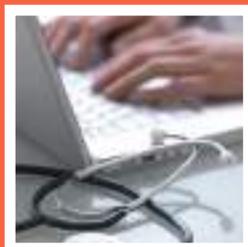


Edition 2012



# La santé observée dans les Pays de la Loire





La réalisation de ce tableau de bord  
a été cofinancée par l'Agence régionale de santé  
et le Conseil régional des Pays de la Loire.

Edition 2012

La santé  
observée  
dans les Pays de la Loire



**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 : 2-908417-44-8  
Janvier 2012



## Editorial

Fin 2011, le Conseil régional a approuvé le Schéma régional Formations, Santé, Social et Territoires. Ce document témoigne de la prise de responsabilité croissante de la Région en matière de santé. Il se veut être un acte fort pour construire une politique cohérente de solidarités et d'aménagement du territoire pour les Pays de la Loire en matière de prévention, de soins, d'accès à la santé ou encore d'accompagnement social et médico-social de la population.

Or l'observation est un préalable indispensable à l'élaboration et à la mise en œuvre des formations sanitaires et sociales et des politiques sociales et de santé.

L'observation consiste non seulement à recueillir les données sur une thématique mais aussi, et surtout, à en faire une analyse. Ainsi le rôle de l'observation est non seulement de consolider les données existantes et d'en assurer l'objectivité mais également de discuter ces données, de les replacer dans un contexte et de dégager les enjeux qui y sont liés. Cette pratique est d'autant plus complexe dans les secteurs de la santé et du social que les sources d'informations sont nombreuses et souvent éparées parmi les producteurs de données.

Afin de bénéficier de cette analyse et d'éclairer ses choix, le Conseil régional finance et s'appuie sur l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

C'est dans ce contexte que le travail fourni par l'ORS pour cette troisième édition du tableau de bord "La santé observée" est à saluer. Fort de la contribution de près de 150 experts régionaux et nationaux, réalisé en collaboration étroite avec les différents acteurs et professionnels de santé de la région, il constitue l'un des outils les plus complets à même d'éclairer les décisions permettant à la Région d'adapter l'appareil de formation aux évolutions démographiques et socio-économiques et de dialoguer avec les autres acteurs. Il contribuera également à mieux anticiper les besoins de la population, afin de développer l'offre de santé-solidarités et, plus généralement, de participer à l'amélioration de la santé et de la situation sociale sur son territoire.

Jacques AUXIETTE  
Président du Conseil régional des Pays de la Loire



## Editorial



L'Observatoire régional de la santé nous donne en cette troisième édition de "La santé observée" un panorama actualisé sur les questions de santé publique en Pays de la Loire en soulignant forces et faiblesses de notre région au regard de la situation plus générale dans le pays.

Pour l'Agence régionale de santé, cette publication de grande qualité constitue un élément d'aide à la décision pour tous les acteurs de santé.

L'observation de santé, la diffusion des données est un préalable pour mobiliser celles et ceux qui se sentent concernés par la question de la santé vécue comme prioritaire par les Ligériens.

Document de référence autant que de connaissance, cette publication constitue un cadre objectif et scientifique pour faciliter les échanges entre acteurs de santé et construire les actions et les coopérations que l'ARS s'est engagée à appuyer dans le cadre du Projet régional de santé en cours d'adoption.

Merci donc à l'Observatoire régional de la santé qui rassemble une information très riche dans un fascicule aisément consultable, actualisé, pratique et essentiel.

Marie-Sophie DESAULLE  
Directrice générale de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire





## Avant-propos

Cette troisième édition de "La santé observée" s'inscrit dans une continuité qui témoigne de la constance de l'engagement du Conseil régional et de l'Agence régionale de santé aux côtés de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Ils manifestent ainsi leur volonté de voir très largement partagés, par les acteurs régionaux, les éléments qui caractérisent l'état de santé de la population régionale et ses différents déterminants.

Pour les acteurs institutionnels, cette continuité nécessite de se placer au-delà des enjeux immédiats, pour s'intéresser à l'avenir et au long terme. C'est un choix politique que d'en assumer les contraintes, et je souhaite pour cela rendre hommage à l'ARS et au Conseil régional.

En matière d'observation de la santé, la continuité est essentielle. En effet, on imagine souvent que dans ce domaine, le progrès est irréversible. Les réalités internationales montrent qu'il n'en est rien. Une région, une nation, peuvent soudain voir les courbes s'inverser, si d'autres priorités prévalent, si le niveau social régresse, si l'environnement se dégrade. Une "veille" sur les réalités de santé est donc fondamentale, et c'est précisément la mission de l'Observatoire que de l'assurer.

Comment vont les Ligériens ? Comme lors des précédentes éditions, on se félicitera de leur bonne espérance de vie, des indicateurs rassurants en de nombreux domaines, alors que leur consommation de soins reste modérée en comparaison des autres régions françaises. Mais une vigilance s'impose sur quelques sujets. Ainsi, la prévalence croissante du surpoids et de l'obésité témoigne des enjeux actuels en termes d'alimentation et d'activité physique, dans les Pays de la Loire comme ailleurs. L'alcoolisation massive des jeunes apparaît, par ailleurs, particulièrement problématique dans la région. Enfin, pour la plupart des professions de santé, la densité par habitant dans les Pays de la Loire est nettement inférieure aux moyennes nationales, et le taux de recours hospitalier y est parmi les plus faibles des régions métropolitaines. Dans un contexte de forte croissance et de vieillissement de la population, avec une baisse attendue du nombre de médecins dans un certain nombre de spécialités, des tensions importantes sont susceptibles d'apparaître pour répondre aux besoins de santé, de soins et d'accompagnement de la population de la région. Faut-il envisager un objectif régional des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement, qui contribuerait à la réduction des inégalités entre régions ?

L'évidence de cet ouvrage, une fois achevé, ne doit pas masquer le considérable travail et l'énergie mobilisés pour sa réalisation. Merci à l'équipe de l'ORS pour son investissement autour de ce projet, qui constitue le cœur de sa mission. Merci aux très nombreux experts, près de 150, qui ont apporté un précieux concours à ce travail, et l'ont enrichi de leur expertise et de leur connaissance des réalités de terrain.

Dr Denis LEGUAY  
Président du Conseil d'administration de l'ORS Pays de la Loire



Cet ouvrage a été conçu et réalisé par l'équipe de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, sous la direction du Dr Anne Tallec et de François Tuffreau :

Dr Paolo Bercelli  
Marie-Christine Bournot  
Martine Bouvier  
Dr Jean-François Buyck  
Elodie Cercier  
Sandrine David  
Isabelle Gailhard-Rocher  
Laurence Girard  
Marie-Cécile Goupil  
Brigitte Klok  
Françoise Lelièvre

*et les internes de santé publique*

Emilie Bouquet  
Carole Dagorne  
Mélanie Dufresne  
Bénédicte Pelletier

Ce travail a en outre bénéficié de très nombreuses contributions.

Dans les Pays de la Loire, ont notamment apporté leur concours les équipes de l'ARS, de l'assurance maladie et de la Carsat, de la DRJSCS, du Rectorat, de plusieurs Conseils généraux et MDPH, du Conseil régional, de l'URPS-mi, du Registre des tumeurs, du Réseau périnatalité, de la Cire, du Creai, du Leest et de l'Ireps, ainsi que de nombreux cliniciens et professionnels de santé.

Au plan national, l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Drees, l'Inpes, l'Irdes, l'Agence de la biomédecine, et plusieurs unités Inserm ont également accepté de participer à ce projet et d'enrichir les analyses.

Ce travail a aussi bénéficié de l'expertise développée par les ORS dans le cadre de leur Fédération nationale, et en particulier des indicateurs de la base de données SCORE-Santé.

Enfin, la rédaction de certains contextes nationaux a été assurée en partenariat entre l'ORS Ile-de-France et l'ORS des Pays de la Loire.

# Contributions

## Chapitre 1 - DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Olivier Busson, CPAM Loire-Atlantique  
Gaëlle Lizaud, Aromsa Pays de la Loire

Philippe Pépin, ORS Ile-de-France

## Chapitre 2 - ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Dr Claude Boudierlique, CHU Angers  
Dr Bernard Branger, Réseau "Sécurité Naissance Naître Ensemble" Pays de la Loire  
Olivier Busson, CPAM Loire-Atlantique  
Dr Anicet Chaslerie, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Nathalie Guignon, Drees  
Eric Jouglu, Inserm CépiDc  
Gaëlle Lizaud, Aromsa Pays de la Loire  
Marie-Claude Mouquet, Drees

Philippe Pépin, ORS Ile-de-France  
Dr Georges Picherot, CHU Nantes  
Dr Jacques Pivette, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Pr Jean-Christophe Rozé, CHU Nantes  
Frédérique Ruchon, Irdes  
Dr Christophe Savagner, CHU Angers  
Dr Catherine Sermet, Irdes  
Dr Pierre Touboul, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire

## Chapitre 3 - PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES

Delphine Antoine, InVS  
Dr Bernard Asselain, Institut Curie, Paris  
Pr Françoise Ballereau, CHU Nantes  
Delphine Barataud, Cire Pays de la Loire  
Pr Olivier Beauchet, CHU Angers  
Dr Eric Billaud, Corevih Pays de la Loire  
Audrey Blatier, Corevih Pays de la Loire  
Dr Thierry Bour, ophtalmologiste, Metz  
Dr Céline Bourigault, CHU Nantes  
Dr Bernard Branger, Réseau "Sécurité Naissance Naître Ensemble" Pays de la Loire  
Olivier Busson, CPAM Loire-Atlantique  
Dr Jean-Baptiste Caillard, cardiologue, Trélazé  
Dr Mario Campone, Institut de cancérologie de l'Ouest, Nantes  
Pr Bertrand Cariou, CHU Nantes  
Françoise Cazein, InVS  
Pr Edmond Chailleux, pneumologue, Nantes  
Pr Bernard Charbonnel, CHU Nantes  
Dr Marie-Aline Charles, Inserm U1018, Villejuif  
Dr Anicet Chaslerie, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Dr Didier Che, InVS  
Dr Cécile Couchoud, Agence de la biomédecine  
Dr Marie-Christine Delmas, InVS  
Dr Christine de Peretti, InVS  
Pr Brigitte Dréno, CHU Nantes  
Céline Druet, InVS  
Dr Hubert du Rostu, endocrinologue, Nantes  
Pr Jacques Dubin, CHU Angers  
Dr Thierry Dubin, ARS Pays de la Loire  
Dr Pierre-Henri Ducluzeau, CHU Angers  
Dr Guy Dupuis, psychiatre, Nantes  
Dr Anne Fagot-Campagna, InVS  
Dr Claire Fuhrman, InVS  
Pr Alain Furber, CHU Angers  
Dr Patrick Gasser, gastroentérologue, Nantes  
Dr Philippe Gillard, CHU Angers  
Dr Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France  
Dr Pascale Grosclaude, Registre des cancers du Tarn  
Nathalie Guignon, Drees

Dr Benoît Guillon, CHU Nantes  
Sandrine Halfen, ORS Ile-de-France  
Dr Bruno Hubert, Cire Pays de la Loire  
Dr Pascal Jarno, CCLIN Ouest Rennes  
Dr Karine Jéhannin-Ligier, Registre général des cancers de Lille et de sa région  
Pr Michel Krempf, CHU Nantes  
Dr Hervé Lacroix, Onco Pays de la Loire  
Pr Hervé Le Marec, CHU Nantes  
Dr François-Xavier Lebas, CLAT 72  
Dr Denis Leguay, Cesame Angers  
Dr Didier Lepelletier, CHU Nantes  
Dr Yves Lequeux, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz  
Dr Daniel Levy-Bühl, InVS  
Dr Benoît Libeau, CH Saint-Nazaire  
Gaëlle Lizaud, Aromsa Pays de la Loire  
Dr Alain Lortholary, Centre Catherine de Sienne, Nantes  
Pr Antoine Magnan, CHU Nantes  
Pr Marc Mahé, Institut de cancérologie de l'Ouest, Nantes  
Dr Guillaume Marc, CHU Angers  
Dr Christine Moisan, Laboratoire Roche  
Dr Florence Molinié, Registre des tumeurs Loire-Atlantique/Vendée (EPIC-PL)  
Marie-Claude Mouquet, Drees  
Philippe Pépin, ORS Ile-de-France  
Pr Henri-Jean Philippe, CHU Nantes  
Dr Jacques Pivette, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Pr Vincent Rohmer, CHU Angers  
Dr Jean-Bernard Rottier, ophtalmologiste, Le Mans  
Frédérique Ruchon, Irdes  
Dr Jean-Bernard Ruidavets, Inserm UMR-U1027, Toulouse  
Dr Agnès Sallé, CHU Angers  
Marie-Sylvie Sander, Clinique Sourdille, Nantes  
Dr Daniel Sandron, CLAT Saint-Nazaire  
Dr Catherine Sermet, Irdes  
Dr Pierre Touboul, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Dr Brigitte Trétarre, Registre des tumeurs de l'Hérault  
Pr Michel Weber, CHU Nantes  
Dr Xavier Zanlonghi, Clinique Sourdille, Nantes

## Chapitre 4 - CONDUITES ET STYLE DE VIE, ENVIRONNEMENTS

Catherine Aubin, CHU Nantes  
Jean-Michel Bachelot, Carsat Pays de la Loire  
Delphine Barataud, Cire Pays de la Loire  
François Beck, Inpes  
Daniel Bernier, Association le Triangle, Nantes  
Christine Campese, InVS  
Dr Arnaud Cavallès, CHU Nantes  
Jean-François Certin, Carsat Pays de la Loire  
Pr Edmond Chailleux, pneumologue, Nantes  
Dominique Desaubliaux, Carsat Pays de la Loire  
Françoise Facy, Inserm INR 40101, Bron, Anpa  
Franck Gaspard, Observatoire régional de la sécurité routière, Dreal Pays de la Loire  
Arnaud Gautier, Inpes  
Géraldine Grandguillot, DGS  
Dr Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France  
Romain Guignard, Inpes  
Florence Guillou, Air Pays de la Loire  
Gwenaëlle Hivert, ARS Pays de la Loire  
Dr Bruno Hubert, Cire Pays de la Loire  
Marie Jauffret-Roustide, InVS  
Matilde Karakachoff, Inserm UMR S915, Nantes

Dr Paul Kiritzé-Topor, médecin addictologue, Angers  
Linda Lasbeur, InVS  
Gaëlle Lizaud, Aromsa Pays de la Loire  
Nathalie Lydié, Inpes  
Dr Bernard Meslé, Centre Simone Veil, CHU Nantes  
Alain Meunier, ARS Pays de la Loire  
Marie-Claude Mouquet, Drees  
Pr Henri-Jean Philippe, CHU Nantes  
Loïc Rambaud, InVS  
Arnaud Rebours, Air Pays de la Loire  
Dominique Rémi, ARS Pays de la Loire  
Jean-Baptiste Richard, Inpes  
Pr Yves Roquelaure, Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, Angers  
Dr Dominique Savary-Ulmer, gynécologue, Nantes  
Céline Sérazin, Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, Angers  
Dr Bertrand Thélot, InVS  
Madeleine Valenty, InVS  
Pr Jean-Luc Vénisse, CHU Nantes  
Dr Hervé Viarouge, Aromsa Pays de la Loire  
Annick Vilain, Drees

## Chapitre 5 - ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET PREVENTION

Gérard Allard, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (ARS Pays de la Loire)  
Stéphanie Allorent, pharmacienne  
Pr Françoise Ballereau, CHU Nantes  
Dr Sophie Biacabe, Sumpops Nantes  
Véronique Bories-Maskulova, Cnamts  
Sylvette Boucher-Rambaud, sage-femme, Cholet  
Dr Dominique Brachet, URPS-chirurgiens-dentistes Pays de la Loire  
Olivier Busson, CPAM Loire-Atlantique  
Dr Jean-Paul Canevet, Faculté de médecine, Nantes  
Pr Denis Chaleil, Université Angers, CH Laval  
Dr Anicet Chaslerie, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
René Clouet, Creai Pays de la Loire  
Magali Coldefy, Irdes  
Dr Philippe David, Clinique Jules Verne, Nantes  
Marc Denis, Conseil régional Pays de la Loire  
Pr Jacques Dubin, CHU Angers  
Annie Fenina, Drees  
Dr Colette Geslin, Conseil général Mayenne  
Sabine Gilbert, Office national d'indemnisation des accidents médicaux  
Dr Denys Grand, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Hervé Guichard, Rectorat Nantes  
François Guillaumat-Tailliet, Drees

Dr Thomas Héroult, URPS-médecins libéraux Pays de la Loire  
Dr Marie-Christine Herbouiller, Conseil général Vendée  
Dr Corine Héron-Rougier, Rectorat Nantes  
Dr Patrick Lamour, Ireps Pays de la Loire  
Marie-Anne Le Garrec, Drees  
Annie Le Guével, ARS Pays de la Loire  
Geneviève Lebouteux, DRJSCS Pays de la Loire  
Dr Denis Leguay, Cesame Angers  
Jean-Yves Lemerle, URPS-masseurs-kinésithérapeutes Pays de la Loire  
Dr Yannick L'Hermitte, Conseil général Maine-et-Loire  
Gaëlle Lizaud, Aromsa Pays de la Loire  
Pr Jean-François Mathé, CHU Nantes  
Marie-Claude Mouquet, Drees  
Philippe Pépin, ORS Ile-de-France  
Dr Jacques Pivette, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Pr Gilles Potel, CHU Nantes  
Pr Jean-Paul Saint-André, Faculté de médecine, Angers  
Marie-Sylvie Sander, Clinique Sourdille, Nantes  
Odile Soulas, ARS Pays de la Loire  
Dr Pierre Touboul, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire  
Dr Marie-Claudine Uzureau, Conseil général Maine-et-Loire  
Dr Danielle Vernet, Conseil général Loire-Atlantique  
Dr Hervé Viarouge, Aromsa Pays de la Loire  
Dr Catherine Vincelet, ORS Ile-de-France



