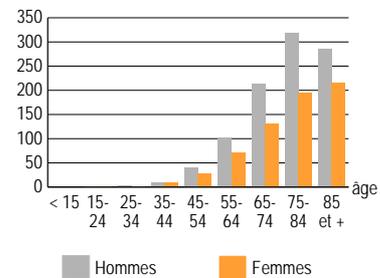
Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	746	659	64,7	40,0
1990	862	740	68,9	42,0
1995	1 015	834	73,0	43,0
2000	1 146	920	76,8	44,5

Sources : FRANCIM, INSEE
¹ unité : pour 100 000

5 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE
 Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

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

Cancer du poumon

Contexte national

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a vu sa fréquence augmenter de façon considérable depuis les années 1950 dans la plupart des pays industrialisés, en raison de l'augmentation du tabagisme. La consommation de tabac constitue, en effet, le principal facteur de risque de cette affection, responsable d'environ 80 % des cas (voir fiche "Tabagisme")^[1, 2].

Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque du cancer du poumon, avec un effet d'augmentation du risque en cas d'association avec le tabac. La législation française reconnaît comme cancers professionnels ceux survenant après exposition à l'amiante (voir fiche "Exposition à l'amiante"), à l'arsenic, au bis-chloro-méthyl-ether, au chrome et au nickel, au radon, aux hydrocarbures polycycliques. La fraction de cancer du poumon attribuable aux expositions professionnelles est estimée entre 13 et 29 %. Ces étiologies professionnelles restent toutefois mal identifiées^[1, 3].

Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du poumon est estimé à environ 28 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine. 83 % d'entre eux concernent des hommes. Le cancer du poumon arrive ainsi au second rang des cancers masculins les plus fréquents, après le cancer de la prostate^[2].

Malgré son amélioration, le taux de survie relative à cinq ans de ce cancer est seulement de 13,1 % chez les hommes et de 15,9 % chez les femmes^[4]. Cette pathologie constitue la première cause de décès par cancer pour les hommes, à l'origine de près de 21 000 décès annuels en 2003. Pour les femmes, avec 5 200 décès annuels, le cancer du poumon se situe au troisième rang des décès par cancer, après le cancer du sein et le cancer colorectal. Ces pathologies touchent souvent des personnes relativement jeunes puisque près de 40 % des décès par cancer du poumon surviennent avant 65 ans^[5].

Au sein de l'Union européenne, la France occupe par contre une position moyenne pour la mortalité, au dixième rang des 24 pays pour lesquels cette information est disponible en 2001-2003, classés par mortalité croissante, chez les hommes comme chez les femmes^[6].

La mortalité par cancer du poumon varie de façon importante selon les régions. Sur la période 2001-2003, elle dépasse ainsi la moyenne nationale de plus de 30 % pour les hommes en Nord-Pas-de-Calais et pour les femmes en Corse. Elle lui est par contre inférieure de 18 % chez les hommes dans les Pays de la Loire et de 24 % chez les femmes en Basse-Normandie (fig. 1)^[5, 7].

Le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté de façon constante depuis deux décennies. Entre 1990 et 2000, le taux d'incidence a progressé de + 4 % chez l'homme et de + 54 % chez la femme, reflétant l'évolution des habitudes tabagiques de la population féminine^[2].

La mortalité a connu une évolution analogue sur cette période, et on peut craindre que dans les années qui viennent, le cancer du poumon ne devienne en France la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, comme c'est le cas aux Etats-Unis^[1, 7, 8].

Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 22 900 admissions en

ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie^[9]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer du poumon est estimé à 45 000 en 2004^[10].

Le traitement du cancer du poumon localisé repose en général sur la chirurgie, complétée ou non par de la chimiothérapie et/ou moins souvent de la radiothérapie. Dans certaines formes, radiothérapie et/ou chimiothérapie sont réalisées en première intention.

Le cancer du poumon a constitué le diagnostic principal de près de 60 000 séjours hospitaliers (dont 9 800 séjours chirurgicaux) dans les services de soins de courte durée en 2004 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie)^[11].

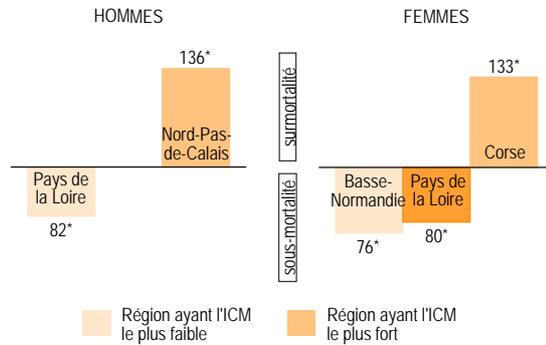
De nombreuses études sont en cours pour évaluer diverses techniques de dépistage du cancer du poumon^[12]. Aucune n'ayant pour l'instant fait la preuve de son efficacité, la prévention du cancer du poumon repose donc actuellement sur la lutte contre les facteurs de risque, tabac et expositions professionnelles principalement.

Bibliographie page 190

Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations Francim, environ 1 200 cas de cancers du poumon ont été diagnostiqués chez des Ligériens au cours de l'année 2000, dont 85 % chez l'homme (fig. 4)^[13]. Le nombre annuel de personnes admises en Affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie sur la période 2002-2004 par les trois principaux régimes d'assurance maladie est d'environ 1 000^[14].
- Entre 2001 et 2003, le cancer du poumon a été responsable en moyenne chaque année de 1 170 décès dans les Pays de la Loire (fig. 2)^[5].
- L'incidence des cancers du poumon (comme la mortalité) est sept fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (fig. 3 et 4)^[13]. Cette pathologie constitue chez les hommes la première cause de mortalité par cancer (19 % des décès par cancer)^[5].
- Le cancer du poumon touche souvent des personnes relativement jeunes puisque 52 % des admissions en ALD et 43 % des décès surviennent avant 65 ans (fig. 2)^[5, 14].
- La région connaît encore plus que la France une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers du poumon : + 34 % chez les hommes entre 1990 et 2000, + 77 % chez les femmes. Cette progression résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et à âge égal de l'accroissement du taux d'incidence (+ 13 % chez les hommes, + 55 % chez les femmes) (fig. 3 et 4)^[13].
- La mortalité régionale par cancer du poumon connaît également une nette augmentation depuis le début des années 1980, chez les hommes comme chez les femmes (fig. 3). Néanmoins, en 2001-2003, les Pays de la Loire font partie des régions de France qui présentent la plus faible mortalité par cancer du poumon, inférieure de 18 % à la moyenne française chez les hommes et de 20 % chez les femmes. Cette situation est à rapprocher de la consommation de tabac qui a longtemps été plus faible que la moyenne nationale dans les Pays de la Loire (fig. 1)^[5] (voir fiche "Tabagisme").

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer du poumon (moyenne 2001-2003)



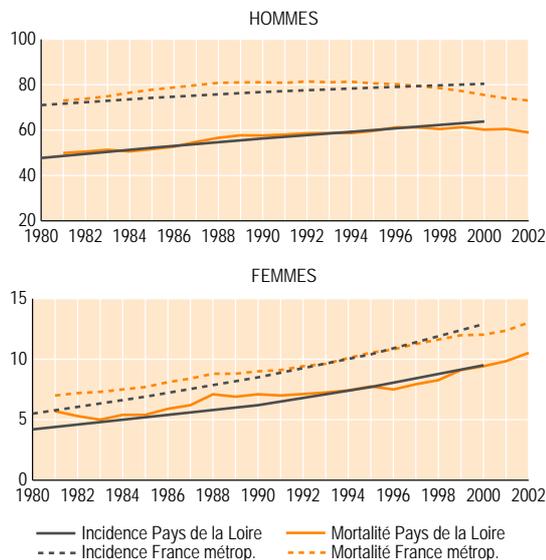
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cancer du poumon Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	424	530	954	82 *
Femmes	84	133	217	80 *
Ensemble	508	663	1 171	82 *

Source : INSERM CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Evolution des taux comparatifs d'incidence et de mortalité par cancer du poumon Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

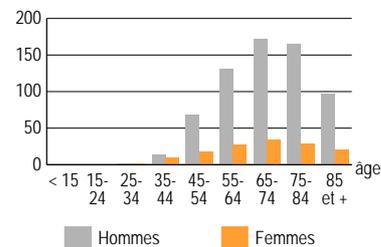
La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus faible taux comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les hommes comme chez les femmes (respectivement 1^{er} et 4^e rang).

4 Incidence estimée du cancer du poumon Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	657	82	52,2	5,0
1990	757	104	56,3	6,0
1995	890	140	60,0	8,0
2000	1 014	184	63,8	9,5

Source : FRANCIM
¹unité : pour 100 000

5 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer du poumon selon l'âge et le sexe Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM-DRSM, INSEE
Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

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

Mélanome de la peau

Contexte national

Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Le mélanome est le plus rare de ces cancers, puisqu'il représente environ 2 % des cancers cutanés découverts^[1]. Mais il est également le plus grave en cas de découverte tardive, en raison notamment de sa capacité à métastaser. Le principal facteur de risque du mélanome est plus largement de tous les cancers de la peau est l'exposition au rayonnement solaire, particulièrement néfaste dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. Le risque de mélanome est aussi fonction du phototype de l'individu, plus important chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur, qui ne bronzent pas ou peu. La présence de nombreux grains de beauté (naevus) constitue également un facteur de risque^[2,3]. Enfin, 10 % des cas de mélanome surviennent dans un contexte familial, défini comme la survenue d'au moins trois mélanomes sur deux générations^[4,5].

La modification des habitudes d'exposition solaire, en lien avec *l'impératif social du bronzage* et un mode de vie très orienté vers les loisirs et les sports de plein air, est à l'origine de l'augmentation importante de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer dans tous les pays d'Europe, l'Australie et les Etats-Unis depuis les années 1950^[3,6]. En France, entre 1990 et 2000, les taux d'incidence ont augmenté de 77 % pour les hommes et de 58 % pour les femmes. En 2000, le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à environ 7 200 cas, dont 58 % concernent des femmes^[7,8]. Environ 1 400 décès par mélanome ont été enregistrés en 2003, dont 53 % chez les hommes. Entre 1990 et 2002, cette mortalité a augmenté de 24 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes^[9].

Au sein de l'Union européenne, la France présente des taux d'incidence intermédiaires, entre les taux élevés du nord de l'Europe et ceux plus faibles de l'Europe du sud^[7]. La situation est analogue pour la mortalité par mélanome, avec toutefois un gradient nord-sud moins marqué^[10].

En France, le taux de survie relative à 5 ans pour les hommes est de 81 %, parmi les meilleurs d'Europe, et de 87 % pour les femmes, en position médiane^[11,12].

Les personnes atteintes d'un mélanome sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 5 200 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie^[13]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour mélanome est estimé à 27 000 en 2004^[14].

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore très faible avec un espoir dans les années à venir avec la vaccination et la thérapie cellulaire. En 2004, le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 12 000 séjours hospitaliers en court séjour (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie), dont 6 200 séjours chirurgicaux^[15].

L'intérêt du diagnostic précoce du mélanome est reconnu. Son efficacité repose sur la complémentarité de l'action du patient, du médecin généraliste (ou du médecin du travail),

du dermatologue et de l'anatomopathologiste. Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce, développées en France comme dans de nombreux pays, ont un impact positif mais limité dans le temps. Leur efficacité en termes de diminution de la mortalité n'est pas encore certaine^[2].

La prévention primaire du mélanome reste donc essentielle, par la réduction de l'exposition aux ultraviolets solaires, au moyen de photoprotecteurs efficaces contre les UVA et les UVB (indice SPF minimum de 40) et mais aussi aux ultraviolets artificiels, les dangers de ces derniers étant clairement établis.

Actuellement, la stabilisation de l'incidence du mélanome et la baisse de la mortalité en Australie et dans les pays du nord de l'Europe, probablement en lien avec les actions massives d'information et de dépistage confortent ces orientations^[3].

Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome^[7].

Bibliographie page 190

Dans les Pays de la Loire

- D'après les estimations du réseau des registres des cancers en France (Francim), environ 440 cas de mélanome de la peau ont été diagnostiqués chez des Ligériens en 2000, dont 260 chez des femmes (fig. 3)^[16]. Le nombre annuel moyen de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour cette pathologie sur la période 2002-2004 par les trois principaux régimes d'assurance maladie est de 330^[17].
- Entre 1999 et 2003, le mélanome de la peau a été responsable en moyenne chaque année de 80 décès parmi les habitants des Pays de la Loire (fig. 1)^[9].
- Le mélanome touche fréquemment des personnes relativement jeunes, puisque 55 % des admissions en ALD et 40 % des décès concernent des personnes de moins de 65 ans (fig. 1)^[9,17].
- La région connaît comme la France une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de mélanome entre 1990 et 2000, chez les femmes (+ 72 %) et plus encore chez les hommes (+ 110 %). Cette progression résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population et surtout de l'accroissement des taux d'incidence féminins (+ 59 %) et masculins (+ 81 %) (fig. 3)^[16]. En 2000, les taux d'incidence standardisés sont supérieurs à la moyenne nationale pour les deux sexes, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives (fig. 2)^[18].
- La mortalité par mélanome dans la région a connu une hausse entre 1980 et 1996, chez les hommes (+ 47 %) comme chez les femmes (+ 44 %). Depuis cette période, elle suit une tendance à la baisse pour les deux sexes. La mortalité par mélanome est statistiquement non différente de la moyenne nationale depuis la fin des années 1990, chez les hommes comme chez les femmes. Mais chez ces dernières, elle a été statistiquement supérieure à la moyenne nationale d'environ 30 % entre 1993 et 1998 (fig. 2)^[9].

1 Décès par mélanome de la peau

Pays de la Loire (moyenne 1999-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	19	22	41	103
Femmes	13	26	39	108
Ensemble	32	48	80	105

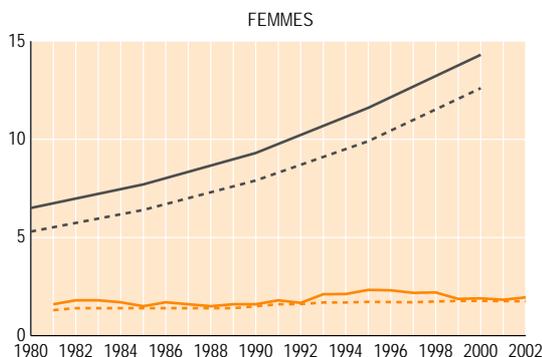
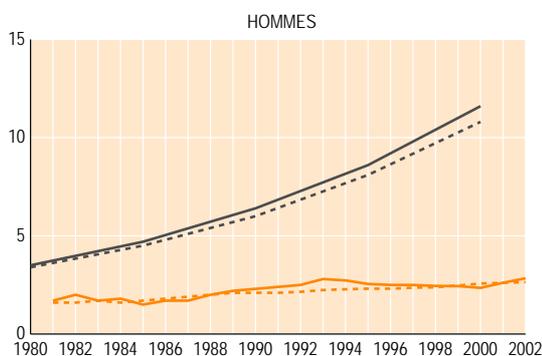
Source : INSERM CépiDc

Rang au niveau national

Pour la période 1999-2003, la région des Pays de la Loire présente un indice comparatif de mortalité par mélanome de la peau statistiquement non différent de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.

2 Evolution du taux comparatif d'incidence et de mortalité par mélanome de la peau

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



— Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
 - - - Incidence France métrop. - - - Mortalité France métrop.

Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
 Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
 Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
 Unité : pour 100 000

3 Incidence estimée du mélanome de la peau

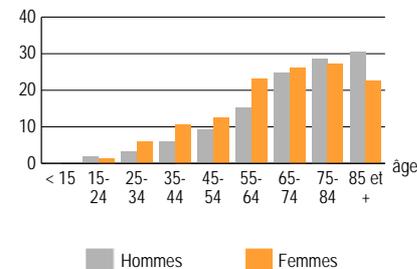
Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1985	59	119	4,7	8,0
1990	87	152	6,4	9,0
1995	127	201	8,6	12,0
2000	183	261	11,6	14,3

Source : FRANCIM
¹ unité : pour 100 000

4 Taux d'admissions en affection de longue durée pour mélanome de la peau selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE
 Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Mélanome : code CIM9 : 172 ; code CIM10 : C43.

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

Cancer du sein chez la femme

Contexte national

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Sur un nombre total de nouveaux cas de cancers féminins estimé à 117 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine, 42 000 sont des cancers infiltrants du sein. Entre 1990 et 2000, ce nombre a augmenté de 41 % et le taux d'incidence de 24 %. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence. Cette hausse du taux d'incidence s'observe dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes [1].

La mortalité ne suit pas cette tendance à la hausse de l'incidence, grâce à l'amélioration des thérapeutiques, mais aussi de la plus grande précocité du diagnostic, qui conduit à prendre en charge des tumeurs de meilleur pronostic [1]. Après une période de croissance depuis les années 1950, le taux de mortalité s'est stabilisé dans les années 1980 et tend même à diminuer depuis le milieu des années 1990 (- 7,5 % entre 1995 et 2002) [2, 3]. En 2003, ce cancer a néanmoins été responsable de plus de 11 000 décès féminins [3]. Les disparités régionales de mortalité sont importantes, les positions extrêmes étant occupées par le Nord-Pas-de-Calais avec une surmortalité de 30 % par rapport à la moyenne nationale, et par la région Midi-Pyrénées avec une sous-mortalité de 12 % (fig. 1) [3, 4].

Au sein de l'Union européenne, la France se place avec les pays d'Europe du Nord parmi les pays où l'incidence est élevée [1]. Le taux de survie relative à cinq ans atteint 84 % et est actuellement l'un des plus élevés d'Europe, après la Finlande et la Suède [5, 6]. D'où une position moyenne de la France pour la mortalité, au treizième rang des 24 pays pour lesquels cette information est disponible en 2001-2003, classés par mortalité croissante [7].

Les femmes atteintes d'un cancer du sein sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 55 800 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les femmes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour cancer du sein est estimé à 371 000 en 2004 [9].

Le traitement du cancer du sein repose essentiellement sur la chirurgie et la radiothérapie, associées dans certains cas à une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie. Le cancer du sein a constitué le diagnostic principal de plus de 77 000 séjours hospitaliers (dont environ 64 000 séjours chirurgicaux) dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

De nombreux facteurs de risque génétiques et hormonaux ont été identifiés. Les formes familiales avec une prédisposition génétique (gènes BRCA 1 et BRCA 2 notamment) concernent 5 à 10 % des cancers du sein. Le rôle de l'exposition aux œstrogènes (en lien notamment avec une

puberté précoce ou une ménopause tardive, une première grossesse au-delà de 30 ans ou l'absence de grossesse) est bien établi. D'autres facteurs comme la surcharge pondérale, la consommation d'alcool et l'exposition à des radiations ionisantes joueraient également un rôle [1, 2].

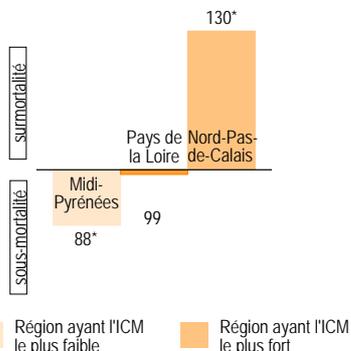
Le cancer du sein fait l'objet d'un programme national de dépistage, initié au début des années 1990 et généralisé en 2004 dans le cadre du Plan cancer. Il s'agit d'un dépistage par mammographie, proposé tous les deux ans à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Ce dépistage systématique devrait se substituer progressivement au dépistage "spontané", et permettre une diminution de la mortalité de 30 % parmi les femmes dépistées [11]. Les taux de participation au dépistage organisé sont en augmentation (40 % en 2004), mais doivent encore progresser pour permettre d'atteindre cet objectif [12].

Bibliographie page 191

Dans les Pays de la Loire

- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence du cancer du sein. Selon les dernières estimations établies par le réseau national des registres des cancers pour l'année 2000, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein invasifs chez les femmes de la région s'élève à 2 400 (fig. 4) [13]. Sur la période 2002-2004, plus de 3 000 femmes ont été admises en ALD pour cette affection en moyenne chaque année par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [14].
- Le cancer du sein a été responsable de plus de 600 décès féminins en moyenne chaque année entre 2001 et 2003 (fig. 2). Il constitue la première cause de mortalité féminine par cancer (un décès sur cinq) [3].
- Le cancer du sein voit sa fréquence augmenter avec l'âge. Mais il touche souvent des femmes relativement jeunes puisque 59 % des admissions en ALD et 38 % des décès concernent des femmes de moins de 65 ans (fig. 2) [3, 13].
- Le nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers du sein a augmenté de + 49 % entre 1990 et 2000 (fig. 4). Cette évolution résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de l'augmentation du taux d'incidence (+ 28 %), liée en partie à un diagnostic plus précoce (fig. 3) [13].
- La mortalité régionale par cancer du sein connaît par contre une légère tendance à la baisse depuis le milieu des années 1990, comme au niveau national. En 2001-2003, la mortalité régionale est similaire à celle observée au niveau national (fig. 1 et 3) [3].
- En 2005, le taux de participation au dépistage organisé des Ligériennes âgées de 50-74 ans a atteint 59 % [15].

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer du sein
(moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se situe parmi les régions ayant un taux comparatif de mortalité féminine par cancer du sein proche de la moyenne nationale (au 15^e rang).

4 Incidence estimée du cancer du sein
Pays de la Loire, France métrop. (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.
1985	1 320	24 785	86,6	85,0
1990	1 597	29 465	98,7	95,9
1995	1 970	35 316	112,1	107,8
2000	2 382	41 722	126,6	120,7

Source : FRANCIM
¹ unité : pour 100 000

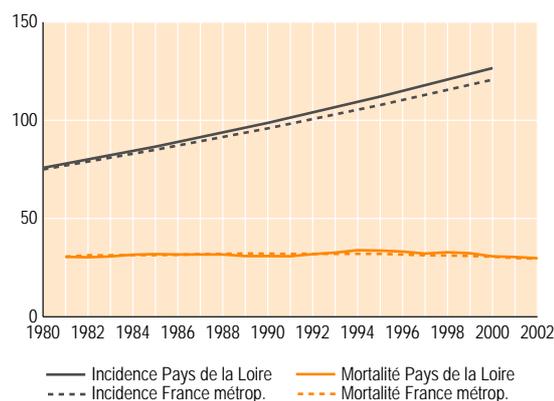
2 Décès par cancer du sein
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Nombre de décès	%
20-44 ans	37	6,0 %
45-64 ans	193	31,4 %
65-84 ans	284	46,3 %
85 ans et plus	100	16,3 %
Total	614	100,0 %

Source : INSERM CépiDc

3 Evolution des taux comparatifs d'incidence et de mortalité par cancer du sein

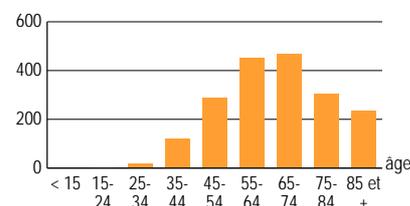
Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE
 Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans
 Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
 Unité : pour 100 000

5 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer du sein selon l'âge

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE
 Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

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

Cancer du col et du corps de l'utérus

Contexte national

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic [1].

Le cancer du corps de l'utérus touche les femmes à partir de 40 ans. Son principal facteur de risque est l'hyperœstrogénie qu'elle soit endogène (en cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce) ou exogène (lors de traitement par des œstrogènes non associés à des progestatifs). Le nombre de cas de cancers du corps est estimé à 5 000 en 2000 (troisième rang des cancers féminins les plus fréquents). Le taux d'incidence est resté stable depuis 1980, situant la France parmi les pays d'Europe les moins touchés [2].

Les personnes atteintes de cette pathologie sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par l'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins nécessités par cette affection. En 2004, 4 400 femmes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie ont été admises en ALD pour cancer du corps de l'utérus (et 700 pour un cancer de l'utérus de localisation non précisée) [3]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD en 2004 pour cancer du corps est estimé à 24 900 [4].

Le cancer du corps de l'utérus a constitué le diagnostic principal d'environ 9 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2004, dont 6 300 séjours chirurgicaux, hors séances de chimiothérapie et radiothérapie [5].

Les statistiques de causes médicales de décès ne permettent pas de dénombrer aisément les décès par cancer du corps de l'utérus, car 60 % des certificats de décès mentionnant un cancer de l'utérus ne précisent pas sa localisation. Les travaux des registres des cancers permettent toutefois d'estimer qu'actuellement, 64 % des décès par cancer de l'utérus correspondent à des cancers du corps, ce qui représente 1 900 décès pour l'année 2003. Entre 1980 et 2000, le taux de mortalité par cancer du corps a diminué de 25 % [2, 6]. Le taux de survie relative à cinq ans (74 %) est parmi les meilleurs d'Europe [7, 8].

Le cancer du col de l'utérus concerne des femmes plus jeunes puisqu'il se voit dès 20 ans, avec un pic d'incidence à 40 ans. Son principal facteur de risque est l'infection à papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle. Les lésions du col peuvent se développer dans les tissus superficiels (cancer in situ) ou envahir les tissus plus profonds, constituant un cancer infiltrant. Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col est estimé à environ 3 400 pour l'année 2000. Son incidence est en diminution depuis quarante ans et entre 1990 et 2000, elle a diminué de 21 % [2, 9]. La France figure parmi les pays européens à incidence élevée [10].

En 2004, 3 100 femmes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie ont été admises en ALD pour cancer du col de l'utérus [3]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour ce cancer est estimé en 2004 à 22 200 [4].

La chirurgie est indiquée dans la majorité des cancers du col, et en 2004, cette pathologie a constitué le diagnostic principal de 6 500 séjours hospitaliers dont 3 900 séjours chirurgicaux (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [5]. La survie relative à cinq ans (70 %) est parmi les plus élevées d'Europe [7, 8].

En 2003, le nombre de décès par cancer du col peut être estimé à 1 070 (sur la base de 36 % de décès par cancer du

col parmi les cancers de l'utérus). Entre 1980 et 2000, la mortalité par cancer du col a diminué de 58 %, ce qui place la France en position assez favorable au sein des pays de l'Union européenne (sixième rang) [2, 6, 11].

Outre la prévention commune à toutes les maladies sexuellement transmissibles, la prévention de certains cancers du col par la vaccination contre plusieurs sérotypes de papillomavirus humain (HPV), désormais possible, est recommandée pour toutes les filles dès 14 ans [12].

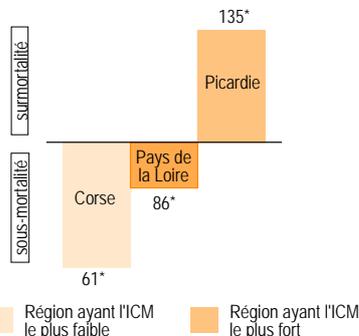
Cette vaccination ne doit toutefois pas remplacer le dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses du col, qui repose sur la réalisation d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans [13-15]. Ce dépistage est le plus souvent réalisé sur prescription individuelle, des programmes de dépistage organisé fonctionnant toutefois dans trois départements en 2006. Le nombre de frottis remboursés (5,5 millions en 2000) devrait permettre de couvrir les besoins. Or 46 % des femmes du régime général âgées de 20 à 69 ans n'ont pas fait de frottis en trois ans en médecine de ville pour la période 1998-2000, et plus de 34 % n'en ont pas fait en six ans [16]. L'amélioration de la couverture de ce dépistage constitue donc une priorité. Quant à la place de la recherche des virus HPV dans le dépistage en première intention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col, elle reste à déterminer [15].

Bibliographie page 191

Dans les Pays de la Loire

- Le nombre estimé de nouveaux cas de **cancers du corps de l'utérus** diagnostiqués en 2000 est de 233, ce qui correspond à une incidence régionale inférieure de 17 % à la moyenne nationale (fig. 4 et 5). Comme en France, le taux d'incidence du cancer du corps de l'utérus est resté stable entre 1980 et 2000 (fig. 4) [17].
- Le nombre de femmes de la région admises en Affection de longue durée (ALD) pour un cancer du corps de l'utérus en moyenne chaque année pour la période 2002-2004 par l'un des 3 principaux régimes d'assurance maladie est de 230, très proche du nombre de nouveaux cas estimé [18]. 41 % d'entre elles étaient âgées de moins de 65 ans.
- Sur la base de 64 % de décès par cancer de l'utérus correspondant à des décès par cancer du corps, le nombre annuel de ces derniers peut être estimé à 90 pour la période 2001-2003 (fig. 1) [2, 6].
- On estime à 144, le nombre de nouveaux cas de **cancers du col de l'utérus** diagnostiqués en 2000 dans la région. Pour cette pathologie, l'incidence régionale est inférieure de 22 % à la moyenne nationale (fig. 4 et 5) [17]. Comme en France, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a globalement diminué de 48 % entre 1980 et 2000.
- 140 femmes de la région ont été admises en ALD pour un cancer du col de l'utérus chaque année sur la période 2002-2004 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie. 67 % d'entre elles étaient âgées de moins de 65 ans [18].
- Sur la base de 36 % de décès par cancer de l'utérus correspondant à des décès par cancer du col, le nombre annuel de ces derniers peut être estimé à 50 pour la période 2001-2003 (fig. 1) [2, 6].
- Depuis 1980, la mortalité régionale globale par cancer de l'utérus est en diminution, et reste inférieure à la moyenne nationale (- 14 % en 2001-2003) (fig. 3) [6].

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps)
(moyenne 2001-2003)



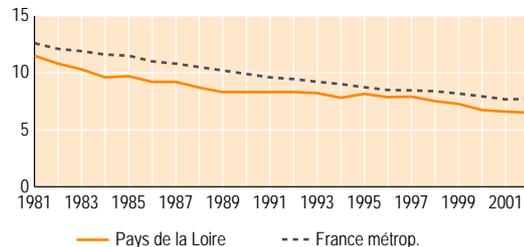
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cancer de l'utérus (col et corps)
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Femmes	37	103	140	86 *

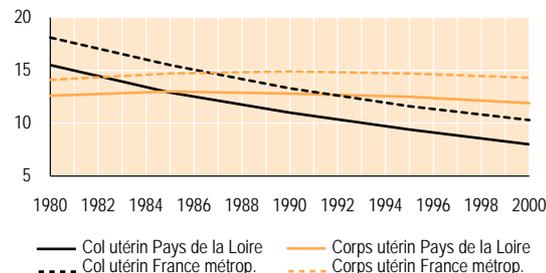
Source : INSERM CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps)
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

4 Evolution du taux standardisé d'incidence des cancers du col et du corps de l'utérus
Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2000)



Source : FRANCIM
Données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

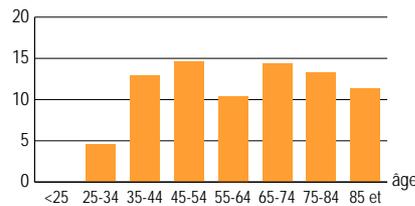
La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps) le plus faible (3^e rang).

5 Incidence estimée du cancer du col et du corps de l'utérus
Pays de la Loire (1985 - 2000)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Col utérin	Corps utérin	Col utérin	Corps utérin
1985	192	207	12,9	13,0
1990	175	216	11,0	12,8
1995	160	228	9,4	12,5
2000	144	233	8,0	11,9

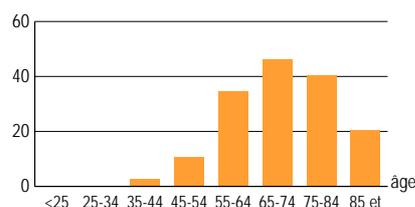
Sources : FRANCIM, INSEE
¹ unité pour 100 000

6 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer du col utérin
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE
Unité : pour 100 000

7 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer du corps utérin
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM - DRSM, INSEE
Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

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

Cancer de la prostate

Contexte national

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en France au cours de l'année 2000 est estimé à environ 40 000. Un nouveau cas de cancer masculin sur quatre est donc un cancer de la prostate. Ce cancer atteint surtout des hommes âgés : il est rare avant 50 ans, et 44 % des nouveaux cas sont diagnostiqués après 75 ans^[1].

Le nombre annuel de nouveaux cas de cancers de la prostate a augmenté de façon considérable au cours des deux dernières décennies, multiplié par 2 entre 1980 et 1990, puis à nouveau par 2 entre 1990 et 2000^[1]. Cette augmentation résulte du vieillissement de la population, mais aussi de la forte progression du taux standardisé d'incidence dont une part est due au développement du dépistage individuel^[1,2].

Le cancer de la prostate a été responsable de 9 500 décès en 2003. Il constitue la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colorectal. Le taux comparatif de mortalité ne suit pas la même évolution que le taux d'incidence. Après avoir légèrement progressé entre 1980 et 1990, il est en baisse depuis le début des années 1990 et est revenu depuis le début des années 2000 à un niveau inférieur à celui observé au début des années 1980^[1]. La mortalité par cancer de la prostate varie de façon importante selon les régions, la plus élevée étant observée en Picardie (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale en 2001-2003), et la plus faible en Corse (- 28 %)^[3,4].

Au sein de l'Union européenne, la France occupe une position moyenne pour la mortalité par cancer de la prostate alors qu'elle se situe parmi les pays à forte incidence, avec la Finlande, la Suède, les Pays-Bas^[1,5]. Le taux de survie relative à cinq ans atteint 77 % en France et est l'un des plus élevés d'Europe^[6,7].

Les personnes atteintes d'un cancer de la prostate sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 50 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie^[8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer de la prostate est estimé à 190 000 en 2004^[9].

Les traitements du cancer localisé de la prostate sont la prostatectomie totale, la radiothérapie externe et la curiethérapie. En 2004, le cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal de plus de 66 000 séjours hospitaliers dont environ 34 000 séjours chirurgicaux dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie)^[10].

L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment au moyen du dosage sanguin du PSA (antigène spécifique de la prostate) éventuellement associé au toucher rectal, fait l'objet de nombreuses évaluations. A ce jour, le bénéfice en termes de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Mais un tel programme risque de conduire à la découverte de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées, et à leur traitement par des techniques relativement lourdes et souvent à l'origine d'importants effets secondaires. C'est pourquoi l'ensemble des agences d'évaluation qui se sont prononcées sur ce thème, dont l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation

en santé (Anaes) devenue Haute autorité de santé (HAS), ne recommandent pas le dépistage systématique^[11,12].

Pour le dépistage individuel, il n'y a pour l'instant pas de consensus. L'Anaes considère qu'elle ne dispose pas d'éléments suffisants pour recommander cette démarche^[12]. L'association française d'urologie recommande un dépistage individuel par le dosage du PSA et un toucher rectal tous les ans entre 50 et 75 ans, et dès 45 ans s'il y a un risque familial ou ethnique^[13,14]. En pratique, le dépistage individuel s'est largement développé ces dernières années en France. Le nombre total de dosages de PSA remboursés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est ainsi passé de 1,5 million en 2000 à 3,2 millions en 2004^[15]. Dans ce contexte, des recommandations ont été émises en 2004 par l'Anaes sur la nécessité d'informer le patient de l'intérêt et des limites potentielles ou avérées de ce dépistage^[12].

Deux études importantes sont en cours et apporteront peut-être dans les années qui viennent des éléments d'information complémentaires : l'étude ERSPC (European randomized study of screening for prostate cancer) initiée en Europe en 1994, et l'étude PLCO (Prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening) menée aux Etats-Unis par l'institut national du cancer^[16,17].

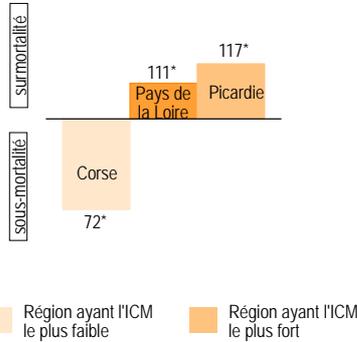
Bibliographie page 192

Dans les Pays de la Loire

- Selon les estimations établies par le réseau national des registres des cancers (Francim), 2 600 nouveaux cas de cancers de la prostate ont été diagnostiqués chez des Ligériens au cours de l'année 2000 (fig. 4)^[18]. Le nombre annuel moyen d'admissions en Affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie pour cette pathologie est d'environ 2 900 pour la période 2002-2004^[19].
- Entre 2001 et 2003, le cancer de la prostate a été responsable en moyenne chaque année de 590 décès parmi les habitants des Pays de la Loire (fig. 2). Il constitue la deuxième cause de mortalité masculine par cancer après le cancer du poumon, responsable de 12 % des décès masculins par cancer^[3].
- 76 % des admissions en ALD pour cancer de la prostate et 93 % des décès concernent des personnes de plus de 65 ans (fig. 2)^[3,19].
- La région connaît, comme la France, une augmentation très importante du nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers de la prostate, qui a été multiplié par 2,2 entre 1990 et 2000. Cette évolution résulte à la fois de l'augmentation et du vieillissement de la population, et de la progression du taux d'incidence, multiplié par 1,8 sur cette période (fig. 3 et 4)^[18]. Cette progression est liée pour une large part à la recherche plus systématique de cette pathologie.
- Depuis le début des années 1990, la mortalité régionale par cancer de la prostate a chuté de plus de 20 % après avoir connu une phase de progression au cours des années 1980 (fig. 3)^[3].
- Depuis le début des années 1980, la mortalité des Ligériens pour cette pathologie est supérieure à la moyenne nationale mais l'écart diminue. Pour la période 2001-2003, la mortalité régionale est supérieure de 11 % à celle observée au niveau national (fig. 1 et 3)^[3].

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer de la prostate

(moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cancer de la prostate

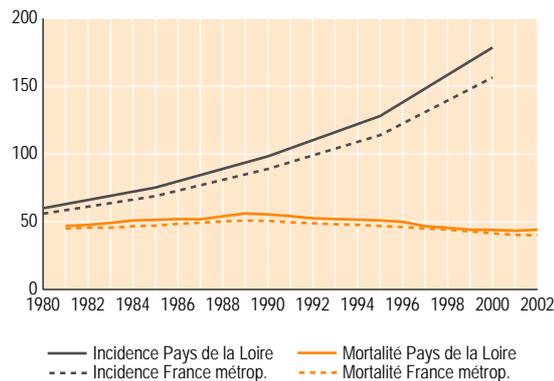
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Nombre de décès	%
20-64 ans	39	6,6 %
65-74 ans	128	21,7 %
75-84 ans	257	43,6 %
85 ans et plus	165	28,0 %
Total	590	100,0 %

Source : INSERM CépiDc

3 Evolution du taux comparatif d'incidence et de mortalité par cancer de la prostate

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2002)



Sources : FRANCIM, INSERM CépiDc, INSEE

Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux comparatif d'incidence : données disponibles pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000

Unité : pour 100 000

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate le plus élevé (6^e rang).

4 Incidence estimée du cancer de la prostate

Pays de la Loire (1985 - 2000)

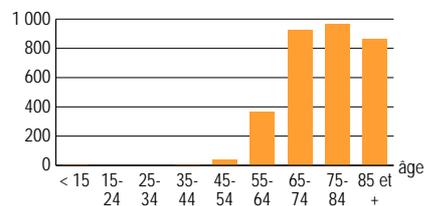
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.
1985	811	14 080	75,2	68,9
1990	1 169	19 510	98,2	88,9
1995	1 744	27 712	128,0	113,9
2000	2 631	40 943	178,5	156,4

Sources : FRANCIM, INSEE

¹ unité : pour 100 000

5 Taux d'admissions en affection de longue durée pour cancer de la prostate selon l'âge

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM-DRSM, INSEE

Unité : pour 100 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

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

Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 51.

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

Diabète

Contexte national

Le diabète est une affection caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Il en existe deux formes : le diabète de type 1, qui débute le plus souvent avant 30 ans de façon rapide, voire brutale et le diabète de type 2. Ce dernier, qui représente plus de 90 % des cas de diabète, s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. Le traitement par insuline est indispensable aux diabétiques de type 1, d'où son ancienne appellation de diabète insulino-dépendant. Le diabète de type 2 est traité par des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline [1, 2].

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est connue grâce aux données de remboursement de l'assurance maladie. Elle est estimée, en 2005, à 3,8 % de la population de France métropolitaine, ce qui correspond à environ 2,3 millions de personnes. Environ 80 % d'entre elles bénéficient d'une prise en charge en Affection de longue durée (ALD) pour diabète (ALD n° 8) [3]. En 2004, cette affection a ainsi constitué la troisième cause d'admission en ALD (150 000 admissions) parmi les personnes relevant des 3 principaux régimes d'assurance maladie [4].

Les hommes représentent environ 54 % des malades traités pharmacologiquement, et c'est entre 70 et 79 ans que la prévalence est la plus forte, chez les hommes comme chez les femmes, atteignant respectivement 17,7 % et 11,5 % [3]. Le diabète est, par ailleurs, plus fréquent dans les groupes sociaux les moins favorisés [5]. Les disparités régionales de la prévalence du diabète traité sont importantes. En 1999, elle variait de 1,7 % en Bretagne et 2,04 % en Pays de la Loire à 4,2 % en Corse [6]. Ce taux est particulièrement élevé dans les départements d'outre-mer, au moins deux fois supérieur à celui de la métropole en Guadeloupe, Martinique et Réunion en 2005 [3].

Par rapport aux autres pays européens, la France occupe une position moyenne concernant la prévalence du diabète de type 2, alors que pour le diabète de type 1, elle fait partie des pays les plus protégés, avec ceux du pourtour méditerranéen [1].

Des projections, tenant compte du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, estiment que la prévalence du diabète traité pharmacologiquement atteindra 4,5 % en 2016 [7].

Les complications du diabète sont fréquentes et graves. Elles sont d'origine vasculaire et leur principal déterminant est la durée d'exposition à l'hyperglycémie. Elles peuvent toucher les microvaisseaux de la rétine (le diabète est l'une des premières causes de cécité en France), du rein (à l'origine d'insuffisance rénale) ou des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation. Les atteintes des gros vaisseaux cardiaques ou cérébraux peuvent se traduire par un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral [1, 8]. A partir de déclarations des médecins traitants, l'incidence de ces complications était estimée en 2001 à 8,1 infarctus, 3,5 cécités, 1,2 initialisations à la dialyse ou greffes rénales, 2,3 amputations d'un membre inférieur et 5,8 maux perforants plantaires pour 1 000 diabétiques traités [9].

D'où l'importance de la surveillance des patients diabétiques, selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) devenue Haute autorité de santé (HAS) [10]. Cette surveillance s'est nettement

améliorée au cours des années récentes mais reste encore insuffisante [11]. Elle est notamment moins bonne dans les groupes sociaux les moins favorisés [5].

Le diabète a constitué le diagnostic principal de 148 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2004 [12]. Près de 9 500 séjours de diabétiques (correspondant à 8 000 personnes) ont donné lieu à une amputation du membre inférieur en 2003. Cela correspond à un taux de séjours avec acte d'amputation de 4,8 pour 1 000 diabétiques, plusieurs séjours pouvant concerner une même personne [13].

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier car, pour les décès liés à ses complications, l'étiologie diabétique n'est pas toujours mentionnée. En 2002, 5,5 % des certificats de décès des personnes résidant en France métropolitaine mentionnaient en tant que cause initiale (2,1 %) ou associée. Les disparités régionales sont importantes, les taux les plus élevés étant observés dans les départements d'outre-mer et dans le nord et l'est de la France, et les plus bas dans les régions de l'ouest et en Ile-de-France [14].

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. S'y ajoutent pour ce dernier des facteurs nutritionnels. La prévention primaire du diabète de type 2 repose donc sur une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, et fait partie des objectifs du Plan national nutrition santé (PNNS) [15]. Enfin, la HAS préconise un dépistage du diabète de type 2 au-delà de 45 ans, chez les personnes à risque et dans les populations en situation de précarité [16].

Bibliographie page 192

Dans les Pays de la Loire

- Le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 93 500 en 2005, soit une prévalence de 2,7 %. Entre 2004 et 2005, ce nombre a augmenté de 3,2 %. 14 % des patients sont traités par insuline seule, 78 % par antidiabétiques oraux seuls, et 8 % par insuline et antidiabétiques oraux seuls (fig. 1) [17]. Le suivi de ces patients, conformément aux recommandations de la HAS, s'est amélioré entre 2002 et 2005 mais, comme en France, des marges de progrès persistent [10, 17].
- Le diabète a été à l'origine de plus de 6 800 admissions annuelles en affection de longue durée sur la période 2002-2004 parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Le taux d'admission est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, pour chaque tranche d'âge. A structure d'âge comparable, le taux régional d'admission en ALD pour diabète est l'un des plus faibles de France, inférieur de 15 % à la moyenne nationale [18, 19].
- Le diabète a constitué le diagnostic principal de 7 315 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de court séjour en 2004. S'y ajoutent près de 400 séjours ayant pour diagnostic principal une complication de diabète (fig. 4) [21]. Sur cette période, on dénombre, par ailleurs, 389 séjours hospitaliers de personnes diabétiques pour amputation du membre inférieur, dont 80 % concernent des hommes (fig. 5). Rapporté au nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement dans la région, cela correspond à un taux de séjours pour amputation de 4,3 pour 1 000 personnes diabétiques [17, 20].
- Le diabète a été mentionné sur 1 172 certificats médicaux de décès en moyenne chaque année sur la période 2001-2003 (dont 514 en cause initiale) (fig. 3) [21]. Le taux régional de mortalité est ainsi l'un des plus faibles de France [14].

1 Nombre de patients diabétiques traités pharmacologiquement selon le type de traitement

Pays de la Loire (2005)

	Pays de la Loire
Nombre de patients traités	93 500
Répartition selon le type de traitement (%)	
Insuline seule	14,3 %
Antidiabétiques oraux	77,7 %
Insuline et antidiabétiques oraux	8,0 %

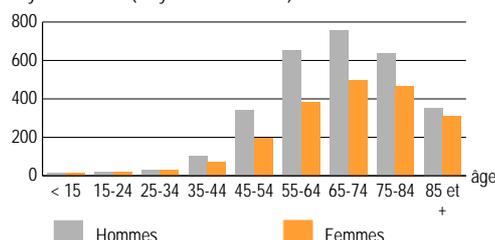
Source : Enquête DRSM

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se situe parmi les régions de France métropolitaine ayant le plus faible taux comparatif d'admission en ALD pour diabète par les trois principaux régimes d'assurance maladie (2^e rang)^[20], et le plus faible taux de mortalité (3^e rang)^[14].

2 Taux d'admissions en affection de longue durée pour diabète selon le sexe et l'âge

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : URCAM-DRSM, INSEE
Unité : pour 100 000

Recommandations concernant le suivi des patients diabétiques et le dépistage précoce des complications du diabète

Le suivi du diabète sucré, tel qu'il est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les quatre derniers mois, et la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun.

La HAS recommande également le dépistage précoce des complications du diabète en particulier ophtalmologiques, cardiaques et rénales, par la réalisation annuelle d'un examen du fond d'œil, d'un électrocardiogramme de repos, d'un dosage de la créatininémie et de la recherche d'albumine dans les urines^[10].

3 Décès par diabète

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Diabète en cause initiale			Diabète en cause initiale ou associée		
	< 65 ans	65 ans et +	Total	< 65 ans	65 ans et +	Total
Hommes	34	211	245	102	505	607
Femmes	15	254	269	36	529	565
Ensemble	49	465	514	138	1 034	1 172

Source : INSERM CépiDc

4 Séjours hospitaliers ayant pour diagnostic principal un diabète, une complication ou une surveillance de diabète

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Hommes	Femmes	Total
E10	Diabète insulino-dépendant	2 337	2 035	4 372
E11	Diabète non insulino-dépendant	1 229	1 056	2 285
E12-E14	Autres diabètes et non précisés	426	232	658
O24.0-O24.3, O24.9	Diabète au cours de la grossesse (diabète préexistant ou non précisé)	///	137	137
	Total	3 992	3 460	7 452
	Complications du diabète ¹	228	149	377
Z71.3	Surveillance, conseils diététiques chez un patient diabétique ²	768	608	1 376

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ voir liste des codes ci-contre

² séjours avec un diagnostic relié de diabète (E10-E14)

5 Séjours hospitaliers de personnes diabétiques¹ avec acte d'amputation du membre inférieur

Pays de la Loire (2004)

	< 65 ans	65 ans et +	Total
Hommes	86	223	309
Femmes	14	66	80
Ensemble	100	289	389

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ séjours de personnes ayant comme diagnostic principal, relié ou associé, un diabète ou une complication de diabète, ou séjours au cours de la grossesse avec diabète sucré préexistant ou non précisé, soit 35 078 séjours voir liste des actes d'amputation du membre inférieur ci-contre

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

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

Amputation du membre inférieur : actes CCAM : NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003 ; actes CDAM : T113, T116, T750, T751, T752, T888, T889, T111, T112, T115, T117, T118, T119, T114.

Complications du diabète : codes CIM10 : G59.0, G63.2, H28.0, H36.0, I79.2, M14.2, N08.3.

Diabète : code CIM9 : 250 ; codes CIM10 : E10-E14.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Régime général stricto sensu : sections locales mutualistes exclues.

Surpoids et obésité

Contexte national

Le surpoids et l'obésité sont le fait pour une personne d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille, en raison d'un excès de masse grasse, pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé. Cela résulte d'une suralimentation relative, c'est-à-dire d'un apport alimentaire supérieur à la dépense énergétique, cette dernière étant en partie liée à l'activité physique. La capacité de stockage de ce surplus énergétique peut être modulée par des facteurs génétiques. Certains individus peuvent être plus susceptibles du fait de leur génotype aux effets de la sédentarité, d'autres à ceux d'une suralimentation. Des travaux récents suggèrent également le rôle possible de déterminants précoces *in utero* et postnatals [1].

Outre son fort retentissement sur le bien-être social des individus, l'obésité est une maladie, qui augmente le risque relatif de mortalité. Elle augmente également le risque de diabète non insulino-dépendant, de résistance à l'insuline, de pathologies biliaires, d'hypertension artérielle, de maladies coronariennes, d'accidents cérébro-vasculaires, de certains cancers (sein, utérus, colon notamment), ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthrose... [2].

Chez l'adulte, la prévalence de l'obésité, à partir de données déclaratives sur le poids et la taille, atteint 12,4 % en 2006. La France métropolitaine compte donc 6,2 millions d'obèses de plus de 15 ans. S'y ajoutent 14,5 millions de personnes en surpoids (29 % de la population). Au total, ce sont donc actuellement 41 % de la population de plus de 15 ans, soit environ 20 millions de personnes qui sont en situation de surpoids ou d'obésité [3].

La prévalence de l'obésité augmente fortement avec l'âge et est plus élevée chez les femmes. Mais la prévalence du surpoids est à tout âge beaucoup plus importante chez les hommes. L'obésité est plus fréquente dans les populations les moins favorisées [3]. Pour les femmes en situation de grande précarité, ayant recours aux structures d'aide alimentaire, la prévalence de l'obésité est deux à trois fois supérieure à la population générale [4].

La prévalence de l'obésité a fortement progressé au cours de la dernière décennie. De 8,2 % en 1997, elle est passée à 9,6 % en 2000, 11,3 % en 2003 et 12,4 % en 2006. Cette augmentation concerne les deux sexes, et toutes les tranches d'âge. Elle touche tous les milieux sociaux, mais de façon plus ou moins marquée, d'où des écarts qui se creusent entre les groupes sociaux les plus favorisés (moins touchés par l'obésité) et les moins favorisés [3, 5].

Chez l'enfant, des enquêtes sur la santé en milieu scolaire apportent désormais des informations régulières sur la fréquence du surpoids et de l'obésité, à partir de données mesurées. Ainsi, en grande section de maternelle en 1999-2000, le pourcentage d'enfants présentant un surpoids ou une obésité est de 14 % (10 % pour le surpoids modéré et 4 % pour l'obésité) [7]. Chez les enfants en CM2 en 2001-2002, ce pourcentage atteint 19,6 % (15,6 % pour le surpoids modéré et 4 % pour l'obésité), et chez les adolescents scolarisés en troisième en 2003-2004, 16,7 % (12,4 % pour le surpoids modéré et 4,3 % pour l'obésité) [8, 9]. Les écarts entre groupes sociaux sont importants, comme pour les adultes. La prévalence de l'excès pondéral est plus élevée pour les élèves scolarisés en Zone d'éducation prioritaire (Zep). Il y a deux fois plus d'enfants en surpoids (obésité incluse) parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi les enfants de cadre et l'écart varie de 1 à 7 si l'on considère uniquement l'obésité [7-9]. Le risque de l'obésité chez l'enfant est sa persistance à l'âge

adulte. Celle-ci s'observe dans 20 à 50 % des cas si l'obésité est constatée avant la puberté et dans 50 à 70 % des cas si elle est constatée après [6].

Après une progression de la prévalence du surpoids chez les enfants au cours des années 1990 (10,5 % des enfants nés entre 1985 et 1987 sont en surpoids à l'âge de 5-6 ans, 14,3 % de ceux nés en 1994), la situation semble se stabiliser. Ainsi, entre la génération d'élèves de troisième enquêtée en 2003-2004 et celle enquêtée trois ans auparavant, la proportion d'élèves en surpoids est restée stable [9, 10].

Une progression de la prévalence de l'obésité s'observe dans la plupart des pays d'Europe chez les enfants. La France occupe actuellement pour ce problème une position moyenne dans l'union européenne, avec des taux moins élevés que ceux observés dans les pays européens du Sud. Chez les adultes, la France occupe une position favorable [11, 12].

La lutte contre l'obésité constitue l'un des objectifs du Programme national nutrition et santé (PNNS), qui vise plus largement la prévention de l'ensemble des pathologies en lien avec la nutrition (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète...). Outre la prévention primaire, qui constitue sa dimension essentielle, ce programme prévoit l'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge de l'obésité, notamment dans le cadre de réseaux pluridisciplinaires. Le PNNS prévoit aussi la définition par la Haute autorité de santé (HAS) de référentiels de bonnes pratiques concernant la chirurgie gastrique de l'obésité [13-15].

Bibliographie page 193

Dans les Pays de la Loire

- Selon l'enquête ObEpi 2006, la prévalence régionale de l'obésité est de 11,5 % pour la population de plus de 15 ans. Cette prévalence a pratiquement doublé depuis 1997 (6,6 %) (fig. 1) [3]. Les Pays de la Loire sont l'une des régions qui a connu l'une des plus fortes augmentations de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2006. La région qui présentait en 2000 le plus faible taux de prévalence de l'obésité des régions françaises, occupent en 2006 une position relativement moyenne (septième rang, par ordre croissant).

- Une analyse des données collectées dans le cadre des bilans réalisés par les centres d'examen de santé montre que la fréquence de l'obésité est près de deux fois plus élevée chez les consultants de 15 à 59 ans en situation de précarité que chez les autres consultants du même âge. A structure par âge identique, 10 % des consultants et 15 % des consultantes "précaires" sont obèses vs respectivement 6 % et 7 % pour les "non-précaires" (fig. 2) [16].

- Pour les jeunes, l'enquête Baromètre santé 2005 indique que 8 à 11 % des jeunes de 12-25 ans de la région sont en surpoids (obésité comprise) et que cette prévalence est plus faible chez les jeunes de la région qu'en moyenne au plan national. Mais le caractère déclaratif de ces données semble à l'origine d'une sous-estimation du surpoids, en particulier chez les filles, et limite leur précision (fig. 3) [17].

- En 2004, l'obésité a constitué le diagnostic principal de 1 095 séjours hospitaliers d'habitants de la région. 80 % de ces séjours concernaient des femmes. 125 de ces séjours avaient pour objet le traitement d'une obésité morbide par chirurgie gastrique [18].

1 Prévalence de l'obésité chez les 15 ans et plus

Pays de la Loire, France métropolitaine (1997 - 2006)

	1997	2000	2003	2006	Evolution 1997-2006
Pays de la Loire	6,6 %	7,2 %	9,5 %	11,5 %	+74,2%
France métrop.	8,2 %	9,6 %	11,3 %	12,4 %	+51,2%

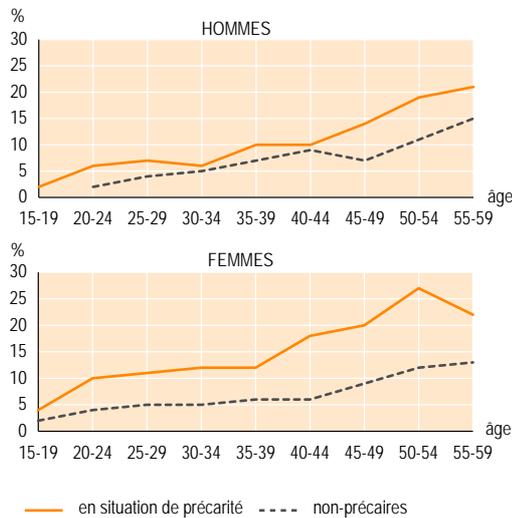
Source : Enquête ObEpi. INSERM-Institut Roche-SOFRES

Rang au niveau national

Avec une prévalence de l'obésité de 11,5 % en 2006 parmi la population adulte de plus de 15 ans, la région occupe une position relativement moyenne (au 7^e rang des régions les mieux placées pour cet indicateur).

2 Prévalence de l'obésité¹ parmi les consultants des centres d'examen de santé selon la situation sociale et le sexe

Pays de la Loire (2000)



Source : CNAMTS-CETAF, ORS

¹ le poids et la taille ont été mesurés lors de la consultation.

Les enquêtes

Enquête ObEpi : il s'agit d'une enquête menée par l'Inserm en collaboration avec la société Roche en partenariat avec la TNS-Healthcare-SOFRES. L'enquête ObEpi 2006 a été réalisée du 27 janvier au 16 mars 2006 auprès d'un échantillon de 23 747 individus âgés de 15 ans et plus, représentatif de la population française. Les données ont été recueillies par autoquestionnaire administré, adressé par voie postale. Les personnes possédant un pèse-personne devaient se peser avant de répondre et les sujets de moins de 20 ans se faire mesurer par un membre de leur famille. Le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 29,9 et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 pour l'ensemble de la population.

Enquêtes bilans de santé scolaire : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalise régulièrement des enquêtes menées à partir des bilans de santé scolaire réalisés en France auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en troisième. Le recueil des données concernant le poids et la taille repose sur des mesures réalisées au cours de ces bilans. Les seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité sont les seuils de référence de l'International obesity task force (IOTF).

L'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 : cette enquête a été réalisée par l'ORS en partenariat avec l'Institut national de la prévention et éducation pour la santé (Inpes) auprès d'un échantillon de 1 500 jeunes Ligériens âgés de 12 à 25 ans. Il s'agit d'une enquête téléphonique, dans laquelle les jeunes étaient invités à déclarer leur poids et leur taille. Chez les 12-18 ans, les seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité sont les seuils de référence de l'IOTF. Chez les 18-25 ans, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 et le surpoids (obésité comprise) par un IMC supérieur à 25.

3 Proportion de jeunes de 12-25 ans en surpoids

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)

	12-17 ans		18-25 ans		12-25 ans ¹	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Proportion de jeunes en surpoids (obésité comprise) ²						
GARCONS	9 %	11 %	12 %	12 %	11 %	12 %
effectifs	382	945	364	1 135	746	2 080
FILLES	5 %	10 % *	9 %	12 %	8 %	11 % *
effectifs	378	1 047	353	1 407	731	2 454

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

* différence entre les Pays de la Loire et la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

¹ chez les 12-25 ans, les proportions présentées sont standardisées.

² d'après l'IMC calculé à partir des valeurs déclarées du poids et de la taille

Définitions

Indice de masse corporelle (IMC) : cet indice, calculé à partir du poids et de la taille (= poids / taille²), constitue l'indicateur international de référence pour définir le surpoids et l'obésité.

Surpoids et obésité :

Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 et le surpoids, est selon les enquêtes, défini par un IMC compris entre 25 et 29,9 ou par un IMC supérieur à 25 (norme OMS), incluant dans ce cas l'obésité.

Chez l'enfant, les références utilisées pour définir le surpoids et l'obésité sont les références IOTF. La définition du surpoids et de l'obésité repose sur des courbes de centiles de l'IMC établies à partir de données de différents pays. Les seuils sont constitués par les courbes de centiles passant à 18 ans par les valeurs de l'IMC égales à 25 (pour le surpoids) et 30 kg/m² (pour l'obésité) [19].

Séjour hospitalier pour traitement d'une obésité morbide par un acte chirurgical sur l'estomac : séjour comportant en diagnostic principal une obésité (code CIM10 : E66) et un acte thérapeutique sur l'estomac pour obésité morbide (codes CCAM : HFLE002, HFLE900, HFGC900, HFCC003, HFCA001, HFCC004, HFFA001, HFMC006, HFMA010, HFMC007, HFMA009, HFKA001, HFKA002, HFMC008, HFMA011, HFKA001 ; codes CDAM : L196, L254).

Troubles mentaux

Contexte national

La santé mentale est un champ vaste 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 du contexte culturel ou sociétal et en particulier du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale par les personnes concernées et les soignants. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, en référence aux réflexions conduites au plan international, propose une définition de la santé mentale, qui se décline selon plusieurs dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères précis et à des actions thérapeutiques ciblées [1].

La Classification internationale des maladies (CIM10) rassemble ainsi les troubles mentaux et du comportement en une dizaine de groupes de pathologies différents : les troubles mentaux liés à des problèmes organiques (démences principalement), à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés...), la schizophrénie et les autres psychoses, les troubles de l'humeur (dépression...), les troubles névrotiques (troubles anxieux phobiques...), différents syndromes, troubles de la personnalité (alimentation, sommeil, vie sexuelle...), et du développement psychologique, et les retards mentaux [2]. Mais l'utilisation de ce type de classification fait débat, les définitions utilisées étant particulièrement assujetties aux controverses de professions (psychanalystes, neurologues, psychiatres, psychologues...), de pratiques thérapeutiques, mais aussi de cultures différentes. En particulier, le problème de la délimitation de ce qui constitue un état pathologique, qui existe dans d'autres domaines de la médecine, est très marqué en psychiatrie [3].

Les troubles mentaux génèrent des recours aux soins fréquents, avec une offre hospitalière spécialisée conséquente (90 000 lits et places). 1,6 million de patients ont eu recours au dispositif public spécialisé en psychiatrie en 2000 (voir fiche "Soins en psychiatrie") [4, 5]. En outre, 10 % des séances des médecins généralistes (soit environ 30 millions d'actes) ont pour motif principal un problème psychologique ou psychiatrique et 3 % de leur file active concerne des personnes suivies au titre d'une Affection longue durée (ALD) de type psychiatrique [6]. Par ailleurs, 16 millions de consultations de psychiatres en ville ont été effectuées en 2004 [7]. Les pathologies mentales sont un facteur d'exclusion du marché du travail. Selon l'enquête HID (Handicaps-incapacités-dépendance), 40 % des personnes de 20 à 59 ans déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux exercent une activité professionnelle, contre 74 % parmi celles qui ne sont pas dans ce cas [8].

En matière d'épidémiologie psychiatrique, les sources d'information sont relativement hétérogènes, chaque problème de santé nécessitant une approche spécifique. On estime que 900 000 personnes souffrent de démences en France, et environ 2,8 % de la population âgée de 18 ans et plus présenterait des syndromes d'allure psychotique [9, 10]. Selon le baromètre santé 2005, 7,8 % des personnes interrogées ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé

au cours des douze derniers mois ; 38 % des personnes concernées ont eu recours aux soins pour raison de santé mentale et ont consulté principalement un médecin généraliste (21 %), ou un psychiatre (13 %) [11].

Le risque suicidaire occupe une place très importante dans la pathologie psychiatrique, 5 % des 15-75 ans déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (7 % des femmes) [11]. 200 000 tentatives de suicide donnent lieu à un contact avec le système de soins, et 11 000 décès par suicide sont dénombrés chaque année [12, 13].

Dans l'enquête européenne ESEMeD (European study of the epidemiology of mental disorders), notre pays se trouve dans une situation relativement défavorable en matière de fréquence des situations de détresse psychologique, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, parmi les pays enquêtés. Ces différences restent toutefois difficiles à interpréter, les variations observées pouvant être liées à des mécanismes sociaux et culturels d'appropriation de ces concepts propres à chaque pays [14].

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux et souvent intriqués. Ils 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.

Bibliographie page 193

Dans les Pays de la Loire

■ Les troubles mentaux et la maladie d'Alzheimer sont à l'origine d'environ 6 900 admissions annuelles en affection de longue durée en moyenne entre 2002 et 2004 pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (fig. 1) [15].

Avant 45 ans, près du tiers des admissions en ALD chez les hommes sont motivées par les psychoses. Chez les femmes, le poids relatif des psychoses est nettement moins important et près de 30 % des motifs d'admissions en ALD sont des troubles de l'humeur. Entre 45 et 74 ans, ces troubles sont au premier rang des causes d'admissions en ALD pour les deux sexes. Chez les 75 ans et plus, on retrouve essentiellement des troubles organiques et des démences (85 %), concernant principalement des femmes qui sont nettement plus nombreuses que les hommes dans ce groupe d'âge (fig. 1) [15].

■ Les problèmes de santé mentale constituent également une cause importante de mortalité et de mortalité prématurée, en particulier chez l'homme. En effet, le suicide, malgré un léger recul, est à l'origine chaque année de 760 décès dans les Pays de la Loire, dont 76 % concernent des hommes et 70 % des moins de 65 ans. En 2001-2003, la mortalité régionale par suicide dépasse de 30 % la moyenne nationale (voir fiche "Suicide et tentatives de suicide"). Par ailleurs, les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ont été à l'origine de 178 décès par an, concernant majoritairement des hommes (83 %) et des personnes de moins de 65 ans (75 %) (voir fiche "Consommation excessive d'alcool") (fig. 2) [13].

1 Admissions en affection de longue durée pour troubles mentaux

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

HOMMES	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
F00-F09 Troubles mentaux organiques (dont démences)	8	162	591	761
F20-F29 Psychoses	387	100	14	500
F30-F39 Troubles de l'humeur	167	230	43	440
F40-F48 Troubles névrotiques	56	40	6	102
F70-F79 Retard mental	101	20	3	124
Autres troubles mentaux	591	230	23	844
F00-F99 Ensemble des troubles mentaux	1 310	781	679	2 770
G30 Maladie d'Alzheimer	0	8	14	22

FEMMES	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
F00-F09 Troubles mentaux organiques (dont démences)	5	238	1 575	1 818
F20-F29 Psychoses	166	139	48	353
F30-F39 Troubles de l'humeur	285	431	152	868
F40-F48 Troubles névrotiques	61	71	31	163
F70-F79 Retard mental	77	21	6	104
Autres troubles mentaux	414	232	65	711
F00-F99 Ensemble des troubles mentaux	1 008	1 133	1 877	4 018
G30 Maladie d'Alzheimer	0	12	57	70

Source : URCAM - DRSM

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une **mortalité par troubles mentaux** proche de la moyenne française (9^e rang chez les hommes et 8^e rang chez les femmes).

Les Pays de la Loire font partie des régions ayant le plus fort taux comparatif de **mortalité par suicide**, chez les hommes (6^e rang). Chez les femmes la mortalité par suicide est proche de la moyenne française (8^e rang).

2 Décès par troubles mentaux et suicides

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

CIM10 Cause médicale de décès	TOUS AGES			MOINS DE 65 ANS		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
F00-F99 Troubles mentaux	426	570	996	144	31	175
F01-F03 - Démences	207	443	650	2	0	3
F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	147	31	178	114	19	133
G30 Maladie d'Alzheimer	182	382	565	3	1	4
X60-X84 Suicide	576	184	760	414	115	529
Ensemble	1 184	1 136	2 321	561	147	708

Source : INSERM CépiDc

3 Prévalence des troubles dépressifs au cours des 12 derniers mois chez les 15-25 ans selon le sexe

Pays de la Loire (2005)

	Garçons	Filles
Episode dépressif caractérisé	5 %	10 %
SEVERITE		
léger	<1 %	1 %
moyen	3 %	6 %
severe	1 %	3 %
CHRONICITE		
récurrent	3 %	5 %
chronique	0 %	0 %
unique	2 %	5 %

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

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

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

Maladie d'Alzheimer et autres démences

Contexte national

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

Selon différents travaux, et notamment l'étude Paquid, environ 850 000 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient atteintes de démences en France, et le nombre de nouveaux cas est estimé à 225 000 par an. La prévalence des démences augmente fortement avec l'âge. Mais, ces pathologies touchent également des sujets plus jeunes, avec 32 000 cas estimés de démences parmi les personnes de moins de 65 ans en 2004. Du seul fait du vieillissement de la population et en l'absence de progrès en matière de prévention de ces maladies, la prévalence des démences pourrait atteindre 1,3 million de personnes de plus de 65 ans en 2020^[1].

D'après la cohorte Paquid, la maladie d'Alzheimer constitue la principale cause de démences (80 % chez les 75 ans et plus)^[2]. Elle concernerait donc 610 000 personnes de 75 ans et plus^[1, 2]. La prévalence de la maladie d'Alzheimer qui augmente très fortement avec l'âge (4 % chez les 75-79 ans, 41 % chez les 90 ans et plus) est nettement plus élevée chez les femmes (fig. 1)^[3].

Il existe différents stades évolutifs de la maladie d'Alzheimer, du trouble cognitif léger (oubli) à la maladie très sévère qui s'accompagne de la perte du langage, de la locomotion et de troubles graves de la conscience. La maladie d'Alzheimer réduit de manière significative l'espérance de vie des personnes atteintes ; la durée de survie moyenne est estimée à 5 ans à partir de l'établissement du diagnostic^[4].

Selon une étude finlandaise, le diagnostic de la maladie n'est établi que pour une personne atteinte sur deux, et dans un cas sur trois au stade précoce de la maladie^[5]. Mais, la situation est fortement évolutive, les médecins généralistes jouant un rôle essentiel dans le repérage de ces patients^[6, 7].

Malgré l'absence de traitement curatif, les traitements médicamenteux existants, notamment les inhibiteurs de l'acétylcholinésterase et la mémantine, retardent la perte de fonctions cognitives et ont un effet positif sur les activités quotidiennes et les troubles du comportement des patients^[4].

La maladie d'Alzheimer constitue la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en institution. Environ 40 % des personnes atteintes de démence y vivent, cette proportion atteint près de 70 % lorsque le stade de la maladie est sévère^[3].

Des prises en charge sont également assurées au sein de structures d'accueil de jour, d'hospitalisation à la journée ou d'accueil temporaire qui facilitent le maintien à domicile

et apportent un soutien aux proches aidants. Ce soutien est d'autant plus important que des études montrent que l'impact sur la qualité de vie des aidants est considérable^[8].

Au regard de la prévalence actuelle et de son évolution, l'offre de soins reste inadéquate, tant au niveau quantitatif que qualitatif. Un deuxième plan Alzheimer a été arrêté en 2004, dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches. L'accent est mis sur le diagnostic précoce de la maladie (à travers notamment la création de consultations mémoire) et l'accompagnement des malades et des aidants, l'adaptation des structures d'hébergement et de soins aux besoins de ces personnes, la prise en charge des situations de crise, et l'accompagnement des aidants. De manière générale, les établissements pour personnes âgées dépendantes disposent d'un nombre insuffisant de places pour prendre en charge ce type de patients, même si la réforme de la tarification des Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) a permis de renforcer le personnel soignant dans de nombreux établissements. Leur architecture n'est pas toujours adaptée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leur personnel est parfois insuffisamment formé à leur prise en charge^[9].

Bibliographie page 194

Dans les Pays de la Loire

■ En appliquant les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude Paquid à la population des Pays de la Loire, on peut estimer à plus de 36 500 le nombre de personnes de 75 ans et plus souffrant de la maladie d'Alzheimer dans la région (fig. 5)^[3, 10].

Avec le vieillissement de la population, cet effectif atteindrait environ 55 000 personnes en 2020^[3, 11].

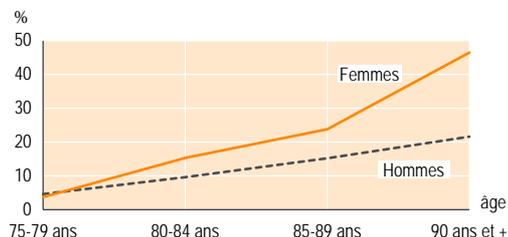
■ Cette maladie est à l'origine d'environ 1 800 admissions en affection de longue durée en moyenne chaque année pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions concernent plus souvent les femmes (72 %) que les hommes, et ont été prononcées après l'âge de 75 ans dans 83 % des cas (fig. 3)^[12].

■ En 2006, près de 11 000 personnes ont bénéficié d'un traitement médicamenteux contre la maladie d'Alzheimer, mais ce dénombrement ne prend pas en compte les personnes suivies dans les unités de soins de longue durée (fig. 4)^[13].

■ Selon une enquête menée auprès des médecins généralistes libéraux de Vendée en 2005, chaque médecin généraliste suit en moyenne cinq patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans l'année, 80 % d'entre eux bénéficiant d'un traitement médicamenteux spécifique. 90 % des médecins ont évoqué eux-mêmes le diagnostic de la maladie avec le patient et leur entourage^[14].

1 Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Etude Paquid, suivi à 10 ans (1998-1999)



Source : Paquid

2 Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Etude Paquid, suivi à 10 ans (1998-1999)

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et +
Hommes	4,6 %	9,6 %	15,2 %	21,6 %
Femmes	3,7 %	15,3 %	23,8 %	46,5 %

Source : Paquid, INSEE

3 Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2005)

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et +	Total
Hommes	2 351	3 480	1 483	1 488	8 801
Femmes	2 714	9 305	5 114	10 700	27 832
Ensemble	5 065	12 785	6 597	12 188	36 633

Source : Paquid, INSEE

3 Admissions en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer¹

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	<65 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total
Hommes	13	97	287	98	495
Femmes	20	168	709	392	1 289
Ensemble	33	265	996	490	1 784

Source : URCAM - DRSM

¹ codes CIM10 sélectionnés : F00 ou G30

4 Nombre de patients bénéficiant d'un traitement contre la maladie d'Alzheimer¹

Pays de la Loire (2006)

	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
< 70 ans	470	181	73	42	70	104
70-79 ans	3 044	1 057	445	337	597	608
80-89 ans	6 229	2 321	987	583	1 239	1 099
90 ans et +	1 198	471	176	122	253	176
Total	10 941	4 030	1 681	1 084	2 159	1 987
% femmes	68 %	69 %	67 %	69 %	66 %	68 %

Source : URCAM

¹ hors sections locales mutualistes

Ce tableau dénombre les bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement en ambulatoire (y compris les personnes âgées en maison de retraite médicalisée) pour un traitement contre la maladie d'Alzheimer. Il ne comprend pas les patients traités dans les structures rattachées à un établissement de santé (unité de soins de longue durée).

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

Maladie d'Alzheimer : code CIM10 : F00* (G30.-t).

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Maladies de l'œil et de la vision

Contexte national

La pathologie oculaire regroupe un large éventail d'affections de fréquence et de gravité variables, allant du défaut réfractif corrigé par le port de lunettes ou de lentilles à des maladies plus graves pouvant conduire à la cécité. Les maladies de l'œil et troubles de la vue se situent au premier rang des affections les plus fréquemment déclarées [1]. Les maladies oculaires motivent également 4 % des hospitalisations en court séjour (soit 687 000 séjours) [2]. Selon l'enquête permanente sur la prescription médicale initiée fin 2004, elles sont à l'origine de 8 % des recours en médecine libérale, les troubles de la réfraction étant le plus fréquemment en cause [3, 4].

Les maladies oculaires affectent de façon inégale les différentes étapes de la vie. Les déficiences visuelles sont relativement rares chez l'enfant. Selon l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), la prévalence de la malvoyance est estimée, tous degrés de sévérité confondus, à 0,5 % chez les moins de 20 ans [5]. Les troubles réfractifs sont en revanche fréquents chez l'enfant et constituent un facteur de risque bien identifié d'amblyopie, particulièrement avant l'âge de 7 ans, ce qui justifie leur dépistage précoce [6, 7]. L'exploitation des bilans de santé scolaire montre que 13 % des enfants de six ans en grande section de maternelle ont une anomalie de la vision connue avant l'examen, tandis que 6 % présentent une anomalie dépistée lors de l'examen [8]. En CM2, ces prévalences sont respectivement égales à 29 % et 8 % [9].

La fréquence des atteintes oculaires augmente de façon marquée à partir de la quarantaine avec l'apparition de la presbytie qui entraîne un besoin de correction optique en vision de près et motive un tiers des consultations et visites liées aux maladies de l'œil en médecine libérale [4].

Au-delà de cinquante ans, l'essentiel de la morbidité oculaire est, en dehors des problèmes réfractifs, en rapport avec des atteintes plus graves. La rétinopathie diabétique constitue une cause fréquente de déficience visuelle aux âges adultes et son dépistage est insuffisant. Seulement 43 % des diabétiques traités bénéficieraient d'une consultation ophtalmologique par an, alors que la Haute autorité de santé préconise une surveillance annuelle du fond d'œil [10].

Le glaucome, maladie complexe du nerf optique, conduit en l'absence de traitement à une destruction progressive et irréversible du champ visuel. Il serait responsable de 10 à 15 % des cas de cécité et malvoyance en France. La nécessité d'une prise en charge thérapeutique précoce du glaucome est reconnue, mais l'intérêt de son dépistage n'est pas clairement démontré [11].

La cataracte, bien que bénéficiant d'un traitement chirurgical efficace, est une cause fréquente de déficience visuelle chez les personnes âgées. Elle est à l'origine d'environ 9 % des séjours hospitaliers des patients âgés de 65 ans et plus. Les affections oculaires représentent le cinquième motif d'hospitalisation dans cette tranche d'âge (10 % des séjours) [2].

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour affections ophtalmologiques a augmenté de 30 %. Cette évolution ne résulte pas seulement de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque sur la même période, le taux comparatif d'hospitalisation a également progressé de 18 %. Ce taux est en augmentation pour la cataracte (+ 24 %) et en diminution pour le glaucome (- 23 %) [2].

Enfin, la Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), ensemble des lésions dégénératives de la rétine centrale

après 50 ans, est la première cause de déficience visuelle chez les plus de 65 ans. Elle ne bénéficie pas actuellement de traitement dont l'efficacité soit avérée à long terme mais de nouvelles voies thérapeutiques sont en cours d'évaluation.

Selon l'enquête HID, la prévalence des déficiences visuelles, globalement stable entre 20 et 59 ans (2 %), s'élève à 5 % chez les 60-74 ans et 16 % chez les 75 ans et plus [5]. Ces déficiences ont pour conséquence une réduction de l'autonomie dans la vie quotidienne. Elles sont en partie évitables mais leur nombre devrait augmenter dans les prochaines années en raison de l'accroissement de la longévité.

Bibliographie page 194

Dans les Pays de la Loire

■ Un enfant ligérien sur cinq environ présente un problème visuel lors du bilan de santé scolaire de 6 ans. Comme en France, 14 % des enfants ont une amétropie connue avant l'examen et 7 % d'anomalies sont dépistées lors de l'examen [12].

■ La prévalence régionale des déficiences visuelles sévères (acuité visuelle du meilleur œil inférieure à 3/10) est égale à 0,6 pour 1 000 chez les enfants dans leur huitième année [13]. Elle est identique à celle observée par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère [14].

■ Les maladies oculaires ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 42 600 séjours hospitaliers de Ligériens (fig. 1). Comme en France, ces séjours concernent trois fois sur quatre des personnes âgées de 65 ans et plus (fig. 2). A structure par âge comparable, leur fréquence est supérieure de 9 % à la moyenne nationale. Avec plus de 32 000 séjours en 2004, la cataracte en constitue le diagnostic le plus fréquent (trois séjours sur quatre), légèrement au-dessus de la moyenne nationale (+ 7 %) [2, 15].

Le nombre d'hospitalisations pour glaucome est beaucoup moins élevé (1 700 en 2004), mais leur fréquence est très supérieure à la moyenne nationale (+ 77 %) (fig. 1) [2, 15]. Cette surmorbidity hospitalière est particulièrement marquée en Loire-Atlantique. Ce phénomène, également observé dans l'ensemble des départements de la région Bretagne, pourrait correspondre à une fréquence localement élevée de cette maladie.

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers d'habitants des Pays de la Loire en raison de maladies oculaires a augmenté de 38 %. Le taux comparatif, qui permet d'éliminer les effets de l'augmentation et du vieillissement de la population est, comme pour l'ensemble de la France, en forte progression (+ 21 %). Cette augmentation est particulièrement marquée pour la cataracte (+ 28 %) (fig. 3) [2, 15].

■ La densité des ophtalmologistes et orthoptistes est plus faible qu'en France métropolitaine (7,2 ophtalmologistes et 3,7 orthoptistes pour 100 000 habitants) avec de fortes inégalités entre les départements de la région. Si la densité de ces professionnels en Loire-Atlantique est légèrement supérieure à la densité nationale, elle est nettement plus faible en Mayenne et en Vendée (fig. 4) [16].

1 Nombre de séjours hospitaliers pour maladies de l'œil et de ses annexes¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nbre de séjours		ICH
		Total	dont < 24 h.	
H25, H26, H28.0-H28.2	Cataracte	32 365	12 001	107 *
H33	Décollement, déchirure de la rétine	1 383	220	112 *
H40, H42	Glaucome	1 649	633	177 *
H49-H51	Autres maladies de l'œil	7 166	3 440	///
H00-H59	Ensemble des maladies de l'œil et de ses annexes	42 563	16 294	109 *

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ séjours pour lesquels une maladie de l'œil et de ses annexes a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

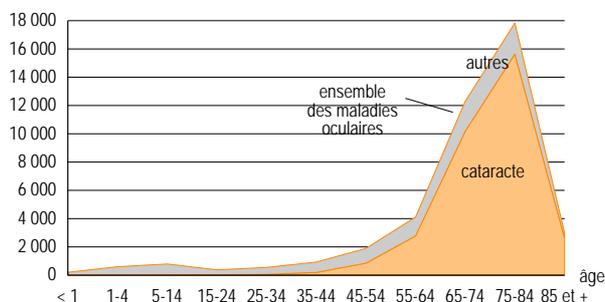
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Rang des Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire se caractérise par une fréquence des séjours pour maladies de l'œil et de ses annexes supérieure à la moyenne française (fig. 1).

2 Nombre de séjours hospitaliers pour maladies de l'œil et de ses annexes selon l'âge et le diagnostic principal

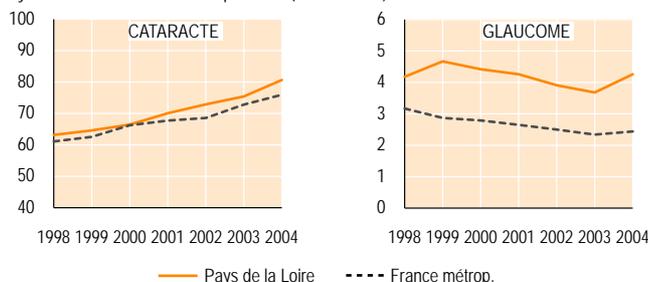
Pays de la Loire (2004)



Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

3 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour cataracte et glaucome

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

Unité : pour 10 000

4 Nombre de médecins ophtalmologistes et d'orthoptistes

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ophtalmologistes	5 451	241	112	49	16	35	29
% libéraux	86 %	87 %	91 %	84 %	75 %	80 %	93 %
densité ¹	9,0	7,2	9,4	6,5	5,5	6,4	5,0
Orthoptistes	2 588	124	61	29	5	20	9
% libéraux	76 %	61 %	52 %	62 %	100 %	65 %	89 %
densité ¹	4,3	3,7	5,1	3,9	1,7	3,7	1,6

Sources : STATISS (DRASS), INSEE

¹ pour 100 000 habitants

Définitions

Amétropie (selon l'enquête Bilans de santé scolaire à 6 ans, Drass-Drees) : myopie, hypermétropie, astigmatisme ou port de lunettes (sans précision de l'affection en cause).

Densité : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnostiques d'hospitalisation"

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

Maladies de l'œil et de ses annexes : codes CIM 9 : 360-379, codes CIM10 : H00-H59.

Séance (dans l'enquête IMS-Health) : consultation, visite ou acte technique réalisé par un médecin.

Taux et indice comparatifs d'hospitalisation : voir définitions page 25.

Maladies de l'oreille et de l'audition

Contexte national

Les conséquences potentielles des maladies de l'oreille sur la fonction auditive constituent un enjeu important de leur prévention et de leur prise en charge. Ces maladies sont relativement fréquentes : 7 % de la population déclare souffrir d'au moins une maladie de l'oreille ou de troubles de l'audition [1].

Les maladies de l'oreille sont également à l'origine de 3 % des consultations et visites en médecine de ville. Elles occasionnent 8 % des recours chez les moins de 15 ans, principalement à cause des otites qui motivent 7 % des consultations et visites [2, 3].

Les maladies de l'oreille ont constitué le diagnostic principal de 1 % des hospitalisations en court séjour en 2004, soit 162 000 séjours. Plus de la moitié de ces séjours (57 %) ont concerné des enfants de moins de 15 ans [4].

Chez ces derniers, elles représentent le septième motif d'hospitalisations (7 % des séjours) et chez les 1-4 ans elles arrivent même en seconde position (12 % des séjours) [5]. Environ huit séjours sur dix (82 %) durent moins de 24 heures et la pathologie infectieuse de l'oreille moyenne en constitue le diagnostic principal le plus fréquent (88 %). Ces séjours concernent plus fréquemment les garçons (58 %) que les filles (42 %) [5]. Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour affections de l'oreille a diminué de 20 %. Dans le même temps, le taux comparatif, qui permet d'éliminer les effets de l'évolution de la structure par âge de la population, a baissé de 21 % [4]. Cette diminution pourrait résulter d'une meilleure utilisation de l'antibiothérapie.

Les déficiences auditives constituent en revanche un problème d'importance croissante, en raison du vieillissement de la population et de l'exposition accrue au bruit, et notamment aux bruits de loisirs [6].

Chez l'enfant, la surdité est responsable d'un retard d'acquisition du langage et des apprentissages pouvant être pallié par une prise en charge précoce. La prévalence de la surdité permanente néonatale est estimée à au moins 1 pour 1 000 naissances (environ 800 cas par an en France). La Haute autorité de santé préconise la mise en œuvre progressive de son dépistage systématique au plan national [7].

L'exploitation des bilans de santé scolaire montre que 5 % des enfants scolarisés en CM2 ont un déficit auditif [8].