# Sommaire

Chapitre 1	
<b>DONNÉES DEMOGRAPHIQUES</b>	15
Population	16
Projections de population	18
Natalité, fécondité	20
Mortalité	22
Pauvreté, précarité	24
Chapitre 2	
<b>ETAT DE SANTE DES POPULATIONS</b>	27
■ <b>Vue d'ensemble</b> .....	
Causes médicales de décès	28
Mortalité prématurée	30
Affections de longue durée	32
Diagnostics d'hospitalisation	34
Inégalités sociales de santé	36
■ <b>Santé des populations</b> .....	
Santé des enfants de moins d'un an	38
Santé des enfants de 1 à 14 ans	40
Santé des personnes de 15 à 44 ans	42
Santé des personnes de 45 à 74 ans	44
Santé des personnes de 75 ans et plus	46
Chapitre 3	
<b>PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES</b>	49
■ <b>Maladies infectieuses et parasitaires</b> .....	
Maladies infectieuses et parasitaires	50
Infection à VIH et sida	52
Tuberculose	54
Infections nosocomiales	56
■ <b>Tumeurs malignes</b> .....	
Ensemble des cancers	58
Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'oesophage	60
Cancer du côlon-rectum	62
Cancer du poumon	64
Mélanome de la peau	66
Cancer du sein	68
Cancers du col et du corps de l'utérus	70
Cancer de l'ovaire	72
Cancer de la prostate	74
Cancer du rein	76
Cancer de la vessie	78
■ <b>Maladies endocriniennes</b> .....	
Diabète	80
Surpoids et obésité	82

■ Troubles mentaux et du comportement .....	
Troubles mentaux	84
Maladie d'Alzheimer et démences associées	86
■ Maladies de l'oeil et de ses annexes .....	
Maladies de l'oeil et de la vision	88
■ Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde .....	
Maladies de l'oreille et de l'audition	90
■ Maladies de l'appareil circulatoire .....	
Maladies de l'appareil circulatoire	92
Cardiopathies ischémiques	94
Maladies vasculaires cérébrales	96
■ Maladies de l'appareil respiratoire .....	
Maladies de l'appareil respiratoire	98
Asthme	100
■ Maladies de l'appareil digestif .....	
Maladies de l'appareil digestif	102
■ Maladies de l'appareil génito-urinaire .....	
Insuffisance rénale chronique	104
■ Grossesse, accouchement et puerpéralité .....	
Grossesse, accouchement	106
Chapitre 4	
CONDUITES ET STYLE DE VIE, ENVIRONNEMENTS	109
■ Conduites addictives .....	
Consommation excessive d'alcool	110
Tabagisme	112
Usage de drogues illicites	114
■ Contraception et IVG .....	
Contraception et interruption volontaire de grossesse	116
■ Santé et travail .....	
Accidents du travail et maladies professionnelles	118
Exposition à l'amiante	120
Troubles musculo-squelettiques	122
■ Accidents .....	
Accidents	124
Accidents de la circulation	126
■ Suicides .....	
Suicides et tentatives de suicide	128
■ Environnement .....	
Pollution atmosphérique et santé	130
Eau potable et santé	132
Légionellose	134
Baignade et santé	136

Chapitre 5	
ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET PREVENTION	139
■ Professionnels et établissements de santé .....	
Professionnels de santé	140
Médecins	142
Médecins généralistes libéraux	144
Médecins spécialistes	146
Chirurgiens-dentistes	148
Pharmaciens	150
Sages-femmes	152
Professionnels de la rééducation et de la réadaptation	154
Infirmiers	156
Etablissements de santé	158
Personnels des établissements de santé	160
■ Recours aux soins .....	
Dépenses de santé	162
Couverture sociale, couverture maladie universelle	164
Soins ambulatoires	166
Médicaments	168
Biologie médicale	170
Soins hospitaliers en services de MCO	172
Soins en médecine	174
Soins chirurgicaux	176
Soins en gynécologie-obstétrique	178
Soins de suite et de réadaptation	180
Soins en psychiatrie	182
Recours aux soins urgents ou non programmés	184
■ Personnes handicapées, personnes âgées .....	
Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés	186
Accompagnement des adultes handicapés	188
Aides et soins aux personnes âgées	190
Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	192
■ Services et actions de prévention .....	
Prévention des risques professionnels et services de santé au travail	194
Promotion de la santé en faveur des élèves	196
Services de protection maternelle et infantile	198
■ Représentation et droits des usagers .....	
Représentation et droits des usagers	200
ANNEXES .....	
Repères bibliographiques et sources	204
Index alphabétique des thèmes	232
Index des sigles	236



## Chapitre 1

# DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Elodie Cercier, Philippe Pépin, François Tuffreau

<b>Population</b>	<b>16</b>
.....	
<b>Projections de population</b>	<b>18</b>
.....	
<b>Natalité, fécondité</b>	<b>20</b>
.....	
<b>Mortalité</b>	<b>22</b>
.....	
<b>Pauvreté, précarité</b>	<b>24</b>
.....	

# Population

## 1 Population

Union européenne (01/01/2008)

	Effectif <sup>1</sup>	% moins de 20 ans	% plus de 60 ans
Allemagne	82 218	19,4	25,0
France	63 983	24,9	21,7
Royaume-Uni	61 179	24,1	21,9
Italie	59 619	19,0	25,8
Espagne	45 283	19,7	21,7
Pologne	38 116	22,6	18,0
Pays-Bas	16 405	24,0	20,8
Autres pays	130 846	nd	nd
<b>Union européenne<sup>2</sup></b>	<b>497 649</b>	<b>21,7</b>	<b>22,4</b>

Source : Eurostat

1. en milliers d'habitants

2. 27 pays

## 2 Evolution de la population

Pays de la Loire, France entière (1990-2008)

	1 <sup>er</sup> janv. 1990	1 <sup>er</sup> janv. 1999	1 <sup>er</sup> janv. 2008	TCAM 1999/2008
Loire-Atlantique	1 050 539	1 133 247	1 259 000	1,2 %
Maine-et-Loire	704 668	732 624	775 000	0,6 %
Mayenne	277 748	285 218	302 000	0,6 %
Sarthe	513 280	529 782	559 500	0,6 %
Vendée	508 962	539 089	615 000	1,5 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>3 055 197</b>	<b>3 219 960</b>	<b>3 510 500</b>	<b>1,0 %</b>
France entière	57 998 429	60 122 665	63 960 000	0,7 %

Source : Estimations de population (Insee)

## 3 Répartition des communes, de la population urbaine et rurale

Pays de la Loire, France entière (2006)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb de com. urbaines	6 035	266	70	68	21	58	49
% Population urbaine	75,3 %	63,6 %	74,8 %	63,2 %	47,6 %	60,5 %	51,6 %
Nb de com. rurales	30 646	1 236	151	295	240	317	233
<b>Nb total communes</b>	<b>36 681</b>	<b>1 502</b>	<b>221</b>	<b>363</b>	<b>261</b>	<b>375</b>	<b>282</b>

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 (1999-2006)

	1999		2006	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun diplôme	481 000	20,6 %	457 000	18,4 %
CEP, BEPC	594 000	25,5 %	493 000	19,9 %
CAP, BEP	659 000	28,2 %	692 000	27,9 %
Baccalauréat ou brevet prof.	268 000	11,4 %	363 000	14,6 %
Diplôme niveau Bac+2	182 000	7,8 %	265 000	10,7 %
Diplôme niveau supérieur à Bac + 2	151 000	6,5 %	214 000	8,6 %
<b>Total</b>	<b>2 332 000</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2 481 000</b>	<b>100,0 %</b>

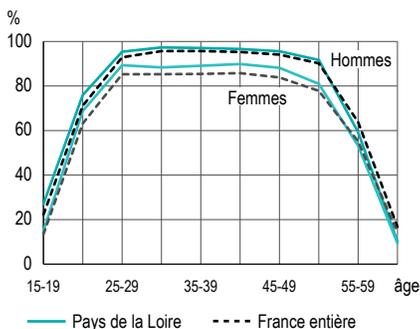
Source : Recensements de la population (Insee)

## Rang régional

La région des Pays de la Loire, avec un taux d'accroissement annuel de la population proche de 1 % entre 1999 et 2008, fait partie des régions métropolitaines ayant connu la plus forte croissance au cours de cette période. La région a le troisième taux d'activité le plus élevé au niveau national en 2006.

## 5 Taux d'activité féminins et masculins par classe d'âge

Pays de la Loire, France entière (2006)



Source : Recensement de la population (Insee)

## Définitions et méthode

**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 sept 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 représentant environ 8 % de leur population. A l'issue des cinq années, 40 % de la population de chaque commune est recensée.

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.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

## Contexte

■ Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la population de la France est estimée à 64,7 millions d'habitants, dont 62,8 millions en métropole. Au cours de l'année 2009, la population métropolitaine a augmenté de 346 000 personnes (+ 0,5 % par rapport à 2008) [1]. Notre pays, qui représente près de 13 % de la population de l'Union européenne (500 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2010 dans 27 pays), se situe au deuxième rang après l'Allemagne (81,7 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni et l'Italie [2].

■ Depuis 1950, la population de France métropolitaine a augmenté de plus de 50 %. Au cours de cette période, la France a connu en réalité plusieurs régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité (baby-boom) 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 qui augmente de nouveau et la mortalité qui poursuit sa baisse permettent un accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) soutenu. En 2009, le nombre de naissances vivantes (821 000) est supérieur de 275 000 au nombre de décès (546 000). La France est d'ailleurs, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel alors que dans certains pays européens, les décès sont plus nombreux que les naissances. Les mouvements migratoires, avec un solde positif évalué à 71 000 en 2009, représentent le cinquième 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 sept à neuf ans par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Depuis janvier 2004, ce recensement est devenu annuel. Les habitants ne sont pas tous recensés la même année, ceux des villes de plus de 10 000 habitants étant recensés sur échantillon. Les analyses révèlent de fortes disparités géographiques dans les évolutions démographiques récentes. Les régions du sud-est, du midi et de l'ouest 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 [3]. L'Île-de-France se caractérise à la fois par un fort déficit migratoire vis-à-vis des autres régions, en partie contrebalancé par les migrations internationales (la région accueille près d'un étranger sur deux s'installant en France) mais surtout par un excédent naturel important [4].

■ Les résultats du recensement permettent aussi de mieux appréhender les nouveaux équilibres qui s'instaurent entre ville et campagne : en 2006, 60,2 % de la population de France métropolitaine vit dans un pôle urbain (dont 27,7 % dans une "ville-centre"), 21,8 % vit dans un espace périurbain et 18 % dans un espace à dominante rurale. Après une longue période de déclin, puis de stagnation, la population des espaces ruraux augmente désormais au même rythme (0,7 % l'an) que l'ensemble de la population française [5].

■ En 2006, 8,6 millions d'habitants de France métropolitaine (14,3 %) vivent seuls dans leur logement. Cette proportion était de 12,9 % en 1999 et de 6,1 % en 1962. Cette augmentation du nombre de personnes vivant seules a affecté toutes les classes d'âge. Elle résulte des changements de comportement et de l'amélioration des conditions de vie, notamment en termes de logement et de santé. Les femmes, en particulier les femmes âgées, sont les plus nombreuses à vivre seules. Les personnes seules vivent davantage que les autres dans les villes, en particulier les centres-villes. 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. Corollaire de ces évolutions socio-démographiques, le nombre de personnes par logement continue de décroître (2,3 en 2004) [6].

■ Environ 3,6 millions de personnes vivant en France (métropole et outre-mer) sont de nationalité étrangère, représentant 5,8 % de la population totale, proportion quasiment stable depuis 1999. En France métropolitaine, les nationalités les plus représentées sont les nationalités portugaises (490 000 personnes), algériennes (480 000 personnes), et marocaines (460 000 personnes) [7].

■ En 2006, la France métropolitaine compte 28,6 millions d'actifs, dont 25,4 millions de personnes ayant un emploi, et 3,2 millions de chômeurs déclarés. Le taux d'activité de la population en âge de travailler (71,5 %) a peu progressé depuis 1999. L'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre, et Rhône-Alpes ont les taux d'activité les plus élevés, 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 % [7].

Bibliographie page 204

## Pays de la Loire

■ Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la population des Pays de la Loire est estimée à 3,5 millions d'habitants (fig. 2). La région figure au 5<sup>e</sup> rang des régions les plus peuplées après l'Île-de-France (11,7 millions), Rhône-Alpes (6,1 millions), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,9 millions) et le Nord-Pas-de-Calais (4 millions) [7].

■ Les Pays de la Loire ont gagné près de 500 000 habitants depuis 1990. Le gain de population au cours de la période 1999-2006 correspond pour un peu plus de la moitié (55 %) à une évolution positive du solde migratoire et pour 45 % à l'accroissement naturel [7].

■ L'effectif de population a progressé chaque année de 1 % au cours de la dernière décennie (1999-2008) contre 0,7 % en France métropolitaine. Le département de la Vendée est celui qui connaît la croissance la plus forte, celle-ci étant deux fois plus importante qu'au plan national (fig. 2).

■ La population active des Pays de la Loire comprend 1,6 million de personnes, avec un taux d'activité de 73,1 % en 2006 parmi les 15-64 ans [7].

# Projections de population

## 1 Evolution de la population (1990-2007)

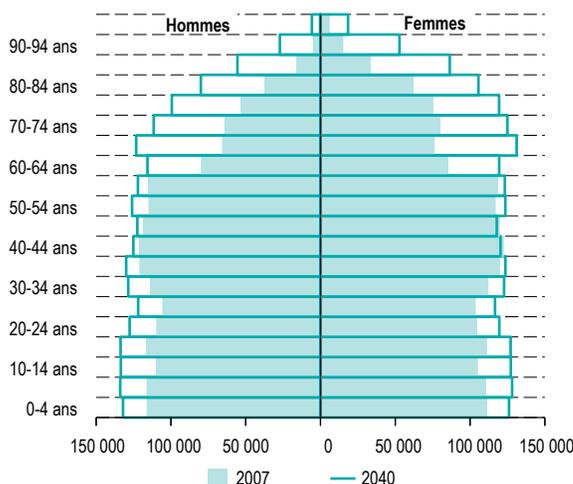
Pays de la Loire, France métropolitaine

	1990	1999	2007	TCAM 1990-1999	TCAM 1999-2007
moins de 20 ans	919 006	857 060	893 615	-0,8 %	0,5 %
20-44 ans	1 105 846	1 120 676	1 132 173	0,1 %	0,1 %
45-59 ans	450 417	565 558	704 376	2,6 %	2,8 %
60-64 ans	155 848	153 493	165 053	-0,2 %	0,9 %
65-74 ans	217 686	290 865	285 035	3,3 %	-0,3 %
75-84 ans	159 529	161 415	227 578	0,1 %	4,4 %
85 et plus	46 865	70 893	74 764	4,7 %	0,7 %
<b>Total PDL</b>	<b>3 055 197</b>	<b>3 219 960</b>	<b>3 482 594</b>	<b>0,6 %</b>	<b>1,0 %</b>
Total France métropolitaine	56 577 000	58 496 613	61 795 550	0,4 %	0,7 %
Indice de vieillissement PDL	46,1	61,0	65,7	///	///
Indice de vieillissement France métrop.	50,1	61,8	66,7	///	///

Source : Estimations de population (Insee)

## 2 Pyramide des âges

Pays de la Loire (2007-2040)



Source : Projections de population - modèle Omphale 2010, scénario central (Insee)

## 3 Evolution de la population (2007-2040)

Pays de la Loire, France métropolitaine

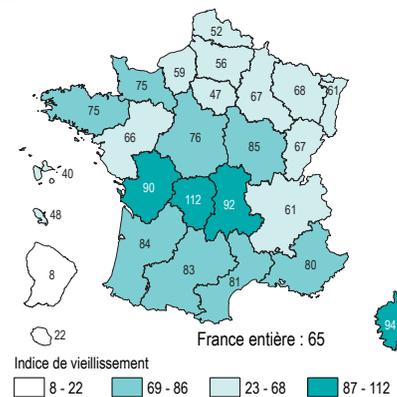
	2007	2020	2030	2040
moins de 20 ans	895 065	979 694	1 005 326	1 041 695
20-44 ans	1 131 927	1 126 858	1 185 178	1 236 134
45-59 ans	702 927	741 430	729 263	735 292
60-64 ans	164 727	236 525	247 667	235 188
65-74 ans	285 106	429 467	464 738	490 905
75-84 ans	227 272	231 085	365 193	404 430
85 ans et plus	75 575	137 508	150 252	246 113
<b>Total Pays de la Loire</b>	<b>3 482 599</b>	<b>3 882 567</b>	<b>4 147 617</b>	<b>4 389 757</b>
Indice de vieillissement PDL	65,7	81,5	97,5	109,6
Total France métrop.	61 795 238	65 961 631	68 531 811	70 734 048
Indice de vieillissement France métropolitaine	66,7	85,3	101,9	114,7

Source : Projections de population - modèle Omphale 2010, scénario central (Insee)

## Rang régional

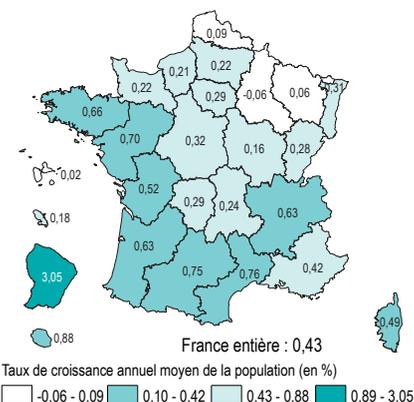
Les Pays de la Loire devraient faire partie des régions françaises connaissant la plus forte croissance démographique entre 2007 et 2040 (5<sup>e</sup> rang, fig. 5)

## 4 Indice de vieillissement (01/01/2007)



Source : Estimations de population (Insee)

## 5 Taux de croissance annuel moyen de la population entre 2007 et 2040 (en %)



Source : Projections de population - modèle Omphale 2010, scénario central (Insee)

## Définitions et méthode

**Estimations de population** : voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Indice de vieillissement** : rapport entre l'effectif de la population âgée de 65 ans ou plus et l'effectif des moins de 20 ans, multiplié par 100.

**Projections de population** : les projections de population 2007-2040 établies par l'Insee pour les régions françaises ont, pour point de départ, la population par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2007. 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<sup>er</sup> janvier.

**TCAM** : taux de croissance annuel moyen.

## Contexte

- En supposant le maintien des tendances démographiques récentes en matière de fécondité (au niveau de 2007), de mortalité (baisse tendancielle) et de migrations (solde positif de 100 000 habitants supplémentaires chaque année), la France métropolitaine comptera 70,7 millions d'habitants en 2040, soit neuf millions de plus qu'en 2007 (+ 14 %), cette augmentation correspondant essentiellement à une croissance de l'effectif des 60 ans et plus [1].
- 15,3 millions de personnes sont âgées de moins de 20 ans en 2007. Ce groupe d'âge représente un peu moins du quart de la population contre 31 % en 1980. D'ici 2040, leur nombre va faiblement augmenter (+ 500 000 personnes) et leur part dans l'ensemble de la population va continuer à baisser (22 % en 2040). Dès 2014, la proportion de personnes de moins de 20 ans sera inférieure à celle des 60 ans ou plus.
- Le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans devrait rester relativement stable sur la période 2007-2040 (environ 33 millions), cette stabilité concernant aussi bien l'effectif des 20-44 ans que celui des 45-59 ans. La part des 20-59 ans dans l'ensemble de la population va se réduire, passant de 54 % en 2007 à 47 % en 2040.
- La tranche des 20-59 ans est celle dans laquelle les taux d'activité sont maximum. Selon l'Insee, malgré la stabilité de l'effectif de ce groupe d'âge, la population active va continuer d'augmenter : + 2,6 millions de personnes (30,4 millions en 2040 contre 27,8 millions en 2007). Cette croissance est directement liée aux hypothèses du modèle qui prévoit un prolongement des tendances observées depuis 2000, à savoir une augmentation des taux d'activité au-delà de 55 ans. La part des 55 ans et plus dans la population active passerait de 12,4 % en 2010 à près de 18 % en 2040 [2].

- L'effectif des plus de 60 ans est celui qui connaîtra la plus forte progression avec 9 millions d'habitants supplémentaires d'ici 2040 (de 13 à 22 millions de personnes). Les 60 ans et plus représenteront 31 % de la population en 2040 contre 21 % en 2007. A l'intérieur de ce groupe d'âge, l'augmentation la plus forte concernera les plus âgés : le nombre des personnes âgées de 85 ans ou plus va être multiplié par trois d'ici 2040 (de 1,3 à 3,9 millions de personnes) [1].
- Le Languedoc-Roussillon (+ 1,1 % par an), la Corse (+ 1,1 %) et Midi-Pyrénées (+ 0,9 %) sont les trois régions métropolitaines qui ont connu la plus forte croissance au cours de la période 1990-2007. D'ici 2040, le fort pouvoir d'attraction des régions du sud devrait continuer à produire ses effets, mais à un rythme ralenti. Les plus fortes croissances attendues concernent le Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées (+ 0,8 % par an) mais aussi les Pays de la Loire (+ 0,7 %). La croissance démographique sera plus faible, voire négative, dans certaines régions du nord-est.
- En 2007, 80 % de l'augmentation de la population par rapport à 2006 est liée à l'accroissement naturel (solde des naissances et des décès) [3]. Or, sous l'effet de l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom, le nombre de décès va augmenter, malgré la baisse tendancielle de la mortalité. L'accroissement naturel va ainsi diminuer, le nombre de décès dépassant le nombre de naissances dans les deux tiers des régions. Dans la majorité des régions, la croissance démographique proviendra uniquement des mouvements migratoires entre régions ou en provenance de l'étranger [1].

Bibliographie page 204

## Pays de la Loire

- Selon les projections effectuées par l'Insee, la population régionale devrait avoisiner 4,4 millions en 2040, soit 900 000 habitants supplémentaires par rapport à 2007 (fig. 3) [4]. Les Pays de la Loire deviendraient alors la quatrième région française en nombre d'habitants, devançant le Nord-Pas-de-Calais. Les Pays de la Loire feraient partie des régions connaissant la plus forte croissance à l'horizon 2040 : + 0,7 % par an contre + 0,77 % au cours de la période 1990-2007 [1].
- Cette croissance profiterait principalement à la Loire-Atlantique et à la Vendée, respectivement + 384 000 et + 236 000 habitants, soit plus des deux tiers de l'augmentation de population prévue. La Vendée aurait une population de 840 000 habitants en 2040 (+ 38 % par rapport à 2007) [4].
- Grâce à la forte fécondité observée dans la région, l'effectif des moins de vingt ans va augmenter sensiblement d'ici 2040 : + 16 % par rapport à 2007 (contre + 3 % au plan national) (fig. 3).
- Le groupe d'âge des 60 ans et plus connaîtra une progression plus forte qu'au plan national : + 83 % contre + 65 %. L'effectif des 85 ans et plus va être multiplié par 3,2 d'ici 2040 : passant de 75 000 à 246 000 personnes. L'indice de vieillissement atteindra 110 en 2040 dans les Pays de la Loire (115 au plan national) contre 66 en 2007 (fig. 3).

# Natalité, fécondité

## 1 Evolution du nombre de naissances vivantes domiciliées

Pays de la Loire (1980-2008)



Source : Etat civil (Insee)

## 2 Répartition des naissances vivantes domiciliées selon l'âge des mères

Pays de la Loire, France métropolitaine (1992-2008)

Groupe d'âge des mères	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	1992	2008	1992	2008
Moins de 20 ans	2,5 %	1,5 %	3,2 %	1,8 %
20-24 ans	22,1 %	12,3 %	21,5 %	13,5 %
25-29 ans	41,7 %	35,1 %	39,1 %	31,9 %
30-34 ans	24,5 %	32,4 %	24,8 %	31,5 %
35-39 ans	7,9 %	15,7 %	9,5 %	17,1 %
40 ans et plus	1,3 %	3,1 %	1,9 %	4,2 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>Nombre total de naissances</b>	<b>38 924</b>	<b>45 483</b>	<b>742 115</b>	<b>794 508</b>

Source : Etat civil (Insee)

## 3 Evolution de l'indicateur conjonctuel de fécondité

Pays de la Loire, France entière (1982-2008)

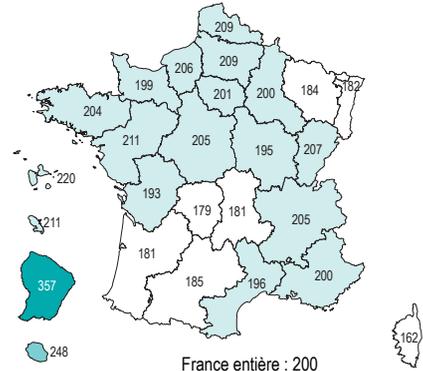
	1982	1990	1999	2008	Evol. 1982-2008
Loire-Atlantique	205	178	184	205	0,0 %
Maine-et-Loire	226	187	186	211	-6,6 %
Mayenne	211	190	206	225	6,6 %
Sarthe	195	182	184	212	8,7 %
Vendée	216	177	183	218	0,9 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>210</b>	<b>182</b>	<b>186</b>	<b>211</b>	<b>0,5 %</b>
France métropolitaine	191	178	179	199	4,2 %
France entière	nd	nd	181	200	///

Source : Etat civil (Insee) - données provisoires pour 2008

## Rang régional

La région des Pays de la Loire est la plus féconde de France métropolitaine avec un indicateur conjonctuel de fécondité de 211 enfants pour 100 femmes en 2008 (fig. 4).

## 4 Indicateur conjonctuel de fécondité (2008)



France entière : 200

Indicateur conjonctuel de fécondité

162 - 185 186 - 220 221 - 248 249 - 357

Source : Etat civil (Insee) - données provisoires fin 2010

## 5 Accouchements multiples domiciliés selon l'âge des mères

Pays de la Loire, France métropolitaine (2008)

Age des mères	Pays de la Loire	%	France métrop.	%
Moins de 25 ans	55	0,9 %	1 163	1,0 %
25-34 ans	506	1,7 %	8 210	1,6 %
35 ans et plus	193	2,3 %	3 603	2,1 %
<b>Total</b>	<b>754</b>	<b>1,7 %</b>	<b>12 976</b>	<b>1,6 %</b>

Source : Etat civil (Insee)

## 6 Naissances vivantes domiciliées selon la situation matrimoniale

Pays de la Loire, France entière (2008)

	Nombre total	% hors mariage
Loire-Atlantique	16 763	53,9 %
Maine-et-Loire	10 270	53,4 %
Mayenne	3 912	55,5 %
Sarthe	6 909	56,5 %
Vendée	7 629	55,1 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>45 483</b>	<b>54,5 %</b>
France entière	826 772	52,6 %

Source : Etat civil (Insee)

## Définitions et méthode

**Indicateur conjonctuel 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, l'ICF est calculé en effectuant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

**Naissances vivantes domiciliées** : naissances vivantes 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 du même âge.

## Contexte

- En 2008, 826 772 naissances ont été enregistrées en France, dont 796 000 environ en France métropolitaine [1]. L'accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) s'élevé pour cette même année à 286 000 personnes. La tendance à la hausse de la natalité se confirme depuis 1993, avec un pic en 2006 (829 400 naissances, niveau jamais observé depuis 1981). 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), ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme au cours de sa vie, si les taux de fécondité à chaque âge, observés l'année considérée, demeuraient inchangés. Cet indicateur est en progression, avec 200 enfants pour 100 femmes en 2008 contre 178 dix ans plus tôt [2]. Cet indicateur varie parmi les régions métropolitaines, de 162 en Corse à 211 dans les Pays de la Loire. En Guyane, cet indicateur est deux fois plus élevé que la moyenne nationale (357 enfants pour 100 femmes) [3].
- Eurostat (Direction des statistiques de l'Union européenne) estime à 5,4 millions le nombre de naissances au sein de l'Union européenne en 2008 [4]. Les Françaises ont la plus forte fécondité après les Irlandaises (210 enfants pour 100 femmes). A l'inverse la Slovaquie, la Pologne, la Roumanie, la Hongrie, le Portugal, l'Allemagne et l'Autriche présentent les plus bas niveaux de fécondité, avec moins de 140 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 diminue depuis 2004 [5].
- La structure de la fécondité a été profondément bouleversée depuis le milieu des années 1970, avec une forte baisse chez les femmes jeunes et une augmentation chez les femmes âgées de plus de 30 ans [6]. Depuis 1998, le taux de fécondité s'est cependant stabilisé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans alors qu'il continue d'augmenter (+ 37 %) chez les femmes âgées de 35 ans et plus. En 2008, l'âge moyen des mères avoisine les 30 ans [2]. Une naissance sur cinq concerne des mères

âgées de 35 ans ou plus contre seulement 11 % en 1995. Les comportements sont cependant variables selon les régions, avec une proportion de mères âgées d'au moins 35 ans de 25,8 % en Ile-de-France (33,1 % à Paris) contre 16,5 % dans le Nord-Pas-de-Calais [1].

- La proportion d'enfants de mères âgées de moins de 20 ans est parfois considérée comme un indicateur de fragilité sociale. En 2008, ce taux varie en métropole de 1,2 % en Corse, région qui a la valeur la plus basse à 3,3 % dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il atteint 14,7 % 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 [1]. Un quart à un tiers de l'augmentation des accouchements multiples est lié au recul de l'âge des mères à la naissance. De plus, 30 à 50 % des accouchements gémellaires et plus des trois quarts des accouchements triples surviendraient après traitements de la stérilité [7].
- La contribution des femmes étrangères à la natalité est supérieure à leur part dans la population : les naissances de mères étrangères représentent 12,8 % des naissances alors que la population de nationalité étrangère représente 5,8 % de la population en 2006. Les enfants qui naissent hors mariage sont maintenant majoritaires (53 % des nouveau-nés en 2008), contre seulement un sur cinq en 1985. Les variations observées sont importantes selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des départements ultramarins où trois naissances sur quatre ont lieu hors mariage [3].

Bibliographie page 204

## 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 puis en 2006 (45 900 bébés) (fig. 1). Les habitantes de la région ont mis au monde 45 500 enfants en 2008 [3].
- Les Pays de la Loire ont l'indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé en France métropolitaine (211 enfants pour 100 femmes en 2008). Cet indicateur se situe au même niveau qu'au début des années 1980. A l'intérieur de la région, les départements ont tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale, la Mayenne ayant l'indicateur le plus élevé (fig. 3).
- Dans la région comme en France, le calendrier des naissances s'est profondément modifié. En Pays de la Loire, la part des naissances de mères âgées de moins de 25 ans a ainsi chuté de 24,6 % à 13,8 % entre 1992 et 2008. La proportion de naissances concernant des mères âgées de 35 ans ou plus a doublé pendant cette période (fig. 2).
- Le pourcentage des naissances des mères âgées de moins de 20 ans (1,5 %) a été divisé par deux depuis 1981.
- La proportion d'accouchements multiples (1,7 %) est comparable à la moyenne nationale (fig. 5).

# Mortalité

## 1 Ecart d'espérance de vie hommes-femmes

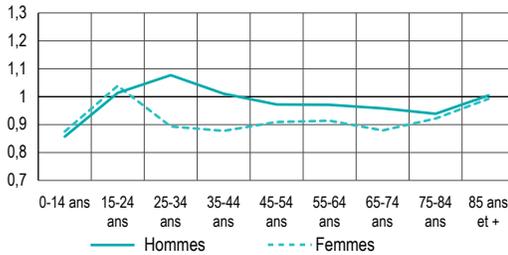
Pays de la Loire, France entière (2007)

Espérance de vie à la naissance	Pays de la Loire	France
Hommes	77,5 ans	77,4 ans
Femmes	84,9 ans	84,3 ans
différence hommes-femmes	7,4 années	6,9 années
à soixante ans		
Hommes	22,1 ans	21,9 ans
Femmes	27,2 ans	26,7 ans
différence hommes-femmes	5,1 années	4,8 années

Source : Insee

## 2 Ratio de la mortalité générale dans les Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale selon l'âge

Pays de la Loire, France entière (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

## 3 Répartition des décès selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2008)

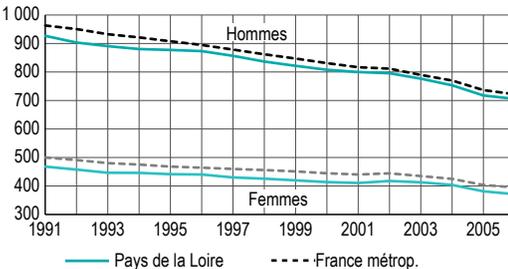
	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès	Taux de mortalité <sup>1</sup>	Nombre de décès	Taux de mortalité <sup>1</sup>
Moins d'un an	0 %	2,6	0 %	2,4
1-14 ans	0 %	0,1	0 %	0,1
15-44 ans	5 %	1,1	2 %	0,4
45-64 ans	21 %	7,2	9 %	2,9
65-74 ans	16 %	19,4	9 %	8,1
75-84 ans	30 %	51,0	26 %	27,0
85 ans et plus	27 %	176,2	53 %	133,1
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>9,0</b>	<b>100 %</b>	<b>7,9</b>

Source : Etat civil (Insee) - données domiciliées

1. Unité : pour 1 000

## 4 Evolution du taux standardisé de mortalité générale

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

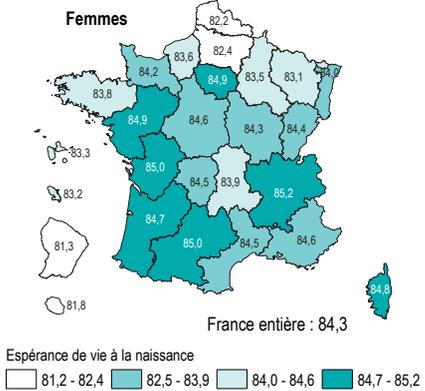
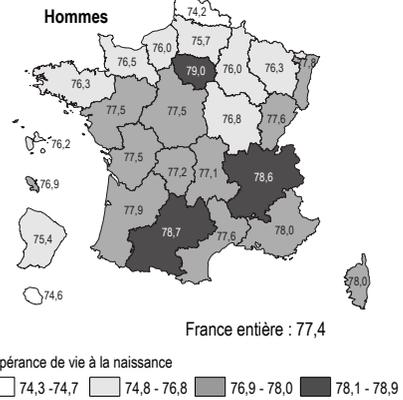
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## Rang régional

En 2007, les Pays de la Loire est l'une des régions françaises dont la longévité féminine est la plus élevée (5<sup>e</sup> rang, fig. 5). Par contre, pour les hommes, la situation est moins favorable, l'espérance de vie masculine à la naissance étant proche de la moyenne nationale.