Les nuisances sonores constituent une cause importante de troubles de l'audition. L'exposition prolongée à des niveaux de bruit intenses conduit, en effet, progressivement à une surdité de perception irréversible. Deux études menées en France auprès de jeunes mettent en évidence des fréquences relativement élevées de déficits auditifs. Une évaluation de l'audition des lycéens fréquentant les classes de seconde en région Rhône-Alpes montre qu'un élève sur quatre présente un déficit auditif [9]. Une autre étude réalisée dans les centres de sélection de l'armée auprès de jeunes âgés de 18 à 24 ans montre que 9 % ont une perte auditive pour les fréquences moyennes et 15 % pour les fréquences aiguës [10]. Selon ces deux études, les otites à répétition dans l'enfance et l'exposition répétée aux bruits de loisirs constitueraient les principaux facteurs de risque de perte auditive.

Les bruits professionnels sont une autre cause fréquente de nuisances sonores. Selon l'enquête Surveillance médicale des risques (Sumer) de 2003, près d'un tiers des salariés y

sont exposés [11]. Près de 7 % sont exposés de façon prolongée à des bruits nocifs, les hommes plus fréquemment que les femmes (10 % vs 2 %). Les secteurs d'activité les plus concernés sont l'industrie, l'agriculture et la construction. Environ un tiers des personnes exposées aux bruits nocifs n'ont pas de protection auditive à leur disposition. La surdité représente la quatrième maladie professionnelle la plus fréquemment reconnue en France, avec 1 200 premières indemnisations par le régime général d'assurance maladie en 2005 [12] (voir fiche "Accidents du travail et maladies professionnelles").

Chez les personnes âgées, la déficience auditive est particulièrement fréquente. La déficience auditive liée à l'âge (presbycusie) est souvent négligée et contribue à l'isolement relationnel et social. Selon l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), la déficience auditive affecterait une personne sur cinq parmi les 60-74 ans et quatre sur dix parmi les 75 ans et plus [13]. Sa prévalence devrait augmenter dans les années à venir, en raison de l'accroissement de la longévité.

Bibliographie page 195

Dans les Pays de la Loire

■ La prévalence régionale des déficiences auditives sévères est estimée à 0,8 pour 1 000 chez les enfants dans leur huitième année [14]. Elle est identique à celle observée par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère [15].

■ Les maladies de l'oreille ont représenté, en 2004, le diagnostic principal de 13 000 séjours hospitaliers de Ligériens (fig. 1). Comme pour l'ensemble de la France, ces séjours concernent majoritairement les enfants (9 000 séjours sur 13 000) (fig. 2) [16].

La pathologie infectieuse de l'oreille moyenne en a constitué en 2004 le diagnostic le plus fréquent avec 9 000 séjours (69 %) (fig. 1) [17].

Dans les Pays de la Loire, la fréquence des hospitalisations pour maladies de l'oreille est supérieure de 41 % à la moyenne nationale (fig. 4) [4, 16]. Cette surmorbidity hospitalière est observée dans les cinq départements, mais elle est nettement plus marquée en Loire-Atlantique (+ 71 %). Cette surmorbidity, qui concerne principalement les moins de quinze ans (fig. 3), est également observée dans la plupart des régions côtières du quart nord-ouest de la France. Elle pourrait correspondre à une prévalence des otites infantiles supérieure à la moyenne nationale.

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers d'habitants des Pays de la Loire pour maladies de l'oreille a diminué de 19 %. Le taux comparatif, qui permet d'éliminer les effets de l'évolution de la structure par âge de la population, a fortement baissé (- 20 %), comme pour l'ensemble de la France (fig. 4) [4, 16].

■ Comme en France, la surdité est la quatrième cause la plus fréquente de maladie professionnelle (59 cas en 2005) [17].

■ La densité des Oto-rhino-laryngologues (ORL) et orthophonistes est plus faible qu'en France métropolitaine (3,3 ORL et 23,1 orthophonistes). Dans la région, elle est plus élevée en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire que dans les autres départements (fig. 5) [18].

1 Nombre de séjours hospitaliers pour maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Total	dont < 24 h.
H65-H67, H70	Otite moyenne et mastoïdite	9 029	8 322
H81, H82	Atteinte des fonctions vestibulaires et syndrome vertigineux	848	94
H90, H91	Surdité	713	236
	Autres maladies de l'oreille	2 410	547
H65-H95	Ensemble des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	13 000	9 199

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

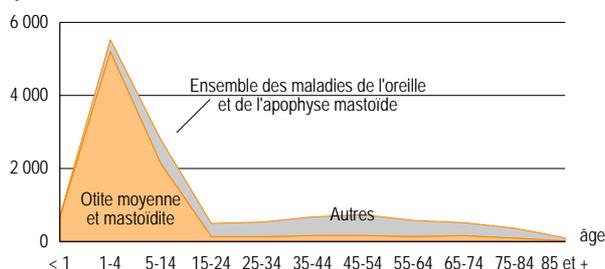
¹ séjours pour lesquels une maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

Rang des Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire se caractérise par une fréquence des séjours pour maladies de l'oreille et de la mastoïde supérieure de 42 % à la moyenne française en 2003. Elle se situe au 2^e rang des régions métropolitaines.

2 Nombre de séjours hospitaliers pour maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde selon l'âge et le diagnostic principal

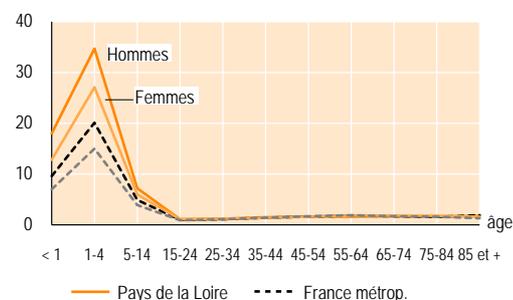
Pays de la Loire (2004)



Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

3 Taux d'hospitalisation pour maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde selon l'âge et le sexe

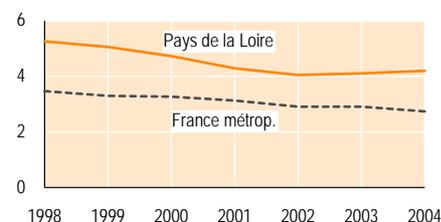
Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
Unité : pour 1 000 habitants

4 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
Unité : pour 100 000

5 Nombre de médecins oto-rhino-laryngologistes et nombre d'orthophonistes

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Oto-rhino-laryngologues	2 968	112	47	29	8	15	13
% libéraux	76 %	73 %	77 %	66 %	75 %	73 %	77 %
densité ¹	4,9	3,3	3,9	3,9	2,7	2,8	2,3
Orthophonistes	15 909	777	373	168	44	90	102
% libéraux	79 %	81 %	82 %	83 %	73 %	79 %	80 %
densité ¹	26,4	23,1	31,3	22,3	15,0	16,6	17,7

Sources : STATISS (DRASS), INSEE
¹ pour 100 000 habitants

Définitions

Densité : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde : codes CIM9 380-389, codes CIM10 : H60-H95.

Taux comparatif d'hospitalisation : voir définitions page 25.

Maladies de l'appareil circulatoire

Contexte national

Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle (HTA), des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, des troubles du rythme cardiaque et de l'insuffisance cardiaque. L'une de leurs caractéristiques est d'être souvent liées entre elles. L'HTA peut par exemple provoquer une cardiopathie ischémique, qui peut elle-même conduire à une insuffisance cardiaque. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes...) sont également fréquentes, mais le plus souvent de moindre gravité.

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent en France la première cause de décès, d'admission en affection de longue durée et de recours aux soins en médecine libérale, et le troisième motif d'hospitalisation en service de court séjour. C'est le groupe de pathologies dont le poids dans la consommation de soins et de biens médicaux est le plus élevé (13,6 milliards d'euros soit 12,6 %) [1].

La fréquence de ces affections augmente avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

En 2003, ces pathologies ont provoqué environ 160 000 décès, dont 15 000 chez des personnes de moins de 65 ans. Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales, et l'insuffisance cardiaque sont globalement à l'origine des deux tiers des décès cardio-vasculaires [2]. La France connaît les taux de mortalité cardio-vasculaire tous âges et avant 65 ans parmi les plus faibles de l'Union européenne, pour les hommes comme pour les femmes [3]. Depuis le début des années 1980, la mortalité cardio-vasculaire décroît dans les pays d'Europe de l'ouest et notamment en France, à tout âge, chez les hommes comme chez les femmes [4].

En 2004, 335 000 patients ont été admis, pour l'ensemble des trois principaux régimes d'assurance maladie, dans l'une des affections cardio-vasculaires de longue durée (ALD n° 1, 3, 5, 12, 13). Cela correspond à 31 % du nombre total d'admissions. Plus de la moitié de ces admissions sont dues aux maladies hypertensives et aux cardiopathies ischémiques [5]. Au total, pour le seul régime général, 2,2 millions de patients (soit 4 % de la population) sont en ALD pour maladies cardio-vasculaires en 2004 [6].

Les pathologies cardio-vasculaires ont constitué le diagnostic principal de 1,4 million de séjours hospitaliers (soit 8 % de l'ensemble des séjours) dans les services de court séjour en 2004. Les pathologies les plus fréquemment en cause sont les cardiopathies ischémiques (23 %), l'insuffisance cardiaque (12 %), les troubles du rythme et de la conduction (12 %), les maladies cérébrovasculaires (9 %), et les varices (12 %). Le poids de ces dernières est toutefois beaucoup moins important en termes de journées, car elles sont à l'origine de séjours chirurgicaux de courte durée [7].

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour affections cardio-vasculaires a augmenté de 2 %. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population puisque sur la même période le taux comparatif a diminué de 6 % (fig. 6) [7].

Selon l'enquête permanente sur la prescription médicale initiée fin 2004, 23 % des consultations et visites en médecine de ville comportent une affection cardio-vasculaire parmi leur motif, l'hypertension artérielle étant la plus souvent en cause [8, 9].

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, souvent associés, favorisent la survenue des pathologies

cardio-vasculaires : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation et sédentarité. Plus de 20 millions de personnes seraient concernées en France par ces facteurs de risque [10]. Leur réduction passe par l'information du grand public et par l'éducation thérapeutique des patients. Elle nécessite aussi une mobilisation de tous les professionnels de santé pour le dépistage (calcul du risque cardio-vasculaire global notamment [11]), le diagnostic et la prise en charge de ces différents facteurs. Des accords avec l'industrie agroalimentaire ou des mesures législatives visant à réduire la teneur en sel et en graisses des aliments constituent aussi des moyens de lutte efficaces contre l'hypertension et l'hypercholestérolémie [12]. Enfin, le rôle des facteurs de risque psychosociaux reste insuffisamment reconnu et pris en compte [13].

Bibliographie page 195

Dans les Pays de la Loire

■ 8 800 décès par maladie cardio-vasculaire ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2001 et 2003. Ces décès surviennent le plus souvent (80 %) après 75 ans, mais on dénombre toutefois 700 décès avant 65 ans (fig. 2). Le taux masculin de mortalité est 1,6 fois supérieur au taux féminin (fig. 5) [2].

Comme en France, la mortalité cardio-vasculaire régionale a considérablement reculé au cours des vingt dernières années : - 46 % chez les hommes et - 49 % chez les femmes entre 1981 et 2002 (fig. 5). En 2001-2003, elle reste légèrement inférieure à la moyenne nationale de 4 % chez les hommes et de 3 % chez les femmes (fig. 1), mais l'écart avec cette moyenne s'est fortement réduit (fig. 5) [2].

■ Les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine d'environ 16 700 admissions annuelles en affection de longue durée en moyenne entre 2002 et 2004 pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (fig. 3) [14].

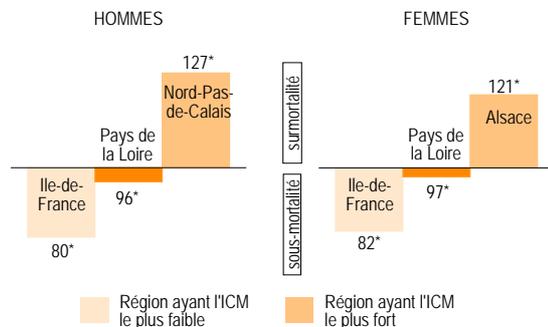
A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions dans l'une des affections cardio-vasculaires de longue durée (ALD n° 1, 3, 5, 12, 13) est inférieure de 6 % à la moyenne nationale [5, 14].

■ Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 66 500 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée (soit 8 % de l'ensemble des séjours), selon les données du PMSI. A structure par âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure à la moyenne nationale (- 13 %). Cette moindre fréquence régionale s'observe pour tous les groupes de pathologies à l'exception de l'insuffisance cardiaque, pour laquelle on n'observe pas de différence, et des varices, pour lesquelles la fréquence des séjours est supérieure de 11 % à la moyenne nationale (fig. 4) [7, 15].

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers d'habitants des Pays de la Loire a augmenté de 6 %. Mais le taux comparatif, qui permet d'éliminer les effets de l'augmentation et du vieillissement de la population, est en baisse de 4 % (fig. 6) [15].

Ce constat peut s'expliquer par la morbidité cardio-vasculaire régionale, mais aussi par les pratiques de soins ou les modalités de prise en charge (traitements en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire par des habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par maladie de l'appareil circulatoire Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	525	3 482	4 007	96*
Femmes	156	4 623	4 779	97*
Ensemble	681	8 105	8 786	96*

Source : INSERM CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Admissions en affection de longue durée pour maladie de l'appareil circulatoire Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
I10 à I13, I15	Maladies hypertensives	1 881	708	2 315	446
I20 à I25	Cardiopathies ischémiques	3 096	1 465	1 562	280
I44 à I49	Troubles de la conduction et du rythme cardiaque	699	155	590	55
I50, I97.1	Insuffisance cardiaque	813	153	843	51
I60 à I69	Maladies cérébrovasculaires	848	271	752	146
I70, I74, I77.1, I77.6, I79.2	Artériopathies périphériques (hors anévrisme)	1 280	590	599	94
	Autres	834	301	572	120
I00 à I99	Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	9 451	3 643	7 233	1 192

Source : URCAM - DRSM

4 Séjours hospitaliers pour maladie de l'appareil circulatoire¹ Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I20 à I25	Cardiopathies ischémiques	9 290	3 786	13 076	75*
I44 à I49	Troubles de la conduction et du rythme cardiaque	4 652	3 347	7 999	87*
I50, I97.1	Insuffisance cardiaque	4 962	4 480	9 442	99
I60 à I69	Maladies cérébrovasculaires	3 599	3 101	6 700	86* 2
I70, I74, I77.1, I77.6, I79.2	Artériopathies périphériques (hors anévrisme)	3 556	1 383	4 939	79* 3
I83	Varices des membres inférieurs	2 933	6 627	9 560	111*
	Autres	8 098	6 734	14 832	///
I00 à I99	Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	37 090	29 458	66 548	87*

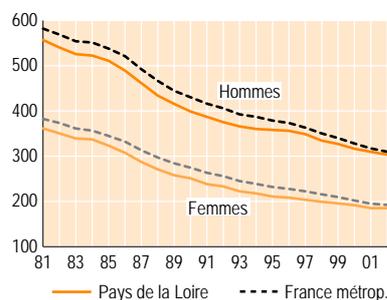
Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %
¹ séjours pour lesquels une maladie de l'appareil circulatoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation ; ² ICH calculé sur les codes CIM10 : I60 à I66
³ ICH calculé sur les codes CIM10 : I70 et I74

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions de France métropolitaine ayant les plus faibles taux comparatifs de mortalité cardio-vasculaire tous âges et prématurée (avant 65 ans), chez les hommes (respectivement 6^e et 2^e rang) comme chez les femmes (4^e et 1^{er} rang).

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire

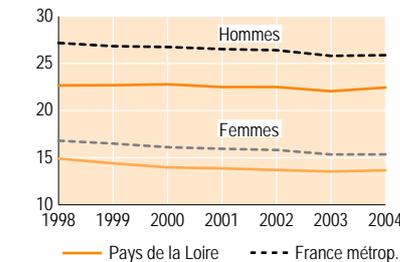
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour maladie de l'appareil circulatoire

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Sources : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
Unité : pour 1 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est basée sur les codes CIM9 390-459 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 I90-I99 (sauf I88, I97.8, I97.9), G45.0-G45.9 (sauf G45.3) et G46 pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indices comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Cardiopathies ischémiques

Contexte national

Le rétrécissement des artères coronaires (artères qui apportent le sang au muscle cardiaque), dû au développement de l'athérosclérose, entraîne une souffrance du muscle cardiaque plus ou moins grave par privation d'oxygène. Lorsque la privation d'oxygène est subite, majeure et prolongée, un infarctus du myocarde se constitue par destruction de la partie du muscle cardiaque située en aval du territoire de l'artère obstruée. Lorsque le rétrécissement de l'artère n'est pas complet et la privation en oxygène partielle, la souffrance du cœur se traduit pas des douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) sans destruction d'une partie du muscle cardiaque. L'ensemble des manifestations cliniques engendrées par cette souffrance cardiaque sont regroupées sous le terme de cardiopathies ischémiques.

La fréquence de ces affections augmente avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Selon des données Eurostat, la France observe un taux de mortalité par cardiopathies ischémiques, quel que soit l'âge, parmi les plus faibles de ceux des pays de l'Union européenne. Les taux les plus élevés de mortalité se situent essentiellement dans les pays du nord de l'Europe [1].

Avec 43 000 décès en 2003, les cardiopathies ischémiques sont en France la cause de 27 % des décès cardiovasculaires et de 8 % du total des décès. Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par cardiopathie ischémique diminue régulièrement (- 40 % entre 1985 et 2003) (fig. 5) [2].

Environ 82 000 admissions en Affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13) ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2004 [3]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 661 000 en 2004 [4].

Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 311 000 séjours hospitaliers (2 % de l'ensemble des séjours) dans les services de court séjour en 2004. Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour ces affections a augmenté de 9 %. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population puisque sur la même période le taux comparatif a diminué de 1 % (fig. 6) [5].

Les trois registres français de cardiopathies ischémiques (Lille, Strasbourg, Toulouse) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. Sur la période 1997-2002, par rapport à la période 1985-1994, la mortalité coronaire globale observée par les registres continue à décroître pour les hommes et se stabilise pour les femmes. Par contre, l'incidence de la maladie coronaire ne diminue plus, et augmente même pour les hommes sur le site de Toulouse [6].

Le gradient décroissant de morbi-mortalité coronaire Nord-Sud observé sur la période 1985-1994 persiste en 1997-2002, mais s'est réduit [7]. Enfin, la baisse de la létalité hospitalière (mesurée à 28 jours) se poursuit à un rythme de 4 % par an et de plus de 5 % pour l'infarctus caractérisé, mais reste très différente selon les registres. La forte létalité des femmes les plus jeunes (35-44 ans) est une nouvelle fois mise en évidence, interrogeant sur les conditions de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies ischémiques dans ce groupe de population [8].

Ces évolutions résultent des progrès importants réalisés en France dans la prise en charge des malades. La diffusion des traitements de désobstruction médicamenteuse

(thrombolyse) et mécanique (angioplastie) des artères coronaires, une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aiguë et dans le suivi de la maladie, ainsi qu'un contrôle plus efficace de ses facteurs de risque ont conduit à une amélioration significative de son pronostic vital et fonctionnel, et ont contribué efficacement à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel en termes de soins réside dans la précocité du diagnostic et de la prise en charge, et dans l'accès rapide aux unités de soins intensifs.

La prévention primaire s'est également améliorée, avec notamment une baisse du tabagisme, la modification des habitudes alimentaires dans certains groupes de population, l'identification des personnes à risque élevé, la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie. Mais beaucoup reste encore à faire dans ce domaine [9]. En outre, certains facteurs de risque comme le diabète et l'obésité connaissent aujourd'hui une évolution défavorable.

Bibliographie page 196

Dans les Pays de la Loire

■ Près de 2 400 décès par cardiopathie ischémique ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2000 et 2002. Ces décès concernent principalement des personnes âgées, 74 % surviennent après 75 ans. On dénombre toutefois plus de 250 décès par an chez des personnes de moins de 65 ans (fig. 2). Le taux masculin de mortalité (95 pour 100 000) est plus de deux fois supérieur au taux féminin (43 pour 100 000) (fig. 5) [2].

■ Comme en France, la mortalité par cardiopathie ischémique dans la région a chuté au cours des deux dernières décennies : - 34 % chez les hommes et - 43 % chez les femmes entre 1981 et 2002. Sur les années récentes, elle est proche de la moyenne nationale chez les hommes, comme chez les femmes (fig. 5) [2].

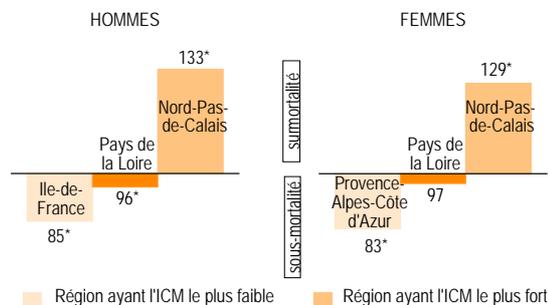
■ Les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'environ 4 700 admissions en Affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions concernent des hommes dans 2/3 des cas, et ont été prononcées avant l'âge de 65 ans pour 47 % des hommes et 18 % des femmes (fig. 3) [10].

A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13) n'est pas significativement différente de la moyenne nationale [3, 10].

■ Les cardiopathies ischémiques ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 13 100 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée, selon les données du PMSI. Parmi ces séjours, 3 300 ont pour objet la prise en charge d'un infarctus aigu du myocarde (fig. 4).

A structure d'âge égale, le taux régional de séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique est inférieur de 25 % à la moyenne nationale (fig. 4) [5, 11]. Cette situation contraste avec celle des indicateurs de mortalité et d'admission en ALD. Elle peut résulter pour partie de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes (traitements en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire d'habitudes de codage spécifiques dans le cadre du PMSI.

1 Indices comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique (moyenne 2001-2003)



Rang au niveau national
 La région des Pays de la Loire se caractérise par des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques relativement proches de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes (8^e rang des régions métropolitaines pour les deux sexes).

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cardiopathie ischémique Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	226	1 084	1 310	96*
Femmes	33	1 046	1 079	97
Ensemble	259	2 130	2 389	96*

Source : INSERM CépiDc
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Admissions en ALD pour cardiopathie ischémique Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	187	31	218
45-64 ans	1 278	248	1 526
65-74 ans	847	406	1 253
75-84 ans	641	591	1 232
85 ans et plus	142	285	427
Total	3 095	1 561	4 656

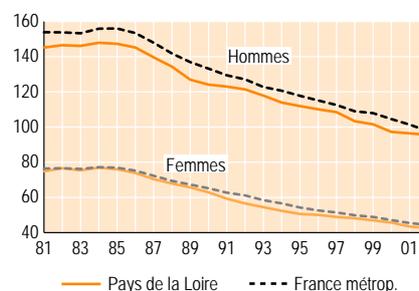
Source : URCAM - DRSM

4 Séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique ¹ Pays de la Loire (2004)

Code CIM 10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I20	Angine de poitrine	4 258	1 804	6 062	82*
I21, I22	Infarctus aigu du myocarde	2 216	1 101	3 317	78*
I25	Cardio. isch. chroniques	2 601	758	3 359	66*
I23, I24	Autres	215	123	338	41*
I20-I25	Ensemble des cardiopathies ischémiques	9 290	3 786	13 076	75*

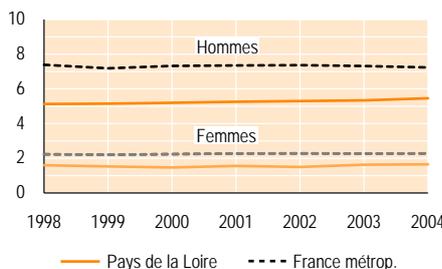
Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
¹ séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
 Unité : pour 1 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par cardiopathies ischémiques est basée sur les codes CIM9 410-414 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 I20-I25, I51.3 pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indices comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Maladies vasculaires cérébrales

Contexte national

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Ces affections se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Près de 90 % des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie cérébrale.

La souffrance cérébrale va se traduire par un déficit neurologique qui est fonction de la zone du cerveau atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles de la conscience... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale et une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes. Les récurrences d'AVC sont également fréquentes.

La fréquence de ces affections augmente avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

La plupart des victimes d'un AVC sont hospitalisées ; en 2004, les accidents vasculaires cérébraux constitués ainsi que les occlusions et sténoses des artères précérébrales ou cérébrales ont constitué le diagnostic principal de 121 000 séjours hospitaliers en court séjour. Entre 1998 et 2004, ce nombre a augmenté de 3 %. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux comparatif a diminué de 6 % (fig. 6) ^[1].

Environ 35 000 admissions en Affection de longue durée (ALD) pour accident vasculaire cérébral invalidant ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2004 (soit environ 3 % de l'ensemble des admissions pour la même période) ^[2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cette affection est estimé à 191 500 en 2004 ^[3].

Avec 37 000 décès en 2003, les maladies vasculaires cérébrales sont en France à l'origine de 23 % des décès cardiovasculaires et de 7 % du total des décès ^[4]. Cette mortalité est actuellement l'une des plus faibles d'Europe ^[5]. La mortalité cérébrovasculaire diminue depuis les années 1970 dans la plupart des pays industrialisés, et notamment en France, où la baisse a atteint 64 % entre les périodes 1980-1982 et 2001-2003 (fig. 5). Les disparités entre les régions françaises sont marquées. La mortalité masculine est supérieure à la moyenne nationale de 23 % pour les hommes en Bretagne, et de 31 % pour les femmes en Alsace. La plus faible mortalité est observée en Ile-de-France (hommes : - 19 %, femmes : - 21 %) (fig. 1) ^[4].

Le registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon, mis en place en 1985, apporte des données précises pour les personnes prises en charge pour un AVC sur ce territoire. Entre les périodes 1985-1989 et 2000-2004, le taux d'incidence des AVC est resté stable, et il était à la fin des années 1990 sensiblement inférieur à ceux observés sur deux autres sites européens, Londres et Erlangen. Entre 1985 et 2004, l'âge moyen de survenue des AVC a augmenté de cinq ans chez les hommes et de huit ans chez les femmes, et le taux de mortalité à un mois a diminué ^[6-9].

Le facteur de risque le plus fréquent des AVC est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques facteurs d'embolie comme la fibrillation auriculaire, le

diabète, les dyslipidémies et le tabagisme, ainsi que pour les femmes la contraception orale, représentent les principaux autres facteurs de risque.

Le registre des AVC de Dijon apporte également des informations concernant l'évolution de ces facteurs de risque dans la population étudiée. Entre 1985 et 2004, la prévalence du tabagisme a diminué, et la prévalence de l'hypercholestérolémie et du diabète ont augmenté. La proportion d'hypertension artérielle (HTA) est restée stable, de même que celle de l'HTA non traitée, qui atteint encore 25 %. Les données du registre montrent également que les traitements préventifs des AVC ischémiques se sont développés, avec une augmentation de l'usage des traitements anticoagulants et anti-agrégants. Ces évolutions expliquent pour partie l'évolution de la nature des AVC observée par le registre ^[6, 9].

Depuis quelques années, la mise en place d'unités neurovasculaires doit permettre d'améliorer la prise en charge des AVC en phase aiguë, et leur pronostic vital et fonctionnel.

Après la phase aiguë, la prise en charge par les services de soins de suite et de réadaptation favorise la récupération fonctionnelle.

Bibliographie page 196

Dans les Pays de la Loire

■ Environ 2 100 décès par accident vasculaire cérébral ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2001 et 2003. Ces décès concernent principalement des personnes âgées : 80 % surviennent après 75 ans. On dénombre toutefois plus de 150 décès annuels par AVC chez des personnes de moins de 65 ans (fig. 2). Le taux masculin est 1,4 fois supérieur au taux féminin (fig. 5) ^[4].

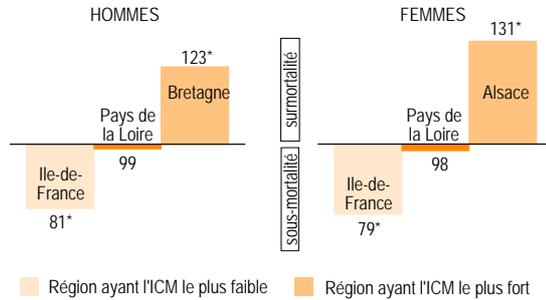
■ Comme en France, la mortalité cérébrovasculaire a fortement reculé au cours des deux dernières décennies : - 62 % chez les hommes, - 61 % chez les femmes entre 1981 et 2002 (fig. 5). Sur la période 2001-2003, la mortalité régionale est, pour les hommes comme pour les femmes, proche de la moyenne nationale (fig. 1) ^[4].

■ Les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine d'environ 1 600 admissions en affection de longue durée en moyenne chaque année pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions ont été prononcées avant l'âge de 65 ans pour 56 % des hommes et 19 % des femmes (fig. 3) ^[10].

A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n° 1) n'est pas significativement différente de la moyenne nationale ^[2, 10].

■ Les maladies vasculaires cérébrales ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 6 700 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée. A structure d'âge égale, le taux de séjours hospitaliers pour ces pathologies est inférieur d'environ 14 % à la moyenne nationale (codes CIM10 de I60 à I66 uniquement) (fig. 4) ^[1, 11]. Cette différence peut résulter de la morbidité régionale, mais aussi de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes, voire d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie vasculaire cérébrale (moyenne 2001-2003)



Rang au niveau national
Les taux de mortalité masculine et féminine par maladies vasculaires cérébrales dans les Pays de la Loire sont proches de la moyenne nationale (fig. 5).

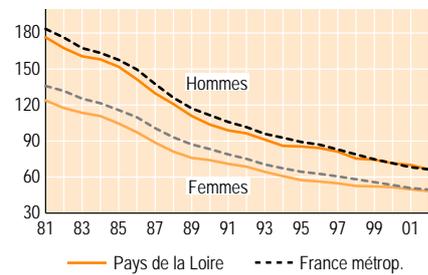
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par maladie vasculaire cérébrale
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	98	776	874	99
Femmes	53	1 159	1 212	98
Ensemble	151	1 935	2 086	98

Source : INSERM CépiDc

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



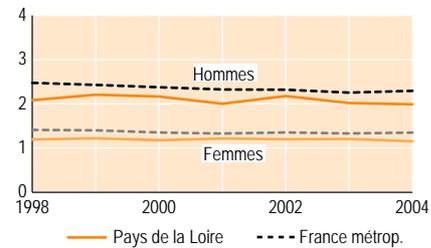
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

3 Admissions en ALD pour maladie vasculaire cérébrale¹
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	53	45	98
45-64 ans	217	100	317
65-74 ans	206	133	339
75-84 ans	277	280	557
85 ans et plus	94	194	288
Total	847	752	1 599

Source : URCAM - DRSM
¹ codes CIM10 : I60-I69

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour maladie vasculaire cérébrale¹
Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
Unité : pour 1 000
¹ codes CIM10 : I60-I66

4 Séjours hospitaliers pour maladie vasculaire cérébrale
Pays de la Loire (2004)

Code CIM 10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I60-I62	Hémor. méningée, cérébrale, intra-cranienne	636	558	1 194	82*
I63, I65, I66	Thrombose artères céréb. et pré-cérébrales	1 965	1 591	3 556	83*
I64	Accident vasculaire cérébral mal défini	575	577	1 152	101
I60-I66	Sous-total	3 176	2 726	5 902	86*
I67-I69	Autres	423	375	798	///
I60-I69	Ensemble des maladies vasculaires cérébrales	3 599	3 101	6 700	nd

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
¹ séjours pour lesquels une maladie vasculaire cérébrale a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Définitions
Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".
Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies vasculaires cérébrales est basée sur les codes CIM9 430-438 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 I60-I69, G45.0-G45.9 (sauf G45.3) et G46 pour les années plus récentes.
Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".
ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.
ICM : Indice comparatif de mortalité.
Taux et indices comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Maladies de l'appareil respiratoire

Contexte national

Les affections étudiées dans cette fiche sont seulement celles classées dans le chapitre X "Maladies de l'appareil respiratoire" de la classification internationale des maladies. Des pathologies comme le cancer du poumon, le mésothéliome pleural ou encore la tuberculose pulmonaire, qui constituent des problèmes de santé publique importants et sont habituellement pris en charge par les pneumologues, sont respectivement traitées par les fiches "Cancer du poumon", "Exposition à l'amiante" et "Tuberculose".

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en termes de gravité, et parfois difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologies des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou encore l'asthme (voir fiche "Asthme").

En médecine de ville, les maladies respiratoires arrivent au deuxième rang des motifs de recours aux soins (20 % des séances en 2005), en raison de la fréquence des recours liés aux affections aiguës des voies respiratoires supérieures, souvent bénignes (11 % de séances en 1998) [1, 2].

A l'hôpital, les affections respiratoires constituent le diagnostic principal de 5 % des séjours en service de court séjour (741 000 en 2004), avec une grande diversité des affections concernées, notamment selon l'âge [3].

Parmi les affections respiratoires, la bronchite chronique et la Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) occupent une place importante. Pathologies fortement liées au tabagisme, elles sont particulièrement fréquentes, notamment chez les hommes. Une étude publiée en 2002 a estimé à 4,1 % la prévalence des symptômes de bronchite chronique chez les adultes de plus de 25 ans [4]. La BPCO concerne quant à elle 1,5 % des personnes de 20 à 44 ans, et au-delà de 45 ans, sa prévalence atteindrait 4 à 10 % [5, 6]. Cette maladie est largement sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge [7].

Les personnes souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique grave, en lien notamment avec un asthme ou une BPCO au stade modéré, sévère ou très sévère sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection. En 2004, 32 500 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie pour cette affection [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour insuffisance respiratoire est estimé à 259 000 en 2004 [9].

Les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique grave avec hypoxémie peuvent bénéficier d'une oxygénothérapie à domicile, qui améliore sensiblement leur état de santé et leur espérance de vie. Le nombre des insuffisants respiratoires chroniques concernés par un tel traitement est actuellement estimé à plus de 100 000 [10, 11].

Les affections respiratoires ont constitué la cause initiale de 36 000 décès en 2003, soit plus de 6 % de l'ensemble des décès. Cette proportion sous-estime toutefois l'impact des maladies respiratoires sur la mortalité car ces pathologies jouent souvent un rôle favorisant ou aggravant d'autres pathologies. Le taux de mortalité par maladie respiratoire croît de façon importante avec l'âge, notamment au-delà de 65 ans, et est deux fois plus élevé chez les hommes. Cette surmortalité masculine résulte pour une large part de la plus forte

consommation de tabac des hommes adultes, mais aussi de leur exposition plus importante à certains environnements professionnels à risque. Depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué de 41 % chez les hommes et de 35 % chez les femmes (fig. 5) [12]. Actuellement, la France se situe parmi les pays d'Europe de l'Ouest où la mortalité est la moins élevée, alors que l'Irlande et le Royaume-Uni présentent les taux les plus forts [13]. Sur le territoire français, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans les régions du Nord (fig. 1) [12].

Les infections respiratoires basses et la BPCO sont les deux principales affections respiratoires à l'origine de ces décès. Entre 1979 et 1999, la mortalité par BPCO dans la population âgée de plus de 45 ans est restée stable chez les hommes et a progressé chez les femmes. En 2000-2002, la BPCO a été mentionnée sur environ 7 000 certificats de décès par an dans cette classe d'âge, mais figurait sur le certificat en cause initiale ou en cause associée pour 15 000 décès par an en moyenne [14].

Bibliographie page 196

Dans les Pays de la Loire

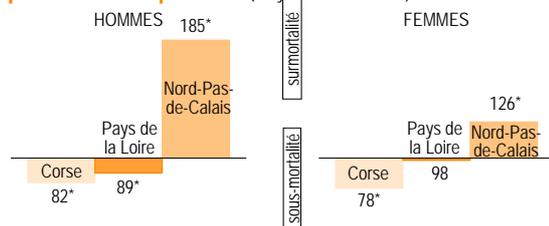
■ Les maladies respiratoires ont constitué le diagnostic principal de 39 800 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de court séjour en 2004, ce qui représente 5 % de l'ensemble des séjours. Les taux d'hospitalisation, très élevés avant 5 ans, sont minimum entre 15 et 55 ans puis augmentent fortement au-delà. Avant 15 ans, les maladies respiratoires représentent 17 % de l'ensemble des diagnostics de séjours et sont principalement des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (50 %) et des pathologies infectieuses aiguës des voies respiratoires. Au-delà de 15 ans, les pneumopathies infectieuses, la bronchite chronique, les BPCO et l'insuffisance respiratoire chronique sont les pathologies le plus souvent en cause, et voient leur poids relatif augmenter avec l'âge (fig. 3) [15].

■ Pour l'année 2004, la fréquence des séjours hospitaliers pour une maladie de l'appareil respiratoire est inférieure à la moyenne nationale (- 5 %). Cette situation se retrouve pour la plupart des sous-groupes de pathologies, à l'exception des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes pour lesquelles la fréquence des séjours est supérieure de 24 %. Cette différence peut résulter d'une incidence plus importante de ces affections dans la région, mais aussi de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes (fig. 3) [3, 15].

■ Plus de 1 400 Ligériens sont admis chaque année en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave, ce qui représente 3 % du total des admissions. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces admissions est inférieure de 15 % à la moyenne nationale [8, 16].

■ Les maladies respiratoires causent environ 1 800 décès annuels dans la région (fig. 2). Le taux comparatif de mortalité est deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Comme en France, la mortalité par maladie respiratoire a diminué de plus de 40 % au cours des deux dernières décennies (fig. 5). Depuis le début des années 1990, la mortalité régionale est proche de la moyenne nationale pour les femmes et significativement inférieure à cette moyenne pour les hommes (- 11 % en 2001-2003) (fig. 1) [12].

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie respiratoire (moyenne 2001-2003)



■ Région ayant l'ICM le plus faible ■ Région ayant l'ICM le plus fort

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par maladie respiratoire Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	75	821	896	89*
Femmes	31	880	911	98
Ensemble	106	1 701	1 807	94*

Source : INSERM CépiDc

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Séjours hospitaliers pour maladie respiratoire 1 Pays de la Loire (2004)

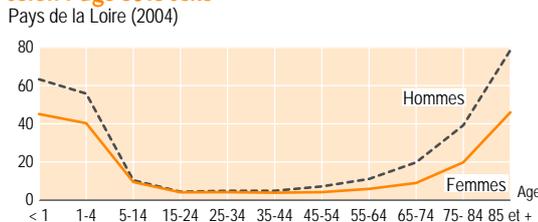
Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Total	ICH
J00-J06	Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	1 392	374	1 766	93*
J12-J18	Pneumonie	656	5 375	6 031	92*
J20-J22	Bronchites et bronchiolites aiguës	1 894	1 211	3 105	87*
J31	Rhinite, rhinopharyngite, pharyngite chroniques	1 470	99	1 569	100
J35	Maladies chron. des amygdales et végétations adénoïdes	7 554	1 109	8 663	124*
J40-J44, J47, J95.3, J96.1, J96.9	Bronchite chron., maladies pulmonaires obstructives chron. insuffisance respiratoire chron.	49	3 802	3 851	81*
J45-J46	Asthme	1 464	865	2 329	83*
J86, J90-J92, J94	Pleurésie	24	1 127	1 151	88*
	Autres	653	10 719	11 372	///
J00-J99	Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire	15 156	24 681	39 837	95*

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

1 séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

4 Taux d'hospitalisation pour maladie respiratoire selon l'âge et le sexe Pays de la Loire (2004)



Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

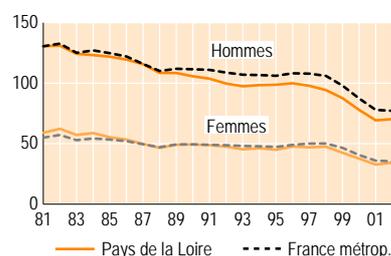
Unité : pour 1 000

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se situe parmi les régions ayant un taux comparatif de mortalité masculine par maladies respiratoires relativement peu élevé (au 6^e rang). Pour la mortalité féminine, la région occupe une position moyenne (11^e rang).

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladie respiratoire Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)

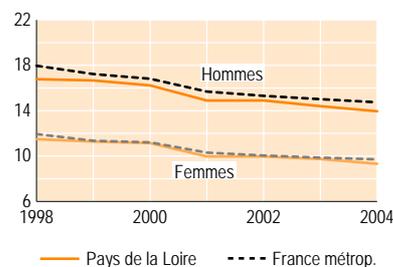


Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour maladie respiratoire Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

Unité : pour 1 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est basée sur les codes CIM9 460-519 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 J00-J99 (sauf J65, J95.4, J95.5, J95.8, J95.9) pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indices comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Asthme

Contexte national

L'asthme est une affection liée à une réactivité excessive des bronches à certaines agressions, qui provoque une diminution de leur calibre et une gêne à la circulation de l'air. Il s'agit d'une maladie multifactorielle, d'étiologie non clairement élucidée à ce jour, qui résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux. La crise d'asthme constitue la manifestation clinique la plus typique de la maladie, et sa survenue est favorisée par les infections respiratoires, l'exposition aux allergènes, le tabagisme actif, la pollution de l'air intérieur (tabagisme passif notamment) et de l'air extérieur. Différents symptômes peuvent également être évocateurs d'un asthme : toux nocturne ou à l'effort, difficultés respiratoires pendant ou après l'effort...

L'International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) et l'European community respiratory health survey (ECRHS) constituent les études épidémiologiques internationales de référence chez les enfants, les adolescents et les adultes jeunes ^[1, 2]. S'y ajoutent pour la France une étude menée en 1998 par le Credes et les enquêtes triennales en milieu scolaire de la Drees ^[3-6]. Ces travaux mettent en évidence un gradient de prévalence décroissant du nord vers le sud et de l'ouest vers l'est de l'Europe, les pays anglo-saxons étant particulièrement touchés. La France se situe à un niveau moyen, avec une prévalence actuelle d'environ 10 % chez les enfants et de plus de 5 % chez les adultes.

Pour le seul régime général d'assurance maladie qui couvre plus de 80 % de la population, le nombre total de personnes en Affection de longue durée (ALD) pour asthme est estimé à 117 000 en 2004 ^[7].

La prévalence de l'asthme a augmenté au cours des 20-30 dernières années en France comme dans d'autres pays industrialisés, mais semble se stabiliser depuis la fin des années 1990 ^[8, 9]. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. Les étiologies professionnelles sont également de mieux en mieux reconnues, et une analyse récente de l'ensemble des travaux disponibles permet d'estimer à 15 % la part des asthmes qui leur sont attribuables ^[10].

La gravité de l'asthme réside d'une part, dans la survenue possible d'un état de mal asthmatique, c'est-à-dire d'une crise résistante au traitement et pouvant mettre en jeu le pronostic vital, et d'autre part, dans le risque de développement de lésions bronchiques irréversibles pouvant aboutir à une insuffisance respiratoire chronique. 2 à 4 % des 13-14 ans déclarent une grave crise d'étouffement au cours des douze derniers mois ^[1].

En 2004, l'asthme a constitué le principal diagnostic pris en charge d'environ 50 000 séjours hospitaliers en France ^[11].

Plus de 1 300 décès par asthme sont survenus en 2003 en France, dont 70 avant 45 ans ^[12]. Après une augmentation entre 1970 et le milieu des années 1980, le taux comparatif de mortalité est en diminution. Ce constat est conforté par le fait que cette décroissance s'observe également chez les enfants et les adultes jeunes, pour

lesquels la qualité de la certification des causes médicales de décès concernant l'asthme est meilleure. La baisse de la mortalité est plus marquée pour les hommes que pour les femmes, mais les taux masculins restent supérieurs aux taux féminins ^[13].

Différents travaux ont mis en évidence l'inadéquation de la prise en charge des patients asthmatiques, tant dans les services d'urgence des hôpitaux qu'en ambulatoire ^[3, 14]. Le programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 visait notamment à remédier à cette situation ^[15]. Ce plan a aussi favorisé le développement de l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques, afin de leur permettre de mieux connaître leur maladie et de mieux s'impliquer dans sa prise en charge, notamment par une meilleure observance du traitement. En 2006, plus de 100 structures d'éducation des patients ont été recensées en France ^[16].

Bibliographie page 197

Dans les Pays de la Loire

■ Les Pays de la Loire font partie des régions de l'ouest où différentes études nationales ont observé une prévalence élevée de la maladie asthmatique. Chez les enfants de 5-6 ans de la région, la prévalence de l'asthme diagnostiqué atteignait 8 % en 1998, contre 6 % en France, situant les Pays de la Loire au troisième rang des régions les plus touchées (fig. 5) ^[6]. L'enquête menée en 2000-2001 auprès des élèves des classes de 3^e, les données des centres de sélection des armées, ainsi que l'Enquête santé et protection sociale 1998 du Credes confirment ce constat d'une forte prévalence dans les régions ouest ^[3, 4, 17].

■ Les admissions en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave, avec un diagnostic d'asthme, concernent chaque année environ 450 personnes dans la région (fig. 3) ^[18].

■ L'asthme constitue le diagnostic principal de 2 300 hospitalisations d'habitants de la région en 2004, dont 260 pour état de mal asthmatique (fig. 1). A structure d'âge comparable, la fréquence des séjours pour asthme dans les Pays de la Loire est significativement inférieure à la moyenne nationale chez les hommes (- 16 %) et les femmes (- 19 %) ^[11, 19].

■ 88 décès par asthme, dont deux tiers concernent des personnes âgées de plus de 75 ans, ont été déclarés en moyenne chaque année sur la période 2001-2003 (fig. 4). Depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité par asthme dans la région est significativement supérieur à la moyenne nationale chez les hommes, et non différent de cette moyenne chez les femmes. Les effectifs régionaux sont insuffisants pour conforter ce constat par une analyse de la mortalité chez les moins de 45 ans (fig. 6) ^[12].

■ En 2006, cinq structures d'éducation des patients asthmatiques fonctionnent dans la région dont deux constituées en réseau.

1 Séjours hospitaliers pour asthme ¹

Pays de la Loire (2004)

	Hommes	Femmes	Total
moins de 5 ans	652	352	1 004
5-14 ans	285	175	460
15-44 ans	126	202	328
45-74 ans	122	170	292
75 ans et plus	52	193	245
Total (J45-J46)	1 237	1 092	2 329
dont état de mal asthmatique (J46)	82	178	260

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

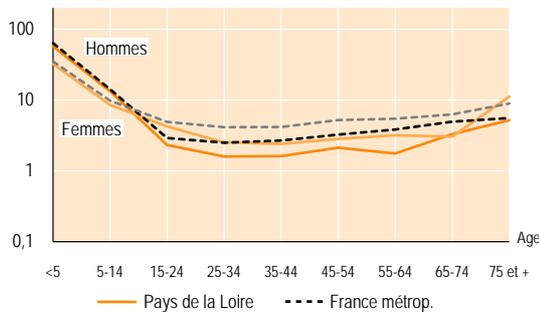
¹ séjours pour lesquels l'asthme a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (codes CIM10 : J45-J46, hors bronchite asthmatique chronique)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire a le taux comparatif de mortalité masculine par asthme le plus élevé de la France métropolitaine (22^e rang). Pour la mortalité féminine, la région occupe une position moyenne (15^e rang).

2 Taux d'hospitalisation pour asthme selon l'âge et le sexe

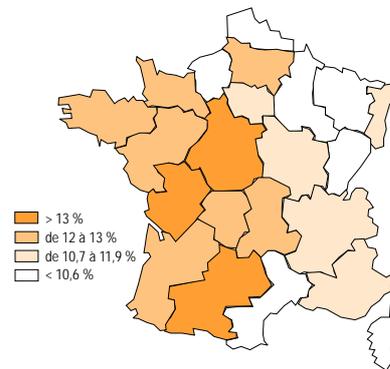
Pays de la Loire (2004)



Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
Echelle logarithmique

5 Prévalence de l'asthme diagnostiqué ou symptômes asthmatiques chez les enfants âgés de 6 ans dans les régions françaises

France métropolitaine (1999)



Source : DRASS-DREES (Enquête Bilans de santé scolaire - 6 ans - 1999, données brutes)

3 Admissions en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave avec un diagnostic d'asthme

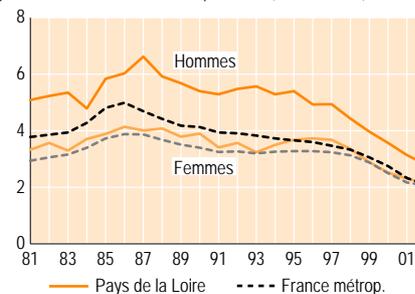
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
0-14 ans	45	21	66	14,7 %
15-44 ans	38	43	81	18,0 %
45-74 ans	87	103	190	42,2 %
75 ans et plus	39	74	113	25,1 %
Total	209	241	450	100,0 %

Source : URCAM - DRSM

6 Evolution du taux comparatif de mortalité par asthme

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

4 Décès par asthme

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
15-44 ans	4	2	6	6,8 %
45-74 ans	11	10	21	23,9 %
75 ans et plus	22	39	61	69,3 %
Total	37	51	88	100,0 %

Source : INSERM CépiDc

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Asthme : code CIM9 : 493, codes CIM10 : J45-J46.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Maladies de l'appareil digestif

Contexte national

Les maladies étudiées dans cette fiche sont celles classées dans le chapitre "Maladies de l'appareil digestif" de la classification internationale des maladies (CIM10). Les cancers digestifs, dont la prévention et la prise en charge représentent une part importante de l'activité des gastroentérologues, sont étudiés dans les fiches "Cancers".

Parmi les maladies de l'appareil digestif, certaines sont des affections sévères, comme les pathologies du foie, les pancréatites ou les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'autres maladies sont de moindre gravité mais peuvent altérer la qualité de vie des personnes atteintes, par exemple le reflux gastro-œsophagien ou les troubles fonctionnels digestifs.

Les maladies digestives concernent une large part de la population. En effet, 16 % des personnes de la population générale française s'en déclarent atteintes en 2004. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 30 % chez les sujets de 65 ans et plus^[1]. En médecine de ville, les maladies digestives motivent 7 % des séances en 2005, les infections intestinales étant le plus souvent en cause (3 % des séances en 1998)^[2, 3].

En établissement de santé, les maladies digestives (hors affections des dents et du parodonte) constituent un diagnostic principal d'hospitalisation fréquent, avec en 2004 plus de 1,6 million de séjours (10 %), dont environ un tiers de séjours chirurgicaux. Les séjours de moins de 24 heures représentent 36 % des séjours pour maladies digestives en 2002, en lien notamment avec la réalisation d'une endoscopie digestive^[4].

L'endoscopie, qu'elle soit à but diagnostique ou thérapeutique, est en effet un acte fréquent en gastro-entérologie. La Société française d'endoscopie digestive évalue à près de 2,7 millions le nombre d'endoscopies digestives réalisées en 2006 en France (+ 21 % depuis 1999), dont 5 % en cabinet de ville (10 % en 2004) et 93 % en milieu hospitalier, le plus souvent en ambulatoire^[5].

Deux groupes d'affections digestives chroniques, à la fois fréquentes et nécessitant des soins lourds et coûteux font partie des Affections de longue durée (ALD) reconnues par l'assurance maladie, ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les soins qu'elles nécessitent.

La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn, regroupées sous le terme de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), ont motivé l'admission en ALD de 10 000 personnes par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2004 (ALD n° 24)^[6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 82 500 (44 500 pour la maladie de Crohn et 38 000 pour la rectocolite hémorragique)^[7].

Les maladies chroniques actives du foie et les cirrhoses constituent des motifs d'admission en affection de longue durée encore plus fréquentes (ALD n° 6). Elles peuvent être dues à la consommation excessive d'alcool, à des virus ou à des atteintes biliaires ou métaboliques. En 2004, 23 000 patients ont été admis en ALD pour ces affections hépatiques par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie^[6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie chronique active du foie et cirrhose atteint 130 000, dont 62 000 pour hépatite virale chronique, 32 000 pour maladie alcoolique du foie et près de 30 000 pour fibrose et cirrhose du foie^[7].

La gravité de ces atteintes hépatiques explique leur part importante dans la mortalité digestive. En 2003,

24 500 personnes sont décédées de maladies de l'appareil digestif (4 % des causes de décès). 38 % de ces décès sont liés à une maladie du foie, dont la très grande majorité est d'origine alcoolique^[8].

Aujourd'hui, outre l'amélioration du pronostic vital des affections les plus graves, l'un des enjeux de la discipline est l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies fréquentes telles les troubles fonctionnels digestifs, le reflux gastro-œsophagien ou les affections proctologiques, ainsi que le développement de la prise en charge ambulatoire des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Bibliographie page 197

Dans les Pays de la Loire

■ Les maladies digestives, hors maladies des dents et du parodonte, ont constitué le diagnostic principal de 68 00 hospitalisations en court séjour dans la population régionale en 2004 (8 % de l'ensemble des séjours). Plus de la moitié d'entre eux concernent des hommes, l'affection le plus souvent en cause étant la hernie inguinale. Chez les femmes, les séjours pour troubles fonctionnels de l'intestin sont les plus fréquents, devant la diverticulose intestinale et la lithiase biliaire (fig. 3)^[9].

■ La fréquence des hospitalisations ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil digestif est inférieure de 21 % à la moyenne nationale en 2004. Cette fréquence est notamment très inférieure pour les maladies de l'œsophage (- 46 %) et pour les ulcères et inflammations gastro-duodénales (- 65 %). Par contre, elle est supérieure de 45 % pour les maladies alcooliques du foie (fig. 3). Comme en France, le taux comparatif d'hospitalisation est resté relativement stable entre 1998 et 2004^[9].

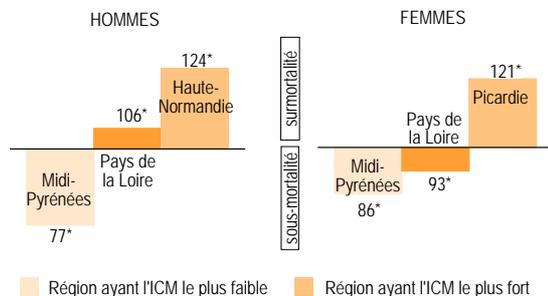
■ Les décès par maladie de l'appareil digestif (5 % de l'ensemble des décès) concernent chaque année environ 1 400 Ligériens dont près de 30 % sont âgés de moins de 65 ans (fig. 2). Au cours des deux dernières décennies, le recul de la mortalité par maladie digestive est due en grande partie au recul de la mortalité par maladie alcoolique du foie, qui a diminué de plus de 60 % sur cette période (fig. 4). Cette affection est toutefois encore responsable de plus de la moitié des décès par maladie digestive chez les hommes et du quart chez les femmes. La mortalité masculine par maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie d'origine non précisée dépasse toujours nettement la moyenne nationale (+ 23 % sur la période 2001-2003). Elle explique la surmortalité masculine par maladie de l'appareil digestif (fig. 1)^[8].

■ 1 200 Ligériens sont admis chaque année en Affection de longue durée (ALD) pour une pathologie digestive (fig. 3)^[10].

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont à l'origine de 420 admissions annuelles en ALD. 45 % concernent des personnes âgées de 20 à 40 ans (fig. 3)^[10]. A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est inférieure de 24 % à la moyenne nationale^[6, 10].

Les admissions pour maladies alcooliques du foie concernent chaque année 450 personnes dans la région, dont 74 % des hommes. Elles sont prononcées avant l'âge de 65 ans dans 71 % des cas (fig. 3)^[10].

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie de l'appareil digestif (moyenne 2001-2003)



Rang au niveau national
 La région des Pays de la Loire se caractérise par un taux de mortalité masculine par maladies de l'appareil digestif significativement supérieur à la moyenne nationale, pour la période 2001-2003. Pour les femmes, la mortalité régionale par ces affections est plus faible que la moyenne nationale (fig. 1).

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Admissions en affection de longue durée pour maladie de l'appareil digestif¹
 Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
K70-K77	Maladies du foie	536	373	229	153
K70	dont : - maladie alcoolique du foie	335	233	118	87
K74	- fibrose et cirrhose du foie	174	120	83	48
K50-K51	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique	192	175	231	208
K50	dont : - maladie de Crohn	89	84	133	124
K51	- rectocolite hémorragique ulcéreuse	103	91	98	84
	Autres	4	2	5	3
K00-K93	Ensemble des maladies de l'appareil digestif¹	732	550	465	364

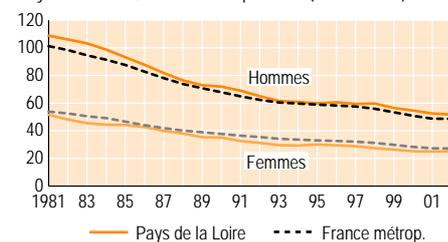
Source : URCAM - DRSM
¹ hors hépatites virales

4 Décès par maladie de l'appareil digestif
 Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Total	dont >75 ans
Maladies alcooliques du foie, cirrhoses du foie s.p.	406	135	541	16 %
Occlusion intestinale sans mention de hernie	61	87	148	82 %
Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	57	61	118	73 %
Hémorragie gastro-intestinale	59	57	116	69 %
Troubles vasculaires de l'intestin aigu, s.p.	44	63	107	84 %
Autres	145	190	335	71 %
Ensemble	772	593	1 365	52 %

Source : INSERM CépiDc

3 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil digestif
 Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

3 Séjours hospitaliers pour maladie de l'appareil digestif
 Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
K20-K23	Maladies de l'œsophage	1 956	1 548	3 504	54*
K21	dont : reflux gastro-œsophagien	1 246	1 041	2 287	nd
K25-K29	Ulcères, inflammations gastro-duodénales	1 381	1 478	2 859	35*
K35-K38	Appendicite	2 516	2 420	4 936	94*
K35.0	dont : appendicite avec péritonite généralisée	254	228	482	nd
K40-K46	Hernie	8 549	2 893	11 442	80*
K40	dont : hernie inguinale	7 107	882	7 989	94*
K56,K91.3	Iléus paralytique et occlusion intestinale	1 338	1 796	3 134	88*
K57	Diverticulose intestinale	3 367	4 251	7 618	86*
K58-K59	Syndrome de l'intestin irritable et autres troubles fonctionnels	2 403	4 550	6 953	94*
K60-K62	Pathologies ano-rectales	3 275	2 560	5 835	nd
K70	Maladie alcoolique du foie	2 069	659	2 728	145*
K80	Lithiase biliaire	2 042	3 948	5 990	87*
	Autres	9 912	10 770	20 682	///
K09-K93	Ensemble des maladies de l'appareil digestif¹	35 441	32 622	68 063	79*

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
¹ séjours pour lesquels une maladie de l'appareil digestif (hors maladies des dents et du parodontite, codes CIM10 K00-K08) a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
 * différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Définitions
Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".
Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies de l'appareil digestif est basée sur les codes CIM9 520-579 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 K00-K93 (sauf K91.3, K91.8 et K91.9) et R16.2 pour les années plus récentes. L'analyse de la mortalité par "maladies alcooliques du foie et cirrhoses du foie d'origine non précisée" a été effectuée sur les codes CIM9 : 571.0-3, 5 et les codes CIM10 : K70, K74.6.
Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".
ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.
Taux et indice comparatifs : voir définitions pages 19 et 25.

Insuffisance rénale chronique

Contexte national

L'insuffisance rénale chronique (IRC) résulte d'une altération permanente et définitive de la fonction d'épuration des reins. Les affections qui en sont à l'origine sont des maladies rénales et de l'appareil urinaire (glomérulonéphrite, polykystoses...), ou des maladies générales à retentissement rénal, diabète et hypertension artérielle notamment. Le stade d'IRC terminale (IRCT) se définit par la nécessité de recourir à un traitement de suppléance de la fonction rénale : la dialyse ou la transplantation rénale. Cette dernière doit être autant que possible privilégiée car elle offre une meilleure qualité de vie, tout en permettant une survie plus importante pour un coût moindre. Les dépenses de soins des patients dialysés représentaient 2 % de l'ensemble des dépenses du régime général d'assurance maladie en 2003^[1-3].

L'épidémiologie de l'IRCT est estimée à travers celle de l'IRCT traitée (IRTT) par dialyse ou par greffe, et notamment grâce aux données du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). Ce registre a été mis en place en 2001 et s'étend progressivement. Il couvrait quatorze régions, regroupant 73 % de la population française en 2005, et dix-huit en 2006.

Selon ce registre, 6 000 nouveaux malades résidant dans ces quatorze régions ont débuté en 2005 un premier traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale. 61 % de ces nouveaux malades sont des hommes et 64 % sont âgés de 65 ans ou plus. L'hypertension artérielle et le diabète sont les deux principales affections en cause, responsables de respectivement 23 et 22 % des cas traités. L'analyse des modalités initiales de traitement montre que la part de la dialyse péritonéale (12 %) et de la greffe préemptive, c'est-à-dire avant toute dialyse (3 %) restent faibles^[4, 5].

Si l'incidence des patients dialysés et greffés a fortement augmenté au cours des dernières décennies, les données du REIN montrent une stabilisation de cette incidence au cours des années récentes^[4, 6]. Cette stabilité résulte d'une baisse de l'incidence chez les moins de 65 ans, en lien peut-être avec une meilleure prise en charge de l'IRC permettant de ralentir sa progression, compensée par une augmentation de l'incidence au-delà de 75 ans.

Au 31 décembre 2005, le nombre total de personnes en dialyse, parmi les habitants des quatorze régions considérées, atteignait 21 800, soit une prévalence de 539 par million d'habitants (pmh). A la même date, 19 500 malades domiciliés dans ces régions étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel, soit une prévalence de 390 pmh. La prévalence globale de l'IRTT atteignait donc 929 pmh dans ces régions (58 % des personnes en dialyse et 42 % de greffés)^[4]. Cette prévalence globale est comparable à celles observées en Espagne et en Allemagne, mais, dans ce dernier pays, la part relative de la greffe rénale est beaucoup plus faible^[7].

Les disparités observées entre les régions du réseau REIN sont importantes, tant pour l'incidence, avec des taux standardisés variant de 92 à 171 cas pmh, que pour la prévalence (732 à 1 009 pmh)^[4]. Ces écarts sont complexes à analyser, pouvant résulter de différences de fréquence de l'IRCT, en lien notamment avec la prévalence du diabète, ou de différences de pratiques et d'accès aux traitements, en particulier d'une plus ou moins grande dynamique de prélèvement et de greffe. La greffe rénale connaît un réel développement en France depuis la fin des années 1990, grâce à une politique volontariste associant diverses mesures. Le nombre annuel de greffes qui était de 1 629 en 1994 a dépassé 2 000 en 2001 et a atteint 2 572 en 2005^[5, 8]. La proportion de greffes réalisées à partir de donneurs vivants (7,7 %) est en

augmentation, mais reste très inférieure à celle observée dans la plupart des pays européens et aux Etats-Unis^[8]. L'élargissement du cercle des donneurs vivants prévus par la loi de bioéthique d'août 2004 devrait permettre d'améliorer cette situation^[9].

Malgré cette progression, l'activité de greffe rénale demeure insuffisante en regard de l'augmentation des besoins, dont témoigne l'augmentation du nombre de nouvelles inscriptions en liste d'attente (2 336 en 2000, 3 158 en 2005). Il en résulte un allongement de la durée de séjour sur cette liste (médiane de 16,2 mois en 2005) et une augmentation continue du nombre total de malades inscrits, qui atteint 5 932 fin 2005. Globalement, les 2 572 greffes rénales réalisées en 2005 ne couvrent que 29 % des besoins des candidats à la greffe^[8].

Dans ce contexte, la poursuite de toutes les stratégies visant à augmenter le nombre de prélèvements, tout en développant des outils permettant d'optimiser la répartition des greffons apparaît indispensable. Des progrès sont, par ailleurs, encore à réaliser dans le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC, afin de ralentir sa progression de l'IRC vers le stade terminal^[10-13].

Enfin, la prévention primaire de l'IRC reste essentielle, à travers l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des pathologies qui la favorisent, hypertension artérielle et diabète notamment.

Bibliographie page 197

Dans les Pays de la Loire

■ 138 Ligériens ont bénéficié d'une greffe rénale en 2005, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (41,5 vs 40,9 par million d'habitants). Mais comme au niveau national, cela reste insuffisant par rapport aux besoins, puisque le nombre total d'habitants de la région inscrits en liste d'attente pour une greffe rénale est en augmentation et atteignait 270 début 2005 (fig. 2)^[14, 15].

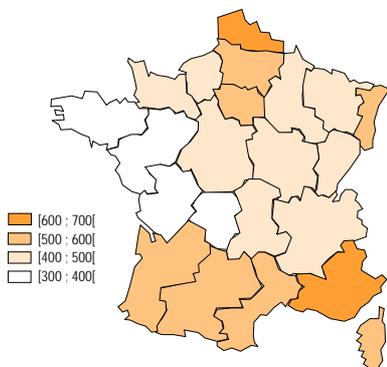
Le nombre de Ligériens nouvellement inscrits sur cette liste (180 en 2005) connaît également une progression marquée, avec un taux qui dépasse la moyenne nationale depuis 2003 (fig. 2)^[14, 15].

La médiane d'attente avant greffe des patients domiciliés dans la région et inscrits sur liste d'attente entre 2000 et 2005 est relativement élevée (11,1 mois), mais reste toutefois inférieure à la moyenne nationale (16,2 mois)^[14, 15].

■ L'attractivité des équipes régionales de greffe rénale est importante. Entre début 2000 et début 2005, le nombre de personnes en liste d'attente pour une greffe dans la région est en effet passé de 345 à 459, et 261 nouvelles inscriptions ont été dénombrées au cours de l'année 2005. Le nombre de greffes réalisées dans la région, principalement au CHU de Nantes, a aussi nettement progressé depuis le début des années 2000. Il atteignait 205 en 2005 (fig. 3)^[15].

■ En 2003, l'enquête réalisée par la Cnamts a dénombré 1 144 habitants de la région traités par dialyse, soit un taux parmi les plus faibles de France, inférieur de 29 % à la moyenne nationale (fig. 1)^[16, 17]. Ceci résulte vraisemblablement de la moindre prévalence régionale du diabète et des maladies cardio-vasculaires, mais aussi d'une proportion estimée de greffés parmi les habitants de la région traités pour IRCT qui dépasse 50 % (contre 42 % dans les régions du réseau REIN), à rapprocher du dynamisme ancien de la région en matière de greffe. L'intégration des Pays de la Loire au réseau REIN permettra d'affiner ce constat.

1 Nombre de patients traités par dialyse par million d'habitants
Enquête "SROS-IRC" (2003)

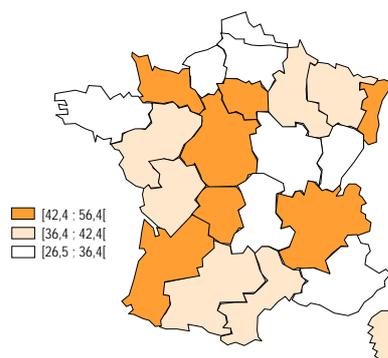


Source : CNAMTS

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire sont une des régions françaises qui présente l'un des plus faibles taux d'habitants traités par dialyse en 2003 (2^e rang). La région occupe par ailleurs une position moyenne pour le taux d'habitants ayant bénéficié d'une greffe rénale en 2005 (fig. 1 et 4).

4 Nombre de greffes rénales en 2005 par million d'habitants



Source : Agence de biomédecine (données domiciliées)

2 Evolution du nombre d'habitants de la région inscrits en liste d'attente de greffe rénale et de leur devenir
Pays de la Loire, France (2000 - 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PAYS DE LA LOIRE						
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	184	203	193	206	235	270
Nouveaux inscrits	144	128	139	151	187	180
Greffés	120	127	114	113	141	138
Décès sur liste d'attente	2	6	6	3	4	8
Sortis de liste	3	5	6	6	7	10
Taux de nouveaux inscrits ¹	44,5	39,3	42,5	45,9	56,6	54,2
Taux de greffés ¹	37,1	39,0	34,8	34,3	42,6	41,5
FRANCE						
Taux de nouveaux inscrits ¹	37,3	40,8	42,6	41,8	48,5	50,2
Taux de greffés ¹	30,9	32,5	35,6	34,0	38,6	40,9

Source : Agence de biomédecine (données domiciliées)
¹ pour 1 000 000 habitants

3 Evolution du nombre d'inscrits en liste d'attente de greffe rénale dans les Pays de la Loire et de leur devenir
Pays de la Loire (2000 - 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	345	380	383	385	416	459
Nouveaux inscrits	226	209	215	239	275	261
Greffés	173	185	186	179	205	205
Décès sur liste d'attente	7	16	17	15	10	21
Sortis de liste	11	5	10	14	17	19

Source : Agence de biomédecine

Définitions

Le principe de dialyse repose sur l'échange entre le sang du malade et une solution de composition proche de celle du plasma normal, à travers une membrane. Il existe deux méthodes de suppléance extra-rénales, selon la nature de la membrane utilisée :

- la dialyse péritonéale utilise comme membrane de filtration le péritoine. L'épuration est réalisée dans la cavité abdominale, grâce à un cathéter posé chirurgicalement. Il s'agit d'une technique douce, qui convient particulièrement bien aux personnes âgées mais doit se pratiquer quotidiennement.
- l'hémodialyse utilise une membrane artificielle, située dans un appareil externe, et se déroule en général sur 3 séances de 4 heures par semaine. Elle nécessite donc la mise en place d'une circulation extra-corporelle.

La dialyse peut être réalisée selon les modalités suivantes :

Hémodialyse en centre (ex centre lourd) : pour les malades dont l'état de santé nécessite une présence médicale permanente (malades gravement atteints, d'un âge avancé, souffrant de polyopathologies).

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (ex centre allégé) : pour les malades ne nécessitant pas un environnement médical lourd et permanent, mais pas assez autonomes pour se dialyser eux-mêmes. Les unités disposent d'un personnel infirmier et, en cas de besoin, d'un néphrologue.

Hémodialyse en unité d'autodialyse : pour les patients autonomes formés à l'hémodialyse, qui ne peuvent ou ne veulent réaliser la dialyse chez eux.

Dialyse à domicile : hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse est réservée à des patients autonomes formés, en mesure d'assurer tous les gestes nécessaires à leur traitement. La dialyse péritonéale peut être proposée à des patients non formés, personnes âgées par exemple, et elle est dans ce cas mise en œuvre par une tierce personne.

Grossesse, accouchement

Contexte national

Au cours des vingt dernières années, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément transformées. Sur le plan démographique tout d'abord, avec un bouleversement du calendrier des naissances. Les mères âgées de plus de 40 ans (3,7 % des naissances en 2004) sont trois fois plus nombreuses qu'il y a vingt ans. En revanche, le nombre de mères de moins de 20 ans a été divisé par deux^[1]. La proportion des femmes actives est en augmentation : 64,3 % en 2003 contre 60,2 % en 1995. Les campagnes de lutte contre le tabagisme semblent, depuis peu, porter leurs fruits, avec une proportion de femmes déclarant fumer au cours du troisième mois de grossesse de 21,8 % en 2003 contre 25 % en 1998. Cependant, encore 8,4 % des femmes déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour en fin de grossesse. Un peu moins de 3 % des femmes n'ont aucune couverture sociale en début de grossesse, et un peu plus de 7 % vivent seules^[2].

Le suivi des grossesses relève de la compétence de nombreux professionnels de santé. Les spécialistes de la maternité assurent seuls la surveillance de la grossesse dans un tiers des grossesses. Les généralistes libéraux effectuent au moins un des examens de surveillance prénatale dans 15 % des cas, tandis qu'environ 5 % des femmes s'adressent au moins une fois à une sage-femme libérale pour ce suivi. On observe des variations très importantes pour ce type d'indicateurs selon l'appartenance sociale, les femmes cadres ayant moins fréquemment recours à leur généraliste pour le suivi de leur grossesse^[3].

La part des femmes n'ayant pas bénéficié des sept examens prénatals obligatoires apparaît globalement stable (environ 8 %). Par ailleurs, près de 3 % des femmes ont réalisé moins de trois échographies durant leur grossesse. La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres, voire inexistant de grossesse. La proportion de femmes qui déclarent avoir eu moins de sept examens prénatals est de 27 % chez les femmes sans profession et seulement de 5 % chez les femmes cadres^[3]. La fréquence des hospitalisations pendant la grossesse (18,6 % en 2003) affiche une baisse par rapport à 1995^[2].

Les examens de suivi de la grossesse permettent notamment de déceler d'éventuelles malformations fœtales. Huit femmes sur dix ont bénéficié d'un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 en 2003^[3]. Lorsque le risque est considéré comme élevé, le couple peut, s'il le souhaite, recourir à une amniocentèse en vue de réaliser un caryotype fœtal. Des centres de diagnostic anténatal pluridisciplinaires sont systématiquement consultés avant toute décision d'interruption médicale de grossesse en cas de "forte probabilité pour que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité"^[4]. Le nombre d'interruptions de grossesse pour motif médical a plus que doublé depuis 2000 pour atteindre 10 400 en 2004^[5]. Les ouvrières et les femmes sans profession, dont le conjoint est ouvrier, apparaissent moins informées que les femmes cadres sur la possibilité de bénéficier d'un diagnostic prénatal^[3].

Le recours aux césariennes est de plus en plus fréquent : 20,2 % des accouchements en 2003 contre 15,6 % en 1995. Par ailleurs, la prise en charge de la douleur continue de se développer, 63 % des femmes ayant bénéficié d'une anesthésie péridurale en 2003, et 12 % d'une rachianesthésie.

En revanche, le nombre d'accouchements déclenchés reste pratiquement stable (un sur cinq)^[2].

La mortalité maternelle est aujourd'hui un événement rare : 59 décès pour complications de la grossesse et de l'accouchement ont été dénombrés en moyenne annuelle en 2001-2003, effectif sans doute sous-estimé^[6, 7]. L'expertise des dossiers de morts maternelles montre que 45 % de ces décès seraient évitables, notamment ceux liés aux hémorragies^[6].

L'amélioration de la surveillance prénatale et des conditions de prise en charge de l'accouchement a fait chuter de manière très importante la mortalité autour de la naissance. Le taux de mortalité périnatale a quasiment diminué de moitié entre 1980-1982 (12,3 décès pour 1 000) et 1999-2001 (6,6 décès pour 1 000)^[1].

La proportion de naissances prématurées (avant 37 semaines) s'est légèrement accrue entre 1998 et 2003, passant de 6,8 à 7,2 % des naissances. 7,2 % des enfants ont un poids inférieur à 2 500 grammes et 8 % ont fait l'objet d'un transfert au moment de la naissance^[2].

Des réseaux de périnatalité qui coordonnent l'action des professionnels de santé autour de la naissance se généralisent dans l'ensemble des régions françaises^[8, 9].

Bibliographie page 198

Dans les Pays de la Loire

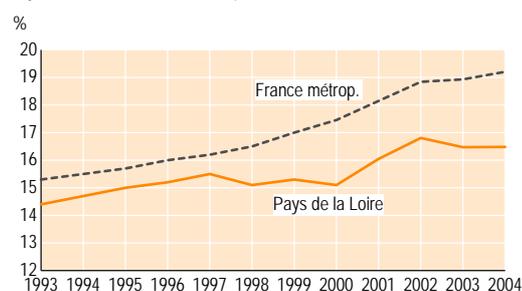
- 11 % des grossesses ont donné lieu à une amniocentèse^[10]. Le nombre d'interruptions de grossesse pour motif médical pratiquées dans les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal des CHU de Nantes et Angers, et du Centre hospitalier du Mans est passé de 241 en 2000 à 334 en 2004^[5].
- Parmi les 44 100 accouchements réalisés dans les maternités des Pays de la Loire (2005), 31 % ont eu lieu dans des maternités de type 1, 44 % dans des maternités de type 2 et 25 % dans des maternités de type 3 (fig. 1)^[10].
- La proportion d'accouchements multiples (1,7 %) varie de 1,1 % dans les maternités de type 1 à 2,7 % dans les maternités de type 3^[10].
- Historiquement, la région se caractérise par un taux de césariennes inférieur à la moyenne nationale (- 14 % en 2004) (fig. 5)^[5].
- La durée moyenne de séjour pour un accouchement s'élève à 5,3 jours ; 4,8 jours pour les accouchements par voie basse et 7,8 jours en cas de césarienne (fig. 6)^[10].
- La proportion de naissances prématurées s'élève à 4,1 %^[11]. 462 décès périnataux ont été dénombrés dans la région en 2004 (un peu plus de 1 % des naissances)^[1].
- Le réseau "Sécurité Naissance - Naitre ensemble", qui organise la coopération entre les acteurs de périnatalité, a été créé dans la région en décembre 1997^[11]. Par ailleurs, des recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque ont été élaborées par l'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire^[12].

1 Caractéristiques des séjours hospitaliers pour accouchement selon les niveaux de maternités Pays de la Loire (2005)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre d'accouchements	13 571	19 489	11 042	44 102
Nombre de maternités	13	9	3	25
Nombre de lits	356	556	258	1 170
Taux de césariennes	18,0 %	16,5 %	17,4 %	17,2 %
Taux d'accouchements multiples	1,1 %	1,6 %	2,7 %	1,7 %
Taux de déclenchements	14,8 %	15,5 %	13,3 %	12,6 %
Taux d'anesthésies générales	2,0 %	1,2 %	2,8 %	1,8 %
Taux d'anesthésies loco-régionales	65,1 %	77,9 %	71,0 %	71,6 %
Durée moyenne de séjour	5,2 jours	5,4 jours	5,3 jours	5,3 jours

Source : PMSI (ARH, données enregistrées), Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" (déclaration des maternités)

2 Evolution du taux de césariennes Pays de la Loire, France métropolitaine (1993 - 2004)



Source : SAE (DREES)

3 Caractéristiques des séjours hospitaliers des nouveau-nés selon les niveaux de maternités Pays de la Loire (2005)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre de naissances	13 528	19 665	11 208	44 401
Taux de prématurés	2,1 %	4,8 %	5,1 %	4,1 %
Taux de faible poids	4,0 %	6,1 %	11,0 %	6,7 %
Taux d'allaitement maternel ¹	51,2 %	52,0 %	49,3 %	51,2 %

Source : PMSI (ARH, données enregistrées), Réseau "Sécurité naissance-naître ensemble" (déclaration des maternités)
¹ en sortie de maternité

4 Composantes de la mortalité périnatale Pays de la Loire, France métropolitaine (2002-2004)

	Pays de la Loire		France métrop.	
	Effectif ¹	Taux	Effectif ¹	Taux
Mortalité	373	8,5	6 658	9,0
Mortalité néonatale précoce	71	1,6	1 383	1,8
Mortalité périnatale (total)	445	10,4	8 041	10,8

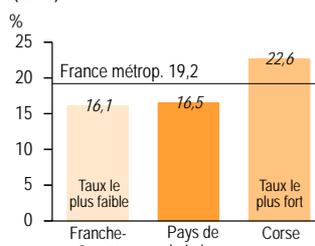
Source : INSEE

¹ nombre annuel moyen de décès sur la période

Rang au niveau national

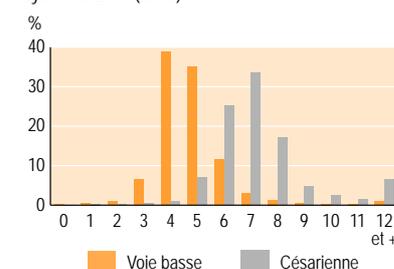
La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus faible taux de césariennes en France.

5 Taux de césariennes (2004)



Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

6 Répartition des durées de séjour selon le mode d'accouchement Pays de la Loire (2005)



Source : PMSI (ARH, données enregistrées)

Définitions

Anesthésies loco-régionales : anesthésie péridurale et rachianesthésie.

Césariennes : le taux de césariennes est le nombre de césariennes pour 100 accouchements.

Maternités

Niveau 1 : prise en charge des grossesses à bas risque, pas d'unité de néonatalogie.

Niveau 2 : prise en charge des grossesses à risque nécessitant une prise en charge spécifique. La maternité est dotée d'une unité de néonatalogie.

Niveau 3 : prise en charge spécifique des grossesses à haut risque et celles nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale, unité de néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale.

Mortalité néonatale précoce : décès d'enfants moins de 7 jours. Taux pour 1 000 nés vivants.

Mortalité périnatale : enfants mort-nés ou décédés à moins de 7 jours. Taux pour 1 000 nés vivants ou mort-nés. Depuis 2001, la limite basse prise en compte pour l'établissement d'un acte d'enfant sans vie a changé : 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de 500 grammes ou plus contre 28 semaines d'aménorrhée auparavant. Il n'est donc pas possible de commenter les évolutions récentes de cet indicateur.

Mortalité : enfants mort-nés. Taux pour 1 000 nés vivants ou mort-nés.

Naissances de faible poids : enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Naissances prématurées : enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée.

Comportements,
environnements

4

Consommation excessive d'alcool

Contexte national

La consommation d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus a connu une baisse très importante au cours des dernières décennies, passant de 26 litres en 1961 à 13 litres en 2005 [1]. Malgré cette baisse, la France reste un pays de l'Union européenne où la consommation d'alcool est élevée (9,3 litres par habitant en 2003), les positions extrêmes étant occupées par la Hongrie (11,4) et la Suède (4,9) [2].

Les modes de consommation de l'alcool sont très variables selon les âges et les générations. Selon le Baromètre santé 2005, la consommation quotidienne est plus répandue chez les personnes plus âgées (33 % des 55-75 ans contre 3 % des 20-25 ans). A l'inverse, les ivresses sont plus fréquentes chez les jeunes (35 % des 20-25 ans déclarent avoir été ivres dans l'année contre 3 % des 55-75 ans). Par ailleurs, la consommation quotidienne comme les ivresses sont trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes [3].

Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux... L'augmentation du risque de maladies graves et de décès liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes d'alcool pur par jour chez la femme (2 verres de boissons alcoolisées) et 30 grammes chez l'homme (3 verres) [4].

L'alcool est responsable aujourd'hui en France de près d'un décès sur neuf (un décès masculin sur sept et un décès féminin sur 33) [5]. Dans la population des 45 à 64 ans, ces proportions atteignent plus d'un décès sur quatre chez les hommes et plus d'un sur dix chez les femmes. 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 1980 et la période 2001-2003, 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 comme pour les femmes, et la mortalité par troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool de 30 % (fig. 1) [6].

L'alcool accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... [4] La conduite sous l'influence de l'alcool (alcoolémie supérieure à 0,5 g/l) était responsable ces dernières années de près de 2 300 décès par an, soit environ un tiers de l'ensemble des décès par accidents de la route [7].

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un risque important pour l'enfant à naître. La fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale sous ses formes graves serait de 1 à 2 pour 1 000 naissances dans les pays développés, ce qui représente en France entre 800 et 1 600 cas chaque année sur les 800 000 naissances enregistrées [4].

La politique de prévention du risque alcool s'inscrit actuellement dans le cadre de différents plans gouvernementaux, notamment le plan Mildt 2004-2008 (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) et le plan cancer 2003-2007 [8-10].

La majorité des patients en difficulté avec l'alcool sont pris en charge par le dispositif sanitaire général, médecine de ville et hôpital. Une prise en charge spécifique est offerte par les dispositifs médico-sociaux spécialisés : antennes départementales de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), structures hospitalières de soins en alcoologie. Les associations d'entraide aux malades et à leur famille jouent également un rôle important.

Bibliographie page 198

Dans les Pays de la Loire

■ Parmi les patients vus en médecine générale en 2000, 9 % des hommes déclarent un usage régulier d'alcool à risque et 15 % des habitudes d'usage ponctuel à risque. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement égales à 2 et 1 %. La fréquence de l'usage régulier à risque progresse avec l'âge jusqu'à 65 ans alors que l'usage ponctuel à risque concerne surtout les moins de 35 ans (fig. 3) [11].

■ Les consommations d'alcool des jeunes de la région sont plus importantes que la moyenne nationale. En 2005, 24 % des 18-25 ans déclarent avoir consommé de l'alcool plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois (17 % en France) et 22 % avoir été ivres à trois reprises ou plus (15 % en France) (fig. 5) [12].

■ Les conséquences de la consommation excessive d'alcool, qu'elle soit régulière ou ponctuelle, sont préoccupantes. 1 300 décès par an sur la période 2001-2003 sont causés par des pathologies directement liées à l'alcool (maladies alcooliques du foie, et psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage). Ces décès concernent des hommes dans 82 % des cas. Plus de la moitié de ces décès surviennent avant 65 ans (fig. 2) [3].

La proportion d'accidents mortels dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum légal (0,5 g/l) est de 36 % dans les Pays de la Loire (28 % en France) sur la période 2001-2005 [13].

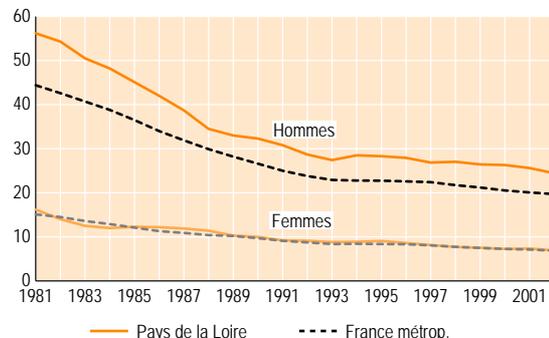
■ La mortalité pour les pathologies directement liées à l'alcool est en nette diminution dans la région comme en France. Entre la période 1980-1982 et la période 2001-2003, le recul de la mortalité est de 56 % pour les cirrhoses du foie, et de 36 % pour les psychoses alcooliques et alcoolisme (fig. 1) [6].

■ Malgré cette diminution, la situation des hommes de la région reste défavorable, la mortalité masculine par maladies alcooliques du foie dépassant de 23 % la moyenne nationale pour la période 2001-2003. Cette mortalité place la région au 5^e rang des régions de France métropolitaine les plus mal placées pour cet indicateur (fig. 4) [2].