## 5 Espérance de vie à la naissance

France entière (2007)



Source : Insee

## 6 Répartition des décès selon le lieu de survenue

Pays de la Loire (1991-2008)

	1991	2008
Domicile, logement privé	26,8 %	25,3 %
Etablissement hospitalier	48,7 %	48,9 %
Clinique privée	7,4 %	7,7 %
Hospice et maison de retraite	11,4 %	14,2 %
Voie publique ou lieu public	2,4 %	1,4 %
Autres et non précisé	3,3 %	2,5 %
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Source : Etat civil (Insee) - données enregistrées

## Définitions et méthode

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

**Taux standardisé de mortalité** : voir définition p. 28.

## Contexte

■ En France, le nombre annuel de décès est relativement stable. Depuis le début des années 1950 jusqu'en 2008, environ 530 000 personnes sont décédées chaque année alors que dans le même temps, la population métropolitaine est passée de 42 à 62 millions d'habitants et que la part des personnes âgées a fortement progressé [1]. La croissance et le vieillissement de la population française, qui auraient dû s'accompagner d'une augmentation du nombre de décès, ont été compensés par une baisse de la mortalité qui a bénéficié à chaque âge mais de façon variable selon la période. Jusqu'aux années 1960, cette baisse concernait principalement les enfants de moins d'un an. Depuis les années 1980, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges. Cette baisse concerne la plupart des causes de décès et notamment les affections cardiovasculaires [2, 3]. Conséquence de cette baisse, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter, au rythme de trois mois environ chaque année. En 2009, elle atteignait à 77,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes [1].

■ L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union européenne à 27 pays et d'un an à celle des femmes de l'ancienne Union européenne à 15 pays. Seules les Espagnoles ont une espérance de vie légèrement supérieure à celle des Françaises. En revanche, l'espérance de vie des hommes est en France juste au niveau de la moyenne des principaux pays européens. La Suède et l'Espagne figurent en tête du classement : les garçons nés en 2008 peuvent espérer y vivre plus de 79 ans [4].

■ La fréquence des décès est fortement liée à l'âge : en France, en 2008, le taux de mortalité (deux sexes) est de 3,4 ‰ avant l'âge d'un an, il diminue ensuite jusqu'à un minimum de 0,1 ‰ dans les classes d'âge 5-9 ans et 10-14 ans, il augmente ensuite de façon quasiment exponentielle pour atteindre 4,4 ‰ dans la classe d'âge 50-54 ans, 52,4 ‰ dans la classe d'âge 80-84 ans et 153,8 ‰ chez les personnes âgées de 90-94 ans [2].

■ A chaque âge, la mortalité des hommes est plus élevée que celle des femmes. C'est particulièrement vrai chez les jeunes adultes avec une surmortalité masculine qui est

alors proche de 3. Cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques, comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail notamment). En 2007, près de la moitié des femmes décédées (47 %) étaient âgées de 85 ans ou plus contre seulement 23 % des hommes. La part des décès dits prématurés (survenant avant 65 ans) est deux fois plus importante chez les hommes (27 %) que chez les femmes (13 %). Pourtant, des différences de comportement selon le genre ont tendance à se réduire, notamment en matière de tabagisme. L'écart d'espérance de vie entre sexes qui dépassait 8 ans au début des années 1990, est ainsi passé à 6,7 ans en 2009. Si les tendances actuelles se confirment, il pourrait progressivement se rapprocher des 5 ans observés dans la plupart des pays occidentaux.

■ La durée de vie varie beaucoup selon la catégorie socioprofessionnelle. Selon l'Insee, sur la période 1991-1999, les cadres et les professions libérales avaient, à 35 ans, une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle des ouvriers et de 4,5 années à celle des employés. Pour les femmes, ces différences sont nettement moins marquées, respectivement égales à 3 et 1,5 ans. Par rapport à celles observées sur la période 1983-1991, ces différences sociales de mortalité sont en augmentation chez les hommes et stables chez les femmes [5]. Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe [6, 7].

■ La France se caractérise enfin par d'importantes disparités géographiques de mortalité, qui se traduisent par une espérance de vie très différente selon les régions. Celle-ci varie en effet de 74,2 ans dans le Nord-Pas-de-Calais à 79 ans en Ile-de-France pour les hommes, et de 81,3 ans en Guyane à 85,2 ans en Rhône-Alpes pour les femmes.

■ La répartition des lieux de décès est restée pratiquement inchangée depuis dix ans. Un peu plus du quart des décès (28 %) ont lieu au domicile, 51 % dans les établissements publics de santé, 9 % dans les cliniques, et 11 % en maison de retraite. Enfin, un peu moins de 2 % des décès surviennent sur la voie publique [2].

Bibliographie page 204

23

## Pays de la Loire

■ 29 700 habitants des Pays de la Loire sont décédés en 2008 : 15 400 hommes et 14 300 femmes. Plus de la moitié des décès féminins (53 %) ont lieu après 85 ans contre seulement 27 % des décès masculins. La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 26 % chez les hommes contre seulement 12 % chez les femmes (fig. 3).

■ Comme en France, la mortalité dans la région ne cesse de reculer : entre 1991 et 2006, la diminution a atteint 24 % chez les hommes et 21 % chez les femmes (fig. 4). 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 près de 50 % au cours de cette période (voir fiche "Santé des enfants de 1 à 14 ans").

■ Depuis plusieurs décennies, la mortalité régionale est sensiblement inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes (fig. 4). L'écart de mortalité entre la région et la France tend cependant à se réduire depuis le début des années 2000, notamment chez les hommes (fig. 4). En 2005-2007, cette sous-mortalité des Ligériens concerne toutes les classes d'âge, sauf les 15-24 ans chez les femmes et les 15-44 ans chez les hommes (fig. 2).

■ Conséquence de la baisse de la mortalité, l'espérance de vie à la naissance progresse fortement. Elle est ainsi passée entre 1990 et 2007 de 73,3 à 77,5 ans pour les hommes et de 81,5 à 84,9 ans pour les femmes. Elle est actuellement très proche de la moyenne nationale chez les hommes, et parmi les plus élevées des régions françaises chez les femmes (fig. 1 et 5).

■ Un quart des décès ont lieu au domicile, près de 50 % dans les établissements de santé publics, 8 % dans les cliniques privées, et 14 % en maison de retraite. Cette répartition est relativement stable dans le temps (fig. 6).

# Pauvreté, précarité

## 1 Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté

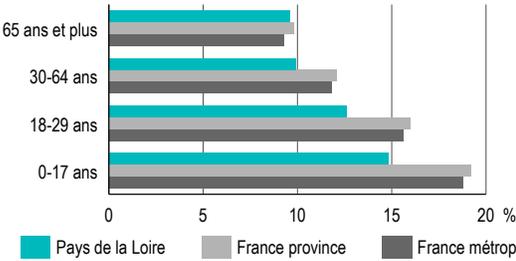
Pays de la Loire, France métropolitaine (2007)

	Taux de pauvreté (en %)	Intensité de la pauvreté (en %)	Médiane des niveaux de vie des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (en € par mois par UC)
Loire-Atlantique	10,7	16,2	761
Maine-et-Loire	11,9	15,4	768
Mayenne	12,2	15,8	765
Sarthe	11,8	16,4	760
Vendée	11,0	14,5	776
<b>Pays de la Loire</b>	<b>11,3</b>	<b>15,7</b>	<b>766</b>
France métrop.	13,4	18,1	744

Source : Revenus disponibles localisés 2007 (Insee)

## 2 Taux de pauvreté selon l'âge des individus

Pays de la Loire, France métropolitaine (2007)



Source : Revenus disponibles localisés 2007 (Insee)

## 3 Proportion d'allocataires dépendants des prestations<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France métropolitaine (2008)

	Proportion d'allocataires dépendants (en %)
Loire-Atlantique	5,7
Maine-et-Loire	5,3
Mayenne	3,9
Sarthe	5,6
Vendée	4,0
<b>Pays de la Loire</b>	<b>5,2</b>
France métropolitaine	6,7

Sources : Caf, Insee

1. allocataires dont la part des prestations dans les ressources totales est supérieure à 75 %. Les prestations comprennent les minima sociaux (RMI, API, AAH), les prestations familiales et les aides au logement (ALF, ALS, APL)

## 4 Allocataires de minima sociaux

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2008)

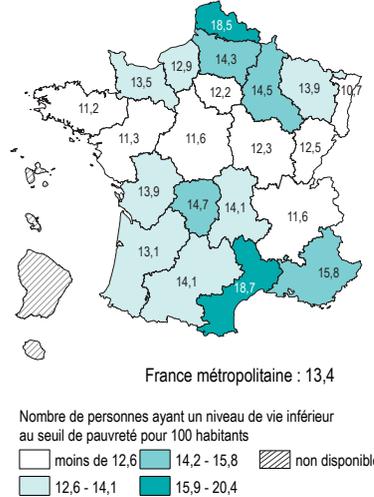
	Pays de la Loire	France métropolitaine
Revenu minimum d'insertion (RMI)	38 129	1 005 205
Alloc. adultes handicapés (AAH)	39 670	820 332
Alloc. solidarité spécifique (ASS)	11 532	299 755
Alloc. parent isolé (API)	7 106	171 938
Alloc. supplémentaire d'invalidité (ASI)	4 667	97 000
Allocation d'insertion (AI) ou Allocation temporaire d'attente (ATA)	1 021	24 023
Allocation veuvage (AV)	200	4 949
<b>Sous-total</b>	<b>102 325</b>	<b>2 423 202</b>
% pop. de 20-64 ans	5,1 %	6,6 %
Alloc. supplémentaire vieillesse (ASV) et alloc. de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	22 985	507 878
Alloc. équivalent retraite - remplacement (AER)	5 300	67 090
% pop. 60 ans et +	3,0 %	3,7 %
<b>Total</b>	<b>130 610</b>	<b>2 998 170</b>
% pop. totale	3,7 %	4,8 %

Sources : Drees, Insee

## Rang régional

Les Pays de la Loire font partie des régions métropolitaines qui ont le plus faible taux de pauvreté en 2007 (3<sup>e</sup> rang par ordre croissant, fig. 5). C'est également la région dont l'intensité de la pauvreté est la plus faible.

## 5 Taux de pauvreté (2007)



Source : Revenus disponibles localisés 2007 (Insee)

## Définitions et méthode

**Intensité de la pauvreté** : l'intensité de la pauvreté (ou "poverty gap") est un indicateur qui permet d'apprécier l'importance des écarts entre le niveau de vie de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé, plus la pauvreté est dite intense. Il est calculé de la manière suivante : (seuil de pauvreté - niveau de vie médian de la population pauvre) \* 100 / (seuil de pauvreté).

**Minima sociaux** : allocations attribuées en fonction du niveau de ressources. Avant la mise en place du Revenu de solidarité active (RSA) en juin 2009, il existait en France dix minima sociaux différents.

**Niveau de vie médian** : niveau de vie (en euros) qui partage les personnes en deux groupes de même effectif ; celles qui ont un niveau de vie inférieur à cette valeur, et celles qui ont un niveau de vie supérieur.

**Taux de pauvreté** : proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un certain seuil (ici 60 % du niveau de vie médian. En 2007, le seuil de pauvreté s'élève à 908 € par mois par unité de consommation.

**Unité de consommation** : pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différentes, on utilise une mesure du revenu corrigée par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage,
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus,
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

## Contexte

■ Les indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer l'importance et effectuer des comparaisons dans le temps et dans l'espace en matière de situations de pauvreté sont de type monétaire. Ainsi, un individu est considéré pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, ce dernier étant défini de manière relative ou absolue. La France, comme les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que les Etats-Unis ou le Canada ont une approche absolue. En termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

■ La France utilise dorénavant un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie, comme la plupart des pays européens. En 2007, le seuil de pauvreté s'établit à 908 euros par mois par "unité de consommation". A titre de comparaison, le montant du Revenu de solidarité active (RSA) en juin 2009 est de 460 euros par mois pour une personne seule [1, 2].

■ Selon cette définition, 8 millions de personnes vivent en France sous le seuil de pauvreté en 2007, soit 13,4 % de la population. La moitié de ces personnes ont un niveau de vie inférieur à 743 euros par mois. Les familles monoparentales, le plus souvent constituées d'une mère et de ses enfants, sont les plus touchées par la pauvreté : plus de 1,6 million de personnes vivant dans ces familles vivent sous le seuil de pauvreté. 30 % des personnes vivant au sein d'une famille monoparentale sont confrontées à la pauvreté, proportion 2,3 fois plus importante que dans l'ensemble de la population. De façon générale, le taux de pauvreté augmente avec le nombre d'enfants présents au sein du ménage. Les couples sans enfant sont les moins touchés : 6,7 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté en 2007 [1].

■ Le taux de pauvreté est en légère progression en France : il était de 12,7 % en 2000. On observe des disparités au sein du territoire français, le chômage, le pourcentage d'inactifs, les différences de structure sociale ou familiale étant les principales raisons de ces disparités. Dans les zones urbaines, les personnes seules ainsi que les familles monoparentales sont davantage touchées par la pauvreté, alors qu'en zone rurale, les personnes âgées sont les plus exposées. Parmi les régions de métropole, en 2006, la précarité apparaît particulièrement élevée en Corse, en Languedoc-Roussillon et dans le Nord-Pas-de-Calais, où les taux de pauvreté sont supérieurs à 18 %. En Alsace et en Ile-de-France, le taux de pauvreté est nettement moins élevé, respectivement 11 % et 12 % [3].

■ Les taux de pauvreté nationaux varient de manière importante au sein de l'Union européenne. Ils sont faibles dans les pays nordiques (10 % aux Pays-Bas, 11 % en

Suède) alors que les pays anglophones et les pays du sud de l'Europe connaissent des taux de pauvreté très élevés : 18 % en Irlande et au Portugal, 19 % au Royaume-Uni, 20 % en Grèce, en Espagne et en Italie. En Roumanie, le quart de la population vit sous le seuil de pauvreté [4].

■ Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux permet également de mesurer l'importance de la pauvreté dans une population, en référence aux dispositifs d'assistance existants. Les minima sociaux contribuent de façon significative à la réduction des inégalités de revenu, mais n'ont que peu d'impact en matière de réduction de la pauvreté monétaire, du fait des faibles montants versés [5]. Pour 6,7 % des ménages allocataires de minima sociaux, les prestations des caisses d'allocations familiales représentent au moins 75 % de leurs ressources en 2008 [6].

■ Fin 2008, 3,3 millions de personnes étaient allocataires de l'un des neuf dispositifs nationaux ou du RSO (allocation spécifique aux départements d'outre-mer bénéficiant à 12 708 personnes). En incluant les ayants droit (conjoint et enfants), on peut estimer que 6 millions de personnes bénéficient des minima sociaux en France [5, 7]. Le nombre d'allocataires a légèrement baissé entre 2006 et 2008. En revanche, la tendance s'est inversée depuis 2009.

■ Les situations extrêmes de précarité sociale que connaissent les personnes sans abri ou sans domicile stable sont plus difficiles à évaluer. L'Insee a dénombré en janvier 2001, 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 [8, 9]. Cette enquête devrait être renouvelée en 2012.

■ De nombreux travaux ont mis en évidence les liens étroits entre les situations de précarité et la santé [10]. Ces écarts sont particulièrement marqués pour les personnes vivant dans la rue dont l'espérance de vie est d'environ 45 ans [11]. Une étude de l'Observatoire du Samu social de Paris et de l'Inserm a mis en évidence une proportion élevée de troubles psychiatriques sévères au sein de cette population : les troubles psychotiques sont dix fois plus fréquents qu'en population générale et les troubles dépressifs quatre fois plus. Près d'un tiers de ces personnes présentent un trouble psychiatrique sévère, et les situations de risque suicidaire, de dépendance à l'alcool et au cannabis sont fréquentes [12].

Bibliographie page 204

## Pays de la Loire

■ En 2007, environ 400 000 Ligériens vivaient sous le seuil de pauvreté, soit 11,3 % de la population contre 13,4 % au plan national. Par ailleurs, le niveau de vie médian des ménages ligériens vivant sous le seuil de pauvreté est plus élevé que la moyenne nationale (fig. 1).

■ Au 31 décembre 2008, plus de 130 000 allocataires ligériens percevaient un des minima sociaux en vigueur. Globalement, le taux de bénéficiaires est plus faible dans la région qu'au plan national (fig. 4).