■ L'analyse des motifs d'hospitalisation en court séjour de la population régionale en 2004 montre une fréquence des séjours supérieure à la moyenne nationale chez les hommes pour les cancers hépatiques (+ 63 %) et les maladies alcooliques du foie (+ 54 %) [14].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité par maladie alcoolique du foie

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

2 Décès par affections pour lesquelles la consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important

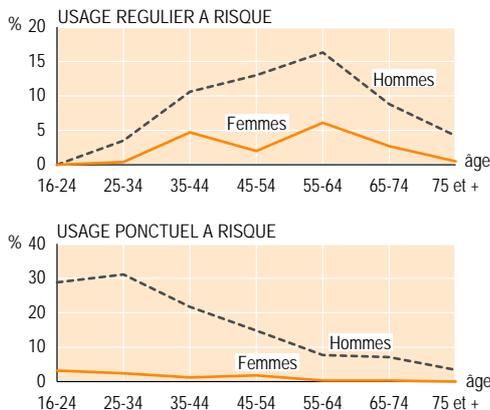
Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Mortalité générale		Mortalité prématurée ¹	
	Nbre	% ²	Nbre	% ²
HOMMES				
Cancer des VADS et de l'œsophage	526	3,5 %	256	6,2 %
Maladie alcoolique du foie	406	2,7 %	223	5,4 %
Psychose alcoolique et alcoolisme	147	1,0 %	114	2,7 %
FEMMES				
Cancer des VADS et de l'œsophage	74	0,5 %	23	1,4 %
Maladie alcoolique du foie	135	0,9 %	77	4,6 %
Psychose alcoolique et alcoolisme	31	0,2 %	19	1,1 %

Source : INSERM CépiDc
¹ décès survenus avant 65 ans
² effectif rapporté au nombre total de décès dans la tranche d'âge considérée

3 Prévalence déclarée de l'usage à risque d'alcool

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



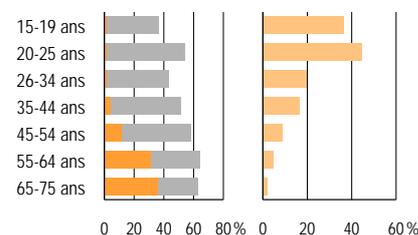
Source : Enquête alcool en médecine générale. ORS, FNORS

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus fort taux comparatif de mortalité par maladies alcooliques du foie chez les hommes (5^e rang). La mortalité par maladies alcooliques du foie chez les femmes est proche de la moyenne nationale.

4 Fréquence de la consommation de boissons alcoolisées et des ivresses au cours des 12 derniers mois selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. ORS, INPES

5 Consommation d'alcool et état d'ivresse déclarés chez les 15-25 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)

	15-17 ans		18-25 ans	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois (%)				
au moins une fois par semaine	23 %	19 %	44 %	33 %*
plusieurs fois par semaine	10 %	9 %	24 %	17 %*
Etat d'ivresse au cours des 12 derniers mois (%)				
au moins une ivresse	33 %	24 %*	43 %	33 %*
trois ivresses et plus	15 %	11 %*	22 %	15 %*

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES
* écart entre la France métropolitaine et la région statistiquement significatif au seuil de 5 %

Définitions

Cancer de l'œsophage : code CIM9 : 150 ; code CIM10 : C15.

Cancer des VADS (voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche, pharynx et larynx) : codes CIM9 : 140-149, 161 ; codes CIM10 : C00-C14, C32.

Maladie alcoolique du foie (y compris cirrhose du foie d'origine non précisée) : codes CIM9 : 571.0-3,5 ; codes CIM10 : K70, K74.6.

Psychose alcoolique et alcoolisme : codes CIM9 : 291, 303 ; codes CIM10 : F10.

Usage régulier à risque d'alcool (dans l'enquête "Alcool en médecine générale") : déclarer avoir bu tous les jours cinq verres ou plus pour les hommes et trois verres ou plus pour les femmes au cours de l'année.

Usage ponctuel à risque (dans l'enquête "Alcool en médecine générale") : ne pas déclarer un usage régulier à risque mais déclarer consommer six verres ou davantage au cours d'une même occasion, une fois par mois ou plus souvent.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Tabagisme

Contexte national

Après une longue période d'augmentation au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, les achats de tabac sont en baisse depuis le début des années 1990 (- 3,4 % par an entre 1991 et 2005 en volume). Entre 2003 et 2004, la baisse a été considérable (- 15,7 % en un an), puis les achats se sont stabilisés^[1].

Cette baisse des ventes se retrouve dans les enquêtes de consommation. Entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme quotidien chez les Français de 12-75 ans est passée de 28 % à 25 %. Mais le nombre de gros fumeurs est resté stable^[2].

En Europe, la France se situe à un niveau moyen de consommation, les positions extrêmes étant occupées en 2004 par le Portugal (16 %) et l'Autriche (36 %)^[3].

Les habitudes de consommation varient beaucoup avec l'âge : la proportion de fumeurs quotidiens augmente progressivement et atteint son maximum chez les 20-25 ans (38 % en 2005) puis décroît au-delà. Les hommes fument plus souvent que les femmes mais cet écart entre les deux sexes ne se retrouve pas avant 18 ans. Par ailleurs, la proportion de 12-14 ans, qui ont déjà fumé, est passée de 38 % en 2000 à 27 % en 2005^[2, 4].

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables. En France, en 1999, on estime à 66 400 le nombre de décès attribuables au tabac, dont 59 000 chez les hommes et 7 400 chez les femmes^[5]. Dans la mortalité générale, le tabac est donc responsable d'un décès sur neuf (un décès sur cinq chez les hommes et un sur trente-cinq chez les femmes). Ces parts sont plus élevées entre 35 et 69 ans (un décès sur trois chez les hommes et un décès sur seize chez les femmes). Environ un fumeur sur deux décède d'une maladie favorisée ou causée par le tabac^[5, 6].

Le tabac constitue l'un des facteurs de risque les plus importants de cancer puisque 23 % des décès par cancer lui seraient attribuables (36 % pour les hommes et 4 % pour les femmes). Les fumeurs ont ainsi un risque accru de cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de la vessie, du rein et du pancréas. Les pathologies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires chroniques sont aussi plus fréquentes chez les fumeurs. Chez la femme, les risques cardio-vasculaires liés au tabac sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux^[5].

Les risques du tabagisme passif sont non négligeables : prématurité et hypotrophie pour les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère, affections ORL pour les jeunes enfants exposés au tabagisme de leurs parents, cancer du poumon pour les adultes^[7].

L'évolution de la consommation de tabac dépend étroitement des politiques publiques. En France, la "loi Veil" de 1976 et la "loi Evin" de 1991 ont constitué des étapes importantes dans la lutte contre le tabagisme. La "loi Evin" (hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux collectifs, interdiction de la publicité) s'est traduite par une forte diminution des ventes entre 1992 et 1997. La politique actuelle s'inscrit dans le cadre de différents plans gouvernementaux, notamment le plan Miltat 2004-2008 (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) et le plan cancer 2003-2007^[8, 9]. Concernant le tabagisme, ce dernier s'appuie sur trois axes forts : la limitation de l'accès au produit avec la poursuite de l'augmentation du prix du tabac (+ 42 % entre 2002 et 2004) ; la dénormalisation de l'usage (interdiction de fumer dans les lieux publics) ; et l'encouragement à l'arrêt du tabac (consultations de tabacologie, accès plus large aux substituts

nicotiques)^[5]. L'Office français de prévention du tabagisme recense plus de 500 consultations de tabacologie en France métropolitaine en janvier 2007, dont une centaine constituées en réseau^[10]. Par ailleurs, 127 000 patients ont bénéficié en 2006 d'un traitement par substitut nicotique (timbres transdermiques, gommes, ou comprimés de Zyban)^[11].

Bibliographie page 199

Dans les Pays de la Loire

■ La consommation régionale de tabac est depuis de nombreuses années parmi les plus faibles de France. En 2004, elle s'élève à 821 cigarettes vendues par habitant contre 921 au plan national^[12].

■ Comme en France, la consommation de tabac connaît une baisse importante depuis le début des années 2000. Entre 2001 et 2004, le nombre de cigarettes vendues par habitant est passé de 1 178 à 821 dans la région. Cette diminution a toutefois été moins rapide qu'au plan national, et l'écart entre la consommation régionale et la consommation nationale s'est fortement réduit, passant de 31 % en 1981 à 11 % en 2004 (fig. 5)^[12].

■ Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 23 % des Ligériens de 15-75 ans fument quotidiennement (26 % en France). Les hommes sont plus concernés que les femmes (28 % vs 21 %) (fig. 3)^[2].

■ Le moindre tabagisme observé globalement dans la région ne se retrouve pas chez les jeunes. En 2005, la proportion de fumeurs quotidiens chez les 15-25 ans est équivalente dans la région (30 %) et en France (31 %) (fig. 4)^[4]. Par contre, la baisse de la consommation concerne aussi les jeunes puisque cette proportion de fumeurs atteignait respectivement 40 % en 2000 et 30 % en 2005. Dans la région, cette évolution est plus marquée chez les filles, mais elle ne concerne pas les fumeurs dépendants (fig. 6)^[4].

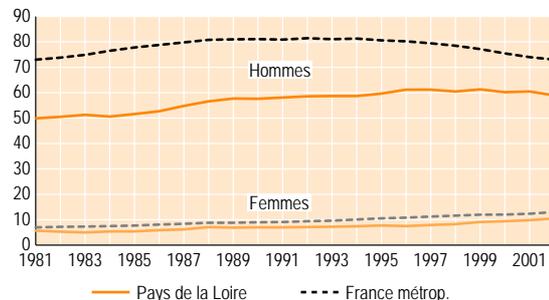
■ Le cancer du poumon, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, est à l'origine d'environ 950 décès masculins et 220 décès féminins en moyenne chaque année sur la période 2001-2003. 57 % de ces décès surviennent chez des personnes âgées de 35 à 69 ans. Le cancer du poumon est ainsi à l'origine de 12 % des décès survenus chez les hommes de cette tranche d'âge et de 5 % chez les femmes. Si on y ajoute les cardiopathies ischémiques, et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques, pathologies dont le tabac constitue également un facteur de risque important, ce sont au total, entre 35 et 69 ans, un décès sur cinq chez les hommes de 35-69 ans et un décès sur dix chez les femmes qui sont dus à des affections favorisées par la consommation de tabac (fig. 2)^[13].

■ La région conserve une situation moins défavorable que la moyenne nationale en matière de pathologies liées au tabac, conséquence de la moindre consommation qui y est observée depuis plusieurs décennies. Ainsi, en 2001-2003 la mortalité par cancer du poumon est inférieure à la moyenne nationale, de 18 % pour les hommes et de 20 % pour les femmes. Ces écarts tendent toutefois à s'amenuiser ces dernières années, témoignant de l'homogénéisation des habitudes tabagiques (fig. 1) (voir fiche "Cancer du poumon")^[13].

■ L'Office français de prévention du tabagisme recense 22 consultations de tabacologie dans la région^[10].

1 Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer du poumon

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



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

2 Décès par affections pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque important

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

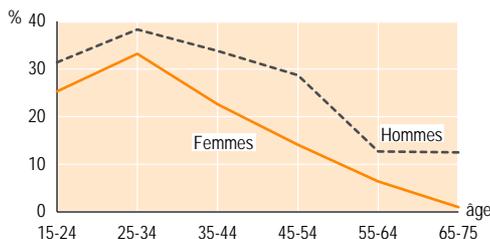
	Tous âges			35-69 ans	
	Nbre	% ¹	ICM	Nbre	% ¹
HOMMES					
Cancer du poumon	954	6,3 %	82 *	554	11,5 %
Cardiopathies ischémiques	1 310	8,6 %	96 *	325	6,8 %
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	317	2,1 %	86 *	42	0,9 %
FEMMES					
Cancer du poumon	217	1,5 %	80 *	110	5,4 %
Cardiopathies ischémiques	1 078	7,5 %	97	57	2,8 %
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	208	1,5 %	102	12	0,6 %

Source : INSERM CépiDc

¹ effectif rapporté au nombre total de décès dans la tranche d'âge considérée
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Prévalence du tabagisme quotidien déclaré

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. ORS, INPES

4 Prévalence du tabagisme quotidien déclaré chez les jeunes

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)

	15-17 ans		18-25 ans	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Fumeurs quotidiens	20 %	20 %	35 %	36 %
- dont plus de 10 cig. / jour effectifs	7 %	5 %	13 %	15 %
	392	1 184	727	4 039

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

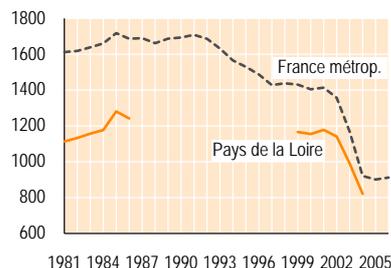
Dans ce tableau, aucun écart entre la France métropolitaine et la région n'est statistiquement significatif.

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus faible nombre de cigarettes vendues par habitant (8^e rang).

5 Ventes annuelles de cigarettes par habitant

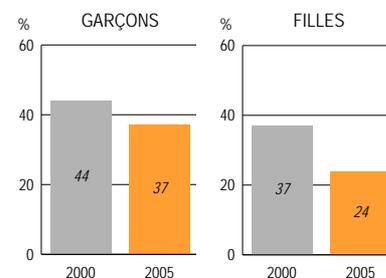
Pays de la Loire, France métrop. (1981 - 2006)



Sources : ALTADIS, INSEE
Données des Pays de la Loire non disponibles pour les périodes 1987-1996, 2005-2006

6 Evolution du tabagisme quotidien chez les 15-25 ans

Pays de la Loire (2000 - 2005)



Sources : Baromètre santé jeunes 2000. Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

Définitions

Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques : codes CIM9 : 490-492, 494, 496 ; codes CIM10 : J40-J44, J47, J961.

Cancer de la trachée, des bronches et du poumon : code CIM9 : 162 ; codes CIM10 : C33-C34.

Cardiopathies ischémiques : codes CIM9 : 410-414 ; codes CIM10 : I20-I25, I51.3.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indice comparatifs de mortalité : voir définitions page 19.

Usage de drogues illicites

Contexte national

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de polyconsommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments.

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus accessible et la plus consommée. Mais après une décennie de forte hausse, on observe depuis 2000 une stabilisation de sa consommation. En 2005, 3,9 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir consommé du cannabis dans l'année, principalement les jeunes de 15-25 ans. L'usage régulier concerne 1,2 million de personnes et l'usage quotidien, 550 000 ^[1]. Chez les jeunes scolarisés de 15-16 ans, la France présente aujourd'hui un des niveaux de consommation les plus élevés d'Europe alors qu'elle occupait une position moyenne au milieu des années 1990 ^[2].

Les consommations de stimulants sont en augmentation : en 2005, 250 000 personnes ont consommé de la cocaïne et 200 000 de l'ecstasy dans l'année ^[1]. Ces niveaux de consommation restent toutefois parmi les plus faibles de l'Union européenne ^[2]. Quant au nombre d'usagers à problèmes de drogues opiacées (héroïne) et/ou de cocaïne, les dernières données disponibles datent de 1999 et font état de 150 000 à 180 000 personnes concernées ^[3].

Les effets du cannabis sur la santé sont de mieux en mieux identifiés et il existe des présomptions sur son implication dans la survenue de certaines pathologies psychiatriques et vasculaires, et de cancers pulmonaires et des voies aéro-digestives supérieures. Par ailleurs, selon une étude récente, la conduite d'un véhicule sous influence du cannabis est à l'origine d'environ 200 décès par an en France ^[4, 5]. Parmi les usagers de drogues par injection, la prévalence de l'hépatite C se maintient à un niveau élevé (plus de 60 %), alors que la prévalence du sida poursuit sa baisse entamée au début des années 1990. En 2003, 118 usagers de drogues par voie intraveineuse sont décédés du sida contre plus de 1 000 en 1994. Le nombre de décès par surdose chez les consommateurs d'opiacés et les polyconsommateurs a aussi diminué, passant de plus de 500 au milieu des années 1990 à 70 en 2004 ^[4, 6].

La prise en charge des toxicomanes repose sur le dispositif de soins généralistes (hôpitaux, médecins de ville, réseaux de santé) et sur un dispositif de soins spécialisés (établissements médico-sociaux). En novembre 2003, 32 000 toxicomanes ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dont les deux tiers aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ^[7]. Les traitements de substitution aux opiacés, développés en France depuis 1995, concernaient en 2003 entre 72 000 et 85 000 personnes pour la buprénorphine et entre 11 000 à 17 000 personnes pour la méthadone ^[8].

La réduction des risques repose sur la mise à disposition de seringues, vendues en pharmacie notamment sous forme de Stéribox, ou distribuées gratuitement dans le cadre de programmes d'échanges de seringues. Ces programmes sont gérés depuis 2006, par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD). Les échanges sont assurés par différents acteurs de soins et de prévention ou par des automates installés sur la voie publique.

Le plan 2004-2008 d'action contre les drogues, le tabac et l'alcool est un plan global, mis en œuvre sous l'égide de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) et décliné dans chaque département. Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions vient renforcer et coordonner les dispositifs existants, notamment en termes de soins hospitaliers (consultations et

services d'addictologie, équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, pôles de référence dans les CHU, réseaux ville-hôpital) ^[9, 10].

En matière de répression, la loi de 1970 constitue toujours le cadre légal. En 2004, 90 000 personnes ont été interpellées pour usage de cannabis et 8 000 pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy ^[6]. Depuis 2003, un dépistage du cannabis est obligatoire en cas d'accident mortel de la circulation, ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants ^[11].

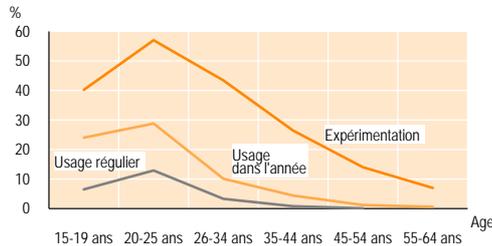
Bibliographie page 199

Dans les Pays de la Loire

- Le cannabis est, dans la région comme en France, surtout consommé par les jeunes. Selon l'enquête Baromètre santé, les 15-25 ans déclarent qu'ils peuvent s'en procurer facilement. L'expérimentation du cannabis concerne 48 % des 15-25 ans, et l'usage régulier, 7 %. Ces fréquences sont plus élevées chez les garçons que chez les filles (fig. 3) ^[12]. Entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis a progressé dans la région, et la proportion de jeunes concernés devient supérieure à la moyenne nationale. Cette hausse ne se retrouve pas pour l'usage régulier, dont la prévalence reste proche de la moyenne nationale (fig. 2). Selon l'enquête Escapad, menée en 2002-2003 auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée de préparation à la défense, les Pays de la Loire occupent une position moyenne au sein des régions en ce qui concerne l'expérimentation et l'usage régulier du cannabis ^[13].
- Les autres produits illicites sont beaucoup moins répandus, et le Baromètre santé jeunes permet seulement d'apprécier leur expérimentation. En 2005, 3 à 4 % des jeunes de la région déclarent avoir expérimenté l'ecstasy ou la cocaïne, et dans la région comme en France, ces proportions ont augmenté depuis 2000 (fig. 2) ^[12].
- Les taux d'interpellations pour usage ou usage-revente de drogues illicites dans la région sont environ deux fois moins importants qu'en France, et, comme au niveau national, en progression pour le cannabis (fig. 6) ^[6].
- Au cours du mois de novembre 2003, 990 usagers de drogues ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région, dont les deux tiers à l'un des neuf Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Le taux régional de recours a augmenté au cours de la dernière décennie mais reste parmi les plus faibles de France (fig. 5) ^[6]. Actuellement, les CSST signalent une hausse des recours d'usagers de cocaïne de moins de 25 ans.
- Concernant les traitements de substitution, les ventes de buprénorphine en pharmacie sont en augmentation mais restaient, en 2003, parmi les plus faibles de France (fig. 4) ^[6].
- Les ventes en pharmacie de Stéribox sont aussi en progression. Avec 6 boîtes de 2 seringues vendues pour 100 habitants de 20-39 ans dans la région en 2003, elles étaient nettement inférieures à la moyenne nationale (16 pour 100). Mais les programmes d'échanges de seringues sont très développés dans la région, puisqu'environ 171 000 seringues (soit 19 seringues pour 100 habitants de 20-39 ans) ont été délivrées gratuitement dans ce cadre en 2005 ^[6].
- 11 décès par overdose ont été dénombrés entre 2000 et 2004 dans la région, soit en moyenne 2 décès par an ^[6].

1 Usage de cannabis selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. ORS, INPES

2 Evolution de la consommation de drogues illicites chez les jeunes de 15-25 ans

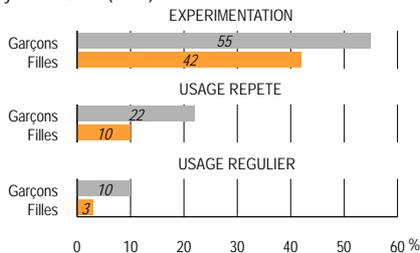
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000 - 2005)

	Pays de la Loire		France métrop.	
	2000	2005	2000	2005
CANNABIS				
Expérimentation	37 %	48 % *	38 %	42 % *
Usage répété	15 %	15 %	14 %	1 %
Usage régulier	6 %	7 %	6 %	7 %
AUTRES DROGUES ILLICITES - Expérimentation				
Ecstasy	1 %	4 % *	2 %	3 % *
Amphétamines	<1 %	1 %	1 %	1 %
Cocaïne	<1 %	3 % *	1 %	3 % *
Héroïne	<1 %	<1 %	1 %	1 %

Sources : Baromètre santé jeunes 2000. Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES
Proportions standardisées selon l'âge et le sexe
* différence entre 2000 et 2005 significative au seuil de 5 %

3 Fréquence de consommation du cannabis selon le sexe chez les jeunes de 15-25 ans

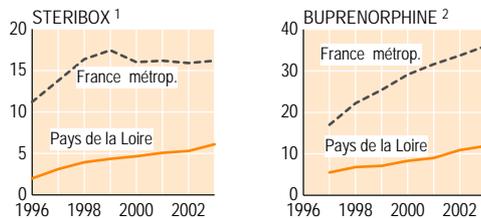
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

4 Ventes en officine de matériel d'injection stérile et de médicaments de substitution pour 100 habitants de 20-39 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



Sources : InVS/SIAMOIS, INSEE

¹ nombre d'unités vendues

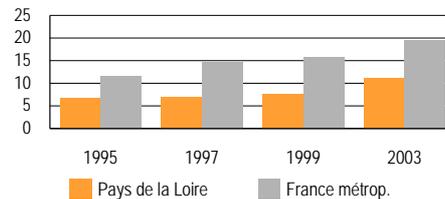
² quantité vendue, en nb de "boîtes théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg

Rang au niveau national

En 2002-2003, la région des Pays de la Loire occupe une position moyenne en ce qui concerne les niveaux d'expérimentation et d'usage régulier du cannabis parmi les jeunes de 17 ans (Escapad - Observatoire français des drogues et des toxicomanies). Par contre, le taux de recours des toxicomanes aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux est l'un des plus faibles de France (2^e rang).

5 Taux de recours au système sanitaire et social au cours du mois de novembre pour 10 000 habitants de 20-39 ans

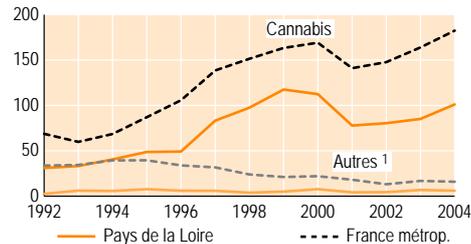
Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2003)



Source : DREES

6 Evolution des taux d'interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants

Pays de la Loire, France métropolitaine (1992 - 2004)



Sources : OCRTIS, INSEE

¹ héroïne, cocaïne et ecstasy (à partir de 1997)
Unité : pour 100 000 habitants de 15 ans et plus

Définitions

Drogues illicites : les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants en dehors de ceux qui font l'objet d'une prescription médicale, et certains produits non classés comme stupéfiants mais détournés de leur usage normal (colle, solvants, substances de synthèse, médicaments détournés).

Stéribox® : kit de deux seringues, avec matériel nécessaire à la préparation du produit injecté, l'ensemble étant stérile et à usage unique, spécifiquement destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est vendu en pharmacie, subventionné par l'Etat.

Traitements de substitution aux opiacés : il existe deux médicaments de substitution aux opiacés :

- la **méthadone**, prescrite et délivrée en phase de mise en place du traitement exclusivement par les centres de soins spécialisés et les hôpitaux.

- la **buprénorphine**, prescrite dans la majorité des cas en ville et vendue en pharmacie. Dans l'indicateur, l'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de "boîtes théoriques" de 7 comprimés dosés à 6 mg.

Usage de cannabis dans l'année : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Usage répété de cannabis : avoir consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois.

Usage régulier de cannabis : avoir consommé du cannabis dix fois et plus au cours des trente derniers jours.

Usage à problèmes de drogues opiacées et/ou de cocaïne : consommation qui a induit un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif.

Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Contexte national

La **contraception** médicale a connu depuis le début des années 1970 une diffusion considérable, qui s'est accompagnée au cours des années récentes par une diversification de ses formes (implant, patch, contraception d'urgence) ^[1]. En France, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 97 % des femmes de 20 à 49 ans *a priori* concernées déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2005. La pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (57 %), devant le stérilet (25 %), et l'usage exclusif du préservatif (11 %) ^[2].

La stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes pour les femmes, des canaux déférents pour les hommes) a été légalisée par la loi du 4 juillet 2001. En 2005, elle concerne 8 % des femmes et 3 % des hommes de 45-54 ans ^[2].

Les usages contraceptifs varient beaucoup d'un pays à l'autre. Le recours à la stérilisation est peu fréquent en Europe (à l'exception de l'Angleterre), en Afrique et au Japon. La pilule elle, est peu utilisée en Chine, en Inde et au Japon. Le Japon est le seul pays du monde où le préservatif est privilégié ^[3].

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, la contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999, et peut être délivrée gratuitement aux mineures. En 2005, 17 % des femmes de 17-49 ans déclarent l'avoir utilisée au moins une fois. Cette proportion atteint 32 % chez les 20-24 ans. Le plus souvent, les femmes déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence de façon ponctuelle, principalement en raison d'une erreur concernant leur contraception régulière ^[2].

Le **recours à l'IVG** reste, malgré ce contexte, relativement fréquent. 17 % des femmes de 15-54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie ^[2]. Pour l'année 2004, on estime à 210 700 le nombre d'IVG réalisées en France, soit un taux annuel de recours de 14,6 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Cela place la France à un niveau moyen en Europe. C'est dans les nouveaux pays membres de l'Union européenne que les taux sont les plus élevés, avec plus de 20 IVG pour 1 000 femmes en Hongrie, Lettonie et Estonie ^[4].

Selon les données de l'enquête Cocon 2000, au moment où est survenue la grossesse non prévue ayant donné lieu à une IVG, 28 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % le préservatif, 23 % la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à l'oubli de comprimés ^[1].

Le recours à l'IVG concerne toutes les catégories sociales, mais les femmes qui y recourent de façon répétée semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières ^[1].

L'IVG par mode médicamenteux (mifépristone ou RU 486) est possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. En 2004, elle représente 42 % de l'ensemble des IVG. Sa pratique dans le cadre de la médecine de ville est autorisée depuis juillet 2004, mais elle reste encore marginale ^[4].

Depuis le milieu des années 1990, le taux de recours à l'IVG tend à augmenter (12,3 pour 1 000 en 1995, 14,6 en 2004). Cette progression concerne seulement les femmes de moins de 25 ans ^[4]. Pour l'Ined, ceci semble traduire non pas une plus grande fréquence des grossesses non prévues, mais une hausse de la propension à recourir à l'avortement dans ce cas, notamment chez les très jeunes femmes ^[1].

Bibliographie page 199

Dans les Pays de la Loire

- 98 % des femmes de 20-49 ans *a priori* concernées utilisent un moyen de contraception en 2005. La pilule (54 %) et le stérilet (28 %) sont les méthodes les plus utilisées. L'usage de la pilule diminue avec l'âge, alors que celui du stérilet augmente (fig. 1). Ces résultats sont équivalents à ceux observés au plan national ^[2].

- Chez les jeunes filles de 15-25 ans *a priori* concernées par la contraception, l'usage de la pilule a fortement augmenté entre 2000 et 2005, passant de 76 % à 86 %. Cette utilisation devient ainsi plus fréquente que la moyenne nationale (81 %) (fig. 3) ^[5].

- La contraception d'urgence a vu son usage se développer dans la région comme en France au cours des années récentes. En 2005, 23 % des filles de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent y avoir déjà eu recours au moins une fois au cours de leur vie. Ce taux est toutefois plus faible qu'au plan national (30 %) (fig. 3) ^[5].

- 8 000 IVG ont été réalisées dans les établissements de santé des Pays de la Loire en 2004. Cela correspond à un taux régional de recours annuel de 10,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, le plus faible de France. Cette situation favorable de la région s'observe pour toutes les classes d'âge ^[6].

Comme en France, ce taux est en augmentation depuis le milieu des années 90 (fig. 4).

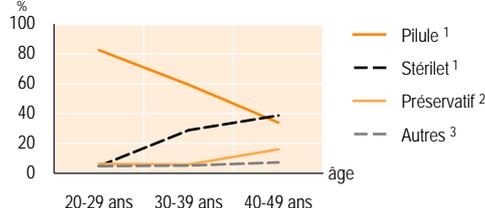
- Le recours à l'IVG concerne toutes les classes d'âge entre 15 et 49 ans. C'est entre 18 et 24 ans que ce taux est le plus élevé (19 pour 1 000 femmes), et ce taux diminue ensuite progressivement avec l'âge (fig. 5).

Le taux de recours à l'IVG est peu élevé chez les moins de 18 ans (9 pour 1 000), mais dans cette classe d'âge, la majorité des conceptions aboutissent à une IVG puisque l'on dénombre 72 IVG pour 100 conceptions (fig. 6) ^[6].

- L'IVG médicamenteuse concerne 38 % des IVG réalisées dans la région en 2004 (3 025). Cette proportion a beaucoup progressé depuis 2000, où elle atteignait seulement 19 % ^[6, 7].

1 Méthodes de contraception utilisées selon l'âge des femmes

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. ORS, INPES

¹ utilisation associée ou non avec d'autres méthodes

² utilisation non associée à la pilule ou au stérilet

³ ensemble des autres méthodes

2 Utilisation d'une méthode de contraception selon l'âge

Pays de la Loire (2005)

	15-19 ans	20-25 ans
Filles, <i>a priori</i> concernées par la contraception, déclarant		
- utiliser un moyen de contraception	95 %	97 %
- Pilule	82 %	89 %
- avec préservatif	31 %	10 %
- sans préservatif	51 %	79 %
- Préservatif masculin	12 %	6 %
- Autres moyens	1 %	2 %
- ne pas en utiliser	1 %	2 %
- en avoir une utilisation non systématique	1 %	0 %
- ne pas savoir	3 %	1 %

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

3 Evolution du recours à la contraception et à la contraception d'urgence chez les jeunes filles de 15-25 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000 - 2005)

	Pays de la Loire		France métrop.	
	2000	2005	2000	2005
Jeunes filles déclarant utiliser un moyen de contraception	95 %	97 %	95 %	95 %
Jeunes filles déclarant prendre la pilule	76 %	86 % *	79 %	81 %
parmi celles qui sont <i>a priori</i> concernées par la contraception : effectifs	293	320	746	1 206
Jeunes filles déclarant avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence	14 %	23 % *	14 %	30 % *
parmi celles qui ont déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie : effectifs	345	366	898	1 433

Sources : Baromètre santé jeunes 2000. Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

Les proportions présentées sont standardisées selon l'âge.

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Définitions

Conceptions : il s'agit de la somme des naissances et des IVG.

Contraception d'urgence : méthode exclusivement composée de progestatifs, sans effets secondaires et vendue sans ordonnance en pharmacie.

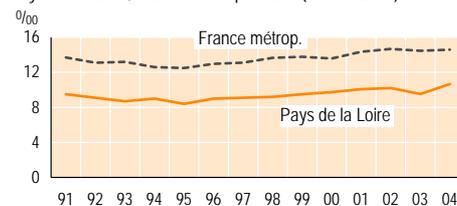
Femmes *a priori* concernées par la contraception : femmes ayant eu un rapport sexuel au cours des douze derniers mois et n'ayant pas déclaré lors de l'enquête "attendre ou chercher à avoir un enfant", "être seules au moment de l'enquête", "avoir des rapports exclusivement homosexuels", "avoir elles-mêmes ou leurs partenaires un problème de stérilité".

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire est la région de France métropolitaine présentant le taux de recours à l'IVG le plus faible.

4 Evolution du taux d'IVG¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991 - 2004)

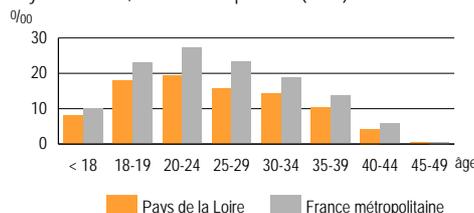


Sources : SAE-H80-EHP (DREES), INSEE

¹ jusqu'en 1994, l'enquête ne permettant pas de distinguer les IVG et les IMG, les effectifs présentés totalisent donc les IVG et les IMG. Ces dernières sont toutefois en nombre trop réduit pour influencer les tendances.

5 Taux d'IVG¹ pour 1 000 femmes selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

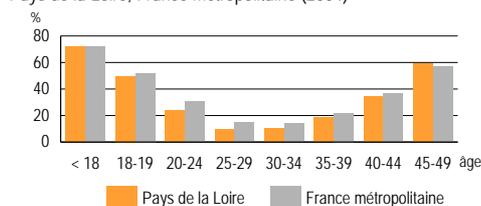


Sources : SAE (DREES), PMSI-MCO (DHOS-DREES), INSEE

¹ y compris les IMG

6 Taux d'IVG¹ pour 100 conceptions selon l'âge des femmes

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)



Sources : SAE (DREES), PMSI-MCO (DHOS-DREES), INSEE

¹ y compris les IMG

IMG : Interruption de grossesse pour motif médical.

IVG : Interruption volontaire de grossesse. La femme enceinte en situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Depuis juillet 2001, l'interruption peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. Auparavant, le délai était fixé à dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée. Jusqu'à quarante-neuf jours d'aménorrhée, l'IVG peut être réalisée par mode médicamenteux (RU 486 ou mifépristone). Depuis juillet 2004, ces dernières peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville pour motif médical.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Contexte national

L'activité professionnelle, par les risques de différentes natures auxquels elle expose un certain nombre de salariés, constitue un déterminant important mais mal connu de l'état de santé. En effet, le dénombrement des affections professionnelles reconnues (accidents du travail et maladies professionnelles) représente actuellement le principal outil épidémiologique disponible, mais il ne reflète pas l'importance du phénomène, du fait de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance de ces affections.

L'accident du travail est défini par le code de la sécurité sociale comme l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause. Sont également considérés comme accidents du travail, et indemnisés comme tels, les accidents survenus pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu du repas.

En 2005, pour les régimes général et agricole, 864 000 accidents du travail avec arrêt (accidents du trajet compris) et 69 000 accidents ayant donné lieu à la reconnaissance d'une incapacité permanente, ont été dénombrés en France. Le nombre de décès survenus à la suite d'un accident du travail atteint 1 100 pour cette même année. Au régime général, la branche "bâtiment et travaux publics" est la plus fréquemment concernée par les accidents du travail ^[1, 2].

Les accidents du trajet représentent environ 10 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt, mais leur poids en terme de gravité est beaucoup plus important puisqu'ils représentent 13 % des accidents avec incapacité permanente et 43 % des accidents mortels ^[1, 2].

La fréquence des accidents du travail proprement dits (hors trajet) a considérablement régressé entre 1950 et 1985 grâce au renforcement des normes de sécurité et à l'amélioration des conditions de travail et d'équipement. Depuis la baisse s'est ralentie. Ainsi, entre 2002 et 2005, le nombre de ces accidents a diminué de 8 % ^[3].

Le nombre d'accidents du trajet a également diminué sur cette période (- 7 % entre 2002 et 2005) ^[3].

Une maladie est considérée comme "professionnelle" si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité. La preuve du lien entre la maladie et l'activité professionnelle étant difficile à établir, la législation de la sécurité sociale a défini des "tableaux de maladies professionnelles" qui contiennent les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. Sont également reconnues comme professionnelles les maladies qui n'appartiennent pas à ces tableaux mais qui, au terme d'expertises individuelles, font l'objet d'une reconnaissance complémentaire (maladie à caractère professionnel).

En 2005, 46 400 premières indemnités pour maladie professionnelle ont été versées par les régimes général et agricole. Concernant le régime général, les affections périarticulaires représentent environ les deux tiers de ces indemnités. Les affections dues à l'amiante (16 %) et les affections chroniques du rachis lombaire (6 %) viennent ensuite.

Le nombre de maladies professionnelles indemnisées a été multiplié par quatre depuis dix ans en raison d'une meilleure reconnaissance juridique des droits des salariés ainsi que d'une plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies ^[3]. Ainsi, en 1993, des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), destinés à élargir les critères des tableaux existants, ou à reconnaître des maladies non encore désignées ont été mis en place. Malgré ces dispositifs, le système français de reconnaissance des

maladies professionnelles fait l'objet de nombreuses critiques. Le nombre de cas indemnisés est jugé trop faible par rapport à la réalité, avec en particulier une sous-déclaration des cancers attribuables à des facteurs professionnels ^[4].

Il existe, de plus, de fortes disparités régionales des déclarations. Le contexte économique, et donc les risques professionnels spécifiques à chaque région, ne peuvent en effet expliquer à eux seuls ces disparités qui relèvent en grande partie de l'intérêt plus ou moins marqué porté au problème par les professionnels et institutions de la région. Enfin, les évolutions actuelles de l'environnement professionnel (changement des modes de production, flexibilité, recours à l'intérim...) génèrent des contraintes et des conséquences sur l'état de santé (physique et mental) des travailleurs de plus en plus difficiles à identifier et à quantifier.

La prévention des risques professionnels s'est beaucoup développée au sein des entreprises. Des actions sont également menées par les services de l'Etat, la sécurité sociale, la médecine du travail mais également des organismes tels que l'Institut national de recherche et de sécurité ou l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

Bibliographie page 200

Dans les Pays de la Loire

■ En 2005, 54 400 accidents du travail avec arrêt et 2 900 accidents ayant donné lieu à une reconnaissance d'une incapacité permanente partielle (IPP) ont été dénombrés parmi les ressortissants du régime général et du régime agricole dans la région. Le nombre de décès liés à un accident du travail s'élève à 55 (fig. 1).

Les accidents du trajet représentent 9 % de l'ensemble des accidents du travail avec arrêt, mais leur poids en terme de gravité est plus important, puisqu'ils représentent 13 % des accidents ayant donné lieu à une incapacité permanente et 47 % des accidents mortels (fig.1) ^[5, 2].

■ C'est dans la branche "bâtiment et travaux publics" que le risque d'avoir un accident du travail avec arrêt (85,3 accidents pour 1 000 salariés en 2005) et avec séquelles (4,6 pour 1 000 salariés) est le plus important (fig. 3) ^[5].

■ En 2005, environ 5 500 premières indemnités pour maladies professionnelles reconnues ont été versées par les régimes général et agricole ^[5, 2]. Au régime général, 76 % des nouvelles indemnités concernent des affections périarticulaires, 17 % des affections dues à l'amiante, et 3 % des affections chroniques du rachis lombaire. Pour les affections dues à une exposition professionnelle à l'amiante ou au bruit, la proportion d'incapacités permanentes partielles attribuées est proche de 100 % (fig. 5) ^[5].

■ La région enregistre un taux de nouvelles indemnités deux fois plus élevé qu'en France pour les affections périarticulaires (fig. 6) (voir fiche "Troubles musculo-squelettiques").

■ Des enquêtes répétées sur les maladies à caractère professionnel sont en outre mises en place dans la région depuis 2003 (voir fiche "Troubles musculo-squelettiques"). Elles montrent que leur prévalence régionale est de 46 pour 1 000 salariés. 65 % de ces affections sont des troubles musculo-squelettiques (soit un taux de 29 pour 1 000 salariés) et 24 % des souffrances psychiques (11 pour 1 000) ^[6]. Cependant, ces dernières ne font actuellement pas l'objet d'un tableau de maladies professionnelles indemnisées.

1 Accidents du travail

Pays de la Loire (2005)

	Accidents avec arrêt	Accidents avec IPP	Accidents mortels
REGIME GENERAL			
Acc. du travail proprement dits	42 741	2 075	17
Accidents du trajet	4 430	335	23
Total	47 171	2 410	40
REGIME AGRICOLE			
Acc. du travail proprement dits	6 883	443	12
Accidents du trajet	321	43	3
Total	7 204	486	15

Sources : CRAM - CCMSA

2 Indice de fréquence¹ des accidents du travail avec arrêt

Pays de la Loire, France (2005)

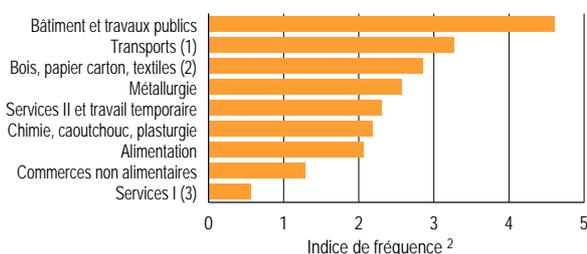
	Pays de la Loire	France
REGIME GENERAL		
Acc. du travail proprement dits	44,8	39,1
Accidents du trajet	4,6	4,6
Total	49,5	43,8

Sources : CRAM - CNAMTS

¹ nombre d'accidents pour 1 000 salariés

3 Fréquence des accidents du travail¹ avec IPP au régime général selon la branche d'activité

Pays de la Loire (2005)



Source : CRAM - Prévention des risques professionnels

¹ accidents du travail proprement dits et acc. du trajet

² nombre total d'accidents pour 1 000 salariés, recensés par le régime général

(1) Industrie du transport, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

(2) Industrie du bois, de l'ameublement, du papier carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu

(3) Finances, cabinets de conseil, administrations, etc.

4 Maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées

Pays de la Loire (2005)

	Mal. prof. (ensemble)	Mal. prof. avec IPP
REGIME GENERAL		
Effectif	4 679	617
Indice de fréquence ¹	4,9	0,6
REGIME AGRICOLE		
Effectif	847	166

Sources : CRAM - CCMSA

¹ nombre de maladies professionnelles indemnisées pour 1 000 salariés

5 Maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées les plus fréquentes

au régime général, Pays de la Loire (2005)

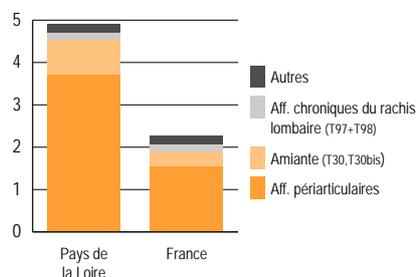
Tableaux de maladies professionnelles	Nombre	% d'IPP ¹
Affections périarticulaires (T57)	3 546	23,7 %
Aff. prof. / inhalation des poussières d'amiante (T30, T30 bis)	789	95,6 %
Aff. chroniques du rachis lombaire / charges lourdes (T98)	121	64,5 %
Surdité provoquée par les bruits lésionnels (T42)	59	100,0 %
Lésions eczématiformes de mécanisme allergique (T65)	22	18,2 %
Lésions chroniques du ménisque (T79)	22	27,3 %
Aff. chroniques du rachis lombaire / vibrations (T97)	20	65,0 %
Allergies respiratoires (T66)	11	27,3 %
Autres maladies professionnelles	84	///
Total	4 674	///

Source : CRAM

¹ rapport du nombre de MP pour lesquelles un premier versement d'IPP a été effectué sur le nombre total de MP reconnues et nouvellement indemnisées

6 Indice de fréquence¹ de maladies professionnelles reconnues et indemnisées au régime général

Pays de la Loire, France (2005)



Sources : CRAM - CNAMTS

¹ nombre de maladies professionnelles indemnisées pour 1 000 salariés

Définitions

Accident avec arrêt : accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour de la survenue de l'accident et donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnités journalières. Les accidents avec arrêt comprennent en partie les accidents avec IPP.

Accidents avec IPP : accidents ayant entraîné la reconnaissance d'une **incapacité permanente partielle (IPP)**, et prenant en compte l'ensemble des accidents ayant entraîné un **décès**, y compris ceux pour lesquels la mort est intervenue avant la fixation du taux d'IPP et la liquidation d'une rente. L'année de prise en charge est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident a été reconnu.

Branche d'activité : il s'agit des Comités techniques nationaux (définis selon l'arrêté de mars 2001), répartissant les activités professionnelles en 9 groupes.

Maladies professionnelles (MP) : sont comptabilisées les MP reconnues (soit parce qu'elles ont été contractées dans les conditions mentionnées par un tableau, soit dans le cadre du système complémentaire) et pour lesquelles un premier versement d'indemnités journalières ou de rente d'**Inc capacité Permanente Partielle (IPP)** a été effectué.

Exposition à l'amiante

Contexte national

L'amiante est un minéral fibreux dont les propriétés d'isolant, de résistance mécanique, et de résistance au feu et aux agressions chimiques, ont favorisé l'utilisation industrielle au cours du XX^e siècle, que ce soit pour des produits de grande consommation ou la construction de bâtiments [1].

L'amiante est à l'origine de pathologies très différentes, notamment par leur pronostic et leur délai de survenue (15 à 40 ans après l'exposition). Ses effets nocifs sont liés à l'inhalation de poussières d'amiante et au dépôt de fibrilles, principalement dans le tissu pulmonaire et la plèvre. Cette dernière peut être atteinte sous la forme d'épaississements diffus ou circonscrits (plaques pleurales), dont le retentissement est le plus souvent très faible [2]. Le mésothéliome pleural, cancer de la plèvre dont l'amiante est la seule étiologie établie à ce jour, a par contre un pronostic très défavorable. La survie relative à cinq ans atteint en effet seulement 5 % chez les hommes et 13 % chez les femmes [2, 3]. L'amiante augmente également le risque de cancer broncho-pulmonaire, ce risque étant multiplié en cas de tabagisme associé. Enfin, l'asbestose est une fibrose du poumon provoquée par les poussières d'amiante [2].

Les activités professionnelles constituent la source d'exposition la plus importante : production ou utilisation d'amiante, intervention sur des matériaux contenant de l'amiante. Il existe aussi des expositions paraprofessionnelles (personnes en contact avec des travailleurs de l'amiante et pouvant être exposées aux poussières d'amiante transportées notamment par les vêtements de travail), domestiques (utilisation d'objets ménagers contenant de l'amiante) ou de bricolage. Les expositions qualifiées d'environnementales sont d'origine naturelle (site géologique), industrielle (voisinage d'une mine ou d'une usine de transformation d'amiante), ou ont lieu dans des bâtiments où de l'amiante a été utilisée lors de la construction [1].

La majorité des maladies professionnelles liées à l'amiante (tableaux T30 et T30bis) reconnues et nouvellement indemnisées par le régime général d'assurance maladie sont des plaques pleurales. Avec plus de 3 200 cas, ces dernières représentent 57 % des maladies professionnelles liées à l'amiante nouvellement indemnisées en 2004. Les cancers indemnisés (près de 1 300 cas) sont principalement des cancers bronchopulmonaires et des mésothéliomes de la plèvre [4].

Un Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) animé par l'Institut de veille sanitaire a été mis en place en 1998 dans dix-huit départements. Cette surveillance concerne l'ensemble de la population et repose sur le suivi épidémiologique du mésothéliome pleural, considéré comme un marqueur fiable de l'exposition à l'amiante au niveau populationnel [1].

Selon le PNSM, l'incidence du mésothéliome pleural est estimée entre 610 et 730 nouveaux cas pour l'année 2001, dont trois sur quatre concernent des hommes [1]. Les données des registres du cancer du réseau Francim montrent que l'incidence du mésothéliome pleural a été multiplié par 3,5 entre 1980 et 2000 [5]. En 2002-2004, le nombre annuel moyen de décès par mésothéliome de la plèvre ou de localisation non précisée s'est élevé à 746 (dont 78 % chez les hommes) (voir encadré ci-contre et fig.4) [6].

Par ailleurs, dans la littérature internationale, la fraction de cancers du poumon chez les hommes attribuable à l'amiante

varie entre 10 et 20 %. Appliquée aux données d'incidence françaises, elle permet d'estimer entre 1 900 et 3 700 le nombre annuel de cancers du poumon liés à l'amiante chez les hommes [7].

La prévention du risque d'exposition à l'amiante est assurée par l'interdiction, depuis 1997, de mise sur le marché français de matériel contenant ce minéral, et par des mesures de protection des travailleurs exposés à l'amiante (désamiantage). Par ailleurs, il existe des mesures particulières de réparation du préjudice dû à l'exposition à l'amiante : cessation anticipée d'activité, fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, suivi médical des personnes ayant été exposées [8].

Bibliographie page 200

Dans les Pays de la Loire

■ Avec 516 cas en 2005, la majorité (65 %) des maladies professionnelles liées à l'amiante reconnues et nouvellement indemnisées sont des plaques pleurales (fig. 1) [9]. Dans la population salariée de la région relevant du régime général, la fréquence des plaques pleurales indemnisées est trois fois plus élevée qu'au plan national (fig. 1 et 2) [3, 9].

■ 91 cancers professionnels liés à l'inhalation de poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés par le régime général en 2005 dans la région. Il s'agit principalement de cancers broncho-pulmonaires (58 cas) et de mésothéliomes de la plèvre (18 cas) (fig. 1) [9]. Cela correspond à des fréquences pour 1 000 salariés respectivement 1,3 et 1,4 fois plus élevées dans la région qu'en France (fig. 1 et 2) [3, 9].

La reconnaissance reste toutefois insuffisante comme en témoigne l'analyse réalisée par le Programme national de surveillance pour la Loire-Atlantique, même si la situation y est plus favorable que dans les autres départements qui participent au PNSM [1].

■ L'étude de la mortalité liée aux expositions à l'amiante repose sur deux indicateurs : la mortalité par mésothéliome de la plèvre et de localisation non précisée d'une part, et la mortalité par cancer de la plèvre d'autre part (voir encadré ci-contre).

Dans les Pays de la Loire, les mésothéliomes pleuraux et de localisation non précisée ont été à l'origine de 49 décès par an pour la période 2002-2004, dont trois sur quatre concernent des hommes (fig. 5) [6]. La mortalité régionale pour ces affections est statistiquement non différente de la moyenne nationale. Mais la Loire-Atlantique se distingue par une surmortalité de 80 %, en lien avec l'existence d'activités professionnelles à risque dans ce département (chantiers navals). La Sarthe présente également une surmortalité de 20 % (industrie de fabrication de produits contenant de l'amiante), mais l'écart n'est pas statistiquement significatif en raison de la faiblesse des effectifs concernés [6].

■ Entre 1985 et 1999, la mortalité par cancer de la plèvre a augmenté de façon continue dans la région (+ 56 %), puis elle a baissé entre 1999 et 2000 de 14 %. Entre 2000 et 2003, on observe une relative stabilité de la mortalité par cancer de la plèvre. Les données désormais disponibles sur la mortalité spécifique liée au mésothéliome pleural ou de localisation non précisée montrent la même tendance évolutive sur les années récentes (fig. 3) [6].

1 Les maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante parmi les salariés du régime général
Pays de la Loire (2004 - 2005)

	2004	2005
Cancers	92	91
- Mésothéliome de la plèvre	22	18
- Cancer broncho-pulmonaire primitif	56	58
- Autres cancers	14	15
Asbestose	17	17
Plaques pleurales	566	516
Epaississements de la plèvre viscérale	206	162
Autres	9	3
Total	890	789

Source : CRAM

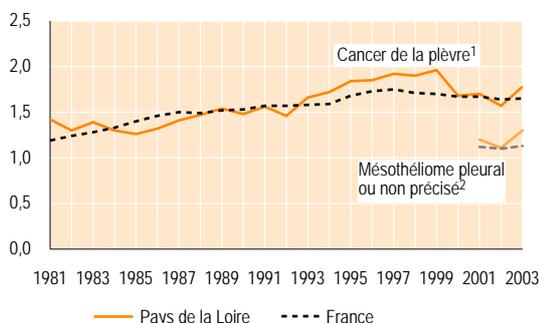
2 Fréquence des maladies professionnelles reconnues et nouvellement indemnisées consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante parmi les salariés du régime général
Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

	Pays de la Loire	France métrop.
Cancers	10,0	7,1
- Mésothéliome malin primitif de la plèvre	2,4	1,7
- Cancer broncho-pulmonaire primitif	6,1	4,6
- Autres cancers	1,5	0,8
Asbestose	1,8	1,9
Plaques pleurales	61,3	18,1
Epaississements de la plèvre viscérale	22,3	4,1
Autres	1,0	0,4
Total	96,3	31,6

Sources : CRAM, CNAMTS
Unité : pour 100 000 salariés

3 Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer de la plèvre¹ et par mésothéliome pleural ou non précisé²

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000
¹ code CIM9 : 163 ; Codes CIM10 : C450, C459 et C384
² codes CIM10 : C450, C459

Analyse de la mortalité liée à l'exposition à l'amiante

"L'étude des problèmes de santé induits par l'exposition à l'amiante s'appuie habituellement sur celle du mésothéliome pleural. En effet, en raison du caractère mono-factoriel de son étiologie, celui-ci peut être considéré comme un "marqueur" de l'exposition à l'amiante au niveau populationnel (...), malgré son temps de latence très important" (30 à 40 ans après l'exposition). [1]

Depuis 2000, avec la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM10), il est possible d'isoler les décès par mésothéliome pleural (CIM10-C45.0). Mais, il existe aussi un certain nombre de décès codés "mésothéliome sans précision de localisation" (CIM10-C45.9) qui sont, dans la très grande majorité des cas selon l'Inserm CépiDc, des décès par mésothéliome pleural. C'est pourquoi ces décès ont été regroupés pour l'analyse de la mortalité récente.

Mais l'évolution de la mortalité liée à l'amiante sur une longue période ne peut être menée qu'à partir du nombre de décès par cancer de la plèvre. En effet, jusqu'en 1999, l'absence d'un code spécifique "mésothéliome" dans la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM9) utilisée pour le codage des causes de décès, ne permettait pas de distinguer les mésothéliomes des autres tumeurs pleurales, toutes codées "tumeur maligne de la plèvre" (CIM9-163)". A partir de 2000, le nombre total de décès par cancer de la plèvre peut être obtenu en ajoutant aux décès par mésothéliome pleural et aux décès codés "mésothéliome sans précision de localisation", les décès par "cancer de la plèvre à l'exclusion du mésothéliome" (CIM10-C38.4).

4 Décès par cancer de la plèvre

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2002-2004)

	Pays de la Loire	France métrop.
Mésothéliome pleural (C450)	32	499
Mésothéliome sans précision (C459)	17	247
Sous-total	49	746
Autres cancers de la plèvre (C384)	18	345
Total	67	1 091

Source : INSERM CépiDc

5 Décès par mésothéliome pleural ou non précisé¹

Pays de la Loire (moyenne 2002 - 2004)

	Avant 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes	7	30	37
Femmes	2	10	12
Total	9	40	49

Source : INSERM CépiDc
¹ codes CIM10 : C450, C459

Définitions

Maladies professionnelles (MP) : nombre de premières indemnisations pour les maladies désignées dans les tableaux T30 et T30bis de maladies professionnelles et contractées dans les conditions mentionnées à ces tableaux.

Troubles musculo-squelettiques

Contexte national

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres regroupent un ensemble d'affections périarticulaires touchant les tissus mous, comme, par exemple, les tendinites des épaules, des coudes et des poignets, les compressions nerveuses telles que le syndrome du canal carpien, ainsi que des syndromes douloureux non spécifiques. La dénomination TMS peut également recouvrir des atteintes chroniques du rachis, notamment lombaire et cervical. Ces affections sont multifactorielles, résultant de l'interaction de facteurs de susceptibilité individuelle (obésité, diabète, etc.) et de conditions professionnelles : facteurs biomécaniques (force, répétitivité, postures extrêmes, vibrations, etc.), organisationnels (travail sous contrainte de temps, travail à la chaîne, etc.) ou psychosociaux (stress).

Les TMS représentent, en France comme dans la majorité des pays de l'Union européenne, 75 % des maladies professionnelles indemnisées (MPI) ^[1, 2]. En 2005, plus de 30 000 TMS ont été reconnus et indemnisés en France. Parmi ces affections, 90 % sont des TMS des membres (28 000 cas indemnisés en tableau 57 des MPI) dont plus de 40 % avec séquelles, et près de 10 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (2 700 cas) ^[3].

Cependant, ces données, issues du système d'indemnisation des maladies professionnelles, sous-estiment très largement la prévalence de ces affections, et ne permettent pas d'apprécier leurs facteurs de risque, dont la connaissance est indispensable à la mise en place de mesures préventives. Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS mis en place en 2002 par l'Institut de veille sanitaire dans la région Pays de la Loire met en évidence une fréquence élevée des TMS dans la population active. Les salariés vieillissants, comme les salariés plus jeunes, sont en effet exposés, avec des degrés d'intensité divers, à un cumul de contraintes biomécaniques, psychosociales et organisationnelles ^[4].

Ainsi, les TMS représentent actuellement le premier problème de santé au travail en raison de leur fréquence et de leurs conséquences socio-économiques. Le coût humain et socioprofessionnel qu'ils engendrent est considérable, tant en termes de douleurs et gênes dans le travail et la vie quotidienne, de séquelles fonctionnelles parfois irréversibles, que de réduction d'aptitude au travail et de risque de rupture de carrière professionnelle. Les conséquences négatives des TMS ne vont cesser de croître dans les années à venir du fait de l'effet conjugué prévisible du vieillissement de la population active et de l'intensification du travail.

Le coût global des TMS pour la société a été estimé par l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail à environ 1,5 % du PIB européen ^[2]. En France, les TMS reconnus et indemnisés (en MP57) ont entraîné la perte de plus de 5,5 millions de journées de travail et les coûts d'indemnisation s'élèvent à près de 520 millions d'euros pour le seul régime général de la Sécurité sociale en 2005 ^[3]. Pour les entreprises, les TMS et leur augmentation impactent fortement l'organisation du travail et la compétitivité.

La prévention des TMS repose sur une approche globale, destinée à réduire l'exposition au risque et à assurer le maintien et/ou le retour au travail des salariés souffrant de ces pathologies. Elle nécessite une forte mobilisation de l'ensemble

des acteurs de la prévention des risques professionnels (entreprises, partenaires sociaux, pouvoirs publics), et la mise en place d'une politique structurée et coordonnée de prévention des TMS dans les entreprises et dans les services de santé au travail.

Bibliographie page 200

Dans les Pays de la Loire

■ Selon les données issues du système d'indemnisation des maladies professionnelles, les Pays de la Loire sont la deuxième région la plus concernée par les TMS après la Bretagne. En 2005, 3 700 cas de TMS ont été reconnus et indemnisés, dont plus de 3 500 TMS des membres (95 %) (fig. 1). Pour ces derniers, cela correspond à une fréquence de TMS indemnisés de 3,8 cas pour 1 000 salariés contre 1,5 ‰ pour la France entière (fig. 2) ^[5]. Cet écart important peut s'expliquer par l'implantation d'industries de main-d'œuvre source d'exposition (travail de la viande, électronique, vêtements, chaussures), mais également par une meilleure identification des cas dans la région.

■ Selon le réseau régional de surveillance épidémiologique des TMS, de nombreux cas ne sont pas reconnus et indemnisés. En effet, la recherche systématique de maladies à caractère professionnel par les médecins du travail au cours de trois "semaines tests" en 2003-2004 a conduit à déclarer un TMS chez 2,9 % des salariés examinés ^[6].

■ Par ailleurs, l'application dans le cadre du réseau de surveillance régional d'un protocole européen de surveillance des TMS et de leurs facteurs de risque auprès d'un échantillon de 3 710 salariés représentatifs des salariés de la région confirme la grande fréquence des TMS chez les salariés ligériens. En 2002-2004, au moins un des six principaux troubles musculo-squelettiques (fig. 3) a été diagnostiqué par le médecin du travail chez 15 % des femmes et 11 % des hommes ^[7].

■ Les tendinites de l'épaule sont les plus fréquentes (9 % des femmes et 7 % des hommes), devant le syndrome du canal carpien au poignet (respectivement 4 % et 2 %) et les tendinites du coude (3 % et 2 %). Ces résultats vont à l'encontre des statistiques des maladies professionnelles indemnisées, qui mettent en évidence une prédominance du syndrome du canal carpien ^[7].

Chez les salariés âgés de 50 à 59 ans, près de 22 % des hommes et 26 % des femmes souffrent d'au moins un des six TMS ^[7].

■ Les secteurs d'activité les plus concernés sont, d'une part, les secteurs industriels (automobile, industries des biens intermédiaires et des biens de consommation, agro-alimentaire) et, d'autre part, l'agriculture, les transports et l'administration ^[7].

■ Les ouvriers, notamment les ouvriers non qualifiés de l'industrie, les ouvriers agricoles et les manutentionnaires, sont les plus touchés par les TMS pour les deux sexes, devant les employés (fig. 3). Ainsi, 30 % des ouvriers et 34 % des ouvrières âgés de 50 à 59 ans présentent un TMS ^[7].

I Fréquence des principaux TMS des membres indemnisés en maladie professionnelle (MP57)

Pays de la Loire, France (2005)

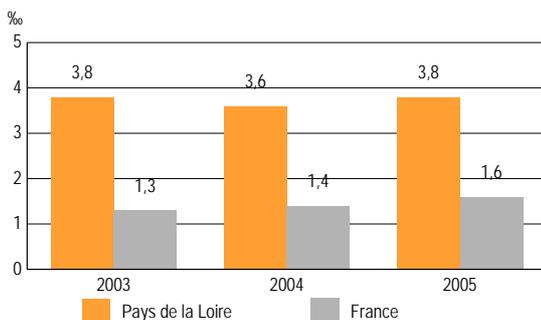
Localisations	Pays de la Loire ¹	France
Tendinites de l'épaule	919	8 228
Compression nerveuse au coude	21	265
Tendinites du coude	573	4 715
Compression nerveuse au poignet (syndrome du canal carpien)	1 274	11 099
Tendinites du poignet et des doigts	334	2 340
Hygroma du genou	87	568
Tendinites du genou	5	49
Tendinites du pied	1	22
Ensemble des TMS des membres	3 546	28 278

Source : CRAM, CNAMTS

¹ calculs par localisation effectués sur la base de 3 351 cas

II Indice de fréquence des TMS des membres indemnisés en maladie professionnelle (MP57)

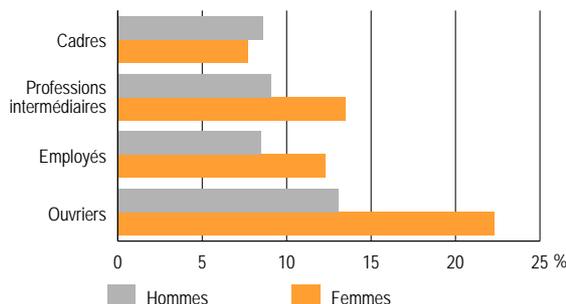
Pays de la Loire, France (2003 - 2005)



Source : Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST) - Angers

III Prévalence des six principaux¹ TMS en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle

Pays de la Loire (2005)



Source : Réseau de surveillance des TMS des Pays de la Loire, LEEST Angers, InVS

¹ : liste des six principaux TMS

Tendinites de l'épaule
Epicondylite latérale
Syndrome du tunnel cubital
Syndrome du canal carpien
Tendinites des extenseurs / fléchisseurs des doigts et du poignet
Ténosynovite de De Quervain

La surveillance des TMS et des MCP dans la région Pays de la Loire

L'implication des acteurs régionaux de la santé au travail dans la surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) date d'une vingtaine d'années. En effet, dès 1986, l'Inspection médicale du travail a initié une expérimentation concernant le recueil d'informations issues du système de déclaration des MCP dans deux régions françaises : les Pays de la Loire et la région PACA. Ce dispositif, basé sur une modification des circuits de signalement des MCP, a donné des résultats très positifs (nombre de déclarations multiplié par dix et amélioration de la qualité des informations recueillies), et a été étendu à huit régions françaises en 1993. Ainsi, des signalements plus exhaustifs des MCP associés aux déclarations de maladies professionnelles indemnisées peuvent constituer des indicateurs pertinents de la morbidité professionnelle et permettre une surveillance épidémiologique [8].

Face à l'émergence des TMS, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a proposé à la Direction des relations du travail, la mise en place d'un programme national de surveillance épidémiologique des TMS. Les Pays de la Loire ont été choisis pour la mise en œuvre du programme pilote, du fait de l'expérience déjà acquise par les médecins du travail, l'inspection médicale du travail et le CHU d'Angers dans le domaine de l'épidémiologie des MCP et des TMS [9].

Ce réseau pilote, mis en place en 2002 pour une période de trois ans, implique différents acteurs nationaux et régionaux (l'InVS, le Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail de la faculté de médecine d'Angers, l'inspection du travail des Pays de la Loire et l'unité Inserm U88). Il s'organise autour de trois volets :

- la surveillance des TMS et de l'exposition aux facteurs de risque dans les entreprises de la région,
- la surveillance d'une pathologie traceuse (le syndrome du canal carpien),
- et l'enregistrement des données médico-administratives relatives aux TMS et plus généralement aux MCP ("semaines MCP").

Cette surveillance repose sur la base d'un réseau de médecins du travail volontaires [6].

Définitions

Indice de fréquence : rapport entre le nombre de TMS déclarés en MPI sur le nombre de salariés (exprimé en %).

Maladies à caractère professionnel (MCP) : les MCP concernent toutes les maladies dont l'origine professionnelle est vraisemblable mais qui n'entrent pas dans le cadre juridique strictement défini des tableaux de réparation. Elles ne sont pas indemnisées mais doivent servir à la veille et déboucher, le cas échéant, sur la modification ou la création de tableaux de maladies professionnelles.

Maladies professionnelles indemnisées (MPI) : voir fiche "Accidents du travail et maladies professionnelles".

Troubles musculo-squelettiques (TMS) : les TMS des membres font l'objet d'une déclaration de MPI se référant au tableau 57 des maladies professionnelles (régime général) : affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.

Le tableau 57 comporte les affections de l'épaule, du coude, du poignet, de la main et des doigts, mais aussi du genou, de la cheville et du pied.

Les lombalgies sont prises en compte dans les tableaux 97 et 98.

Accidents

Contexte national

Les accidents regroupent un ensemble de situations variées, tant par leur lieu et leurs circonstances de survenue que par leurs conséquences sur la santé. Les accidents de la circulation surviennent sur la voie publique et impliquent un véhicule (voir fiche "Accidents de la circulation"). Les accidents du travail sont ceux qui surviennent sur le lieu de travail, mais aussi lors du trajet entre le domicile et lieu de travail (voir fiche "Accidents du travail et maladies professionnelles"). Les accidents de la vie courante sont principalement représentés par les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu. Ils surviennent au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sport ou de loisirs ou à tout autre moment de la vie privée, en dehors des situations définissant les accidents de la circulation et les accidents du travail [1].

Les accidents du travail, de la circulation ou de la vie courante ne constituent pas des problématiques indépendantes les unes des autres, tant sur le plan de leurs facteurs de risque et donc de leur prévention, que sur le plan de leur prise en charge. En effet, les comportements à risque d'un individu ne diffèrent sans doute pas fondamentalement dans son activité professionnelle, pendant ses déplacements, ou dans sa vie quotidienne. Les accidents de trajet constituent en outre une part importante des accidents du travail.

Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 10 % des 12-75 ans déclarent avoir été victimes d'un accident ayant motivé une consultation chez un médecin ou une hospitalisation dans l'année (12 % des hommes et 8 % des femmes). 2,6 % déclarent un accident de sport ou de loisirs, 2,1 % un accident domestique et 1 % un accident de voiture. Parmi les actifs, 2,3 % déclarent avoir eu un accident sur leur lieu de travail. Enfin, si l'on considère les seuls conducteurs de moto, scooter ou mobylette, 3,5 % d'entre eux déclarent avoir eu dans l'année un accident lié à cet usage [2].

Les accidents de la vie courante recouvrent des situations très différentes selon le sexe. Selon l'enquête Santé, soins et protection sociale (ESPS), 11,3 millions de personnes en auraient été victimes en 2002. La classe d'âge la plus touchée chez les hommes est celle des 10-19 ans. Cette surmortalité est principalement liée au mode de vie (pratique sportive plus intense...) et aux prises de risque plus fréquentes des garçons de ce groupe d'âge. Chez les femmes, la fréquence des accidents est surtout élevée au-delà de 80 ans [3]. Leur survenue est associée à des facteurs liés à la personne et à son état de santé (troubles sensoriels, ostéoporose, troubles de la vigilance et de l'équilibre liés aux médicaments...) mais aussi à l'environnement [4].

Les conséquences des accidents vont des lésions bénignes ne nécessitant aucun recours aux soins, aux traumatismes lourds exigeant une hospitalisation ou provoquant un décès.

Selon l'enquête ESPS de 2002, près de deux victimes d'un accident de la vie courante sur cinq, soit environ 4,5 millions de personnes, ont eu recours aux services d'urgences hospitalières et/ou à une hospitalisation [3].

D'autres études ont également montré que 59 % des passages aux urgences hospitalières et 10 % des recours urgents en médecine générale sont d'origine traumatique [5, 6].

Concernant l'hospitalisation, environ un million de séjours hospitaliers dans les unités de soins de court séjour ont pour diagnostic principal en 2004 une lésion traumatique ou un empoisonnement, soit 6 % des séjours. Cette proportion atteint 13 % chez les 5-24 ans et 10 % chez les plus de

85 ans. Les fractures en constituent le diagnostic principal le plus fréquent (41 %) devant les intoxications (13 %), les luxations et entorses (12 %), les traumatismes crâniens (10 %) et les plaies (8 %) [7].

Ces traumatismes sont susceptibles de laisser des séquelles fonctionnelles. Selon l'enquête nationale Handicaps-incapacités-dépendances (HID) menée en 1999, 7 % de la population vivant en domicile ordinaire déclare souffrir de déficiences d'origine accidentelle [8].

Enfin en 2002, les accidents de la vie courante ont été à l'origine de 20 000 décès en France [9]. Les accidents de la circulation ont causé 7 300 décès à trente jours en 2005 [10]. Par ailleurs, les accidents du travail ont causé plus de 1 300 décès en 2004 (dont 39 % sont des accidents de trajet) [11, 12].

Entre 1989 et 2002, le taux de mortalité par accident de la vie courante a diminué de 17 %, avec un recul particulièrement marqué chez les moins de 25 ans [13]. Des variations dans les modalités de codage des décès peuvent expliquer pour partie cette évolution, de même que les mesures préconisées dans le cadre de la prévention de la mort subite du nourrisson, qui ont pu, de façon indirecte, contribuer à réduire le nombre de décès par suffocation [1]. Mais il est vraisemblable que les campagnes de prévention et l'évolution de la réglementation ont également joué un rôle, même si les expériences étrangères montrent que des progrès peuvent encore être réalisés dans ce domaine.

Bibliographie page 200

Dans les Pays de la Loire

■ Selon les résultats du Baromètre santé jeunes 2005, 13 % des 12-25 ans de la région ont déclaré avoir été victimes d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital dans l'année, soit une proportion moins élevée qu'au plan national (15 %). Les accidents de sport ou de loisirs sont les plus fréquents, avec 5 % des 12-25 ans concernés (7 % en France).

Les garçons sont plus souvent concernés que les filles par les accidents en général (17 % vs 9 %), comme par les accidents de sport ou de loisirs (7 % vs 4 %) (fig. 1) [14].

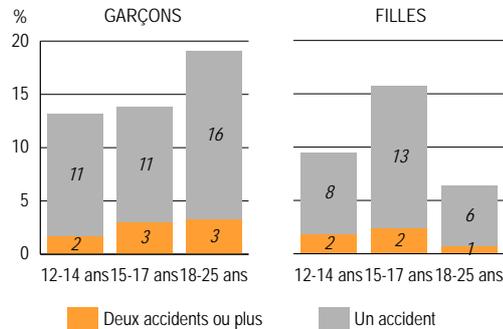
■ Les hospitalisations ayant pour diagnostic principal des lésions traumatiques et empoisonnements sont surtout fréquentes chez les personnes de plus de 85 ans, quel que soit le sexe. Avant 65 ans, les hommes sont plus fréquemment hospitalisés que les femmes pour ce diagnostic. L'inverse est constaté après 65 ans (fig. 5). Les traumatismes (86 % des séjours), et notamment les fractures (42 %) sont le plus souvent en cause (fig. 4) [15].

■ Au cours de la période 2001-2003, plus de 1 600 personnes sont décédées dans la région de causes accidentelles. Les chutes représentent 34 % des décès par accidents, les accidents de transport 26 % et les suffocations 11 %. 79 % des décès par chute concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus (fig. 2) [13].

■ La mortalité par chute accidentelle a fortement baissé dans la région depuis le début des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990 : - 38 % chez les hommes et - 53 % chez les femmes. Depuis 1996, la mortalité par chute reste stable (fig. 3) [13].

1 Jeunes déclarant avoir eu un accident ¹ au cours des 12 derniers mois

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES

¹ accident ayant entraîné une consultation médicale chez un médecin ou à l'hôpital

2 Décès par accident

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

Causes médicales de décès ²	Tous âges		75 ans et plus	
	Décès annuel	en %	Décès annuel	Proportion ¹
Chutes	555	33,7 %	438	78,9%
Suffocations	188	11,4 %	140	74,5%
Noyades	84	5,1 %	12	14,3%
Intoxications	46	2,8 %	27	58,7%
Accidents par le feu	23	1,4 %	4	17,4%
Autres, précisés	38	2,3 %	8	21,1%
Autres, non précisés	216	13,1 %	105	48,6%
Total accidents de la vie courante	1 150	69,9 %	734	63,8%
Accidents de transport	430	26,1 %	53	12,3%
Autres accidents	65	4,0 %	46	70,8%
Total accidents	1 645	100,0 %	833	50,6%

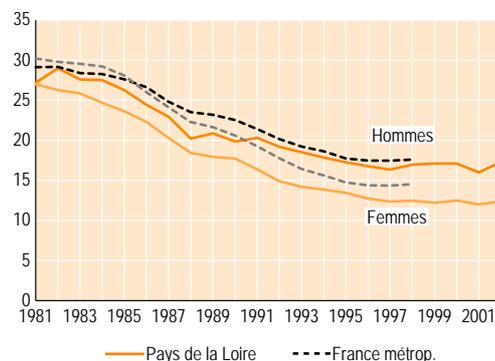
Source : INSERM CépiDc

¹ part des personnes âgées de 75 ans et plus parmi l'ensemble des décès

² voir définitions

3 Evolution du taux comparatif de mortalité par chute accidentelle ¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

¹ voir définitions

4 Séjours hospitaliers pour lésions traumatiques et empoisonnements ¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
S00-T14, T90-T94	Traumatismes, séquelles de traumatismes	42 645	86,0 %
	<i>dont : fractures</i>	20 756	41,9 %
	<i>luxations, entorses, lésions musculo-tend. ²</i>	6 570	13,2 %
	<i>traumatisme crânien</i>	4 560	9,2 %
	<i>trauma. intra-thoracique ou intra-abdominal</i>	639	1,3 %
	<i>traumatisme des nerfs</i>	830	1,7 %
	<i>plaies</i>	4 510	9,1 %
	<i>séquelles traumatiques</i>	1 253	2,5 %
	<i>autres</i>	3 527	7,1 %
T36-T65	Intoxications	4 642	9,4 %
	<i>dont : par produit pharma.</i>	4 105	8,3 %
	<i>par produit non pharma.</i>	537	1,1 %
T20-T32	Brûlures, corrosions	642	1,3 %
	Autres	1 656	3,3 %
S00-T79, T90-T98	Total lésions traumatiques et empoisonnements ¹	49 585	100,0 %

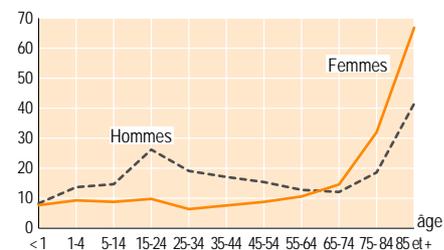
Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (hors complications d'actes chirurgicaux ou médicaux)

² luxations, entorses et lésions musculo-tendineuses récentes d'origine traumatique

5 Taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements ¹ selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2004)



Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

Unité : pour 1 000

¹ séjours pour lesquels une lésion traumatique ou un empoisonnement a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (hors complications d'actes chirurgicaux ou médicaux)

Définitions

Hospitalisations pour lésions traumatiques et empoisonnements : codes CIM10 : S00-T98, sauf T80-T88 (complications d'actes chirurgicaux ou médicaux).

Mortalité par accident : les codes CIM utilisés et les limites de la méthode sont précisés dans la fiche "Accidents" téléchargeable sur le site internet www.santepaysdelaloire.com.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Accidents de la circulation

Contexte national

Les accidents de la circulation sont une cause majeure de mortalité évitable en France et ils représentent la première cause de mortalité chez les 15-24 ans ^[1]. En 2005, ils ont provoqué 7 300 décès à trente jours et 108 000 blessés dont 39 800 hospitalisés ^[2]. D'après les données issues du Registre des victimes d'accidents de la circulation du département du Rhône, 30 % des victimes conserveront des déficiences mineures ou modérées et 0,7 % un handicap sévère ^[3].

Depuis trente ans, le nombre d'accidents et de tués sur la route a régulièrement diminué en France, comme dans la plupart des pays de l'Union européenne. Cette baisse s'explique principalement par l'adoption progressive de différentes réglementations (ceinture de sécurité, lutte contre l'alcoolémie, limitations et contrôles de vitesse) et par une meilleure prise de conscience du risque routier.

Le début des années 2000 a toutefois constitué un tournant dans cette évolution. Alors qu'il stagnait depuis 1996, le nombre d'accidents corporels en France a diminué de 23 % entre 2001 et 2003, ce recul marqué s'accompagnant d'une baisse de 26 % du nombre de tués et de 27 % du nombre de blessés graves. Cette évolution s'est poursuivie au cours des années récentes, avec notamment un nouveau recul de 23 % du nombre de tués entre 2003 et 2006 ^[2, 4].

Les victimes d'accidents sont plus souvent les hommes et les jeunes. Ainsi, les conducteurs âgés de 18 à 24 ans représentent 23 % des tués à trente jours sur les routes en 2005, ces accidents mortels survenant plus fréquemment la nuit et le week-end. Les accidents hors agglomération sont plus graves, à l'origine de 69 % des tués à trente jours sur la route. Les usagers des véhicules légers (voitures de tourisme) sont les principales victimes des accidents de la circulation (58 % des tués à 30 jours), devant les conducteurs de deux roues (motocyclistes, cyclomotoristes, cyclistes, 27 %), et les piétons (12 %). Cependant, en agglomération, la proportion de victimes piétons et conducteurs de deux roues est plus importante qu'en campagne ^[2].

Les accidents de la circulation ont des causes multiples, relevant à la fois des comportements des individus, des infrastructures, des conditions de circulation et des équipements du véhicule. Les liens entre la vitesse excessive et le risque d'accident sont bien établis. L'inexpérience, la perte d'aptitude physique et psychique constituent également des facteurs de risque bien identifiés. 1,2 % à 3,5 % des conducteurs, surtout des hommes, conduisent avec une alcoolémie au-dessus de la limite légale (0,5 g/l). Le risque d'accident mortel est alors multiplié par 20 ^[5]. En 2005, la proportion d'accidents mortels dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum légal est de 29 % ^[2]. Par ailleurs, selon une étude récente, la conduite d'un véhicule sous influence du cannabis est à l'origine d'environ 200 décès par an en France ^[6].

Les actions de prévention concernent donc aussi bien l'amélioration des infrastructures, la sécurité des véhicules que l'information des usagers de la route. En 2002, le

gouvernement a lancé un plan pluriannuel d'action contre la violence routière et en 2003, il a pris des mesures législatives afin d'améliorer l'efficacité du système contrôle-sanction ^[7].

Bibliographie page 201

Selon les statistiques Eurostat, la France occupait au début des années 2000, c'est-à-dire avant la baisse importante observée depuis cette date, une position moyenne dans l'Union européenne. Le taux de mortalité par accident de la circulation y était deux fois moins élevé qu'en Lettonie, en Lituanie et au Portugal, pays présentant les situations les plus défavorables, mais deux fois plus important qu'à Malte, aux Pays-Bas et en Suède, pays occupant les situations les plus favorables ^[8].

Dans les Pays de la Loire

■ Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 2,3 % des habitants de 15-75 ans des Pays de la Loire déclarent avoir été victimes d'un accident de la circulation suffisamment grave pour entraîner une consultation chez un médecin ou dans un hôpital au cours des douze derniers mois. Cette fréquence est plus élevée qu'en France (1,6 %) ^[9].

La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-25 ans (4,5 %) ^[10].

■ Les accidents de la route qui se sont produits dans les Pays de la Loire en 2005 ont été à l'origine de 314 décès à trente jours et 2 048 blessés hospitalisés ^[11].

■ Le nombre de décès à trente jours a connu plusieurs périodes de baisse depuis le milieu des années 1980. Il est ainsi passé de 690 en 1988 à 540 en 1993, s'est ensuite stabilisé puis a connu à nouveau un recul très marqué, passant de 550 en 2000 à 360 en 2004 (fig. 4) ^[12].

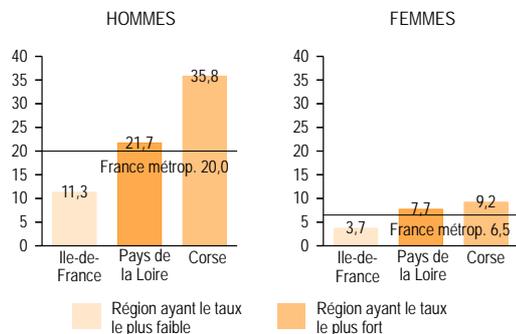
■ Comme en France, c'est l'automobile qui fait le plus de victimes, principalement des jeunes adultes (fig. 2) ^[12].

■ A structure par âge comparable, en 2000-2002, la mortalité par accident de transport des habitants de la région est supérieure à la moyenne française de 9 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes (fig. 1). Néanmoins, pour les hommes, l'écart avec le niveau national s'est progressivement réduit depuis le début des années 1980 (fig. 3) ^[13].

La Vendée présente une situation particulièrement défavorable, avec une surmortalité qui atteint 38 % pour les hommes et 54 % pour les femmes en 2000-2002 ^[13].

■ Cette situation défavorable de la région peut s'expliquer pour partie par la plus grande fréquence de l'usage excessif de l'alcool dans les Pays de la Loire. Ainsi, sur la période 2001-2005, la proportion d'accidents mortels dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum légal (0,5 g/l) atteint 36 % dans les Pays de la Loire (28 % en France) ^[12].

1 Taux comparatifs de mortalité par accident de transport (moyenne 2000-2002)

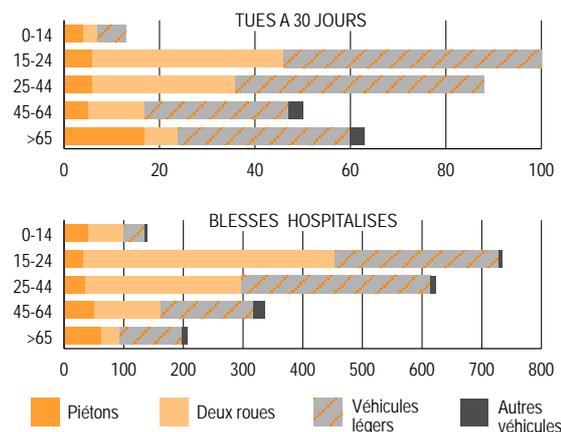


Source : INSERM CépiDc

Rang au niveau national

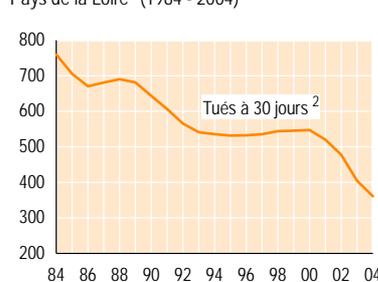
La région des Pays de la Loire se caractérise par une mortalité par accident de transport supérieure à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes. La région se situe à un rang moyen par rapport aux autres régions de France métropolitaine (12^e rang pour les hommes et 13^e rang pour les femmes).

2 Victimes d'accidents de la circulation selon l'âge Pays de la Loire¹ (2005)



Source : Observatoire régional de la sécurité routière
Véhicules légers = voitures de tourisme
¹ il s'agit d'accidents survenus dans les Pays de la Loire

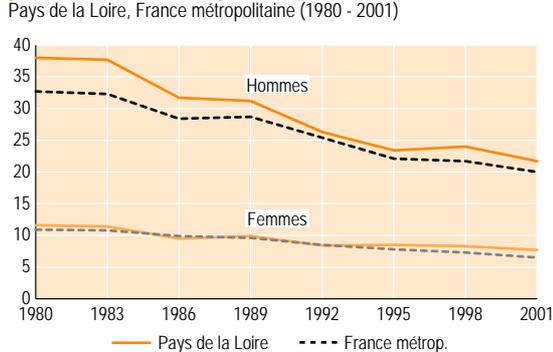
4 Evolution du nombre de tués suite à un accident de la circulation Pays de la Loire¹ (1984 - 2004)



Sources : SETRA (ministère de l'équipement), Observatoire régional de la sécurité routière (à partir de 1997)
Données lissées sur 3 ans

¹ il s'agit d'accidents survenus dans les Pays de la Loire.
² en raison du changement de définition en 2005 (voir ci-dessous), les données antérieures à cette date ont été redressées pour assurer la continuité de la série.

3 Evolution du taux comparatif de mortalité par accident de transport Pays de la Loire, France métropolitaine (1980 - 2001)



Source : INSERM CépiDc
Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Définitions

Blessés : depuis le 1^{er} janvier 2005, le blessé hospitalisé plus de 24 heures a remplacé le blessé grave hospitalisé plus de six jours.

Taux comparatif de mortalité : voir définitions page 19.

Tués : depuis le 1^{er} janvier 2005, la personne tuée sur le coup ou dans les trente jours suivant l'accident a remplacé la personne tuée sur le coup ou dans les six jours qui suivent l'accident.

Remarque : les chiffres fournis par le Service d'études techniques des routes et autoroutes (Setra, ministère de l'équipement) ou l'Observatoire régional de la sécurité routière concernent les accidents ayant eu lieu sur les routes de la région, quel que soit le domicile de la personne accidentée (décès enregistrés). Les données de l'Inserm concernent les accidents impliquant des personnes domiciliées dans les Pays de la Loire, quel que soit le lieu de l'accident (décès domiciliés).

Suicide et tentatives de suicide

Contexte national

La crise suicidaire peut être représentée comme "la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité" [1].

Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 5 % des 15-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, 3 % chez les hommes et 7 % chez les femmes. Les récidives sont fréquentes puisqu'elles concernent le tiers de ces suicidants. Ces tentatives de suicide déclarées recouvrent des gestes de nature et de gravité très différentes. Certaines peuvent être passées inaperçues de l'entourage, alors que d'autres ont fait l'objet d'une prise en charge médicale : 61 % des suicidants déclarent être allés à l'hôpital après leur tentative de suicide, 55 % avoir été suivis par un médecin ou un professionnel de santé [2].

Selon une étude de la Drees, près de 200 000 tentatives de suicide donneraient lieu chaque année à un contact avec le système de soins, par l'intermédiaire d'un médecin de ville, ou par une venue directe à l'hôpital, la plupart du temps au service des urgences [3].

Le suicide est responsable chaque année d'environ 10 600 décès en France métropolitaine sur la période 2001-2003 [4]. Selon l'Inserm, ce nombre serait sous-estimé d'environ 20 % [5].

La France présente une position défavorable au sein de l'Union européenne, avec une surmortalité masculine par suicide de 35 % par rapport à la moyenne européenne et une surmortalité féminine de 60 % [6]. A l'intérieur du territoire national, il existe de fortes disparités géographiques, avec une accentuation de la prévalence du suicide dans le nord-ouest de l'hexagone [7]. La région Bretagne connaît une surmortalité qui dépasse 50 % chez les hommes comme chez les femmes.

La grande majorité des décès par suicide concerne des hommes (74 % en 2003), les taux de mortalité masculins étant nettement supérieurs aux taux féminins quel que soit l'âge [4].

La fréquence du suicide augmente avec l'âge. Cette situation est particulièrement marquée chez les hommes pour lesquels les taux sont trois fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez les 35-65 ans [4].

Mais le suicide est une cause de mortalité prématurée fréquente. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes [4].

Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par suicide a diminué chez les hommes (- 27 % entre 1985 et 2002) comme chez les femmes (- 32 %). Cette baisse concerne les personnes de plus de 70 ans (- 35 %) et les personnes de 50-69 ans (- 36 %). La mortalité par suicide reste stable pour les autres tranches d'âge [4].

Différents facteurs de risque de suicide sont bien identifiés. La famille et plus généralement le support social protecteur du suicide : les suicides sont plus fréquents chez

les hommes divorcés, vivant seuls ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque.

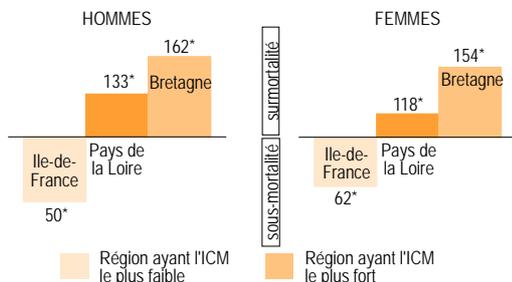
Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les régions rurales. Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont plus à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). Il est, par ailleurs, établi que l'abus d'alcool est un puissant facteur de risque tant par son action directement dépressogène, que par l'impulsivité qu'il induit. Enfin, le risque de décès par suicide est fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide [1].

Bibliographie page 201

Dans les Pays de la Loire

- Le suicide a été à l'origine de 760 décès en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003. La mortalité par suicide dans la région est significativement supérieure à la moyenne nationale, 33 % chez les hommes et 18 % chez les femmes. Les Pays de la Loire sont parmi les régions les plus mal placées dans ce domaine sachant que la France présente des taux de mortalité relativement élevés en Europe (fig. 1) [4].
 - Les décès masculins par suicide concernent principalement des hommes (76 % des décès) [4].
 - La fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. Le taux de mortalité masculine par suicide est ainsi multiplié par six entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 75 ans et plus (fig. 5) [4].
 - Le suicide touche également des sujets jeunes. C'est la deuxième cause de mortalité prématurée (décès avant 65 ans) chez les hommes comme chez les femmes. Entre 25 et 34 ans, près d'un décès masculin sur trois et un décès féminin sur cinq est un suicide (fig. 4) [4].
 - Comme en France métropolitaine, à structure par âge comparable, la mortalité par suicide a diminué entre le milieu des années 1980 et le début des années 2000 dans la région (- 24 % entre 1985 et 2000) (fig. 2). Cette baisse concerne surtout les personnes de plus de 50 ans (fig. 3) [4].
- Plus récemment, on observe une légère reprise à la hausse de la mortalité par suicide chez les hommes de la région (+ 4,3 % entre 2000 et 2002) (fig. 2), qui concerne surtout les personnes de moins de 50 ans (fig. 3). Cette augmentation ne s'observe pas au plan national.
- Selon l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, 8 % des filles de 15-25 ans et 3 % des garçons de la région déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 4 % au plan national (fig. 6) [8].

1 Indices comparatifs de mortalité par suicide (moyenne 2001-2003)



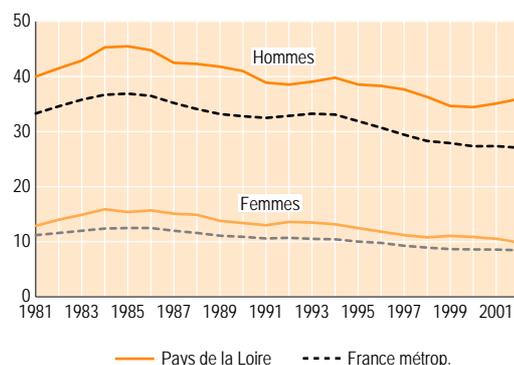
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
*différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire font partie des régions ayant le plus fort indice comparatif de mortalité par suicide, chez les hommes comme chez les femmes (respectivement 5^e et 7^e rang).

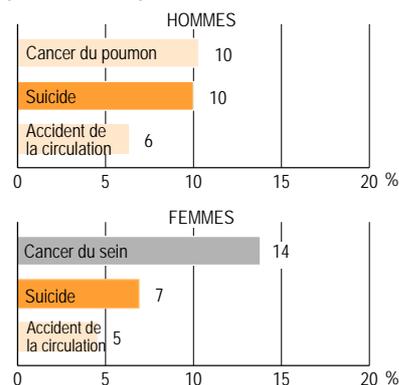
2 Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



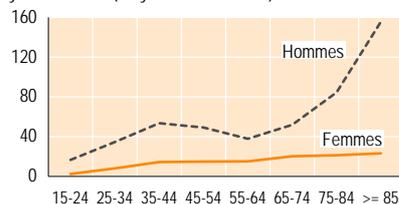
Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

4 Principales causes de décès prématurés Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)



Source : INSERM CépiDc

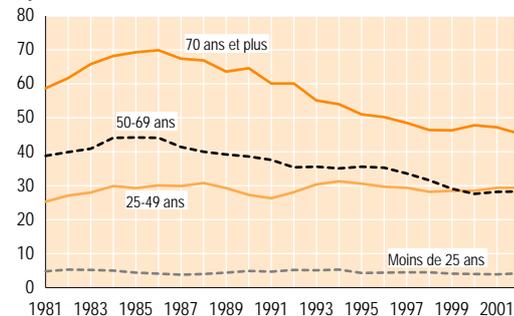
5 Taux de mortalité par suicide selon l'âge Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Unité : pour 100 000

3 Evolution du taux de mortalité par suicide selon l'âge

Pays de la Loire (1981 - 2002)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans
Unité : pour 100 000 personnes de la tranche d'âge considérée

6 Conduites suicidaires chez les 15-25 ans Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)

	Pays de la Loire	France métrop.
Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant :		
- avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	8 %	7 %
- avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie	6 % *	4 %

Source : Baromètre santé jeunes 2005. ORS, INPES
* écart entre la France métropolitaine et la région statistiquement significatif au seuil de 5 %

Définitions

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Suicide : codes CIM9 : E950-E959 ; codes CIM10 : X60-X84 (lésions auto-infligées), Y87 (séquelles d'une lésion auto-infligée, d'une agression ou d'un événement, d'intention non déterminée).

Taux et indice comparatifs de mortalité : voir définitions page 19.

Pauvreté, précarité

Contexte national

Les indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer l'importance des situations de pauvreté (notamment au niveau européen) sont de type monétaire. Sur la base de ce critère, on peut estimer l'importance des situations de pauvreté à partir du nombre de personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 50 % du niveau de vie médian. L'Insee a ainsi dénombré 3,6 millions de personnes en situation de pauvreté en 2004 (France métropolitaine), le taux de pauvreté ayant baissé entre 1996 (7,2 %) et 2004 (6,2 %). Cette approche de la pauvreté est cependant très sensible au seuil choisi. Lorsque ce dernier est fixé à 60 % du niveau de vie médian, le nombre de personnes en situation de pauvreté double^[1]. Selon cet indicateur, la France se situe à un niveau moyen en Europe. Les pays scandinaves ont les taux de pauvreté les plus bas, la Pologne et la Lituanie les plus élevés^[2].

Mais cette approche est insuffisante pour rendre compte des multiples difficultés que ressentent les personnes dans la vie quotidienne, et du caractère multidimensionnel de la pauvreté^[3, 4]. La pauvreté évaluée en termes de conditions de vie recense les ménages privés de biens d'usage ordinaire et de consommation de base (7,6 % de la population en 2001)^[3, 4].

Enfin, il existe une approche subjective de la pauvreté, qui concerne les personnes ayant le sentiment de ne pas disposer du revenu nécessaire pour faire face aux exigences de la vie courante. Selon cette approche, 14,1 % des personnes cumulent plus de trois "gênes", et se considèrent ainsi comme pauvres^[3, 4].

Cependant, les situations de pauvreté décrites ci-dessus ne se recoupent pas forcément. Les ménages cumulant les trois critères de pauvreté (pauvreté monétaire, score de conditions de vie et pauvreté subjective) sont principalement constitués de personnes ayant un faible niveau de diplômes, particulièrement touchées par le chômage. Les familles monoparentales, les personnes seules, ainsi que les ménages touchés par des problèmes de santé sont les plus exposés^[3].

Selon Serge Paugam, c'est l'assistance qu'une personne reçoit publiquement de la collectivité qui détermine son statut de pauvre, critère de son appartenance sociale à une strate spécifique de la population, à un moment donné de son existence^[5]. Fin 2005, plus de 6 millions de personnes étaient couvertes par les minima sociaux, pour un nombre d'allocataires de 3,5 millions. Les allocations qui ont le poids le plus important sont le Revenu minimum d'insertion (1,3 million d'allocataires), l'Allocation aux adultes handicapés (801 000), et l'allocation supplémentaire vieillesse (610 000)^[6].

La précarité touche une partie de la population qui va bien au-delà des populations pauvres. Ce concept recouvre des situations sociales très diverses, conséquences de processus de précarisation d'origine variée, dont il est difficile de mesurer l'ampleur effective. Ces processus, caractérisés par l'instabilité des situations, correspondent à un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale^[7].

Il existe des liens étroits entre précarité et absence d'emploi, en particulier pour les personnes qui vivent seules^[8]. Au quatrième trimestre 2006, le nombre de chômeurs s'élève à 2,1 millions de personnes, soit 8,6 % de la population active^[9]. Par ailleurs, la précarité sociale recouvre aussi la population couverte par la Couverture maladie universelle complémentaire (4,7 millions de personnes étaient couvertes fin 2005, soit 8 % de la population française)^[10].

Les situations extrêmes de précarité sociale que connaissent les personnes sans abri ou sans domicile stable sont plus difficiles à évaluer. Une étude effectuée par l'Insee, en janvier 2001, a dénombré 86 500 personnes ayant eu accès à un service d'hébergement ou à une distribution de repas chauds pendant la semaine d'observation. 22 % de ces personnes avaient dormi dans des lieux non prévus pour l'habitation, et, au moment de l'enquête, trois sur dix occupaient un emploi^[11, 12].

De nombreux travaux ont mis en évidence les liens étroits entre les situations de précarité et la santé^[13]. L'ampleur des écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles en France (voir fiche "Disparités de santé") donne la mesure des inégalités sociales de santé^[14]. Ces écarts sont particulièrement marqués pour les personnes vivant dans la rue dont l'espérance de vie est d'environ 45 ans^[15]. Avec la mise en place de la CMU, l'accès aux soins des personnes à faible revenu a pourtant été facilité, et un rattrapage est effectivement observé^[16]. Mais l'amélioration de la couverture sociale ne suffit pas à réduire les inégalités de santé, à cause notamment des inégalités devant les soins^[17]. Mais, plus largement, l'estime de soi et la confiance en sa propre valeur, la place occupée dans la hiérarchie sociale et le degré de maîtrise ou d'impuissance face à son devenir sont autant de facteurs qui ont une influence significative sur la santé, indépendamment des facteurs de risque habituels^[18].

Bibliographie page 201

Dans les Pays de la Loire

- Dans la région, 164 000 personnes relèvent de la Couverture maladie universelle complémentaire, soit 4,9 % de la population. Les Pays de la Loire font partie des régions qui ont la plus faible proportion de personnes couvertes par la CMU complémentaire, au troisième rang des régions françaises (fig. 3)^[19].
- Le nombre de personnes allocataires du RMI est d'environ 44 000 au 31 décembre 2005. Le taux d'allocataires est plus faible dans la région qu'au plan national (fig. 1 et 2)^[20].
- Le taux de chômage reste inférieur dans la région à la moyenne française, respectivement 7,3 % et 8,6 % en décembre 2006. Depuis la fin de l'année 2003, les effectifs de demandeurs d'emploi ont diminué de 13 % (fig. 4)^[9].
- Fin 2004, près de 2 200 places sont disponibles dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les centres d'accueil pour demandeurs d'asile dans la région^[21].

1 Allocataires du RMI

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
NOMBRE DE FAMILLES ALLOCATAIRES							
CAF	1 111 314	42 658	18 019	9 817	2 303	7 891	4 628
MSA	23 211	1 185	289	516	75	121	184
Total	1 134 525	43 843	18 308	10 333	2 378	8 012	4 812
% de pers. de 20-64 ans	3,2 %	2,2 %	2,6 %	2,4 %	1,4 %	2,6 %	1,4 %
NOMBRE DE PERSONNES COUVERTES							
Total	2 183 109	84 562	33 911	20 934	4 858	15 862	8 996

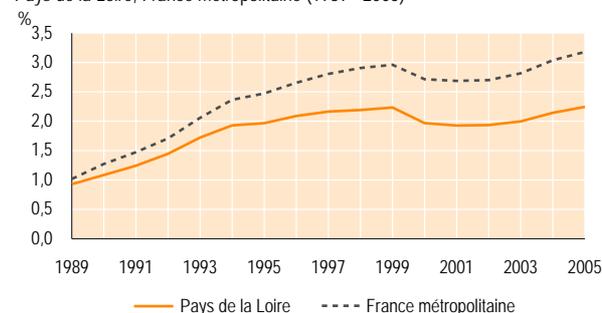
Sources : CAF, MSA, INSEE

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire font partie des régions qui ont la plus faible proportion de personnes couvertes par la CMU complémentaire, au 3^e rang des régions françaises.

2 Evolution du nombre d'allocataires du RMI parmi la population des 20-64 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1989 - 2005)



Sources : CNAF, MSA, INSEE

5 Allocataires de minima sociaux

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire
Alloc. adultes handicapés, AAH	760 100	36 530
Allocation parent isolé, API	175 600	7 677
Revenu minimum d'insertion, RMI	1 083 900	43 843
AS invalidité	111 500	5 553
Allocation veuvage	11 200	245
Allocation d'insertion	47 400	1 300
Alloc. solidarité spécifique	346 000	15 870
SOUS-TOTAL	2 535 700	111 018
% pop. de 20-64 ans	7,7 %	5,7 %
Alloc. supplémentaire vieillesse	547 500	25 384
% pop. 60 ans et +	4,3 %	3,5 %
Total	3 083 200	136 402
% pop. totale	5,1 %	4,0 %

Sources : DREES, INSEE

3 Personnes couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb de personnes couvertes	4 112 524	164 223	63 161	38 921	11 211	31 706	19 224
% de personnes couvertes	6,8 %	4,9 %	5,3 %	5,2 %	3,8 %	5,9 %	3,3 %

Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA, INSEE

¹ CMU complémentaire : régimes obligatoires et organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance)

4 Nombre de demandeurs d'emploi de catégorie 1 en fin de mois¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (Situation décembre 2006)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de demandeurs d'emploi	2 092 000	99 165	39 489	22 563	6 289	16 567	14 410
Evolution 2006/2003 en %	-14,5 %	-12,8 %	-16,7 %	-11,2 %	-12,8 %	-5,9 %	-10,7 %
Taux de chômage ²	8,6 %	7,3 %	7,8 %	7,6 %	5,4 %	7,6 %	6,4 %

Sources : DRTEFP et INSEE

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

² juin 2003

Définitions

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

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

Pauvreté monétaire : nombre de personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à un certain seuil (par exemple 50 % ou 60 %) du niveau de vie médian.

Pauvreté par les conditions de vie : ménages privés de biens d'usage ordinaire et de consommation de base ; contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation, difficultés de logement.

Pauvreté subjective : personnes ayant le sentiment de ne pas disposer du revenu nécessaire pour faire face aux exigences de la vie courante.

PRAPS : les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), ont été institués il y a près de dix ans afin de coordonner dans les régions les actions de prévention, d'éducation à la santé, de soins et de réinsertion, en direction des personnes en situation de précarité. Les Praps s'inscrivent maintenant au sein des Plans régionaux de santé publique (PRSP), arrêtés dans chaque région par les préfets. Les Praps ont notamment permis la création dans les établissements de santé de Permanences d'accès aux soins et à la santé (Pass) afin de faciliter l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de précarité.

RMI : des différences sont observées dans le dénombrement du nombre d'allocataires France métropolitaine entre les figures 1 et 5, les données publiées par la Drees ayant fait l'objet d'un redressement.

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

Pollution atmosphérique* et santé

Contexte national

Les liens entre pollution atmosphérique et santé sont complexes mais de mieux en mieux identifiés^[1-4]. Les effets à court terme (augmentation des hospitalisations et des visites médicales en urgence pour causes respiratoires et cardiovasculaires, mortalité anticipée) sont surtout liés à la pollution de fond, avec une relation dose-effet linéaire et sans seuil, et non aux pics de pollution. Des effets à long terme ont aussi été mis en évidence (diminution de la fonction respiratoire, de l'espérance de vie, cancer pulmonaire...), même pour des niveaux modestes de pollution. Les enfants, les personnes âgées ou atteintes de maladies respiratoires ou cardiovasculaires sont les plus sensibles. Les risques relatifs liés à la pollution atmosphérique sont relativement faibles au niveau individuel, mais en raison du caractère ubiquitaire de l'exposition à l'air ambiant et de la prévalence élevée des affections cardio-vasculaires et respiratoires, ils se traduisent par des risques attribuables importants au niveau de l'ensemble de la population.

La pollution atmosphérique est produite, de façon ponctuelle ou diffuse, soit par des sources fixes (production d'énergie thermique, incinération des ordures ménagères, autres industries, habitat, agriculture...) soit par des sources mobiles (transports, principalement automobiles). Certaines particules aériennes d'origine naturelle (pollens, moisissures) ont également un impact sur la santé (troubles allergiques).

Trois échelles spatio-temporelles de pollution peuvent être distinguées. La pollution locale s'observe dans des délais de quelques heures, à proximité des sources polluantes. La pollution régionale résulte de la diffusion pendant quelques jours de la pollution locale. Les polluants peuvent alors se transformer au cours de leur transport (formation d'ozone sous l'action du rayonnement solaire, d'acide sulfurique à partir du dioxyde de soufre dans les gouttelettes de pluies). La pollution planétaire (effet de serre, destruction de la couche d'ozone) intervient sur des périodes beaucoup plus longues^[5].

Les polluants atmosphériques sont nombreux. Actuellement, la présence dans l'environnement de huit d'entre eux est réglementée en droit français (dioxyde de soufre, oxyde et dioxyde d'azote, ozone, monoxyde de carbone, benzène, plomb, particules PM10). Des directives européennes, bientôt transposées en droit français, réglementent la présence d'arsenic, de cadmium, de nickel, de mercure, d'hydrocarbures aromatiques polycycliques. L'émission de certains composés organiques volatils précurseurs de l'ozone est également réglementée. La présence de particules très fines, dont les effets sur la santé sont maintenant documentés, reste non réglementée^[6].

Au cours des dernières décennies, la pollution atmosphérique s'est profondément transformée. Les émissions liées au chauffage et aux activités industrielles (dioxyde de soufre notamment) ont été fortement réduites grâce à des mesures de contrôle et à l'évolution des modes de production. Les émissions liées aux transports sont désormais au premier plan, mais les indicateurs de pollution qui en résultent (oxyde d'azote, ozone, particules fines) sont également en diminution à proximité immédiate des voies de circulation, et cela devrait se traduire à l'échelle des agglomérations dans les années qui viennent^[6].

La loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie de 1996 a affirmé le droit pour chacun de respirer un air qui ne nuise pas à la santé. Elle a notamment institué l'élaboration de Plans régionaux de la qualité de l'air (PRQA). Elle a également défini

les modalités de la surveillance de la qualité de l'air, les mesures d'urgence en cas d'épisode de pollution, et prévu un dispositif permanent d'information de la population^[7].

Bibliographie page 202

Dans les Pays de la Loire

- En matière d'émissions, la région occupe une position moyenne pour la plupart des polluants. Regroupant 5 % de la population française sur 6 % du territoire, 4^e région industrielle et 2^e région agricole, les Pays de la Loire produisent 4 à 7 % des volumes de polluants émis nationalement, sauf pour le protoxyde d'azote (8 %), le méthane (10 %) et l'ammoniac (14 %) (fig. 1).
- Pour ces 3 polluants surtout liés à l'agriculture, les Pays de la Loire occupent, après la Bretagne, le 1^{er} ou le 2^e rang des régions les plus émettrices. Mais pour ce secteur d'activité, les préoccupations actuelles concernent surtout la diffusion résiduelle des pesticides.
- Les transports sont responsables d'environ la moitié des émissions d'oxyde d'azote et de monoxyde de carbone (fig. 2) même si leur part est en baisse (70 % en 1994).
- L'industrie (production et transformation d'énergie, industrie manufacturière) est le principal émetteur de dioxyde de soufre, de dioxyde de carbone, de plomb et d'hydrocarbures aromatiques polycycliques ainsi que d'hexachlorobenzène. La majorité des émissions industrielles proviennent de quelques entreprises, situées en Basse-Loire (Edf, Total), près de Laval (Lafarge Ciments) et au sud de Nantes (Armor).
- Au cours des dernières années, des améliorations ont été enregistrées : baisse des émissions de dioxyde de soufre, de monoxyde de carbone et des composés organiques volatils, stabilité des émissions d'oxyde d'azote malgré l'augmentation du trafic routier (fig. 3), baisse de l'émission de dioxines par les incinérateurs. Par contre, les émissions de dioxyde de carbone et d'ammoniac sont en progression.
- La surveillance physico-chimique de l'air est assurée par le réseau Air Pays de la Loire. Favorisée par son climat océanique et sa situation à l'ouest, et malgré la concentration industrielle en Basse-Loire, la région bénéficie d'un air de bonne qualité. Les concentrations des principaux indicateurs de pollution sont en général inférieures aux valeurs limites actuelles (cf encadré "valeurs de référence")^[8]. En 2005, les seuils d'alerte n'ont jamais été atteints et les seuils d'information et de recommandation ont été dépassés dix-sept jours pour le dioxyde de soufre, trois jours pour l'ozone et un jour pour le dioxyde d'azote. Toutefois, les objectifs de qualité ont été régulièrement dépassés pour le dioxyde d'azote et le benzène sur la plupart des sites de mesure proches du trafic automobile, et, pour l'ozone sur tous les sites de surveillance, en zone urbaine comme en zone rurale, notamment en période estivale (fig. 4).
- L'impact sanitaire de la pollution atmosphérique a été estimé dans l'agglomération de Nantes en 1999 et du Mans en 2001 (fig. 5)^[9-10]. Une étude d'impact à long terme a également été menée en 2004 sur l'agglomération nantaise^[11]. Pour l'ammoniac, les niveaux d'exposition mesurés et modélisés lors d'une étude menée en zone rurale en Bretagne restent inférieurs aux valeurs recommandées^[12].
- La surveillance des pollens est assurée par le réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) sur quatre sites (Nantes, Angers, Cholet et La Roche-sur-Yon).

* pollution physico-chimique de l'air extérieur et pollens

1 Emissions des principaux polluants atmosphériques

Pays de la Loire (2000)

	Volumes émis	% émissions France metrop.	Rang de la région ¹
Polluants dont la présence est réglementée par le droit français			
CO	Monoxyde de carbone 289 310 t	4 %	9
NOx	Oxydes d'azote 86 753 t	6 %	4
PM 10	Particules de diamètre inférieur à 10 microns 33 753 t	6 %	4
SO2	Dioxyde de soufre 25 751 t	4 %	8
Pb	Plomb 7 641 kg	3 %	14
HCB	Hexachlorobenzène 37,8 kg	2 %	6
Polluants dont la présence est réglementée par les directives européennes			
Ni	Nickel 11 899 kg	5 %	6
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques 1 896 kg	5 %	6
Hg	Mercurie 785 kg	7 %	7
As	Arsenic 520 kg	4 %	13
Cd	Cadmium 234 kg	2 %	14
Gaz à effet de serre			
CO2	Dioxyde de carbone 25 865 kt	5 %	7
CH4	Méthane 331 261 t	10 %	2
N2O	Protoxyde d'azote 22 208 t	8 %	1
HFC	Hydrofluorocarbures 197 t	5 %	5
Autres polluants			
NH3	Ammoniac 110 199 t	14 %	2
PM 2,5	Particules de diamètre inférieur à 2,5 microns 15 689 t	5 %	9
	Dioxines et furannes 21 883 mq ITEQ ²	4 %	8
COVNM	Composés organiques volatils non méthaniques 126 526 t	4 %	11

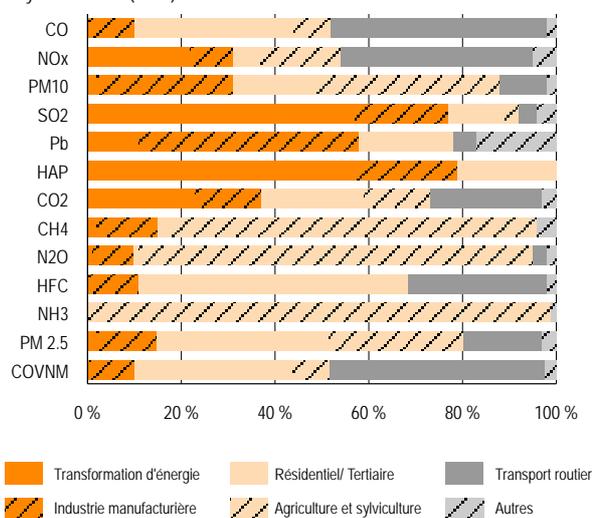
Source : CITEPA

¹ rang des Pays de la Loire parmi l'ensemble des régions de France métropolitaine classées par ordre de volume d'émissions décroissantes

² ITEQ : international toxic equivalent quantity

2 Sources d'émission des principaux polluants atmosphériques

Pays de la Loire (2000)



Source : CITEPA

Réseau Air Pays de la Loire

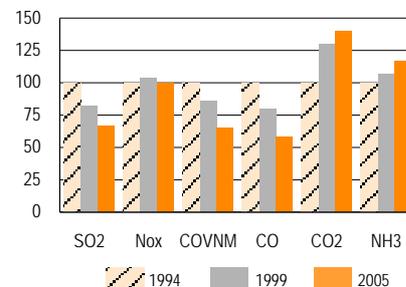
Ce réseau, organisme agréé par le ministère chargé de l'environnement pour la surveillance physico-chimique de l'air dans la région, assure deux missions :

- la surveillance, grâce à un dispositif de 44 stations de mesure permanente, des campagnes de mesure à l'aide de moyens mobiles et l'usage de systèmes de modélisation numérique permettant l'élaboration de prévisions.

- l'information du public et des autorités compétentes par la publication fréquente et réactive des résultats, notamment sur son site internet www.airpl.org.

3 Evolution des émissions de certains polluants atmosphériques

Pays de la Loire (1994 - 1999 - estimation 2005)
Base 100 en 1994



Source : CITEPA, exploitation DRIRE Pays de la Loire

4 Dépassements ¹ des valeurs de référence

Pays de la Loire ² (2003 - 2005)

	2003	2004	2005
Seuil d'alerte			
dioxyde de soufre	2	1	0
Seuil de recommandation et d'information			
ozone (180 µg/m ³)	14	1	3
dioxyde d'azote (200 µg/m ³)	2	1	1
dioxyde de soufre (300 µg/m ³)	40	20	17
Objectifs de qualité			
ozone (65 µg/m ³)	242	209	255
(110 µg/m ³)	108	57	58
(200 µg/m ³)	6	0	2
dioxyde d'azote	oui	oui	oui
dioxyde de soufre	non	non	non
benzène	oui	oui	oui

Source : Air Pays de la Loire

¹ existence de dépassements ou nombre de jours de dépassement sur l'année

² Réseau permanent

5 Résultats des études d'impact sanitaire à court terme

	Nb décès anticipés	Nb d'hospit.
Agglomération nantaise - 1999 (Nantes, Rezé, St-Sébastien)		
Impact sanitaire annuel	43 (21 - 66)	50 (17 - 89)
Effet d'une réduction de 25 % des niveaux de pollution observés sur la période 1995-1998	- 40 %	- 43 %
Agglomération du Mans - 2001		
Impact sanitaire annuel	20	35
Effet d'une réduction de 25 % des niveaux de pollution observés sur la période 1998-1999	- 50 %	- 48 %

Sources : InVS, CIRE, DDASS 72

Valeurs de référence

Objectif de qualité : niveau fixé comme objectif, à atteindre dans une période donnée.

Seuil de recommandation et d'information : fixé à la moitié du seuil d'alerte, il correspond à des niveaux à partir desquels les pouvoirs publics informent le public de la situation. Ils mettent en garde les personnes sensibles et recommandent des mesures destinées à limiter les émissions.

Seuil d'alerte : niveau de concentration au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine et à partir duquel des mesures d'urgences doivent être prises.

Valeur limite : niveau maximal à ne pas dépasser.

Eau potable et santé

Contexte national

L'eau potable est un élément indispensable à la vie, et les apports nécessaires à l'organisme humain pour compenser les pertes liées à l'élimination urinaire, la sudation et la respiration sont d'environ 2,5 litres par jour (1 litre apporté par l'alimentation et 1,5 litre sous forme de boisson). Pour l'ensemble des usages sanitaires et domestiques, la consommation quotidienne d'eau potable est estimée en France à 150 litres par habitant. La production et la distribution de l'eau potable par le réseau public doivent respecter des règles strictes afin de préserver la santé des consommateurs [1].

L'eau est prélevée dans le milieu naturel par près de 30 000 captages, dont plus de la moitié sont de petits captages d'eau souterraine. Mais la moitié des volumes utilisés provient d'une minorité de captages de grande capacité. Des périmètres de protection sont progressivement mis en place autour des points de captage pour protéger la qualité des ressources [2].

Les eaux captées subissent des traitements plus ou moins complexes permettant d'éliminer des composés indésirables ou dangereux pour la santé des consommateurs et de maintenir la qualité de l'eau tout au long de la distribution. Plus de 15 000 stations assurent quotidiennement le traitement de 16 millions de mètres cubes d'eau brute. La majorité des stations de traitement sont de petite taille et traitent des eaux souterraines, qui nécessitent généralement des procédés simples (filtration et désinfection par exemple). A l'opposé, quelques centaines de stations de grande capacité mettent en œuvre les traitements plus complets (prétraitement, coagulation, floculation, décantation, filtration, affinage, désinfection par exemple), principalement destinés aux eaux superficielles. La moitié des débits d'eau produits est ainsi traitée par 2 % des stations [1].

Entre la station de traitement et le robinet, l'eau est acheminée par le réseau de distribution qui est divisé en 27 000 Unités de distribution (UDI), secteurs géographiques où l'eau distribuée est de qualité homogène. La majorité de ces UDI sont de petites tailles (moins de 500 habitants desservis) et inversement une minorité d'UDI sont de tailles importantes (plus de 50 000 habitants) [1].

La qualité de l'eau est assurée par la mobilisation permanente des multiples acteurs concernés par la chaîne de production et de distribution de l'eau. L'eau potable est ainsi l'un des aliments les plus contrôlés. En 2002, les services santé-environnement des Ddass qui sont responsables du contrôle sanitaire, ont analysé les paramètres microbiologiques et physico-chimiques de plus de 300 000 prélèvements. Les exigences de qualité, définies par le code de la santé publique, portent actuellement sur 54 paramètres. La réglementation prévoit en outre des procédures de gestion des situations de non-conformité, ainsi que différents dispositifs d'information des usagers sur la qualité de l'eau potable, notamment un bilan annuel propre à chaque UDI adressé avec les factures d'eau [1].

Les risques sanitaires liés à l'ingestion d'eau sont microbiologiques et chimiques. La contamination microbiologique (bactéries, virus, parasites) est susceptible de provoquer des cas isolés de gastro-entérites, voire une situation épidémique, survenant quelques heures à quelques jours après l'ingestion de l'eau contaminée. Il n'existe pas en France de système de surveillance des cas de gastro-entérites, et seules les épidémies importantes sont repérées, en moyenne une par an. Les cas beaucoup plus graves de typhoïde, paratyphoïde, hépatite virale sont exceptionnels [3].

Le risque chimique est parfaitement établi pour certains toxiques lorsqu'ils sont présents en quantité importante. C'est

notamment le cas pour le plomb (saturnisme), les nitrates (méthémoglobinémie), le fluor (fluorose dentaire voire osseuse)... Ces pathologies spécifiques restent peu fréquentes voire inexistantes en France en raison de la performance du système de traitement des eaux [3]. Mais les risques liés à l'ingestion de faibles doses pendant de longues périodes sont mal identifiés. Ainsi, les effets des pesticides, dont la présence dans l'eau est de plus en plus fréquente, restent peu connus. Les risques émergents sont ceux liés à certains micro-organismes (parasites, norovirus...) et certaines substances chimiques (perturbateurs endocriniens...) [4].

Globalement, la qualité de l'eau s'améliore. En 2002, 94 % de la population a été alimentée par une eau respectant les limites de qualité réglementaire sur le plan microbiologique.

Pour les nitrates, 98 % des débits produits sont conformes en 2004, et 1,3 % de la population a reçu au moins une fois une eau non conforme contre 13,3 % en 1999 (plus de 50 mg/l).

Pour les pesticides, 91 % de la population a été alimentée en 2003 par une eau conforme en permanence aux limites de qualité réglementaire (inférieure à 0,1 µg/l). 164 000 personnes ont été concernées par une restriction de consommation pour les usages alimentaires en raison d'une présence trop importante de pesticides en 2003, contre 416 000 sur la période 1999-2001 [4].

Bibliographie page 202

Dans les Pays de la Loire

■ Pour alimenter en eau potable les habitants de la région, près de 800 000 m³ d'eau sont prélevés chaque jour par 460 captages. 41 % de ce volume proviennent d'eaux souterraines, et 59 % d'eaux superficielles. La distribution est assurée par plus de 400 unités de distribution (UDI) (fig. 1). Fin 2005, 51 % des points de captage et 55 % des volumes captés bénéficient d'un périmètre de protection (fig. 2).

■ La qualité de l'eau distribuée est globalement satisfaisante et s'améliore, mais la région a dû faire face à une dégradation des ressources utilisées d'où notamment la mise en place ces dernières années de traitements plus complets.

■ Concernant la qualité microbiologique, 95 % des unités de distribution n'ont eu aucun prélèvement non conforme en 2004, contre 78 % en 2000. Cette amélioration résulte d'une homogénéisation de la situation des départements, grâce notamment à une chloration plus importante liée aux mesures préventives du plan Vigipirate (fig. 3).

■ Pour les nitrates, la situation régionale s'améliore puisque 92 % des débits produits sont conformes à la réglementation en 2004 (87 % en 2000), mais elle reste moins satisfaisante que la moyenne nationale (98 %). La Mayenne connaît notamment une situation toujours défavorable (fig. 4).

■ Enfin, concernant les pesticides, le pourcentage de la population régionale desservie par une eau conforme en permanence est passé de 70 % en 1997 à 97 % en 2004, avec une situation relativement homogène selon les départements. En 2004, 2,5 % de la population, soit 80 400 personnes ont été concernées par une desserte en eau non conforme pour les pesticides, mais sans restriction de consommation pour les usages alimentaires (fig. 5).

■ En 2004, une enquête d'opinion réalisée par la Drass a montré que près de 70 % des Ligériens jugent l'eau du robinet d'assez ou de très bonne qualité, 47 % en boivent tous les jours mais que 45 % pensent être assez mal ou mal informés sur sa qualité [5].

1 Ressources en eau potable et distribution

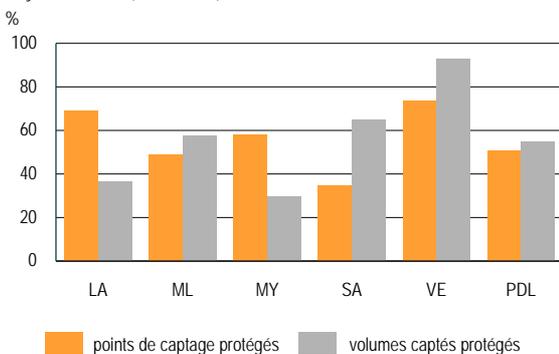
Pays de la Loire (2004)

	Nombre de captages	Volumes d'eau prélevés (en m ³ par jour)	Répartition des volumes d'eau prélevés selon l'origine du captage		Nombre d'unités de distribution
			Eaux souterraines	Eaux superficielles	
Loire-Atlantique	68	227 814	41 %	59 %	49
Maine-et-Loire	107	163 316	66 %	34 %	79
Mayenne	93	114 145	34 %	66 %	107
Sarthe	157	138 408	56 %	44 %	118
Vendée	38	140 303	8 %	92 %	76
Pays de la Loire	463	783 986	41 %	59 %	429

Source : DRASS, base SISE-Eaux

2 Proportion des points de captage et des volumes d'eau captés protégés¹

Pays de la Loire (31/12/2005)

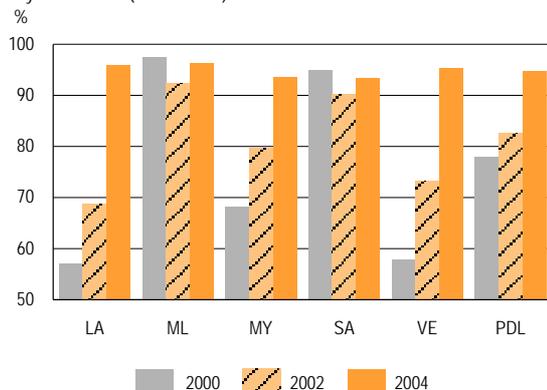


Source : DRASS, base SISE-Eaux

¹ protégés par un périmètre de protection arrêté par déclaration d'utilité publique

3 Qualité microbiologique des eaux distribuées : évolution de la proportion d'unités de distribution n'ayant pas eu de prélèvement non conforme

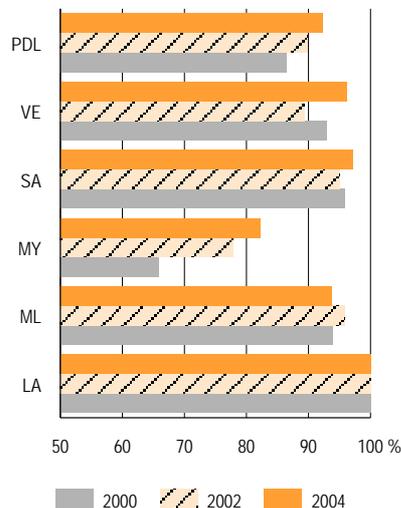
Pays de la Loire (2000 - 2004)



Source : DRASS, base SISE-Eaux

4 Teneur en nitrates : évolution des taux de conformité des débits produits

Pays de la Loire (2000 - 2004)



Source : DRASS, base SISE-Eaux

LA : Loire-Atlantique ML : Maine-et-Loire
MY : Mayenne SA : Sarthe
VE : Vendée PDL : Pays de la Loire

5 Teneur en pesticides : répartition de la population desservie selon le niveau de conformité de l'eau

Pays de la Loire (2004)

	Population desservie par une eau conforme en permanence	Population desservie par une eau non conforme	
		sans restriction des usages alimentaires	avec restriction des usages alimentaires
Loire-Atlantique	97,4 %	2,6 %	0,0 %
Maine-et-Loire	97,0 %	3,0 %	0,0 %
Mayenne	96,4 %	3,6 %	0,0 %
Sarthe	98,2 %	1,8 %	0,0 %
Vendée	98,4 %	1,6 %	0,0 %
Pays de la Loire	97,5 %	2,5 %	0,0 %

Source : DRASS, base SISE-Eaux

Légionellose

Contexte national

La légionellose est une infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre *Legionella*. Plus de 90 % des cas cliniques sont dus à la seule espèce *Legionella pneumophila*^[1]. Les *Legionella* sont des bactéries hydro-telluriques naturellement présentes dans les lacs, les rivières, les sources chaudes et divers autres habitats aquatiques mais également dans les eaux stagnantes et les sols humides. Ces bactéries prolifèrent dans les eaux chaudes (25 à 45°) et peuvent se développer dans des milieux artificiels lorsque les conditions sont favorables (tours de refroidissement, canalisations d'eau chaude, bains à remous...). La contamination des personnes exposées se fait essentiellement par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Aucune transmission interhumaine n'a été démontrée à ce jour^[2]. La légionellose se manifeste sous deux formes cliniques distinctes : la fièvre de Pontiac, syndrome pseudo-grippal bénin ne s'accompagnant pas de pneumonie qui guérit spontanément en 2 à 5 jours, et la maladie des légionnaires, pneumopathie aiguë grave nécessitant une hospitalisation, dont la létalité est de 10 à 30 % des cas^[3].

Cette maladie a été découverte en 1976, lors d'un congrès de l'American Legion. Plus de 200 participants ont été atteints par une pneumonie foudroyante, alors inconnue, et quarante en sont morts. La fréquence de la légionellose ou "maladie des légionnaires" est difficile à estimer, un grand nombre de pays ne disposant pas des moyens de diagnostic appropriés ou des systèmes de surveillance permettant de décrire la situation épidémiologique^[4]. En 2004, 35 pays (soit plus de 550 millions d'habitants) sur 36 pays du groupe de travail européen sur les légionelloses (European Working Group for Legionella Infections, EWGLI) ont signalé un total de 4 588 cas, correspondant à une fréquence moyenne de près de 1 cas pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence sont très variables d'un pays à l'autre, cette variabilité étant probablement en grande partie liée à des différences d'exhaustivité des déclarations et des moyens de diagnostic. Ainsi, en 2004, l'Espagne (près de 2,4 cas pour 100 000 habitants), la Croatie (2,1 cas), la Suisse (2,0 cas) et la France (2,0 cas) ont enregistré les taux les plus élevés, ces taux étant inférieurs à 0,1 cas pour 100 000 habitants dans certains pays (comme la Bulgarie, la Lettonie ou la Pologne)^[5].

En France, les légionelloses font l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987 permettant de détecter les cas groupés mais aussi les cas isolés survenant dans la population ou dans un établissement identifié. Depuis le renforcement de la surveillance en 1997 et la sensibilisation des professionnels de santé, le nombre de cas de légionellose déclarés est en augmentation. Il est supérieur à 1 000 cas depuis 2002 et a atteint 1 500 cas en 2005^[6]. Depuis 1998, une dizaine d'épidémies ayant pour origine probable des tours aéroréfrigérantes (Tar) ont été identifiées. L'épidémie survenue au cours de l'hiver 2003-2004 dans le Nord-Pas-de-Calais est la plus importante observée jusqu'alors, tant en nombre de cas (86 cas et 18 décès), qu'en étendue géographique du phénomène^[6].

En 2005, l'incidence déclarée en France métropolitaine est de 2,5 cas pour 100 000 habitants, en augmentation de 27 % par rapport à 2004. Depuis 1998, la croissance annuelle moyenne est de 22 %^[7]. Parmi les 1 527 cas déclarés en 2005, l'évolution était connue pour 90 % d'entre eux, avec une létalité de 11 % (152 décès). Une exposition à risque lors de la période

d'incubation (de 2 à 10 jours) a été rapportée pour 39 % des cas : 17 % des cas (257 patients) étaient associés à un voyage, 7 % (100 patients) à un séjour hospitalier et 5 % (73 patients) à un séjour dans une maison de retraite^[7]. Parmi les 100 cas associés à un séjour dans un hôpital ou une clinique, 40 étaient des cas nosocomiaux certains (contractés lors du séjour) et 60 des cas nosocomiaux probables. Seuls 44 cas avaient fait l'objet d'un signalement d'infections nosocomiales, les légionelloses et l'ensemble des infections nosocomiales devant être signalées dans le cadre d'un système de surveillance spécifique mis en place en 2001^[7].

Le risque de contracter une légionellose après une exposition dépend de l'état de santé de la personne exposée : il est plus élevé chez les personnes immunodéprimées, chez les personnes âgées, chez les hommes ainsi que chez les fumeurs (plus de 40 % des cas déclarés en 2005 étaient fumeurs)^[7].

La légionellose est une maladie d'origine bactérienne répondant, dans la majorité des cas, favorablement aux traitements antibiotiques. La bactérie, naturellement résistante aux β lactamines habituellement utilisées dans le traitement des pneumopathies, peut être efficacement combattue par d'autres antibiotiques tels que l'érythromycine. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est mis en œuvre rapidement^[1].

Les sources d'exposition aux *Legionella* dans l'environnement sont multiples. Les actions préventives consistent essentiellement à limiter les risques d'exposition en réduisant les conditions favorables à la prolifération des *Legionella* dans les installations à risque et en limitant leur diffusion sous forme d'aérosols^[8]. De nombreux documents techniques précisent les mesures spécifiques aux différents types d'installations (établissements de soins, thermaux, Tar ...). La loi relative à la politique de santé publique (2004) a défini comme objectif prioritaire de la réduction de 50 % de l'incidence de la légionellose entre 2004 et 2008. La prévention de la légionellose est également incluse dans les actions prioritaires du Plan national Santé-Environnement 2004-2008 (voir encadré). Pour atteindre cet objectif, un plan gouvernemental de prévention des légionelloses a été présenté en juin 2004^[9-11].

Bibliographie page 203

Dans les Pays de la Loire

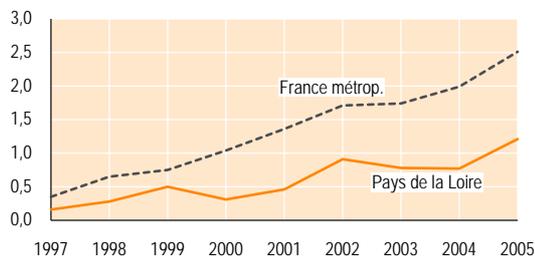
■ En 2005, 41 cas de légionelloses ont fait l'objet d'une notification de maladie à déclaration obligatoire pour des patients résidant en Pays de la Loire. Comme au niveau national, ce nombre est en augmentation depuis 1997, cette augmentation étant vraisemblablement liée à l'amélioration du diagnostic et à une meilleure déclaration (fig. 1).

Parmi les 178 cas déclarés entre 1997 et 2005, l'évolution était connue pour 98 % d'entre eux, avec une létalité de 9 % (16 décès) inférieure à la létalité au niveau national pour cette même période (15 %). Une exposition à risque a été rapportée dans 49 % des cas. Comme au niveau national, les cas associés à un voyage sont les plus fréquents (28 %), suivis des cas associés à un séjour hospitalier (10 %) (fig. 2).

■ En 2005, 38 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée avaient pour diagnostic principal ou associé une légionellose (fig. 3).

1 Evolution du taux d'incidence de la légionellose déclarée¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (1997 - 2005)



Sources : CIRE Pays de la Loire, InVS, INSEE

¹ données de déclaration obligatoire - cas domiciliés dans la région Pays de la Loire
Unité : pour 100 000**La légionellose : action prioritaire des plans santé-environnement (PNSE/PRSE)^[10,12]**

Afin de lutter contre les conséquences sanitaires de l'exposition à certaines pollutions environnementales à court et à moyen termes, un Plan national santé-environnement (PNSE) a été mis en place en 2004. Ce plan définit les principales actions à mettre en œuvre pour améliorer la santé de la population en lien avec la qualité environnementale. Il permet également de répondre aux engagements pris par la France dans ce domaine au niveau international.

Le PNSE est décliné au niveau régional en Plans régionaux santé-environnement (les PRSE) qui sont pilotés par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), les Directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (Drire) et les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEPP).

Le Plan régional santé-environnement des Pays de la Loire comprend seize actions, dont huit sont considérées comme prioritaires car classées comme telles au niveau national ou en raison de spécificités régionales marquées.

La réduction de l'incidence de la légionellose de 50 % à l'horizon 2008 est une action prioritaire du PNSE déclinée dans l'ensemble des régions. Elle repose sur la prévention des risques liés aux tours aéroréfrigérantes humides, la prévention des risques liés aux réseaux d'eau chaude sanitaire des établissements de santé et des établissements recevant du public ainsi que sur des actions d'information et de sensibilisation.

2 Expositions à risque parmi les cas déclarés de légionellose¹

Pays de la Loire (cumul 1997-2005)

	Nombre de cas	Répartition ²
Etablissements de soins	20	11,2 %
- Hôpital	18	10,1 %
- Station thermale	2	1,1 %
Voyage	49	27,5 %
- Hôtel-camping	33	18,5 %
- Résidence temporaire	9	5,1 %
- Autres types de voyage ³	7	3,9 %
Maison de retraite	3	1,7 %
Autres expositions	15	8,4 %
Total (lieu d'exposition renseigné)	87	48,9 %
Lieu d'exposition non renseigné	91	51,1 %

Source : CIRE Pays de la Loire

¹ cas domiciliés dans la région Pays de la Loire² rapporté au nombre total de cas déclarés (178)³ sans précision de lieu et type de logement**4 Les actions du PRSE : surveillance des infrastructures à risque**

Pays de la Loire (2006)

Type d'infrastructures	Nombre d'établissements	Objectifs du PRSE
Etablissements exploitant des tours aéroréfrigérantes	366 (984 Tar)	Contrôle de 10 % des établissements par an
Etablissements de santé ¹	160	Inspection de 10 % des établissements par an
Etablissements pour personnes âgées ²	699	Enquête fin 2007 auprès des maisons de retraite
Piscines permanentes	150	Contrôle de la présence de légionelles dans les établissements sur 2 ans
Autres établissements recevant du public (gymnases, hôtels, internats...)	3 448	Inspection de 1 % des établissements par an

Source : Plan Régional Santé-Environnement des Pays de la Loire

¹ hôpitaux ou cliniques² maisons de retraite, logements-foyer, centres de cure**3 Séjours hospitaliers pour légionellose¹**

Pays de la Loire (2005)

	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Total
Hommes	12	19	31
Femmes	4	3	7
Ensemble	16	22	38

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

¹ séjours pour lesquels une légionellose est renseignée en tant que diagnostic principal ou diagnostic associé significatif (codes A48.1, A48.2)**Définitions****Cas de légionellose déclarés** : les cas probables et les cas confirmés font l'objet d'une notification.

Est notifiée toute pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- cas confirmé :
- isolement de *Legionella* spp. dans un prélèvement clinique,
- ou augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^e titre, minimum de 128,
- ou immunofluorescence directe positive,
- ou présence d'antigène soluble urinaire.
- cas probable : titre d'anticorps élevé (supérieur ou égal à 256).

Diagnostic associé significatif : morbidité associée au diagnostic principal ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire au cours du séjour.**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir définitions fiche "Diagnosics d'hospitalisation".**Incidence** : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.**Infection nosocomiale** : voir fiche "Infections nosocomiales".**Maladie à déclaration obligatoire** : voir fiche "Tuberculose".

Soins et prévention

5

Le système de santé mobilise des ressources importantes, et d'une extrême diversité, aussi bien en terme de métiers que d'institutions ou d'activités. Les informations disponibles n'ont pas toutes été valorisées dans cette édition. C'est notamment le cas pour les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux, les réseaux de santé, les centres d'examens de santé, ou encore les comités d'éducation pour la santé...

Professionnels de santé

Contexte national

L'ensemble des professions de santé dont l'exercice est réglementé ont un effectif de 950 000 personnes début 2006, soit 4 % de la population active. Parmi ces professions, on distingue les professions médicales au sens du code de la santé publique, c'est-à-dire les médecins (206 000 praticiens début 2005), les chirurgiens-dentistes (41 000) et les sages-femmes (17 000) (fig. 1) [1-3]. L'organisation de ces professions se caractérise par "la capacité accordée aux professionnels de déterminer et de pratiquer l'ensemble des soins qu'ils jugent utiles, si tant est que ceux-ci interviennent dans leurs champs de compétence" [4]. Ces trois professions médicales sont dotées d'un ordre, de même que les pharmaciens (69 400 professionnels) [2]. Les structures ordinales veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles du code de déontologie de chaque profession.

Les auxiliaires médicaux regroupent onze autres professions dont l'exercice est réglementé par le code de la santé publique [1]. Le groupe professionnel le plus important est celui des infirmiers (469 000 professionnels), qui représentent près de la moitié de l'effectif de l'ensemble des professions à exercice réglementé. Viennent ensuite les masseurs-kinésithérapeutes (62 000) et les manipulateurs en électroradiologie (25 100) (fig. 1) [2]. Pour chacune de ces professions, le code de déontologie détermine la liste des actes que ces professionnels peuvent effectuer, sous prescription médicale ou en application du rôle propre qui leur est dévolu. Depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, deux professions paramédicales sont dotées d'un ordre, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures. Fin 2006, un décret a institué un ordre infirmier.

Dans l'ensemble de la population active, les professions de santé sont les métiers qui ont connu la plus forte progression au cours des dernières décennies. Depuis 1984, l'effectif des médecins a augmenté de 47 % [3, 5].

Une autre caractéristique des métiers de la santé est leur féminisation, avec toutefois des situations variables selon les professions : 87 % des infirmiers et 64 % des pharmaciens sont des femmes, contre 38 % des médecins et 35 % des chirurgiens-dentistes [2, 3].

Les établissements de santé sont le principal lieu d'exercice des professionnels de santé, avec un effectif supérieur à un million de personnes employées. Près de 80 % de ces personnels sont employés dans les établissements publics (fig. 2) [6].

Le statut des praticiens qui interviennent dans les établissements de santé est variable. Dans les établissements publics, ils ont un statut de praticien hospitalier salarié (temps plein, temps partiel, attaché...), mais aussi d'enseignant lorsqu'il s'agit d'hôpitaux universitaires. Dans les établissements de santé Participant au service public hospitalier (PSPH), les praticiens sont également salariés. Enfin, dans les cliniques privées, la très grande majorité des médecins exercent à titre libéral.

Dans les métiers de la santé, une proportion importante de professionnels exercent à titre libéral (28 %), alors que les

non-salariés représentent moins de 11 % des emplois dans l'ensemble de la population active. Parmi les 266 000 professionnels de santé libéraux, 43 % sont des médecins (fig. 3) [7]. Les pédicures-podologues exercent essentiellement en libéral, de même que la très grande majorité des chirurgiens-dentistes (93 %), et des orthophonistes (82 %). En revanche, moins de 10 % des infirmiers pratiquent leur activité en libéral (fig. 1) [2]. Pour les médecins, l'exercice libéral est en recul : 59 % en 2005 contre 62 % en 1996 [2, 5].

Les professionnels de santé libéraux disposent de la liberté d'installation. Leur rémunération à l'acte dépend de deux nomenclatures, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et la Classification commune des actes médicaux (CCAM). La NGAP qui concerne principalement les auxiliaires médicaux et les chirurgiens-dentistes, permet de tarifier l'acte à partir d'une lettre-clé affectée d'un coefficient. La CCAM, mise en place en 2004, est une nomenclature descriptive des actes (interventions chirurgicales, examens d'explorations...). Dans les deux cas, les tarifs sont déterminés par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et ceux des professionnels de santé. Ces conventions prévoient la possibilité pour certains praticiens (secteur à honoraires libres pour les médecins) ou pour des actes spécifiques (prothèses par exemple pour les chirurgiens-dentistes) de pratiquer des dépassements d'honoraires, les professionnels fixant librement le montant de leurs actes, les assurés étant remboursés en référence au tarif de l'assurance maladie, quel que soit le prix réellement payé.

Bibliographie page 203

Dans les Pays de la Loire

- Les professions de santé, dont l'exercice est réglementé, représentent un effectif de 46 400 personnes, dont 23 800 infirmiers (fig. 1) [2].
- Comparée aux autres régions françaises, les Pays de la Loire ont une densité nettement inférieure à la moyenne française. Elle se trouve au 18^e rang pour les médecins, au 13^e pour les chirurgiens-dentistes, et au 17^e rang pour les infirmiers et les sages-femmes [2].
- Les établissements de santé emploient 53 800 personnes (non compris les praticiens), 30 % exerçant à temps partiel (fig. 2) [6].
- 12 100 professionnels de santé libéraux exercent dans la région. Les médecins (5 300 praticiens) représentent 44 % des effectifs libéraux. Les autres professions ayant les effectifs les plus importants sont les masseurs-kinésithérapeutes (2 000), les chirurgiens-dentistes (1 800), et les infirmiers (1 700) (fig. 3) [7].
- L'effectif de professionnels de santé libéraux a progressé globalement de 1,5 % par an dans la région depuis 1996 (0,4 % pour les médecins). Les professions dont l'effectif a le plus progressé sont les sages-femmes, les pédicures et les orthophonistes (fig. 3) [7, 8].

1 Les professions de santé à exercice réglementé

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

Profession	France métrop.	Pays de la Loire	% libéraux	Densité ¹ Pays de la Loire	Densité ¹ France métrop.
Infirmiers	469 011	23 843	9,1 %	702	768
Médecins ²	205 864	9 392	59,3 %	279	340
Pharmaciens	69 431	3 283	///	97	114
Masseurs-kinésithérapeutes	61 999	2 853	79,4 %	84	102
Chirurgiens-dentistes	41 374	1 940	93,2 %	57	68
Manipulateurs ERM	25 091	1 152	///	34	41
Sages-femmes	16 995	851	22,6 %	108 ³	116 ³
Opticiens-lunetiers	16 147	879	///	26	26
Orthophonistes	16 551	812	81,8 %	24	27
Pédicures-podologues	10 890	607	98,0 %	18	18
Psychomotriciens	6 208	267	///	8	10
Ergothérapeutes	5 693	283	///	8	9
Orthoptistes	2 679	139	57,6 %	4	4
Audio-prothésistes	1 905	82	///	2	3
Total	949 838	46 383	///	///	///

Source : ADELI (DREES)

¹ nombre de professionnels pour 100 000 habitants

² données au 01/01/2005

³ nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

Dans ce tableau ne figure pas la profession de diététicien, qui fait également partie des professions de santé à exercice réglementé

Rang au niveau national

Dans les Pays de la Loire, pour la plupart des professions de santé à exercice réglementé, la densité de professionnels de santé est nettement inférieure à la moyenne nationale (fig. 1). La région occupe ainsi le 18^e rang des régions françaises pour le nombre de médecins par habitant, et le 17^e rang pour les infirmiers et les sages-femmes.

2 Evolution des effectifs du personnel non médical des établissements de santé

Pays de la Loire, France métropolitaine (décembre 1996 - 2004)

	France métrop. 2004	Pays de la Loire		TCAM 1996/2004	
		1996	2004	PDL	France métrop.
Etablissements publics	773 746	35 822	42 011	2,0 %	1,6 %
Privés non lucratifs	128 059	4 490	4 936	1,2 %	0,3 %
Privés commerciaux	130 781	5 608	6 874	2,6 %	0,6 %
Total	1 032 586	45 920	53 821	2,0 %	1,3 %

Source : SAE (DREES)

3 Evolution des effectifs des professionnels de santé libéraux

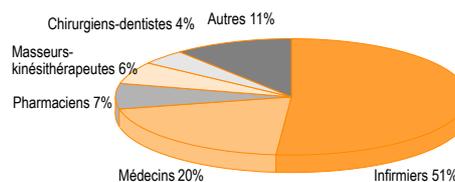
Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

	France métrop. 2004	Pays de la Loire		
		1996	2004	TCAM 1996/2004
Médecins	114 160	5 137	5 317	0,4 %
Masseurs-kinésithérapeutes	43 002	1 581	2 039	3,2 %
Chirurgiens-dentistes	36 688	1 707	1 762	0,4 %
Infirmiers	49 815	1 509	1 685	1,4 %
Orthophonistes	11 630	388	605	5,7 %
Pédicures	7 163	267	447	6,7 %
Sages-femmes	2 016	89	151	6,8 %
Orthoptistes	1 552	51	67	3,5 %
Total	266 026	10 729	12 073	1,5 %

Source : SNIR (CNAMTS)

4 Les professions de santé à exercice réglementé

Pays de la Loire (01/01/2006)



Source : ADELI (DREES)

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Auxiliaires médicaux : professionnels de santé regroupant les audio-prothésistes, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, les manipulateurs ERM (Electroradiologie médicale), masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens.

CCAM : la Classification commune des actes médicaux, mise en place à partir de 2004 est une nomenclature "en nature" qui répertorie l'ensemble des actes techniques (interventions chirurgicales, actes d'exploration...) réalisés par les médecins.

Libéral : professionnel de santé dont l'activité est rémunérée à l'acte, en fonction de la NGAP et de la CCAM.

Mode conventionnel : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

NGAP : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est affecté d'une lettre-clé, différente selon la profession et le type d'acte, et d'un coefficient indiquant la "lourdeur" de l'acte.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Médecins

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2005, la France compte près de 206 000 médecins libéraux et salariés en activité, soit 340 praticiens pour 100 000 habitants (fig. 1) ^[1]. Au sein de l'Union européenne, la France se situe au même niveau que l'Allemagne (339), et fait partie des pays les plus dotés après la Grèce (454 médecins pour 100 000 habitants), la Belgique (400), et l'Espagne (380). A l'opposé, parmi les pays qui ont la plus faible densité figurent le Royaume-Uni (223 médecins pour 100 000 habitants), la Pologne (229), et la Roumanie (207). On peut noter également la "faible" densité médicale aux Etats-Unis (254) ou au Japon (210) ^[2].

A l'intérieur du territoire français, la répartition géographique des médecins est marquée par des contrastes forts et anciens entre les zones les plus fortement médicalisées (Ile-de-France et sud du pays), et les régions moins médicalisées, situées au nord, en Normandie et dans la région Centre. En Ile-de-France, le nombre de praticiens par habitant est ainsi supérieur de 64 % à celui de la Picardie (fig. 5) ^[1].

En France, le nombre de médecins a augmenté de 47 % depuis 1984. Le taux de croissance annuel a été divisé par quatre depuis le début des années 1980 ^[1, 3]. Ce ralentissement résulte des variations importantes qui ont affecté le *numerus clausus* qui limite le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année (PCEM2). Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 1970 et a diminué jusqu'au seuil de 3 700 pour l'année universitaire 1998-1999. Depuis, il augmente régulièrement pour atteindre 7 000 en 2006 (fig. 4).

Selon la Drees, le nombre de médecins devrait diminuer régulièrement à partir de 2006 et serait en 2025 inférieur de 10 % à son niveau actuel (fig. 3) ^[4]. Cette évolution s'accompagne d'un vieillissement du corps médical. Les augmentations récentes du *numerus clausus* ne permettront pas de compenser les nombreux départs à la retraite attendus au cours de la prochaine décennie. En effet, toute augmentation des effectifs admis en PCEM2 ne commence à produire des effets sur le nombre de médecins en activité que huit à dix ans après.

Depuis 2004, a été instauré un Examen national classant (ENC) unique, à la fin du deuxième cycle des études médicales (DCEM4), pour l'accès aux différentes spécialités. La médecine générale est maintenant une spécialité à part entière avec trois années de formation après le DCEM4 (contre quatre ou cinq pour les autres spécialités) et des stages qualifiant dans différentes spécialités.

L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles. Entre 1996 et 2005, le nombre de spécialistes s'est accru plus fortement que celui des généralistes (respectivement + 12 % et + 6 %) et aujourd'hui les spécialistes sont plus nombreux que les généralistes ^[1, 3]. La féminisation de la profession se poursuit, avec 38 % de femmes médecins en 2005. En 2025, selon les projections de la Drees, les femmes devraient globalement être plus nombreuses que les hommes ^[1, 4].

Au cours de la dernière décennie, la part du secteur libéral est en léger recul : 59 % ont un exercice libéral en 2004 contre 62 % en 1996. Leur effectif se trouve au même

niveau qu'en 1996 (fig. 6) ^[1, 3]. Un peu plus de la moitié des praticiens libéraux sont des omnipraticiens. La rémunération de ces professionnels dépend de deux nomenclatures, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques, et la Classification commune des actes médicaux (CCAM), pour les actes techniques et d'explorations. Les tarifs des actes sont déterminés par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et les professionnels de santé. Certains praticiens ont la possibilité d'appliquer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés par l'assurance maladie (secteur 2). En 2004, 24 % des médecins libéraux exercent en secteur 2 (13 % des généralistes et 37 % des spécialistes), avec des variations importantes selon le secteur géographique ^[5].

Un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé fin 1998 pour favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles. Une dotation régionale des réseaux a également été mise en place afin d'inciter les interventions coordonnées des différents professionnels de santé. Ces deux fonds ont fusionné en 2007 pour créer le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), administré par la Mission régionale de santé.

Depuis 2004, l'ensemble des médecins (libéraux et salariés) ont une obligation de formation continue, et doivent s'engager dans l'Evaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP) ^[6].

L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles déontologiques. Depuis 2006, il dispose d'un échelon régional chargé de représenter la profession. De leur côté, les médecins libéraux disposent également d'une représentation à ce niveau géographique, l'Union régionale des médecins libéraux (URML).

Bibliographie page 203

Dans les Pays de la Loire

- Avec près de 9 400 médecins en activité en 2005, les Pays de la Loire occupent le 18^e rang des régions françaises pour la densité par habitant, qui est inférieure de 18 % à la moyenne nationale (fig. 1) ^[1].
- A l'intérieur de la région, les départements ont tous une densité médicale inférieure à la moyenne française. Les départements dotés d'une faculté de médecine (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) sont ceux qui ont les plus fortes densités. En Mayenne, le nombre de médecins par habitant est inférieur de 40 % à la moyenne nationale (fig. 1) ^[1].
- Depuis 1996, l'effectif total de médecins a progressé de 15 % dans la région (fig. 2) ^[1, 3]. Contrairement à la situation nationale, l'effectif des généralistes (4 900) reste encore supérieur à celui des spécialistes (4 500) (fig. 1) ^[1].
- Selon les projections effectuées par la Drees, les effectifs médicaux devraient rester relativement stables au cours des dix prochaines années. Mais l'augmentation de population attendue, et en particulier de la population âgée, aboutira à une baisse de la densité médicale estimée à 12 %. Par ailleurs, cette stabilité va aussi s'accompagner de modifications structurelles (poids du secteur libéral et de la médecine générale en particulier) ^[4].

1 Ensemble des médecins exerçant à titre libéral ou salarié
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Méd. généralistes	100 646	4 867	1 852	1 101	364	742	807
densité ¹	166	145	155	145	123	136	141
Méd. spécialistes	105 218	4 525	2 052	1 109	240	593	532
densité ¹	174	135	172	146	81	109	93
Ensemble	205 864	9 392	3 904	2 210	604	1 335	1 339
densité ¹	340	279	327	292	205	245	233
dont salariés %	41 %	41 %	40 %	41 %	42 %	42 %	40 %

Source : ADELI (DREES)

¹ nombre de médecins pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité médicale nettement inférieure à la moyenne française (- 18 %), au 18^e rang des régions métropolitaines (fig. 5).

2 Evolution du nombre de médecins

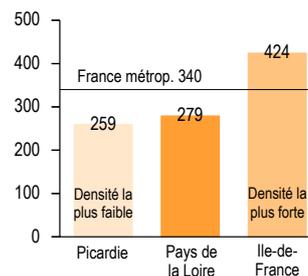
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/1996 - 01/01/2025)

	1996	2005	TCAM 1996/2005	Projections 2015	Projections 2025	Taux d'évol. 2005/2025
Loire-Atlantique	3 194	3 904	2,3 %	nd	nd	nd
Maine-et-Loire	2 012	2 210	1,0 %	nd	nd	nd
Mayenne	555	604	0,9 %	nd	nd	nd
Sarthe	1 198	1 335	1,2 %	nd	nd	nd
Vendée	1 237	1 339	0,9 %	nd	nd	nd
Pays de la Loire	8 196	9 392	1,5 %	9 228	9 073	-4,2 %
France métrop.	188 500	205 864	1,0 %	196 737	185 966	-10,9 %

Source : DREES, ADELI redressé - projections DREES

Pour les projections, calculs effectués sur la base d'un effectif de 7 000 médecins admis en PCEM2

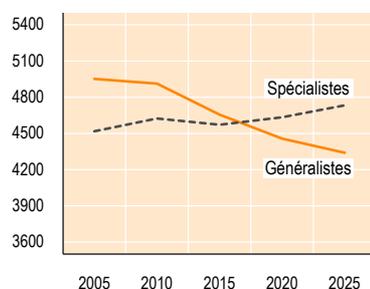
5 Nombre de médecins pour 100 000 habitants
(01/01/2005)



Source : ADELI (DREES)

3 Projections du nombre de médecins

Pays de la Loire (01/01/2005 - 01/01/2025)



Source : ADELI redressé au 31/12/2002, Projections DREES, ONDPS (rapport 2004)

4 Numerus clausus des études médicales

Pays de la Loire, France

	Etudiants admis en PCEM2		Postes ouverts à l'internat	
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France
2000/2001	189	4 100	100	1 843
2001/2002	217	4 700	100	1 843
2002/2003	235	5 100	109	1 900
2003/2004	255	5 550	116	2 002
2004/2005	283	6 200	///	///
2005/2006	319	7 013	///	///

Source : Journal officiel

6 Ensemble des médecins exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Généralistes	60 832	3 127	1 183	729	230	451	534
densité ¹	101	93	99	97	78	83	93
Spécialistes	53 328	2 190	961	501	126	329	273
densité ¹	88	65	81	67	43	61	47
Ensemble	114 160	5 317	2 144	1 230	356	780	807
densité ¹	189	158	180	163	121	144	140
Effectif 1996	114 011	5 137	1 958	1 172	372	826	809
TCAM 1996/2004	0,0 %	0,4 %	1,1 %	0,6 %	-0,5 %	-0,7 %	0,0 %

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ nombre de médecins pour 100 000 habitants

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Densité : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Médecins libéraux : des différences apparaissent entre le dénombrement des médecins libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 6). Les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, y compris les remplaçants, en établissement de santé privé, ou en laboratoire sont considérés comme libéraux (fig. 1), mais pas les médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital. En revanche (fig. 6), les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital sont recensés comme libéraux, mais pas les remplaçants.

Mode conventionnel : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et non conventionnés.

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Omnipraticiens libéraux

Contexte national

Selon les chiffres de l'assurance maladie, la France compte 60 800 omnipraticiens libéraux au 31 décembre 2004. Ce dénombrement ne prend toutefois pas en compte les médecins exerçant comme remplaçants, qui ne sont pas identifiés par l'assurance maladie dans la mesure où ils utilisent les feuilles de soins des médecins qu'ils remplacent. Parmi les omnipraticiens libéraux, 89 % exercent comme "généralistes", et 11 % ont un Mode d'exercice particulier (MEP), homéopathie, acupuncture... (fig.1) [1]. Les omnipraticiens libéraux représentent 33 % de l'effectif total des médecins, contre 36 % en 1996 [2, 3].

Le nombre d'omnipraticiens libéraux a augmenté de 38 % depuis 1980, mais le rythme de croissance a beaucoup ralenti au cours de la dernière décennie. Le taux de croissance annuel était de 2,3 % entre 1980 et 1994. Depuis 2000, leur effectif est pratiquement stable [1]. Les cessations d'activité vont s'accroître dans les années à venir, la moitié des omnipraticiens étant âgés de plus de 50 ans, et un quart de plus de 55 ans. A l'autre bout de la pyramide des âges, la proportion d'étudiants en troisième cycle des études médicales (internat) qui choisissent la médecine générale est en recul, ce qui risque d'amplifier l'importance et la durée du mouvement de baisse des effectifs attendue au cours des prochaines années [4].

La croissance continue des effectifs au cours des dernières décennies s'est accompagnée de transformations structurelles. La féminisation gagne la médecine générale comme l'ensemble des professions médicales. Un omnipraticien sur quatre est une femme. Avec le ralentissement de la croissance démographique, l'âge moyen recule, 50 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes [1].

De manière générale, les zones les plus fortement médicalisées se situent dans le sud du pays et en Ile-de-France. Mais l'on observe parfois des contrastes importants à l'intérieur des régions. La Seine-Saint-Denis est ainsi le département qui a la plus faible densité médicale en 2004 (75 omnipraticiens pour 100 000 habitants). A l'opposé, dans les Pyrénées-Orientales, on dénombre 136 omnipraticiens pour 100 000 habitants [1].

En moyenne, chaque omnipraticien a une clientèle de 1 500 patients, et effectue un peu plus de 5 000 actes dans l'année, ce qui correspond à 20 actes par jour ouvré [1]. Le nombre de visites a baissé : 42 000 en 2004 contre 72 000 en 1995. Une séance (consultation ou visite) chez le généraliste dure en moyenne seize minutes, les durées étant plus longues pour les personnes âgées qui souffrent en général de polypathologies [3]. Le temps de travail hebdomadaire déclaré par les généralistes libéraux en 2004 est de 56 h 37 minutes chez les hommes et 45 h 20 chez les femmes [5].

La Drees a élaboré une typologie des séances qui permet de caractériser huit grands types de recours aux omnipraticiens [6]. Les séances pour des affections aiguës (pour l'essentiel des infections des voies aériennes) représentent près d'une séance sur cinq, comme le suivi d'affections chroniques stables (21 % des actes). Les problèmes rhumatologiques et les problèmes psychologiques

ou psychiatriques représentent respectivement 9 % et 10 % des motifs de consultation. Le suivi des patients âgés atteints de polypathologies représente 7 % des séances. Enfin, une séance sur vingt est consacrée à un acte de prévention (vaccins, frottis, prescription de pilule...). Par ailleurs, une autre enquête effectuée à l'initiative de la Drees a permis d'évaluer l'importance des recours urgents ou non programmés, qui représentent 12 % de l'activité des médecins généralistes [4].

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont définies par des conventions qui déterminent les tarifs des honoraires et les conditions de leur exercice (mise en œuvre des "bonnes pratiques"...). L'accord conventionnel signé début 2005 a instauré un nouveau dispositif qui confie une mission de coordination des soins au médecin. Chaque patient a désormais l'obligation de choisir un médecin "traitant" (généraliste ou spécialiste) pour bénéficier des tarifs de remboursement les plus avantageux.

La proportion d'omnipraticiens qui pratiquent des honoraires libres (13 %) est beaucoup plus faible que celle des spécialistes (37 %), et concerne principalement l'Ile-de-France (30 %) [1].

Bibliographie page 203

Dans les Pays de la Loire

■ On dénombre 3 100 omnipraticiens libéraux dans les Pays de la Loire au 31 décembre 2004, effectif en progression de 0,4 % par an depuis 1996. Le nombre de praticiens en activité a augmenté en Loire-Atlantique (+ 8 %) et en Maine-et-Loire (+ 6 %) mais a baissé en Mayenne, et surtout en Sarthe (- 7 %) (fig. 1) [9, 10].

■ Malgré cette progression globale, la région occupe le 16^e rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec une densité en omnipraticiens inférieure de 8 % à la moyenne nationale (fig. 4) [9].

■ En Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, et Vendée, la densité médicale est proche de la moyenne nationale. En revanche, en Mayenne et en Sarthe, elle est nettement plus faible, respectivement - 23 % et - 18 % (fig. 1) [9].

■ La proportion d'omnipraticiens pratiquant des honoraires libres est plus faible dans la région qu'au plan national (9 % contre 13 %) (fig. 5) [9].

■ Chaque omnipraticien effectue en moyenne 5 300 actes par an, soit 6 % de plus que la moyenne nationale. Le nombre d'actes par omnipraticien n'a pas augmenté au cours de la dernière décennie. Les visites, qui ne représentent plus que 10 % des actes effectués en 2004 contre 20 % en 1996, sont en net recul (fig. 3) [9, 10].

1 Effectif des omnipraticiens libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Généralistes	54 272	2 775	1 008	645	211	409	502
MEP	6 560	352	175	84	19	42	32
Total omniprat.	60 832	3 127	1 183	729	230	451	534
densité ¹	101	93	99	97	78	83	93
Effectif 1996	60 815	3 030	1 096	687	236	483	528
TCAM 1996-2004	0,0 %	0,4 %	1,0 %	0,7 %	-0,3 %	-0,9 %	0,1 %

Source : SNIR (CNAMTS)

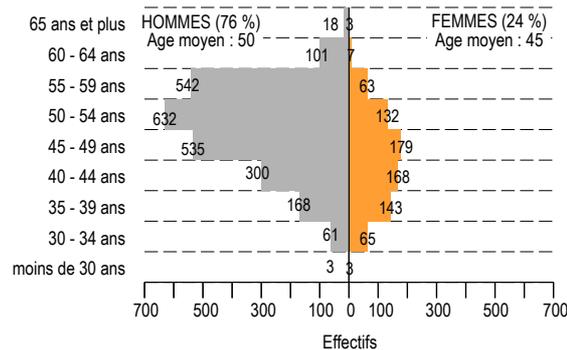
¹ nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité d'omnipraticiens libéraux inférieure à la moyenne, au 16^e rang des régions métropolitaines (fig. 4).

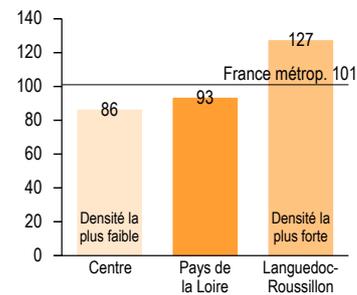
2 Répartition des omnipraticiens libéraux par tranche d'âge et par sexe

Pays de la Loire (31/12/2004)



Source : SNIR (CNAMTS)

4 Nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants (31/12/2004)



Source : SNIR (CNAMTS)

5 Pourcentage d'omnipraticiens libéraux selon le mode conventionnel

Pays de la Loire (31/12/2004)

	Médecine générale	MEP	Total
Secteur I	94,5 %	51,7 %	89,6 %
Secteur II	4,8 %	42,9 %	9,1 %
Non conventionnés	0,8 %	5,4 %	1,3 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : SNIR (CNAMTS)

3 Evolution de l'activité des omnipraticiens libéraux (APE)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2004)

	France métrop.	Pays de Loire		TCAM PDL 1996-2004
	2004	1996	2004	
Consultations ¹	238 955	11 638	13 677	2,0 %
Visites ¹	40 843	3 116	1 603	-8,0 %
Actes techniques ¹	9 111	580	557	-0,5 %
Total actes¹	288 909	15 334	15 837	0,4 %
Nb d'actes par praticien	4 973	5 289	5 275	-0,0 %

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ nombre d'actes en milliers

Définitions

APE : les médecins APE, Actifs à part entière, sont les médecins conventionnés ayant exercé pendant l'année entière et âgés de moins de 65 ans. Les médecins hospitaliers temps plein ayant un exercice libéral ne font pas partie des médecins APE.

Mode conventionnel : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

Omnipraticiens : l'assurance maladie distingue les omnipraticiens qui pratiquent la médecine générale (généralistes) et ceux qui exercent des médecines spécifiques (MEP : mode d'exercice particulier).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Médecins spécialistes

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2005, la France compte 105 000 médecins spécialistes (+ 12 % par rapport à 1996). Les spécialistes représentent aujourd'hui un peu plus de la moitié des effectifs médicaux. Au cours de la dernière décennie, la croissance des effectifs s'est ralentie, le taux de progression annuel moyen est de + 1,3 % entre 1996 et 2005, contre plus de 4 % au milieu des années 1980 [1, 2].

Actuellement, la tendance démographique s'inverse, et le nombre de spécialistes commence à diminuer. Selon les projections effectuées par la Drees, leur effectif devrait diminuer de 16 % d'ici 2025, ce qui entraînera une baisse de la densité médicale de 23 %. Cette tendance générale est plus ou moins accentuée selon les spécialités. Les disciplines qui vont connaître la baisse d'effectifs la plus importante sont l'ophtalmologie (- 42 %), la psychiatrie (- 34 %) et l'oto-rhino-laryngologie (- 30 %) (fig. 4) [3].

Depuis 2004, l'accès aux spécialités s'effectue à partir du troisième cycle des études médicales (internat) selon un Examen national classant (ENC) commun à l'ensemble des spécialités, dont la médecine générale. Depuis cette date en effet, la médecine générale a été reconnue comme une spécialité à part entière. La mise en place de l'ENC a cependant mis en lumière la difficulté à orienter les jeunes médecins vers cette activité. Le nombre de postes en internat offerts aux étudiants étant supérieur au nombre d'étudiants, tous les postes n'ont pas été pourvus, et en particulier ceux concernant la médecine générale, avec cependant des disparités géographiques importantes.

Le ralentissement démographique s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : 50 % des spécialistes sont âgés de 50 ans ou plus [1]. La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes chez les spécialistes est passée de 25 % en 1985 à 38 % aujourd'hui [1, 2].

Plus d'un spécialiste sur deux exerce une spécialité dite médicale (55 %), et un peu moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23 %). Les autres spécialités se répartissent entre la psychiatrie (13 %), la santé publique et la médecine du travail (6 %), et la biologie médicale (3 %). La spécialité qui a l'effectif le plus important est celle des psychiatres (13 600 praticiens en 2005), devant les chirurgiens (10 800, toutes spécialités confondues) et les anesthésistes (10 300). Viennent ensuite les radiologues (7 600), les pédiatres (6 700), les cardiologues (6 000), les ophtalmologistes (5 500), et les gynécologues-obstétriciens (5 000) [1].

La répartition géographique des spécialistes est beaucoup plus contrastée que celle des omnipraticiens. Les zones les plus fortement médicalisées se situent au sud de la France métropolitaine et à Paris. En Picardie, la densité médicale est inférieure de moitié à celle de l'Ile-de-France (fig. 3) [1].

La moitié des spécialistes ont une activité libérale, et 41 % exercent comme salariés en milieu hospitalier. La proportion de médecins d'exercice libéral est restée stable au cours des vingt dernières années [1, 2]. L'exercice libéral varie fortement selon les spécialités : 86 % en ophtalmologie, 62 % en gynécologie-obstétrique, 43 % en pédiatrie,

contre seulement 33 % en anesthésie-réanimation [1]. L'effectif des spécialistes libéraux (53 300 en décembre 2004) est pratiquement stable depuis 1996, alors qu'il avait progressé de 1,2 % par an entre 1990 et 1996 (fig. 2) [4, 5]. Plusieurs spécialités connaissent un recul démographique depuis 2000 : - 7,4 % pour la stomatologie, - 6,4 % pour la pédiatrie et la gynécologie... En revanche, en urologie, néphrologie, chirurgie orthopédique et radiologie, l'augmentation des effectifs se poursuit. Sur le plan conventionnel, 62 % des spécialistes dépendent du secteur I et 37 % du secteur à honoraires libres. Mais la part du secteur à honoraires libres est très variable selon la spécialité et selon les territoires : 58 % des spécialistes libéraux sont à honoraires libres en Ile-de-France contre 13 % seulement en Bretagne. L'urologie est la spécialité dans laquelle on observe la plus forte proportion de médecins en secteur II (81 %) contre 16 % des pneumologues et 18 % des cardiologues [4]. Depuis 2005, la Nomenclature des actes professionnels (NGAP), qui est la base de la rémunération des médecins libéraux, a été remplacée pour les actes techniques par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Bibliographie page 204

Les tableaux ci-joints concernent l'ensemble des spécialités médicales, non compris la médecine générale, qui fait l'objet d'une fiche spécifique.

Dans les Pays de la Loire

- Dans les Pays de la Loire, les spécialistes (4 500 au 1^{er} janvier 2005) représentent un peu moins de la moitié des effectifs médicaux (48 %) (fig. 1) [1]. Depuis 1996, leur effectif a progressé de 20 % dans la région [2].
- Selon les projections de la Drees, l'effectif des spécialistes devrait augmenter d'ici 2025 dans la région (4 700 spécialistes). Le nombre de spécialistes serait supérieur de 5 % à son niveau actuel, et la densité par habitant resterait au niveau de 2005 (fig. 4) [3].
- La région occupe le 18^e rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec 135 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, taux inférieur de 22 % à la moyenne nationale (fig. 3). A l'intérieur de la région, les deux départements universitaires (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) sont ceux qui ont les plus fortes densités (avec respectivement 172 et 147 praticiens pour 100 000 habitants). La Loire-Atlantique est le seul département de la région dont la densité de spécialistes est proche de la moyenne nationale (fig. 1) [1]. La Mayenne a une densité de spécialistes par habitant inférieure de moitié à celle de la Loire-Atlantique (fig. 1) [1].
- Parmi les praticiens libéraux, la proportion de spécialistes pratiquant des honoraires libres est de 24 % dans la région contre 37 % au plan national [6].

1 Nombre de spécialistes selon le type de spécialité

Pays de la Loire (01/01/2005)

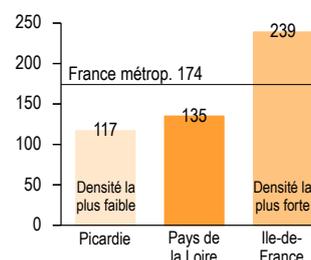
	Pays de la Loire	% spé. libéraux	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Spécialités médicales, dont	2 387	48 %	1 092	596	123	299	277
Anesthésie-réanimation	486	37 %	245	114	20	55	52
Cardiologie	214	61 %	92	49	10	33	30
Dermatologie-vénérologie	149	88 %	65	44	8	17	15
Gastro-entérologie, hépatologie	155	56 %	65	40	10	20	20
Pédiatrie	231	36 %	100	69	8	33	21
Radiodiagnostic et imagerie médical	302	68 %	128	71	24	34	45
Spécialités chirurgicales, dont	1 074	61 %	462	235	63	179	135
Chirurgie générale	182	30 %	77	37	13	32	23
Gynécologie-obstétrique	207	53 %	83	45	13	38	28
Ophthalmologie	241	87 %	112	49	16	35	29
ORL	112	73 %	47	29	8	15	13
Psychiatrie	555	45 %	263	138	28	70	56
Biologie médicale	130	28 %	57	39	6	11	17
Santé publique, méd. travail	379	0 %	178	100	20	34	47
Total	4 525	46 %	2 052	1 108	240	593	532
Densité pour 100 000 hab.	135	///	172	146	81	109	93

Source : ADELI (DREES)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité de médecins spécialistes nettement inférieure à la moyenne nationale, au 18^e rang des régions métropolitaines (fig. 3).