■ Dans les Pays de la Loire, la dispersion des revenus est plus faible qu'au plan national. La majorité des ménages pauvres habitent dans les villes, mais c'est en milieu rural que le taux de pauvreté est le plus élevé, en lien avec le faible niveau des retraites [13].

■ Environ 2 500 places sont disponibles dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les centres d'accueil pour demandeurs d'asile dans la région [14].



## Chapitre 2

# ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Emilie Bouquet, Sandrine David, Philippe Pépin, Dr Anne Tallec, François Tuffreau

<b>Vue d'ensemble</b>	<b>28</b>
.....	
<b>Santé des populations</b>	<b>38</b>
.....	

# Causes médicales de décès

## 1 Causes médicales de décès

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Hommes		Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 1980-2007
Code Cim 10	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	3	11	73	134	221	77	-30%
C00-D48	Tumeurs	10	120	2 821	2 328	5 279		-9%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3	3	16	36	58		-36%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4	11	129	255	399	85	-22%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement <sup>1</sup>	0	34	152	223	410		14%
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens <sup>1</sup>	4	30	167	418	619		17%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	3	66	1 056	2 671	3 796	96	-54%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	1	10	191	685	888	90	-51%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	2	36	407	305	750	106	-58%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	4	23	28		-40%
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif <sup>1</sup>	0	2	18	40	60		3%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1	0	31	173	205	87	-56%
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	41	0	0	0	41		-23%
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	19	9	14	3	46		-51%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux (...) non classés ailleurs	13	75	252	407	747	86	-46%
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	20	454	500	403	1 376	110	-45%
<b>Total toutes causes</b>		<b>126</b>	<b>863</b>	<b>5 831</b>	<b>8 104</b>	<b>14 923</b>	<b>97</b>	<b>-37%</b>

Femmes		Nombre annuel moyen de décès					ICM	Evol. 1980-2007
Code Cim 10	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	3	8	41	188	240	87	-22%
C00-D48	Tumeurs	8	119	1 374	1 981	3 482	97	-11%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	1	10	52	64		-53%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3	5	75	450	533	86	-26%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement <sup>1</sup>	0	6	50	469	525	94	28%
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens <sup>1</sup>	5	13	121	717	856	92	58%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	2	26	388	3 900	4 317	96	-59%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	1	6	72	773	852	95	-51%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	2	10	155	387	554	91	-61%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	56	57	81	-48%
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif <sup>1</sup>	0	1	18	105	123		3%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	1	21	200	222	89	-43%
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	2	0	0	2		-50%
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	28	0	0	0	28		-23%
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	15	7	8	4	34		-51%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux (...) non classés ailleurs	15	21	103	893	1 031	93	-52%
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	12	100	226	511	849		-50%
<b>Total toutes causes</b>		<b>95</b>	<b>326</b>	<b>2 663</b>	<b>10 686</b>	<b>13 770</b>	<b>95</b>	<b>-41%</b>

Sources : *Inserm CépiDc, Insee*

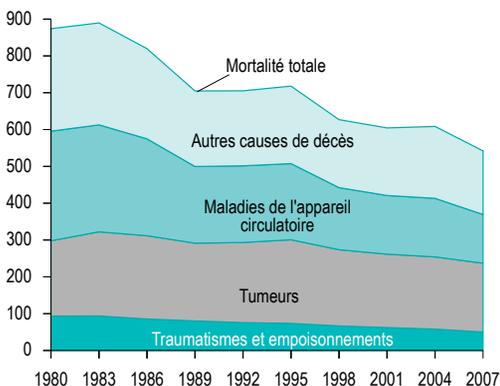
Seuls les ICM présentant une différence significative entre la région et la France sont mentionnés.

L'évolution 1980-2007 correspond à l'évolution des taux standardisés de mortalité entre les périodes 1979-1981 et 2006-2008.

1. L'augmentation constatée entre 1980 et 2007 semble essentiellement liée à l'évolution des pratiques de codage.

## 2 Evolution des taux standardisés de mortalité

Pays de la Loire (1980-2007)



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

En 2000, la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 9) utilisée depuis 1979 et qui comportait environ 6 000 codes a été remplacée par la Cim 10 (12 000 codes). La Cim 10 permet de coder des pathologies non incluses dans la Cim 9 (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 Cim 10 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 décès de 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 et méthode

**Indice comparatif de mortalité (ICM)** : cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne.

**Taux standardisé 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 européenne IARC76). Un taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

## Contexte

■ Pour chacun des 540 000 décès qui surviennent en moyenne chaque année en France, un certificat indiquant la ou 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 (OMS), 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, comme pour de nombreuses enquêtes ou systèmes de surveillance épidémiologique, la Classification internationale des maladies, dixième révision (Cim 10). Les 12 000 rubriques de cette classification sont réparties en 21 chapitres dont un consacré aux causes externes (accidents, homicides et suicides) [3]. Un chapitre permet de classer les décès pour lesquels la cause de la mort n'est pas identifiée ou est insuffisamment précise. Ainsi, un peu moins de 7 % des décès sont de cause mal définie : ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 9 % chez les plus de 85 ans. Il est également élevé pour les enfants de moins d'un an car ce chapitre inclut le syndrome de mort subite du nourrisson. Depuis vingt ans, la proportion de décès dont la cause est mal identifiée est en baisse régulière, à tous les âges [1].

■ Pour les femmes, les statistiques de causes médicales de décès reflètent principalement les problèmes de santé aux âges élevés car trois décès féminins sur quatre ont lieu après 75 ans. Ceci est moins vrai pour les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible, un peu plus de la moitié des décès masculins survenant après 75 ans [1].

■ Quatre chapitres de la Cim rassemblent près des trois quarts des décès : les tumeurs, qui sont depuis 2004 la première cause de mortalité en France, représentent 30 % du total des décès en 2008, les maladies de l'appareil circulatoire (28 % du total des décès), les morts violentes, accidents, suicides et autres causes extérieures de décès (7 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (6 %) [1].

■ Le poids relatif des principales causes de décès varie fortement selon le sexe et l'âge. Les morts violentes et accidentelles constituent la première cause de décès chez les moins de 45 ans, notamment chez les hommes (deux tiers des décès chez les hommes de 15-24 ans). Les cancers sont relativement rares avant 45 ans, mais repré-

sentent la première cause de décès pour les deux sexes entre 45 et 74 ans. Après 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès [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 cardiovasculaire est particulièrement important, avec une baisse du taux de mortalité standardisé sur l'âge de 55 % entre 1980 et 2007. Les morts violentes ont connu également une baisse très marquée (- 44 % chez les hommes et - 51 % chez les femmes), qui résulte principalement de la diminution de la mortalité liée aux chutes accidentelles jusqu'en 2000 et, depuis 2000, de la baisse de la mortalité par accident de la circulation. La mortalité par tumeur (- 17 % chez les hommes et - 11 % chez les femmes) a connu un recul moins net, avec des évolutions très variables selon la localisation considérée [1].

Une légère augmentation de la mortalité a été constatée au début des années 2000 pour les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et des organes des sens, ainsi que pour les maladies du système ostéo-articulaire. Mais cette tendance semble essentiellement liée aux évolutions des pratiques de codage et au changement de classification, ce que confirme la stabilité liée à ces causes sur la période la plus récente [1, 4].

■ Au sein de l'Europe, les principales causes de mortalité sont les mêmes qu'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 ou de l'organisation sanitaire propre à chaque pays [5].

La France connaît le plus bas niveau de mortalité cardiovasculaire des 25 pays européens, chez les hommes comme chez les femmes [6].

Pour le cancer, la France se caractérise au sein de l'Union européenne (UE) par une situation de sous-mortalité pour les femmes et une position moyenne pour les hommes [6]. Enfin, pour la mortalité accidentelle, malgré une amélioration récente, la France occupe une position intermédiaire parmi les 25 pays de l'UE. La mortalité par accident de la circulation y est notamment 1,5 à 2 fois plus importante que dans les pays les mieux placés (Pays-Bas, Islande, Suède) [6].

Bibliographie page 205

## Pays de la Loire

■ 29 000 Ligériens sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2005-2007, dont environ 15 000 hommes et 14 000 femmes. Les tumeurs (31 % des décès), les maladies cardiovasculaires (28 %), les accidents et autres morts violentes (8 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (6 %) constituent, comme en France, les quatre principales causes de décès (fig. 1).

■ 78 % des décès féminins sont survenus au-delà de 75 ans, contre 54 % des décès masculins (fig. 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 (Cim 10) (fig. 1).

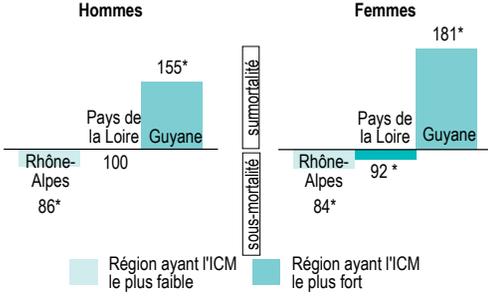
■ La mortalité masculine est légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 3 %). Mais l'analyse par groupe de causes montre une situation moins homogène que pour les femmes. La région présente notamment une surmortalité masculine pour les accidents et autres morts violentes (+ 10 %), ainsi que pour les maladies de l'appareil digestif (+ 6 %) (fig. 1).

■ Depuis le début des années 1980, la mortalité a connu, dans la région comme en France, un recul considérable (- 37 % pour les hommes et - 41 % 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 entre 40 et 50 % pour les traumatismes, les maladies du sang, les infections de la peau et les maladies de l'appareil génito-urinaire. Elle atteint ou dépasse 50 % pour les affections de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, les complications de grossesse et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (fig. 2).

# Mortalité prématurée

## 1 Indices comparatifs de mortalité prématurée

France entière (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

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

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble des tumeurs	1 544	38 %	824	48 %
dont : - cancer du poumon	475	12 %	130	8 %
- cancers des VADS <sup>1</sup> et de l'œsophage	223	6 %	30	2 %
- cancer du côlon-rectum	110	3 %	70	4 %
- cancer du sein	3	0 %	243	14 %
- cancer de l'utérus	///	///	39	2 %
Traumatismes et empoisonnements	829	21 %	254	15 %
dont : - accident de la circulation	183	5 %	55	3 %
- accident de la vie courante <sup>2</sup>	216	5 %	65	4 %
- suicide	402	10 %	121	7 %
Maladies de l'appareil circulatoire	528	13 %	157	9 %
dont : - cardiopathies ischémiques	217	5 %	30	2 %
- mal. vasculaires cérébrales	101	3 %	47	3 %
Pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool <sup>3</sup>	320	8 %	87	5 %
Sida	13	0 %	6	0 %
Autres causes	807	20 %	381	22 %
<b>Toutes causes</b>	<b>4 041</b>	<b>100 %</b>	<b>1 710</b>	<b>100 %</b>

Source : Inserm CépiDc

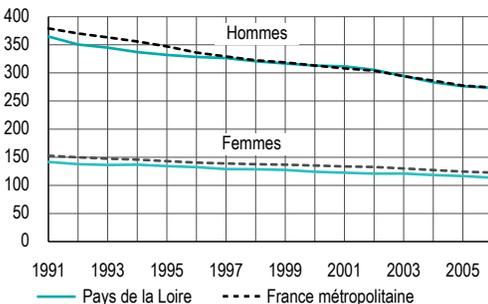
1. VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx)

2. regroupe : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, autres (pour plus de précisions voir la fiche "Accidents")

3. 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 standardisé de mortalité prématurée

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

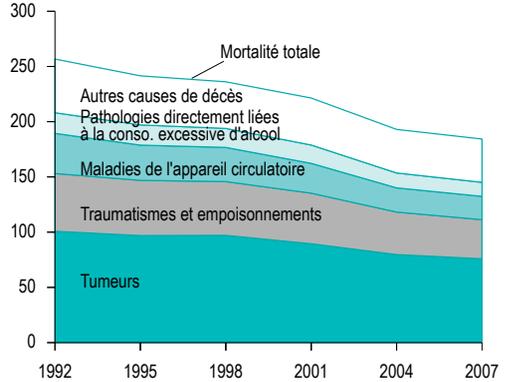
## Rang régional

Les Pays de la Loire font partie des cinq régions ayant les plus faibles taux standardisés de mortalité prématurée chez les femmes.

La mortalité prématurée chez les hommes est proche de la moyenne nationale.

## 4 Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée

Pays de la Loire (1992-2007)

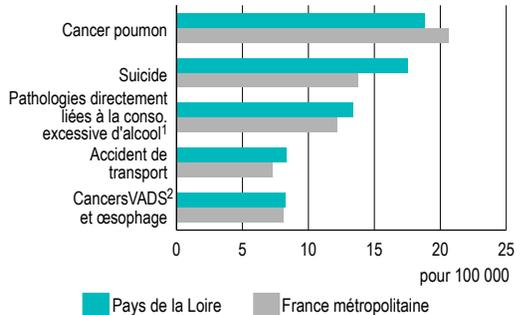


Sources : Inserm CépiDc, Insee

Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 5 Taux standardisés de mortalité prématurée pour les principales causes de décès évitables

Pays de la Loire, France métrop. (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

2. VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx)

## Définitions et méthode

**ICM** : Indice comparatif de mortalité.

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

**Mortalité prématurée évitable** : 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 pratiques de prévention primaire" 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 standardisé de mortalité et indice comparatif de mortalité** : voir définitions p. 28.

## Contexte

- 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 2007, un peu plus de la moitié des personnes décédées en France (52 %) étaient âgées de 80 ans ou plus. Les statistiques des causes médicales de décès reflètent donc de plus en plus la mortalité aux 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 survenue du décès avant l'âge de 65 ans. En 2007, près de 108 000 personnes sont décédées avant 65 ans en France métropolitaine, ce qui représente près de 21 % du nombre total de décès. La part des décès prématurés est beaucoup plus élevée chez les hommes (28 % du nombre total de décès) que chez les femmes (14 %) [1].
- Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont, chez les hommes, le cancer du poumon (12 %), le suicide (8 %) et l'alcoolisme (7 %) qui regroupe la cirrhose du foie, alcoolique ou non précisée, et les psychoses alcooliques. Chez les femmes, ce sont le cancer du sein (12 %), le cancer du poumon (8 %) et le suicide (6 %).
- La mortalité prématurée connaît une évolution favorable en France : entre 1991 et 2006, le taux standardisé de mortalité prématurée a diminué de 28 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes [1].
- Pourtant la situation nationale reste défavorable dans le contexte européen. Au sein de l'ancienne Union européenne (UE) des 15, la France se situe parmi les pays les plus mal placés pour la mortalité prématurée des hommes, et tout juste dans la moyenne pour la mortalité prématurée des femmes. Depuis l'élargissement de l'Union à 27 pays, la situation relative de la France s'est améliorée car les nouveaux entrants du Nord et de l'Est de l'Europe occupent les positions les moins avantageuses, avec des niveaux de mortalité prématurée très élevés pour les deux sexes.

- La place de la France dans le classement européen varie toutefois selon la cause étudiée. Ainsi, la France a le plus faible taux de mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire de l'UE des 27, mais sa position est médiane pour les cancers et pour les morts violentes. Elle présente en particulier une situation défavorable pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et du poumon, notamment liés à la consommation de tabac.
- Les disparités géographiques en matière de mortalité prématurée sont également marquées à l'intérieur du territoire national. Le Nord-Pas-de-Calais est la région où la mortalité prématurée est la plus élevée, pour les hommes comme pour les femmes [1].
- Parmi les décès survenant avant 65 ans, une grande partie pourrait être évitée par une modification de certains comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduite dangereuse...). Une liste des causes de décès prématurés "évitables" est utilisée depuis 1994 dans les rapports sur la santé en France du Haut conseil de la santé publique. Elle comprend une partie des décès imputables au tabac et à l'alcool (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, psychose alcoolique et cirrhose du foie, alcoolique ou de cause non précisée), les décès par accident de la circulation, chute ou suicide, et les décès dus au sida [2, 3]. Selon cette définition, 27 600 décès masculins et 8 100 décès féminins survenus avant 65 ans auraient pu être évités en 2006.
- Ces niveaux élevés de mortalité prématurée évitable mettent en évidence les insuffisances des politiques de prévention en France : même si ces taux de décès ont diminué entre 1990 et 2006, plus nettement chez les hommes (- 33 %) que chez les femmes (- 17 %), la situation de la France en Europe reste défavorable notamment pour les hommes. En 2006, parmi les 27 pays européens, la France présente en effet le taux de mortalité prématurée évitable masculin le plus élevé après les pays de l'Est, les Pays baltes, le Portugal et la Finlande. Le taux français est ainsi 20 % plus élevé que celui du Royaume-Uni [3].