3 Nombre de spécialistes pour 100 000 habitants (01/01/2005)



Source : ADELI (DREES)

2 Nombre de spécialistes libéraux selon la spécialité

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	Effectif		Densité ¹	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Anesthésie-réanimation chirurgicale	173	3 253	5,2	5,4
Cardiologie	144	4 073	4,3	6,8
Dermatologie-vénérologie	126	3 279	3,8	5,4
Gastro-entérologie, hépatologie	91	2 104	2,7	3,5
Pédiatrie	81	2 723	2,4	4,5
Radiologie	239	5 554	7,1	9,2
Chirurgie	137	3 375	4,1	5,6
dont : chirurgie générale	89	2 549	2,7	4,2
Chirurgie orthopédique et traumatologie	90	1 719	2,7	2,8
Gynécologie	215	5 479	6,4	9,1
dont : gynécologie obstétrique	125	3 512	3,7	5,8
Ophthalmologie	212	4 578	6,3	7,6
ORL	86	2 305	2,6	3,8
Psychiatrie	254	6 018	7,6	10,0
Autres	342	8 868	///	///
Total	2 190	53 328	65,2	88,4

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ nombre de spécialistes pour 100 000 habitants

4 Projection du nombre de spécialistes

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005 - 01/01/2025)

	Evolution 2005-2025
FRANCE METROPOLITAINE	
Spécialités médicales, dont	-12,6 %
Anesthésie-réanimation	-13,8 %
Cardiologie	-10,9 %
Dermatologie-vénérologie	-23,4 %
Gastro-entérologie, hépatologie	0,5 %
Pédiatrie	6,5 %
Radiologie	-26,6 %
Spécialités chirurgicales, dont	-14,2 %
Chirurgie générale et autres	-3,3 %
Gynécologie-obstétrique	0,3 %
Ophthalmologie	-42,1 %
ORL	-30,2 %
Psychiatrie	-33,8 %
Biologie médicale	-2,9 %
Santé publique, méd. travail	-18,7 %
Total France métropolitaine	-15,7 %
PAYS DE LA LOIRE	
Pays de la Loire	+ 4,8 %

Source : ADELI redressé, projections DREES

Définitions

ADELI : Automatisation DEs LIstes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la DREES (voir sources page 211).

CCAM : la Classification commune des actes médicaux, mise en place à partir de 2004 est une nomenclature "en nature" qui répertorie l'ensemble des actes techniques (interventions chirurgicales, actes d'exploration...) réalisés par les médecins.

Densité : nombre de spécialistes pour 100 000 habitants.

Médecins libéraux : des différences apparaissent entre le dénombrement des spécialistes libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 2).

Les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, en établissement de santé privé, ou en laboratoire, y compris les remplaçants sont considérés comme libéraux (fig. 1). Ce n'est pas le cas en revanche des médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital. Dans la figure 2, les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital sont considérés comme libéraux, mais pas les remplaçants.

Mode conventionnel : secteur I (tarifs fixés par la convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Chirurgiens-dentistes

Contexte national

Un peu plus de 41 400 chirurgiens-dentistes exercent leur activité en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2006 (fig. 1). 35 % des chirurgiens-dentistes sont des femmes (55 % chez les moins de trente ans), et 44 % sont âgés de 50 ans ou plus ^[1].

Le nombre de chirurgiens-dentistes a progressé de 20 % depuis 1985, avec un rythme de croissance beaucoup moins fort que celui des médecins (dont l'effectif a augmenté de 40 % pendant la même période), mais leur effectif se stabilise actuellement. La très grande majorité a un exercice libéral (92 %), les autres praticiens étant salariés dans les centres mutualistes, les établissements de santé ou les caisses d'assurance maladie ^[1, 2].

La densité moyenne en France métropolitaine est de 68 praticiens pour 100 000 habitants (fig. 1) ^[1]. Les pays européens dont la densité de chirurgiens-dentistes est la plus élevée sont la Belgique (91 praticiens pour 100 000 habitants) et la Finlande (86). On dénombre en revanche seulement 44 praticiens pour 100 000 habitants au Royaume-Uni et 50 en Espagne ^[3].

Les chirurgiens-dentistes sont formés au bout de six ans d'études, après une première année commune avec les médecins (PCEM1). Pour faire face à la baisse des effectifs attendue au cours des prochaines années, le nombre d'étudiants admis en deuxième année a été progressivement réévalué et a atteint 977 lors de l'année universitaire 2005-2006 (+ 22 % par rapport à 2001) (fig. 6).

L'effectif de chirurgiens-dentistes libéraux (36 700 au 31 décembre 2004) est pratiquement stable depuis 1996. 95 % sont des omnipraticiens, les autres exerçant l'Orthopédie dento-faciale (ODF) ; l'effectif de spécialistes ODF est passé de 1 422 en 1996 à 1 794 en 2004 (fig. 2) ^[4, 5]. A l'intérieur du territoire français, on retrouve les oppositions habituelles entre les régions de forte densité, l'Île-de-France, le sud du pays mais aussi l'Alsace d'un côté, et la Normandie et les régions du nord de l'autre. On dénombre seulement 32 praticiens libéraux pour 100 000 habitants dans la Creuse ou dans l'Orne contre 114 à Paris ^[6].

Chaque chirurgien-dentiste libéral voit en moyenne 694 patients différents au cours d'une année, avec des variations très importantes selon les territoires. Dans l'Orne, un chirurgien-dentiste a une file active moyenne de 1 000 patients contre seulement 428 patients pour un professionnel installé à Paris ^[6]. Les actes de soins des dentistes libéraux se répartissent principalement entre les soins conservateurs (1 400 actes par professionnel et par an), les prothèses, et les soins d'extraction (fig. 4) ^[4]. Les soins conservateurs et chirurgicaux (principalement les extractions dentaires) sont, comme les autres actes de soins, remboursés à 70 % par l'assurance maladie. En revanche, les soins de prothèses (63 % des honoraires des omnipraticiens) et d'orthopédie sont faiblement remboursés par la sécurité sociale, les chirurgiens-dentistes ayant

la liberté de pratiquer des dépassements par rapport au tarif de l'assurance maladie, sur la base d'un devis remis au patient (entente directe). Les soins dentaires sont d'ailleurs le principal motif de renoncement aux soins pour des raisons financières (50 % des cas de renoncements) ^[7]. En revanche, les personnes qui relèvent de la Couverture maladie universelle (CMU) bénéficient d'une prise en charge intégrale, dans la limite du panier de soins dont la composition a été définie par décret.

Selon l'estimation effectuée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), les affections de la bouche et des dents représentent 6,3 % des dépenses de santé, au troisième rang de la consommation de soins et de biens médicaux, analysée par groupe de pathologies ^[8]. Il est à noter que la prise en charge des soins dentaires repose principalement sur les chirurgiens-dentistes. Les stomatologues, qui sont médecins, prennent en charge quant à eux les soins plus spécialisés.

Bibliographie page 204

Dans les Pays de la Loire

■ On dénombre 1 940 chirurgiens-dentistes dans les Pays de la Loire en 2006, dont 93 % exercent à titre libéral, pourcentage équivalent à la moyenne française (fig. 1) ^[1].

■ La région occupe le 13^e rang des régions françaises pour la densité par habitant (par ordre décroissant), avec 57 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, taux inférieur de 16 % à la moyenne nationale (fig. 5) ^[1].

■ A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le département qui a la plus forte densité (71 praticiens pour 100 000 habitants), la seule faculté de chirurgie dentaire de la région étant implantée à Nantes. Dans tous les autres départements, la densité est inférieure à la moyenne française respectivement - 37 % et - 34 % en Mayenne et en Sarthe (fig. 1) ^[1].

■ Entre 1996 et 2004, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux a augmenté de 0,4 % par an au plan régional. Parmi les 1 762 professionnels exerçant à titre libéral, quatre-vingt-dix ont la qualification de spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF). En Maine-et-Loire et en Sarthe, on observe une baisse du nombre de praticiens au cours de la période 1996-2004 (fig. 2) ^[4, 5].

■ La file active moyenne d'un chirurgien-dentiste libéral en 2003 est de 1 081 patients en Mayenne, contre seulement 789 patients en Loire-Atlantique, écarts traduisant notamment les disparités de densité entre départements ^[6].

1 Les chirurgiens-dentistes

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Chirurgiens-dentistes	41 374	1 940	860	394	129	245	312
% libéraux	92 %	93 %	93 %	95 %	89 %	91 %	95 %
Densité ¹	68	57	71	52	43	45	53

Source : ADELI (DREES)

¹ nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

Dans les Pays de la Loire, la densité de chirurgiens-dentistes est inférieure à la moyenne nationale, au 13^e rang des régions françaises (fig. 5).

2 Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

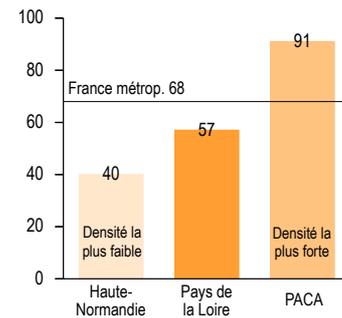
	1996	2004	dont ODF ¹	% femmes	% 50 ans et plus	TCAM 1996/2004
Loire-Atlantique	701	766	42	38 %	35 %	1,1 %
Maine-et-Loire	378	368	19	33 %	42 %	-0,3 %
Mayenne	112	115	7	30 %	46 %	0,3 %
Sarthe	239	228	11	29 %	40 %	-0,6 %
Vendée	277	285	11	27 %	42 %	0,4 %
Pays de la Loire	1 707	1 762	90	33 %	39 %	0,4 %
France métrop.	36 873	36 688	1 794	33 %	42 %	-0,1 %

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ orthopédie dento-faciale

3 Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

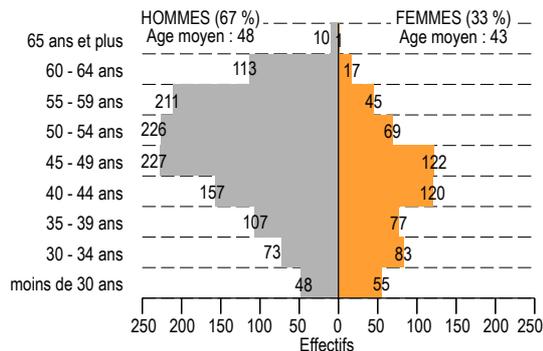
(01/01/2006)



Source : ADELI (DREES)

3 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes libéraux

Pays de la Loire (31/12/2004)



Source : SNIR (CNAMTS)

4 Evolution de l'activité des chirurgiens-dentistes libéraux (APE)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2004)

	France métrop. 2004	Pays de la Loire		TCAM PDL 1996-2004
		1996	2004	
NB MOYEN D'ACTES PAR PROFESSIONNEL				
CS+VS Consultations + visites	310	314	373	2,2 %
D+DC Chir. dentaire, soins d'extraction	176	176	166	-0,7 %
SC Soins conservateurs	1 399	1 993	1 693	-2,0 %
SPR Prothèses	349	251	389	5,6 %
NB MOYEN DE COEFFICIENTS PAR PROFESSIONNEL				
CS+VS Consultations + visites	///	///	///	///
D+DC Chir. dentaire, soins d'extraction	1 934	1 562	1 764	///
SC Soins conservateurs	18 665	21 142	21 895	///
SPR Prothèses	16 768	10 081	18 040	///

Source : SNIR (CNAMTS)

6 Numerus clausus des études en odontologie

Pays de la Loire, France

Année	Etudiants admis en PCEM2	
	Nantes	France
2000/2001	50	801
2001/2002	50	801
2002/2003	53	850
2003/2004	58	930
2004/2005	61	977
2005/2006	61	977

Source : Journal officiel

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Llistes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

File active : patient vu au moins une fois dans l'année.

Nomenclature des actes professionnels des chirurgiens-dentistes (NGAP) :

C, V : consultations, visites

D et DC : soins d'extraction

SC : soins conservateurs

SPR : prothèses

TO : orthodontie dento-faciale

Une modification de la nomenclature des actes des chirurgiens-dentistes est intervenue en 2001, limitant les possibilités de comparaison en termes de nombre de coefficients de lettre-clé.

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Pharmaciens

Contexte national

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) recense 70 500 pharmaciens actifs au 1^{er} janvier 2005. Leur nombre a augmenté de 35 % par rapport à 1990, et de 125 % depuis 1975. Avec l'instauration d'un *numerus clausus* (nombre d'étudiants admis en 2^e année d'études) en 1980, la croissance démographique s'est ralentie ; plus de 4 % par an à la fin des années 1980 contre 1,5 % à 2 % aujourd'hui [1]. La féminisation est plus accentuée pour cette profession (64 %), que pour les médecins (38 %). 38 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus [2].

Suite à la croissance des effectifs, la densité par habitant est passée de 68 pharmaciens pour 100 000 habitants en 1980 à 114 pour 100 000 en 2005 [1]. Cette densité est variable selon les régions, le Limousin ayant la plus forte densité, supérieure de 28 % à la moyenne nationale (fig. 5) [2].

Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie comprend trois cycles pour une durée d'études d'au minimum six ans. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année est de 2 900 pour l'année universitaire 2005-2006 (+ 29 % par rapport à 2002-2003), et il correspond au *numerus clausus* du début des années 1980 (fig. 3). Le troisième cycle est d'une durée variable en fonction de la spécialisation choisie, officine, industrie, internat ou recherche. Selon l'hypothèse d'un *numerus clausus* maintenu constant à 2 790 étudiants, l'effectif projeté continuerait à augmenter jusqu'en 2015 pour diminuer ensuite (scénario central). La densité augmenterait entre 2005 et 2015 de 114 à 118 pharmaciens pour 100 000 habitants avant de diminuer puis de retrouver son niveau actuel en 2030 [3].

La grande majorité des professionnels (72 %) exercent leur activité principale en officine de ville, comme titulaires (22 650) ou adjoints. Le nombre de pharmaciens titulaires d'officine a peu augmenté depuis 15 ans, en revanche le nombre d'adjoints est en forte progression ; on dénombre en moyenne en 2005 un pharmacien-adjoint par officine contre 0,65 au début des années 1990 [1].

Selon l'ordre national des pharmaciens, 23 300 officines pharmaceutiques sont installées en France, dont 69 pharmacies mutualistes et 68 établissements dépendant de sociétés de secours minières. Cela correspond à une densité moyenne d'une officine pour 2 700 habitants. Les officines emploient un peu plus de 100 000 personnes [4]. La France disposait en 2001 du réseau d'officines le plus dense en Europe. On dénombre, en effet, seulement une officine pour 4 500 habitants en Allemagne ou au Royaume-Uni [5].

L'activité de distribution du médicament est très encadrée, la décision de création ou de transfert d'une officine relevant du préfet. Dans les communes de plus de 30 000 habitants, une création ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3 000. Dans les communes moins peuplées, ce seuil est abaissé à 2 500 habitants.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie représentent un peu plus des quatre cinquièmes du chiffre d'affaires des officines, et les achats sans ordonnance 14 %. Les autres produits vendus en officine représentent une faible partie du chiffre d'affaires pour la plupart des établissements (2 % pour les produits d'hygiène et de beauté) [5].

Face à la forte croissance des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics, qui déterminent les taux de marge commerciale des pharmaciens pour les spécialités remboursables, ont introduit au début des années 1990 un système de marge dégressif en fonction du prix du médicament [5]. Par ailleurs, depuis 1999, les pharmaciens sont encouragés à substituer des génériques à des médicaments équivalents plus coûteux, les marges pour les deux types de médicaments (princeps ou générique) étant identiques.

Une convention organise les rapports entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie, selon un dispositif conventionnel commun à toutes les officines. Celle-ci détermine les engagements des pharmaciens en matière de dispensation pharmaceutique, de formation et de coordination des soins, de permanence pharmaceutique, de traitement des feuilles de soins et de dispense d'avance de frais... [6].

La distribution des médicaments repose également, en amont des officines, sur les entreprises de distribution de gros, qui emploient 1 500 pharmaciens répartis entre 227 entreprises de distribution [4].

Les établissements sanitaires et sociaux sont le deuxième secteur d'activité des pharmaciens (10 % des pharmaciens), qui exercent au sein des Pharmacies à usage intérieur (PUI), ou dans les laboratoires d'analyses de biologie médicales hospitaliers pour un tiers d'entre eux. Leur effectif a progressé de 71 % depuis 1990 [1].

L'industrie pharmaceutique emploie 3 800 pharmaciens (+ 54 % depuis 1990). Dans ce secteur, un pharmacien sur deux est âgé de moins de 40 ans. Enfin, environ 5 400 pharmaciens (8 % des effectifs) travaillent comme directeur ou directeur-adjoint d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale [1], la France étant l'un des rares pays d'Europe où la formation des biologistes est commune aux pharmaciens et aux médecins, dans le cadre de l'internat [5].

Bibliographie page 204

(voir fiches "Biologie médicale", "Médicaments")

Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 3 200 pharmaciens dans les Pays de la Loire, dont près de la moitié sont titulaires d'officine (fig. 1) [2, 7]. Leur effectif a progressé de 32 % depuis dix ans [7, 8].
- Malgré cette forte augmentation, la densité de pharmaciens dans les Pays de la Loire est inférieure de 14 % à la moyenne nationale, et la région se trouve au 20^e rang des régions françaises pour cet indicateur (fig. 5) [2].
- Les 1 200 officines de la région desservent chacune en moyenne une population de 2 700 personnes. Les variations de densité entre départements sont relativement faibles, dans la mesure où les créations d'officines sont encadrées par des règles démographiques strictes (fig. 2) [7].
- La région dispose de deux établissements de formation, dans les CHU de Nantes et Angers.

1 Les pharmaciens

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Pharmaciens	67 484	3 206	1 189	750	276	464	527
dont titulaires d'officine	29 268	1 561	567	317	141	243	293
% titulaires d'officine	43,4 %	48,7 %	47,7 %	42,3 %	51,1 %	52,4 %	55,6 %
densité ¹	111	95	100	99	93	85	92

Source : ADELI (DREES), STATISS (DRASS)

¹ densité pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité de pharmaciens inférieure à la moyenne nationale. Elle occupe le 20^e rang des régions françaises (fig. 5).

2 Les officines pharmaceutiques

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	Officines pharmaceutiques	Nombre d'habitants par officine
Loire-Atlantique	446	2 673
Maine-et-Loire	267	2 819
Mayenne	103	2 849
Sarthe	196	2 769
Vendée	224	2 575
Pays de la Loire	1 236	2 717
France métropolitaine	22 821	2 644

Source : STATISS (DRASS)

3 Numerus clausus des études pharmaceutiques

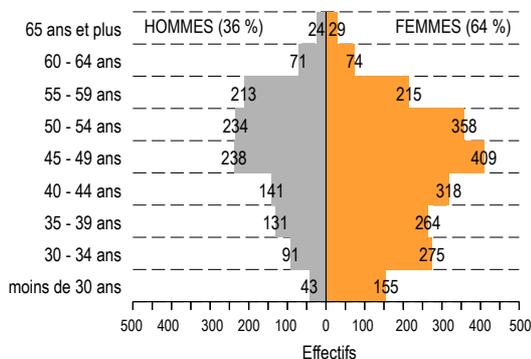
Pays de la Loire, France

	Etudiants admis en 2 ^e année du 1 ^{er} cycle		
	Angers	Nantes	France
2000/2001	49	70	2 250
2001/2002	49	70	2 250
2002/2003	49	70	2 250
2003/2004	60	83	2 600
2004/2005	65	89	2 790
2005/2006	70	95	2 900

Source : Journal officiel

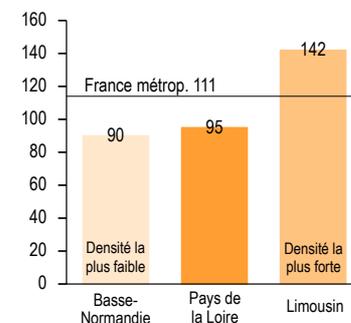
4 Pyramide des âges des pharmaciens

Pays de la Loire (01/01/2006)



Source : DRASS

5 Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants (01/01/2005)



Source : ADELI (DREES)

Définitions

ADELI : Automatisation DEs LIstes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

Selon leur spécialité et leur lieu d'exercice, les pharmaciens sont répartis entre sept sections différentes (un même pharmacien pouvant être inscrit dans deux sections différentes en cas de multiactivités) :

- A, titulaires d'officine
- B, pharmaciens de l'industrie
- C, pharmaciens de la distribution en gros
- D, pharmaciens salariés (adjoint en officine, sécurité sociale...)
- E, départements et territoires d'outre-mer
- G, pharmaciens biologistes
- H, pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé.

Dénombrement des pharmaciens

Des différences apparaissent entre le dénombrement des pharmaciens effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par le Conseil national de l'ordre qui tiennent aux méthodes de recensement utilisées.

Sages-femmes

Contexte national

Les sages-femmes "possèdent un statut de personnel médical à compétences définies et encadrées"^[1]. Le code de la santé publique indique qu'elles ont en charge "la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant"^[2]. Elles sont formées pour assurer le suivi de la grossesse et l'accouchement normal, mais sont également impliquées dans la surveillance des grossesses pathologiques, leurs attributions ayant été élargies en 2006^[3]. Leurs différents champs d'intervention (avant, pendant et après l'accouchement) sont cependant partagés avec de nombreux autres professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes).

Après une période de relative stabilité durant les années 1970, l'effectif des sages-femmes a progressé rapidement depuis le début des années 1990. Au cours de la dernière décennie, leur effectif est passé de 12 700 à 17 000 (France métropolitaine), soit une augmentation de près de 34 %^[4, 5]. Parallèlement, le nombre de naissances enregistrées a augmenté (734 000 en 1996, 768 000 en 2004, soit + 5 %)^[6].

Avec la croissance récente des effectifs, la profession s'est rajeunie, et seulement 27 % des sages-femmes sont âgées de 50 ans ou plus. Contrairement aux autres professions médicales, la progression du nombre de sages-femmes devrait se poursuivre à moyen terme^[4].

La formation des sages-femmes dure quatre ans, après une première année commune aux études médicales (PCEM1). Le quota d'entrée dans les écoles a été réévalué, de 732 en 1999 à 1 000 étudiants admis à poursuivre leurs études à l'issue de l'année universitaire 2005/2006 (fig. 6). Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales, les charges de fonctionnement des instituts de formation dépendent dorénavant des conseils régionaux.

Le nombre d'hommes dans la profession reste marginal (1,1 % des effectifs), mais ils représentent près de 9 % des étudiants entrés en formation en 2004. Cette évolution récente semble liée à la création de la première année d'étude commune à l'ensemble des études médicales, PCEM1 (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme)^[7].

On observe, comme pour les autres professions de santé, des écarts très importants de densité par habitant. Ainsi, en Picardie, on dénombre 75 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui représente la moitié de la densité de la région Franche-Comté (148 pour 100 000) (fig. 5)^[4].

L'hôpital est leur principal employeur : un peu plus de la moitié des sages-femmes (57 %) exercent dans un établissement public de santé, une sur quatre dans une clinique (22 %) ^[8]. L'accouchement est l'activité centrale du métier de sage-femme en établissement, mais avec un mode d'organisation qui est différent entre les établissements du secteur public et les cliniques "à but lucratif".

Selon le Conseil national de l'ordre des sages-femmes, dans de nombreuses cliniques privées, les sages-femmes participent à la préparation de l'accouchement et à la surveillance du travail mais ne pratiquent pas elles-mêmes l'accouchement, qui est pris en charge par un gynécologue-obstétricien^[1].

L'effectif des sages-femmes libérales (2 000 professionnelles au 31 décembre 2004) est en forte progression : + 5,6 % chaque année depuis 1996 (fig. 3)^[9, 10]. Leur implantation est très inégalement répartie, certains départements ne disposant d'aucune professionnelle en activité (Creuse, Haute-Corse). En revanche, dans le département du Gard, la densité de professionnelles par habitant représente plus du double de la moyenne nationale. Selon les chiffres de l'assurance maladie, chaque professionnelle voit en moyenne 283 patientes différentes, pour un plus de 2 100 actes dans l'année. La préparation à l'accouchement (73 % des actes de consultation), la rééducation périnéale (70 % des actes cotés SF), et la surveillance des grossesses pathologiques (15 % des actes cotés SF) sont les principales activités des sages-femmes libérales. En revanche, elles ont peu accès au plateau technique des cliniques et pratiquent exceptionnellement des accouchements (1 300 en 2004)^[11].

Bibliographie page 204

Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 850 sages-femmes dans les Pays de la Loire (fig. 1). La région occupe le 17^e rang des régions françaises pour la densité par habitant, avec un taux inférieur de 7 % à la moyenne nationale (fig. 5)^[4].
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique et la Vendée sont les départements qui ont les plus fortes densités, proches de la moyenne nationale. En revanche en Sarthe, la densité de sages-femmes est inférieure de 29 % à la moyenne française (fig. 1)^[4].
- Les établissements de santé sont leur principal employeur : 55 % exercent dans les établissements publics, et 21 % dans les établissements privés. Le temps partiel représente 39 % des emplois dans les établissements publics et 53 % dans les cliniques privées (fig. 2)^[8].
- Depuis 1996, l'effectif des sages-femmes libérales a progressé encore plus rapidement dans la région qu'au plan national, respectivement 6,8 % et 5,6 % par an. La densité par habitant est plus élevée dans la région qu'au plan national, + 36 % (fig. 3)^[10, 11].
- La structure de l'activité des sages-femmes a beaucoup évolué au cours des dernières années. Les actes de soins infirmiers ont fortement diminué. En revanche, les actes cotés SF sont en progression (rééducation périnéale, surveillance des grossesses pathologiques, suivi postnatal...) (fig. 4)^[10, 11].

1 Les sages-femmes

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Sages-femmes	16 995	851	339	194	68	102	148
% libéraux	15,4 %	22,6 %	23,3 %	21,1 %	8,8 %	26,5 %	26,4 %
Densité ¹	116	108	116	106	105	82	117

Source : ADELI (DREES)

¹ nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité de sages-femmes inférieure à la moyenne nationale, au 17^e rang des régions françaises (fig. 5). En revanche, dans le secteur libéral, la densité de sages-femmes libérales est plus importante dans les Pays de la Loire qu'au plan national (fig. 3).

2 Evolution du nombre de sages-femmes dans les établissements de santé

Pays de la Loire (1996 - 2004)

	1996	2004	dont % temps partiel	ETP 2004	TCAM 1996-2004
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS					
Nombre de sages-femmes	333	464	39 %	406	4,2 %
Nombre d'accouchements	21 731	26 252	///	///	2,4 %
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES					
Nombre de sages-femmes	144	181	53 %	137	2,9 %
Nombre d'accouchements	17 607	17 353	///	///	-0,2 %
Nombre de naissances enregistrées	39 776	43 967	///	///	1,3 %

Sources : SAE (DREES), INSEE

3 Les sages-femmes exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2004	2 016	151	59	37	4	19	32
densité ¹	14	19	20	20	6	15	26
1996	1 300	89	34	26	5	10	14
TCAM 1996-2004	5,6 %	6,8 %	7,1 %	4,5 %	-2,8 %	8,4 %	10,9 %

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

4 Evolution de l'activité des sages-femmes exerçant à titre libéral (APE)

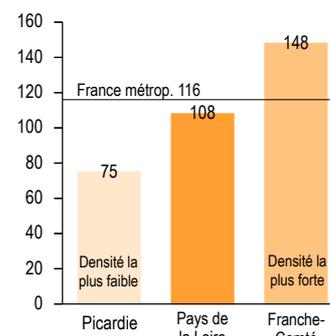
Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2004)

	France métrop. 2004	Pays de la Loire		TCAM PDL 1996-2004
		1996	2004	
NB MOYEN D'ACTES PAR PROFESSIONNEL				
C Consultations	734	914	888	-0,4 %
SF Actes non infirmiers	904	498	882	7,4 %
SFI Soins infirmiers	545	658	90	-22,0 %
NB MOYEN DE COEFFICIENTS PAR PROFESSIONNEL				
SF Actes non infirmiers	7 741	3 433	7 562	10,4 %
SFI Soins infirmiers	1 463	1 508	199	-22,4 %

Source : SNIR (CNAMTS)

5 Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants¹

(01/01/2006)



Source : ADELI (DREES)

¹ densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

6 Numerus clausus des études de sages-femmes

Pays de la Loire, France

	Etudiants admis en fin de PCEM1		
	Angers	Nantes	France
2002/2003	23	24	936
2003/2004	23	25	975
2004/2005	24	26	1 000
2005/2006	24	26	1 000

Source : Journal officiel

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Densité : nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Nomenclature des actes professionnels (NGAP)

C : consultation (préparation à l'accouchement...)

SF : soins autres que soins infirmiers (rééducation périnéale, surveillance des grossesses pathologiques à domicile...)

SFI : soins infirmiers de sages-femmes

V : visite

Sages-femmes libérales : des différences apparaissent entre le dénombrement effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 3), qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées, et en particulier à la prise en compte dans la figure 1 des remplaçants.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Professionnels de la rééducation

Contexte national

L'activité de rééducation-réadaptation repose sur des savoir-faire très diversifiés et mobilise aussi bien les professionnels du soin, que de l'accompagnement social. On dénombre en France 1 900 médecins de médecine physique et de rééducation, mais de nombreux auxiliaires médicaux sont également concernés par cette activité [1]. La France métropolitaine compte ainsi (au 1^{er} janvier 2006) 62 000 masseurs-kinésithérapeutes, 16 600 orthophonistes, et 2 700 orthoptistes, trois professions paramédicales exerçant leur activité sur prescription médicale (fig. 1) [2].

Le quota qui détermine le nombre d'étudiants admis en formation de masseur-kinésithérapeute a été réévalué et a atteint 1 700 en 2004-2005 [3]. Les modes d'organisation des études sont variables selon les régions, la première année de formation étant, dans certaines universités, commune avec le premier cycle des études médicales (PCEM1). La forte demande pour ce type de cursus incite les étudiants à recourir à des préparations spécialisées privées (environ un étudiant sur deux en 2004). Parmi les nouveaux installés, il faut également prendre en compte les diplômés formés dans d'autres pays de l'Union européenne (1 200 en 2003), dont une majorité de Français. Dans ce contexte, la Drees ne prévoit pas une baisse des effectifs pour cette profession dans les années à venir [4]. Les formations de masseurs-kinésithérapeutes sont délivrées au sein d'écoles privées ou à l'université. Quant aux orthophonistes et aux orthoptistes, ils sont essentiellement formés dans les universités, au sein des facultés de médecine.

Le rythme de croissance annuel (1996-2006) des effectifs est relativement élevé, un peu plus de 3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, et 4 % pour les orthoptistes [2, 5].

Orthophonistes et orthoptistes sont des professions essentiellement féminines, respectivement 96 % et 92 % des effectifs en 2006 [2]. En revanche, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont des hommes, même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer cette profession (45 %). Elles sont majoritaires (58 %) parmi les nouveaux inscrits en formation en 2004 [3].

On observe, comme pour les autres professions de santé, des écarts très importants de densité par habitant selon les zones géographiques. L'Île-de-France et les départements du sud ont les plus fortes densités. En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, les situations extrêmes sont celles de la région Haute-Normandie (62 praticiens pour 100 000 habitants) et de Provence-Alpes-Côte d'Azur (149) [2].

Pour ces trois métiers de la rééducation, l'exercice libéral est nettement majoritaire : 79 % pour les orthophonistes, 79 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et 74 % pour les orthoptistes [2]. De nombreux professionnels ont cependant une activité mixte, et exercent aussi bien en cabinet libéral que dans des établissements de santé ou au sein de structures médico-sociales.

D'après les chiffres de l'assurance maladie, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes (43 000), orthophonistes (11 600) et orthoptistes libéraux (1 600) ont progressé

depuis 1996 à un rythme relativement élevé, respectivement + 2,7 %, + 3,7 %, et + 2,6 % (fig. 3) [6, 7]. Chaque kinésithérapeute voit en moyenne chaque année 253 patients différents en activité libérale, un orthophoniste 96 personnes, et un orthoptiste 533. Mais ces moyennes cachent, pour chaque profession, des disparités très fortes entre départements, qui ne reflètent pas toujours les variations de densité de professionnels par habitant. Ainsi, la file active moyenne d'un masseur-kinésithérapeute libéral est de 406 patients par an en Sarthe contre seulement 155 en Haute-Corse. Les écarts sont beaucoup plus importants encore pour les orthoptistes (de un à huit) et pour les orthophonistes (de un à dix) [6].

Des modifications sont intervenues en 2002 dans la nomenclature des orthoptistes. Ces derniers ont maintenant la possibilité d'effectuer sur prescription médicale, et dans le cadre d'indications précises, la "détermination subjective et objective de l'acuité visuelle", c'est-à-dire l'examen de réfraction oculaire qui permet au médecin de prescrire des lunettes. Une nouvelle organisation se met en place progressivement dans certains cabinets médicaux et les établissements de santé, permettant à des orthoptistes d'intervenir auprès d'ophtalmologistes pour effectuer ces examens [9]. Cette évolution vise à répondre à la baisse du nombre d'ophtalmologistes, mais également à prendre en compte les besoins liés au vieillissement (malvoyance). La profession d'orthoptiste reste toutefois numériquement peu importante et son effectif est actuellement insuffisant pour faire face à ces nouveaux besoins.

Bibliographie page 205

Dans les Pays de la Loire

- 2 850 masseurs-kinésithérapeutes, 800 orthophonistes et 139 orthoptistes exercent leur activité dans les Pays de la Loire (fig. 1) [2].
- La région se trouve dans une position moyenne en matière de densité de professionnels par habitant : au 12^e rang pour les masseurs-kinésithérapeutes, et au 9^e pour les orthophonistes comme pour les orthoptistes [2].
- A l'intérieur de la région, la Loire-Atlantique est le département qui a la plus forte densité pour ces trois métiers (supérieure à la moyenne nationale). La Mayenne est le département le moins pourvu (fig. 1) [2].
- Les deux centres de formation des orthophonistes et des orthoptistes de la région dépendent du CHU de Nantes. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la seule formation est délivrée par une école privée nantaise [10].
- En secteur libéral, la croissance des effectifs a été beaucoup plus importante dans les Pays de la Loire qu'au plan national. Depuis 1996, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a progressé de 3,2 % par an dans la région, celui des orthophonistes de 5,7 %, et celui des orthoptistes de 3,5 % (fig. 3) [6, 7].

1 Professionnels de la rééducation

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Masseurs-kinésithérapeutes	61 999	2 853	1 248	594	160	356	495
% libéraux	79 %	79 %	79 %	81 %	74 %	76 %	82 %
Densité ¹	102	84	103	78	54	65	85
Orthophonistes	16 551	812	397	173	45	90	107
% libéraux	79 %	82 %	83 %	83 %	67 %	79 %	82 %
Densité ¹	27	24	33	23	15	16	18
Orthoptistes	2 679	139	72	30	5	20	12
% libéraux	74 %	58 %	50 %	60 %	100 %	65 %	67 %
Densité ¹	4,4	4,1	6,0	4,0	1,7	3,7	2,1

Source : ADELI (DREES)

¹ densité pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se situe dans une position moyenne en matière de densité de professionnels de la rééducation. Elle occupe le 12^e rang des régions françaises pour les masseurs-kinésithérapeutes (fig. 4) et le 9^e rang pour les orthophonistes et les orthoptistes.

2 Les métiers de la rééducation exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

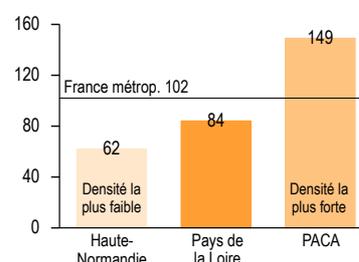
	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Masseurs-kinésithérapeutes	43 002	2 039	885	432	112	250	360
Densité ¹	71	61	74	57	38	46	62
Orthophonistes	11 630	605	289	135	33	67	81
Densité ¹	19	18	24	18	11	12	14
Orthoptistes	1 552	67	29	16	3	11	8
Densité ¹	2,6	2,0	2,4	2,1	1,0	2,0	1,4

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ densité pour 100 000 habitants

3 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

(01/01/2006)



Source : ADELI (DREES)

3 Evolution des effectifs des métiers de la rééducation exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/1996 - 31/12/2004)

	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes
1996	1 581	388	51
2004	2 039	605	67
TCAM 1996/2004	3,2 %	5,7 %	3,5 %
France métrop. TCAM 1996/2004	2,7 %	3,7 %	2,6 %

Source : SNIR (CNAMTS)

4 Evolution de l'activité des professionnels de la rééducation exerçant à titre libéral (APE) Nb moyen d'actes ou de coef. par professionnel

Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2004)

	France métrop.	Pays de la Loire		TCAM PDL 1996-2004
	2004	1996	2004	
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES				
AMS (Actes)	1 978	///	2 209	///
AMK (Actes)	2 083	///	1 891	///
AMC (Actes)	146	///	144	///
AMS (coef.)	14 765	///	16 185	///
AMK (coef.)	16 025	///	14 382	///
AMC (coef.)	1 073	///	1 061	///
ORTHOPHONISTES				
AMO (Actes)	1 652	1 577	1 606	0,2 %
AMO (coef.)	19 521	17 554	18 664	0,8 %
ORTHOPTISTES				
AMY (Actes)	2 702	2 775	3 084	1,3 %
AMY (coef.)	15 986	14 877	18 956	3,1 %

Source : SNIR (CNAMTS)

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Densité : nombre de professionnels de la rééducation pour 100 000 habitants.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) :

AMS : actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques des masseurs-kinésithérapeutes.

AMK : actes de rééducation en ambulatoire des masseurs-kinésithérapeutes.

AMC : actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement par les masseurs-kinésithérapeutes.

AMO : actes des orthophonistes.

AMY : actes des orthoptistes.

Orthoptiste : professionnels de santé qui participent au dépistage, à la rééducation et à la réadaptation des troubles de la vision.

Professionnels de la rééducation : ces différents tableaux ne sont pas exhaustifs et ne recensent pas tous les médecins et auxiliaires médicaux impliqués dans les soins de rééducation.

Professionnels de santé libéraux : des différences apparaissent entre le dénombrement des professionnels de santé libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 2) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées.

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Infirmiers

Contexte national

Les infirmiers (469 000 professionnels en 2006) représentent la profession de santé la plus importante en France, leur effectif ayant été multiplié par 2,8 depuis 1975 (fig. 1) ^[1, 2]. Les versions successives du décret relatif aux actes professionnels qui détermine la nature des actes effectués par les infirmiers, traduisent l'évolution de leur identité professionnelle, que ce soit dans le domaine des actes effectués sur prescription du médecin ou en application du rôle propre dévolu à l'infirmier ^[3].

Les infirmiers sont formés après le baccalauréat, à l'issue de trois ans d'études, au sein des 330 Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), dont 80 % sont rattachés à des établissements publics de santé ^[4]. Le ministère chargé de la santé détermine des quotas pour réguler l'entrée dans les instituts de formation, mais, depuis la loi relative aux libertés locales du 13 août 2004, les budgets de fonctionnement des Ifsi dépendent des conseils régionaux. Les quotas d'admission ont été fortement réévalués : de 18 270 élèves admis en 1999 à 30 000 en 2005.

Trois spécialisations, ouvertes sur concours, amènent à un diplôme d'Etat ; 13 300 puéricultrices, 7 200 infirmiers anesthésistes (IADE), et 5 400 infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sont recensés en 2006 ^[1].

L'analyse territoriale fait apparaître des écarts considérables de densité entre zones géographiques. Le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est pratiquement deux fois moins important dans la région Centre que dans le Limousin, pour une moyenne nationale de 702 infirmiers pour 100 000 habitants (fig. 5) ^[1].

La profession reste fortement féminisée avec une proportion de femmes relativement stable (85 % en 2006). L'âge moyen des infirmiers continue d'augmenter, passant de 34 ans en 1983 à 42 ans début 2004. Selon les données de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), la durée moyenne cotisée au moment du départ à la retraite est de 28 ans pour les infirmiers, et atteint 33 ans pour les cadres. Les conditions de départ sont cependant différentes entre les établissements publics de santé (55 ans) et les cliniques privées (60 ans) ^[5].

Les établissements de santé sont leur principal employeur. 55 % des infirmiers exercent dans un établissement public de santé et 17 % dans un établissement privé. 14 % ont une activité libérale et 3 % sont employés dans un établissement pour personnes âgées ^[1]. Environ 22 % des infirmiers travaillent à temps partiel dans les établissements de santé (2002), mais la tendance au développement du temps partiel semble actuellement se stabiliser, suite notamment à la mise en œuvre des 35 heures. La proportion de personnel infirmier en horaire fixe de nuit est estimée à 20 % environ ^[5]. Le secteur gériatrique est un débouché naturel de la profession, les infirmiers étant employés comme responsables des soins dans les maisons de retraite, ou comme coordinateurs des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ^[6].

49 800 infirmiers ont une activité libérale (au 31 décembre 2004), leur effectif étant relativement stable depuis 2000. Chaque professionnel voit en moyenne près de 300 patients différents, et effectue 7 500 actes dans l'année. 37 % des actes sont des soins d'hygiène (AIS) délivrés

principalement auprès de personnes âgées, et 63 % des actes techniques (AMI), la part des soins d'hygiène étant en recul ^[7]. Le temps de travail des infirmiers libéraux est en augmentation : de 47 heures en 1990 à 50 heures en 2002 ^[5].

Les contrastes en matière d'implantation géographique des infirmiers libéraux sont encore plus marqués que pour l'ensemble des infirmiers. On dénombre environ 200 infirmiers pour 100 000 habitants en Corse contre moins de 40 en Ile-de-France ^[7]. Ces disparités influent directement la structure de leur activité qui est variable selon les territoires ^[8].

Bibliographie page 205

Dans les Pays de la Loire

- On dénombre 23 800 infirmiers dans les Pays de la Loire. La région se trouve au 17^e rang pour la densité par habitant, inférieure de 9 % à la moyenne nationale. A l'intérieur de la région, le Maine-et-Loire est le département qui a la plus forte densité (fig. 1) ^[1].

- La région dispose de 15 instituts de formation (Ifsi). Le quota d'entrée (nombre d'étudiants admis en première année) dans les Ifsi de la région est fixé depuis 2003 à 1 200 admissions contre 710 en 1999.

- 15 100 infirmiers exercent dans les établissements de santé qui emploient 63 % des professionnels de la région ; un sur trois exerce à temps partiel. Depuis 1996, le taux de progression des effectifs infirmiers en milieu hospitalier est plus important dans les établissements privés que dans les établissements publics (fig. 2) ^[10-13].

- 9 % des infirmiers, soit 1 600 professionnels, exercent à titre libéral dans la région contre 14 % au plan national. La densité d'infirmiers libéraux est particulièrement faible, avec 52 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Pays de la Loire contre 90 au plan national. La Sarthe a une des plus faibles densités de professionnels en France (fig. 3) ^[12].

Cette comparaison ne prend cependant pas en compte les autres intervenants en soins infirmiers de proximité : infirmiers salariés des centres de soins (500 professionnels environ en 2002), et services de soins infirmiers à domicile (112 services en 2004), qui emploient un peu plus d'un millier de personnes (ETP) ^[9].

- Le volume d'activité des infirmiers libéraux est comparable dans les Pays de la Loire (7 400 actes par an) et en France (7 500), mais la structure de leur activité est différente. Les soins de nursing représentent 22 % des actes dans les Pays de la Loire contre 37 % en moyenne en France (fig. 4) ^[12, 13]. Ils concernent essentiellement les personnes âgées et sont donc fortement liés au vieillissement de la population. Ces actes peuvent être pris en charge par des infirmiers libéraux ou des centres de soins, mais aussi par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) qui sont bien implantés dans la région. Par ailleurs, la région étant fortement pourvue en structures médico-sociales pour personnes âgées, la proportion de personnes dépendantes vivant à domicile est sans doute plus faible et les besoins de soins moins importants.

1 Les infirmiers

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb d'infirmiers	469 011	23 843	8 628	5 931	1 944	3 727	3 613
% libéraux	13,9 %	9,1 %	9,0 %	8,2 %	11,7 %	8,0 %	10,5 %
Densité ¹	768	702	715	779	655	679	619

Source : ADELI (DREES)

¹ nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité d'infirmiers inférieure de 9 % à la moyenne nationale, la situant au 17^e rang des régions métropolitaines (fig. 5).

2 Evolution du nombre d'infirmiers selon le secteur d'activité

Pays de la Loire (1996 - 2004)

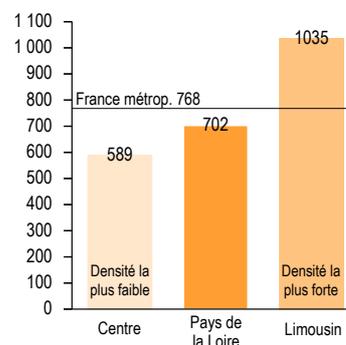
	1996	2004	TCAM 1996-2004
Etablissements de santé publics	9 735	12 004	2,7 %
Etablissements de santé privés	2 240	3 061	4,0 %
Libéraux	1 509	1 685	1,4 %

Sources : SAE (DREES), SNIR (CNAMTS)

Remarque : ce tableau dresse l'évolution des effectifs d'infirmiers dans les établissements de santé publics et privés et en exercice libéral. Mais les infirmiers exercent également leur activité dans d'autres secteurs : maisons de retraite, services de prévention, services de soins à domicile.... pour lesquels les séries statistiques ne sont pas disponibles.

5 Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

(01/01/2006)



Source : ADELI (DREES)

3 Les infirmiers libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb infirmiers	49 815	1 685	597	413	158	214	303
densité ¹	83	50	50	55	54	39	53
% activité AIS, en actes	37 %	22 %	28 %	27 %	20 %	3 %	24 %

Source : SNIR (CNAMTS)

¹ nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

4 Evolution de l'activité des infirmiers libéraux (APE)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1996 - 2004)

	France métrop. 2004	Pays de la Loire		TCAM PDL 1996-2004
		1996	2004	
NB MOYEN D'ACTES PAR PROFESSIONNEL				
AMI	4 760	4 169	5 819	4,3 %
AIS	2 761	2 329	1 627	-4,4 %
NB MOYEN DE COEFFICIENTS PAR PROFESSIONNEL				
AMI	7 613	6 324	9 340	5,0 %
AIS	9 054	6 270	5 415	-1,8 %

Source : SNIR (CNAMTS)

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

APE : infirmiers libéraux conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, et ayant moins de 65 ans, soit 94 % des effectifs au plan national.

Densité : nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants.

ETP : Equivalent temps plein.

Infirmiers libéraux : des différences importantes apparaissent entre le dénombrement des infirmiers libéraux effectué par le ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 3) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées. En particulier, l'assurance maladie ne considère pas comme libéraux les professionnels effectuant des remplacements en cabinet de soins infirmiers, contrairement aux statistiques du ministère de la santé.

Nomenclature des actes professionnels des infirmiers (NGAP)

AIS : soins d'hygiène ou de nursing (toilettes) gardes à domicile.

AMI : autres actes infirmiers (piqûres, pansements, sondes, chimiothérapies...)

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Etablissements de santé

Contexte national

Le système hospitalier français rassemble des établissements de santé ayant des statuts (public, privé commercial, associatif ou mutualiste), des tailles, des types d'activité, et des modes de tarification variables, ce qui compose un paysage d'une grande diversité. Ces établissements se distinguent également par le statut des praticiens qui y exercent. Dans les établissements publics et dans certains établissements privés, les médecins sont enseignants ou chercheurs, praticiens hospitaliers salariés à temps plein, temps partiel ou attachés. Dans les cliniques privées, la plupart des praticiens exercent leur activité à titre libéral et sont rémunérés "à l'acte".

Les établissements de santé disposent au 31 décembre 2004 de 453 500 lits d'hospitalisation complète et de 49 900 places en hospitalisation de jour ou en chirurgie ambulatoire (France métropolitaine). Les équipements de médecine représentent le quart de l'offre de soins, la chirurgie 20 %, et les lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle 19 %. Par ailleurs, les hôpitaux à domicile disposent de 4 700 places ^[1].

12,7 millions de séjours en hospitalisation complète (dont 88 % concernent l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique), et 12,5 millions en hospitalisation partielle (dont 40 % concernent la psychiatrie) ont été effectués en 2004 ^[1].

Au 31 décembre 2004, on dénombre un peu plus de 3 000 établissements de santé disposant de capacités d'accueil en hospitalisation en France métropolitaine : 1 015 établissements publics, 911 établissements associatifs ou mutualistes (secteur "non lucratif"), et 1 101 sociétés à caractère commercial (que l'on appelle parfois "secteur privé lucratif"). Il faut ajouter à ce groupe plus de 800 structures supplémentaires sans capacité d'hospitalisation, essentiellement associatives ou à caractère commercial, qui pratiquent principalement la dialyse (712 structures) ou la radiothérapie ^[1].

Historiquement, un partage d'activité s'est instauré entre les établissements publics qui exploitent la grande majorité des lits de médecine alors que les cliniques privées ont essentiellement une vocation chirurgicale ou d'obstétrique. Les établissements publics concentrent globalement les deux tiers des capacités d'hospitalisation complète, avec une taille moyenne de 323 lits et places. Les 29 Centres hospitaliers régionaux (CHR) représentent à eux seuls 17 % des équipements en France métropolitaine, avec une moyenne proche de 3 000 lits par établissement. Cette moyenne est toutefois fortement majorée par le principal établissement de santé français, l'assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui dispose de 23 000 lits d'hospitalisation. On dénombre, par ailleurs, 604 centres hospitaliers et 344 hôpitaux locaux. Les établissements publics de santé ont également la particularité de disposer d'un secteur médico-social important avec 68 800 lits de soins de longue durée et 100 000 lits d'hébergement en maison de retraite ^[1].

Les établissements privés sont de beaucoup plus petite taille que les établissements publics. La taille moyenne des cliniques constituées en sociétés de capitaux, qui

représentent 20 % des capacités d'hospitalisation, est de 92 lits et places par établissement, et celle des établissements associatifs ou mutualistes (15 % des capacités d'hospitalisation) de 81 lits et places ^[1].

Le système d'allocation des ressources aux établissements de santé a été profondément réformé à partir de 2004 à l'occasion de la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). L'objectif est d'harmoniser progressivement les modalités de tarification des établissements de santé publics et privés. Cette réforme, qui ne concerne pour le moment que l'activité médecine-chirurgie-obstétrique, s'appuie sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui permet de classer l'ensemble des séjours en groupes statistiques homogènes du point de vue médico-économique (Groupes homogènes de séjours, GHS). Chaque séjour est ainsi rémunéré en fonction du tarif forfaitaire du groupe auquel il appartient. L'ensemble des séjours en cliniques sont maintenant remboursés par l'assurance maladie sur la base des tarifs par Groupes homogènes de séjours. En revanche, dans les établissements du secteur public, seule une part des recettes est liée à l'activité, avec une tarification par GHS, les autres ressources provenant d'une enveloppe, la Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont le montant est décidé par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). En 2007, 50 % du budget des établissements du secteur public est lié à l'activité, mais ce pourcentage doit augmenter chaque année de manière à aboutir à une convergence tarifaire entre les établissements publics et privés ^[2].

Outre l'allocation des ressources, les ARH ont en charge, au plan régional, la planification sanitaire. Elles élaborent le Schéma régional de l'organisation sanitaire (Sros), document définissant l'implantation optimale des activités de soins.

Bibliographie page 205

Dans les Pays de la Loire

- Les Pays de la Loire comptent 160 établissements de santé en 2004 contre 180 au début des années 1990 (fig. 1) ^[1]. Ces établissements ont connu un important mouvement de concentration depuis quinze ans, qui a concerné principalement les cliniques privées installées dans les agglomérations de Nantes, Angers et Le Mans.
- Les Pays de la Loire disposent de 27 500 lits et places. 22 % des capacités d'hospitalisation concernent la médecine, 20 % les soins de longue durée, et 19 % les équipements de soins de suite (fig. 2) ^[1].
- Les 62 établissements publics concentrent 85 % des capacités d'hospitalisation en médecine, 60 % en obstétrique et 42 % en chirurgie (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire) (fig. 2) ^[1]. Les deux établissements universitaires de la région sont implantés à Nantes et à Angers.
- En médecine et en chirurgie, le taux d'équipement en Pays de la Loire est sensiblement inférieur à la moyenne française (fig. 2) ^[1].

1 Dénombrement des établissements¹ de santé selon le statut

Pays de la Loire (2004)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CHU	2	1	1	0	0	0
Centres hospitaliers	25	7	3	3	7	5
Hôpitaux locaux	35	9	10	4	5	7
Etab. privés non lucratifs	52	20	14	1	7	10
Etab. privés commerciaux	46	18	14	4	6	4
Total	160	55	42	12	25	26

Source : SAE (DREES) - ORS

¹ ce dénombrement ne prend pas en compte les structures autonomes de dialyse et de radiothérapie

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par des taux d'équipement nettement inférieurs à la moyenne nationale en médecine et en chirurgie. Elle occupe respectivement le 21^e et le 20^e rang des régions françaises. Les taux d'équipement en gynécobstétrique et en moyen séjour sont en revanche proches de la moyenne nationale (fig. 2).

2 Equipement en lits, par groupes de disciplines

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	Nbre de lits hosp. complète	dont public	Nbre de places hosp. de jour, ambulatoire	dont public	Nbre total lits/places ²	Taux d'équipement	
						PDL	France métrop.
Médecine	5 640	86 %	318	63%	5 958	1,77	2,01
Chirurgie	4 284	46 %	654	15%	4 938	1,47	1,67
Gynéco-obstétrique	1 221	59 %	35	100%	1 256	1,61	1,59
Moyen séjour	4 767	52 %	345	27%	5 112	1,52	1,58
Long séjour	5 409	93 %	///	///	5 409	1,61	1,26
Psychiatrie infanto-juv.	158	100 %	488	100%	689	0,94	0,92
Psychiatrie générale ¹	2 690	90 %	1 232	99%	4 141	1,58	1,64
Total	24 169	73 %	3 072	69%	27 503	///	///
Hébergement	6 375	0 %	///	///	6 375	///	///

Source : SAE (DREES)

¹ y compris appartements thérapeutiques

² y compris placements familiaux thérapeutiques

3 Les "équipements matériels lourds" installés

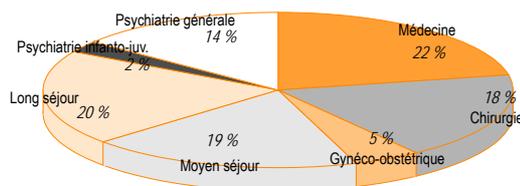
Pays de la Loire (2005)

	Régime d'autorisation	Nbre d'app. installés
Scanographe	1 app. par tranche de 96 000 hab.	33
Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)	1 app. par tranche de 190 000 hab.	16
Appareil de radiothérapie	1 app. par tranche de 148 000 hab.	20
Angiographie numérisée	pas d'indice de besoin	26

Source : CRAM

3 Répartition des équipements par groupes de disciplines

Pays de la Loire (31/12/2004)



Source : SAE (DREES)

4 Evolution du nombre d'entrées en hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire

Pays de la Loire (1995 - 2004)

	Pays de la Loire		TCAM 1995/2004	
	1995	2004	PDL	France métrop.
Médecine	86 479	128 765	4,5 %	6,1 %
Chirurgie	89 649	149 687	5,9 %	5,1 %
Gynéco-obstétrique	2 775	10 648	16,1 %	16,9 %
Moyen séjour	90 630	92 715	0,3 %	nd
Psychiatrie	322 788	304 043	-0,7 %	nd

Source : SAE (DREES)

4 Evolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2004)

	Pays de la Loire		TCAM 1995/2004	
	1995	2004	PDL	France métrop.
Médecine	238 867	244 824	0,3 %	0,0 %
Chirurgie	288 101	272 709	-0,6 %	-1,3 %
Gynéco-obstétrique	68 784	72 726	0,6 %	-0,2 %
Moyen séjour	47 811	45 810	-0,5 %	nd
Long séjour	3 942	3 072	-2,7 %	nd
Psychiatrie	28 697	32 471	1,4 %	nd

Source : SAE (DREES)

Définitions

ARH : l'Agence régionale de l'hospitalisation est un Groupement d'intérêt public (Gip) constitué entre l'Etat et l'assurance maladie qui a la responsabilité de la planification sanitaire au plan régional.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211). Ces données intègrent le centre hospitalier de Mangers, rattaché au centre hospitalier intercommunal d'Alençon (Orne).

Taux d'équipement : nombre de lits installés en hospitalisation complète et hospitalisation de jour pour 1 000 habitants, indice calculé pour :

- 1 000 femmes de 15 à 49 ans (gynécologie-obstétrique),
- 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus (psychiatrie infanto-juvénile),
- 1 000 habitants de plus de 16 ans (psychiatrie générale).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Personnels des établissements de santé

Contexte national

En 2004, les établissements de santé emploient un million de personnes (sages-femmes et personnel non médical) en France métropolitaine (non compris les praticiens) (fig. 1) ^[1].

Les ressources en personnel non médical des établissements de santé sont variables selon les régions. Le rapport du nombre d'Equivalents temps plein (ETP) à l'effectif total de la population varie selon les régions de 14,2 agents pour 1 000 habitants en Haute-Normandie à 19,7 agents en Limousin. Les écarts observés s'expliquent pour partie par les différences d'activité entre régions (fig. 4) ^[1].

L'essentiel des emplois sont rattachés aux unités de soins (70 %). Les personnels administratifs et de direction représentent 12 % des emplois, et les personnels techniques et ouvriers 11 % (ETP). Les deux catégories d'emploi les plus nombreuses sont les infirmiers (28 %, non compris les cadres de santé), devant les aides-soignants (23 %) (fig. 1) ^[1].

Plus de trois emplois sur quatre (77 %) dépendent des établissements publics. Les 29 Centres hospitaliers régionaux (CHR) représentent à eux seuls le quart de l'emploi total, les établissements privés à caractère commercial 13 %, et les établissements privés associatifs ou mutualistes 12 % ^[1].

Depuis 1995, les effectifs employés ont progressé au rythme annuel de 1,3 %, évolution qui a accompagné la réduction du temps de travail. La progression la plus forte concerne les sages-femmes (près de 2,8 % d'augmentation annuelle), les infirmiers (2,3 %) et les aides-soignants (1,5 %). En revanche, les effectifs d'agents de service hospitalier et de personnels techniques et ouvriers sont en baisse. La progression générale des effectifs correspond surtout à un recours de plus en plus fréquent au temps partiel : 21 % des personnels hospitaliers travaillent à temps partiel en 2004 contre 17 % en 1995. Aujourd'hui, un infirmier sur quatre exerce à temps partiel ^[1, 2].

Les effectifs de praticiens hospitaliers sont difficiles à appréhender, à cause de la diversité de leurs statuts. Les établissements publics emploient globalement 84 300 médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, pour 55 400 ETP (fig. 3) ^[1]. Plus de la moitié exercent leur activité comme "temps plein", les autres ayant un statut de praticien temps partiel (cumulant une activité à l'hôpital et en cabinet ou dans une clinique), ou d'attaché (parfois pour une simple vacation par semaine).

Les 5 700 praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, et ont, à cette fin, le statut de praticien bi-appartenant (hôpital et faculté), l'université étant leur employeur principal (fig. 3). La plupart exercent dans les établissements publics de santé.

Près d'un tiers (31 %) des postes concernent l'Île-de-France (région qui représente 19 % de la population française).

On dénombre 11 700 médecins exerçant comme salariés dans les établissements de santé mutualistes ou associatifs, dont 40 % exercent à temps plein. Par ailleurs, même si la très grande majorité des praticiens des cliniques privées exercent à titre libéral, 3 470 médecins sont salariés au sein de ces établissements ^[1].

En 2004, 18 700 internes de médecine générale et de spécialité (contre 21 100 en 1995) contribuent au fonctionnement des établissements de santé, essentiellement dans les établissements publics (fig. 3) ^[1].

Bibliographie page 205

Dans les Pays de la Loire

■ Les établissements de santé de la région emploient près de 49 000 personnels non médicaux (ETP) en 2004 (fig. 1). L'essentiel de ces moyens dépendent du secteur public (79 % des emplois en ETP). Les deux Centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nantes et Angers représentent à eux seuls 23 % de l'ensemble des effectifs en personnel (fig. 2) ^[1].

■ Les établissements privés à caractère commercial représentent 12,3 % des emplois et les établissements privés mutualistes ou associatifs 8,4 % (fig. 2) ^[1].

■ L'effectif total des personnels non médicaux a progressé de 1,9 % par an depuis 1995, contre 1,3 % au plan national. Cette progression a surtout concerné les sages-femmes (+ 3,8 %), les infirmiers (+ 2,8 %), le personnel administratif (+ 2,5 %) et les aides-soignants (+ 2,1 %). Les psychologues ont vu leur effectif augmenté de 8 % par an. En revanche, les effectifs d'agents de service hospitalier et de personnels techniques et ouvriers sont stables (fig. 1) ^[1, 3].

■ Mais cette croissance globale des effectifs illustre surtout le développement du temps partiel, particulièrement marqué au plan régional. 30 % des agents occupent un emploi à temps partiel dans la région contre 21 % au plan national. Près d'un tiers des infirmiers et des aides-soignants exercent à temps partiel dans les Pays de la Loire (fig. 1) ^[1].

■ 3 600 praticiens sont salariés dans les établissements publics de santé, ce qui correspond à 2 500 équivalents temps plein. 60 % des praticiens hospitaliers exercent à temps plein. Par ailleurs, on dénombre 489 praticiens salariés dans les établissements de santé privés, dont 78 dans les établissements à caractère commercial (fig. 3) ^[1].

1 Effectif du personnel non médical des établissements de santé publics et privés

Pays de la Loire, France métropolitaine (décembre 2004)

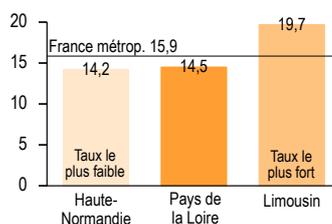
	France métrop.	Pays de la Loire	TCAM 1995/2004	Temps partiel	% Ets publics	ETP
Personnel administratif	127 631	5 976	2,5 %	34 %	73 %	5 356
Personnel des services de soins	726 733	38 901	2,1 %	31 %	78 %	35 059
dont sages-femmes	12 521	645	3,8 %	43 %	72 %	543
personnel d'encadrement	31 075	1 498	-0,6 %	10 %	83 %	1 452
psychologues	10 773	504	8,0 %	57 %	81 %	354
infirmiers spéc., DE, psy, puéricult.	291 927	15 065	2,8 %	32 %	80 %	13 642
aides-soignants	239 054	13 997	2,1 %	32 %	80 %	12 696
agents des services hosp.	117 390	6 060	0,6 %	26 %	73 %	5 484
Personnel éducatif et social	14 580	642	3,7 %	41 %	71 %	554
Personnel médico-technique	46 553	2 133	2,6 %	31 %	80 %	1 956
Personnel technique, informatique et ouvrier	117 089	6 169	0,1 %	17 %	81 %	5 767
Total	1 032 586	53 821	1,9 %	30 %	78 %	48 691

Source : SAE (DREES)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité de personnels non médicaux des établissements de santé inférieure à la moyenne française, au 20^e rang des régions métropolitaines (fig. 4).

4 Personnel non médical (ETP) pour 1 000 habitants (décembre 2004)



Source : SAE (DREES)

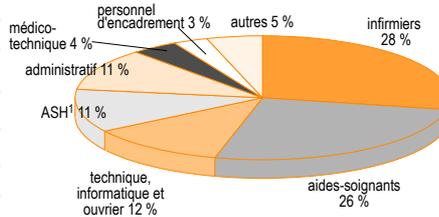
2 Répartition des emplois du personnel non médical des établissements de santé (ETP)

Pays de la Loire (décembre 1995 - 2004)

	Pays de la Loire	%	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CHU	11 217	23,0 %	7 109	4 107	///	///	///
Autres étab. publics	27 400	56,3 %	5 480	4 879	3 927	6 877	6 239
Privé non lucratif	4 071	8,4 %	1 822	997	14	786	453
Privé commercial	6 003	12,3 %	2 718	1 436	373	939	536
Total	48 691	100,0 %	17 129	11 418	4 314	8 602	7 228
TCAM 1995/2004	1,8 %	///	2,1 %	2,0 %	1,6 %	0,4 %	2,5 %

Source : SAE (DREES)

5 Personnel non médical Répartition par type d'emploi (ETP) Pays de la Loire (décembre 2004)



Source : SAE (DREES)

¹ agents des services hospitaliers

3 Praticiens hospitaliers exerçant comme salariés au sein des établissements de santé

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

	Pays de la Loire	France métrop.
ETABLISSEMENT PUBLIC		
Effectif	3 584	84 343
ETP	2 457	55 397
Internes ¹	843	18 706
ETABLISSEMENT PRIVE NON LUCRATIF		
Effectif	411	11 687
ETP	237	7 347
ETABLISSEMENT PRIVE A CARACTERE COMMERCIAL		
Effectif	78	3 470
ETP	43	2 168
Prati. hospitalo-universitaires ²	233	5 700

Sources : SAE (DREES)

¹ et faisant fonction d'internes

² données 2005 (journal officiel)

Définitions

ETP : Equivalent temps plein.

Personnel non médical : les figures 1 à 4 dénombrent les sages-femmes et les personnels non médicaux.

Praticiens hospitaliers (fig. 5) : ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, des établissements publics et privés, salariés, quel que soit leur statut (universitaire, praticien temps plein, temps partiel, attaché...). Ce tableau ne concerne pas les médecins exerçant à titre libéral dans les établissements privés commerciaux. Les praticiens hospitalo-universitaires ont une triple mission d'enseignement, de soins et de recherche. Ils ont un statut de praticiens bi-appartenant (faculté et hôpital), l'université étant leur employeur principal. En dehors des praticiens hospitalo-universitaires, les médecins qui exercent dans les hôpitaux publics ont différents statuts. Ils peuvent être recrutés sur concours comme praticien "temps plein" ou "temps partiel" et sont titulaires de leur poste, ou bénéficier d'un statut temporaire comme médecin assistant, médecin contractuel, ou praticien-attaché.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé. Le centre hospitalier de Marnes étant rattaché au centre hospitalier d'Alençon depuis le 1^{er} janvier 2004, les effectifs en personnel de cet établissement ne sont pas pris en compte dans les différents tableaux concernant l'année 2004 (voir sources page 211).

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Soins en médecine

Contexte national

Les établissements de santé français disposent au 31 décembre 2004 de 121 300 lits d'hospitalisation en médecine, dont 8 400 places en hôpital de jour, et 4 700 places d'hospitalisation à domicile (fig. 1) ^[1]. 81 % des lits et places sont installés dans les établissements publics de santé. On dénombre seulement 12 600 lits de médecine dans les établissements privés commerciaux, soit 10 % du nombre total de lits, tandis que 9 % des lits dépendent des établissements privés associatifs ou mutualistes ^[2]. En hospitalisation complète, le nombre total de lits installés a baissé de 11 % depuis 1995 ^[1, 3].

Le taux d'équipement moyen en France au 31 décembre 2004 est de 2,01 lits de médecine pour 1 000 habitants (hospitalisation complète et de jour), les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin a le taux le plus élevé (2,6 lits pour 1 000 habitants), supérieur de 45 % à celui des régions Poitou-Charentes et Pays de la Loire, qui ont les taux les plus faibles (fig. 4) ^[1]. Ces écarts trouvent en partie leur origine dans la structure par âge de la population, les hospitalisations en médecine étant beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées.

Depuis 1995, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en service de médecine (5 millions en 2004) est resté relativement stable au plan national (fig. 2) ^[1]. En revanche, on observe une baisse du nombre de journées d'hospitalisation complète, 33 millions en 2004 contre 36 millions en 1995 (- 8 %), qui traduit un raccourcissement des durées de séjour ^[2, 3].

Parallèlement, le nombre d'entrées en hôpital de jour (2,9 millions en 2004) est en forte progression, avec une croissance de près de 6,1 % par an au cours de la période 1995-2004 (fig. 2) ^[1, 3].

La prise en charge de certaines pathologies spécifiques sont également à l'origine d'un nombre très important de recours aux soins en milieu hospitalier. C'est le cas en particulier de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Elle a donné lieu en 2004 à 4,1 millions de séances d'hémodialyse (épuration du sang par un appareil à l'extérieur du patient), et à 156 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale (épuration du sang par l'intermédiaire du péritoine et d'une solution physiologique injectée dans l'abdomen du patient). En ce qui concerne l'hémodialyse, 37 % des séances ont lieu dans des structures associatives et 35 % dans les établissements à caractère commercial. Au total environ 32 000 patients ont été pris en charge en 2004 selon l'une ou l'autre de ces techniques suppléatives, que ce soit dans un établissement de santé avec des unités d'hospitalisation, dans des unités autonomes, ou au domicile des patients eux-mêmes ^[2].

La prise en charge des cancers en milieu hospitalier génère en sus des hospitalisations en unités de soins de courte durée des prises en charge itératives en chimiothérapie et en radiothérapie. En ce qui concerne les chimiothérapies, 3,2 millions de préparations ont été délivrées dans les établissements de santé en 2004, dont la moitié environ au sein des établissements publics de

santé. Par ailleurs, 3,7 millions de séances de radiothérapie ont été effectuées dans les établissements de santé, dont 52 % dans les établissements à caractère commercial ^[2].

Bibliographie page 205

Il existe plusieurs manières d'appréhender l'activité hospitalière en médecine. Pour la statistique SAE, l'activité de médecine concerne les entrées en hospitalisation complète et les venues en hospitalisation de jour dans les lits ou places de médecine. Dans le PMSI, on distingue les séjours chirurgicaux et les séjours d'obstétrique, les autres séjours étant considérés comme médicaux. Ce classement s'effectue indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique). Les estimations effectuées à partir de ces deux systèmes d'information aboutissent à des évaluations différentes.

Dans les Pays de la Loire

■ Avec un taux de 1,8 lit de médecine pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant le plus faible taux d'équipement, et se situe au 21^e rang des régions françaises (fig. 4) ^[1].

■ A l'intérieur de la région, les écarts sont très importants entre départements : en Maine-et-Loire, le nombre de lits par habitant est supérieur de 56 % à celui de la Vendée (fig. 1) ^[4]. La faible densité d'équipements en Vendée trouve en partie son origine dans la "fuite" de certains patients vers l'agglomération nantaise et le choletais.

■ On dénombre dans la région 5 600 lits et places en médecine. 86 % des équipements sont installés dans les établissements publics (fig. 1) ^[4].

■ Le nombre de journées d'hospitalisation complète (1,7 million en 2004) est stable au plan régional depuis 1995, alors qu'il a diminué au plan national ^[2, 5].

■ Le nombre de venues en hospitalisation de jour a progressé de 5 % par an depuis 1995 (fig. 2) ^[4, 5].

■ Parmi les 417 300 séjours considérés comme médicaux, au sens du PMSI, trois groupes de diagnostics représentent chacun environ 10 % des séjours : les hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire, pour maladies de l'appareil digestif, et pour tumeurs. Pour une hospitalisation sur dix, le diagnostic relevé à la fin du séjour correspond à des symptômes et états morbides d'origine imprécise. Par ailleurs, un séjour sur cinq correspond à des bilans et examens divers (fig. 3) ^[6].

37 % des séjours ont une durée inférieure à 24 heures (153 500 séjours), avec une forte concentration autour de trois groupes de diagnostics : les tumeurs (20 500 admissions), les maladies de l'appareil digestif (21 700) et les "autres motifs de recours aux soins" (56 800) ^[6].

1 Nombre de lits installés et places en médecine

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS							
Hosp. complète (lits)	92 111	4 852	1 418	1 241	506	955	732
Hosp. de jour (places)	5 829	200	89	42	11	23	35
Hosp. à domicile (places)	1 380	36	26	0	10	0	0
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES							
Hosp. complète (lits)	20 748	788	281	295	49	138	25
Hosp. de jour (places)	2 594	118	59	36	4	19	0
Hosp. à domicile (places)	3 280	175	74	31	0	30	40
TOTAL							
Hosp. complète (lits)	112 859	5 640	1 699	1 536	555	1 093	757
Hosp. de jour (places)	8 423	318	148	78	15	42	35
Taux d'équipement	2,01	1,77	1,55	2,14	1,94	2,09	1,37
Hosp. à domicile (places)	4 660	211	100	31	10	30	40

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

2 Activité en médecine

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995-2004)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2004	
			PDL	France métrop.
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS				
Nombre d'entrées en hospit. complète	207 932	4 156 652	0,5 %	0,3 %
Nombre de venues en hôpital de jour ¹	74 082	1 932 097	4,0 %	6,5 %
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES				
Nombre d'entrées en hospit. complète	36 892	940 387	-0,9 %	-1,3 %
Nombre de venues en hôpital de jour ¹	54 683	980 768	5,2 %	5,3 %
TOTAL				
Nombre d'entrées en hospit. complète	244 824	5 097 039	0,3 %	0,0 %
Nombre de venues en hôpital de jour ¹	128 765	2 912 865	4,5 %	6,1 %

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

¹ y compris chimiothérapie, non compris dialyse

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

3 Séjours médicaux dans les établissements de santé¹ des Pays de la Loire par diagnostic d'hospitalisation (2004)

Diagnostic principal d'hospitalisation (CIM X ^e révision)	Nombre de séjours	%	Proportion de séjours de moins de 24h
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	8 666	2,1 %	18,8 %
Tumeurs	41 716	10,0 %	49,1 %
dont : tumeurs malignes	20 211	4,8 %	28,2 %
tumeurs bénignes	17 058	4,1 %	70,1 %
Mal. sang. et org. hémato. et troubles immunitaires	6 508	1,6 %	36,6 %
Maladies endocriniennes nutri. et métaboliques	13 633	3,3 %	34,9 %
Troubles mentaux et du comportement	18 236	4,4 %	18,6 %
Maladies du système nerveux	14 489	3,5 %	13,7 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 917	0,5 %	41,8 %
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	3 265	0,8 %	52,5 %
Maladies de l'appareil circulatoire	45 535	10,9 %	8,3 %
Maladies de l'appareil respiratoire	25 652	6,1 %	17,1 %
Maladies de l'appareil digestif	42 974	10,3 %	50,4 %
Maladies de la peau et du tissu cel. sous-cutané	6 340	1,5 %	51,7 %
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conj.	13 660	3,3 %	20,0 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	17 758	4,3 %	32,8 %
Grossesse accouchement et puerpéralité	310	0,1 %	59,4 %
Certaines affections d'origine périnatale	8 732	2,1 %	4,1 %
Malformations congénitales et ano. chromosomiques	2 581	0,6 %	55,4 %
Sympt. signes et résultats anormaux non classés ailleurs	42 389	10,2 %	28,0 %
Lésions traumatiques empoisonnements	15 821	3,8 %	25,7 %
Autres motifs de recours aux soins	87 115	20,9 %	65,2 %
Total	417 297	100,0 %	36,8 %

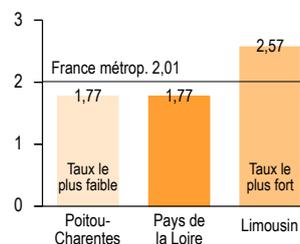
Source : PMSI (ARH, données enregistrées)

¹ établissements de santé MCO (hors hôpitaux psychiatriques)**Rang au niveau national**

La région des Pays de la Loire fait partie des régions ayant le plus faible taux d'équipement en lits de médecine, au 21^e rang des régions métropolitaines (fig. 4).

4 Taux d'équipement en lits de médecine

(31/12/2004)



Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

Unité : pour 1 000

Définitions**CIM** : Classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé (OMS).**PMSI MCO** : Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine, chirurgie, obstétrique (voir sources page 211).**Séjours médicaux** (fig. 3) : dans le PMSI, chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de ses caractéristiques (diagnostics, actes, âge du patient...).

Les GHM sont répartis entre trois types d'activité de soins :

- les séjours chirurgicaux (séjours comportant un acte classant),
- les séjours d'obstétrique,
- les autres séjours sont tous considérés comme médicaux.

Ce classement s'effectue indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique).

Les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, et autres traitements itératifs) et ceux concernant les nouveau-nés "bien portants" ont été exclus de l'analyse.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

Soins chirurgicaux

Contexte national

Les lits chirurgicaux représentent un peu plus de 100 000 lits ou places en France métropolitaine au 31 décembre 2004, dont 9 000 places de chirurgie ambulatoire (fig. 1) ^[1]. Cet équipement se répartit à peu près de manière équivalente entre les établissements de santé publics (45 %) ou privés à caractère commercial (46 %), alors que 9 % des lits et places sont installés dans les établissements privés associatifs ou mutualistes ^[2]. Parmi les 3 000 établissements de santé, 1 200 ont une activité chirurgicale en 2003, dont 734 sont des établissements privés ^[3].

Le taux d'équipement moyen français est de 1,7 lit pour 1 000 habitants (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin est la région qui a le nombre de lits de chirurgie par habitant le plus élevé (comme pour la médecine), et la Picardie le plus faible (fig. 4) ^[1].

Depuis 1995, le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie a baissé de 19 %. 4,8 millions d'entrées ont été dénombrées en 2004 dans les unités de soins de chirurgie, 57 % ayant eu lieu dans les établissements privés. Le nombre d'entrées a reculé de 1 % par an depuis 1995 (fig. 2) ^[1, 4]. On observe une baisse également du nombre de journées d'hospitalisation : 23,2 millions en 2004 contre 30,8 en 1995 (- 25 %) ^[2, 4].

Parallèlement, la chirurgie ambulatoire poursuit son développement avec une croissance annuelle du nombre de venues de 5,1 % depuis 1995. Parmi les 2,8 millions d'entrées enregistrées en 2004, 89 % ont eu lieu dans les établissements privés (fig. 2) ^[1, 4].

Plus de six millions d'interventions chirurgicales sous anesthésie ont été réalisées en 2003 dans l'ensemble des établissements de santé, dont les deux tiers dans les cliniques privées. Les Centres hospitaliers régionaux (CHR) qui représentent un peu moins du quart de l'équipement hospitalier ont réalisé 11 % des interventions ^[3].

De manière générale, les blocs opératoires font l'objet d'une utilisation plus intensive dans les cliniques privées que dans les établissements publics, avec un nombre annuel moyen de 1 253 interventions par salle dans les cliniques privées contre 486 dans les établissements publics (743 dans les CHR). Globalement, le niveau de complexité des interventions est comparable entre les établissements publics et privés. On observe cependant une spécialisation des centres universitaires pour les opérations les plus complexes : greffes, neurochirurgie, chirurgie cardiaque lourde... La nécessaire disponibilité des blocs pour réaliser des interventions en urgence dans les établissements publics, ainsi que la durée d'intervention en moyenne plus longue des interventions pratiquées dans les CHR expliquent pour partie la variabilité des taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale. Par ailleurs, les établissements publics réalisent 70 % des interventions ayant lieu la nuit (135 800 en 2003). Les personnels soignants affectés aux blocs opératoires représentent 23 600 agents, soit 2,3 % de l'effectif total des personnels hospitaliers ^[3].

En 2002, les interventions sur la cataracte représentent l'acte chirurgical le plus fréquent (460 000 interventions), devant les ligatures des veines (315 000 actes), et, en chirurgie orthopédique, les arthroscopies (235 000 actes). En Oto-rhino-laryngologie (ORL), on dénombre un peu

moins de 200 000 opérations des végétations ou des amygdales. Parmi les interventions les plus fréquentes, on peut également citer les 158 000 actes pour traitement des hernies de l'aîne et les 125 000 opérations du canal carpien ^[5].

Bibliographie page 206

Il existe plusieurs manières d'appréhender l'activité hospitalière en chirurgie. Pour la statistique SAE, l'activité de chirurgie concerne les entrées en hospitalisation complète et les venues en hospitalisation de jour dans les lits ou places de chirurgie. Dans le PMSI, les séjours chirurgicaux correspondent aux séjours comportant un acte classant, indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique). Les estimations effectuées à partir de ces deux systèmes d'information aboutissent à des évaluations différentes.

Dans les Pays de la Loire

■ Avec 1,5 lit pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux d'équipement, au 20^e rang des régions françaises (fig. 4) ^[1].

■ En Loire-Atlantique, le nombre de lits pour 1 000 habitants est supérieur de 79 % à celui de la Vendée (fig. 1) ^[6]. Comme pour la médecine, la Vendée connaît une "fuite" de certains patients vers l'agglomération nantaise et le choletais.

■ Le nombre d'entrées en hospitalisation complète (272 700 en 2004) connaît une baisse de 1,9 % par an dans les établissements de santé publics depuis 1995, alors qu'il est en augmentation dans les établissements de santé privés (+ 0,3 %) (fig. 2) ^[6, 7]. Le nombre de journées d'hospitalisation est passé de 1,5 à 1,1 million entre 1995 et 2004, soit une baisse de 25 % ^[2, 7].

■ Les admissions en chirurgie ambulatoire (150 000 en 2004) progressent de près de 6 % par an depuis 1995 (8,2 % dans les établissements publics). 89 % des venues ont lieu dans les établissements privés (fig. 2) ^[6, 7].

■ Parmi les 324 800 séjours considérés comme chirurgicaux dans le PMSI (2004), les cinq groupes de diagnostics les plus fréquents représentent près des deux tiers du total des séjours. Les maladies de l'appareil digestif sont à l'origine de 15 % des séjours, devant les pathologies oculaires (14 %). Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire et les lésions traumatiques, avec 13 % des séjours chirurgicaux pour chacun de ces groupes de diagnostics. Les tumeurs représentent enfin une hospitalisation chirurgicale sur dix (fig. 3) ^[8].

■ Un peu plus de 30 % des séjours chirurgicaux durent moins de 24 heures (98 800 admissions) : 17 % ont pour origine des pathologies oculaires (essentiellement des opérations de la cataracte). Viennent ensuite les pathologies de l'appareil digestif (14 %), principalement des extractions dentaires. La majorité des 9 200 admissions pour tumeurs (bénignes et malignes) correspondent à des opérations de la peau ^[8].

1 Nombre de lits installés et places en chirurgie

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS							
Hosp. complète (lits)	43 931	1 971	691	465	168	372	275
Ambulatoire (places)	1 619	100	26	30	6	26	12
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES							
Hosp. complète (lits)	48 064	2 313	995	573	152	377	216
Ambulatoire (places)	7 412	554	296	109	23	84	42
TOTAL							
Hosp. complète (lits)	91 995	4 284	1 686	1 038	320	749	491
Ambulatoire (places)	9 031	654	322	139	29	110	54
Taux d'équipement	1,67	1,47	1,68	1,56	1,19	1,58	0,94

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

2 Activité en chirurgie

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2004)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2004	
			PDL	France métrop.
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS				
Nombre d'entrées en hospit. complète	101 866	2 090 066	-1,9 %	-1,0 %
Nombre de venues en ambulatoire	16 096	306 158	8,2 %	9,9 %
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES				
Nombre d'entrées en hospit. complète	170 843	2 752 295	0,3 %	-1,4 %
Nombre de venues en ambulatoire	133 591	2 492 461	5,6 %	4,6 %
TOTAL				
Nombre d'entrées en hospit. complète	272 709	4 842 361	-0,6 %	-1,3 %
Nombre de venues en ambulatoire	149 687	2 798 619	5,9 %	5,1 %

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

3 Séjours chirurgicaux dans les établissements de santé¹

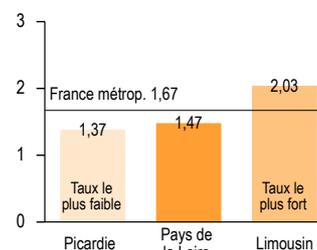
par diagnostic d'hospitalisation, Pays de la Loire (2004)

Diagnostic principal d'hospitalisation (CIM X ^e révision)	Nombre de séjours	%	Proportion de séjours de moins de 24H
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	553	0,2 %	61,3 %
Tumeurs	34 309	10,6 %	26,9 %
dont : tumeurs malignes	21 515	6,6 %	20,5 %
tumeurs bénignes	10 935	3,4 %	39,8 %
Mal. sang et org. hémato. et troubles immunitaires	81	0,0 %	7,4 %
Maladies endocriniennes nutri. et métaboliques	3 319	1,0 %	0,4 %
Troubles mentaux et du comportement	68	0,0 %	20,6 %
Maladies du système nerveux	11 119	3,4 %	69,5 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	45 733	14,1 %	37,6 %
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	9 698	3,0 %	76,6 %
Maladies de l'appareil circulatoire	19 528	6,0 %	13,4 %
Maladies de l'appareil respiratoire	14 275	4,4 %	45,1 %
Maladies de l'appareil digestif	49 973	15,4 %	28,7 %
Maladies de la peau et du tissu cel. sous-cutané	5 091	1,6 %	40,9 %
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conj.	40 930	12,6 %	21,0 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	25 221	7,8 %	21,0 %
Grossesse accouchement et puerpéralité	2	0,0 %	0,0 %
Certaines affections d'origine périnatale	0	0,0 %	0,0 %
Malformations congénitales et ano. chromosomiques	4 235	1,3 %	28,3 %
Sympt. signes et résultats anormaux non classés ailleurs	3 079	0,9 %	11,5 %
Lésions traumatiques empoisonnements	41 079	12,6 %	18,1 %
Autres motifs de recours aux soins	16 507	5,1 %	51,6 %
Total	324 800	100,0 %	30,4 %

Source : PMSI (ARH, données enregistrées)

¹ établissements de santé MCO (hors hôpitaux psychiatriques)**Rang au niveau national**

La région des Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en chirurgie nettement inférieur à la moyenne nationale, au 20^e rang des régions françaises (fig. 4).

4 Taux d'équipement en chirurgie (31/12/2004)

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

Définitions**CIM** : Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).**PMSI MCO** : Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine, chirurgie, obstétrique (voir sources page 211).**Séjours chirurgicaux** (fig. 3) : dans le PMSI, chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de ses caractéristiques (diagnostics, actes, âge du patient...).

Les GHM sont répartis entre trois types d'activité de soins :

- les séjours chirurgicaux (séjours comportant un acte classant),
- les séjours d'obstétrique,
- et les autres séjours qui sont tous considérés comme médicaux.

Ce classement s'effectue indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique).

Les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, et autres traitements itératifs) et ceux concernant les nouveau-nés "bien portants" ont été exclus de l'analyse.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

Soins en gynécologie-obstétrique

Contexte national

Les établissements de santé disposent en décembre 2004 de 23 000 lits de gynécologie-obstétrique (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), dont les deux tiers sont installés dans les établissements publics (fig. 1) [1].

Le taux d'équipement moyen français est de 1,6 lit pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, les disparités entre régions étant fortement marquées. La Corse est la région qui a le nombre de lits par habitant le plus élevé et la région Languedoc-Roussillon le plus faible (fig. 4) [1].

1,3 million d'entrées ont été dénombrées en hospitalisation complète dans les services de gynécologie-obstétrique en 2004, avec un léger recul depuis 1995 (- 0,2 % par an). La baisse de la durée de séjour est particulièrement sensible et se traduit par une diminution du nombre de journées d'hospitalisation de 19 % depuis 1995. On observe parallèlement une forte progression des venues en hospitalisation de jour (310 200 en 2004) (fig. 2) [1, 2].

Les accouchements (755 000 en 2004) représentent 59 % des entrées dans les services de gynécologie-obstétrique. Suite à un important mouvement de concentration, le nombre d'établissements d'accouchements a été divisé par deux en trente ans, de 1 300 maternités en 1975 à 625 en 2004 [3, 4]. 62 % des maternités sont des établissements publics, 30 % dépendent d'établissements à caractère commercial, et 8 % du secteur non lucratif (2004). En 2004, 61 % des accouchements ont eu lieu dans les établissements publics de santé et 7 % dans les établissements privés associatifs ou mutualistes. La part du secteur privé à caractère commercial est en recul, avec 31 % des accouchements en 2004 contre 35 % en 2000 [4].

Les textes réglementaires (décrets du 9 octobre 1998) définissent plusieurs niveaux de maternités, de manière à ce que les femmes pour lesquelles on soupçonne un accouchement difficile soient orientées vers l'établissement le mieux adapté à leur besoin, ces femmes conservant toutefois la liberté de choisir leur lieu d'accouchement. Les maternités sont réparties en trois groupes en fonction du niveau d'équipement et de l'encadrement médical dont elles disposent (présence permanente d'un pédiatre, d'un anesthésiste...). Le niveau I (338 établissements en 2004), correspond aux maternités qui disposent uniquement d'une activité d'obstétrique. Le niveau II regroupe les établissements (209 en 2004) qui sont équipés également d'une unité de néonatalogie. Enfin, les maternités de niveau III (78 en 2004) assurent des soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, et qui sont pourvus en plus d'une unité de réanimation néonatale [4].

Trois maternités de niveau II sur quatre et la quasi-totalité des maternités de niveau III sont des établissements publics. La part des accouchements ayant lieu dans les maternités de niveau I est en recul, avec 37 % des accouchements en 2004 contre 48 % en 2000 ; la part des accouchements ayant lieu dans les maternités de niveau II est passée de 35 % en 2000 à 42 % en 2004. Enfin, un accouchement sur cinq se déroule dans une maternité de niveau III [4, 5].

Cette organisation par niveau, l'ensemble des établissements étant fédérés au sein de réseaux de périnatalité

qui voient le jour de manière progressive dans toutes les régions, doit notamment permettre d'améliorer la prise en charge des grossesses multiples, pour lesquelles les risques de prématurité et de mortalité périnatale sont beaucoup plus élevés. Selon les résultats de l'enquête périnatale 2003, les maternités de niveau II et III ont accueilli les trois quarts des naissances multiples, des naissances prématurées et des nouveau-nés ayant un faible poids de naissance. Selon cette même source, 19 % des femmes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse, proportion en baisse par rapport à l'enquête 1998. Enfin, la prise en charge de l'accouchement se caractérise par un recours de plus en plus fréquent à l'analgésie péridurale (63 % des accouchements en 2003 contre 58 % en 1998) et à la rachianesthésie (12,3 % des accouchements en 2003 contre 8,5 % en 1998) [6].

Bibliographie page 206

(voir fiche "Grossesse, accouchement")

Dans les Pays de la Loire

- Les Pays de la Loire se trouvent dans une position moyenne pour le nombre de lits de gynécologie-obstétrique par habitant, alors que l'indice de fécondité de la région est le plus élevé en France (fig. 4) [1].
- Le nombre d'entrées dans les services de gynécologie-obstétrique est en baisse depuis 1995 dans les établissements privés et en hausse dans les établissements publics (fig. 2) [1, 7].
- On observe, comme au plan national, une baisse du nombre de journées d'hospitalisation complète dans les services de gynécologie-obstétrique (- 15 % depuis 1995) [4, 7].
- 43 600 accouchements ont été pratiqués dans les maternités de la région en 2004 (fig. 2) [4]. Comme les autres régions françaises, les Pays de la Loire connaissent un important mouvement de concentration, le nombre d'établissements d'accouchements étant passé de 39 en 1987 à 25 en 2004. Depuis 2002, aucune maternité n'a désormais une activité inférieure à 600 accouchements par an. Sept maternités, pratiquant chacune plus de 2 000 accouchements par an, regroupent plus de 50 % des accouchements ayant lieu dans la région (fig. 3) [4].
- En 2006, la région compte trois maternités de niveau III : CHU de Nantes, CHU d'Angers et centre hospitalier du Mans, dix maternités de niveau II, et onze maternités de niveau I, l'ensemble de ces établissements étant fédérés au sein du Réseau sécurité naissance, mis en place en 1998.
- 20 % des accouchements multiples ont eu lieu dans les maternités de niveau I, 40 % dans les maternités de niveau II et 40 % dans les maternités de niveau III [4].
- La densité de gynécologues-obstétriciens et de pédiatres est beaucoup plus faible dans les Pays de la Loire qu'en moyenne en France (fig. 5) [8, 9].

1 Nombre de lits installés et places en gynécologie-obstétrique

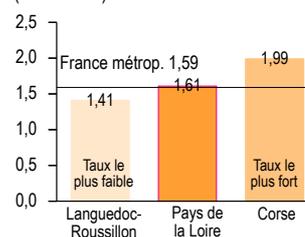
Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS							
Hosp. complète (lits)	14 270	716	176	190	113	99	138
Hosp. de jour (places)	885	35	11	15	0	0	9
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES							
Hosp. complète (lits)	7 747	505	277	110	0	100	18
Hosp. de jour (places)	43	0	0	0	0	0	0
TOTAL							
Hosp. complète (lits)	22 017	1 221	453	300	113	199	156
Hosp. de jour (places)	928	35	11	15	0	0	9
Taux d'équipement	1,59	1,61	1,61	1,74	1,77	1,62	1,32

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

Rang au niveau national

Le taux d'équipement en gynécologie-obstétrique dans la région des Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale (fig. 4).

4 Taux d'équipement en gynécologie-obstétrique (31/12/2004)

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

2 Activité en gynécologie-obstétrique

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2004)

	Pays de la Loire	France métrop.	TCAM 1995-2004	
			PDL	France métrop.
ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS				
Nombre d'entrées en hospit. complète	42 192	838 665	1,7 %	0,8 %
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	9 860	236 447	16,8 %	15,6 %
Nombre d'accouchements	26 252	465 224	nd	nd
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES				
Nombre d'entrées en hospit. complète	30 534	431 871	-0,7 %	-2,0 %
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	788	73 710	9,6 %	22,9 %
Nombre d'accouchements	17 353	289 536	nd	nd
TOTAL				
Nombre d'entrées en hospit. complète	72 726	1 270 536	0,6 %	-0,2 %
Nombre de venues en hospit. de jour ou en ambulatoire	10 648	310 157	16,1 %	16,9 %

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

3 Les professionnels de santé autour de la naissance

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	Gynécologues-obstétriciens	Pédiatres	Sages-femmes
PAYS DE LA LOIRE			
Nombre total	207	231	808
densité	12,1 ¹	26,8 ²	103,5 ³
FRANCE METROPOLITAINE			
Nombre total	5 032	6 659	16 550
densité	16,2 ¹	44,1 ²	114,6 ³

Sources : ADELI (DREES), INSEE

¹ nombre de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes² nombre de pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans³ nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans**3 Maternités selon le nombre d'accouchements**

Pays de la Loire (2004)

	Nombre de maternités ¹	Nombre total d'accouchements	Proportion
moins de 1 000 accouchements	8	6 195	14,2 %
de 1 000 à 1 499 accouchements	7	8 642	19,8 %
de 1 500 à 1 999 accouchements	3	5 805	13,3 %
2 000 accouchements et plus	7	22 963	52,7 %
Total	25	43 605	100,0 %

Source : SAE (DREES)

¹ une seule maternité comptabilisée pour la Clinique Jules Verne de Nantes

En 2006, on compte 24 maternités dans les Pays de la Loire, dont 3 de niveau III, 10 de niveau II et 11 de niveau I

Définitions**ADELI** : Automatisation DEs LIstes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).**Maternités** : les maternités sont réparties en trois groupes :

- les établissements qui disposent uniquement d'une activité d'obstétrique (niveau I)
- les établissements pourvus d'une unité d'obstétrique mais également d'une unité de néonatalogie (niveau II)
- les maternités de niveau III sont celles qui assurent les soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles disposent en plus d'une unité de réanimation néonatale.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).**Taux d'équipement** : nombre de lits installés (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

Soins de suite et de réadaptation

Contexte national

Les établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), aussi appelés établissements de moyen séjour, regroupent un ensemble d'activités dont le point commun est de se situer le plus souvent en aval d'une hospitalisation dans un service de soins aigus. Le raccourcissement des durées de séjour, l'optimisation de l'occupation des lits, la chronicisation de certaines pathologies et le vieillissement de la population nécessitent aujourd'hui d'organiser de véritables filières de soins entre les établissements de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique) et de moyen séjour, un mouvement qui ne peut que s'accélérer avec la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). Les équipements de SSR répondent ainsi aux besoins de prise en charge des états pathologiques non stabilisés ne nécessitant plus de recourir à des investigations et/ou des traitements invasifs mais conduisant à prolonger la prise en charge en secteur hospitalier, avec le plus souvent des soins de nursing, de rééducation et un encadrement soignant organisant le suivi médico-social.

Les activités de soins de suite concernent les soins post-médicaux ou chirurgicaux mais aussi l'alcoolologie et la santé mentale. Les unités de soins pour des patients présentant un état végétatif persistant, mais également les cures thermales (présentes seulement dans certaines régions), sont rattachées à ce groupe d'équipements.

Le nombre total de lits d'hospitalisation complète est de 90 500 lits, soit 20 % des capacités d'hospitalisation en France métropolitaine (fig. 1) ^[1]. 42 % de ces équipements dépendent des établissements publics, 33 % des établissements à but non lucratif, et 25 % des cliniques privées ^[2]. L'implantation de ces équipements s'est faite souvent par transformation des équipements existants (anciens sanatoriums par exemple), ce qui explique la grande disparité des taux d'équipement sur le territoire. Les équipements sont fortement concentrés dans les régions du sud de la France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Les équipements de SSR se divisent en deux groupes : les équipements de soins de suite (convalescence) d'une part et de rééducation et de réadaptation fonctionnelle d'autre part. En hospitalisation complète, 69 % des équipements correspondent aux soins de suite (62 300 lits), pour 577 100 admissions en 2004 (fig. 2) ^[2]. Près de la moitié de ces équipements dépendent des établissements publics. Le taux d'équipement est deux fois plus important en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Champagne-Ardenne (fig. 4) ^[1].

La rééducation et réadaptation fonctionnelle, rebaptisée "médecine physique et de réadaptation" en 1995, est une spécialité médicale transversale qui cherche à prévenir ou réduire le plus possible les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités. Elle s'appuie sur une évaluation préalable de la perte fonctionnelle et de sa capacité restante, dans l'environnement du patient, et sur un pronostic évolutif permettant une action cohérente dans la durée. Les 28 200 lits (hospitalisation complète) de Rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) dépendent pour 30 % des hôpitaux publics et pour 44 % des établissements non lucratifs. 259 100 admissions ont été dénombrées en 2004 (fig. 2) ^[2]. Le taux d'équipement est quatre fois plus élevé en Languedoc-Roussillon qu'en Champagne-Ardenne (fig. 5) ^[1]. Les prises en charge en hôpital de jour et en ambulatoire se sont fortement développées au cours des dernières années, avec 1,3 million venues en hôpital de jour (pour 4 400 places), et 200 000 séances en ambulatoire ^[2].

Bibliographie page 206

Dans les Pays de la Loire

- Avec 1,1 lit pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire se trouvent dans une situation comparable à la situation moyenne française en matière de soins de suite. A l'intérieur de la région, ces équipements sont surtout concentrés en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe (fig. 1) ^[3].
- Le taux d'équipement en lits de réadaptation fonctionnelle est proche de la moyenne française. La Sarthe, avec en particulier le Centre de l'Arche, et la Vendée, avec les différents établissements installés sur le littoral atlantique sont les deux départements les mieux pourvus (fig. 1) ^[3].
- Selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'année 2003, les soins mis en œuvre dans les hôpitaux publics de la région concernent principalement les atteintes neuromusculaires (22 % des journées d'hospitalisation), la rhumatologie (20 %), les soins post-traumatiques (16 %), les soins cardio-vasculaires et respiratoires (9 %) et le viscéral (8 %) (fig. 3) ^[4].

1 Lits et places installés en soins de suite et de réadaptation

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
READAPTATION FONCTIONNELLE							
Etablissements Publics							
Hosp. complète (lits)	8 447	462	281	34	64	0	83
Hosp. de jour (places)	997	92	54	5	8	14	11
Etablissements Privés							
Hosp. complète (lits)	19 749	717	148	105	0	210	254
Hosp. de jour (places)	3 398	233	56	35	0	87	55
Taux d'équipement ¹	0,54	0,45	0,45	0,24	0,25	0,57	0,70
SOINS DE SUITE							
Etablissements Publics							
Hosp. complète (lits)	29 246	2 001	613	467	285	309	327
Hosp. de jour (places)	278	0	0	0	0	0	0
Etablissements Privés							
Hosp. complète (lits)	33 034	1 587	514	454	42	375	202
Hosp. de jour (places)	359	20	15	0	0	0	5
Taux d'équipement ¹	1,04	1,07	0,96	1,22	1,11	1,26	0,93

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

¹ établissements publics et privés

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

2 Activité en soins de suite et de réadaptation

Pays de la Loire, France métropolitaine (1995 - 2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	TCAM 1995-2004 Pays de Loire
READAPTATION FONCTIONNELLE			
Nombre d'entrées en hospit. complète	259 123	9 654	nd
Nombre de venues en hôpital de jour	1 327 494	89 126	nd
SOINS DE SUITE			
Nombre d'entrées en hospit. complète	577 150	36 156	nd
Nombre de venues en hôpital de jour	148 993	3 589	nd
TOTAL			
Nombre d'entrées en hospit. complète	836 273	45 810	-0,5 %
Nombre de venues en hôpital de jour	1 476 487	92 715	0,3 %

Source : SAE (DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique CHI d'Alençon dans l'Orne

3 Répartition des journées d'hospitalisation en SSR des établissements publics selon le type de prise en charge

Pays de la Loire (2003)

Catégorie majeure clinique	%
12 Neuro-musculaire	22,4 %
16 Rhumato-orthopédique	19,7 %
17 Post-traumatique	15,7 %
11 Cardio-vasculaire et respiratoire	9,0 %
15 Viscéral	7,6 %
13 Santé mentale	6,8 %
20 Soins palliatifs	3,8 %
14 Sensoriel et cutané	3,6 %
60 Autres situations	3,4 %
40 Réadaptation-réinsertion	3,1 %
18 Amputations	1,9 %
30 Attente de placement	1,6 %
50 Soins nutritionnels	1,0 %
80 Gériatrie aiguë	0,4 %
Total	100,0 %

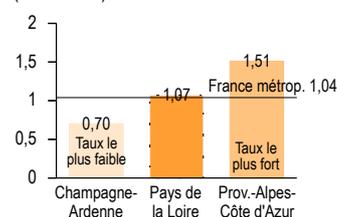
Source : PMSI (ARH, données enregistrées)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en soins de suite proche de la moyenne française (fig. 4). En revanche, le nombre de lits pour 1 000 habitants en Rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) est inférieur à la moyenne française (- 16 %) (fig. 5).

4 Taux d'équipement en soins de suite

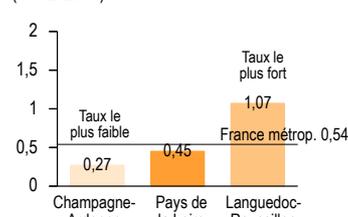
(31/12/2004)



Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

5 Taux d'équipement en réadaptation fonctionnelle

(31/12/2004)



Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

Définitions

PMSI : la figure 3 provient d'une exploitation de la base de données PMSI-SSR pour l'année 2003 qui ne concerne que les établissements publics de santé, et qui correspond aux trois quarts des séjours dans cette discipline (voir sources page 211).

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).

SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés en service de soins de suite et/ou de réadaptation (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Soins en psychiatrie

Contexte national

D'après le Baromètre santé 2005, environ une personne sur vingt (dans la population âgée de 12 à 75 ans) déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale (psychiatre ou psychologue) au cours des douze derniers mois [1]. Selon les travaux de l'Irdes et de la Drees, la prise en charge des troubles mentaux représente à elle seule un peu plus de 10 % des dépenses de santé hors prévention. C'est le deuxième poste de dépenses le plus important, après les maladies de l'appareil circulatoire : plus de 70 % de ces dépenses concernent le secteur hospitalier [2].

De nombreux professionnels du soin participent à la prise en charge des troubles mentaux : les médecins généralistes, qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes, les psychiatres, les établissements psychiatriques et les services de psychiatrie des établissements de santé, mais aussi le secteur médico-social, qui contribue à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques (maisons de retraite en particulier).

La psychiatrie publique est organisée en France en secteurs, au sein desquels des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients en ambulatoire ou en hospitalisation. Les patients peuvent ainsi bénéficier de consultations dans les Centres médico-psychologiques (CMP), ou être pris en charge en hôpital de jour, en centre d'accueil thérapeutique, en hospitalisation "plein temps", ou encore à domicile. Les soignants rattachés aux secteurs interviennent également au sein d'institutions (maisons de retraite, foyers pour personnes handicapées...).

Le territoire français est organisé en 830 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent en moyenne chacun 54 000 habitants de plus de 20 ans, et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population moyenne de 49 000 enfants et adolescents). La file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) de l'ensemble des secteurs adultes et enfants s'élève en 2000 à 1,6 million de patients. Cela représente un taux de recours moyen aux secteurs de psychiatrie au cours d'une année de 27 patients pour 1 000 habitants. Entre 1989 et 2000, la file active des secteurs adultes a progressé de 62 %. Chaque secteur adulte a une file active moyenne de 1 390 patients [3, 4].

Le nombre de lits d'hospitalisation complète (sectorisés ou pas) en psychiatrie a été réduit de 23 % depuis 1995 pour atteindre environ 60 000 lits en 2004 (fig. 1) [5]. Deux tiers des équipements sont installés dans les établissements publics, 20 % dans les cliniques privées et 13 % dans les établissements du secteur non lucratif [6]. La baisse des durées de séjours est importante, le nombre de journées d'hospitalisation complète étant passé de 23 millions en 1995 à 18,4 millions en 2004 [6, 7]. Parmi les 606 000 admissions enregistrées en 2003 en psychiatrie générale, on a dénombré 76 800 hospitalisations sans consentement : 65 800 à la demande d'un tiers et 11 000 hospitalisations d'office (fig. 4).

La réduction des durées de séjour en hospitalisation "temps plein" s'accompagne d'une diversification des modes de prise en charge, avec notamment 26 200 places

en hôpital de jour mais aussi près de 4 000 places d'accueil familial thérapeutique (fig. 1) [5]. Dans la file active des secteurs adultes en 2000, 85 % des patients bénéficient d'une prise en charge ambulatoire (CMP, soins à domicile...) et 11 % d'une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour, de nuit, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...) [3].

La demande de soins en secteur libéral est également importante, le nombre d'actes de psychiatres libéraux remboursés par l'assurance maladie (pour 6 000 professionnels en activité en 2004) ayant augmenté de 25 % entre 1995 et 2004 (16 millions d'actes) [8]. En matière de couverture des populations, les écarts sont considérables à l'intérieur du territoire, avec en moyenne un psychiatre pour 1 000 habitants à Paris contre un pour 10 000 dans le Pas-de-Calais ou en Mayenne [9]. Selon les chiffres de l'assurance maladie, la file active moyenne d'un praticien libéral est de 321 patients par an, ce qui correspondrait au plan national à une file active de 1,9 million de patients suivis en secteur libéral [8].

Bibliographie page 206

Dans les Pays de la Loire

- Il existe 41 secteurs de psychiatrie adultes et 17 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans les Pays de la Loire (fig. 2). La file active de l'ensemble de ces secteurs est de 80 000 patients, ce qui représente un taux de recours moyen de 24 patients pour 1 000 habitants en 2003. Ce taux de recours est plus élevé aux âges extrêmes, parmi les moins de 15 ans d'une part, et les plus de 85 ans d'autre part (34 pour 1 000) (fig. 3) [10].

- En 2003, 270 psychiatres (ETP), 30 internes et 3 900 personnels (ETP) exercent dans les secteurs de psychiatrie adultes et enfants de la région. Par ailleurs, 250 psychiatres libéraux sont installés dans les Pays de la Loire [11].

- 84 % des patients suivis dans les secteurs adultes sont pris en charge en ambulatoire (CMP...), et 17 % à temps partiel (hôpital de jour, accueil thérapeutique...). En psychiatrie infanto-juvénile, cette proportion est respectivement de 98 % et 16 % (fig. 2) [10].

- En psychiatrie adultes, 15 800 patients ont été hospitalisés au moins une fois en 2003 dans les secteurs de psychiatrie de la région, mode de prise en charge qui concerne 27 % des patients. L'hospitalisation est en revanche un recours peu fréquent en psychiatrie infanto-juvénile, avec seulement 450 enfants hospitalisés en 2003 (fig. 2) [10].

En comparaison, 18 829 admissions pour troubles mentaux concernant des habitants de la région ont été enregistrées en 2004 dans les unités de soins de court séjour des établissements de santé [12].

- Plus de 3 500 personnes ont été hospitalisées "sans leur consentement" en 2005 dans la région : 87 % à la demande d'un tiers, et 13 % par hospitalisation d'office (fig. 4).

1 Nombre de lits et places installés en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE							
Hospitalisation complète ¹	2 186	158	16	20	10	10	102
Hospitalisation de jour	8 686	488	196	92	23	72	105
Placement familial thérapeut.	906	43	22	11	6	0	4
Total	11 778	689	234	123	39	82	211
Taux d'équipement	0,92	0,94	0,89	0,74	0,59	0,70	1,80
PSYCHIATRIE GENERALE (ADULTES)							
Hospitalisation complète ¹	57 773	2 690	811	588	293	541	457
Hospitalisation de jour	17 489	1 232	394	384	88	171	195
Placement familial thérapeut.	3 052	219	125	58	13	20	3
Total	78 314	4 141	1 330	1 030	394	732	655
Taux d'équipement	1,64	1,58	1,43	1,76	1,73	1,72	1,43

Source : SAE-STATISS (DRASS, DREES)

¹ y compris appartements thérapeutiques**Rang au niveau national**

La région des Pays de la Loire se caractérise par des taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale (adulte) proches de la moyenne française (fig. 1).

2 File active et moyens des secteurs de psychiatrie

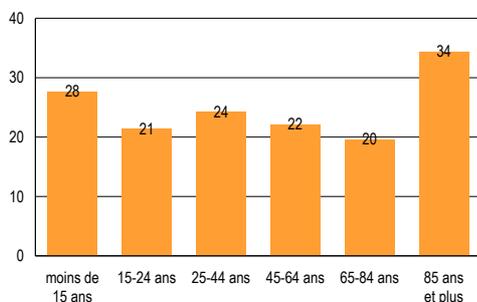
Pays de la Loire (2003)

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
Nombre de secteurs	41	17
File active moyenne par secteur	1 442	1 239
File active totale ¹	59 137	21 058
dont pourcentage suivis en ambulatoire	84 %	98 %
dont pourcentage suivis à temps partiel	17 %	16 %
dont pourcentage suivis à temps complet	27 %	2 %
Nombre de lits d'hospitalisation plein temps	1 913	101
Nombre de praticiens (effectif)	229	79
Nombre de praticiens (ETP)	198	72
Nombre d'internes en psychiatrie	19	11
Personnel non médical (ETP)	3 187	707

Source : rapports de secteurs (DREES)

¹ la somme des pourcentages n'est pas égale à 100 %, un patient pouvant cumuler plusieurs modes de prise en charge (ambulatoire et temps complet...) au cours d'une année**3 Taux de recours aux secteurs de psychiatrie selon l'âge pour 1 000 habitants**

Pays de la Loire (2003)



Source : rapports de secteurs (DREES)

4 Hospitalisation sans consentement dans les services de psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)

	France métrop. ¹	Pays de la Loire
HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS		
Nombre	65 800	3 079
Taux ²	145,4	123,3
HOSPITALISATION D'OFFICE		
Nombre	11 000	476
Taux ²	24,3	19,1

Sources : DDASS, Direction générale de la santé
¹ données 2003² taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus**Définitions****File active** : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.**Hospitalisation à la demande d'un tiers** : admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.**Hospitalisation d'office** : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié, ou par le maire, en cas de troubles occasionnés connus de "notoriété publique".**Secteur de psychiatrie** : la psychiatrie publique est organisée en "secteurs", territoires géographiques au sein desquels plusieurs types de prises en charge sont proposés aux patients : consultations dans les Centres médico-psychologiques (CMP), hôpital de jour ou de nuit, centre d'accueil thérapeutique, hospitalisation "plein temps"...**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).**Taux d'équipement (psychiatrie infanto-juvénile)** : nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus. Le taux d'équipement très élevé du département de la Vendée pour cette discipline (en comparaison avec les autres départements) s'explique par la présence dans ce département d'un établissement de soins qui accueille des enfants polyhandicapés (fig. 1).**Taux d'équipement (adultes)** : nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 habitants de plus de 16 ans.**Taux de recours** : file active rapportée à l'effectif de population générale de ce groupe d'âge (la fig. 3 ne concerne que les personnes prises en charge par les secteurs de psychiatrie).

Recours aux soins urgents ou non programmés

Contexte national

L'urgence en matière de santé est souvent définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage" (Pr Delbarre). Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

L'organisation de la prise en charge des urgences médicales est de la responsabilité du préfet, qui préside dans chaque département le Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Ce comité est chargé d'assurer la coopération de l'ensemble des acteurs concernés : professionnels du soin (libéraux et hospitaliers), Conseil de l'ordre des médecins (permanence des soins), services d'incendie et de secours (interventions des sapeurs-pompiers), Agence régionale de l'hospitalisation (planification des services d'urgences), assurance maladie.

La régulation des appels d'urgence est organisée par les Centres de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelés "Centres 15", installés au sein des Services d'aide médicale urgente (Samu). Cette régulation est mise en œuvre par des médecins hospitaliers, avec la participation d'associations de médecins libéraux qui peuvent conserver une régulation autonome mais interconnectée avec le centre 15. Le Samu régule l'intervention des transports sanitaires, et en particulier celle des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Les Smur ont effectué 487 700 sorties primaires en 2004, dont près de 13 000 sorties aériennes. Dans 31 % des cas, cette intervention n'est pas suivie d'un transport médicalisé, parce que le patient est décédé, parce qu'il est traité sur place, par refus d'évacuation, ou parce qu'il a été pris en charge par un autre moyen de transport (fig. 2) ^[1].

Le nombre de passages dans les services hospitaliers d'urgences est passé de 10 millions en 1996 à 14,3 millions en 2004 ^[1, 3]. Cela correspond à un taux de recours moyen de 237 passages pour 1 000 habitants, variant selon les régions de 178 dans les Pays de la Loire à 296 pour la Haute-Normandie (fig. 5). La part des établissements publics reste prépondérante, avec 84 % des passages aux urgences. Dans 20 % des cas, un passage aux urgences est suivi par une hospitalisation. Plus de la moitié des patients ont été pris en charge par les Services d'accueil des urgences (SAU), organisés pour prendre en charge tous les types d'urgences, quelle que soit leur gravité (271 SAU). Les 387 Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (Upatou) qui travaillent en relais avec les SAU pour les pathologies courantes ont pris en charge 41 % des urgences. Enfin, 5 % des passages aux urgences ont lieu dans les 35 Pôles spécialisés (Posu) en chirurgie de la main, urgences pédiatriques. Les moyens en personnel des structures d'urgences ont connu un développement important au cours des dernières années : 4 700 médecins (ETP), 11 600 infirmiers, 198 assistants de service social et 8 900 autres personnels interviennent dans ces services en 2004 ^[1].

La réforme de 2006 a supprimé les notions d'Upatou, SAU et Posu, tous les services s'appelant dorénavant "structure

des urgences" ^[4, 5]. Suite à cette réforme, des réseaux de prise en charge doivent voir le jour entre les différents acteurs concernés. Un certain nombre de dispositions spécifiques sont prévues pour la prise en charge des urgences pédiatriques, des personnes âgées (avec l'orientation directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë), pour l'accès direct à un plateau technique spécialisé et pour les soins psychiatriques.

La médecine libérale participe également à la prise en charge des urgences : les recours urgents ou non programmés représentent ainsi 12 % de l'activité des généralistes libéraux, ce qui correspond à 35 millions de recours par an. Les problèmes traumatiques ne concernent que 12 % des recours contre près de 50 % en milieu hospitalier. Le pronostic vital est engagé dans 1,2 % des cas, et environ 5 % des recours aboutissent à une hospitalisation du patient ^[6].

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

- Pour la régulation et les transports d'urgence, la région dispose d'un Samu-Smur par département, auquel il faut rajouter dix Smur hors Samu à Châteaubriant, Saint-Nazaire, Cholet, Saumur, Mayenne, Château-Gontier, Sablé/La Flèche, Challans, Fontenay-le-Comte. Ce dispositif est complété par un HéliSmur basé à Nantes. La région mancelle et le nord-Mayenne sont couverts par l'HéliSmur de l'Orne ^[7].
- Les Pays de la Loire disposent de sept Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) installés dans les CHU de Nantes et d'Angers, et dans les centres hospitaliers de Saint-Nazaire, Cholet, Laval, Le Mans et La Roche-sur-Yon, qui prennent en charge 59 % des urgences hospitalières de la région. On dénombre, par ailleurs, 20 Upatou, dont quatre dans les établissements privés, et un pôle spécialisé pour la chirurgie de la main à Nantes (Posu) ^[7].
- Le nombre de passages dans les services d'urgences a augmenté de 47 % depuis 1996 (599 000 passages en 2004). Parallèlement, la proportion de patients hospitalisés diminue (de 39 % en 1996 à 25 % en 2004) (fig. 3) ^[2, 8].
- Les Pays de la Loire ont le plus faible taux de recours aux urgences, inférieur de 25 % à la moyenne française (fig. 5). Les situations sont fortement contrastées à l'intérieur de la région, les taux de recours étant nettement plus élevés en Mayenne, en Sarthe et en Vendée, départements qui ont la plus faible densité médicale dans la région. Le taux d'hospitalisation aux urgences est plus élevé dans la région qu'au plan national, 25 % contre 20 % (fig. 3) ^[8].
- 14,5 % des recours auprès des médecins généralistes sont considérés comme urgents ou non programmés. Pour les recours des patients âgés de plus de 70 ans, le pronostic vital est engagé dans 6 % des cas (fig. 4) ^[9].

1 Nombre d'appels et d'affaires traités par les Samu
Pays de la Loire (2004)

	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Appels	1 165 043	392 633	188 823	77 425	219 064	287 098
Nb d'appels pour 1 000 hab.	347	334	253	266	408	508
Affaires	498 322	131 194	92 584	25 854	148 665	100 025
Ratio appels/aff.	2,3	3,0	2,0	3,0	1,5	2,9
Appels par le 18	nd	42 412	22 455	6 933	nd	nd
Nbre ETP méd.	34,5	11,5	7,2	4,0	7,0	4,8

Source : ARH

2 Activité des services mobiles d'urgences (Smur)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de sorties primaires	487 729	17 601	4 362	3 364	2 232	2 978	4 665
dont non suivies d'un transport médicalisé	30,5 %	26,2 %	28,1 %	19,9 %	40,7 %	35,4 %	16,1 %
Nombre de sorties secondaires	138 865	5 787	2 210	1 572	242	910	853
Total	626 594	23 388	6 572	4 936	2 474	3 888	5 518

Source : SAE (DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique "CHI Alençon" dans l'Orne

3 Nombre de passages aux urgences hospitalières

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de passages	14 317 654	598 845	169 505	123 817	58 996	128 459	118 068
Tx de recours pour 1 000 habitants	237	178	142	164	201	237	205
Taux d'hospitalisation	19,7 %	25,4 %	23,2 %	32,1 %	23,4 %	26,6 %	21,1 %

Source : SAE - STATISS (DRASS, DREES)

y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique "CHI Alençon" dans l'Orne

4 Répartition des recours aux soins urgents ou non programmés en médecine générale selon le degré d'urgence somatique et l'âge des patients

Pays de la Loire (octobre 2004)

	0-12 ans	13-24 ans	25-44 ans	45-69 ans	70 ans et plus	Total
Etat clinique stable	70 %	72 %	77 %	71 %	53 %	71 %
Etat clinique pouvant s'aggraver	30 %	28 %	23 %	28 %	38 %	28 %
Pronostic vital engagé	0 %	0 %	0 %	1 %	6 %	1 %
Décès	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	<1 %

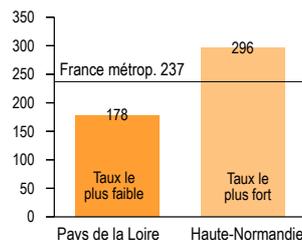
Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (DREES), ORS

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire ont le plus faible taux de recours aux urgences, au 22^e rang des régions métropolitaines (fig. 5).

5 Taux de recours aux urgences

Pays de la Loire (2004)



Source : SAE (DREES)

6 Structures d'urgences

Pays de la Loire (2005)



Source : ARH
entre parenthèses, nombre de structures d'urgences

Définitions

Affaires : ensemble de mesures consécutives à une demande d'aide médicale urgente.

POSU : Prise en charge spécialisée, en relais avec un SAU.

SAMU : Service d'aide médicale urgente.

SAU : Service d'accueil des urgences, chargé de la prise en charge de tous types d'urgence, quelle que soit leur gravité.

SMUR : Service mobile spécialisé d'urgence et de réanimation.

Sortie primaire : sortie d'un véhicule de secours du lieu de détresse vers le lieu de soins.

Sortie secondaire : sortie d'un véhicule de secours d'un lieu de soins vers un autre lieu de soins.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé (voir sources page 211).

Taux de recours : nombre de passages dans les urgences hospitalières pour 1 000 habitants.

Transport médicalisé : transport d'un patient dans un véhicule de secours, avec l'assistance d'un médecin.

UPATOU : Unité de proximité, d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences, en relais avec un SAU.

Consommation de soins

Contexte national

Selon les comptes de la santé, la dépense courante de santé, qui comprend les dépenses de consommation de soins et de biens médicaux, les dépenses de médecine préventive, de recherche, de formation, et celles correspondant au versement des indemnités journalières, s'est élevée en France à 191 milliards d'euros en 2005 ^[1].

Les comparaisons internationales s'effectuent sur le concept de la dépense nationale de santé qui est légèrement différent de celui de la dépense courante de santé. En 2004, la dépense nationale de santé représente en France 10,5 % du Produit intérieur brut (PIB), ce qui situe la France au quatrième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) derrière les Etats-Unis (15 %), la Suisse (12 %), l'Allemagne (10,9 % en 2003) ^[1].

En 2005, les dépenses de consommation de soins et de biens médicaux s'élèvent à 151 milliards, soit 2 402 euros par habitant ^[1].

Entre 1995 et 2005, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé de + 2,9 % en volume (c'est-à-dire hors inflation de prix) par an, et de 1,0 % par an si l'on tient compte de l'augmentation de l'effectif total de la population ^[1].

En 2005, 77 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux sont financées par la sécurité sociale ^[1]. Ce pourcentage est resté pratiquement stable au cours de la dernière décennie, mais cette évolution cache en réalité deux tendances inverses. D'une part, le pourcentage des dépenses supportées par l'assurance maladie est majorée par l'augmentation de la proportion de personnes en Affection de longue durée (ALD), qui est passée de 8 % en 1994 à 12 % en 2004. Ces assurés sociaux bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour la pathologie ayant justifié leur admission en ALD (voir fiche "Affections de longue durée"). D'autre part, le pourcentage des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux supportées par l'assurance maladie est minoré par un moindre niveau de remboursement. Ainsi, un certain nombre de médicaments, dont le Service médical rendu (SMR) est jugé insuffisant, sont moins bien remboursés voire ne sont plus remboursés. Par ailleurs, suite à la réforme de l'assurance maladie de 2004, deux nouveaux forfaits à la charge des assurés sociaux ont été introduits : pour les consultations médicales et les actes de biologie (1 euro) et pour les interventions chirurgicales (18 euros).

Les mutuelles financent 7,2 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux en 2005 (6,1 % en 1990), les sociétés d'assurance 3,1 %, et les institutions de prévoyance 2,5 %. La participation de l'Etat et des collectivités locales reste marginale (1,3 %) et concerne principalement le financement partiel de la protection sociale agricole et le financement de la Couverture maladie universelle (CMU). 8,7 % du coût des soins restent à la charge des ménages ^[1].

Les dépenses de soins hospitaliers représentent globalement 44,5 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux, réparties entre les

établissements du secteur public (34,5 %), et les cliniques privées (10 %). Les médicaments sont le deuxième poste de dépenses (20,8 %), avant les soins médicaux (12,5 %). Les soins d'auxiliaires médicaux et les soins dentaires représentent respectivement 6,0 % et 5,8 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux ^[1].

Les dépenses de santé sont fortement liées à l'âge, les indices de consommation les plus élevés étant ceux des enfants de moins d'un an et ceux des personnes âgées. Il existe également un lien étroit entre la consommation de soins et le milieu social, les dépenses étant plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés (une fois corrigés les effets liés au sexe et à l'âge). Au début des années 2000, les dépenses totales de santé sont ainsi supérieures de 18 % à la moyenne chez les ouvriers non qualifiés alors qu'elle est inférieure de 9 % chez les cadres. La différence entre les dépenses totales de santé des ouvriers non qualifiés et la moyenne est exclusivement due aux dépenses hospitalières ^[2].

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

■ On ne dispose pas au niveau régional de données équivalentes à celles présentées dans les comptes nationaux de la santé. En revanche, dans les Pays de la Loire, les caisses d'assurance maladie analysent chaque année les montants de remboursements des dépenses de santé relevant du champ de l'Ondam (voir encadré ci-contre), versés directement aux assurés sociaux ou indirectement (versement aux établissements de santé ; tiers payant) ^[3].

■ Selon cette source, le montant total des remboursements des dépenses de santé relevant du champ de l'Ondam s'élève, dans les Pays de la Loire, à 6,2 milliards d'euros pour l'année 2004, soit 1 841 euros par habitant.

Depuis 2000, comme en France, ce montant a progressé de 6,2 % par an. Si l'on tient compte de l'augmentation de l'effectif total de la population, l'évolution annuelle a été de 5,2 % (fig. 1) ^[3].

■ Les versements aux établissements de santé représentent 45,7 % du montant total des remboursements des dépenses de santé relevant du champ de l'Ondam : 36,5 % concernent les établissements du secteur public et 9,2 % les cliniques privées.

L'assurance maladie participe également au financement de certains établissements pour personnes handicapées (5,4 % des remboursements), et de certaines structures pour personnes âgées (3,8 %) (fig. 2) ^[3].

■ Les médicaments représentent 14,6 % des remboursements dans la région. Les indemnités journalières (maladie, accidents du travail) sont également un poste de dépenses important, avec 9,1 % des remboursements. Viennent ensuite les honoraires des médecins libéraux (8,3 %) (fig. 2) ^[3].

1 Evolution des dépenses de santé remboursées relevant du champ de l'Ondam

Pays de la Loire, France (2000 - 2004)

	2000	2001	2002	2003	2004
DEPENSES DE SANTE RELEVANT DU CHAMP DE L'ONDAM					
Montant Pays de la Loire (en millions d'euros)	4 882	5 172	5 576	6 902	6 207
Evolution Pays de la Loire	5,9 %	5,9 %	7,8 %	6,2 %	5,2 %
Evolution France	5,5 %	6,0 %	7,5 %	6,4 %	5,2 %
ONDAM					
Evolution	4,5 %	5,3 %	6,7 %	9,5 %	5,0 %

Sources : CRAM, URCAM

4 Versements de l'assurance maladie aux établissements de santé

Pays de la Loire (2004)

	Versements (en millions d'euros)	%	Evol. 2003/2004
Etablissements du secteur public	2 265	79,9 %	5,6 %
- établissements publics ¹	2 025	71,4 %	5,2 %
- établissements participant au service public hospitalier	240	8,5 %	8,6 %
Cliniques privées	571	20,1 %	6,1 %
dont honoraires ²	139	4,9 %	0,0 %
Total	2 836	100,0 %	5,7 %

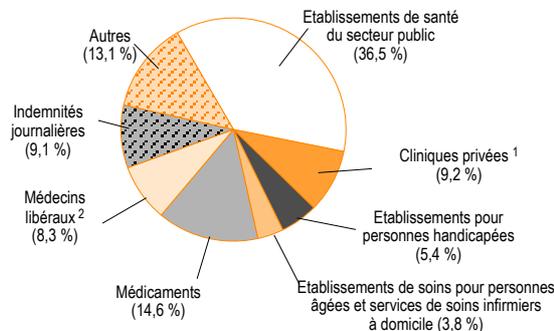
Sources : CRAM, URCAM

¹ y compris les unités de soins de longue durée publiques

² honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

2 Les dépenses de santé remboursées relevant du champ de l'Ondam

Pays de la Loire (2004)



Sources : CRAM, URCAM

¹ y compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

² non compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

5 Versements de l'assurance maladie aux établissements médico-sociaux

Pays de la Loire (2004)

	Versements (en millions d'euros)	%	Evol. 2003/2004
Etablissements et services pour personnes handicapées	336	59,1 %	6,3 %
- enfants	241	42,4 %	5,2 %
- adultes	95	16,7 %	9,2 %
Etablissements et services pour personnes âgées ¹	233	40,9 %	11,0 %
- hébergement	182	32,0 %	11,0 %
- soins à domicile (SSIAD)	51	9,0 %	10,9 %
Total	569	100,0 %	8,2 %

Sources : CRAM, URCAM

¹ forfaits soins

3 Les dépenses de santé remboursées relevant du champ de l'Ondam

Pays de la Loire (2004)

	Dépenses (millions d'euros)	%
ETABLISSEMENTS		
Etablissements de santé ¹	2 836	45,7 %
Etablissements pour personnes hand.	336	5,4 %
Etablissements pour personnes âgées	233	3,8 %
SOINS AMBULATOIRES		
Honoraires des médecins libéraux ²	518	8,3 %
Soins dentaires	158	2,5 %
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes	172	2,8 %
Médicaments	905	14,6 %
Biologie	127	2,0 %
Produits médicaux remboursés (LPPR)	193	3,1 %
Transports	112	1,8 %
INDEMNITES JOURNALIERES	565	9,1 %
AUTRES ³	52	0,8 %
Total	6 207	100,0 %

Sources : CRAM, URCAM

¹ y compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

² non compris les honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

³ orthophonistes, orthoptistes, cures thermales, autres prestations

Définitions

Dépense courante de santé : somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la "fonction santé" :

- consommation de soins et de biens médicaux,
- médecine préventive,
- indemnités journalières,
- subventions reçues,
- recherche, enseignement,
- gestion administrative de la santé.

Dépense nationale de santé : agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La dépense nationale de santé correspond à la dépense courante de santé déduite des indemnités journalières, des dépenses de recherche et de formation médicale, et majorée de la formation brute de capital fixe du secteur public hospitalier.

Dépenses remboursées : dépenses remboursées aux bénéficiaires des trois principaux régimes de l'assurance maladie (régime général, régime social agricole et régime des professions indépendantes). Elles rendent compte, tous risques confondus, des dépenses des régimes obligatoires au profit des assurés ressortissants des caisses de la région, quel que soit l'endroit où ont été dispensés les soins, éventuellement en dehors de la région.

ONDAM : l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie voté par le Parlement couvre exclusivement :

- les dépenses de soins ambulatoires et d'hospitalisation des trois risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles,
- les dépenses correspondant aux prestations en espèces (indemnités journalières) des branches maladie et accidents du travail (à l'exception des rentes accidents du travail et des indemnités journalières maternité).

Couverture sociale, couverture maladie universelle

Contexte national

L'affiliation à un régime d'assurance maladie qui conditionne le versement des prestations en nature et en espèce (indemnités journalières) liées à cette assurance dépend essentiellement de l'appartenance socio-professionnelle de l'assuré.

La plus grande partie de la population française est couverte par le régime général de la sécurité sociale (86 % de la population au 31 décembre 2004). Celui-ci regroupe les salariés du secteur privé et des collectivités territoriales, ainsi que différents groupes professionnels rattachés au régime général pour les prestations en nature de l'assurance maladie : les étudiants, les fonctionnaires d'Etat, les salariés d'EDF-GDF... Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés), qui couvre 6 % de la population, et le Régime social des indépendants (RSI), 4 %. Les régimes spéciaux (mines, militaires, marins, SNCF...) couvrent 4 % des assurés sociaux ^[1].

Depuis l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) au 1^{er} janvier 2000, l'ensemble de la population peut bénéficier de l'assurance maladie. Au 31 décembre 2005, 1,7 million de personnes, n'ayant aucun rattachement à un régime existant comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la CMU de base et ainsi affiliées au régime général, soit 2,7 % de la population française ^[2].

Les différents régimes offrent aujourd'hui pratiquement les mêmes conditions de remboursements en ce qui concerne les soins. Les personnes couvertes par les régimes spéciaux bénéficient toutefois d'une exonération du ticket modérateur lorsqu'elles consultent les médecins de caisses. En revanche, en ce qui concerne les prestations en espèces (indemnités journalières), elles sont très différentes selon le type de régime.

Par ailleurs, il existe des situations particulières d'exonération du ticket modérateur et de prise en charge des soins à 100 %, dans le cas d'une maternité ou d'un accident du travail, d'une invalidité. Les personnes en Affection de longue durée (ALD), qui représentent 11,9 % des ressortissants du régime général en 2004 ^[3] (voir fiche "Affections de longue durée"), sont également dans ce cas.

Pour couvrir la part du coût des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, neuf français sur dix (92 %) déclarent disposer en 2004 d'une couverture complémentaire privée ou de la Couverture maladie universelle complémentaire. Ainsi, seulement 8 % de la population ne disposeraient d'aucune couverture complémentaire, sachant toutefois que certaines de ces personnes bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD ^[4].

Parmi les personnes qui recourent à une complémentaire, 59 % ont souscrit un contrat auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 15 % auprès d'une institution de prévoyance ^[5].

On peut noter la situation particulière des habitants des départements d'Alsace et de la Moselle, qui bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire, gérée par les caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA...).

La Couverture maladie universelle complémentaire, financée principalement par l'Etat, s'adresse aux personnes

dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé annuellement par décret. 4,7 millions de personnes bénéficiaient de ce dispositif en décembre 2005, soit 8 % de la population française. En métropole, la part de la population couverte par la CMU complémentaire varie de 3,3 % en Savoie à 12,7 % en Seine-Saint-Denis. Le taux de couverture est nettement plus élevé dans les DOM (35 %).

L'affiliation à la CMU complémentaire est gérée soit par les caisses de sécurité sociale des régimes obligatoires (CPAM, MSA, RSI, 88 % des cas en décembre 2005) soit par des organismes complémentaires volontaires (12 %) ^[2]. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2005, a été instituée une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt) destinée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour bénéficier de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %.

L'Aide médicale de l'Etat s'adresse quant à elle aux personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de la CMU complémentaire. Au 31 décembre 2005, 180 000 personnes bénéficiaient de l'AME en France, sept sur dix résidant en Ile-de-France ^[2].

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

■ Dans les Pays de la Loire, la proportion de personnes protégées par le régime général est légèrement moins importante qu'au plan national : respectivement 83 % et 86 % au 31 décembre 2004. Cette différence s'explique essentiellement par l'importance de la population rattachée au régime agricole : l'assurance maladie des exploitants et des salariés agricoles couvre 10 % de la population régionale contre 6 % au plan national (fig. 1) ^[1]. 39 000 Ligériens sont couverts par la Couverture maladie universelle de base au 31 décembre 2005, ce qui représente 1,1 % de la population régionale (1,7 % en France) (fig. 2) ^[6].

■ En 2004, 53 500 personnes ont été admises en Affection de longue durée (ALD) dans la région. Selon les estimations réalisées par les caisses d'assurance maladie, environ 14 % de la population des Pays de la Loire est en ALD en 2004 (fig. 4) ^[7].

■ Avec 164 000 bénéficiaires en décembre 2005, les Pays de la Loire occupent le 3^e rang parmi les régions les moins concernées par la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. La proportion de bénéficiaires y est de 4,9 % contre 6,9 % en France. C'est dans les départements ruraux de Vendée et de Mayenne que cette proportion est la plus faible (respectivement 3,3 % et 3,8 %) (fig. 3 et fig. 6) ^[8].

■ Au 31 décembre 2006, 1 800 personnes bénéficient de l'Aide médicale de l'Etat dans la région ^[9].

■ Entre 2000 et 2005, le nombre de personnes couvertes par la CMU de base a progressé de 27 % dans la région (53 % en France métropolitaine). Le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire est resté stable, dans la région comme en France (fig. 2) ^[6, 8].

1 Répartition de la population protégée par régime

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	%	Pays de la Loire	%
Régime général	53 335 794	86,2 %	2 887 124	83,5 %
dont Mutuelles étudiantes	1 596 326	2,6 %	87 622	2,5 %
Sections locales Mutualistes	6 027 670	9,7 %	255 400	7,4 %
AMEXA (exploitants agricoles)	1 947 522	3,1 %	188 924	5,5 %
ASA (salariés agricoles)	1 797 713	2,9 %	150 245	4,3 %
AMPI	2 682 281	4,3 %	147 896	4,3 %
Militaires	905 339	1,5 %	34 723	1,0 %
SNCF	567 169	0,9 %	22 761	0,7 %
Marins	119 758	0,2 %	10 538	0,3 %
Mines	243 473	0,4 %	3 901	0,1 %

Source : CNAMTS

2 Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2000 - 31/12/2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CMU DE BASE ¹						
Pays de la Loire	30 626	31 719	34 840	38 235	37 140	38 745
France métropolitaine	894 089	984 246	1 153 808	1 341 207	1 313 677	1 372 187
CMU COMPLÉMENTAIRE ²						
Pays de la Loire	162 106	155 597	146 821	156 070	159 960	164 223
France métropolitaine	4 260 400	4 088 683	3 942 452	4 029 119	4 066 133	4 112 524

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, INSEE

¹ CMU de base : régime général hors sections locales mutualistes

² CMU complémentaire : régimes obligatoires et organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance)

3 Les bénéficiaires de la CMU

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CMU de base	1 372 187	38 745	16 108	11 418	1 503	6 231	3 485
CMU complémentaire	4 112 524	164 223	63 161	38 921	11 211	31 706	19 224
% de bénéficiaires de la CMU complémentaire	6,8 %	4,9 %	5,3 %	5,2 %	3,8 %	5,9 %	3,3 %

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, INSEE

4 Evolution du nombre annuel d'admissions en ALD et du nombre de personnes en ALD

Pays de la Loire (1998 - 2004)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre annuel d'admissions	32 719	44 072	53 290	54 210	56 214	55 944	53 516
Prévalence estimée au 31 déc.	nd	337 921	382 561	410 382	435 811	453 698	479 443

Source : URCAM - DRSM

5 Nombre annuel moyen d'admissions en ALD

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Hommes	29 447	10 356	6 252	2 524	4 708	5 607
Femmes	25 778	9 200	5 620	2 193	4 066	4 699
Total	55 225	19 556	11 872	4 717	8 774	10 306
% de la population	1,7 %	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,8 %
% des plus de 75 ans	6,8 %	7,0 %	7,0 %	6,7 %	6,3 %	6,8 %

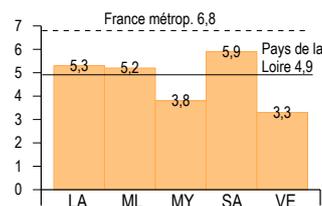
Source : URCAM - DRSM

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par un faible pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire. Elle se situe au 3^e rang des régions de France métropolitaine, avec 4,9 % de bénéficiaires.

6 Pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire¹

Pays de la Loire, France métrop. (31/12/2005)



Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA, INSEE

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

¹ CMU complémentaire : régimes obligatoires et organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance)

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapie coûteuse, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Les données relatives aux ALD concernent le régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), ce qui représente 97 % de la population de la région. Voir fiche "Affections de longue durée".

Aide médicale de l'Etat (AME) : est destinée à prendre en charge, sous condition de ressources, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de la CMUC. La loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 a conditionné l'accès à l'AME par une résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

CMU de base : permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts, à un autre titre, à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

CMU complémentaire (CMUC) : permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixées par décret (598 euros par mois au 1^{er} juillet 2006 pour un ménage d'une seule personne résidant en France métropolitaine). Elle permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses...).

Exonération du ticket modérateur : le ticket modérateur est la part des soins qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie (hors dépassement du tarif conventionnel). Il existe différentes conditions d'exonération du ticket modérateur (maternité, accident du travail, ALD, hospitalisation pour des soins coûteux...).

Soins hospitaliers en services de MCO

Contexte national

Selon les données du PMSI, plus de 15 millions de séjours ont été enregistrés en 2004 dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé de France métropolitaine (non compris les séances) ^[1]. D'après l'enquête décennale santé 2002-2003, 13,5 % des adultes ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (accouchements exclus) ^[2].

Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les taux de séjours les plus élevés sont les nouveau-nés et les personnes âgées. Le taux de séjours des enfants de moins d'un an est de 480 hospitalisations pour 1 000 nouveau-nés (non compris les séjours des nouveau-nés à la maternité). Celui des personnes âgées de plus de 75 ans s'élève à 600 hospitalisations pour 1 000 habitants (fig. 1) ^[1].

A tout âge, le taux de séjours des hommes est plus élevé que celui des femmes, sauf entre 15 et 44 ans, en raison des hospitalisations liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (fig. 2). Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les écarts les plus importants entre les sexes sont ceux des 1-4 ans et des 65-74 ans, les taux masculins étant presque deux fois plus élevés que les taux féminins (fig. 1) ^[1].

Les taux de séjours augmentant fortement avec l'âge, une proportion importante des hospitalisations concerne des personnes âgées de plus de 75 ans : près d'un séjour sur cinq en unité de soins de courte durée en 2004. Entre 1998 et 2004, le taux de séjour pour ce groupe d'âge a d'ailleurs augmenté. Il en est de même pour le groupe d'âge des 45-74 ans. En revanche, le taux d'hospitalisation des moins de 15 ans est en recul ^[1].

Au cours des dernières décennies, les modes de prise en charge ont beaucoup évolué, les prises en charge en hôpital de jour et en chirurgie ambulatoire devenant de plus en plus fréquentes. Entre 1998 et 2003, la part des séjours hospitaliers de moins de 24 heures est ainsi passée de 28 % à 34 %. Parallèlement, la durée moyenne d'hospitalisation pour des séjours de plus de 24 heures est restée stable. Ce recours plus fréquent aux prises en charge ambulatoires a concerné tous les groupes d'âge, et en particulier les patients âgés (principalement pour des opérations de la cataracte) ^[3].

Toutefois, les hospitalisations de moins de 24 heures restent moins fréquentes aux âges élevés ; 25 % des séjours de patients âgés de 65 ans ou plus durent moins de 24 heures contre près de 40 % pour les moins de 65 ans.

La durée de séjour varie également avec l'âge, les hospitalisations des personnes âgées ayant une durée plus longue ^[3].

Dans ce contexte, une part importante des lits hospitaliers sont occupés par des personnes âgées. En 2002, près d'un tiers des lits étaient occupés par des personnes âgées de plus de 75 ans. Pour certains groupes de diagnostics, la prise en charge des personnes âgées occupe une place prépondérante. En effet, la moitié des journées d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une

maladie de l'appareil circulatoire concernent des patients âgés de plus de 75 ans. De la même façon, plus de 40 % des lits consacrés à la prise en charge des maladies oculaires ou des maladies de l'appareil respiratoire sont occupés par des personnes âgées de 75 ans et plus ^[1].

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

■ Plus de 800 000 séjours hospitaliers et 3,3 millions journées d'hospitalisation en service de soins de courte durée MCO ont concerné des habitants des Pays de la Loire en 2004 (fig. 3) ^[4].

■ Les habitants des Pays de la Loire ont un des plus faibles taux comparatifs de séjour hospitalier dans les services de soins de médecine-chirurgie-obstétrique en France métropolitaine, inférieur de 7 % à la moyenne nationale en 2004 ^[4].

■ Entre 1998 et 2004, la proportion de séjours de moins de 24 heures a augmenté, passant de 24 % à 33 %. Au cours de cette période, la durée moyenne de séjours de plus de 24 heures est restée stable, proche de 6 jours ^[4].

La proportion de séjours de moins de 24 heures varie fortement selon les diagnostics d'hospitalisation. Ainsi, les affections de la sphère ORL donnent lieu à une prise en charge massive en chirurgie ambulatoire : 71 % des séjours durent moins de 24 heures. En revanche, pour les séjours ayant comme diagnostic principal les maladies de l'appareil circulatoire, la proportion de séjours de moins de 24 heures n'est que de 10 % (fig. 3) ^[4].

La fréquence des séjours selon le diagnostic d'hospitalisation est analysée dans la fiche "Diagnostics d'hospitalisation".

■ Parmi les lits occupés en 2004 par les habitants des Pays de la Loire, un tiers d'entre eux concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.

La moitié des journées d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une maladie de l'appareil circulatoire, une maladie oculaire, une maladie de l'appareil respiratoire ou une maladie du sang concernent des patients âgés de 75 ans ou plus (fig. 3) ^[4].

■ Les taux d'hospitalisation ont suivi la même évolution qu'au plan national entre 1998 et 2004. Ces taux sont en augmentation pour les plus de 75 ans et les 45-74 ans. Ils restent relativement stables pour les 15-44 ans et diminuent pour les enfants de moins de 15 ans (fig. 4) ^[4].

1 Taux de séjours dans les services de soins MCO

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

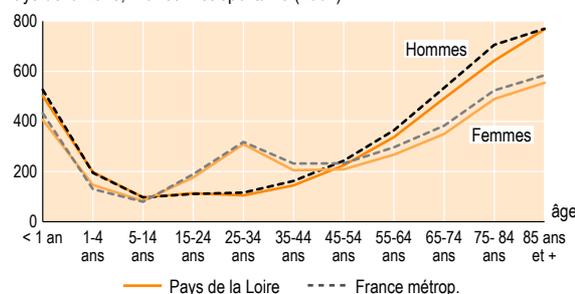
	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.	PDL	France métrop.
Moins d'un an	502	526	406	433	455	480
1 à 4 ans	198	195	147	130	173	163
5 à 14 ans	97	97	83	80	90	88
15 à 24 ans	114	111	177	189	145	150
25 à 34 ans	105	116	309	318	205	217
35 à 44 ans	145	163	205	232	175	198
45 à 54 ans	225	243	209	233	217	238
55 à 64 ans	337	365	268	297	302	330
65 à 74 ans	492	534	350	383	415	451
75 à 84 ans	642	705	489	524	550	594
85 ans et +	767	770	554	584	612	635

Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

Unité : pour 1 000 habitants

2 Taux de séjours dans les services de soins MCO

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

Unité : pour 1 000 habitants

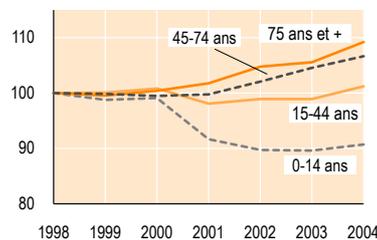
Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire possède un des plus faibles taux comparatifs de séjour hospitalier dans les services de soins MCO, au 21^e rang des régions métropolitaines (222 séjours hospitaliers pour 1 000 habitants en 2003).

4 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation par groupe d'âge

Pays de la Loire (1998 - 2004)

Base 100 : 1998



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)

3 Nombre de séjours et de journées dans les services de soins MCO selon le diagnostic principal d'hospitalisation

Pays de la Loire (2004)

Diagnostic d'hospitalisation	SEJOURS			DMS 1	JOURNEES	
	Effectif	% des plus de 75 ans	% < 24h.		Effectif 2	% des plus de 75 ans
Maladies infectieuses et parasitaires	9 273	20 %	21 %	7,7	57 830	40 %
Tumeurs	75 539	21 %	39 %	7,3	363 527	29 %
dont : - Tumeurs malignes	41 165	29 %	24 %	8,9	287 998	33 %
- Tumeurs bénignes	28 008	10 %	58 %	3,5	57 844	12 %
Mal. sang et certains troubles immunitaires	6 638	36 %	36 %	6,8	31 565	47 %
Mal. endoc., nutrition. et métaboliques	17 145	18 %	28 %	6,7	87 242	32 %
Troubles mentaux	18 829	25 %	18 %	7,2	113 778	40 %
Maladies du système nerveux	24 854	18 %	36 %	6,0	104 173	32 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	42 563	49 %	38 %	1,7	61 048	49 %
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	13 000	4 %	71 %	2,9	20 112	10 %
Maladies de l'appareil circulatoire	66 548	39 %	10 %	7,4	452 108	54 %
Maladies de l'appareil respiratoire	39 837	23 %	27 %	6,7	205 385	47 %
Maladies de l'appareil digestif	92 586	14 %	39 %	5,0	316 833	27 %
Mal.peau et tissu cellulaire sous-cutané	11 156	14 %	47 %	6,0	40 407	38 %
Mal.syst.ostéo-artic., muscles,tissu conj.	52 866	16 %	21 %	6,2	271 564	29 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	42 883	14 %	26 %	4,5	152 256	28 %
Grossesses et accouchements	63 951	0 %	19 %	5,1	276 267	0 %
Certaines affections d'origine périnat.	8 644	0 %	4 %	9,9	82 050	0 %
Malform. congén. et anom. chromosom.	6 906	2 %	38 %	4,5	21 882	3 %
Sympt.,signes,résult. anormaux n.c.a.	45 933	25 %	27 %	5,1	184 560	42 %
Lésions traumatiques, empoisonnements	56 327	20 %	20 %	5,6	264 354	39 %
Autres motifs de recours aux soins	107 151	12 %	64 %	4,4	241 268	22 %
Total toutes causes	802 629	19 %	33 %	5,7	3 348 209	32 %

Source : PMSI (ARH, données domiciliées)

1 durée moyenne de séjour calculée sur l'ensemble des séjours de plus de 24 heures

2 pour le dénombrement des journées, la durée des séjours de moins de 24 heures a été fixée à une journée.

Définitions**Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)**

Ces tableaux prennent en compte les séjours hospitaliers des habitants des Pays de la Loire, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Les séjours pour séances (dialyse, chimiothérapie et autres traitements itératifs) et ceux concernant les nouveau-nés "bien portants" ont été exclus des analyses.

Diagnostic principal d'hospitalisation :

diagnostic défini à la fin du séjour du patient comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

DMS : durée moyenne de séjour.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Taux de séjours hospitaliers dans les services de soins MCO : rapport entre le nombre total de séjours par âge et sexe, et la population correspondante de ce groupe d'âge. Il s'agit de données domiciliées.

Taux comparatif d'hospitalisation : voir définitions page 25.

Soins ambulatoires

Contexte national

Selon les comptes de la santé, les dépenses de soins ambulatoires de médecins, dentistes et auxiliaires médicaux ont atteint en France 37 milliards d'euros en 2005 (617 euros par habitant), ce qui représente 24 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux.

Environ la moitié de cette enveloppe concerne les médecins (51 %), 24 % les chirurgiens-dentistes, 24 % les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et orthoptistes).

Les dépenses de soins ambulatoires ont connu un taux de croissance significatif entre 2000 et 2003 (+ 6,4 % par an) suite notamment aux revalorisations tarifaires intervenues au profit des professionnels libéraux. Le rythme de croissance s'est ensuite ralenti (+ 3,7 % par an entre 2003 et 2005) [1].

65 % des dépenses de soins ambulatoires sont financées par la sécurité sociale, 20 % par les mutuelles, assurances complémentaires, institutions de prévoyance et 13 % par les ménages eux-mêmes. Le montant à la charge directe des ménages correspond au ticket modérateur et aux dépassements d'honoraires. Ceux-ci peuvent être facturés par des médecins libéraux de secteur II et par des chirurgiens dentistes pour les soins prothétiques ou les soins d'orthopédie dento-faciale [1].

84 % des hommes et 91 % des femmes ont consulté un omnipraticien au moins une fois au cours de l'année 2002, et respectivement 56 % et 70 % un médecin spécialiste (non radiologue). Le recours au médecin devient plus fréquent avec l'âge et s'accompagne d'une augmentation du nombre d'actes [2].

En 2004, le nombre moyen d'actes d'omnipraticiens par habitant s'élève à 4,9. Ce nombre est en baisse depuis 2000 (- 0,9 % par an), en raison principalement de la chute du nombre de visites (- 9,9 % par an) [3].

Pour l'ensemble des spécialistes libéraux, le nombre moyen d'actes par habitant s'élève à 2,5 (y compris les actes effectués à l'occasion d'une hospitalisation en clinique privée). Les spécialistes les plus consultés sont les ophtalmologistes (0,4 actes par habitant), les cardiologues (0,3), les psychiatres (0,3), mais aussi les gynécologues (0,7 actes par femme de plus de 15 ans) et les pédiatres (0,6 actes par habitant de moins de 15 ans) [3].

Le recours aux médecins spécialistes a connu des évolutions très différentes selon les spécialités. Ainsi, depuis le début des années 2000, le recours aux ophtalmologistes a progressé de 2,0 % par an alors qu'il a baissé pour les gynécologues (- 1,5 % par an) et les pédiatres (- 1,4 % par an). L'évolution est plus stable pour les cardiologues et les psychiatres [3].

En 2002, 35 % des personnes ont bénéficié de soins dentaires, proportion qui diminue après 70 ans. 30 % de la population a eu recours à des auxiliaires médicaux. Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie sont très liés à l'âge et augmentent fortement après 50 ans [2].

Les dépenses de soins ambulatoires sont encadrées par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie

(Ondam), voté annuellement par le Parlement depuis 1996 (ordonnances Juppé).

Depuis les années 2000, des accords de bon usage des soins, assortis d'incitations financières, sont signés entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, visant à améliorer l'efficacité des soins.

De nouvelles méthodes de régulation des dépenses de soins ont été mises en œuvre suite à la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Les objectifs purement financiers ont été abandonnés au profit d'objectifs médicalisés, négociés entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, le plus souvent dans la continuité d'actions précédemment engagées.

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

- Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 89 % de la population ligérienne de 20-75 ans a consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année. Le recours est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et augmente au-delà de 60 ans [4].
- Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, le nombre moyen par habitant d'actes d'omnipraticiens s'élève à 4,8 en 2004 dans les Pays de la Loire comme au plan national. Depuis 2001, cet indicateur a diminué de 2,2 % en moyenne chaque année dans la région (- 1,6 % en France) (fig. 1) [3].
- Le nombre moyen par habitant d'actes de médecins spécialistes libéraux (hors radiologues et radiothérapeutes) est plus faible dans la région qu'au plan national (2,5 vs 2,9 en 2004), sachant que cet indicateur ne prend pas en compte les recours aux spécialistes des hôpitaux publics. La différence est particulièrement importante pour les pédiatres et les cardiologues. Ces différences s'expliquent par une densité de médecins spécialistes plus faible dans la région (fig. 2) [3].
- Les pédiatres sont, avec les gynécologues et les ophtalmologistes, les médecins spécialistes libéraux pour lesquels le nombre moyen d'actes par habitant est le plus important (fig. 2) [3].
- Comme au plan national, le recours aux spécialistes a évolué de façon différente selon les spécialités. Depuis le début des années 2000, le nombre moyen d'actes par habitant est en hausse pour les ophtalmologistes, alors qu'il diminue pour les gynécologues et les pédiatres. Il est resté stable pour les psychiatres et les dermatologues.
- Le nombre moyen d'actes par habitant est également inférieur à la moyenne nationale, pour les actes des masseurs-kinésithérapeutes (2,5 vs 2,9) (fig. 3) [3].

1 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes¹ effectués par les omnipraticiens libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2004)

	1990	1996	2001	2004	TCAM 2001/2004
PAYS DE LA LOIRE					
Consultations	3,22	3,76	4,17	4,16	-0,1 %
Visites	1,20	1,01	0,80	0,49	-15,1 %
Autres ¹	0,23	0,20	0,21	0,19	-3,5 %
Total	4,65	4,98	5,18	4,84	-2,2 %
FRANCE METROP. (total)	4,49	4,88	5,19	4,94	-1,6 %

Sources : SNIR (CNAMTS), INSEE

¹ nombre d'actes techniques (K-KE, KC, SPM) et d'actes de radiologie (Z)

4 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes¹ effectués par les dentistes libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (2002-2004)

	2002	2004	TCAM
Pays de la Loire	1,37	1,40	1,3 %
France métropolitaine	1,31	1,36	1,7 %

Sources : SNIR (CNAMTS), INSEE

¹ nombre de consultations, de prothèses, de soins conservateurs, d'actes de chirurgie dentaire et d'orthopédie dento-faciale (hors radiologie)

2 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes¹ effectués par certains spécialistes libéraux

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2004)

	1990	1996	2001	2004	TCAM 2001/2004
OPHTALMOLOGISTES					
Pays de la Loire	0,33	0,36	0,41	0,45	3,0 %
France métropolitaine	0,32	0,36	0,41	0,44	2,6 %
CARDIOLOGUES					
Pays de la Loire	0,26	0,21	0,18	0,18	-0,6 %
France métropolitaine	0,33	0,30	0,26	0,27	0,9 %
GYNECOLOGUES (FEMMES DE 15 ANS ET +)					
Pays de la Loire	0,58	0,62	0,62	0,56	-2,9 %
France métropolitaine	0,75	0,79	0,81	0,75	-2,7 %
DERMATOLOGUES					
Pays de la Loire	0,15	0,17	0,18	0,18	-0,7 %
France métropolitaine	0,19	0,22	0,24	0,23	-1,3 %
PSYCHIATRES					
Pays de la Loire	0,13	0,19	0,21	0,21	-0,1 %
France métropolitaine	0,17	0,24	0,27	0,27	0,4 %
PEDIATRES (MOINS DE 15 ANS)					
Pays de la Loire	0,50	0,56	0,56	0,49	-4,3 %
France métropolitaine	0,83	0,93	0,98	0,91	-2,3 %
TOTAL SPECIALISTES (HORS RADIOLOGUES ET RADIOTHERAPEUTES)					
Pays de la Loire	2,00	2,19	2,30	2,33	0,5 %
France métropolitaine	2,44	2,66	2,76	2,78	0,2 %

Sources : SNIR (CNAMTS), INSEE

¹ nombre de consultations, de visites, d'actes techniques (K, KC, SPM) et d'actes de radiologie (Z)

3 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes¹ des auxiliaires médicaux

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001-2004)

	1990	1996	2001	2004	TCAM 2001/2004
INFIRMIERS					
Pays de la Loire	2,45	3,06	3,41	3,67	2,5 %
France métropolitaine	3,63	4,65	5,48	6,09	3,6 %
MASSEURS-KINE.					
Pays de la Loire	III	III	2,38	2,51	2,6 %
France métropolitaine	III	III	2,75	2,91	2,9 %
ORTHOPHONISTES					
Pays de la Loire	0,16	0,19	0,24	0,28	5,7 %
France métropolitaine	0,16	0,22	0,28	0,31	3,5 %

Sources : SNIR (CNAMTS), INSEE

¹ actes en AMI et AIS pour les infirmiers, actes AMS, AMK et AMC pour les masseurs-kinésithérapeutes et actes en AMO pour les orthophonistes

Définitions

Infirmiers : seuls les actes des infirmiers libéraux sont enregistrés dans le Snir. Les actes de soins et de garde à domicile pour les personnes âgées réalisés par les services de soins infirmiers (Ssiad) ou par les centres de soins infirmiers ne sont pas pris en compte. Il est donc peu pertinent de faire des comparaisons entre la situation régionale et la situation nationale pour cet indicateur.

Omnipraticiens : les omnipraticiens comprennent les médecins généralistes ainsi que les médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs ...).

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

Les indicateurs régionaux de consommation de soins ambulatoires rapportent le nombre d'actes réalisés par les professionnels de santé de la région et ayant donné lieu à remboursement.

Soins ambulatoires : selon les comptes de la santé, les dépenses de soins ambulatoires regroupent les honoraires des médecins libéraux (non compris les honoraires des médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète), les honoraires des auxiliaires médicaux, des dentistes, mais également les analyses de laboratoires et les cures thermales. L'analyse effectuée dans le contexte national ne prend pas en compte les analyses de laboratoires ni les cures thermales qui regroupent environ 10 % de l'ensemble des dépenses de soins ambulatoires.

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Total des médecins spécialistes libéraux : ensemble des médecins spécialistes libéraux exerçant en ville ou dans un établissement de santé privé. L'activité des spécialistes dans les établissements publics de santé n'est pas prise en compte.

Médicaments

Contexte national

Selon les comptes de la santé, l'ensemble des dépenses de médicaments (non compris ceux délivrés aux patients hospitalisés) des Français a atteint 31 milliards d'euros en 2005 (500 euros par habitant), ce qui représente 21 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux ^[1]. A titre de comparaison, les dépenses relatives aux honoraires médicaux de ville ont été de 19 milliards d'euros.

68 % des dépenses de médicaments sont financées par la sécurité sociale, 18 % par les mutuelles et assurances complémentaires et 13 % par les ménages eux-mêmes (automédication et ticket modérateur). Comparée à d'autres pays européens, la part de l'automédication est faible ^[1].

La France figure parmi les plus importants consommateurs de médicaments des pays industrialisés, derrière les Etats-Unis ^[2].

Les dépenses de médicaments ont connu une augmentation de + 5,2 % par an entre 2002 et 2005, soit un rythme équivalent à celui de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux. Cette progression résulte notamment d'un phénomène de substitution (remplacement de produits anciens par des produits plus coûteux) et de l'arrivée sur le marché de médicaments innovants ^[1].

La consommation pharmaceutique varie fortement avec l'âge, progressant rapidement après 40 ans ^[3].

Cinq classes thérapeutiques représentent 72 % du montant des médicaments remboursables (régime général, 2005) : médicaments du système cardio-vasculaire, du système nerveux central, des voies digestives et métabolisme, anti-infectieux généraux systémiques et médicaments du système respiratoire ^[4].

Le marché du médicament est fortement encadré par les pouvoirs publics. En France, un médicament ne peut être commercialisé que s'il a reçu une Autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée le plus souvent par l'agence européenne du médicament (EMEA), définissant les indications du médicament et les conditions de délivrance (prescription obligatoire ou facultative). Depuis août 2004, la commission de la transparence, sous la tutelle de la Haute autorité de santé, donne un avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur la prise en charge des médicaments au vu de leur Service médical rendu (SMR) ou de l'Amélioration du service médical rendu par rapport à l'existant (ASMR). Enfin, le Comité économique des produits de santé (CEPS) détermine (par convention) avec les industriels, le prix de vente des médicaments remboursables par l'assurance maladie ^[5].

Pour contenir la progression des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures incitatives ^[6].

Des mesures concernant la baisse des taux de remboursement voire le déremboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant sont régulièrement décidées.

Outre la fixation du prix du médicament, l'accord entre l'entreprise pharmaceutique et le CEPS peut être assorti

d'une clause prévoyant une baisse de prix ou le paiement de remises par le laboratoire si les engagements pris par ce dernier ne sont pas respectés (en matière de volume de vente et de dose journalière prescrite).

La responsabilisation des prescripteurs est également recherchée à travers les accords de bon usage des soins.

En ce qui concerne les officines, les pouvoirs publics ont introduit en 1990 le système de marge dégressive lissée en fonction du prix du médicament, et dont le barème a été revu en 2004. La convention signée entre l'assurance maladie et les pharmaciens titulaires détermine les engagements de ces derniers en matière de dispensation pharmaceutique ^[7].

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont fortement encouragé la délivrance des génériques. Les pharmaciens disposent d'un droit de substitution. Les pouvoirs publics ont également signé avec ces derniers et avec les médecins généralistes des accords incitatifs à la prescription et à la délivrance des génériques. Enfin, pour certaines spécialités, le montant du remboursement par l'assurance maladie est aligné sur le prix des génériques. Suite à ces différentes mesures, le taux de pénétration des génériques a augmenté nettement depuis 2000. En octobre 2006, il atteint 68 % du nombre de boîtes de médicaments pouvant être délivrés sous forme de génériques ^[8].

Bibliographie page 207

Dans les Pays de la Loire

■ Dans les Pays de la Loire, le montant des médicaments remboursables, prescrits par les médecins libéraux de la région s'élève à 303 euros par habitant en 2004 contre 340 au plan national. Cet écart s'accroît depuis le milieu des années 1990 (fig. 2) ^[9].

Dans la région, 86 % de ce montant pharmaceutique a été prescrit par un omnipraticien libéral et 14 % par un spécialiste libéral ^[8].

■ Cinq classes thérapeutiques représentent 73 % du montant des médicaments remboursables : médicaments du système cardio-vasculaire (27 %), du système nerveux central (17 %), de l'appareil digestif et métabolisme (13 %), du système respiratoire (8 %) et anti-infectieux (8 %) (fig. 3) ^[10].

■ C'est dans la région des Pays de la Loire que le taux de pénétration des génériques est le plus élevé de France. En octobre 2006, les génériques représentent 77 % du nombre de boîtes de médicaments pouvant être délivrés sous forme de génériques (régime général) (68 % en France) ^[8].

■ Pour les établissements de santé de Bretagne et des Pays de la Loire, un Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique (Omit) en cancérologie et hématologie s'est mis en place à Angers. Opérationnel depuis 2003, il a pour objectif de suivre la consommation de certains médicaments contre le cancer, d'évaluer l'évolution des prescriptions médicales et la mise en œuvre des recommandations ^[11].

1 La consommation de médicaments remboursés par l'assurance maladie¹ en milliers d'euros

pour les cinq principales classes thérapeutiques
classification EPHMRA - Pays de la Loire (2005)

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE (C)	Base de remboursement
Hypolipémiants et antiathéromateux	83 599 30 %
- statines (Tahor®, Elisor®, Vasten®, Zocor®...)	71 329 25 %
- fibrates (Lipanthyl®...)	9 399 3 %
Système rénine angiotensine	81 899 29 %
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Coversyl®, Triatec®)	25 185 9 %
- antagonistes angiotensine II (Cozaar®, Aprovel®, Tareg®...)	24 314 9 %
Antagonistes calciques (Amlor® Zanidip®...)	24 496 9 %
Antivariocosiques, antivariqueux, antihémorroïdaires	20 899 7 %
Béta bloquants (Kerlone®, Celecol®, Cardensiel®...)	19 871 7 %
Médicaments cardiaques	19 608 7 %
- thérapeutique coronarienne (Vastarel®, Ikorel®...)	8 391 3 %
- anti-arythmique (Flecaïne®...)	6 323 2 %
- dérivés nitrés et nitrates (Nitiderm®...)	4 705 1 %
Vasodilatateurs cérébraux et périphériques (Tanakan®...)	13 341 5 %
Autres	32 017 11 %
Total	282 389 100 %

SYSTEME NERVEUX CENTRAL (N)	Base de remboursement
Analgésiques	64 130 36 %
- non narcotiques (Efferalgan®, Dafalgan®, Ixprim®...)	47 328 26 %
- narcotiques (Subutex®, Durogesic®, Skenan®...)	8 631 5 %
- antimigraineux (Zomigoro®, Naramig®, Zomig®...)	6 373 4 %
Psychoanalgésiques (Zolof® Effexor®, Deroxat®...)	39 464 22 %
Psycholeptiques	37 812 21 %
- antipsychotiques (Zyprexa®, Risperdal®...)	14 578 8 %
- tranquillisants (Seresta®, Temesta®, Lexomil®, Lysanxia®...)	10 438 6 %
Antiépileptiques (Depakine®...)	15 697 9 %
Autres	22 331 12 %
Total	179 435 100 %

APPAREIL DIGESTIF ET METABOLISME (A)	Base de remboursement
Antiacides, Antiflatulents, Antiulcéreux	59 392 45 %
- antiulcéreux (Inexium®, Pariet®, Oqast®...)	51 374 39 %
- antiacides, antiflatulents (Meleospasmyl®, Polykaraya®...)	3 074 2 %
Médicaments du diabète	28 445 21 %
- antidiabétiques oraux	16 840 13 %
- insuline humaine et analogues	11 605 9 %
Suppléments minéraux	11 011 8 %
Médicaments de la motricité gastro-intestinale	10 264 8 %
- aiment, motricité gastro-intestinale (Debridat®, Motilium®...)	5 930 4 %
- antispasmodiq., anticholinergiq. seuls (Dicetel®, Spasfon®...)	4 330 3 %
Autres	23 938 18 %
Total	133 049 100 %

ANTI-INFECTIEUX VOIE GENERALE (J)	Base de remboursement
Antibiotiques systémiques	45 804 51 %
- macrolides et apparentés (Ketek®, Zithromax®, Biprodoqyl®...)	12 336 14 %
- céphalosporines orales (Rocephine®...)	11 432 13 %
- pénicillines à spectre large (Clamoxyl®, Augmentin®...)	8 061 9 %
Vaccins	19 496 22 %
Anti-viraux, vaccins exclus	15 625 17 %
- anti-viraux HIV	8 331 9 %
Autres	24 265 27 %
Total	89 565 100 %

APPAREIL RESPIRATOIRE (R)	Base de remboursement
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques	50 179 58 %
- corticoïdes et bêta2 stimulants associés (Seretide®...)	25 311 29 %
- corticoïdes (Becotide®, Pulmicort®, Qvar®, Flixotide®...)	10 768 12 %
- bêta2 stimulants (Foradil®, Ventoline®, Serevent®...)	4 566 5 %
Antihistaminique systémique (Aerius®, Xyzall®, Clarityne®...)	12 953 15 %
Médicaments du rhume et de la toux	11 003 13 %
- expectorants (Maxilase®, Exomuc®...)	8 046 9 %
- antitussifs (Helicidine®...)	2 139 2 %
Préparations nasales (Nasonex®, Nasacort®, Pivalone®...)	10 656 12 %
Autres	2 307 3 %
Total	87 097 100 %

Source : URCAM

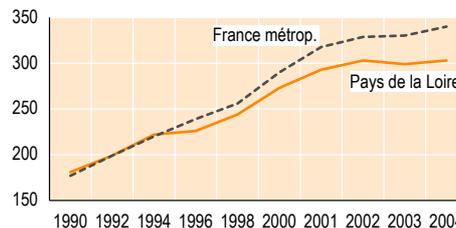
¹ par le régime général (hors sections locales mutualistes), la MSA et la CMR. Ces dépenses ne comprennent pas les dépenses de médicaments des patients hospitalisés ni les dépenses de médicaments délivrés dans le cadre de la rétrocession hospitalière.

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par un faible montant moyen par habitant de médicaments remboursables prescrits par les médecins libéraux de la région (303 euros par habitant en 2004), au 3^e rang des régions métropolitaines.

2 Evolution du montant¹ de la prescription pharmaceutique des médecins libéraux en euros par habitant

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2004)



Sources : SNIR (CNAMTS), INSEE

¹ ce montant correspond à la base de remboursement des médicaments prescrits par les médecins et remboursables par les régimes d'assurance maladie (y compris les sections locales mutualistes).

3 La consommation de médicaments remboursés par l'assurance maladie¹ en milliers d'euros

Pays de la Loire (2005) - classification EPHMRA

Classes thérapeutiques de niveau 1	Base de remboursement	Dépense remboursée
C Appareil cardio-vasculaire	282 389 27 %	212 803
N Système nerveux central	179 435 17 %	138 316
A Appareil digestif, métabolisme	133 049 13 %	93 091
J Anti-infectieux voie générale	89 565 8 %	64 483
R Appareil respiratoire	87 097 8 %	51 270
M Appareil locomoteur	58 815 6 %	36 908
L Antinéoplasiques, immunomodulateurs	53 982 5 %	53 284
B Sang, organes hématopoïétiques	48 864 5 %	42 727
G Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles	46 855 4 %	28 385
S Organes des sens	19 861 2 %	13 406
H Hormones	19 292 2 %	16 112
D Dermatologie	18 871 2 %	8 933
Autres	23 153 2 %	13 628
Total	1 061 231 100 %	773 346

Source : URCAM

¹ par le régime général (hors sections locales mutualistes), la MSA et la CMR. Ces dépenses ne comprennent pas les dépenses de médicaments des patients hospitalisés ni les dépenses de médicaments délivrés dans le cadre de la rétrocession hospitalière.

Définitions

Base de remboursement : il s'agit du montant avant application du taux de remboursement, des dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie. Les médicaments non prescrits, les médicaments prescrits mais non remboursables par l'assurance maladie, et les médicaments prescrits mais non présentés au remboursement ne sont pas comptabilisés.

Classification EPHMRA : la classification de l'European pharmaceutical marketing research association des médicaments comprend dix-huit groupes principaux eux-mêmes constitués de sous-groupes hiérarchisés (niveaux 1, 2, 3 et 4 par ordre de précision).

Dépense remboursée : il s'agit du montant, après application du taux de remboursement, des dépenses de médicaments.

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

Biologie médicale

Contexte national

Selon les comptes de la santé, les analyses de biologie médicale (3,9 milliards d'euros en 2005) constituent une part mineure des dépenses de santé, 2,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2004 [1].

La France compte environ 10 000 biologistes dont 7 000 travaillent dans les Laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) privés et 3 000 dans les établissements publics de santé. Un peu plus de 75 % des biologistes sont des pharmaciens. Notre pays se caractérise par la densité de biologistes la plus forte en Europe, trois fois supérieure à la moyenne européenne [2].

La majorité des analyses de biologie médicale sont dispensées dans des laboratoires privés. Contrairement aux officines pharmaceutiques, ces établissements ne sont pas soumis à une autorisation d'installation liée à des critères démographiques. En revanche, leurs conditions d'exploitation sont fortement encadrées avec des règles précises en termes de nombre de directeurs et de techniciens par tranche d'activité. Pour l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), ces normes sont considérées comme dépassées et trop rigides [2].