Bibliographie page 205

31

## Pays de la Loire

- Environ 5 800 décès prématurés ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 dans la région, 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).
- Les tumeurs constituent la première cause de mortalité prématurée : elles sont à l'origine de 38 % des décès masculins et de 48 % des décès féminins survenus avant 65 ans. Les localisations cancéreuses les plus fréquemment en cause sont le poumon (12 % des décès prématurés masculins) et les voies aérodigestives supérieures et l'œsophage (6 %) chez les hommes, et le cancer du sein chez les femmes (14 % des décès prématurés féminins). Les traumatismes et empoisonnements ("morts violentes") représentent 21 % des décès prématurés masculins et 15 % des décès prématurés féminins. Les suicides en sont l'origine la plus fréquente (respectivement 10 % et 7 %), devant les accidents de la circulation et les accidents de la vie courante. Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de 12 % des décès avant 65 ans (13 % chez les hommes, 9 % chez les femmes), constituent la 3<sup>e</sup> cause de mortalité prématurée (fig. 2).
- Environ 2 100 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables, et près de 80 % concernent des hommes. Pour la plupart des causes de décès évitables, les taux standardisés régionaux de mortalité prématurée sont supérieurs aux taux nationaux (fig. 5).
- Comme en France, la mortalité prématurée dans la région diminue fortement : - 25 % chez les hommes et - 20 % chez les femmes depuis le début des années 1990 (fig. 3). 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 (poumon notamment).
- Depuis la fin des années 1990, la mortalité prématurée des hommes de la région est proche de la moyenne nationale. En revanche, elle reste inférieure à cette moyenne chez les femmes (- 8 % en 2005-2007) (fig. 1).

## 1 Motifs d'admission en affection de longue durée exonérante par les trois principaux régimes d'assurance maladie

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Hommes	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges	
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	14	71	550	424	1 058	3,1 %
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	3	4	30	30	67	< 1 %
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	1	60	1 243	612	1 915	5,7 %
4 Bilharziose compliquée	0	0	0	0	0	< 1 %
5 Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	76	117	1 405	1 507	3 104	9,2 %
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	5	143	519	53	720	2,1 %
7 Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	20	82	48	1	151	< 1 %
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	51	376	3 666	862	4 955	14,6 %
9 Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	116	149	229	73	569	1,7 %
10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constit. et acquises sévères	4	5	1	1	11	< 1 %
11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	15	16	30	12	72	< 1 %
12 Hypertension artérielle sévère	1	65	1 654	843	2 564	7,6 %
13 Maladie coronaire	0	194	2 344	864	3 403	10,0 %
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	54	44	453	309	860	2,5 %
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	2	166	710	878	2,6 %
16 Maladie de Parkinson	0	5	181	224	412	1,2 %
17 Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	34	56	106	9	205	< 1 %
18 Mucoviscidose	4	1	0	0	6	< 1 %
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	23	50	151	148	372	1,1 %
20 Paraplégie	7	22	30	7	66	< 1 %
21 PAN, LED <sup>1</sup> et sclérodémie généralisée évolutive	1	12	23	7	42	< 1 %
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	7	52	188	63	310	< 1 %
23 Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	276	871	692	117	1 956	5,8 %
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	9	138	57	9	213	< 1 %
25 Sclérose en plaques	0	43	25	1	69	< 1 %
26 Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	13	10	0	0	23	< 1 %
27 Spondylarthrite ankylosante grave	2	105	70	8	185	< 1 %
28 Suite de transplantation d'organe	1	4	9	1	15	< 1 %
29 Tuberculose active, lèpre	5	40	39	14	98	< 1 %
30 Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	56	483	6 331	2 726	9 598	28,3 %
<b>Total</b>	<b>797</b>	<b>3 220</b>	<b>20 241</b>	<b>9 631</b>	<b>33 899</b>	<b>100,0 %</b>

Femmes	0-14	15-44	45-74	75 ans	Tous âges	
	ans	ans	ans	et plus	Effectif	%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	14	56	309	594	974	3,4 %
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2	6	23	31	62	< 1 %
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	2	28	313	584	927	3,2 %
4 Bilharziose compliquée	0	0	0	0	0	< 1 %
5 Insuf. card., tbles rythme, cardiopath. valv., cardiopath. congén. graves	65	61	665	1 799	2 590	9,1 %
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	6	77	225	41	348	1,2 %
7 Déficit immunitaire primitif grave nécessitant trait. prolongé, infection VIH	16	56	14	0	86	< 1 %
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	48	288	2 371	1 023	3 730	13,0 %
9 Forme grave des aff. neurologiques et musculaires, épilepsie grave	78	141	182	76	478	1,7 %
10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constit. et acquises sévères	8	5	2	2	16	< 1 %
11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	6	24	30	9	68	< 1 %
12 Hypertension artérielle sévère	3	56	1 300	1 512	2 870	10,0 %
13 Maladie coronaire	0	41	693	891	1 625	5,7 %
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	24	59	268	282	633	2,2 %
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	241	1 808	2 051	7,2 %
16 Maladie de Parkinson	0	1	142	230	373	1,3 %
17 Maladies métaboliques héréditaires néc. traitement prolongé spécialisé	30	37	69	13	149	< 1 %
18 Mucoviscidose	4	0	0	0	5	< 1 %
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	10	38	103	152	304	1,1 %
20 Paraplégie	4	12	19	7	42	< 1 %
21 PAN, LED <sup>1</sup> et sclérodémie généralisée évolutive	2	57	68	28	155	< 1 %
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	17	105	331	120	573	2,0 %
23 Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	139	764	1 003	359	2 266	7,9 %
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	4	180	60	10	255	< 1 %
25 Sclérose en plaques	0	115	62	1	178	< 1 %
26 Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	77	24	1	0	110	< 1 %
27 Spondylarthrite ankylosante grave	0	85	53	3	141	< 1 %
28 Suite de transplantation d'organe	0	1	5	0	7	< 1 %
29 Tuberculose active, lèpre	4	36	29	19	88	< 1 %
30 Tumeurs malignes, aff. malignes tissu lymphatique ou hématopoïétique	45	831	4 589	2 032	7 500	26,2 %
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>3 189</b>	<b>13 166</b>	<b>11 627</b>	<b>28 605</b>	<b>100,0 %</b>

Sources : *Cnamts, CCMSA, RSI*

1. PAN, LED : Périartérite noueuse, Lupus érythémateux aigu disséminé

Le total "tous âges" n'est pas égal à la somme des effectifs par âge car l'âge n'est pas toujours renseigné.

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

Le nombre de personnes admises en affection de longue durée exonérante 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, englobant la prise en charge de la nouvelle affection (exemple : patient initialement exonéré pour diabète et développant une hypertension artérielle),
- 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.

**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. Actuellement, les durées d'attribution du bénéfice d'une ALD exonérante sont de 5 ans pour la plupart des pathologies.

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).

**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 hémiplegie par exemple).

## Contexte

■ Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin, en affection de longue durée (ALD). L'admission en ALD est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Certaines ALD sont dites exonérantes. Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %). Une liste d'affections exonérantes, actuellement au nombre de trente (ALD<sub>30</sub>), est définie par décret. Une admission en ALD exonérante peut également être acceptée pour des affections hors liste (ALD n°31) ou en cas de polyopathie invalidante (ALD n°32). Un protocole de soins est établi pour chacun de ces patients par le médecin traitant, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé.

■ 1,3 million de personnes résidant en France métropolitaine ont été admises en ALD<sub>30</sub>, au cours de l'année 2007, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population [1, 2].

■ Pour le seul régime général (88 % de la population), le nombre total de personnes en ALD atteint 8,6 millions fin 2009 en France entière (dont 8,3 millions en ALD<sub>30</sub>). Cela correspond à 15 % de la population protégée par ce régime (dont 14,4 % en ALD<sub>30</sub>) [3].

■ Le taux de personnes en ALD croît fortement avec l'âge. Il passe ainsi de moins de 2 % avant 5 ans à plus de 75 % au-delà de 90 ans pour les bénéficiaires du régime général. A partir de 50 ans, le taux masculin devient nettement supérieur au taux féminin [4].

■ Quatre groupes d'affections représentent plus de 75 % des admissions en ALD<sub>30</sub>. Les affections cardiovasculaires sont les plus fréquentes. Le régime général compte 2,8 millions de personnes en ALD pour ce motif fin 2008, ce qui correspond à 4,9 % de ses assurés. Les tumeurs malignes sont la deuxième cause d'ALD, avec

1,7 million d'assurés concernés (3 %). Viennent ensuite le diabète (1,6 million d'assurés, 2,9 %), puis les affections psychiatriques (950 000, 1,7 %) [4].

■ D'importantes disparités existent entre les départements. Ainsi en 2004, le taux de personnes en ALD<sub>30</sub> au régime général varie de 9,5 % à 16,6 %, les taux les plus élevés étant observés dans les départements d'outre-mer et du Sud-Est de la France [5].

■ La proportion de personnes protégées par le régime général en ALD<sub>30</sub> est en forte progression. D'environ 8 % en 1994, elle est passée à 11,9 % en 2004 et atteignait 14,4 % en 2009.

De multiples facteurs peuvent expliquer cette croissance : augmentation et vieillissement de la population, amélioration des traitements et de la prise en charge, développement du dépistage, incidence croissante de certaines affections comme le diabète, modification des modalités de rétribution des médecins pour le suivi des patients en ALD, diminution des durées d'exonération...

Toutefois, entre 2005 et 2009, la progression annuelle du nombre de personnes en ALD<sub>30</sub> apparaît moins marquée (+ 3,9 %) qu'entre 1994 et 2004 (+ 5,7 %). Ce ralentissement peut être rapproché d'un encadrement plus important de ce dispositif au cours des années récentes [4, 6, 7].

■ Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge des personnes en ALD (consommation de soins et biens médicaux, tous régimes) sont estimées à près de 78 milliards d'euros en 2009. Cela représente 59 % des dépenses totales de remboursement de la branche "maladie" (44 % en 2002). L'augmentation de ces dépenses, 8,5 % en moyenne par an depuis 2002, constitue la principale contribution à la hausse de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie [8]. La progression des dépenses d'ALD est davantage liée à la hausse rapide du nombre de patients en ALD qu'à une augmentation du coût des soins pour ces affections [9].

Bibliographie page 205

33

## Pays de la Loire

■ Environ 65 000 Ligériens ont été admis en ALD<sub>30</sub> en 2007 par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population régionale. Cet effectif a augmenté d'environ 20 % depuis l'année 2000, où 54 000 admissions avaient été prononcées [1, 10].

■ Les maladies cardiovasculaires (34 % de l'ensemble des motifs), les tumeurs malignes (27 %), le diabète (14 %) et les affections psychiatriques (7 %) constituent les quatre principaux motifs d'admission sur la période 2005-2007 (fig. 1).

■ La fréquence des admissions en ALD<sub>30</sub>, à structure d'âge comparable, est inférieure de 8 % à la moyenne nationale sur la période 2005-2007. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les maladies cardiovasculaires (- 10 %), les affections psychiatriques (- 20 %) et le diabète (- 14 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancer est supérieure de 5 % à la moyenne nationale [1]. 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, de 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.

■ Des données régionales concernant le nombre total de personnes en ALD (prévalence) sont désormais disponibles pour le régime général, qui couvre environ 84 % de la population régionale. Fin 2009, environ 100 000 Ligériens bénéficiaires de ce régime étaient en ALD pour tumeur maligne (soit environ 3,5 % du nombre total des bénéficiaires), 77 000 pour diabète et 47 500 pour affection psychiatrique. Les maladies cardiovasculaires constituent le groupe d'affections le plus fréquent, avec 45 000 assurés du régime général en ALD pour maladie coronaire, 43 500 pour hypertension artérielle sévère, 31 000 pour insuffisance cardiaque grave, 21 200 pour artériopathies chroniques et 13 100 pour accident vasculaire cérébral invalidant [2, 3].

## 1 Nombre de séjours dans les services de MCO selon le diagnostic principal

Pays de la Loire (2007)

Hommes		0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total	ICH <sup>1</sup>
Code Cim 10	Diagnostic principal d'hospitalisation						
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 858	1 105	1 595	902	5 460	81
C00-D48	Tumeurs	666	3 489	28 018	9 580	41 753	111
C00-C97	dont tumeurs malignes	94	1 103	15 881	7 067	24 145	104
D50-D89	Mal. sang et org. hématol., certains troubles du syst. immunitaire	456	372	1 555	1 174	3 557	90
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	969	1 304	3 448	1 172	6 893	83
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement <sup>1</sup>	402	3 986	3 693	1 259	9 341	103
G00-G99	Maladies du système nerveux	655	3 610	7 455	2 457	14 177	98
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	823	742	8 169	8 196	17 932	102
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	6 008	774	942	187	7 911	161
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	296	3 321	21 353	13 835	38 804	87
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	8 784	3 126	5 813	5 179	22 903	93
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	4 240	16 905	23 642	6 918	51 705	96
K00-K08	dont maladies des dents et du parodontite	1 670	8 192	1 561	414	11 837	148
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	777	2 912	1 844	705	6 238	90
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	809	8 612	14 045	3 424	26 890	104
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 084	3 299	8 989	3 236	18 608	82
O00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	4 968	0	0	0	4 968	84
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2 847	596	271	54	3 769	99
R00-R99	Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	3 527	4 155	11 203	5 923	24 808	89
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	4 230	15 118	9 608	3 520	32 477	96
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins <sup>2</sup>	6 154	10 051	30 559	7 731	54 497	85
<b>Total<sup>2</sup></b>		<b>51 554</b>	<b>83 482</b>	<b>182 209</b>	<b>75 453</b>	<b>392 699</b>	<b>95</b>

Femmes		0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total	ICH <sup>1</sup>
Code Cim 10	Diagnostic principal d'hospitalisation						
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 504	954	1 066	1 221	4 745	79
C00-D48	Tumeurs	688	6 077	21 727	7 700	36 192	106
C00-C97	dont tumeurs malignes	132	1 694	9 753	5 422	17 001	102
D50-D89	Mal. sang et org. hématol., certains troubles du syst. immunitaire	326	559	1 376	1 674	3 935	83
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1 014	2 555	4 116	1 798	9 483	80
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement <sup>1</sup>	489	2 564	2 501	2 266	7 820	88
G00-G99	Maladies du système nerveux	558	3 948	7 732	3 285	15 523	97
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	812	829	10 946	14 515	27 103	109
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	4 384	816	976	313	6 489	149
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	257	3 300	11 355	14 823	29 737	89
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	6 333	2 562	3 413	5 147	17 455	93
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	3 719	18 506	19 482	7 680	49 387	90
K00-K08	dont maladies des dents et du parodontite	1 991	9 718	1 240	412	13 361	145
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	622	2 044	1 542	997	5 205	88
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	726	5 755	16 267	6 424	29 172	96
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	892	9 363	10 557	2 817	23 629	91
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	51	66 691	161	0	66 904	81
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	4 096	0	0	0	4 096	81
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 685	781	458	86	3 012	99
R00-R99	Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	3 074	5 075	8 487	6 822	23 458	85
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	2 687	6 000	8 025	8 831	25 543	90
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins <sup>2</sup>	4 925	17 568	25 623	7 477	55 594	84
<b>Total<sup>2</sup></b>		<b>38 842</b>	<b>155 951</b>	<b>155 814</b>	<b>93 877</b>	<b>444 490</b>	<b>93</b>

Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées, Insee

1. 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.
2. Les séjours des **nouveau-nés** "bien portants" et ceux pour **séances** (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs) ne sont pas comptabilisés dans ces tableaux.
3. Seuls les **ICH** présentant une différence significative entre la région et la France métropolitaine sont mentionnés.

### 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 dénombrent 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 l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (Cim 10), 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 et méthode

**Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** : cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés 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 standardisé de séjours** : taux d'hospitalisation en services de MCO 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<sup>er</sup> janvier 1990). Un taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

## Contexte

■ Selon les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 16,3 millions de séjours hospitaliers ont été dénombrés dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé français (hors séances et séjours de nouveau-nés bien portants) [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. 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.

Pour les hommes, le motif de séjour "autre qu'une maladie ou un traumatisme" (motif lié à la réalisation d'un examen ou d'actes médicaux et soins spécifiques, à la reproduction, à des antécédents personnels ou familiaux...) constitue le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent (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" (14 %). Les maladies de l'appareil digestif arrivent en troisième position (11 %), suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire (7 %) [1].

■ Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les taux de séjours les plus élevés sont les jeunes enfants et les personnes âgées. Le taux de séjours des enfants de

moins d'un an est de 520 hospitalisations pour 1 000 habitants en 2007 (non compris les séjours de nouveau-nés bien portants). Celui des personnes âgées de plus de 75 ans s'élève à 612 hospitalisations pour 1 000 habitants (voir fiche "Soins hospitaliers en services de MCO").

■ Avant l'âge d'un an, les affections d'origine périnatale prédominent (46 % des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (12 %), bronchites et bronchiolites notamment.

Entre 1 et 14 ans, 17 % des séjours sont liés aux maladies de l'appareil respiratoire, 12 % aux lésions traumatiques et empoisonnements et 10 % 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, 41 % des séjours sont liés à la grossesse et 11 % aux maladies digestives.

Pour les 45-74 ans, les maladies de l'appareil digestif représentent le diagnostic principal de 14 % des séjours, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 12 et 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 maladies de l'appareil digestif (9 %) et les tumeurs (9 %) [1].

Voir fiche "Soins hospitaliers en services de MCO"

Bibliographie page 205

## 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 2007 (fig. 1).

■ A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services de la population régionale est inférieur de 5 % à la moyenne nationale en 2007 pour les hommes, et de 7 % pour les femmes (fig. 1). Cette situation concerne pratiquement toutes les classes d'âge, sauf les enfants âgés de 1 à 14 ans (voir fiche "Soins hospitaliers en services de MCO").