L'assurance maladie recense 3 700 laboratoires d'analyse de biologie médicale en 2004, leur nombre étant en légère baisse depuis une dizaine d'années, illustrant le mouvement de concentration que connaissent ces activités. Un laboratoire d'analyses médicales privé dessert en moyenne une population de 17 000 habitants, et reçoit environ 9 400 patients différents au cours d'une année. Les densités d'équipement sont sensiblement plus élevées dans le sud de la France. Au plan national, la majorité des laboratoires sont considérés comme étant de taille modeste ; plus de 70 % ont un chiffre d'affaires inférieur à un million d'euros par an, dont 32 % perçoivent moins de 500 000 euros. La situation française semble relativement originale dans la mesure où la notion de laboratoire de proximité ne semble pas exister dans les autres pays européens, où le service de proximité concerne essentiellement les prélèvements [2].

La consommation individuelle d'actes de biologie en ville, redressée par âge, varie du simple au double entre les départements extrêmes (Maine-et-Loire et Corse du Sud) [3]. Comme pour les autres actes de soins, on observe une forte concentration de la consommation d'actes par habitant : 5 % des malades représentant près de la moitié de la consommation totale [2].

Les tarifs des actes des laboratoires privés dépendent de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et des conventions signées entre l'assurance maladie et les représentants de la profession. En 2004, 280 millions d'actes différents (hors actes de dispositions générales) ont été remboursés par l'assurance maladie du régime général, correspondant à 70 millions d'ordonnances. Les laboratoires ont effectué 13,5 milliards de coefficients en B en 2004, et 91 millions en prélèvements. Grâce au codage des actes depuis le 1^{er} mars 1997, on dispose de données précises sur le contenu des analyses effectuées. Parmi les mille actes que contient la nomenclature des actes de biologie médicale, douze actes représentent à eux seuls

41 % de l'ensemble des dépenses en 2004 : hémogramme (numération formule sanguine...), exploration d'une anomalie lipidique, examen microbiologique des urines, thyroïdostimuline (TSH), transaminases, C réactive protéine, hémoglobine glyquée, ferritine, TSH + thyroxine libre (T4 L), temps de Quick pour les patients sous antivitamine K, glycémie, antigène prostatique spécifique (PSA) [4].

L'activité des LABM a cru en volume de manière importante au cours des dernières années, + 5,4 % par an depuis dix ans, croissance dont les causes sont multiples (augmentation des actes de dépistage, mises en œuvre de recommandations de bonnes pratiques...). Ainsi, pour la seule période 2003-2004, le nombre de dosages PSA a augmenté de 51 % au plan national, sans recommandation spécifique. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs des actes de biologie médicale (61 %) [4], sachant qu'une analyse est prescrite lors d'une séance sur sept [5]. Après les généralistes, les spécialistes qui prescrivent le plus souvent des actes sont les gynécologues (8 %) et les anesthésistes (4 %) [4].

Dans les établissements publics de santé, les laboratoires d'analyse de biologie médicale sont dans la plupart des cas intégrés au sein de l'établissement, alors que, dans les cliniques privées, cette activité est externalisée, et comptabilisée avec celle des autres laboratoires privés. D'après la Statistique annuelle des établissements (SAE), les établissements publics de santé ont produit en 2004 9,5 milliards d'actes en coefficient de lettre-clé (y compris les actes d'anatomie-pathologie) [6].

Bibliographie page 208

Dans les Pays de la Loire

- Le nombre de laboratoires d'analyses de biologie médicale privés est relativement stable dans la région (173 en 2004), 43 % des établissements étant implantés en Loire-Atlantique. Chaque laboratoire dessert en moyenne une population de 16 000 habitants en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire contre 42 000 en Mayenne (fig. 1) [3].
- L'activité de ces laboratoires est fortement concentrée autour d'une minorité d'établissements : 37 laboratoires, effectuant plus de 5 millions de coefficients d'actes codés en B, réalisent plus de la moitié des analyses produites dans la région [7].
- Les laboratoires privés d'analyses de biologie médicale de la région comptent en moyenne 274 directeurs et directeurs-adjoints (médecins ou pharmaciens) et 753 techniciens en équivalent temps plein [7]. La pyramide des âges des biologistes exerçant dans ces établissements est profondément différente selon la profession d'origine. Une majorité des pharmaciens sont âgés de plus de 50 ans (55 %), contre 24 % seulement des médecins (fig. 2) [8].

1 Nombre de laboratoires d'analyses de biologie médicale

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004)

	Nombre de laboratoires	Nombre de laboratoires pour 100 000 hab.	Nombre d'habitants par laboratoire
Loire-Atlantique	74	6,2	16 110
Maine-et-Loire	46	6,1	16 363
Mayenne	7	2,4	41 919
Sarthe	21	3,9	25 844
Vendée	25	4,3	23 073
Pays de la Loire	173	5,2	19 410
France métropolitaine	3 913	6,5	15 420

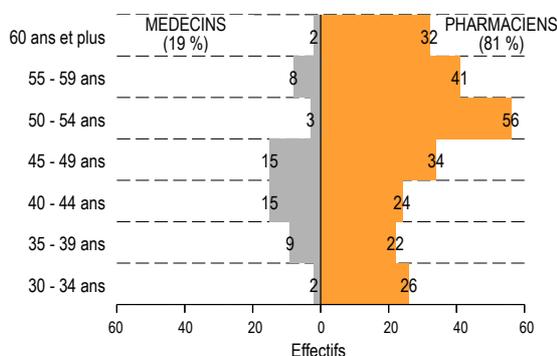
Source : SNIR (CNAMTS)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité de laboratoires d'analyses de biologie médicale inférieure à la moyenne nationale. Elle occupe le 15^e rang des régions françaises (fig. 3).

2 Pyramide des âges des biologistes exerçant en laboratoire d'analyses de biologie médicale privé

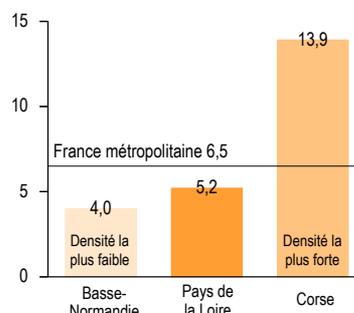
Pays de la Loire (avril 2007)



Source : ADELI (DREES)

3 Nombre de laboratoires privés d'analyses de biologie médicale pour 100 000 habitants (2004)

pour 100 000 habitants (2004)



Source : SNIR (CNAMTS)

Définitions

ADELI : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees (voir sources page 211).

Biologistes en France et en Europe

En France, les biologistes sont des pharmaciens (principalement) mais aussi des médecins. Dans les pays étrangers, la biologie médicale est plutôt exercée par des médecins mais aussi par des scientifiques (notamment pour la phase analytique, c'est-à-dire la réalisation de l'examen proprement dit).

Les pharmaciens biologistes dépendent de la section G du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. 8 100 pharmaciens dépendent de cette section au 1^{er} janvier 2007, 5 300 dans les laboratoires privés, et 2 500 dans les établissements publics de santé.

Nomenclature des actes de biologie

Les actes des laboratoires d'analyse de biologie médicale sont remboursés par l'assurance maladie selon une Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) qui affecte à chaque type d'acte un coefficient en B, ou BP qui détermine la base de remboursement. D'autres lettres-clés sont utilisées dans la NABM : BR pour les actes d'anatomo-cytologie, KB pour les prélèvements autres que sanguins effectués par un directeur de laboratoire, PB pour les prélèvements sanguins effectués par un directeur de laboratoire... Par ailleurs, ces actes font l'objet d'un codage qui permet d'en connaître le contenu.

SNIR : Système national interrégimes (voir sources page 211).

Aides à l'autonomie des personnes âgées

Contexte national

L'apparition des incapacités, qu'elles soient physiques, sensorielles ou mentales, est fortement liée à l'âge. L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), qui a succédé à la Prestation spécifique dépendance (PSD) au 1^{er} janvier 2002 a été instituée pour répondre aux besoins d'aides des personnes âgées de soixante ans et plus [1].

971 000 personnes percevaient l'Apa au 30 juin 2006, ce qui correspond à une proportion de 200 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Depuis la création de l'Apa, le nombre de bénéficiaires de cette allocation est en constante augmentation. Parmi les bénéficiaires de cette prestation, administrée et financée principalement par les Conseils généraux, 59 % vivent à domicile et 41 % en Etablissement d'hébergement de personnes âgées (EHPA) [2].

L'attribution de l'Apa dépend du niveau d'autonomie, déterminé par l'appartenance à un Groupe iso-ressources (GIR). Le GIR 1 correspondant aux personnes les plus dépendantes et le GIR 6 aux personnes autonomes. Seules les personnes appartenant aux groupes GIR 1 à 4 bénéficient de l'Apa. Parmi les bénéficiaires de l'allocation, 43 % dépendent du GIR 4, 20 % du GIR 3, 29 % du GIR 2 et 8 % du GIR 1 [2].

Une analyse comparative du nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus a montré des écarts très sensibles entre départements : le taux de bénéficiaires varie de un à trois selon les départements, de 95 en Essonne à 305 en Ariège (2003). Selon la Drees, ces écarts s'expliquent à plus de 60 % par la structure sociodémographique des départements, le nombre de bénéficiaires de l'Apa étant plus élevé dans les départements à forte population rurale, et dans ceux où la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population est grande. La proportion de bénéficiaires est plus importante dans les départements ayant une forte proportion de retraités percevant le minimum vieillesse [3].

L'Apa est une aide financière versée directement aux particuliers, ceux-ci ayant le libre choix du mode d'intervention. Pour les personnes hébergées en institution, la loi prévoit cependant la possibilité pour les conseils généraux de verser directement à l'établissement les montants correspondants [1].

Les politiques visant à favoriser le développement des emplois familiaux ont apporté des changements importants dans l'organisation des aides à domicile, avec une simplification des conditions d'embauche par les particuliers, une réduction des charges sociales et des déductions fiscales pour l'employeur. Le secteur de l'aide à domicile recouvre des activités qui s'exercent selon deux modalités différentes : soit l'utilisateur est l'employeur de l'aidant, soit il fait appel à un service d'aides agréé qui est considéré comme prestataire de services. L'utilisateur peut aussi faire appel à un service d'aides tout en restant employeur de l'aide à domicile (service mandataire) [4].

On estime, en France, à un peu plus de 10 000 le nombre d'organismes agréés de services à la personne, dont la majorité des interventions concernent les personnes âgées. Ces services emploieraient environ 183 000 personnes (69 000 ETP). 80 % sont des associations,

12 % dépendent d'un Centre communal d'action sociale (CCAS), et 7 % d'entreprises privées commerciales. Ces dernières, même si elles représentent une faible part de ces activités, connaissent actuellement une croissance rapide, suite aux différents plans gouvernementaux destinés à favoriser leur développement. Les associations assurent cependant 93 % des heures travaillées et emploient 91 % des salariés [4].

Les particuliers peuvent également faire appel dans le cadre de l'Apa directement à un aidant professionnel, comme particulier-employeur (1,7 million de personnes en 2004, tous types de services confondus). 825 000 personnes (241 000 ETP) ont ainsi été employées par des particuliers en 2004 [4].

L'autre secteur qui contribue fortement aux besoins d'aide des personnes âgées est celui des soins infirmiers et de nursing, où coexistent trois modalités d'intervention ; les infirmiers libéraux (137 millions de soins d'hygiène et de nursing en 2004) [5], les Centres de soins infirmiers (CSI) où les intervenants sont salariés, et les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). En 2002, on dénombrait 1 800 Ssiad, dont 60 % sont de statut associatif. Ils emploient 20 000 salariés, principalement des aides-soignants (14 000), mais 21 000 infirmiers libéraux collaborent également avec les Ssiad. 22 millions de journées ont été effectuées en 2002 [6].

L'aide aux personnes âgées ne relève pas seulement des services professionnels, car l'entourage garde toujours une place prépondérante. D'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), parmi les plus de 60 ans, 3,2 millions de personnes reçoivent une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé (une sur deux parmi les plus de 75 ans) et près de la moitié de ces personnes sont aidées uniquement par leur entourage [7]. Pour ce qui concerne plus particulièrement les personnes bénéficiaires de l'Apa, 75 % d'entre elles sont aidées par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels. Cette aide repose très fréquemment sur un aidant unique (71 %), le plus souvent sur le conjoint, et principalement sur les femmes (six bénéficiaires sur dix) [8].

Bibliographie page 208

Dans les Pays de la Loire

- Fin décembre 2004, 45 000 personnes bénéficiaient de l'Apa en Pays de la Loire, soit un taux de 168 bénéficiaires pour 1 000 habitants de plus de 75 ans (fig. 1) [9].
- La proportion de bénéficiaires est plus faible dans les différents départements de la région qu'au plan national, sauf dans le département de la Mayenne (fig. 1) [9, 10].
- Plus de 700 services d'aides interviennent auprès des personnes âgées dans la région (mais aussi parfois auprès de personnes handicapées) (fig. 3) [11].
- Les soins de nursing auprès des personnes âgées sont partagés entre les infirmiers libéraux (2,7 millions de toilette [5]), les centres de santé, et les Ssiad. La branche "aides à domicile" emploie un peu plus de 10 000 personnes dans la région (fig. 4) [12].

1 Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre	854 482	45 738	14 174	9 386	5 157	8 337	8 684
Taux ¹	180	168	164	158	197	174	164

Sources : STATISS (DRASS), INSEE

¹ nombre de bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire possède une des plus faibles proportions de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Elle se situe au 18^e rang des régions métropolitaines, avec un taux de 168 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2004 (fig. 1).

2 Activité des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

Pays de la Loire (31/12/2004)

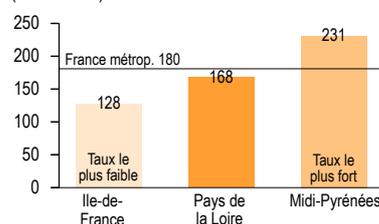
	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nbre de SSIAD	112	32	22	11	18	29
Nbre de places installées	4 813	1 521	963	478	835	1 016
Nombre de bénéficiaires	9 383	2 546	1 712	834	2 293	1 998
Nombre de journées	1 714 800	543 973	337 363	171 997	293 186	368 281
Nombre d'aides-soignants	1 877	611	356	165	308	437
Nbre d'heures réalisées par les aides-soignants	1 757 054	587 405	325 915	180 842	293 102	369 790
Nbre d'infirmiers ¹	180	46	44	9	33	48

Source : DRASS (enquête activité SSIAD 2004)

¹ infirmiers coordinateurs, les toilettes étant essentiellement assurées par des aides-soignants, parfois par des infirmiers libéraux

3 Nombre de bénéficiaires¹ de l'allocation personnalisée d'autonomie

(31/12/2004)



Sources : STATISS (DRASS), INSEE

¹ nombre de bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

3 Services agréés d'aide à la personne

Pays de la Loire (mars 2007)

	Pays de la Loire	Loire-Atlan.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre	723	213	244	11	93	162

Source : Répertoire national des organismes agréés

4 Evolution des emplois dans la branche aides à domicile (effectifs employés)

Pays de la Loire (2002-2004)

	2002	2003	2004	Evolution 2004/2002
Aides à domicile (A+B+C)	9 284	9 594	9 715	4,6 %
A	6 667	6 657	6 431	-3,5 %
B	776	1 013	1 256	61,9 %
C	1 836	1 928	2 028	10,5 %
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	581	559	542	-6,7 %
Total prestataire	9 865	10 153	10 257	4,0 %
dont mandataire	3 485	3 451	3 324	-4,6 %
Mandataire "exclusif"	3 260	3 186	3 116	-4,4 %
Total mandataire	6 745	6 637	6 440	-4,5 %

Source : Comité de pilotage des services associatifs d'aide à domicile

Définitions

Aides à domicile : dans l'accord de branche des services d'aide à domicile, trois niveaux de qualification sont prévus : le niveau A correspond au premier niveau de qualification, B au niveau intermédiaire et le niveau C aux personnes titulaires d'un Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou équivalent.

La grille **AGGIR** (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Le "classement" en GIR 1 à 4 ouvre le droit à l'Apa :

GIR 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement.

GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

GIR 5 : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Nursing : soins d'hygiène (toilettes) et gardes à domicile.

Service mandataire : l'usager est employeur de l'aide à domicile, le service d'aide assurant le recrutement et le suivi de l'intervenant.

Service prestataire : l'usager fait appel à un service agréé qui est l'employeur de l'aide à domicile.

Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2005, la France disposait de 685 000 places d'accueil dans les structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées : 443 000 places en maisons de retraite (6 500 établissements), 158 000 logements en logements-foyers (3 000 structures), 77 000 lits en unités de soins de longue durée (1 100), et 7 400 places en hébergement temporaire [1]. 60 % des équipements dépendent du secteur public (établissement public de santé, maison de retraite publique autonome, logement-foyer géré par un Centre communal d'action sociale), 19 % du secteur associatif et 13 % du secteur commercial. Les établissements de santé restent un acteur important de l'accueil des personnes âgées avec près de 180 000 lits d'accueil, soit plus du quart de l'équipement total [2].

Les unités de soins de longue durée (ex "long séjour") accueillent essentiellement des personnes très dépendantes (97 % appartiennent aux groupes iso-ressources GIR 1 à GIR 4), dont un grand nombre souffrent de démences [3]. Les maisons de retraite continuent à accueillir des personnes valides, mais la majorité de leurs résidents ont une autonomie relativement limitée. Enfin, les logements-foyers, qui accueillent pour la plupart une majorité de personnes autonomes (trois résidents sur quatre), constituent un groupe hétérogène, avec des modes d'organisation souvent différents selon les départements [3, 4].

Globalement, ces établissements emploient près de 300 000 personnes pour un taux d'encadrement moyen de 45 agents pour 100 places, 16 agents seulement en logements-foyers contre 79 en unités de soins de longue durée et 46 dans les maisons de retraite privées. Les services généraux, les agents de service et les aides-soignants représentent 75 % des emplois [2].

Des investissements considérables ont été effectués au cours des vingt dernières années pour moderniser ces équipements, à la fois en termes de normes de sécurité, d'accessibilité et de confort, même si de nombreuses améliorations restent à apporter. Ainsi, en 2003, 90 % des chambres sont équipées de toilette, 77 % d'entre elles étant accessibles aux personnes en fauteuil. Par ailleurs, seulement une chambre sur deux dispose d'un coin douche (une sur trois environ dans les maisons de retraite hospitalières et les unités de soins de longue durée) [5].

Au 1^{er} janvier 2005, le taux d'équipement moyen français est de 14,2 lits ou logements pour 100 personnes âgées [1]. La croissance du nombre de places en établissements pour personnes âgées n'a pas compensé l'augmentation de l'effectif des 75 ans et plus. Le taux d'équipement au 1^{er} janvier 2005 est en baisse par rapport à celui de 1996. Cette tendance doit être relativisée dans la mesure où la croissance de la population âgée ne signifie pas forcément une augmentation équivalente du nombre de personnes dépendantes [2]. Les disparités géographiques sont très importantes. La Haute-Normandie a le taux d'équipement le plus élevé en France (21 places pour 100 personnes âgées), supérieur de 49 % à la moyenne nationale. En Corse, on ne dénombre que 5,7 places pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus (fig. 5) [1].

Une réforme a été entreprise à partir de 1989 afin de faire face à l'évolution des besoins de prise en charge des résidents, et dans le but d'harmoniser les conditions de tarification par niveau de dépendance [3]. Le budget des Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) est maintenant réparti en trois sections distinctes : l'hébergement, le budget "dépendance" (financé par le conseil général à travers l'Allocation personnalisée d'autonomie) et le budget soins (financement assurance maladie). Les établissements transformés en Ehpad signent au préalable une convention tripartite avec le conseil général et la préfecture (éventuellement l'Agence régionale de l'hospitalisation), qui fixe les "objectifs qualité" que l'établissement s'engage à atteindre, et détermine l'importance de la participation des différents financeurs. Mais la mise en œuvre de cette réforme a été beaucoup moins rapide que prévu initialement. La préparation des conventions tripartites a, en effet, mis à jour les disparités parfois très importantes de ressources entre établissements, pour un même type de clientèle, ce qui a nécessité des adaptations [4]. Cette réforme, qui a mobilisé des moyens financiers conséquents (assurance maladie et conseils généraux) a permis de renforcer les moyens en personnel soignant des établissements (aide-soignant, infirmier, médecin coordonnateur...), et d'augmenter leur taux d'encadrement [2].

Bibliographie page 208

Dans les Pays de la Loire

■ La proportion de personnes vivant en institution progresse rapidement avec l'âge, au-delà de 85 ans. Dans les Pays de la Loire (1999), le taux d'hébergement est ainsi deux fois plus important pour les personnes âgées de 85 à 89 ans que pour celles qui sont âgées de 80 à 84 ans (fig. 1). Entre 1990 et 1999, la proportion de personnes âgées vivant en institution a baissé pour les groupes d'âge inférieurs à 90 ans, mais il a augmenté au-delà.

Les Pays de la Loire comptent environ 700 structures d'accueil pour personnes âgées (fig. 2), qui offrent une capacité d'accueil de 51 000 places et logements. Entre 1996 et 2005, 4 200 places supplémentaires ont été créées dans la région, + 9 % (fig. 4) [6, 7]. L'ensemble de ces établissements emploient 21 000 agents (ETP) [8].

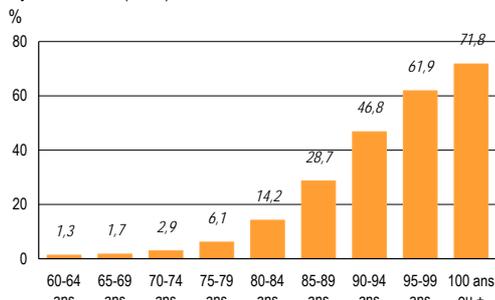
264 conventions tripartites concernant des établissements transformés en Ehpad étaient signées fin 2004 dans la région (fig. 2).

■ Les Pays de la Loire font partie des régions qui ont le plus fort taux d'équipement en France (fig. 5) [1].

■ A l'intérieur de la région, le Maine-et-Loire a le taux d'équipement le plus élevé, + 58 % par rapport à la moyenne nationale. Dans tous les départements de la région, le taux d'équipement est supérieur au taux moyen français (fig. 3) [6].

1 Proportion de personnes vivant en institution¹ selon l'âge

Pays de la Loire (1999)



Source : INSEE (RP 99)

¹ maison de retraite, logement-foyer, soins de longue durée

2 Nombre de structures pour personnes âgées¹

Pays de la Loire (01/01/2005)

	Maison de retraite	Logement-foyer	Convention tripartite
Loire-Atlantique	157	31	44
Maine-et-Loire	126	58	64
Mayenne	59	18	43
Sarthe	70	45	36
Vendée	44	95	77
Pays de la Loire	456	247	264

Source : DRASS (STATISS)

¹ non compris les établissements de soins de longue durée

3 Nombre de places dans les structures d'accueil pour personnes âgées

Pays de la Loire (01/01/2005)

	Maison de retraite	Logement-foyer	Soins de longue durée	Total	Taux d'équipement	Hébergement temp.
Loire-Atlantique	10 931	1 717	1 886	14 534	16,8	281
Maine-et-Loire	9 039	3 436	883	13 358	22,4	143
Mayenne	3 772	676	625	5 073	19,3	78
Sarthe	5 373	1 867	1 195	8 435	17,6	136
Vendée	3 293	5 885	770	9 948	18,8	191
Pays de la Loire	32 408	13 581	5 359	51 348	18,8	829
France métrop.	440 872	155 416	76 332	672 620	14,2	7 373

Sources : DRASS (STATISS), INSEE

4 Evolution du nombre de places dans les établissements pour personnes âgées

Pays de la Loire (au 1^{er} janvier 1996, 2001, 2005)

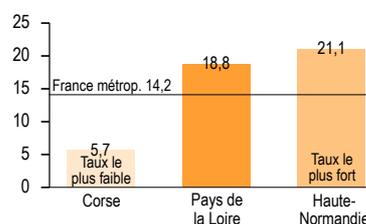
	1996	2001	2005	Evolution 1996-2005 (%)
Maison de retraite	29 330	30 502	32 408	10,5 %
Logement-foyer	12 748	13 087	13 581	6,5 %
Soins de longue durée	5 062	5 455	5 359	5,9 %
Total	47 140	49 044	51 348	8,9 %

Source : DRASS (STATISS)

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire possède un des plus forts taux d'équipement en structures d'accueil pour personnes âgées. Elle se situe au 2^e rang des régions métropolitaines les plus équipées, avec 18,8 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2005 (fig. 5).

5 Taux d'équipement en établissement pour personnes âgées (01/01/2005)



Sources : DRASS (STATISS), INSEE

Définitions

AGGIR : la perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à l'aide de la grille AGGIR qui répartit les personnes en six niveaux d'autonomie, les groupes iso-ressources (GIR) : du GIR 1 qui rassemble les personnes très dépendantes (personnes grabataires...) au GIR 6 (personnes autonomes). Voir fiche "Aides à l'autonomie des personnes âgées".

EHPAD : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes, ayant signé une convention tripartite avec le conseil général et la préfecture (ou l'ARH) déterminant les ressources financières qui lui sont affectées par l'assurance maladie et le conseil général, et les objectifs qualité que s'engage à atteindre l'établissement.

GIR moyen pondéré (GMP) : chaque groupe iso-ressources (GIR) est affecté d'un coefficient qui "valorise" le niveau de dépendance en établissement (70 pour un GIR 6 à 1 000 pour un GIR 1). Ces coefficients sont cumulés pour l'ensemble des résidents, en fonction du GIR auquel ils appartiennent, ce qui permet de calculer ensuite le nombre moyen de coefficients par résident, que l'on appelle le GMP.

Nombre de structures (fig. 2) : le nombre d'unités de soins de longue durée ne doit pas être cumulé avec le nombre de maisons de retraite pour connaître le nombre total d'établissements, dans la mesure où la plupart des hôpitaux qui gèrent une maison de retraite disposent également de lits de soins de longue durée dépendant de la même entité juridique.

Taux d'encadrement : le taux d'encadrement rapporte le nombre d'emplois (ETP) pour 100 places d'accueil pour personnes âgées.

Taux d'équipement : le taux d'équipement est obtenu en rapportant le nombre total de places en maison de retraite, logement-foyer et unité de soins de longue durée, à 100 personnes âgées de 75 ans et plus.

Enfants handicapés

Contexte national

Selon l'enquête nationale Handicaps-incapacités-dépendance (HID), 58 000 jeunes âgés de 8 à 19 ans (en 1999), soit 6 enfants handicapés pour 1 000 jeunes de ce groupe d'âge, vivant à leur domicile ou en institution, ne peuvent réaliser sans aide ou avec beaucoup de difficultés au moins un des actes de la vie quotidienne ; la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, ou les transferts. L'enquête HID nous apprend également qu'environ 34 000 jeunes ont recours à des aides techniques en raison d'un problème de santé durable, parmi lesquels 25 000 utilisent un fauteuil roulant. Mais cette approche par les restrictions d'activité ou les aides techniques reçues ne reflète pas l'ensemble des situations de handicap, puisqu'on dénombre dans la même enquête 148 000 jeunes bénéficiant d'une allocation au titre de leur handicap ^[1]. En réalité, selon l'approche utilisée, les estimations de la fréquence des situations de handicap varient fortement ^[2].

L'Allocation d'éducation spéciale (AES), devenue le 1^{er} janvier 2006 l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), est une aide destinée à compenser les frais supportés par toute personne ayant à sa charge un enfant handicapé. Cette allocation, accordée sans conditions de ressources, a concerné 138 300 bénéficiaires en 2005, soit 9,2 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Le nombre d'allocataires, qui progresse de manière continue, est en forte augmentation depuis 2002 (+ 26 %), suite à la réforme qui a modifié le régime des compléments d'AES (fig. 5). On observe des variations géographiques importantes avec les situations extrêmes de l'Ardèche (5 pour 1 000) et de la Corse du Sud (14 pour 1 000). Les départements des régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Corse se distinguent par une proportion plus élevée de bénéficiaires, de même que la majorité des départements d'Auvergne et de Champagne-Ardenne ^[3].

Jusqu'en 2005, les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) décidaient des aides financières (AES), des besoins de soins spécialisés, et de l'orientation éventuelle des enfants handicapés vers des établissements ou services adaptés. Durant l'année scolaire 2002-2003, les CDES ont rendu près de 300 000 décisions et avis concernant 198 000 enfants et adolescents handicapés, ce qui représente 13 enfants concernés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans ^[3]. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément modifié ce dispositif, puisque l'ensemble des décisions des enfants et des adultes en situation de handicap relèvent d'une seule instance, la maison départementale des personnes handicapées, placée sous l'autorité et financée par les Conseils généraux ^[4]. Une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été instituée, qui a repris les attributions de l'ancienne CDES pour les moins de 20 ans. La loi de février 2005 fait également obligation d'assurer à l'élève, le plus souvent possible, une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, en associant étroitement les parents aux décisions d'orientation de leur

enfant dans le cadre de son Projet personnalisé de scolarisation (PPS). En 2005, environ 151 500 élèves en situation de handicap sont accueillis dans les écoles et établissements scolaires, dont 91 % dans les établissements publics. Parmi les 103 900 élèves en classe "ordinaire", 63 % sont scolarisés dans le premier degré et 37 % dans le second degré. Les autres élèves en situation de handicap (47 600) sont scolarisés en "intégration collective", c'est-à-dire au sein de classes délivrant un enseignement adapté : les Classes d'intégration scolaire (Clis) dans le premier degré, et les Unités pédagogiques d'intégration (UPI) dans le second degré ^[5].

Toutes modalités de scolarité confondues, les élèves souffrant d'une atteinte intellectuelle ou mentale constituent 62 % des effectifs dans le premier degré, 33 % dans le second degré, et 12 % dans les classes non spécialisées. 64 % des élèves en situation de handicap sont des garçons ^[5].

Les établissements de santé et médico-éducatifs (120 000 jeunes accueillis) participent également à la scolarisation d'enfants en situation de handicap grâce notamment à la mise à disposition d'enseignants de l'Education nationale qui interviennent dans l'établissement. 76 300 jeunes bénéficient ainsi d'un enseignement adapté. Cette scolarisation est parfois aussi organisée de manière alternée entre l'école et l'établissement médico-éducatif ^[5].

Bibliographie page 208

Dans les Pays de la Loire

- Le taux de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) est de 8,6 enfants handicapés pour 1 000 jeunes de moins de 20ans (- 6 % par rapport à la moyenne nationale). En Mayenne, ce taux est nettement plus élevé que dans les autres départements de la région (fig. 2).
- Parmi les enfants âgés de 8 ans, 22 pour 1 000 ont été concernés par une décision de la CDES en 2003, et 8,5 pour 1 000 étaient porteurs d'un handicap considéré comme "sévère" (fig. 3 et 4) ^[6].
- Les places en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) sont en forte augmentation : 2 000 places dans les Pays de la Loire en 2005 contre un millier en 1995 (fig. 1) ^[7, 8].
- Les établissements d'éducation spéciale disposent de près de 6 000 places dans la région, 70 % des places dépendent des Instituts médico-éducatifs (IME) et des établissements pour enfants polyhandicapés (fig. 1) ^[7].
- Dans les établissements d'éducation spéciale et les Sessad, l'effectif des garçons est supérieur de 50 % à celui des filles. 450 jeunes, pour la plupart dans l'attente d'une admission dans une structure adaptée, sont âgés de 20 ans ou plus ^[9].

1 Nombre de places dans les établissements d'éducation spéciale et Sessad

Pays de la Loire (01/01/2005)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
SESSAD	2 007	753	423	173	333	325
Taux ¹	2,3	2,4	2,1	2,3	2,4	2,4
Etablissements pour						
- enfants déf. mentaux	3 889	1 153	1 102	381	637	616
- polyhandicapés	313	163	30	28	59	33
- trbles de la conduite et du comportement	737	223	415	8	41	50
- hand. moteur	374	276	45	9	34	10
- déficients sensoriels	469	289	180	0	0	0
Total	5 782	2 104	1 772	426	771	709
Taux ¹	6,7	6,8	8,9	5,6	5,6	5,2

Source : STATISS (DRASS), INSEE

¹ taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire possède une proportion de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) plus faible que la moyenne nationale. Elle se situe au 6^e rang des régions métropolitaines, avec un taux de 8,6 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 31 décembre 2005 (fig. 2).

2 Nombre de bénéficiaires de l'AES

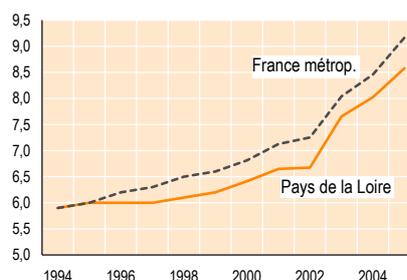
Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	Effectif	Taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans
Loire-Atlantique	2 533	8,1
Maine-et-Loire	1 592	8,0
Mayenne	819	10,7
Sarthe	1 162	8,5
Vendée	1 281	9,3
Pays de la Loire	7 387	8,6
France métropolitaine	138 358	9,2

Source : CNAF, CCMSA, INSEE

3 Evolution du taux de bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (1994 - 2005)



Source : CNAF, CCMSA, INSEE

¹ taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

3 Nombre d'enfants de huit ans dont le handicap est reconnu par la CDES

Pays de la Loire (2003)

	Effectif	Taux pour 1 000 jeunes âgés de 8 ans
Loire-Atlantique	295	22,1
Maine-et-Loire	204	23,0
Mayenne	71	21,3
Sarthe	149	23,5
Vendée	105	18,5
Pays de la Loire	824	22,0

Source : CDES, ORS

4 Répartition des enfants de 8 ans porteurs de déficience sévère selon le type de déficience

Pays de la Loire (2003)

	Effectif	%	Prévalence pour 1 000
Déficience locomotrice sévère	86	27 %	2,3
Déficience psychique sévère	103	33 %	2,8
Déficience mentale sévère	80	25 %	2,1
Déficience visuelle	16	5 %	0,5
Déficience auditive	28	9 %	0,7
Autres déficiences sévères	5	1 %	///
Total	318	100 %	8,5

Source : CDES, ORS

Définitions

Allocation d'éducation spéciale : l'AES est une allocation versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant handicapé avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % ou compris entre 50 % et 80 %, lorsqu'il est admis dans un établissement d'éducation spéciale. L'AES est devenue, en 2006, l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

CDES : Commission départementale d'éducation spéciale, remplacée depuis 2006 par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), rattachée à la maison départementale des personnes handicapées, placée sous l'autorité des conseils généraux.

CLIS : Classe d'intégration scolaire.

SESSAD : Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent soit dans la prise en charge précoce des enfants porteurs d'un handicap, soit en soutien à la scolarisation (soins médicaux, paramédicaux, rééducations...). Leurs interventions sont financées par l'assurance maladie.

Adultes handicapés (20-59 ans)

Contexte national

Selon l'enquête nationale Handicaps-incapacités-dépendance (HID), 481 600 personnes vivant à leur domicile ou en institution, soit 15 personnes concernées pour 1 000 âgées de 20 à 59 ans, ne peuvent réaliser sans aide ou avec beaucoup de difficultés au moins un des actes de la vie quotidienne ; la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, ou les transferts (1998-1999). En comparaison, le nombre de personnes de ce groupe d'âge qui ont une reconnaissance administrative de leur handicap par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), la Sécurité sociale, l'armée, ou une compagnie d'assurance, est beaucoup plus élevé, avec 2 millions de personnes concernées [1]. L'estimation du nombre de personnes handicapées, la description de leurs difficultés et l'évaluation de leurs besoins d'aides sont à la fois une préoccupation majeure au plan national et international et un véritable défi pour ceux qui entreprennent de telles recherches. Les évaluations que l'on peut effectuer varient en effet de manière importante selon l'approche utilisée, comme en témoignent ces résultats [2]. L'enquête HID a également montré l'influence des déterminants sociaux, la fréquence des situations de handicap étant fortement liée à l'origine sociale [3].

Les personnes affectées par un handicap bénéficient de prestations sociales spécifiques dont le montant et la nature dépendent de nombreux paramètres (activité, origine du handicap, âge). En cas de survenue du handicap en période d'activité, les assurés sociaux reçoivent un revenu de remplacement de leur régime d'assurance maladie (invalidité), selon des conditions d'indemnisation variables en fonction des circonstances de survenue du handicap (maladie ou accident du travail), et du régime d'appartenance.

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est la principale aide financière à destination des personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ayant de faibles ressources. 774 200 personnes bénéficient de l'AAH au 31 décembre 2005, soit 23,6 bénéficiaires pour 1 000 habitants. Leur effectif a progressé de 2,9 % par an depuis 1990 (fig. 5). Les disparités géographiques d'attribution de l'AAH sont très variables sur le territoire [4]. Par ailleurs, 162 000 personnes bénéficient du complément AAH en 2004.

L'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), destinée à couvrir les dépenses liées à l'emploi d'une aide à domicile pour les personnes âgées de 20-59 ans en situation de handicap, concernent 108 800 bénéficiaires en 2005, soit 3,3 bénéficiaires pour 1 000 habitants (fig. 4) [5]. Elle est progressivement remplacée par la prestation de compensation.

D'après l'enquête HID, parmi les 25,5 millions d'actifs âgés de 20 à 59 ans, 701 000 sont reconnus comme "travailleurs handicapés" (2,8 %). Parmi eux, 39,1 % occupent un emploi contre 73,5 % des actifs du même groupe d'âge [6]. Les entreprises de plus de 20 salariés ont l'obligation d'employer 6 % de travailleurs handicapés. Lorsqu'elles n'atteignent pas cet objectif, elles cotisent à un fonds, dont les ressources sont redistribuées pour favoriser l'emploi des personnes handicapées. Parmi les entreprises concernées, 45 % atteignent le pourcentage de 6 % en 2004.

D'autres formes d'emploi sont accessibles aux personnes handicapées. Les entreprises adaptées (anciennement

appelées ateliers protégés) emploient 17 000 travailleurs handicapés en 2005. Ces établissements ont un statut d'entreprise et bénéficient de subventions publiques pour compenser la moindre productivité des personnes handicapées. Les entreprises et services d'aide par le travail s'adressent à des personnes ayant des capacités productives plus limitées, les travailleurs handicapés admis dans ces structures n'ayant pas un statut de salarié. Elles disposent de 99 000 places en 2005 (fig. 1). Les personnes les plus lourdement handicapées sont accueillies en fonction de la gravité de leur handicap dans les foyers occupationnels (39 000 places), les foyers d'accueil médicalisés (10 550 places), et les maisons d'accueil spécialisées (16 500 places) (fig. 2) [7]. La répartition de ces équipements sur l'ensemble des départements reste peu homogène [8].

La politique en faveur des personnes handicapées s'est accompagnée également de la création de Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), financés par les conseils généraux, et qui s'adressent plutôt aux personnes handicapées souffrant d'un retard mental.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a introduit de nouvelles dispositions destinées à faciliter la vie quotidienne et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap (formation, accessibilité des logements et des locaux publics, emploi...). Une prestation de compensation a été instituée (qui se substitue à l'allocation compensatrice tierce personne), qui est accordée après décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, rattachée à la maison départementale des personnes handicapées, placée sous l'autorité des conseils généraux [9].

Bibliographie page 209

Dans les Pays de la Loire

- Dans les Pays de la Loire, le taux de bénéficiaires de l'AAH, 20 pour 1 000, est inférieur de 11 % à la moyenne nationale (fig. 3). Depuis 1990, ce taux a augmenté chaque année de 1,2 % dans la région contre 2,9 % au plan national (fig. 5).
- Les Pays de la Loire ont le taux de bénéficiaires de l'ACTP le plus faible en France métropolitaine, avec 2,4 bénéficiaires pour 1 000 habitants (fig. 4) [5].
- On dénombre près de 5 700 places en Centres d'aide par le travail (+ 27 % depuis 1996). Le taux d'équipement s'élève à 3,2 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, taux légèrement supérieur au taux moyen français (fig. 1) [10, 11].
- Environ 5 000 personnes handicapées sont accueillies dans les autres structures spécialisées de la région (hors travail adapté) (fig. 2). Les capacités de l'ensemble de ces établissements progressent par rapport à 1996 : foyers occupationnels (+ 63 %), foyers d'accueil médicalisés (+ 53 %), maisons d'accueil spécialisées (+ 54 %) [10, 11].

1 Nombre de places dans les établissements de travail protégé

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Entreprise et service d'aide par le travail ¹	99 257	5 740	1 861	1 215	706	929	1 029
Taux d'équip. ³	3,0	3,2	2,9	3,0	4,7	3,3	3,4
Entreprise adaptée ²	17 113	2 628	871	921	185	499	152
Taux d'équip. ³	0,5	1,5	1,3	2,3	1,2	1,8	0,5

Source : STATISS (DRASS)

¹ ex Centre d'aide par le travail (CAT)

² ex atelier protégé

³ taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

2 Nombre de places dans les établissements d'hébergement

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2005)

	France métrop.	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Foyer d'hébergement	38 333	1 908	394	431	397	330	356
Taux d'équip. ¹	1,2	1,1	0,6	1,1	2,6	1,2	1,2
Foyer occupationnel	39 010	3 441	1 127	585	303	540	886
Taux d'équip. ¹	1,2	1,9	1,7	1,5	2,0	1,9	3,0
Foyer d'accueil médicalisé	10 551	646	355	78	38	50	125
Taux d'équip. ¹	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,4
Maison d'accueil spécialisée	16 508	1 026	358	233	142	235	58
Taux d'équip. ¹	0,5	0,6	0,5	0,6	0,9	0,8	0,2

Source : STATISS (DRASS)

¹ taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

3 Nombre de bénéficiaires de l'AAH

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2005)

	Bénéficiaires de l'AAH	
	Nombre	Taux ¹
Loire-Atlantique	13 440	20,6
Maine-et-Loire	8 326	20,7
Mayenne	3 382	22,3
Sarthe	5 379	18,9
Vendée	6 420	21,4
Pays de la Loire	36 947	20,6
France métropolitaine	774 228	23,6

Source : CNAF, CCMSA

¹ taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

4 Nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2004)

	Bénéficiaires de l'ACTP	
	Nombre	Taux ¹
Loire-Atlantique	1 378	2,1
Maine-et-Loire	1 035	2,6
Mayenne	453	3,0
Sarthe	808	2,8
Vendée	570	1,9
Pays de la Loire	4 244	2,4
France métropolitaine ²	108 822	3,3

Source : DREES

¹ taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

² données estimées pour la France métropolitaine

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire possèdent une des plus faibles proportions de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), se situant au 3^e rang des régions métropolitaines. En ce qui concerne l'ACTP, la région a la proportion de bénéficiaires la plus faible au plan national.

Définitions

AAH : l'Allocation aux adultes handicapés est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 20 à 59 ans, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, ou compris entre 50 et 80 % si la personne se trouve dans l'incapacité de se procurer un travail.

Le complément d'AAH constitue la garantie de ressources des personnes handicapées. Elle est destinée aux bénéficiaires de l'AAH avec un taux d'incapacité d'au moins 80 % dont la capacité de travail est inférieure à 5 %.

ACTP : Allocation compensatrice tierce personne versée aux personnes âgées de 20 à 59 ans dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne. L'ACTP a été remplacée par la prestation de compensation.

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, remplacée depuis 2006 par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), rattachée à la maison départementale des personnes handicapées.

Entreprise adaptée (ex atelier protégé) : le taux d'équipement n'est pas un indicateur très adapté pour ces structures qui sont des entreprises, et dont les effectifs de travailleurs handicapés évoluent en fonction de leurs capacités de développement.

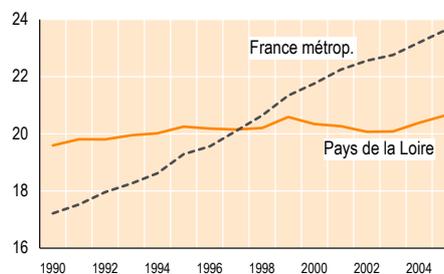
Foyer d'hébergement : ces foyers accueillent dans leur grande majorité des personnes avec un handicap mental, exerçant leur activité professionnelle en CAT.

Foyers de vie, foyers occupationnels : les foyers occupationnels fonctionnent en général à la journée, tandis que les foyers de vie proposent un internat complet.

Maison d'accueil spécialisée (MAS) : ces établissements accueillent les personnes les plus lourdement handicapées.

5 Evolution du taux¹ de bénéficiaires de l'AAH

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990 - 2005)



Source : CNAF, CCMSA, INSEE

¹ taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Services de santé au travail

Contexte national

Tout employeur doit, quelle que soit la taille de son entreprise, organiser et financer la surveillance médicale de ses salariés. Cette obligation concerne les entreprises privées mais également les services de l'Etat et les collectivités territoriales. Les services de santé au travail qui assurent cette surveillance ont une activité essentiellement préventive, qui recouvre deux missions : la surveillance médicale des salariés, et le conseil auprès des responsables de l'entreprise et des salariés pour l'amélioration des conditions de travail, la lutte contre les nuisances professionnelles...^[1].

En 2005, la population surveillée par les services de santé au travail est de 15 millions de salariés (soit 2 millions de plus qu'en 1994), pour un effectif total de 22 millions de salariés^[2, 3]. Les autres actifs (fonctionnaires d'Etat, actifs agricoles...) dépendent d'une organisation qui est propre à chacune de ces activités. Le ministère de l'éducation (1,2 million de salariés) ne dispose pas, quant à lui, d'une organisation spécifique.

La surveillance de la santé au travail dépend de deux types d'organismes : 332 services interentreprises qui assurent la surveillance de 93 % des salariés, et 723 services autonomes internes aux entreprises (7 % des salariés). On assiste pour ces deux modes d'organisation à un regroupement des services^[2]. Les services interentreprises sont des organismes à but non lucratif, le plus souvent associatifs, administrés par les employeurs, dont les ressources proviennent des cotisations versées par les entreprises^[1].

Au 1^{er} janvier 2005, on dénombrait environ 7 300 médecins du travail, dont 52 % exercent à temps partiel, ce qui correspond à 6 000 ETP (équivalent temps plein). Leur effectif a progressé de 30 % depuis 1988, mais se stabilise actuellement. En 2005, on observe une baisse des effectifs par rapport à 2004 qui devrait se poursuivre dans les années à venir, plus de la moitié des médecins en activité étant âgés de 50 ans ou plus. Le nombre de médecins du travail actuellement formés est insuffisant pour compenser les nombreux départs à la retraite. Les services médicaux du travail emploient également des personnels infirmiers (3 700 agents), des "intervenants santé au travail" (240), et des personnels administratifs (6 700)^[2].

L'essentiel de l'activité des praticiens est consacré aux visites d'embauche, de reprise après une maladie ou un accident et aux visites périodiques. Conclusion obligée de cette visite, le médecin prononce l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, une responsabilité considérable confiée aux médecins du travail. En effet, environ 4 % de l'ensemble des avis prononcés par les médecins du travail à l'occasion de ces visites sont des avis d'inaptitudes ou d'aptitudes avec restriction. En interdisant tout licenciement en raison de l'état de santé du salarié, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, la législation a rendu l'avis d'inaptitude prononcé par le médecin du travail absolument incontournable pour l'employeur qui souhaite se séparer d'un salarié qui ne peut être maintenu à son poste^[4].

En moyenne, un médecin du travail en service interentreprises a en charge le suivi de 2 600 salariés^[2], le tiers de son activité devant s'effectuer également sur les lieux de

travail (150 demi-journées par an et par médecin)^[1]. La pénurie de médecins du travail et les réticences de certains employeurs rendent souvent difficile la mise en œuvre de cette deuxième mission, pourtant considérée aujourd'hui comme prioritaire.

Le plan santé au travail 2005-2009, arrêté par le ministère du travail, vise à renforcer la politique de prévention des risques professionnels. Il s'articule autour de quatre objectifs structurants : développer la connaissance des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, renforcer l'effectivité du contrôle des mesures de prévention des risques professionnels auxquelles sont soumises les entreprises, refonder les instances de concertation de la prévention des risques professionnels, et développer dans les entreprises l'esprit de prévention^[5].

Dans les régions, le Plan régional de santé publique (PRSP), arrêté par le préfet, doit comprendre un programme de prévention des risques professionnels^[1].

Bibliographie page 209

Dans les Pays de la Loire

- La population active salariée représente 1,2 million de personnes en décembre 2004 (contre 975 000 en 1990). 67 % des actifs sont employés dans les services, 24 % dans l'industrie, 6 % dans le bâtiment, et 2,4 % dans l'agriculture (fig. 3)^[6]. L'effectif bénéficiant d'une surveillance médicale par les services de santé au travail de la région atteint un million de personnes, dont 68 000 intérimaires.

- 31 % des salariés bénéficient d'une surveillance médicale renforcée, à cause de leur situation personnelle (femmes enceintes...) ou des nuisances auxquelles ils sont exposés : travail sur écran, bruit, produits cancérigènes, mutagènes, et toxiques pour la reproduction...^[7].

- On dénombre 526 médecins du travail dans les Pays de la Loire : deux sur trois sont des femmes. Leur effectif va baisser de manière très sensible dans les années à venir, 68 % des médecins du travail en activité étant âgés de 50 ans ou plus dans la région (fig. 1 et 2)^[7].

- Les visites périodiques représentent 61 % de l'activité de suivi effectuée par les services de santé au travail, et les visites d'embauche 25 % (fig. 4)^[7].

- Selon les rapports d'activité produits par les services de santé au travail, 12 % du temps médical (des médecins du travail) est effectué sur le lieu de travail des salariés^[7].

- Les services de la santé au travail de la région participent à plusieurs programmes de surveillance de la santé au travail en lien avec l'inspection médicale régionale du travail, dans le domaine des troubles musculo-squelettiques (TMS), du réseau d'alerte sur les maladies à caractère professionnel, de la santé mentale, du suivi spécifique de certaines branches professionnelles (industrie du bois, pressing, entreprises agroalimentaires, entreprises de nettoyage...), et des travailleurs saisonniers^[7].

1 Médecins du travail

Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2007)

	France métrop. ¹	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Hommes	nd	180	54	47	17	31	31
Femmes	nd	346	144	68	24	52	58
Total	7 331	526	198	115	41	83	89
% temps partiel	52,0 %	45,1 %	49,5 %	45,2 %	36,6 %	44,6 %	39,3 %

Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi
¹ données 2002

4 Types de visites de suivi médical effectuées par les médecins du travail

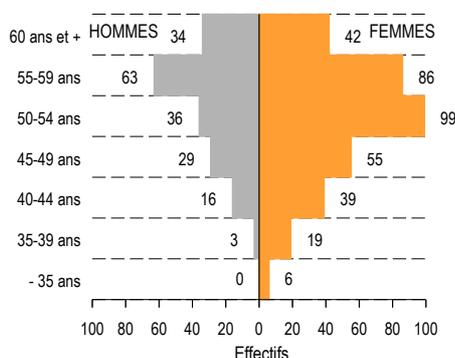
Pays de la Loire (2005)

	%
Visites périodiques	61,0 %
dont concernant des surveillances médicales renforcées (SMR)	40,0 %
Visites supplémentaires pour SMR	0,8 %
Visites d'embauche	24,6 %
Visites de reprise ou de préreprise	8,9 %
Visites occasionnelles	5,0 %
Total	100,0 %

Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi

2 Répartition par sexe et âge des médecins du travail

Pays de la Loire (01/01/2007)



Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi

3 Effectifs salariés selon l'activité et le sexe

Pays de la Loire (31/12/2004)

Nomenclature des activités économiques	Effectif	%
EA Agriculture, sylviculture, pêche	30 651	2,4 %
EB Industries agricoles et alimentaires	57 996	4,6 %
EC Industrie des biens de consommation	47 329	3,8 %
ED Industrie automobile	14 605	1,2 %
EE Industrie des biens d'équipement	64 500	5,1 %
EF Industrie des biens intermédiaires	80 793	6,4 %
EG Energie	10 323	0,8 %
EH Construction	85 748	6,8 %
EJ Commerce	163 893	13,0 %
EK Transports	49 490	3,9 %
EL Activité financière	34 548	2,7 %
EM Activités immobilières	10 580	0,8 %
EN Services aux entreprises	161 319	12,8 %
EP Services aux particuliers	95 928	7,6 %
EQ Education, santé, action sociale	216 889	17,2 %
ER Administration	133 775	10,6 %
Total	1 258 367	100,0 %

Source : INSEE (Tableaux économiques des Pays de la Loire)

Définitions

Médecin du travail : le médecin du travail est employé soit par un service autonome soit par un service interentreprises. Son indépendance est doublement protégée par le code du travail et le code de déontologie médicale : en tant que médecin, il est indépendant dans l'exercice de son art et est soumis au secret médical. Le médecin du travail est nommé (mais aussi éventuellement licencié), après accord du comité d'entreprise (service autonome) ou de la commission de contrôle (service interentreprises), mais également de l'inspection du travail.

Population active salariée : dans les Pays de la Loire, 17 % des actifs dépendent de la fonction publique (Etat, fonction publique hospitalière et territoriale).

Population surveillée par les services de santé au travail : dans l'encadré "Pays de la Loire", l'effectif de population surveillée par les services de santé au travail ne comprend pas les salariés qui relèvent du régime agricole, les fonctionnaires d'Etat (et en particulier les personnels de l'Education nationale), et les personnels hospitaliers.

Services de santé au travail interentreprises : les services de santé interentreprises disposent de deux instances de pilotage : un conseil d'administration et une commission de contrôle. Le conseil d'administration, qui est composé de deux tiers d'employeurs et d'un tiers de salariés, représentants des organisations syndicales, est présidé par un président bénévole. Dans la commission de contrôle en revanche, les représentants syndicaux sont majoritaires (deux tiers de représentants des salariés et un tiers de représentants des employeurs). Cette commission se prononce sur les objectifs de développement du service, le budget prévisionnel et les embauches de médecin.

Surveillance médicale renforcée (SMR) : les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques pour leur santé bénéficient d'une surveillance médicale renforcée, avec une visite médicale périodique au moins annuelle.

Promotion de la santé en faveur des élèves

Contexte national

La santé des élèves constitue un enjeu important pour l'école, qui a la responsabilité particulière, en liaison avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés, et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. L'école participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, dont l'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par la même des comportements favorables à leur santé [1].

La politique de prévention et de promotion de la santé à l'école s'appuie sur les personnels médicaux et infirmiers de l'institution qui ont été rattachés selon les époques au ministère en charge de l'Education nationale ou au ministère des affaires sociales, mais aussi sur l'ensemble de la communauté éducative œuvrant au sein des établissements.

Le service national d'hygiène scolaire et universitaire est né au lendemain de la deuxième guerre mondiale, suite à l'instauration progressive du dépistage des maladies contagieuses. A ces préoccupations anciennes de santé publique, s'est progressivement ajoutée une prise de conscience de l'impact de certains problèmes de santé (tels que les troubles auditifs, visuels, le développement psychomoteur, les maladies graves...) sur les apprentissages et la réussite scolaire.

Le service de "promotion de la santé en faveur des élèves" de l'Education nationale intervient dans les établissements scolaires du premier degré, dans les collèges, les lycées, mais aussi dans les classes préparatoires aux grandes écoles et les formations de Brevet de technicien supérieur (BTS). L'université dispose quant à elle d'un service spécifique, le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (Sumps).

Ce service assure tout d'abord le suivi individuel de la santé des élèves, dans un certain nombre de situations particulières ou en cas de problèmes de santé majeurs (soins, maltraitances, écoute des élèves...) [2]. Il participe à l'élaboration du Projet personnalisé de scolarisation des enfants handicapés (PPS), dans le nouveau contexte de la loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [3].

Les professionnels de ce service sont également chargés de la mise en place des mesures prophylactiques de protection individuelle ou collective en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire (toxi-infections alimentaires, méningite bactérienne...) [2].

Médecins et infirmiers effectuent également un certain nombre d'exams de dépistage, avec une visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans, un bilan de santé pour certains élèves en Zone d'éducation prioritaire (Zep), un bilan de santé pour les élèves en classe de 3^e, mais également des examens systématiques pour tous les enfants travaillant avec des nuisances ou sur des machines présentant des risques pour la santé. Le programme quinquennal

de prévention et d'éducation, arrêté par le ministère de l'Education nationale en 2003, prévoit ainsi la réalisation des bilans médicaux pour 100 % des élèves scolarisés, avant leur sixième anniversaire [1].

Enfin, ces personnels participent à l'animation de la politique de santé des établissements, notamment au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) mis en place progressivement dans de nombreux établissements scolaires [4]. Ces comités sont notamment chargés d'organiser les campagnes de prévention, les écoles étant très fréquemment impliquées dans les programmes de prévention et de promotion de la santé lancés au plan national ou au plan local (éducation au respect de soi et des autres, prévention des différentes formes de violence et des conduites addictives [5, 6]...).

Pour remplir ces différentes missions, le ministère de l'Education nationale emploie environ 1 200 médecins titulaires au plan national, conseillers techniques auprès des recteurs et médecins intervenant auprès des élèves dans les établissements scolaires [7]. Mais des médecins sont également employés au niveau académique, comme vacataires, pour la réalisation de ces missions, un important mouvement de titularisation de ces personnels ayant eu lieu au cours des dernières années.

Les infirmiers d'établissements, qui sont placés sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement, assurent une présence au sein de l'école, en fonction du temps dont ils disposent. Leur effectif a progressé de 5 500 ETP à 6 000 entre 1999 et 2004 [7].

Mais, face à des missions qui continuent à se développer, les effectifs actuels de médecins et d'infirmiers ne permettent pas de respecter dans toutes les académies les objectifs du plan quinquennal de prévention et d'éducation, notamment pour les examens de dépistage obligatoires.

Bibliographie page 209

Dans les Pays de la Loire

- 377 000 enfants étaient scolarisés dans le premier degré, c'est-à-dire les écoles maternelles et primaires de la région à la rentrée 2005, 287 000 dans le second degré (dont 61 % dans le premier cycle) et 108 000 dans l'enseignement supérieur (fig. 3) [6].
- En 2004-2005, les Pays de la Loire comptent 59 médecins de santé scolaire (ETP) titulaires et 22 non titulaires, ce qui représente un ratio moyen d'environ un médecin pour 8 000 élèves (fig.1) [7].
- Les effectifs d'infirmiers de santé scolaire sont en légère progression : de 254 en 1999 à 263 en 2004 (ETP) (fig. 2) [7].
- A Nantes (Loire-Atlantique), le service de "promotion de la santé" est rattaché, dans le premier degré, directement à la ville elle-même.

1 Médecins de santé scolaire

Pays de la Loire, France métropolitaine (1999 - 2004)

	1999/2000	2004/2005
NOMBRE DE MEDECINS (ETP)		
Pays de la Loire		
- titulaires	56,3	59,3 ¹
- non titulaires	nd	22,0 ²
France métropolitaine		
- titulaires	1 044,3	1 151,0
- non titulaires	nd	nd
NOMBRE D'ELEVES PAR MEDECIN		
Pays de la Loire	nd	8 171

Sources : Académie de Nantes, ministère de l'Education nationale

¹ 60 postes de médecins titulaires et 6 postes de conseillers techniques en 2007

² chiffre 2007

Remarque : il n'a pas été possible de faire des comparaisons du nombre moyen d'élèves par médecin entre régions, en l'absence de données disponibles.

Définitions

Enseignement élémentaire : CP, CE1, CE2, CM1, CM2.

Enseignement préélémentaire : école maternelle.

ETP : Equivalent temps plein.

Premier cycle : sixième, cinquième, quatrième, troisième.

Scolarisation des enfants handicapés : les enfants en situation de handicap relèvent dorénavant d'un établissement scolaire de référence, même s'ils sont scolarisés dans le secteur médico-social. Leur orientation dépend de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), placée sous l'autorité des Maisons départementales des personnes handicapées, dépendant elles-mêmes des conseils généraux.

Second cycle général et technologique : de la seconde à la terminale, préparation aux baccalauréats généraux, technologiques ou techniques.

Second cycle professionnel : préparation aux CAP, BEP, mentions complémentaires des CAP et des BEP, aux baccalauréats professionnels et aux brevets des métiers d'art.

STS : section de technicien supérieur (préparation aux BTS).

2 Infirmiers de santé scolaire

Pays de la Loire, France métropolitaine (1999 - 2004)

	1999/2000	2004/2005
NOMBRE D'INFIRMIERS (ETP)		
Pays de la Loire	253,6	263,4
France métropolitaine	5 485,1	5 997,4

Sources : Académie de Nantes, ministère de l'Education nationale

3 Effectifs scolarisés

Pays de la Loire (année scolaire 2005-2006)

	Pays de la Loire	dont éab. publics	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Enseignement préélémentaire	153 877	101 389	53 991	35 946	14 596	23 584	25 760
Enseignement élémentaire ¹	222 966	142 672	81 166	50 051	19 811	35 421	36 517
Premier cycle ²	168 640	97 216	61 453	38 023	14 162	27 435	27 567
Second cycle général et technologique	78 836	48 983	30 214	17 515	5 949	12 047	13 111
Second cycle professionnel	34 028	19 964	12 194	7 291	2 885	6 376	5 282
Enseignement adapté (SEGPA et CAP adaptés)	5 986	4 805	1 890	1 288	488	1 151	1 169
Enseignement supérieur	107 988	nd	52 527	34 214	3 548	12 260	5 439
- dont STS	15 525	nd	6 108	3 706	1 406	1 752	2 553
Apprentissage ³	29 727	2 906	9 706	7 932	2 338	4 097	5 654
Ensemble	802 048	nd	303 141	192 260	63 777	122 371	120 499

Source : Académie de Nantes

Non compris l'enseignement agricole, formations complémentaires, les formations à l'insertion et la formation continue des adultes

¹ y compris enseignement spécial

² y compris Unités pédagogiques d'intégration (UPI)

³ y compris Centres de formation d'apprentis (CFA) agriculture et classes préparatoires à l'apprentissage

4 Nombre d'établissements d'enseignement

Pays de la Loire (année scolaire 2005-2006)

	Pays de la Loire	dont éab. publics	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ecole préélémentaire	635	602	207	144	72	127	85
Ecole élémentaire	2 394	1 461	641	590	299	389	475
Collège	414	241	137	92	42	80	63
Lycée général et technologique	146	66	56	32	12	21	25
Lycée professionnel	89	51	35	20	7	19	8

Source : Académie de Nantes

Non compris l'enseignement agricole

Repères
bibliographiques
et sources



Les documents présentés dans cette bibliographie peuvent être consultés, et pour la plupart empruntés, auprès du service documentation de l'ORS des Pays de la Loire. La version internet du tableau de bord (www.santepaysdelaloire.com, rubrique données de santé) contient des références complémentaires pour chacune des fiches. Par ailleurs, des recherches bibliographiques plus générales peuvent être effectuées sur ce site.

1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

■ Démographie

POPULATION

1. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
2. Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record. L. Richet-Mastain. *Insee Première*, Insee, n° 1118, janvier 2007, 4 p.
3. Enquêtes annuelles du recensement : premiers résultats de la collecte 2004. G. Desplanques, J.F. Royer. *Insee Première*, Insee, n° 1000, janvier 2005, 4 p.
4. Enquêtes annuelles des recensements 2004 : les taux d'emploi vont de 56,9 % en Languedoc-Roussillon à 66,8 % dans les Pays de la Loire. O. Marchand. *Insee Première*, Insee, n° 1117, janvier 2005, 4 p.
5. Enquêtes annuelles des recensements 2004-2005 : la croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes. B. Morel, P. Redoir. *Insee Première*, Insee, n° 1058, janvier 2006, 4 p.
6. Enquêtes annuelles des recensements 2004-2005 : principales caractéristiques de la population et des logements. C. Borrel, J.M. Durr. *Insee Première*, Insee, n° 1001, janvier 2005, 4 p.
7. Enquêtes annuelles des recensements 2004-2005 : près de cinq millions d'immigrés à la mi-2004. C. Borrel. *Insee Première*, Insee, n° 1098, août 2006, 4 p.
8. Recensement général de la population, site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
www.insee.fr
9. Pays de la Loire : la région française au plus fort taux d'emploi. J. Rabaud, S. Seguin. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, n° 52, janvier 2007, 4 p.

POPULATION PAR AGE, PROJECTIONS DE POPULATION

1. Estimations de population au 1^{er} janvier 1990-1999-2005, révisées en janvier 2007, Insee
2. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
3. Projections 2005-2050. Des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse. E. Coudin. *Insee Première*, Insee, n° 1092, juillet 2006, 4 p.
4. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. I. Robert-Bobée. *Insee Première*, Insee, n° 1089, juillet 2006, 4 p.
5. Projections de population 2005-2050 selon le modèle Omphale, scénario central, 2006, Insee

6. Projections régionales de population à l'horizon 2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest. O. Léon, P. Godefroy. *Insee Première*, Insee, n° 1111, décembre 2006, 4 p.

NATALITE, FECONDITE

1. Bilan démographique en 2005. En France, la fécondité des femmes augmente toujours. L. Richet-Mastain. *Insee Première*, Insee, n° 1059, janvier 2006, 4 p.
2. La situation démographique en 2003. C. Beaume, L. Richet-Mastain, M. Vatan. *Insee Résultats*, Insee, n° 41, septembre 2005, 45 p.
3. Premières estimations démographiques pour 2005. G. Lanzieri, V. Corsini. *Statistiques en Bref. Population et Conditions Sociales*, Eurostat, n° 1, janvier 2006, 8 p.
4. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
5. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2006. ORS des Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble", 2006, 68 p.
6. La région la plus féconde de France métropolitaine. M. Bouchet, E. Walraet. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, n° 48, septembre 2006, 6 p.

MORTALITE

1. Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record. L. Richet-Mastain. *Insee Première*, Insee, n° 1118, janvier 2007, 4 p.
2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
4. Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXI^e siècle ? F. Daguët. *Insee Première*, Insee, n° 1114, décembre 2006, 4 p.
5. La situation démographique en 2003. C. Beaume, L. Richet-Mastain, M. Vatan. *Insee Résultats*, Insee, n° 41, septembre 2005, 45 p.
6. Site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
www.insee.fr

2. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

■ Vues d'ensemble

CAUSES MEDICALES DE DECES

1. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

2. Certification et codification des causes médicales de décès. G. Pavillon, F. Laurent. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 30-31, juillet 2003, pp. 134-138

3. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Vol. 2. Manuel d'utilisation. OMS, 1995, 167 p.

4. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2004, Inserm CépiDc
www.cepidc.vesinet.inserm.fr

5. Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. G. Pavillon, J. Boileau, G. Renaud *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 4, janvier 2004, pp. 13-16

6. Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community. E. Jouglu, G. Pavillon, F. Rossollin *et al.* *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 46, n° 6, décembre 1998, pp. 447-456

7. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

MORTALITE PREMATUREE

1. Site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques : La situation démographique en 2004. Mouvement de population www.insee.fr

2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

4. Données synthétiques de mortalité. Dans *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, coordonné par la Drees, Ed. La Documentation française, 2007, pp. 36-41

5. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2004, Inserm CépiDc
www.cepidc.vesinet.inserm.fr

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

1. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

2. Dénombrement de la population protégée par le régime d'assurance maladie au 31 décembre 2004. Cnamts, juillet 2006

3. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188

4. Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée. N. Vallier, B. Salanave, A. Weill. *Points de Repère*, Cnamts, n° 1, août 2006, 8 p.

5. Prévalence des trente affections de longue durée pour les affiliés au Régime général de l'Assurance Maladie en 1994. M. Paita, D. Ganay, P. Fender. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, vol. 45, n° 6, 1998, pp. 454-464

6. Coût des trente affections de longue durée de l'Assurance maladie. N. Vallier, B. Salanave, A. Weill. *Points de Repère*, Cnamts, n° 3, octobre 2006, 8 p.

7. Approche de la morbidité dans les Pays de la Loire à partir des ALD 30 et des maladies professionnelles. Mise à jour : année 2004. Urcam des Pays de la Loire, 2006, 45 p.

8. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 1999-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION

1. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

2. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

■ Santé des populations

SANTE DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

1. La santé en France 2002. HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, 410 p.

2. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes

3. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. V. Carrasco, D. Baubeau. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 212, février 2003, 8 p.

4. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

5. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. B. Blondel, K. Supernant, C. du Mazaubrun *et al.* Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Drees, Inserm, 2005, 51 p.

6. Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue. S. Scheidegger, P. Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 559, mars 2007, 8 p.

7. Site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques : La situation démographique en 2004. Mouvement de population
www.insee.fr

8. Annuaire Eurostat 2002. Le guide statistique de l'Europe. Données 1990-2000. Union européenne. Office des publications officielles des communautés européennes, 2002, 7^e éd., 455 p.

9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

10. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

11. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

12. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2006. ORS des Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire, 2006, 68 p.

13. Annales de l'évaluation des ressources et activités du Réseau "Sécurité Naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire. Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire, 2006, 56 p.

SANTE DES ENFANTS DE 1 A 14 ANS

1. Estimations de population au 1^{er} janvier 2005, révisées en janvier 2007, Insee
2. Les élèves du premier degré. Dans *Repères et références statistiques. Edition 2006*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2006, 25 p.
3. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
4. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
5. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 1998, exploitation Irdes
6. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
7. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
8. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000. M. Coldefy, E. Salines. *Document de Travail, Série Etudes*, Drees, n° 32, mai 2003, 47 p. + ann.
9. Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003. Réseau EPAC. InVS, 2005, 68 p.
10. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 11 p.
11. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Ed. Inserm, 2007, 842 p. (Coll. Expertise Collective)
12. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 1999-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
13. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS
14. Rapports de secteur de psychiatrie de l'année 2003, Drees, exploitation ORS
15. Radioscopie 2005-2006. Académie de Nantes, 2006, 107 p.
16. Accueil des tout-petits. Dans *La France et ses régions. Edition 2006*. Insee, 2006, p. 165 (Coll. Références)
17. Enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005, INPES, exploitation ORS

SANTE DES PERSONNES DE 15 A 44 ANS

1. Estimations de population au 1^{er} janvier 2005, révisées en janvier 2007, Insee
2. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
3. Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, novembre 2000. M.C. Mouquet, H. Villet. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 53, juin 2003, 105 p.
4. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
5. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
6. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

7. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
8. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
9. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
10. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 1999-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
11. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

SANTE DES PERSONNES DE 45 A 74 ANS

1. Estimations de population au 1^{er} janvier 1990-2005, révisées en janvier 2007, Insee
2. Projections de population 2005-2050 selon le modèle Omphale, scénario central, 2006, Insee
3. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
4. Estimations d'incidence des cancers 2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
5. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
6. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
7. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
8. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
9. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
10. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

SANTE DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS

1. Estimations de population au 1^{er} janvier 2005, révisées en janvier 2007, Insee
2. Projections de population 2005-2050 selon le modèle Omphale, scénario central, 2006, Insee
3. La situation démographique en 2004. Mouvement de la population. C. Beaumel, F. Daguet, L. Richet-Mastain *et al. Insee Résultats*, n° 55, août 2006, 369 p.
4. L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. E. Cambois, A. Clavel, J. M. Robine, Ined, Inserm *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 2, 2006, pp. 7-20
5. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. J.L. Lanoë, Y. Makdessi-Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 236, octobre 2005, 12 p.
6. Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), Insee, exploitation ORS

7. La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003. Situation au 31 décembre 2003. F. Tugores. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 485, avril 2006, 8 p.

8. La situation familiale des personnes âgées. G. Desplanques. Dans *Données sociales 1996. La société française*, Insee, 1996, pp. 303-309

9. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes

10. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

11. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

12. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. C. Helmer, F. Pasquier, J.F. Dartigues. *Médecine-Sciences*, vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296

13. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

14. Gérontologie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Sous la direction de C. Trivalle. Ed. Masson, 2002, 473 p. (Coll. Abrégés)

15. Plan "Bien vieillir" 2007-2009. Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2007, 32 p.

16. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 1999-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

17. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

■ Disparités de santé

DISPARITES DE SANTE

1. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. OMS, 2000, 237 p.

2. Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Sous la direction de R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor. Ed. John Libbey Eurotext, Ed. Presses de l'Université de Montréal, 1996, 359 p.

3. Les inégalités sociales de santé. Sous la direction de A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean *et al.* Ed. Inserm, Ed. La Découverte, 2000, 448 p. (Coll. Recherches)

4. Disparités sociales de morbidité en France. A. Mizrahi, Ar. Mizrahi. CREDES, mai 1997, 19 p. (Biblio n° 1177)

5. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. C. Monteil, I. Robert-Bobée. *Insee Première*, Insee, n° 1025, juin 2005, 4 p.

6. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

7. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)

8. The state of mental health in the European union. European communities, 2004, 86 p.

9. Qualité de vie, santé mentale, violence, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 24 p.

10. La santé en France 2002. HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, 410 p.

11. Inégalités socio-spatiales de mortalité en France. S. Rican, E. Jouglu, G. Salem. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 30-31, juillet 2003, pp. 142-145

12. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

13. La santé observée dans les territoires de santé d'Angers, Challans, Château-Gontier, Châteaubriant, Cholet, Fontenay-le-Comte, La Roche-sur-Yon, Laval, Le Mans, Les Sables-d'Olonne, Mayenne, Nantes, Sablé/La Flèche, Saumur, Saint-Nazaire. ORS des Pays de la Loire, 2005, 75 p. chaque document

3. PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES

■ Maladies infectieuses et parasitaires

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

1. Site internet de l'Institut Pasteur, dossier "Maladies Infectieuses", 2005
www.pasteur.fr/actu/presse/dossiers/malinfectieuses/integral.htm

2. Rapport sur la santé dans le monde 1999. Pour un réel changement. OMS, 1999, 130 p.

3. Base nationale des causes de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

4. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

5. Surveillance nationale des maladies infectieuses 1998-2000. InVS, 2003, 341 p.

6. Mortalité par maladies infectieuses en France. Situation actuelle et tendances évolutives. H. Lefèvre, G. Pavillon, A. Le Toulec *et al.* Dans *Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003*, InVS, 2005
www.invs.sante.fr/publications/default.html

7. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

8. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

SIDA ET INFECTION A VIH

1. VIH. Edition 2004. P.M. Girard, C. Katlama, G. Pialoux. Ed. Doin, 2004, 635 p.

2. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. ONUSIDA, OMS, 2006, 678 p.

3. Le point sur l'épidémie de sida. ONUSIDA, OMS, 2006, 85 p.

4. HIV / AIDS. Surveillance in Europe. EuroHIV, InVS, 2006, 70 p.

5. Base de données des maladies à déclaration obligatoire 1997-2004, Institut de veille sanitaire
www.invs.sante.fr

6. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. Dix ans de surveillance, 1996-2005. InVS, 2007, 159 p.

7. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2004, Inserm CépiDc
www.cephdc.vesinet.inserm.fr

8. Surveillance de l'infection à VIH-sida, 2005. F. Lot, C. Cazein, J. Pillonel *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 48, novembre 2006, pp. 371-378

9. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. W. Rozenbaum, F. Brun-Vézinet, P. Mathiot *et al.* Comité national du sida, 2006, 23 p.

10. HIV / AIDS. Surveillance in Europe. EuroHIV, InVS, 2005, 65 p.

11. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 15-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 11 p.

TUBERCULOSE

1. Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie. Ed. Inserm, 2004, 281 p. (Coll. Expertise Collective)

2. Base nationale des causes de décès 1979-2004, Inserm CépiDc
www.cephdc.vesinet.inserm.fr

3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

4. Base de données des maladies à déclaration obligatoire 1997-2004, Institut de veille sanitaire
www.invs.sante.fr

5. La tuberculose reste d'actualité en France. J.C. Desenclos. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 17-18, mai 2005, p. 65

6. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. D. Antoine, D. Che. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 11, mars 2007, pp. 85-89

7. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-187

10. La tuberculose multirésistante en France : surveillance et prise en charge, 1992-2002. J. Robert, N. Veziris, C. Truffot-Pernot *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 17-18, mai 2005, pp. 78-80

11. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (2002-2003). InVS, Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, 114 p.

12. Estimation de l'impact épidémiologique de différentes options de vaccination BCG en France. D. Lévy-Bruhl. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 53, n° 5, 2005, pp. 501-508

13. BCG : attitudes actuelles. D. Lévy-Bruhl. *La Presse Médicale*, tome 35, n° 11, novembre 2006, pp. 1733-1738

14. Avis sur le dépistage de la tuberculose et la vaccination par BCG. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2006, 9 p. (Avis n° 92)

15. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

16. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

17. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.

INFECTIONS NOSOCOMIALES

1. Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Alliance mondiale pour la sécurité des patients, OMS, 2005, 15 p.

2. Défi mondial pour la sécurité des patients 2005-2006. Alliance mondiale pour la sécurité des patients, OMS, 2005, 25 p.

3. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2006. InVS, 2007, 45 p.

4. La mortalité attribuable aux infections hospitalières. P. Astagneau, A. Lepoutre. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 38, mars 2002, pp. 27-29

5. Mortalité hospitalière imputable aux infections nosocomiales. B. Branger, C. Durand, P. Jarno *et al.* *Médecine et Maladies Infectieuses*, n° 32, 2002, pp. 98-106

6. Mortalité hospitalière imputable aux infections nosocomiales. N. Floret, P. Bailly, D. Talon. *Hygiènes*, n° 13, 2005, pp. 21-25

7. La mortalité associée aux infections hospitalières. F. L'Héritau, C. Darras-Joly, P. Astagneau. *La Lettre de l'Infectiologue*, n° 20, mars 2005, pp. 73-78

8. French hospital mortality study group. Nosocomial infections and hospital mortality : a multicenter epidemiology study. B. Kaoutar, C. Joly, F. L'Héritau *et al.* *The Journal of Hospital Infection*, n° 58, mars 2004, pp. 268-275

9. Infections nosocomiales : le dossier. Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 34 p.

10. Environnement microbiologique et germes multirésistants. V. Metral, G. Brückner. Dans *Infections nosocomiales et environnement hospitalier*, sous la direction de G. Brückner, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1998, pp. 11-21

11. Bactéries multirésistantes dans les hôpitaux français : des premiers indicateurs au Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales. V. Jarlier. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 32-33, juillet 2004, pp. 148-151

12. Surveillance des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé en France. Réseau BMR-RAISIN. Résultats 2004. InVS, 2006, 36 p.

13. Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication. B. Régnier. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, avril 2007, pp. 93-94

14. Perception du risque nosocomial dans la population française, 2005-2006. I. Poujol, C. Jestin, A. Gautier *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, avril 2007, pp. 101-102

15. Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. P. Parneix, V. Salomon, P. Garnier *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, avril 2007, pp. 102-104

16. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Ministère de la santé et des solidarités, 2004, 19 p.

17. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Inter région Ouest. Résultats préliminaires. CCLIN Ouest, 2007, 30 p.

18. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Région Pays de la Loire. CCLIN Ouest, 2007, 23 p.

19. Bilans standardisés de lutte contre les infections nosocomiales, données 2005, Drass des Pays de la Loire

20. Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN 2004. Ministère de la santé et des solidarités, DHOS/DGS, Cellule infections nosocomiales, 2006, 71 p.

■ Tumeurs malignes

ENSEMBLE DES CANCERS

1. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)

2. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.

3. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118

4. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

5. Fréquence des cancers en France. C. Hill, F. Doyon. *Bulletin du Cancer*, vol. 90, n° 3, mars 2003, pp. 207-213

6. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

7. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

8. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188

9. Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation Drees

10. Epidémiologie des cancers. C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 111 p.

11. The SU.VI.MAX Study. A randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals. S. Hercberg, P. Galan, P. Preziosi *et al.* *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, novembre 2004, pp. 2335-2342

12. Cancer : plan de mobilisation nationale 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44 p.

13. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS

14. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

CANCER DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES ET DE L'OE SOPHAGE

1. Upper aerodigestive tract cancers. C. Muir, L. Weiland. *Cancer*, vol. 75, n° 1 (Suppl.), janvier 1995, pp. 147-153

2. Cancers des voies aériennes et digestives. J.P. Bessede, N. David. Dans *Cancers : prévention et dépistage*, N. Tubiana-Mathieu, Ed. Masson, 2002, pp. 152-164

3. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.

4. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

5. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)

6. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

7. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

8. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69

9. Epidémiologie des cancers. C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 111 p.

10. Site internet du National cancer institute
<http://cis.nci.nih.gov>

11. Cancers des voies aérodigestives supérieures. D. Luce, J. Brugère, F. Eschwège. Dans *Les cancers professionnels. Tome 1*, Ed. Margaux Orange, 2000, pp. 429-460

12. Role of diet in upper aerodigestive tract cancers. P.N. Notani, K. Jayant. *Nutrition and Cancer*, vol. 10, n° 1-2, 1987, pp. 103-113

13. The influence of alcohol consumption on worldwide trends in mortality from upper aerodigestive tract cancers in men. G.J. Macfarlane, T.V. Macfarlane, B. Lowenfels. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, n° 6, 1996, pp. 636-639

14. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS

15. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

CANCER DU COLON-RECTUM

1. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
2. Epidémiologie et prévention du cancer colorectal. J. Faivre. Ed. Springer-Verlag, 2001, 110 p.
3. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
4. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
5. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
6. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
7. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
10. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
11. Le cancer colorectal en France. Evaluation 2002 à 2004. H. Goulard, R. Ancelle-Park, M. Julien *et al.* InVS, 2006, 6 p.
12. Le dépistage du cancer colorectal. Etat des lieux et perspectives. E. Dorval. Ed. Springer-Verlag, 2006, 129 p.
13. Programme National Nutrition-Santé / PNNS 2001-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2003, 40 p.
14. Programme National Nutrition-Santé / PNNS 2006-2010. Actions et mesures. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 51 p.
15. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
16. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

CANCER DU POUMON

1. Epidémiologie des cancers. C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 111 p.
2. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.

3. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS, 2003, 27 p.
4. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
5. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
6. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
7. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
8. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. M.L. Janssen-Heijnen, J.W. Coebergh. *Lung Cancer*, septembre 2003, vol. 41, n° 3, pp. 245-258
9. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
10. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
11. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
12. Les progrès du scanner permettent-ils de dépister le cancer bronchique ? G. Frija, A. Flahault, E. Lemarie. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, tome 187, n° 1, 2003, pp. 153-160
13. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
14. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

MELANOME DE LA PEAU

1. Les mélanomes. J.M. Halna. Dans *Incidence du cancer en France. Estimations régionales 1985-1995*. Réseau français des registres de cancer, 1999, pp. 37-39
2. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Rapport d'évaluation. HAS, 2006, 108 p.
3. Mélanome cutané. INCa, 2007, 6 p.
4. Multiple primary melanoma and familial melanoma. Risk evaluation and screening tests. How to evaluate the risk of developing a second melanoma ? In what family ? Should screening methods be implemented ? Which ones and why ? F. Grange. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 122, n° 5, 1995, pp. 365-371
5. The genetics of hereditary melanoma and nevi. 1998 update. M.H. Greene. *Cancer*, vol. 186, suppl. 11, décembre 1999, pp. 1644-1657
6. Soleil et peaux. Bénéfices, risque et prévention. M.F. Avril, M. Brodin, B. Dréno *et al.* Ed. Masson, 2002, 279 p.

7. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
 8. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. L. Chérié-Challine, J.M. Halna, L. Remontet. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 2, janvier 2004, pp. 5-8
 9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
 10. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
 11. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
 12. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
 13. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
 14. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
 15. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
 16. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
 17. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
 18. Epidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire. Incidence et mortalité 1980-2000. ORS des Pays de la Loire, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, 2005, 118 p.
- CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME**
1. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
 2. Epidémiologie des cancers. C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 111 p.
 3. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
 4. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
 5. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
 6. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
 7. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
 8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
 9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
 10. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
 11. Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? INCa, InVS, 2006, 9 p.
 12. Programme de dépistage du cancer du sein en France. Résultats 2004. A.C. Paty, R. Ancelle-Park, M. Julien *et al.* InVS, 2006, 6 p.
 13. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
 14. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
 15. Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour décembre 2006. ORS des Pays de la Loire, 2006, 84 p.
- CANCER DU COL ET DU CORPS DE L'UTERUS**
1. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
 2. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
 3. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
 4. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
 5. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
 6. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
 7. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
 8. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69

9. Col de l'utérus. INCa, 2007, 6 p.
10. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. N. Duport, InVS, 2007, 14 p.
11. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
12. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus 6, 11, 16 et 18. Comité technique des vaccinations, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2007, 7 p.
13. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. Recommandations. Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 19, n° 1, 1990, pp. 1-16
14. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Recommandations. Anaes, 2002, 21 p.
15. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Anaes, 2004, 99 p.
16. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. A. Rousseau, P. Bohet, J. Merlière *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 19, mai 2002, pp. 81-83
17. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
18. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

CANCER DE LA PROSTATE

1. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
2. Recommandations pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne. Groupe des experts pour la prévention des cancers dans l'Union européenne, InVS, 1999, 9 p.
3. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
4. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
5. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
6. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
7. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino *et al.* *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
10. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
11. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Anaes, 1998, 115 p.
12. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations. Anaes, Association française d'urologie, 2004, 25 p.
13. Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association française d'urologie. A. Villers, X. Rébillard, M. Soulié *et al.* *Progrès en Urologie*, vol. 32, n° 2, avril 2003, pp. 209-214
14. Rapport sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le plasma. M. Bourel, R. Ardaillou. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 187, n° 5, mai 2003, pp. 985-995
15. Les actes de biologie remboursés en 2003 et 2004 par le régime général de l'Assurance Maladie. Biolam. Cnamts, 2006, 107 p.
16. Site internet de l'European randomized study of screening for prostate cancer
www.erspc.org
17. Site internet du National cancer institute
www.cancer.gov/prevention/plco
18. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS
19. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

■ Maladies endocriniennes

DIABETE

1. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation). Recommandations. HAS, AFSSAPS, 2006, 45 p.
2. Diabète. Dans *Elaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe technique national de définition des objectifs*, DGS, Inserm, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 8 p.
3. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? O. Jusnik-Joinville, A. Weill, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 38, n° 1, janvier-mars 2007, pp. 1-12
4. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
5. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. I. Romon, J. Dupin, S. Fosse *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 45, novembre 2006, pp. 347-352

6. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. P. Ricordeau, A. Weill, N. Vallier *et al.* *Diabetes & Metabolism*, vol. 26, suppl. 6, septembre 2000, pp. 11-24
7. Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016. C. Bonaldi, I. Romon, A. Fagot-Campagna. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 10, mars 2006, pp. 69-71
8. Etude Entred : suite des résultats. Les complications du diabète et le diabète chez le sujet âgé. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 12-13, mars 2005, pp. 45-52
9. ENTRED. Enquête par questionnaire auprès des médecins. Tableaux nationaux. I. Romon, S. Fosse, A. Fagot-Campagna. InVS, 2005, 13 p.
10. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Recommandations et références médicales. Anaes, 1999, 19 p.
11. ENTRED. Remboursements médicaux 2001 à 2003 : données de l'Assurance maladie. Tableaux nationaux. I. Romon, S. Fosse, A. Fagot-Campagna. InVS, 2006, 9 p.
12. Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation Drees
13. Complications du diabète. Dans *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, coordonné par la Drees, Ed. La Documentation française, 2007, pp. 162-165
14. Diabète. Dans *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, coordonné par la Drees, Ed. La Documentation française, 2007, pp. 232-233
15. Deuxième Programme National Nutrition-Santé 2006-2010. Actions et mesures. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 51 p.
16. Principes du dépistage du diabète de type 2. Anaes, 2003, 159 p.
17. Le suivi du diabète dans la région des Pays de la Loire. Evolution sur la période 2002-2005. T. Dubin, DRSM des Pays de la Loire, 2006, 11 p.
18. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
19. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
20. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS
21. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
4. Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées : premiers résultats de l'étude Abena. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 11-12, mars 2006, pp. 77-84
5. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. T. de Saint Pol. *Insee Première*, Insee, n° 1123, février 2007, 4 p.
6. Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. Ed. Inserm, 2000, 325 p. (Coll. Expertise Collective)
7. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. N. Guignon, G. Badéyan. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 155, janvier 2002, 8 p.
8. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 12 p.
9. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. N. Guignon, J.B. Herbert, S. Danet *et al.* *Etudes et Résultats*, Drees, n° 573, mai 2007, 8 p.
10. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. C. de Peretti, K. Castelbon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 283, janvier 2004, 8 p.
11. Obesity in Europe. International obesity task force, European association for the study of obesity, 2005, 8 p.
12. Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe. T. de Saint Pol. Dans *Données sociales. La société française. Edition 2006*, Insee, 2006, pp. 649-656
13. Programme National Nutrition-Santé PNNS 2001-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2003, 40 p.
14. Deuxième Programme National Nutrition-Santé 2006-2010. Actions et mesures. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 51 p.
15. Chirurgie digestive de l'obésité. Résultats enquête nationale. Cnamts, 2004, 79 p.
16. La santé des consultants des centres d'examen de santé en situation de précarité. Pays de la Loire - 2000. ORS des Pays de la Loire, 2003, 31 p.
17. Activités physiques et sportives, activités sédentaires, poids et image du corps chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 15 p.
18. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS
19. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal *et al.* *British Medical Journal*, mai 2000, vol. 320, n° 7244, pp. 1240-1243

SURPOIDS ET OBESITE

1. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Ed. Inserm, 2006, 217 p. (Coll. Expertise Collective)
2. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. HCSP, 2000, 276 p.
3. ObEpi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Inserm, TNS Healthcare SOFRES, Roche, 2006, 52 p.

■ Troubles mentaux et du comportement

TROUBLES MENTAUX

1. Psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005, 98 p.
2. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Vol. 1. OMS, 1993, 1335 p.
3. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Rapport final. A. Lovell. InVS, 2004, 72 p.

4. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolution et disparités. M. Coldefy, E. Salines. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 341, septembre 2004, 12 p.
5. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolution et disparités. M. Coldefy, E. Salines. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 342, octobre 2004, 12 p.
6. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 315, juin 2004, 12 p.
7. SNIR 2004, Cnamts
8. Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. M. Anguis, C. de Peretti. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 231, avril 2003, 12 p.
9. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. C. Helmer, F. Pasquier, J.F. Dartigues. *Médecine-Sciences*, vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296
10. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. V. Bellamy, J.L. Roelandt, A. Caria. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 347, octobre 2004, 12 p.
11. Les troubles dépressifs et leur prise en charge. B. Lamboy. Dans *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier, INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé), pp. 69-76
12. Suicides et tentatives de suicide. M.C. Mouquet, V. Bellamy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 488, mai 2006, 8 p.
13. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
14. The state of mental health in the European union. European communities, 2004, 86 p.
15. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DEMENCES

1. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. C. Helmer, F. Pasquier, J.F. Dartigues. *Médecine-Sciences*, vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296
2. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. H. Ramarosan, C. Helmer, P. Barberger-Gateau *et al. Revue Neurologique*, vol. 159, n° 4, 2003, pp. 405-411
3. Résultats Paquid. P. Barberger-Gateau, L. Letenneur, K. Pérès. ISPED, Inserm, 2004, 25 p.
4. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. C. Gallez. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Assemblée nationale, Sénat, 2005, 256 p.
5. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care. A more active approach is needed. M. Löppönen, I. Raiha, R. Isoaho *et al. Age and Ageing*, vol. 32, n° 6, 2003, pp. 606-612
6. La détection de la Maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. I. Cantegreil-Kallen, D. Lieberherr, A. Garcia *et al. La Revue de Médecine Interne*, vol. 25, n° 8, août 2004, pp. 548-555

7. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés : vers une approche interdisciplinaire. L. Volpe-Gillot, H. Vincent. *NPG. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, année 2, novembre-décembre 2002, pp. 49-52
8. Caregiving as a risk factor for mortality : the caregiver health effects study. R. Schulz, S.R. Beach. *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 23, décembre 1999, pp. 2215-2219
9. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2004, 40 p.
10. Estimations de population au 1^{er} janvier 2005, révisées en janvier 2007, Insee
11. Projections de population 2005-2050 selon le modèle Omphale, scénario central, 2006, Insee
12. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 1999-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
13. Nombre de patients bénéficiant d'un traitement contre la maladie d'Alzheimer en 2006, exploitation Urcam des Pays de la Loire
14. Etude des besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Vendée. ORS des Pays de la Loire, 2006, 50 p.

■ Maladies de l'oeil et de ses annexes

MALADIES DE L'OEIL ET DE LA VISION

1. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). C. Allonier, P. Dourgon, T. Rochereau. Irdes, 2006, 212 p. (Biblio n° 1621)
2. Base nationale PMSI MCO 1998- 2004, exploitation Drees
3. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
4. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2000, IMS-Health, exploitation Irdes
5. La population en situation de handicap visuel en France. Importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales. ORS des Pays de la Loire, 2005, 162 p.
6. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Recommandations pour la pratique clinique. Anaes, 2002, 13 p.
7. Déficiences visuelles. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Ed. Inserm, 2002, 398 p. (Coll. Expertise Collective)
8. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. N. Guignon, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 250, juillet 2003, 12 p.
9. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 12 p.
10. Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001. A. Fagot-Campagna, S. Fosse, A. Weill *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, mars 2005, pp. 48-50

11. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France. Recommandation en santé publique. Rapport d'orientation. HAS, 2006, 70 p.

12. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 14, avril 2003, 4 p.

13. Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8^e année. ORS des Pays de la Loire, 2004, 54 p.

14. Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport de 12 ans d'enregistrement. RHEOP, 2001, 46 p. + ann.

15. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

16. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

■ Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

MALADIES DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

1. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). C. Allonier, P. Dourgon, T. Rochereau. Irdes, 2006, 212 p. (Biblio n° 1621)

2. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes

3. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes

4. Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation Drees

5. Les motifs de recours à l'hospitalisation en court séjour en 2003. M.C. Mouquet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 444, novembre 2005, 12 p.

6. Impacts sanitaires du bruit. Etat des lieux. Indicateurs bruit-santé. AFSSE, 2004, 304 p. + ann.

7. Evaluation du dépistage néonatal de la surdité permanente bilatérale. HAS, 2007, 136 p.

8. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 12 p.

9. Evaluation de l'audition des jeunes français. G. Prost, J.C. Duclos, J.C. Normand *et al.* Institut universitaire de médecine du travail de Lyon, 2000, 42 p.

10. Hearing status of French youth aged from 18 to 24 years in 1997 : a cross-sectional epidemiological study in the selection centres of the army in Vincennes and Lyon. A. Job, M. Raynal, A. Tricoire *et al.* *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 48, n° 3, 2000, pp. 227-237

11. Le bruit au travail en 2003 : une nuisance qui touche trois salariés sur dix. I. Magaud-Camus, M.C. Flourey, L. Vinck *et al.* *Premières Synthèses*, DARES, n° 25.3, juin 2005, 6 p.

12. Statistiques technologiques. Résultats de l'année 2005. Cnamts, 2006, 8 p.

13. Handicap auditif en France. Apports de l'enquête HID. ORS des Pays de la Loire, 2007, *à paraître*

14. Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8^e année. ORS des Pays de la Loire, 2004, 54 p.

15. Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport de 12 ans d'enregistrement. RHEOP, 2001, 46 p. + ann.

16. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

17. Les risques professionnels dans les Pays de la Loire, statistiques 2005. Cram des Pays de la Loire, 2006, 44 p.

18. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

■ Maladies de l'appareil circulatoire

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

1. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. F. Annie, Y. Geffroy, C. Minc *et al.* *Questions d'Economie de la Santé*, Drees, Irdes, n° 111, juillet 2006, 8 p.

2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

4. La fréquence des maladies cardio-vasculaires en France et en Europe. P. Ducimetière. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 47, juin 2004, pp. 20-22

5. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS

6. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al.* *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188

7. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

8. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes

9. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes

10. Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère chargé de la santé, 2002, 30 p.

11. Le risque cardio-vasculaire : un nouvel outil de décision dans la prévention cardio-vasculaire. P. Giral, X. Girerd. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 47, juin 2004, pp. 46-50

12. Des pistes pour réduire le risque cardio-vasculaire. Editorial. I. Durand-Zaleski. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 47, juin 2004, 1 p.

13. Prévention des maladies cardio-vasculaires : multifactorielle et multisectorielle ? T. Lang. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 47, juin 2004, pp. 51-55

14. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

15. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

1. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors-ORS
3. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002- 2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
4. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, volume 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
5. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
6. Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France de 1997 à 2002. B. Haas, P. Amouyel, P. Ducimetière *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 65-66
7. Le gradient Nord-Sud de la morbidité et de la mortalité coronaire en France : données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002. M. Montaye, P. Ducimetière, J.B. Ruidavets *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 62-64
8. Létalité de l'infarctus du myocarde des patients hospitalisés et son évolution dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002. J.B. Ruidavets, B. Haas, M. Montaye *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 67-68
9. Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. Editorial. P. Ducimetière. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, p. 61
10. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
11. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES

1. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
2. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
3. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
4. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
5. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
6. Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. I. Benatru, O. Rouaud, J. Durier *et al. Stroke*, vol. 37, n° 7, mai 2006, pp. 1674-1679
7. Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004. Y. Béjot, J. Durier, C. Binquet *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 17, mai 2007, pp. 140-142

8. Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe. C. Wolfe, M. Giroud, P. Kolominsky-Rabas *et al. Stroke*, vol. 31, n° 9, septembre 2000, pp. 2074-2079
9. Recul de l'âge de survenue des accidents vasculaires cérébraux et baisse de la mortalité à 1 mois. Deux résultats observés sur la population de Dijon en 20 ans, 1985-2004. Y. Béjot, O. Rouaud, J. Durier *et al. Journées de veille sanitaire de l'InVS*, novembre 2006 (poster)
10. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
11. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

■ Maladies de l'appareil respiratoire

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

1. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
2. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
3. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
4. Chronic bronchitis among French adults : high prevalence and underdiagnosis. G.J. Huchon, A. Vergnenègre, F. Neukirch *et al. European Respiratory Journal*, vol. 20, n° 4, 2002, pp. 806-812
5. An International survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. R. de Marco, S. Accordini, I. Cerveri *et al. Thorax*, vol. 59, n° 2, 2004, pp. 120-125
6. Global burden of COPD : systematic review and meta-analysis. R.J. Halbert, J.L. Natoli, A. Gano *et al. European Respiratory Journal*, avril 2006, vol. 28, n° 3, pp. 523-532
7. General practice patients at risk of chronic obstructive pulmonary disease, epidemiologic survey of 3411 patients. D. Piperno, F. Bart, P. Serrier *et al. La Presse Médicale*, tome 34, n° 21, décembre 2005, pp. 1617-1622
8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
10. Observatoire des insuffisants respiratoires graves géré par l'association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire (ANTADIR). E. Chailleux, D. Veale, F. Binet *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 4, février 2001, pp. 15-17
11. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010 : "Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO". Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 70 p.
12. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
13. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

14. Deaths from chronic obstructive pulmonary disease in France, 1979-2002 : a multiple-cause analysis. C. Fuhrman, E. Jouglu, J. Nicolau *et al. Thorax*, vol. 61, n° 11, novembre 2006, pp. 930-934
15. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)
16. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

ASTHME

1. Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC-France, Phase 1. D. Charpin, I. Annesi-Maesano, P. Godard *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 13, mars 1999, pp. 49-51
2. Etude épidémiologique européenne sur la prévalence et les facteurs de risque de l'asthme (European Community Respiratory Health Survey). I. Pin, F. Neukirch, R. Liard *et al. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, vol. 38, n° 4, 1998, pp. 290-295
3. L'asthme en France selon les stades de sévérité. L. Com-Ruelle, B. Crestin, S. Dumesnil. CREDES, 2000, 182 p. (Biblio n° 1290)
4. L'asthme chez les adolescents des classes de troisième. C. de Peretti, N. Guignon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 369, janvier 2005, 4 p.
5. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 11 p.
6. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. N. Guignon, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 250, juillet 2003, 12 p.
7. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
8. Hospitalisations pour asthme en France métropolitaine, 1998-2002. Evaluation à partir des données du PMSI. L. Pascal, M.C. Delmas, C. Fuhrman. InVS, 2007, 58 p.
9. Signs of reversing trend in prevalence of asthma. L. von Hertzen, T. Haahntela. *Allergy*, vol. 60, n° 3, mars 2005, pp. 283-292
10. American thoracic society statement : occupational contribution to the burden of airway disease. J. Balmes, M. Becklake, P. Blanc *et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 167, n° 5, 2003, pp. 787-797
11. Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation Drees
12. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
13. Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999. M.C. Delmas, A. Zeghnoun, E. Jouglu. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 47, novembre 2004, pp. 221-222
14. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France : a prospective study. S. Salmeron, R. Liard, D. Elkharrat *et al. Lancet*, vol. 358, n° 9282, août 2001, pp. 629-635
15. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2002, 39 p.
16. Evaluation des écoles de l'asthme en France. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 122 p.
17. Atlas de la santé en France. Comportements et maladies. Vol. 2. G. Salem, S. Rican, M.L. Kürzinger. Ed. John Libbey Eurotext, 2006, 222 p.
18. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
19. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

■ Maladies de l'appareil digestif

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

1. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). C. Allonier, P. Dourgnon, T. Rochereau. Irdes, 2006, 212 p. (Biblio n° 1621)
2. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
3. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
4. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
5. 2 jours d'endoscopie en France. Résultats de l'enquête 2006. Société française d'endoscopie digestive. *La Lettre de la SFED*, n° 36, mars 2007, 16 p.
6. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
7. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
8. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
9. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)
10. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

■ Maladies de l'appareil génito-urinaire

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

1. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. W. Tomasz, S. Piotr. *Annals of Transplantation : Quarterly of the Polish Transplantation Society*, vol. 8, n° 2, 2003, pp. 47-53
2. Survival of recipients of cadaveric kidney transplants compared with those receiving dialysis treatment in Australia and New Zealand, 1991-2001. S.P. McDonald, G.R. Russ. *Nephrology Dialysis Transplantation*, vol. 17, n° 2, décembre 2002, pp. 2212-2219
3. Enquête nationale schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique terminale (SROS/IRCT). Juin 2003. Volet dépenses. Cnamts, 2005, 62 p.

4. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport annuel 2005. Agence de la biomédecine, 2005, 116 p.

5. L'insuffisance rénale chronique. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 37-38, septembre 2005, pp. 181-196

6. Renal replacement therapy for end-stage renal failure in France : current status and evolutive trends over the last decade. C. Jacobs, N.H. Selwood. *American Journal Kidney Disease*, vol. 25, n° 1, janvier 1995, pp. 188-195

7. ERA-EDTA registry. 2004 annual report. European renal association, European dialysis and transplant association, Academic Medical Center, 2006, 97 p.

8. Rapport annuel de l'Agence de la biomédecine 2005. Bilan des activités. Agence de la biomédecine, 2006, 192 p.

9. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. *Journal Officiel de la République Française*, 7 août 2004, 36 p.

10. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Argumentaire. Anaes, 2002, 103 p.

11. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Fiche de synthèse. Anaes, 2004, 3 p.

12. Programme d'actions insuffisance rénale chronique 2002-2003-2004. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001 www.sante.gouv.fr/htm/dossiers

13. Insuffisance rénale chronique. Etiologies, moyens de diagnostic précoce, prévention ? Ed. Inserm, 1998, 128 p. (Coll. Expertise Collective)

14. Activité régionale de prélèvement et de greffe. Synthèse nationale 2005. Agence de la biomédecine, 2006, 23 p.

15. Activité régionale de prélèvement et de greffe. Synthèse régionale 2005. Agence de la biomédecine, 2006, 19 p.

16. Enquête SROS IRC 2003. Synthèse régionale. DRSM des Pays de la Loire, 2004, 41 p.

17. La première étude sur les insuffisants chroniques rénaux terminaux en France : combien sont-ils et qui sont-ils ? Cnamts. *Point d'Information Mensuel*, janvier 2004, 8 p.

■ Grossesse, accouchement et puerpéralité

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT

1. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2006. ORS des Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire, 2006, 68 p.

2. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. A. Vilain, C. de Peretti, J.B. Herbet *et al. Etudes et Résultats*, Drees, n° 383, mars 2005, 8 p.

3. Disparités sociales et surveillance de grossesse. S. Scheidegger, A. Vilain. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 552, janvier 2007, 8 p.

4. Diagnostic prénatal : évolution, pratiques et enjeux. Coordonné par M. Dommergues, S. Aymé, P. Daniaud, V. Seror. Ed. Inserm, 2003, 592 p. (Coll. Questions en Santé Publique)

5. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

6. La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 50, décembre 2006, pp. 391-402

7. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

8. Plan "périnatalité" 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2004, 42 p.

9. Circulaire n° DHOS/01/03/Cnamts/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

10. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

11. Annales de l'évaluation des ressources et activités du Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire. Réseau "Sécurité naissance - Naitre ensemble" des Pays de la Loire, 2006, 56 p.

12. Recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque. Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire, 2003, 43 p.

4. COMPORTEMENTS, ENVIRONNEMENTS

■ Conduites addictives

CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

1. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, données nationales, séries statistiques www.ofdt.fr

2. World drink trends 2005. World advertising research center. Ed. Commission for Distilled Spirits, 2005, 184 p.

3. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)

4. Alcool. Effets sur la santé. Ed. Inserm, 2001, 358 p. (Coll. Expertise Collective)

5. Alcool et risque de cancer. C. Hill. *THS. La Revue*, n° 3, 1999, pp. 46-49

6. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

7. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel, Groupe SAM, UMRETTE, OFDT, 2005, 39 p.

8. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Mildt. Ed. La Documentation française, 2004, 125 p.

9. Cancer : plan de mobilisation nationale 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44 p.

10. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 19 p.

11. Enquête alcool auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. ORS des Pays de la Loire, 2002, 36 p.
12. Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 27 p.
13. Fichiers départementaux des accidents corporels 2001-2005, SETRA - ONSIR, exploitation Observatoire régional de la sécurité routière des Pays de la Loire
14. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

TABAGISME

1. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. D. Besson. *Insee Première*, Insee, n° 1110, décembre 2006, 4 p.
2. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)
3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes. Enquête HIS, exercice 2004 www.europa.eu.int/comm/eurostat
4. Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 27 p.
5. Journée mondiale sans tabac. Numéro thématique. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 22-23, mai 2003, pp. 97-108
6. Le tabac : la première cause de cancer évitable en France. INCa, 2006, 12 p.
7. Risques du tabagisme passif. J. Trédaniel. Dans *L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris, 8-9 octobre 1998*, Anaes, AP-HP, Ed. EDK, 1998, pp. 74-80
8. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. 2004-2008. Mildt. Ed. La Documentation française, 2004, 125 p.
9. Plan cancer 2003-2006. Ce qui a changé. INCa, 2006, 381 p.
10. Site internet de l'Office français de prévention du tabagisme <http://oft.spim.jussieu.fr>
11. Tabagisme et arrêt du tabac en 2006. Bilan de l'année 2006. Tableau de bord mensuel des indicateurs de tabac. OFDT, 2007, 3 p.
12. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, base d'information ILIAD www.ofdt.fr
13. Base nationale des causes médicales de décès 2001-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS

USAGE DE DROGUES ILLICITES

1. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka *et al.* *Tendances*, OFDT, n° 48, mai 2006, 6 p.
2. Rapport annuel 2005 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005, 90 p.

3. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT, 2002, 368 p.
4. Les dommages sanitaires liés aux drogues illicites. Fiche synthèse de l'OFDT www.ofdt.fr
5. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel, Groupe SAM, UMRETTE, OFDT, 2005, 39 p.
6. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, base d'information ILIAD www.ofdt.fr
7. La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social. V. Bellamy. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 83, mai 2005, 34 p.
8. Les traitements de substitution en France : résultats récents. A. Cadet-Tairou, P.Y. Bello, J.M. Costes *et al.* *Tendances*, OFDT, n° 37, juin 2004, 8 p.
9. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Mildt. Ed. La Documentation française, 2004, 125 p.
10. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et de la solidarité, 2006, 19 p.
11. Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. *Journal Officiel de la République Française*, 4 février 2003, 2 p.
12. Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 27 p.
13. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. S. Spilka, F. Beck, S. Legleye, OFDT, 2005, 224 p.

■ Contraception, IVG

CONTRACEPTION ET INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

1. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
2. La contraception dans le monde. Ined, 2007, 1 p. (fiche pédagogique)
3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. A. Vilain. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 522, septembre 2006, 8 p.
4. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon *et al.* *Population & Sociétés*, Ined, n° 407, décembre 2004
5. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 12 p.
6. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

7. SAE 2000, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

■ Santé et travail

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Statistiques technologiques. Résultats de l'année 2005. Cnamts, 2006, 8 p.
2. Nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles chez les bénéficiaires du régime agricole, exploitation MSA
3. Les chiffres clés 2005 de la branche "accidents du travail et maladies professionnelles". Cnamts, 2006, 10 p.
4. Recherche d'indicateurs en santé au travail. A propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel menée dans les Pays de la Loire. D. Labarthe-Bouvet. Université de Nantes, Faculté de médecine, 2005, 171 p. (Thèse de médecine du travail)
5. Les risques professionnels dans les Pays de la Loire, statistiques 2005. Cram des Pays de la Loire, 2006, 44 p.
6. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire. La prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP), résultats des trois premières "Semaines des MCP", octobre 2003, avril et octobre 2004. InVS, 2006, 39 p.

EXPOSITION A L'AMIANTE

1. Le programme national de surveillance du mésothéliome (PNMS). Présentation générale et bilan des premières années de fonctionnement (1998-2004). InVS, CHU de Caen, Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Ile-de-France, Université de la méditerranée Aix-Marseille, Isped, Université Victor-Segalen - Bordeaux 2, 2006, 75 p.
2. Questions-réponses à propos de l'amiante. A. Brun, F. Roussille. *Inserm Actualités*, Inserm, n° 148, octobre-novembre 1996, pp. 11-14
3. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
4. Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Année 2004. Cnamts, 2006, 544 p.
5. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
6. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2004, Inserm CépiDc www.cepidc.vesinet.inserm.fr
7. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS, 2003, 27 p.
8. Conditions de travail. Bilan 2002. Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations au travail, 2003, 368 p.

9. Nombre de maladies professionnelles chez les bénéficiaires du régime général, exploitation Cram

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

1. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes www.europa.eu.int/comm/eurostat
2. Troisième enquête sur les conditions de travail : dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. P. Paoli, D. Merllie. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2005, 8 p.
3. Site internet de l'Assurance Maladie, Cnamts/DRP, statistiques technologiques www.risquesprofessionnels.ameli.fr
4. Les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle : une nouvelle épidémie. Editorial. J.F. Caillard. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 44-45, novembre 2005, p. 217
5. Site internet de la Cram des Pays de la Loire www.cram-pl.fr/risques/informations/pages/statistiques.htm
6. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire. La prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP), résultats des trois premières "Semaines des MCP", octobre 2003, avril et octobre 2004. C. Ha, A. Touranchet, M. Pubert. InVS, 2006, 39 p.
7. Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques et de l'exposition au risque dans les entreprises en 2002 et 2003. Y. Roquelaure, C. Ha, A. Leclerc. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 44-45, novembre 2005, pp. 224-226. (*Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques, résultats 2004 à paraître*)
8. Maladies à caractère professionnel et maladies professionnelles. Bilan d'expérimentation dans quelques régions et analyse des résultats. INRS. *Documents pour le Médecin du Travail*, n° 79, 3^e trimestre 1999, pp. 227-233
9. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire. Surveillance en entreprises 2002. InVS, 2005, 96 p.

■ Accidents

ACCIDENTS

1. Les accidents de la vie courante. Numéro thématique coordonné par B. Thélot. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 19-20, mai 2004, pp. 73-84
2. Les accidents de la vie courante et leurs victimes. Dans *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, pp. 119-126 (Coll. Baromètres Santé)
3. Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2002. B. Thélot, InVS, 2005, 51 p.
4. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. P. Dargent-Molina, G. Bréart. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 43, n° 1, 1995, pp. 72-83
5. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. M. Gouyon, G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 471, mars 2006, 8 p.

6. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. D. Baubeau, V. Carrasco. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 215, janvier 2003, 12 p.
7. Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation Drees
8. Les déficiences motrices d'origine accidentelle. V. Bellamy, C. de Peretti. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 417, juillet 2005, 12 p.
9. Classification internationale des maladies : liste de références pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France. B. Thélot, C. Ermanel, E. Jouglé *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 42, octobre 2006, pp. 323-328
10. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2005. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Ed. La Documentation française, 2006, 266 p.
11. Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajets et des maladies professionnelles. Remarques. Année 2004. Cnamts, 2006, 40 p.
12. Nombre d'accidents de travail pour le régime agricole, exploitation MSA
13. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
14. Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 24 p.
15. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS
9. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
10. Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 23 p.
11. Bilan annuel d'accidentologie 2005. Observatoire régional de la sécurité routière, Direction régionale de l'équipement des Pays de la Loire, 2006, 8 p.
12. Fichiers départementaux des accidents corporels 1984-2005, SETRA - ONSIR, exploitation Observatoire régional de la sécurité routière des Pays de la Loire
13. Site internet de l'Inserm CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès www.cepidc.vesinet.inserm.fr

■ Suicide

SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE

1. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
2. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2005. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Ed. La Documentation française, 2006, 266 p.
3. Recherches coordonnées sur les traumatismes consécutifs à un accident de la circulation routière, et sur leurs causes et leurs conséquences. PREDIT 1996-2000. Rapport final. Tome 1 : résultats généraux - Tome 2 : annexes. Sous la direction de B. Laumon et P. Chapuis. UMRESTTE, INRETS, 2002, 292 p. + 129 p.
4. Les accidents corporels de la circulation routière. Les résultats de décembre et le bilan de l'année 2006. Observatoire national interministériel de sécurité routière, n° 82, janvier 2007, 4 p.
5. Consommations et insécurité routière. Dans *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Ed. Inserm, 2003, pp. 129-170 (Coll. Expertise Collective)
6. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel, Groupe SAM, UMRESTTE, OFDT, 2005, 39 p.
7. Loi n° 2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière. *Journal Officiel de la République Française*, 13 juin 2003, 13 p.
8. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes www.europa.eu.int/comm/eurostat
1. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre. Anaes, Fédération française de psychiatrie. Ed. John Libbey Eurotext, 2001, 446 p.
2. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)
3. Suicides et tentatives de suicide en France. M.C. Mouquet, V. Bellamy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 488, mai 2006, 8 p.
4. Base nationale des causes médicales de décès 2001-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
5. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. J.L. Chappert, F. Pequignot, E. Jouglé. *Document de Travail, Série Etudes*, Drees, n° 30, avril 2003, 45 p.
6. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes. Enquête HIS, exercice 2004 www.europa.eu.int/comm/eurostat
7. Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton. A. Trugeon, D. Fontaine, B. Lémery, Fnors. Ed. Masson, 2006, 176 p. (Coll. Abrégés)
8. Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS des Pays de la Loire, 2006, 23 p.

■ Pauvreté, précarité

PAUVRETE, PRECARITE

1. Niveau de vie et pauvreté. Dans *France, portrait social. Edition 2006*. Insee, 2006, pp. 226-227 (Coll. Références)
2. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes www.europa.eu.int/comm/eurostat
3. Pauvreté relative et conditions de vie en France. M. Fall, D. Verger. Dans *Les approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons internationales, Economie et Statistique*, Insee, n° 383-384-385, 2005, pp. 91-107

4. Pauvreté d'existence, monétaire ou subjective sont distinctes. S. Lollivier, D. Verger. Dans *Mesurer la pauvreté aujourd'hui*, *Economie et Statistique*, Insee, n° 308-309-310, 1997, pp. 113-142

5. Les trois formes de la pauvreté en Europe. S. Paugam. *Sciences Humaines*, n° 168, février 2006, pp. 44-47

6. Les allocataires des minima sociaux en 2005. D. Nivière, C. Dindar, M. Hennion. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 539, novembre 2006, 8 p.

7. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? J. Pascal, H. Abbey-Huguenin, P. Lombrail. *Lien Social et Politiques*, n° 55, 2006, pp. 115-124

8. Situation sur le marché du travail et pauvreté monétaire. N. Laib. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 499, juin 2006, 8 p.

9. Site internet de la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Pays de la Loire www.drtefp-paysdelaloire.travail.gouv.fr

10. Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005. B. Boisguérin. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 512, août 2006, 4 p.

11. Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans-domicile usagers de ces services ? C. Brousse, B. de la Rochère, E. Massé. *Insee Première*, Insee, n° 824, janvier 2002, 4 p.

12. Hébergement et distribution de repas chauds : le cas des sans-domicile. C. Brousse, B. de la Rochère, E. Massé. *Insee Première*, Insee, n° 823, janvier 2002, 4 p.

13. Géographie de la santé des populations en situation de précarité. R. Guéguen. Dans *Précarisation, risque et santé*, Inserm, 2001, pp. 119-130 (Coll. Questions en Santé Publique)

14. Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006. ONPES. Ed. La Documentation française, 2006, 164 p.

15. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 2-3, janvier 2007, pp. 9-28

16. La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire : un bilan de la troisième année du dispositif. *Points de Conjoncture*, Cnamts, n° 29-30, octobre 2004, pp. 41-49

17. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. P. Lombrail. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n° 1, février 2007, pp. 23-30

18. Produire de la santé, consommer des soins. R.G. Evans, G.L. Stoddart. Dans *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminant sociaux de la maladie*, sous la direction de R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor, Ed. John Libbey Eurotext, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996, pp. 37-73

19. Site internet du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie www.cmu.fr

20. Nombre de personnes allocataires du RMI, exploitation Drees

21. Activité, clientèle et personnel des établissements accueillant des adultes et des familles en difficulté sociale. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 38, novembre 2006, 4 p.

■ Environnement

POLLUTION ATMOSPHERIQUE ET SANTE

1. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. C.A. Pope, R.T. Burnett, M.J. Thun *et al. JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 287, n° 9, 2002, pp. 1132-1141

2. Acute effects of ozone on mortality from the "Air Pollution and Health : A European Approach" Project. A. Gryparis, B. Forsberg, K. Katsouyanni *et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 170, n° 10, juillet 2004, pp. 1080-1087

3. Apehs : public health impact of PM10 in 19 European cities. S. Medina, A. Plasencia, F. Ballester *et al. Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 56, 2004, pp. 831-836

4. Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine : nouveaux résultats sur neuf villes françaises et utilité en santé publique. S. Cassadou, P. Quénel, A. Zeghnoun *et al. Environnement, Risque et Santé*, vol. 2, n° 1, 2003, pp. 19-25

5. Plan national santé-environnement 2004-2008. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère délégué à la recherche, 2004, 88 p.

6. Santé et environnement : enjeux et clefs de lecture. AFSSET, 2005, 100 p.

7. Loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie. *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} janvier 1997, 23 p.

8. Plan régional pour la qualité de l'air des Pays de la Loire. DRIRE des Pays de la Loire, Préfecture de la Région des Pays de la Loire, 2002, 57 p.

9. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique sur l'agglomération nantaise. CIRE Ouest, InVS, 1999, 45 p.

10. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique sur l'agglomération Mancelle. 1^{er} octobre 1998 - 30 septembre 1999. Ddass de la Sarthe, 2001, 33 p.

11. Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine. Brest et Nantes : impact à long terme. CIRE Ouest, InVS, 2004, 52 p.

12. Evaluation du risque sanitaire lié aux expositions environnementales des populations à l'ammoniac atmosphérique en zone rurale. P. Glorennec, G. Sauvaget, S. Gernemont *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 32, 2000, pp. 135-136

EAU POTABLE ET SANTE

1. L'eau potable en France 2002-2004. Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 51 p.

2. Loi n° 92-3 du 3 janvier 1992 sur l'eau. *Journal Officiel de la République Française*, 4 janvier 1992, 26 p.

3. Site internet de la Drass des Pays de la Loire, Environnement et santé, Le contrôle sanitaire, dossier "Le contrôle sanitaire de la qualité de l'eau potable", Les paramètres
<http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

4. Les pesticides dans l'eau potable 2001-2003. Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 82 p.

5. Enquête d'opinion sur l'eau potable en Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2004, 5 p.

LEGIONELLOSE

1. Site internet de l'Institut Pasteur, dossier "Légionellose", avril 2006
www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/Legionellose.html

2. Gestion du risque lié aux légionelles. Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2001, 70 p.

3. Maladies à déclaration obligatoire. La légionellose : aide-mémoire. InVS, 2004
www.invs.sante.fr/presse/2004/aide_memoire/legionellose/index.html

4. La légionellose : aide-mémoire. InVS, 2005
www.invs.sante.fr/presse/2004/aide_memoire/legionellose/index.html

5. Legionnaires' disease in Europe 2003-2004. K.D. Ricketts, C.A. Joseph. *Eurosurveillance*, vol. 10, n° 10-12, octobre-décembre 2005, pp. 256-259

6. La légionellose : de la Philadelphie au Pas-de-Calais ! J.C. Desenclos. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 36-37, septembre 2004, pp. 173-183

7. Les légionelloses survenues en France en 2005. C. Campese, S. Jarraud, D. Bitar *et al.* *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 26, juin 2006, pp. 185-188

8. Santé et environnement : enjeux et clefs de lecture. AFSSET, 2005, 100 p.

9. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 11 août 2004, 85 p.

10. Plan national santé-environnement 2004-2008. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère délégué à la recherche, 2004, 88 p.

11. Plan d'action et de prévention des légionelloses 2004-2008. Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, 5 p.

12. Plan régional santé-environnement 2004-2008 Pays de la Loire. Etat d'avancement des actions. Juin 2006. DRIRE des Pays de la Loire, Drass des Pays de la Loire, 2006, 38 p.

5. SOINS ET PREVENTION

■ Professionnels de santé

PROFESSIONNELS DE SANTE

1. Code de la santé publique. Professions médicales : Quatrième partie, Livre premier. Pharmaciens : Quatrième partie, Livre II. Auxiliaires médicaux : Quatrième partie, Livre III

2. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 97, mai 2006, 65 p.

3. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.

4. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé. Rapport de mission. Y. Maillon. Ministère de la jeunesse, de l'éducation et de la recherche, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 94 p.

5. Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 22, juillet 2001, 62 p.

6. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

7. SNIR 2004, Cnamts

8. SNIR 1996, Cnamts

9. SAE 1996 : Ministère de l'emploi et de la solidarité, Drees

MEDECINS

1. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.

2. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

3. Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 22, juillet 2001, 62 p.

4. Les médecins, projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 2. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ed. La Documentation française, 2004, 47 p.

5. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

6. Code de la santé publique. Formation professionnelle continue : L4133-1. Evaluation des pratiques professionnelles : L4133-1-1

7. SNIR 2004, Cnamts

8. SNIR 1996, Cnamts

OMNIPRATICIENS LIBERAUX

1. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

2. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.

3. Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 22, juillet 2001, 62 p.

4. La situation préoccupante de la médecine générale. Dans *Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé. Rapport 2005 de l'ONDPS. Tome 1*. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ed. La Documentation française, 2006, pp. 31-32

5. La durée des séances de médecins généralistes. P. Breuil-Genier. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 481, avril 2006, 7 p.

6. La situation professionnelle des conjoints de médecins. P. Breuil-Genier, D. Sicart. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 430, septembre 2005, 11 p.

7. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 315, juin 2004, 11 p.

8. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. M. Gouyon, G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 471, mars 2006, 8 p.

9. SNIR 2004, Cnamts

10. SNIR 1996, Cnamts

MEDECINS SPECIALISTES

1. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.

2. Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 22, juillet 2001, 62 p.

3. Les médecins, projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 2. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ed. La Documentation française, 2004, 47 p.

4. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carmets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

5. SNIR 1996, Cnamts

6. SNIR 2004, Cnamts

CHIRURGIENS-DENTISTES

1. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 97, mai 2006, 65 p.

2. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.

3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat

4. SNIR 2004, Cnamts

5. SNIR 1996, Cnamts

6. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carmets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

7. Enquête santé protection sociale 2004 : premiers résultats. C. Allonier, S. Guillaume, T. Rochereau. *Questions d'Economie de la Santé*, Drees, Irdes, n° 110, juillet 2006, 6 p.

8. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. A. Fémina, Y. Geffroy, C. Minc *et al.* *Questions d'Economie de la Santé*, Drees, Irdes, n° 111, juillet 2006, 8 p.

PHARMACIENS

1. Les pharmaciens en France. Situation démographique et trajectoires professionnelles. M. Collet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 437, octobre 2005, 11 p.

2. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 82, mai 2005, 65 p.

3. La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national. M. Collet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 438, octobre 2005, 11 p.

4. Tableau de l'Ordre des pharmaciens au 1^{er} janvier 2006. Site internet du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens www.ordre.pharmacien.fr

5. Activité des pharmacies et revenus des pharmaciens. S. Bernadet. *Insee Première*, Insee, n° 955, avril 2004, 4 p.

6. Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 25 juillet 2006, 35 p.

7. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

8. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) memento 1995, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 1995, 47 p.

SAGES-FEMMES

1. La profession de sage-femme. Dans *Analyse de 3 professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3*. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ed. La Documentation française, 2004, pp. 9-50

2. Code de la santé publique. Sages-femmes : Quatrième partie, Livre premier, L.4151-1 à 7, L.1452-1 à 8

3. Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 18 octobre 2006, 3 p.

4. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 97, mai 2006, 65 p.

5. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998. SESI. Ed. La Documentation française, 1998, 465 p.

6. Site internet de l'INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
www.insee.fr

7. La formation aux professions de la santé en 2004. R. Marquier. *Document de Travail, Séries Statistiques*, Drees, n° 86, août 2005, 223 p.

8. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
9. SNIR 2004, Cnamts
10. SNIR 1996, Cnamts
11. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.
12. SAE 1996, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Drees

PROFESSIONNELS DE LA REEDUCATION

1. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.
2. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 97, mai 2006, 65 p.
3. La formation aux professions de la santé en 2004. R. Marquier. *Document de Travail, Séries Statistiques*, Drees, n° 86, août 2005, 223 p.
4. Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020. S. Darriné. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 242, juin 2003, 8 p.
5. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.
6. SNIR 2004, Cnamts
7. SNIR 1996, Cnamts
8. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.
9. Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences". Y. Berland. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 57 p.
10. L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire. ORS des Pays de la Loire, 2005, 166 p.

INFIRMIERS

1. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 97, mai 2006, 65 p.
2. Annuaire de statistiques sanitaires et sociales. Edition 1993-1994. SESI. Ed. La Documentation française, 1994, 292 p.
3. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française*, 16 février 2002, 4 p.
4. La formation aux professions de la santé en 2004. R. Marquier. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 86, août 2005, 223 p.
5. Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée. Dans *Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3*. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ed. La Documentation française, 2004, pp. 54-62

6. L'activité des services de soins infirmiers à domicile en 2002. S. Bressé, D. Bertrand. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 77, février 2005, 35 p.
7. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.
8. L'activité des infirmières libérales. Cnamts. *Dossier Etudes et Statistiques*, n° 52, novembre 2001, 42 p.
9. L'activité des services de soins infirmiers à domicile en 2004. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stats Pays de la Loire*, n° 29, octobre 2005, 2 p.
10. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
11. SAE 1996, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Drees
12. SNIR 2004, Cnamts
13. SNIR 1996, Cnamts

■ Etablissements de santé

ETABLISSEMENTS DE SANTE

1. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
2. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. *Journal Officiel de la République Française*, 22 décembre 2006, 77 p.
3. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.
4. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.
5. Les équipements matériels lourds. Région des Pays de la Loire 2004. Cram des Pays de la Loire, 2005, 76 p.

PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

1. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
2. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.
3. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.

SOINS EN MEDECINE

1. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.
2. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
3. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.
4. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

5. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse
Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.

6. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

SOINS CHIRURGICAUX

1. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

2. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

3. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Drees. Ed. La Documentation française, 2006, 317 p.

4. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.

5. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004. Drees. Ed. La Documentation française, 2005, 411 p.

6. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

7. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse
Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.

8. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

SOINS EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

1. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

2. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.

3. Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur une longue période. D. Baubeau, S. Morais, A. Ruffié. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 21, juillet 1999, 8 p.

4. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

5. Le réseau des maternités entre 1996 et 2000, un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. G. Buisson. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 225, mars 2003, 8 p.

6. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. A. Vilain, C. de Peretti, J. B. Herbert *et al. Etudes et Résultats*, Drees, n° 383, mars 2005, 7 p.

7. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse.
Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.

8. Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 88, octobre 2005, 99 p.

9. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005. D. Sicart. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 82, avril 2005, 65 p.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

1. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

2. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

3. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

4. Base régionale PMSI-SSR 2003, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

5. SAE 1995, Public ou privé PSPH, fiches de synthèse
Drass des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 1996, 209 p.

SOINS EN PSYCHIATRIE

1. Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS

2. Les dépenses de prévention et de soins par pathologie en France. A. Fenina, Y. Geffroy, C. Minc *et al. Etudes et Résultats*, Drees, n° 504, juillet 2006, 7 p.

3. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolution et disparités. M. Coldefy, E. Salines. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 342, octobre 2004, 12 p.

4. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolution et disparités. M. Coldefy, E. Salines. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 341, septembre 2004, 12 p.

5. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

6. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

7. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1997. SESI. Ed. La Documentation française, 1997, 394 p.

8. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

9. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. M. Coldefy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 443, novembre 2005, 10 p.

10. Rapports de secteur de psychiatrie de l'année 2003, Drees, exploitation ORS

11. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

12. Base régionale PMSI 2004, ARH des Pays de la Loire, exploitation ORS

■ Recours aux soins urgents ou non programmés

RECOURS AUX SOINS URGENTS OU NON PROGRAMMES

1. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees
2. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.
3. SAE 1996, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Drees
4. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence. *Journal Officiel de la République Française*, 23 mai 2006, 8 p.
5. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. *Journal Officiel de la République Française*, 23 mai 2006, 5 p.
6. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats. M. Gouyon, G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 471, mars 2006, 8 p.
7. Schéma régional de l'organisation sanitaire 2006-2010. ARH des Pays de la Loire, 2006, 574 p.
8. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire
Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.
9. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire. ORS des Pays de la Loire, à paraître

■ Consommation de soins

CONSOMMATION DE SOINS

1. Comptes nationaux de la santé 2005. A. Fenina, Y. Geoffroy. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 100, juillet 2006, 67 p.
2. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. D. Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 378, février 2005, 12 p.
3. Les dépenses de santé des régimes d'assurance maladie 2004. Région des Pays de la Loire. ARH des Pays de la Loire, Drass des Pays de la Loire, Urcam des Pays de la Loire, Cram des Pays de la Loire, 2006, 41 p.

COUVERTURE SOCIALE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

1. Dénombrement de la population protégée par le régime d'assurance maladie au 31 décembre 2004. Cnamts, 2006
2. Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005. B. Boisguérin. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 512, août 2006, 4 p.
3. Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée. N. Vallier, B. Salanave, A. Weill. *Points de Repère*, Cnamts, n° 1, août 2006, 8 p.
4. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). C. Allonier, P. Dourgon, T. Rochereau. Irdes, 2006, 212 p. (Biblio n° 1621)

5. Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005. M.L. Arnould, S. Pichetti, M.O. Rattier. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 575, mai 2007, 8 p.

6. Recensement des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle de base, Cnamts

7. Base régionale des Affections de longue durée (ALD), Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS

8. Site internet du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
www.cmu.fr

9. Nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droits) de l'AME gérés par les CPAM des Pays de la Loire, recueil Drass des Pays de la Loire

SOINS HOSPITALIERS EN SERVICES DE MCO

1. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
2. L'état de santé en France en 2004. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. J.L. Lanoë, Y. Makdessi-Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 436, octobre 2005, 12 p.
3. Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003. M.C. Mouquet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 444, novembre 2005, 12 p.
4. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

SOINS AMBULATOIRES

1. Comptes nationaux de la santé 2005. A. Fenina, Y. Geoffroy. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 100, juillet 2006, 67 p.
2. Appariement EPAS-SPS 2002, exploitation Drees
3. SNIR 2004, Cnamts
4. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS

MEDICAMENTS

1. Comptes nationaux de la santé 2005. A. Fenina, Y. Geoffroy. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 100, juillet 2006, 67 p.
2. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2005. Prévisions 2006 et 2007. Commission des comptes de la sécurité sociale. Ed. La Documentation française, 2006, 514 p.
3. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). C. Allonier, P. Dourgon, T. Rochereau. Irdes, 2006, 212 p. (Biblio n° 1621)
4. Base des médicaments, Cnamts, 2005
5. Rapport d'activité 2005. Comité économique des produits de santé, 2006, 70 p.
6. Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre. L. Nguyen-Kim, Z. Or, V. Paris *et al.* Irdes, 2005, 57 p. (Biblio n° 1617)
7. Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 25 juillet 2006, 35 p.

8. Médicaments génériques : l'objectif de 70 % en passe d'être atteint grâce aux initiatives de l'Assurance maladie, des professionnels de santé et à l'adhésion des assurés. Point d'information presse mensuel. Cnamts, 2006, 6 p.

9. SNIR 2004, Cnamts

10. Tableau de bord pharmacie 2005, Urcam des Pays de la Loire

11. L'OMIT Bretagne Pays de la Loire. F. Grude. *La Lettre de l'ARH des Pays de la Loire*, ARH des Pays de la Loire, n° 28, janvier 2006, 1 p.

BIOLOGIE MEDICALE

1. Comptes nationaux de la santé 2005. A. Fenina, Y. Geoffroy. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 100, juillet 2006, 67 p.

2. La biologie médicale libérale en France : bilan et perspectives. F. Lalonde, I. Yeni, C. Laconde. IGAS, 2006, 161 p.

3. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Cnamts. *Carnets Statistiques*, n° 112, 2006, 157 p.

4. Biolam. Les actes de biologie remboursés en 2003 et 2004 par le régime général de l'Assurance Maladie. Cnamts, 2006, 107 p.

5. Les consultations et visites des médecins généralistes, essai de typologie. G. Labarthe. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 315, juin 2004, 12 p.

6. SAE 2004, données administratives : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees

7. L'activité et le personnel dans les laboratoires privés d'analyses de biologie médicale en 2004. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 40, mars 2007, 4 p.

8. Nombre de biologistes exerçant en laboratoires d'analyses de biologie médicale privés dans les Pays de la Loire en avril 2007, répertoire ADELI, exploitation Drass

■ Aides et soins aux personnes âgées

AIDES A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

1. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.

2. L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2006. M. Perben. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 529, octobre 2006, 4 p.

3. L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. F. Jeger. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 372, janvier 2005, 8 p.

4. Les emplois familiaux en 2004 : un secteur en forte croissance. A. Chol. *Premières Synthèses*, DARES, n° 19.1, mai 2006, 6 p.

5. SNIR 2004, Cnamts

6. Les services de soins infirmiers à domicile en 2002. S. Bressé, D. Bertrand. *Document de Travail, Série Statistiques*, Drees, n° 77, février 2005, 41 p.

7. Les aides et les aidants des personnes âgées. N. Dutheil. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 142, novembre 2001, 11 p.

8. Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. S. Petite, A. Weber. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 459, janvier 2006, 12 p.

9. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

10. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

11. Site internet de l'Agence nationale des services à la personne
www.servicalapersonne.gouv.fr

12. L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire. ORS des Pays de la Loire, 2005, 166 p.

STRUCTURES D'HEBERGEMENT ET DE SOINS POUR PERSONNES AGEES

1. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

2. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. F. Tugores. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 379, février 2005, 8 p.

3. La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003. F. Tugores. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 485, avril 2006, 8 p.

4. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.

5. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements. N. Dutheil. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 380, mars 2005, 8 p.

6. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

7. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) memento 1996, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 1996, 47 p.

8. Le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 32, janvier 2006, 6 p.

■ Aides et soins aux personnes handicapées

ENFANTS HANDICAPES

1. Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), Insee, exploitation ORS

2. Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance". P. Mormiche, V. Boissonnat. *Revue Française des Affaires Sociales*, Drees, n°1-2, janvier-juin 2003, pp. 267-285

3. L'activité des CDES en 2002-2003 et la réforme des compléments de l'Allocation d'éducation spéciale. C. Trémoureux. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 423, août 2005, 8 p.

4. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 12 février 2005, 53 p.

5. Le système éducatif. Dans *Repères et références statistiques. Edition 2006*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2006, 17 p.

6. Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8^e année. ORS des Pays de la Loire, 2004, 54 p.

7. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

8. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) mémento 1995, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 1995, 47 p.

9. La prise en charge des enfants et adolescents handicapés en Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 16, octobre 2003, 4 p.

ADULTES HANDICAPES (20-59 ANS)

1. Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), Insee, exploitation ORS

2. Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. I. Ville, J.F. Ravaud, A. Letourmy. *Revue Française des Affaires Sociales*, Drees, n° 1-2, janvier-juin 2003, pp. 31-53

3. Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance". P. Mormiche, V. Boissonnat. *Revue Française des Affaires Sociales*, Drees, n° 1-2, janvier-juin 2003, pp. 267-285

4. L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés. J.M. Chanut, H. Michaudon, A. Pla. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 344, octobre 2004, 8 p.

5. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2004. C. Baudier-Lorin, B. Chastenet. *Série Statistiques, Document de Travail*, Drees, n° 92, février 2006, 83 p.

6. Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de HID. M. Amar, S. Amira. *Revue Française des Affaires Sociales*, Drees, n° 1-2, janvier-juin 2003, pp. 151-165

7. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drass, Drees, 2006, 68 p.

8. L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. S. Vanovermeir. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 419, août 2005, 8 p.

9. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 12 février 2005, 53 p.

10. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 2006, 47 p.

11. STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) mémento 1996, Pays de la Loire. Drass des Pays de la Loire, 1996, 47 p.

■ Services de prévention

SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

1. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.

2. Conditions de travail. Bilan 2005. Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction des relations au travail, 2006, 395 p.

3. Tableaux de l'économie française. Edition 2006. Insee, 2006, 204 p. (Coll. Références)

4. Aptitude et inaptitude médicale au travail, diagnostic et perspectives. H. Gosselin. Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007, 87 p.

5. Plan santé au travail 2005-2009. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 2005, 80 p.

6. Tableaux économiques des Pays de la Loire. Insee Pays de la Loire. *Dossier*, n° 22, décembre 2006, 240 p.

7. Données de l'Inspection médicale régionale du travail des Pays de la Loire

PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES

1. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. *Bulletin Officiel de l'Education Nationale*, n° 46, 11 décembre 2003, 41 p.

2. Politique de santé en faveur des élèves. *Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Recherche*, spécial n° 1, 25 janvier 2001, 26 p.

3. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 12 février 2005, 53 p.

4. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.

5. Repères pour la prévention des conduites à risques. Vol. 1 : Guide pratique. Vol. 2 : Guide théorique. *Bulletin Officiel de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie*, numéro hors série, n° 9, 4 novembre 1999, pp. 1-56

6. Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire. Mildt, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'enseignement scolaire. Ed. Centre national de documentation pédagogique, 2006, 83 p. (Coll. Repères)

7. Nombre de médecins et d'infirmiers de santé scolaire, 1999-2004, Académie de Nantes, Ministère de l'Education nationale

8. Radioscopie 2005-2006. Académie de Nantes, 2006, 107 p.

Dictionnaire
des principales
sources de
données utilisées



Affections de longue durée (ALD)

■ Les assurés sociaux et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'une des trente Affections de longue durée (ALD) dont la liste est fixée par décret. L'admission en ALD est prononcée par les services médicaux de l'assurance maladie, sur demande du malade ou de son médecin traitant.

■ Les données présentées dans ce document, qui ont été mises à disposition par l'assurance maladie, sont rapportées au lieu de domicile du patient.

Au niveau régional, ces données ont été transmises par l'Urcam et par les services médicaux de l'assurance maladie (DRSM). De manière générale, les résultats présentés ont été élaborés de la manière suivante :

- l'analyse de la situation actuelle est basée sur le dénombrement annuel moyen d'admissions en ALD des habitants des Pays de la Loire pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) au cours de la période 2002-2004. Les pathologies sont regroupées sur la base des chapitres et sous-chapitres de la CIM10.

- les évolutions sont analysées à partir de la comparaison des effectifs moyens d'admissions en ALD en 1999-2001 et 2002-2004. Le calcul de taux comparatifs n'étant pas possible en raison de l'absence de données suffisamment précises sur la population couverte, seules sont mentionnées les évolutions du nombre d'admissions en ALD qui paraissent importantes au regard de l'évolution de la population totale de la région sur cette période.

Au niveau national, deux types de données sont utilisés :

- le nombre d'admissions en ALD en France métropolitaine, en 2004, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants), mis à disposition de la Fnors par les caisses nationales d'assurance maladie pour alimenter la base de données SCORE-santé. Les pathologies sont regroupées par numéro d'ALD, sauf pour les cancers où elles sont regroupées selon les codes de la Classification internationale des maladies (CIM).

- le nombre total de personnes en ALD au 31 octobre 2004 en France entière pour le régime général (y compris les sections mutualistes), publié par le service médical de la Cnamts.

Les comparaisons Pays de la Loire/France sont basées sur des indices comparatifs d'admission par numéro d'ALD, qui ont été calculés par l'Observatoire régional de la santé (ORS) pour la période 2002-2004.

Baromètre santé et Baromètre santé jeunes Pays de la Loire

■ Le Baromètre santé est une enquête nationale téléphonique, réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en population générale. L'objectif est d'étudier les principaux comportements, attitudes et connaissances des Français en matière de santé (consommation de tabac, d'alcool,

usage de drogues illicites, vaccination, dépistage des cancers, santé mentale, qualité de vie...). Répétée régulièrement au cours du temps, cette enquête permet de suivre les évolutions des comportements, des opinions et de certains indicateurs de santé.

En 2005, plus de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans résidant en France métropolitaine, ont été interrogées.

■ Le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire est une extension régionale de l'enquête Baromètre santé national. Il a été réalisé par l'ORS des Pays de la Loire en 2000, puis en 2005 auprès de 1 500 jeunes de 12-25 ans habitant la région.

■ Les données présentées dans ce document sont issues :

- pour le niveau national, des Baromètres santé nationaux 12-75 ans,
- pour le niveau régional, des Baromètres santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. Dans certains cas, des exploitations de la base nationale 12-75 ans ont été réalisées par l'ORS.

Causes médicales de décès

■ Les statistiques des causes médicales de décès sont établies annuellement par l'Inserm CépiDc à partir des certificats médicaux de décès (qui mentionnent pour chaque décès la cause initiale et la cause immédiate de la mort, ainsi que les états morbides associés), croisés avec les informations sociodémographiques sur la personne décédée transmises par l'Insee. Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies (9^e révision entre 1979 et 1999, 10^e depuis 2000).

■ Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (données domiciliées). Elles concernent, sauf mention contraire, uniquement la cause initiale de décès.

- L'analyse de la situation actuelle est basée en général sur les décès de l'année 2003 pour le niveau national, et sur la moyenne des décès des années 2001-2003 pour les Pays de la Loire, afin de limiter les fluctuations aléatoires. Les causes de décès sont regroupées selon les modalités propres à chacune des classifications utilisées (CIM9 ou CIM10).

- Les comparaisons régions/France et l'étude des évolutions depuis 1980 reposent le plus souvent sur des indices comparatifs et des taux comparatifs de mortalité qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge de la population. Ces indicateurs sont calculés sur des périodes de 3 ans, et codés ou rétrocodés en CIM9.

■ Les effectifs de décès, les indices et taux comparatifs sont issus de la base de données SCORE-santé gérée par la Fnors, ou du site internet Inserm CépiDc.

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

■ L'enquête permanente sur la prescription médicale, réalisée par la société IMS-Health et exploitée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes, ex-Credes), a pour objet principal

d'observer la pratique des médecins ainsi que les liens entre diagnostics et prescriptions.

Elle porte sur un échantillon de plus de 800 praticiens sélectionnés chaque trimestre, représentatif des médecins généralistes ou spécialistes exerçant en France métropolitaine (hors Corse). Sont exclus du champ de l'enquête, les chirurgiens anesthésistes, les biologistes, les radiologues ainsi que tous les médecins qui ne prescrivent pas de médicaments allopathiques (acupuncteurs exclusifs, homéopathes exclusifs...).

Les médecins sont enquêtés chaque trimestre pendant sept jours consécutifs. Pour chaque séance, ils reportent sur un questionnaire le lieu de la séance, les diagnostics ou motifs de la séance, et fournissent un duplicata des ordonnances délivrées au patient. Ces données sont croisées avec celles relatives aux caractéristiques démographiques du médecin et à son mode d'exercice, et avec quelques caractéristiques de base du patient (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle). Entre décembre 2004 et novembre 2005, environ 250 000 consultations et visites ont ainsi été relevées auprès des médecins enquêtés.

■ Les données présentées sont uniquement des données nationales, issues d'exploitations réalisées par l'Irdes, par chapitre de la CIM10 pour l'année 2005, et par causes détaillées pour l'année 1998 dans le cadre des travaux menés pour le rapport "La santé en France 2002" du Haut comité de la santé publique.

Enquête santé protection sociale (ESPS)

■ L'enquête sur la santé et la protection sociale est une enquête déclarative réalisée tous les deux ans par l'Irdes auprès d'un échantillon de ménages d'assurés des principales caisses de Sécurité sociale (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - Cnamts, Mutualité sociale agricole - MSA, Régime social des indépendants - RSI), résidant en France métropolitaine. Elle a pour objectif principal de recueillir des données sur l'état de santé, les consommations médicales et les modes de protection sociale des individus.

En 2004, environ 8 000 ménages ont été interrogés, soit 22 000 personnes.

Le recueil des données d'état de santé repose sur un questionnaire auto-administré qui propose aux enquêtés une liste indicative d'une trentaine de maladies, classées par grands domaines pathologiques (cardio-vasculaire, appareil respiratoire...).

■ Les données présentées sont uniquement des données nationales issues d'exploitations réalisées par l'Irdes.

Estimation d'incidence des cancers

■ Les estimations des nouveaux cas de cancers sont réalisées par le réseau des registres des cancers français Francim, à partir des données collectées par ces registres. La méthode utilisée repose sur la modélisation du rapport Incidence/Mortalité.

Les estimations régionales ont été établies pour l'ensemble des régions françaises métropolitaines (sauf la Corse) pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

Eurostat

Eurostat est l'Office statistique des communautés européennes chargé de publier les statistiques officielles et harmonisées de l'Union européenne, à partir des données transmises par les instituts statistiques de chaque Etat membre. Ces données sont accessibles sur le site www.europa.eu.int/comm/eurostat.

De très nombreuses données concernent la santé. Mais pour ce thème comme pour les autres, les séries disponibles sont relativement hétérogènes, les données n'étant pas toujours disponibles pour toutes les années et tous les pays de l'Union. Il n'est donc pas toujours possible de préciser le rang de la France parmi les pays européens.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

■ Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, qui repose sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

■ *Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique* (PMSI MCO) sont recueillis un diagnostic principal (défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant), un diagnostic relié et des diagnostics associés, ainsi que les actes effectués au cours du séjour. Les diagnostics sont codés selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10) et les actes selon la Classification des actes médicaux (CdAM) ou la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Le croisement des différentes variables statistiques recueillies pendant le séjour permet de classer chacun de ces séjours dans un Groupe homogène de malade (GHM).

Les données présentées concernent des séjours et non des patients (un patient hospitalisé à plusieurs reprises est comptabilisé autant de fois qu'il est hospitalisé). Sauf mention contraire, ces données reposent uniquement sur l'exploitation du diagnostic principal.

Les séjours avec un GHM de séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, et autres traitements itératifs) ne sont pas pris en compte. Les séjours "des nouveaux bien portants" sont également exclus (sauf pour la fiche "grossesse, accouchement").

Les séjours comptabilisés concernent :

- les séjours des habitants de la région, quel que soit leur lieu d'hospitalisation (données domiciliées),

ou

- les séjours effectués dans un établissement de santé des Pays de la Loire, quel que soit le lieu de domicile du patient (données enregistrées).

Pour la période 1998-2002, les données régionales et nationales proviennent d'exploitations de la base nationale, réalisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en lien avec le cahier des charges pour l'Evaluation des besoins de santé (EBS) dans le cadre de l'élaboration des Schémas régionaux de l'organisation sanitaire (Sros).

Pour la période 2003-2004, les données proviennent pour le niveau national d'exploitations de la base nationale réalisées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'ORS, et pour le niveau régional d'exploitations réalisées par l'ORS, à partir de la base régionale mise à disposition par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

■ **Pour les séjours en soins de suite et de réadaptation (PMSI SSR)**, sont recueillis chaque semaine quatre types de diagnostics (la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique et les diagnostics associés significatifs), le niveau de dépendance du patient, ainsi que les actes médicaux et rééducation-réadaptation effectués. Le croisement des différentes variables recueillies pendant le séjour permet de classer chaque semaine-séjour dans un groupe médico-économiquement homogène, le Groupe homogène de journée (GHJ) appartenant à une catégorie de prise en charge dite Catégorie majeure clinique (CMC).

Les résultats présentés concernent la répartition des journées d'hospitalisation par CMC en 2003, issue de l'exploitation de la base mise à disposition par l'ARH. Ils prennent uniquement en compte l'activité des établissements publics.

Répertoire Adeli (Automatisation des listes)

■ Le répertoire Adeli recense les professionnels de santé médicaux et paramédicaux dont l'exercice est réglementé, qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la Ddass de leur département. Ce répertoire est géré par les Ddass et les Drass.

La Drees effectue l'exploitation statistique annuelle de ces données et procède dans ce but à un certain nombre de redressements.

Les médecins salariés dénombrés par la Drees sont ceux qui déclarent une ou des activités exclusivement salariées. Les médecins libéraux sont ceux qui déclarent avoir au moins une activité libérale : médecins libéraux exclusifs ou avec exercice mixte, exerçant en cabinet, en clinique privée ou dans un laboratoire d'analyses médicales... Les remplaçants sont inclus dans ces effectifs. En revanche, les médecins temps plein hospitaliers qui ont un secteur libéral ne sont pas comptabilisés comme médecins libéraux par la Drees.

■ Les données présentées dans ce document, issues des publications de la Drees, concernent principalement la situation démographique aux 1^{er} janvier 1996 et 2005 pour les médecins, au 1^{er} janvier 2006 pour les autres professions de santé.

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

■ Les établissements de santé ont l'obligation de fournir aux administrations de la santé des éléments statistiques concernant leur activité, parmi lesquels la SAE. Cette enquête, réalisée tous les ans par la Drees, fournit des données détaillées sur l'équipement, l'activité et les ressources en personnel des établissements de santé.

Ces données sont disponibles sur le site www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

■ Les données présentées, produites par la Drees, sont issues le plus souvent des enquêtes 1995 et 2004 en ce qui concerne les établissements et leur activité, et des enquêtes 1996 et 2004 pour les effectifs de personnel.

Système national interrégimes (Snir)

■ Le Snir, mis en place par la Cnamts, permet de rassembler les données concernant l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes pour les risques maladie, maternité et accident du travail.

Les remboursements effectués auprès de l'ensemble des régimes d'assurance maladie sont intégrés dans le Snir, à l'exception de ceux provenant de certains régimes particuliers (militaires, port autonome de Bordeaux...), qui représentent moins de 2 % de l'ensemble. Ce système permet de disposer, pour chaque professionnel de santé des caractéristiques individuelles (âge, sexe, mode d'activité, secteur conventionnel, lieu d'exercice), des dénombrements d'actes, des prescriptions et des honoraires perçus. Il permet l'établissement de relevés d'honoraires individuels (Relevé individuel d'activité des praticiens - Riap), la surveillance de l'application des mesures conventionnelles, et la connaissance de la consommation médicale présentée au remboursement.

■ Les données présentées, transmises par la Cnamts, concernent en général l'activité des professionnels pour les années 1996 et 2004, et leur démographie au 31 décembre des années considérées.

Index
alphabétique
des thèmes
et sigles



Index alphabétique des thèmes

A

Accident : 28, 30, 32, 94, 108, 110
 Accident de la circulation : 20, 94, 98, 108, 110
 Accident de la vie courante : 20, 108
 Accident du travail : 102, 106, 108, 178
 Accident vasculaire cérébral : 80
 Accouchement : 18, 24, 90, 136, 150
 Accouchement multiple : 12, 90
 Accroissement naturel : 8, 12
 Adolescent/Jeune : 28, 94, 96, 98, 108, 110, 112, 174, 180
 Affection de longue durée (ALD) : 22, 42, 44, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 68, 70, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 160
 Affection d'origine périnatale : 18, 24, 26, 90
 Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) : 142
 Agent de service hospitalier : 144
 Aide à domicile : 170
 Aide à l'autonomie des personnes âgées : 170
 Aide médicale de l'état : 114, 160
 Aide-soignant : 144, 170
 Alcool : 20, 22, 30, 48, 50, 68, 86, 94, 110
 Allaitement maternel : 90
 Allergie : 84, 116, 166
 Allocation aux adultes handicapés (AAH) : 114, 176
 Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) : voir "Prestation de compensation"
 Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : 174
 Allocation d'éducation spéciale (AES) : voir "Allocation d'éducation de l'enfant handicapé"
 Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : 170
 Amiante : 54, 102, 104
 Analyse de biologie médicale : 158, 168
 Anesthésiste-réanimateur : 130
 Antibiotique : 40, 44, 46, 120, 166
 Antirétroviral : 42, 166
 Assurance maladie : 158, 160
 Asthme : 28, 82, 84, 166
 Atelier protégé : voir "Entreprise adaptée"
 Audio-prothésiste : 124
 Audition : 74
 Auxiliaire médical : 124

B

Biologiste : 130, 168
 Bronchite chronique : 82
 Bronchopneumopathie obstructive (BPCO) : 82

C

Cancer : 18, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 48, 146
 Cancer de la peau : 56

Cancer de la plèvre : 104
 Cancer de la prostate : 62
 Cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (VADS) : 20, 22, 50, 94, 96
 Cancer du col de l'utérus : 60
 Cancer du côlon-rectum : 52
 Cancer du corps de l'utérus : 60
 Cancer du poumon : 20, 54, 96, 104
 Cancer du sein : 20, 58
 Cancer professionnel : 102, 104
 Cannabis : 98, 110
 Cardiologue : 76, 78, 80, 130, 164
 Cardiopathie ischémique : 76, 78, 96
 Cataracte : 34, 72
 Catégorie socioprofessionnelle : 36
 Cause médicale de décès : 18, 20, 26, 28, 30, 32, 34
 Cécité : 72
 Centre 15 : 156
 Centre d'aide par le travail (CAT) : 176
 Césarienne : 90
 Chimiothérapie : 48, 50, 52, 54, 58, 60, 62, 146
 Chirurgie ambulatoire : 148
 Chirurgien : 130, 148
 Chirurgien-dentiste : 124, 132
 Chômage : 114
 Chute : 34, 108
 Cirrhose du foie : 86, 94
 Classification internationale des maladies (Cim) : 18, 24
 Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées : 176
 Commission technique pour l'orientation et le reclassement professionnel des personnes handicapées (Cotorep) : voir "Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées"
 Conduite addictive : 94, 96, 98
 Consommation de soins : 158
 Contraception : 80, 100
 Contraception d'urgence : 100
 Convention médicale : 128, 130
 Couverture maladie universelle : 114, 160
 Couverture sociale : 160
 Crèche : 28

D

Déficiência auditive : 74
 Déficiência visuelle : 72
 Démence : 34, 68, 70
 Démographie : 8, 10, 12
 Démographie médicale : 124, 126, 128, 130
 Densité médicale : 126, 128, 130
 Dépendance des personnes âgées : 34, 70, 170, 172
 Dépendance des personnes handicapées : 174, 176

Dépenses de santé : 158, 164, 166, 168
 Dépistage : 42, 48, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 90, 180
 Dépression : 68
 Dermatologue : 56, 130, 164
 Diabète : 22, 30, 32, 34, 64, 66, 72, 76, 80, 166
 Diagnostic d'hospitalisation : 24, 146, 148, 162
 Dialyse : 88
 Disparités de santé : 36
 Drogue illicite : 68, 98, 110
 Durée moyenne de séjour hospitalier : 162
 Dyslipidémie : 76, 78, 80

E

Eau potable : 118
 Endémie : 40
 Enfant : 26, 28, 66, 174, 180
 Entreprise adaptée : 176
 Environnement : 84, 116, 118, 120
 Epidémie : 40
 Equipement matériel lourd : 142
 Espérance de vie : 14
 Etablissement de moyen séjour : 152
 Etablissement de santé : 142, 144, 146, 148, 150, 158
 Etablissement d'éducation spéciale : 174
 Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) : 172
 Etablissement pour personnes âgées : 34, 158, 172
 Etablissement pour personnes handicapées : 158
 Etablissement pour personnes handicapées (adultes) : 176
 Etablissement pour personnes handicapées (enfants et/ou adolescents) : 174
 Exposition professionnelle : 48, 54, 74, 82, 84, 102, 104, 106, 178

F

Fécondité : 8, 10, 12
 Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) : 126
 Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) : 126
 Foyer d'accueil médicalisé : 176
 Foyer occupationnel : 176

G

Gastro-entérologue (hépatogastro-entérologue) : 50, 52, 86, 130
 Génétique (prédisposition) : 52, 56, 58, 64, 66, 84
 Genre : 36
 Greffe rénale : 88
 Grossesse : 18, 24, 30, 90, 94, 96, 136, 150
 Gynécologue : 58, 60, 90, 130, 150, 164
 Gynécologue-obstétricien : 58, 60, 90, 130, 150, 164

H

Handicap : 72, 74, 108, 110, 138, 152, 170
 Handicap (adulte) : 176
 Handicap (enfant) : 26, 174, 180
 Hébergement temporaire : 172
 Hépatite virale : 40
 Hospitalisation : 162
 Hospitalisation à domicile : 146
 Hospitalisation complète : 146, 148, 150, 152, 154, 162
 Hospitalisation de jour : 146, 148, 150, 152, 154, 162
 Hospitalisation sans consentement : 154
 Hygiène : 40
 Hygiène hospitalière : 46
 Hypercholestérolémie : 76, 80
 Hypertension artérielle : 76, 80

I

Iatrogénie : 46
 Imagerie par résonance magnétique (IRM) : 142
 Indemnité journalière : 158
 Indice de vieillissement : 10
 Inégalités sociales de santé : 36, 114
 Inégalités territoriales de santé : 36
 Infection hospitalière : 46
 Infection nosocomiale : 46
 Infection sexuellement transmissible : 42, 60
 Infirmier : 124, 140, 144, 170, 180
 Insuffisance rénale chronique : 64, 88, 146
 Insuffisance respiratoire chronique : 82
 Interne : 144, 154
 Interruption de grossesse pour motif médical : 90
 Interruption volontaire de grossesse : 100

J

Jeune/Adolescent : 28, 94, 96, 98, 108, 110, 112, 174, 180

L

Laboratoire d'analyse de biologie médicale : 168
 Légionellose : 120
 Lésion traumatique et empoisonnement : 18, 24, 108, 112
 Lieu de décès : 14
 Logement-foyer : 172

M

Maintien à domicile : 170
 Maison d'accueil spécialisée (Mas) : 176
 Maison de retraite : 172
 Maison départementale des personnes handicapées : 176
 Maladie à caractère professionnel (MCP) : 102, 104, 106, 178
 Maladie à déclaration obligatoire (MDO) : 42, 44, 120

Maladie d'Alzheimer : 34, 68, 70
 Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :
 18, 22, 24, 56
 Maladie de l'appareil circulatoire : 18, 22, 24, 32, 34, 64,
 76, 78, 80, 166
 Maladie de l'appareil digestif : 18, 22, 24, 48, 50, 52, 86,
 118, 166
 Maladie de l'appareil génito-urinaire : 18, 22, 24, 60, 62,
 88
 Maladie de l'appareil ostéo-articulaire, des muscles et
 du tissu conjonctif : 18, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 106
 Maladie de l'appareil respiratoire : 18, 22, 24, 44, 48, 50,
 54, 82, 84, 96, 104, 116, 120, 166
 Maladie de l'œil et de ses annexes : 18, 24, 64, 72
 Maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde : 18, 24,
 74
 Maladie des dents et du parodonte : 24, 28, 30, 132
 Maladie du sang et des organes hématopoiétiques et
 certains troubles immunitaires : 18, 22, 24, 28, 48
 Maladie du système nerveux : 18, 22, 24, 166
 Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique :
 18, 22, 24, 64, 66, 166
 Maladie infectieuse et parasitaire : 18, 22, 24, 40, 42,
 44, 46, 60, 118, 120, 166
 Maladie inflammatoire chronique de l'intestin : 86
 Maladie professionnelle indemnisée (MPI) : 102, 104,
 106, 178
 Maladie vasculaire cérébrale : 76, 80
 Malformation congénitale et anomalies
 chromosomiques : 18, 24, 26, 90, 174
 Manipulateur en électroradiologie : 124
 Masseur-kinésithérapeute : 138, 152
 Maternité : 90, 150
 Médecin : 124, 126, 168, 180
 Médecin du travail : 102, 104, 106, 178
 Médecin généraliste : 126, 128, 164
 Médecin libéral : 126, 128, 158
 Médecin spécialiste : 126, 130, 164
 Médicament : 134, 158, 166
 Médicament générique : 134, 166
 Médicament psychotrope : 154
 Mélanome : 22, 56
 Mésothéliome pleural : 104
 Minima sociaux : 114
 Mode d'exercice particulier (Mep) : 128
 Mort subite du nourrisson : 26
 Mortalité : 8, 10, 14, 18
 Mortalité infantile : 26
 Mortalité maternelle : 90
 Mortalité périnatale : 90
 Mortalité prématurée : 20, 36, 50, 54, 58, 110, 112
 Mortalité prématurée évitable : 20
 Mutuelle : 158, 160

N

Natalité : 8, 10, 12
 Nitrate : 118
 Noyade : 108
 Nuisance sonore : 74
 Numerus clausus : 126, 132, 134
 Nutrition : 48, 52, 64, 66, 76

O

Obésité : 28, 64, 66
 Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
 (Ondam) : 158
 Omnipraticien libéral : 126, 128, 164
 Ophthalmologiste : 72, 130, 164
 Ordre professionnel : 124, 126, 132, 134, 136, 138, 140
 Orthodontiste : 132
 Orthopédie dento-faciale : 132
 Orthophoniste : 74, 124, 138
 Orthoptiste : 72, 124, 138
 Oto-rhino-laryngologue : 74, 130

P

Pandémie : 40
 Pauvreté : 66, 90, 114, 160
 Pédiatre : 26, 28, 130, 150, 164
 Pédicure-podologue : 124
 Périnatalité : 26, 90, 150
 Permanence des soins : 156
 Personne âgée : 34, 162, 170, 172
 Personnel non médical des établissements de santé :
 144
 Pesticide : 118
 Pharmacie (officine) : 134, 166
 Pharmacien : 124, 134, 166, 168
 Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
 (Posu) : 156
 Pollen : 116
 Pollution atmosphérique : 84, 116
 Pollution microbiologique : 118
 Pollution physico-chimique : 116, 118
 Population : 8, 10, 12, 14
 Praticien hospitalier : 144
 Précarité : 66, 90, 114, 160
 Prélèvement d'organe : 88
 Prématurité : 26, 90
 Prestation de compensation : 176
 Profession de santé : 124, 126, 128, 130, 132, 134, 136,
 138, 140, 144
 Profession médicale : 124
 Profession para-médicale : 124
 Professionnel de la rééducation : 138, 152
 Programme de médicalisation des systèmes
 d'information (PMSI) : 24, 142, 146
 Projection démographique : 10

Promotion de la santé : 180
 Psychiatre : 68, 130, 154, 164
 Psychiatrie : 68, 154
 Psychologue : 144
 Psychomotricien : 124

R

Radiologie : 142
 Radiologue : 58, 130
 Radiothérapie : 48, 50, 52, 54, 58, 60, 62, 146
 Recensement de la population : 8
 Régime agricole : 160
 Régime général : 160
 Régime social des indépendants (RSI) : 160
 Régimes spéciaux : 160
 Revenu minimum d'insertion (RMI) : 114

S

Sage-femme : 90, 124, 136, 144, 150
 Sans domicile fixe (SDF) : 114
 Santé et travail : 102, 104, 106, 178
 Santé scolaire : 180
 Scanner : 142
 Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) : 142
 Scolarisation : 28, 174, 180
 Sectorisation psychiatrique : 68, 154
 Sécurité routière : 110
 Sécurité sociale : 158, 160
 Sédentarité : 64, 66, 76
 Séjour chirurgical : 148
 Séjour médical : 146
 Service à la personne : 170
 Service d'accueil aux urgences (SAU) : 156
 Service d'aide médicale urgente (Samu) : 156
 Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : 158, 170
 Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : 176
 Sida (Syndrome d'immunodéficience acquise) : 40, 42
 Soins ambulatoires : 126, 164
 Soins chirurgicaux : 148
 Soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle : 152
 Soins de suite : 152
 Soins dentaires : 132, 158
 Soins en gynécologie-obstétrique : 150
 Soins en psychiatrie : 154
 Soins en service de médecine : 146
 Solde migratoire : 8, 10
 Solde naturel : 8
 Soleil : 56
 Souffrance cardiaque : 78
 Souffrance psychologique : 68
 Structure d'hébergement et de soins pour personnes âgées : 34, 172

Structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) : 156
 Suicide : 20, 30, 68, 112
 Suicide (tentative) : 112
 Surdité : 74
 Surpoids : 28, 66
 Surveillance : 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 90, 102, 104, 106, 116, 118, 120, 178, 180

T

Tabac : 20, 30, 48, 50, 54, 76, 80, 82, 84, 96
 Tabagisme passif : 96
 Tarification à l'activité (T2A) : 142
 Taux de séjour hospitalier : 162
 Travailleur handicapé : 176
 Troubles mentaux et du comportement : 18, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 68, 70, 94, 112, 154
 Troubles musculo-squelettiques (TMS) : 102, 106, 178
 Tuberculose : 22, 40, 44

U

Union régionale des médecins libéraux (URML) : 126
 Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (Upatou) : 156
 Unité de soins de longue durée : 172
 Urgences : 26, 156

V

Vaccination : 40, 44, 60, 166
 VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) : 40, 42

Sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés	Clis	Classe d'intégration scolaire
ACTP	Allocation compensatrice tierce personne	CMP	Centre médico-psychologique
Adeli	Automatisation des listes	CMR	Caisse maladie régionale
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
AES	Allocation d'éducation spéciale	CMU	Couverture maladie universelle
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail	Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Aggir	Autonomie, Gérontologie, groupe iso-ressources	CNR	Centre national de référence
ALD	Affection de longue durée	CNRS	Centre national de la recherche scientifique
AME	Aide médicale de l'Etat	CNS	Conseil national du sida
Amexa	Assurance maladie des exploitants agricoles	CoreVIH	Comité de coordination de lutte contre le sida
AMM	Autorisation de mise sur le marché	Cotorep	Commission technique pour l'orientation et le reclassement des personnes handicapées
Anaes	Agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé	CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida	Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
Apa	Allocation personnalisée d'autonomie	CreDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
APE	Médecin actif à part entière	CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
API	Allocation parent isolé	CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
Aplein	Association des Pays de la Loire pour l'éviction des infections nosocomiales	CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
Asa	Assurances sociales agricoles	Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
ASH	Agent de service hospitalier	DGS	Direction générale de la santé
ATIH	Agence technique de l'informatique hospitalière	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
BPCO	Bronchite pulmonaire chronique obstructive	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues	Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Caf	Caisse d'allocations familiales	Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Canam	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes	Drire	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
CCAM	Classification commune des actes médicaux	DRSM	Direction régionale des services médicaux (de l'assurance maladie)
CCAS	Centre communal d'action sociale	DRTEFP	Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
CClin	Comité de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales	Ehpa	Etablissement d'hébergement de personnes âgées
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole	Ehpad	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit	EOHH	Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
CdAM	Catalogue des actes médicaux	EPPM	Enquête permanente sur la prescription médicale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	Escapad	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale	ESPS	Enquête sur la santé et la protection sociale
CEPS	Comité économique des produits de santé	Faqsv	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
CESS	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	Fiqcs	Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
Cetaf	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé	Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
CFA	Centre de formation d'apprentis	Francim	Réseau français des registres des cancers
CHI	Centre hospitalier intercommunal	GHM	Groupe homogène de malades
CHR	Centre hospitalier régional	Gir	Groupe iso-ressources
CHU	Centre hospitalier universitaire	HAS	Haute autorité de santé
Cim	Classification internationale des maladies		
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie		
Cisih	Centre hospitalier d'information et de soins de l'immunodéficience humaine		
Citepa	Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique		

HCSP	Haut conseil de santé publique	PMI	Protection maternelle et infantile
HID	Enquête handicaps-incapacités-dépendances	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat	PNNS	Programme national nutrition santé
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat	PNSE	Plan national santé environnement
ICH	Indice comparatif d'hospitalisation	PNSM	Programme national de surveillance du mésothéliome
ICM	Indice comparatif de mortalité	Posu	Pôle spécialisé d'urgences
Ipsi	Institut de formation en soins infirmiers	Praps	Programme régional d'accès à la santé et aux soins
Igas	Inspection générale des affaires sociales	PRQA	Plan régional de la qualité de l'air
IMC	Indice de masse corporelle	PRSE	Plan régional santé environnement
IME	Institut médico-éducatif	PRSP	Plan régional de santé publique
IMG	Interruption de grossesse pour motif médical	PSPH	Etablissement Participant au service public hospitalier
INCa	Institut national du cancer	Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
Ined	Institut national d'études démographiques	Rein	Réseau épidémiologie et information en néphrologie
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	Rheop	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
Inrets	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité	RMI	Revenu minimum d'insertion
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	RNSA	Réseau national de surveillance aérobiologique
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	RSI	Régime social des indépendants
InVS	Institut de veille sanitaire	SAE	Statistique annuelle des établissements
IPP	Incapacité permanente partielle	Samu	Service d'aide médicale urgente
IRC	Insuffisance rénale chronique	SAU	Service d'accueil des urgences
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	SCORE-Santé	Site commun d'observation régionale en santé
Isped	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement	Segpa	Section d'enseignement général et professionnel adapté
IVG	Interruption volontaire de grossesse	Sessad	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
MCO	Médecine chirurgie obstétrique	Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
MCP	Maladie à caractère professionnel	Smur	Service mobile d'urgence et de réanimation
MDO	Maladie à déclaration obligatoire	Snir	Système national interrégimes
Mep	Mode d'exercice particulier	Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
Migac	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
Mildt	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies	SSR	Soins de suite et de réadaptation
Misp	Médecin inspecteur de santé publique	Statiss	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
MPI	Maladie professionnelle indemnisée	Sumer	Surveillance médicale des risques professionnels
MSA	Mutualité sociale agricole	Sumps	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels	TCAM	Taux de croissance annuel moyen
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	T2A	Tarification à l'activité
Ocrtis	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants	TMS	Trouble musculo-squelettique
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies	Umrestte	Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	Upatou	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
Omit	Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique	UPI	Unité pédagogique d'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé	Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie	URML	Union régionale des médecins libéraux
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé	VADS	Voies aérodigestives supérieures
ORS	Observatoire régional de la santé	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur		
PCEM	Premier cycle des études médicales		

www.santepaysdelaloire.com **le bon réflexe**

Ce site internet, administré conjointement par l'Observatoire régional de la santé, le réseau des comités d'éducation pour la santé et le registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, vous donne accès :

- à **l'agenda** des manifestations de santé publique régionales,
- aux **annuaires** des acteurs de santé régionaux, mais aussi nationaux,
- aux **données de santé** régionales. Toutes les fiches du tableau de bord « la santé observée » peuvent ainsi être téléchargées... Vous y trouverez également les tableaux de bord sur l'épidémiologie et le dépistage des cancers, la périnatalité, l'épidémiologie du sida, le registre des cancers...
- aux outils et formations en **promotion de la santé**.

Vous êtes à la recherche d'une étude régionale concernant la santé dans la région : consulter la base de données des **publications régionales**.

Dans la rubrique **centre-ressources**, rechercher dans la base des 12 000 références d'ouvrages et d'articles, les documents que vous pourrez ensuite consulter dans les centres documentaires de l'ORS ou des comités d'éducation pour la santé.

La santé observée

dans les Pays de la Loire

Certaines maladies sont-elles plus fréquentes dans la population des Pays de la Loire ? Quelles sont les principales affections à l'origine des recours aux soins des habitants de la région ? Ces derniers sont-ils plus concernés par la consommation excessive d'alcool ou plus exposés à la pollution de l'air ? Combien de professionnels de santé dans la région aujourd'hui... et demain ?



Cette seconde édition du tableau de bord régional sur la santé, produite par l'Observatoire régional de la santé avec la contribution de nombreux acteurs régionaux et nationaux, répond à de telles questions, à partir des données scientifiques les plus récentes.

Cette publication rassemble, en 83 fiches thématiques, les principales données sur la santé de la population régionale, ses déterminants comportementaux et environnementaux et les ressources sanitaires dont disposent les Pays de la Loire. Chacune de ces fiches présente à la fois des éléments de contexte national et des données spécifiques à la région.

L'édition 2007 a été notablement enrichie par rapport à la précédente, avec en particulier de nouvelles fiches concernant les pathologies (maladies infectieuses, insuffisance rénale chronique...), l'environnement (qualité de l'air et de l'eau, légionelloses) et le dispositif de soins (laboratoires de biologie médicale).



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 - www.santepaysdelaloire.com

ISBN : 2-908417-33-2

Juin 2007