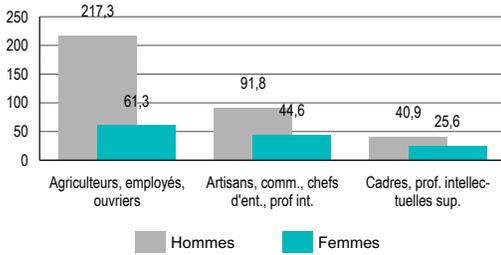
■ Cette moindre fréquence des séjours hospitaliers de Ligériens se retrouve pour la plupart des 21 chapitres de la Classification internationale des maladies (Cim 10). Pour les maladies infectieuses, les maladies endocriniennes, les affections d'origine périnatale et les "motifs autres qu'une maladie ou un traumatisme", les hospitalisations dans la région sont inférieures de plus de 15 % à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes (fig. 1).

■ Pour les affections de l'oreille, les hospitalisations sont supérieures dans la région de 61 % pour les hommes, et de 49 % pour les femmes, par rapport à la moyenne nationale. En ce qui concerne les séjours hospitaliers ayant comme diagnostic principal des maladies des dents et du parodonte, la fréquence des séjours est supérieure de plus de 48 % à la moyenne nationale pour les hommes, et de 45 % pour les femmes (fig. 1).

# Inégalités sociales de santé

## 1 Taux standardisé<sup>1</sup> de mortalité des 25-54 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

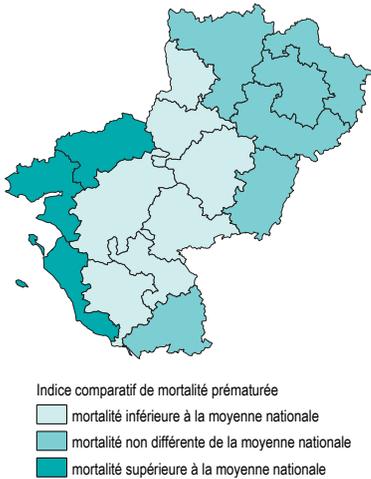
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee RP2007  
1. taux standardisés sur la population européenne IARC76  
Unité : pour 100 000 habitants

## 2 Indice comparatif de mortalité prématurée par zone d'emploi

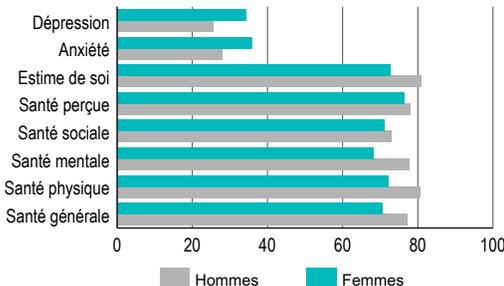
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

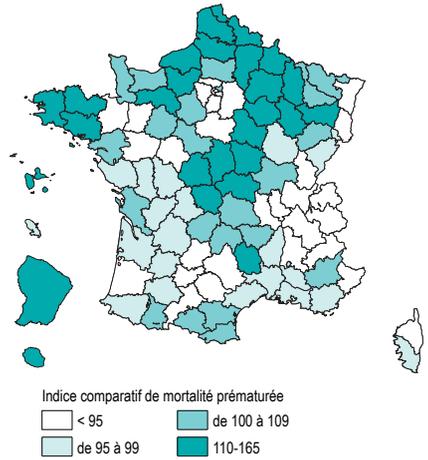
## 3 Score moyen à l'échelle de Duke chez les 15-25 ans selon le sexe

Pays de la Loire (2010)



Source : Baromètre santé jeunes 2010. ORS, Inpes

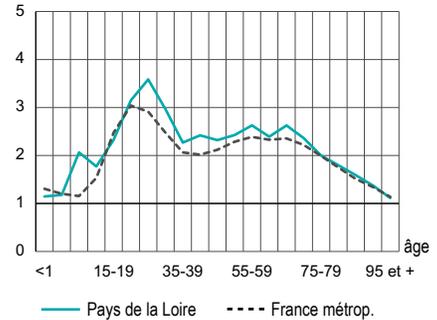
## 4 Indice comparatif de mortalité prématurée (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

## 5 Ratio de surmortalité masculine selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Note de lecture : parmi les Ligériens âgés de 25 à 29 ans, on dénombre 3,6 fois plus de décès masculins que de décès féminins.

### Définitions et méthode

**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), sauf pour les scores d'anxiété et de dépression pour lesquels 0 correspond à une qualité de vie optimale.

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

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

**Taux standardisé de mortalité et indice comparatif de mortalité** : voir définitions p. 28.

## Contexte

■ Louis-René Villermer, médecin et sociologue français, a établi dès 1830, sur la base d'analyses statistiques, les écarts importants existants en matière de mortalité entre groupes sociaux [1]. Depuis, les conditions de vie se sont considérablement améliorées et la médecine est devenue efficace, ou a gagné en efficacité, pour combattre de nombreuses maladies, mais le constat porté il y a près de deux siècles reste d'actualité. De nombreuses publications académiques témoignent d'importantes différences d'espérance de vie selon le groupe social, en France comme à l'étranger.

■ En 2000-2008, les écarts d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers atteignent 6,3 années chez les hommes contre trois ans chez les femmes. Toutes les catégories sociales ont bénéficié de l'augmentation de l'espérance de vie au cours de la période 1976-1984/2000-2008, mais les écarts d'espérance de vie entre ouvriers et cadres masculins se sont légèrement accrus (de 6 à 6,3 ans) [2]. Pour les hommes, la France a le taux de surmortalité des travailleurs manuels âgés de 45 à 59 ans le plus élevé, 1,7 fois supérieur à celui des travailleurs non manuels, contre 1,4 dans la plupart des autres pays d'Europe [3].

■ De nombreux travaux scientifiques ont été conduits depuis plusieurs décennies pour essayer d'identifier les principaux facteurs susceptibles d'expliquer ces écarts. Pour Wilkinson, dans les pays à niveau de richesse comparable, les différences d'accès aux soins ne sont pas le déterminant principal de ces disparités. Ainsi, en Angleterre, où l'accès aux soins est gratuit, les recours aux soins des groupes les moins favorisés, qui ont une mortalité plus élevée, sont plus fréquents que ceux des personnes en haut de l'échelle sociale. L'influence des inégalités de revenus est en revanche déterminante, les pays dans lesquels les inégalités de revenus sont les plus marquées étant aussi ceux qui ont les inégalités de santé les plus prononcées [4, 5]. Ces résultats font cependant débat [6].

■ Jusot a exploré de manière approfondie l'effet continu du revenu sur la santé, le revenu étant considéré comme le reflet du rang de l'individu dans la société, au-delà du montant des ressources disponibles. Selon l'auteur, le lien étroit revenu/santé s'interprète comme un impact de la position sociale sur le risque de décès. Un statut subalterne dans la société expose en effet les personnes concernées à un risque de mortalité accru, notamment en lien avec les effets pathogènes du stress induit par la hiérarchie et du manque d'autonomie dans le travail [7].

■ Les habitudes de vie (tabagisme, nutrition, consommation excessive d'alcool...) sont fortement corrélées avec l'appartenance sociale, ce qui expliquerait les inégalités

de santé observées. Mais l'analyse par les facteurs de risque est insuffisante car elle n'explique pas l'origine des différences d'habitude de vie. Ainsi, alors que les causes de mortalité ont profondément changé tout au long du 20<sup>e</sup> siècle, les écarts d'espérance de vie selon les groupes sociaux ont persisté, voire se sont accrus [8].

■ L'hétérogénéité de l'état de santé des populations se mesure également à travers les disparités spatiales. Sur le plan géographique, l'espace national français est traversé par de fortes oppositions [9], qui 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 [10].

■ Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, quelle que soit leur catégorie sociale [2]. Elles ont pourtant des scores de "santé ressentie" inférieurs à ceux des hommes [11]. Ces disparités ont de multiples causes. Il a été démontré que les habitudes de vie et d'exposition aux risques professionnels diffèrent entre hommes et femmes, ce qui explique en partie ces écarts. Par ailleurs, la physiologie qui rythme la vie des femmes (cycle menstruel, maternité...), conditionne leur rapport à la santé. Hommes et femmes ont également des expériences corporelles et sociales profondément différentes, en lien avec certains stéréotypes sociaux : modèle de comportement orienté vers la séduction et une plus grande attention au corps et à la santé pour les femmes, et modèle porté vers la compétition et la prise de risque pour les hommes.

■ Face à ces constats, les politiques de réduction des inégalités de santé apparaissent relativement timides, peut-être à cause de leur caractère "invisible", puisque ces écarts ne sont révélés que par l'analyse des statistiques de santé [12]. Par ailleurs, les quelques pays qui ont conduit des programmes dans ce domaine n'obtiennent pas toujours les résultats escomptés [13]. Le plan norvégien de réduction des inégalités sociales de santé veut agir non seulement sur les services de santé mais également sur les autres facteurs constitutifs des inégalités sociales de santé (prise en charge de la petite enfance, accès à l'éducation...) [14]. Plusieurs programmes européens ont également vu le jour (Closing the Gap, Determine) [15].

■ L'expérience française est marquée quant à elle par l'absence de politique explicite de lutte contre les inégalités de santé [6], même si la loi relative à la politique de santé publique de 2004 [16] en fait une de ses priorités, l'accent ayant été essentiellement mis jusqu'à présent sur les questions relatives à l'accès aux soins des plus démunis [3].

Bibliographie page 205

## Pays de la Loire

■ En 2005-2007, le taux standardisé de mortalité chez les hommes de 25-54 ans est 5,3 fois plus élevé pour les agriculteurs-employés-ouvriers que pour les cadres et professions intellectuelles (fig. 1).

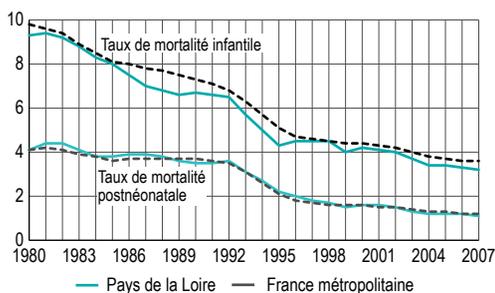
■ Trois zones d'emploi présentent une mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale : Saint-Nazaire, Châteaubriant et Vendée-Ouest. Sept zones d'emploi connaissent une situation de sous-mortalité prématurée : Nantes, Angers, Choletais, Laval, Segréen-Sud-Mayenne, La Roche-sur-Yon et Vendée-Est (fig. 2).

■ Parmi les Ligériens âgés de 25-29 ans, les décès masculins sont 3,6 fois plus nombreux que les décès féminins (fig. 5).

■ Quel que soit le score de santé étudié, les jeunes hommes de la région déclarent en moyenne une meilleure qualité de vie que les jeunes femmes (fig. 3).

## 1 Evolution de la mortalité infantile

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980-2007)



Source : Etat civil (Insee)

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

## 2 Composantes de la mortalité infantile

Pays de la Loire, France entière (moyenne 2006-2008)

	Pays de la Loire		France entière
	Nombre <sup>1</sup>	Taux <sup>2</sup>	Taux <sup>2</sup>
Mortalité néonatale	94	2,1	2,5
<i>dont : mortalité néonatale précoce</i>	64	1,4	1,7
Mortalité postnéonatale	51	1,1	1,3
<b>Mortalité infantile</b>	<b>145</b>	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>

Source : Etat civil (Insee)

1. nombre annuel moyen de décès

2. pour 1 000 enfants nés vivants

## Rang régional

Les Pays de la Loire font partie des dix régions françaises ayant les plus faibles taux de mortalité infantile, avec 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2006-2008 (fig. 1).

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

Pays de la Loire (moyenne 1981-1983, 2001-2003 et 2005-2007)

Cause médicale de décès	Nombre de décès		
	1981-83	2001-03	2005-07
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	79	74	69
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	93	37	29
Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	170	33	23
<i>dont : - syndrome de la mort subite du nourrisson</i>	84	22	17
<i>- autres causes de mortalité mal définies et non précisées</i>	82	9	5
Causes externes de morbidité et de mortalité	36	5	4
Autres	39	23	19
<b>Total</b>	<b>417</b>	<b>172</b>	<b>144</b>

Source : Inserm CépiDc

## 3 Diagnostics principaux d'hospitalisation en service de MCO des enfants de moins d'un an<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2007)

Codes Cim 10	Diagnostic principal	Nombre de séjours	%
P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	9 064	44 %
<i>P05, P07</i>	<i>dont : prématurité et hypotrophie</i>	2 593	12 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	2 714	13 %
<i>J20-J22</i>	<i>dont : - bronchite et bronchiolite aiguës</i>	1 734	8 %
<i>J00-J06</i>	<i>- affections aiguës des voies respi. sup.</i>	455	2 %
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 245	6 %
<i>Q38-Q45</i>	<i>dont : - malf. cong. digestives (hors fentes)</i>	329	2 %
<i>Q20-Q28</i>	<i>- malf. cong. de l'appareil circulatoire</i>	207	1 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 204	6 %
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1 129	5 %
<i>A00-A09</i>	<i>dont : maladies intestinales infectieuses</i>	760	4 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	898	4 %
<i>K40-K46</i>	<i>- hernies</i>	330	2 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	665	3 %
<i>H65-H67, H70</i>	<i>dont : otite moyenne et mastoïdite</i>	655	3 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	616	3 %
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements...	403	2 %
	Autres	2 895	14 %
	<b>Total</b>	<b>20 833</b>	<b>100 %</b>

Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

1. hors nouveau-nés bien portants (séjours sélectionnés de la façon suivante :

âge en jour = 0 et mode d'entrée = 8 et mode de sortie = 8 et nombre de RUM = 1 et diagnostic principal = Z38).

### Définitions et méthode

**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 péri/néonatale** : entre la 22<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et le 28<sup>e</sup> jour postnatal.

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

## Contexte

■ Si la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité. Durant cette année, neuf examens médicaux obligatoires sont prévus par la loi, dont un dans les huit jours suivant la naissance et un au 9<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup> mois qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé [1]. Plusieurs dépistages sont également systématiquement proposés aux familles à la naissance, pour repérer certaines pathologies (phényl-cétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie des surrénales, mucoviscidose et, pour certaines populations, drépanocytose), afin qu'elles puissent bénéficier d'un suivi adapté [2].

■ 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 aussi une part très importante de cette prise en charge (vaccinations, suivi de la croissance, du développement, alimentation...). Outre celles contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, qui sont obligatoires, les vaccinations contre la coqueluche, l'*haemophilus influenzae*, l'hépatite B, et le pneumocoque sont recommandées chez les moins d'un an. Le BCG est désormais recommandé seulement chez les enfants à risque de tuberculose [3]. Près de 8,4 millions de séances de soins de ville ont été effectuées en 2007 auprès des moins d'un an, ce qui représente en moyenne une dizaine de séances par enfant au cours de sa première année de vie. Ce nombre total de séances a diminué de 8 % depuis 2005 [4-6].

■ Les enfants de moins d'un an recourent 2,4 fois plus aux urgences que le reste de la population. 480 passages aux urgences pour 1 000 enfants de moins d'un an ont ainsi été dénombrés en 2002 [7]. Fièvre, vomissements et diarrhées représentent 68 % des motifs de recours [8].

■ Les hospitalisations sont également très fréquentes, avec 430 000 séjours dénombrés en 2007 (hors séjours des nouveau-nés bien portants). Cela correspond à un taux de 520 séjours pour 1 000 enfants de moins d'un an, supérieur de 4 % à celui observé en 2004 [9].

■ Environ 3 000 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France en 2007. Cela correspond à un taux de

mortalité infantile de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes, près de deux fois inférieur à celui observé au début des années 1990 (fig. 1 et 2). Pour cet indicateur, la France occupe une position moyenne en Europe [10]. 45 % de ces décès surviennent lors de la première semaine de vie, et 67 % au cours du premier mois [4]. 59 % des enfants qui décèdent avant un an sont des garçons. 49 % des décès chez les moins d'un an sont dus à des affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), et 22 % à des anomalies congénitales ou chromosomiques [11]. 8 % des décès sont rattachés au syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) [11]. Leur fréquence est en recul [12], notamment depuis la préconisation de mesures de prévention, en particulier le couchage sur le dos. La MSN reste toutefois plus fréquente en France que dans les autres pays européens [13-15]. Enfin, une étude récente souligne la sous-estimation des homicides parmi les causes de décès des nourrissons [16].

■ Une part des handicaps trouve son origine avant ou autour de la naissance. Une enquête a ainsi identifié une origine prénatale ou péri/néonatale chez respectivement 32 et 9 % des enfants de 8 ans en situation de handicap [17]. Par ailleurs, les anomalies chromosomiques (trisomie 21 notamment) et les malformations congénitales (principalement cardiaques), concernent 2,4 % des naissances vivantes, et environ 20 % de ces enfants souffriront d'une déficience sévère [18, 19].

■ La prématurité constitue un important facteur de risque de handicap. Selon l'étude Epipage, près de 40 % des anciens grands prématurés nés en 1997 avant 33 semaines d'aménorrhée présentent à l'âge de 5 ans des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs (25 % souffrent d'une déficience légère, 9 % d'une déficience modérée et 5 % d'une déficience sévère), contre 12 % des enfants nés à terme. Toujours à cet âge, un tiers des grands prématurés nécessitent une prise en charge médicale ou paramédicale spécialisée contre 15 % des enfants nés à terme [20]. En 2003, 6,3 % des nouveau-nés vivants sont nés prématurément dont 0,88 % avant 32 semaines d'aménorrhée soit respectivement près de 48 000 et 6 700 enfants [4, 21]. Ceci place la France au 9<sup>e</sup> rang (sur 25) des pays européens présentant les plus faibles taux d'enfants nés prématurément [22].

Bibliographie page 206

## Pays de la Loire

■ Environ 21 000 séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an domiciliés en Pays de la Loire ont été dénombrés en 2007 (fig. 3), soit un taux d'hospitalisation de 449 pour 1 000 enfants de moins d'un an. Depuis 10 ans, ce taux est relativement stable et reste inférieur d'environ 10 % à la moyenne nationale. Ce constat peut refléter un moindre recours à l'hospitalisation, mais aussi des disparités de codage, concernant notamment les séjours des nouveau-nés bien portants [9].

■ Les otites et mastoïdites sont à l'origine de 3 % des séjours (fig. 3) et, pour ces affections, le taux régional d'hospitalisation dans cette classe d'âge est le double du taux national [9].

■ Comme en France, la baisse de la mortalité infantile observée au cours des dernières décennies s'est poursuivie au cours des années récentes (fig. 1). 145 enfants de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2008. (fig. 2 et 4). Cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes, légèrement inférieur au taux national sur la même période (3,8 ‰) et deux fois inférieur à celui observé au début des années 1990 (fig. 1 et 2). Le taux de mortalité pour syndrome de mort subite du nourrisson reste supérieur au taux national [12].

■ Le réseau "Grandir ensemble", intégré au réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" organise, avec l'accord des parents, le suivi des enfants après leur séjour en néonatalogie. Ce suivi repose sur des examens systématiques à des âges-clés, effectués par des médecins spécifiquement formés (pédiatres libéraux, hospitaliers, de PMI, généralistes). Chaque année, environ 1 000 enfants (soit un peu plus de 2 % des enfants nés dans la région) sont inclus dans ce programme [23].

## 1 Etat de santé des enfants âgés de 5-6 ans

Pays de la Loire, France entière (1999-2006)

	Pays de la Loire		France entière	
	1999/2000	2005/2006	1999/2000	2005/2006
Surcharge pondérale	10,6 %	6,6 %	14,4 %	12,1 %
dont : obésité	1,7 %	1,8 %	3,4 %	3,1 %
Asthme au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>	-	10,9 %	-	7,4 %
Au moins deux dents cariées non soignées	7,1 %	5,5 %	9,5 %	7,5 %
Port de verres correcteurs	12,5 %	15,5 %	12,3 %	14,0 %

Sources : Enquêtes 1999-2000 et 2005-2006 auprès des enfants de grande section maternelle (Drees)

1. voir définition ci-dessous

## 2 Diagnostics principaux d'hospitalisation en service de MCO des enfants de 1 à 14 ans<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre de séjours			%
		Garçons	Filles	Total	
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	7 239	5 164	12 403	18 %
J35	dont : - mal. chron. des amygdales, des végétations adénoïdes	4 554	3 372	7 926	11 %
J45-J46	- asthme	766	428	1 194	2 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	5 606	4 121	9 727	14 %
H65-H67, H70	dont : otite moyenne et mastoïdite	5 191	3 808	8 999	13 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	5 200	4 095	9 295	13 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	3 653	3 408	7 061	10 %
K00-K08	dont : - maladies des dents et du parodonte	1 669	1 991	3 660	5 %
K35-K38	- appendicite	875	597	1 472	2 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	4 000	2 514	6 514	9 %
	dont : - fracture d'un membre supérieur <sup>2</sup>	1 137	536	1 673	2 %
S06	- traumatisme crânien	565	409	974	1 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux	2 848	2 549	5 397	8 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 717	643	3 360	5 %
N47	dont : phimosis	2 086	///	2 086	3 %
Q00-Q99	Malformations congénitales, anomalies chromosomiques	2 095	1 193	3 288	5 %
Q50-Q64	dont : malformations congénitales génito-urinaires	804	16	820	1 %
	Autres	6 470	6 049	12 519	18 %
	<b>Total</b>	<b>39 828</b>	<b>29 736</b>	<b>69 564</b>	<b>100 %</b>

Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

1. les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine) sont exclus de ce dénombrement.

2. voir liste des codes ci-dessous

### Définitions et méthode

**Affection de longue durée (ALD)** : voir fiche "Affections de longue durée" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Asthme au cours des 12 derniers mois** : avoir connu une crise d'asthme au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois, avoir eu des sifflements dans la poitrine ou avoir pris des médicaments contre ces crises de sifflements ou d'asthme.

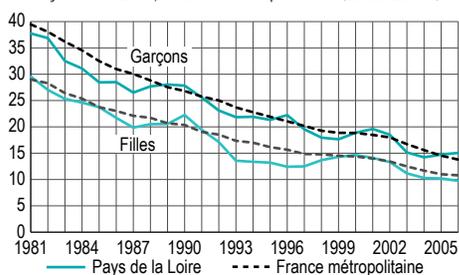
**Diagnostic (principal) d'hospitalisation** : voir fiche "Diagnostics d'hospitalisation".

**Fracture d'un membre supérieur** : codes Cim 10 : S42, S52, S62, T022, T024, T10.

**Taux standardisé de mortalité** : voir définition p. 28.

## 3 Evolution du taux standardisé de mortalité des enfants de 1 à 14 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 4 Causes de décès des enfants de 1 à 14 ans

Pays de la Loire (moyenne 1981-1983, 1990-1992 et 2005-2007)

Cause médicale de décès	1981-83	1990-92	2005-07
Traumatismes et empoisonnements	105	61	29
dont : - accident de la circulation	47	28	12
- noyade	15	5	4
Tumeurs malignes	35	22	13
dont : leucémie	19	7	4
Malformations congénitales	19	12	5
Autres	65	47	30
<b>Total toutes causes</b>	<b>224</b>	<b>142</b>	<b>77</b>

Source : Inserm CépiDc

## 5 Motifs d'admission en affection de longue durée des enfants de moins de 15 ans

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Nombre d'admissions			%
		Garçons	Filles	Total	
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	249	113	362	26 %
F80-F89	dont : - troubles du développement psychologique	85	28	112	8 %
F70-79	- retard mental	53	37	90	6 %
Q00-Q99	Malformations congénitales, anomalies chromosomiques	119	97	216	15 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	116	78	194	14 %
G40-G41	dont : - épilepsie	46	30	76	5 %
G80	- paralysie cérébrale infantile	37	25	62	4 %
E00-E99	Maladies endocriniennes et métaboliques	80	75	155	11 %
E10-E14	dont : diabète	51	48	99	7 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	23	98	121	9 %
M41	dont : scoliose	13	77	90	6 %
C00-C97	Tumeurs malignes	49	38	87	6 %
C91-C95	dont : leucémie	20	11	30	2 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	54	24	78	6 %
J45-J46	dont : asthme	47	20	67	5 %
	Autres	107	85	193	14 %
	<b>Total</b>	<b>797</b>	<b>608</b>	<b>1 405</b>	<b>100 %</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

## Contexte

■ La classe d'âge des 1-14 ans compte 10,6 millions d'enfants en France métropolitaine en 2008, son effectif devrait peu augmenter d'ici 2060 (11,3 millions) [1, 2]. Cette période de la vie, fondamentale dans le développement somatique et psychoaffectif 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. La proportion d'enfants scolarisés à 2 ans, qui dépassait 35 % au cours des années 1990, est désormais de 15 % [3].

■ 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 [4, 5]. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, troubles de la vue, eczéma...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés et, avec les examens systématiques et vaccinations, des motifs de recours aux soins de ville [6, 7]. Elles sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose d'aérateurs transtympaniques, extractions dentaires...) [4].

■ 2 à 3 % des enfants de cette classe d'âge sont atteints de pathologies nécessitant des soins lourds et coûteux. En effet, 266 000 enfants de moins de 15 ans sont en affection de longue durée (ALD) pour le régime général, fin 2009 [8]. Les troubles mentaux et du comportement (notamment retard mental et autisme) constituent le motif d'admission le plus fréquent en ALD des moins de 15 ans en 2007 par les trois principaux régimes d'assurance maladie (29 % des admissions), devant les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (12 %) et les maladies du système nerveux (12 %) [9]. La fréquence des recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (363 000 enfants de moins de 15 ans suivis en 2003, soit un taux de prévalence de 3,1 %) illustre aussi le poids des troubles de la santé mentale dans cette classe d'âge [10].

■ Les accidents (accidents de la vie courante et de la circulation principalement) constituent la première cause de décès chez les 1-14 ans, à l'origine de près de 390 décès en 2007, soit 28 % des décès dans cette tranche d'âge. Cette mortalité a diminué de plus de 50 % entre le début des années 1990 et 2006. Ce recul, avec celui de la mortalité par cancer (- 35 %), explique la forte baisse de la mortalité de cette classe d'âge (- 45 % depuis 1991) (fig. 3). Les garçons sont particulièrement concernés par les accidents, avec une mortalité supérieure de près de 70 % à celle des filles, et des taux d'hospitalisation pour traumatismes et intoxications supérieurs d'environ 50 % [4, 5]. L'enquête Epac estime à 15 % le taux d'incidence annuel chez les moins de 15 ans des accidents de la vie courante pris en charge par les services d'urgence [11].

■ L'état de santé des enfants est également apprécié à partir d'enquêtes réalisées régulièrement en milieu scolaire. Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006, 7,4 % des enfants de 5 à 6 ans ont souffert d'asthme au cours des douze derniers mois. La surcharge pondérale, bien qu'en recul depuis l'enquête menée en 2000, concerne 12,1 % des enfants de cet âge (3,1 % sont obèses). La proportion d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées est passée de 9,5 % à 7,5 % entre 2000 et 2006. Un enfant sur sept (14 %) porte des lunettes, soit un peu plus qu'en 2000 (12,3 %) (fig. 1). Des inégalités sociales existent dès l'âge de 6 ans avec, chez les enfants des milieux les moins favorisés, de moins bons indicateurs en matière de surcharge pondérale, de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels. En outre, entre 2000 et 2006, les écarts entre groupes sociaux concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité se sont creusés [12].

Par ailleurs, les troubles d'acquisition de la lecture concernent 6 à 8 % des enfants [13].

Enfin, 6 à 7 enfants âgés de 8 ans sur 1 000 présentent au moins une déficience sévère, intellectuelle (3 pour 1 000), motrice (3 pour 1 000) ou sensorielle (1,4 pour 1 000) [14].

Bibliographie page 206

## Pays de la Loire

■ 6,6 % des enfants de 5-6 ans de la région sont en surcharge pondérale (1,8 % sont obèses). Pour ces deux indicateurs, les Pays de la Loire occupent la moins défavorable des régions françaises. Comme en France, la prévalence de la surcharge pondérale a diminué entre 2000 et 2006. Par contre, la prévalence de l'obésité est restée stable. 10,9 % des enfants de cet âge ont souffert d'asthme au cours des douze derniers mois (7,4 % en France). La proportion d'enfants présentant au moins deux dents cariées non soignées est en baisse, et reste inférieure à la moyenne nationale. Par contre, le port de lunettes (15,5 %) est en légère augmentation et n'est pas différent de la moyenne nationale (fig. 1) [12, 15].

■ 1 400 enfants de moins de 15 ans (environ 2 pour 1 000) sont admis chaque année en ALD. 26 % de ces admissions sont dues à des troubles mentaux ou du comportement, concernant des garçons dans les deux tiers des cas (fig. 5).

■ Près de 70 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des 1-14 ans en 2007 (fig. 2). Le taux standardisé d'hospitalisation de cette classe d'âge est supérieur de 6 % à la moyenne nationale, en lien principalement avec une plus grande fréquence régionale des séjours pour maladies de l'oreille (+ 84 %). Comme en France, ce taux a diminué de plus de 10 % entre 2000 et 2007, en raison notamment d'une baisse des recours pour maladies respiratoires, lésions traumatiques et maladies digestives (appendicites) [4].

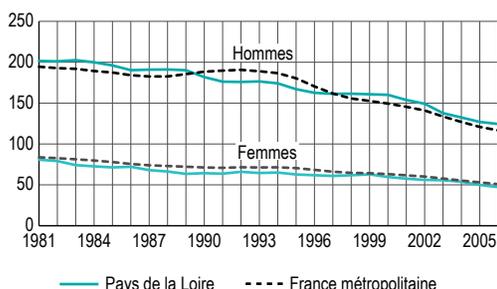
■ 17 500 jeunes de moins de 15 ans ont été suivis en 2003 par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile de la région, soit un taux de prévalence de 2,8 pour 100 [16].

■ La mortalité des enfants de 1 à 14 ans diffère peu de la moyenne nationale et a diminué d'environ 45 % depuis le début des années 1990 (fig. 3 et 4).

■ Comme en France, le taux de scolarisation des enfants de 2 ans est en baisse (23 % en 2009 contre 36 % en 2005), mais reste supérieur à la moyenne nationale (18 %) [3, 17, 18]. A l'inverse, avec 2 600 places en 2008, le taux régional d'équipement en crèches collectives (y compris parentales) est deux fois moindre qu'au niveau national (respectivement 19 et 40 places pour 1 000 enfants de moins de 3 ans). S'y ajoutent 2 600 places en halte-garderie et 5 500 places en multi-accueil [19].

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

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 2 Diagnostics principaux d'hospitalisation en service de MCO des personnes de 15 à 44 ans<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre séjours	%
<b>Hommes</b>			
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	16 905	20 %
K00-K08	dont : - maladies des dents et du parodonte	8 192	10 %
K00-K46	- hernie abdominale	1 620	2 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	15 118	18 %
	dont : - fractures <sup>2</sup>	4 830	6 %
	- luxations, entorses, lésions muscul. <sup>3</sup>	3 294	4 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	10 051	12 %
	dont : surveillance post-traitement médical ou chirurgical <sup>2</sup>	6 242	7 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	8 612	10 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux	4 155	5 %
F00-F99	Troubles mentaux	3 986	5 %
F10	dont : troubles liés à l'utilisation d'alcool	2 674	3 %
	Autres	24 655	30 %
	<b>Total</b>	<b>83 482</b>	<b>100 %</b>
<b>Femmes</b>			
O00-O99	Grossesse et accouchement	66 691	43 %
O00-O08	dont : interruption de grossesse	12 774	8 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	18 506	12 %
K00-K08	dont : - maladies des dents, du parodonte	9 718	6 %
K35-K38	- appendicite	1 220	1 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	17 568	11 %
Z30-Z39, Z76.1, Z76.2	dont : - surveillance grossesse	7 394	5 %
N60-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	9 363	6 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	6 000	4 %
T36-T50	dont : intoxication produit pharmaceutique	1 828	1 %
	Autres	37 823	24 %
	<b>Total</b>	<b>155 951</b>	<b>100 %</b>

Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

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. 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 1990-1992 et 2005-2007)

Cause médicale de décès	2005-2007			1990-92
	Hommes	Femmes	Total	Total
Traumatismes, empoisonnements	454	100	554	805
dont : - suicide	213	43	256	281
- accident de transport	142	34	177	331
Tumeurs malignes	114	116	229	306
dont : - cancer de la trachée des bronches et du poumon	21	15	37	47
- cancer du sein	1	38	39	37
Maladies de l'appareil circulatoire	66	26	93	144
Pathologies directement liées à la conso. excessive d'alcool <sup>1</sup>	47	10	57	97
Autres	182	74	256	342
<b>Total toutes causes</b>	<b>863</b>	<b>326</b>	<b>1 188</b>	<b>1 694</b>

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 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Nombre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Total	
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	852	754	1 605	25 %
F20-F29	dont : psychoses	305	142	447	7 %
C00-C97	Cancers	451	786	1 237	19 %
C50	dont : cancer du sein	1	338	339	5 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	435	322	757	12 %
E10-E14	dont : diabète sucré	376	288	664	10 %
I00-I99	Mal. de l'appareil circulatoire	461	203	664	10 %
I20-I25	dont : cardiopathies ischémiques	192	41	232	4 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	228	271	498	8 %
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	180	274	454	7 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	184	209	392	6 %
K50-K51	dont : rectocolite hémorragique, maladie de Crohn	138	180	318	5 %
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	187	126	313	5 %
	Autres	243	245	488	8 %
	<b>Total</b>	<b>3 220</b>	<b>3 189</b>	<b>6 409</b>	<b>100 %</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

### Définitions et méthode

**Affection de longue durée (ALD)** : voir fiche "Affections de longue durée" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

**Fractures** : codes Cim 10 : 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 Cim 10 : 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.

**Surveillance post-traitement médical ou chirurgical** : codes Cim 10 : Z40, Z42-Z48, Z50, Z51.2-Z51.6, Z51.8, Z51.9, Z52, Z54, Z93-Z99.

**Taux standardisé de mortalité** : voir définition p. 28.

## Contexte

■ La classe d'âge des 15 à 44 ans rassemble en 2008 près de 25 millions de personnes, son effectif devrait rester relativement stable d'ici 2060 [1, 2]. 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 risque...) 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. 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. 46 % des hommes de 15-44 ans présentent un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle contre 23 % des femmes. L'écart entre les deux sexes est encore plus marqué pour le risque d'alcoolisation excessive chronique, qui concerne 12 % des hommes contre 2,5 % des femmes de cette tranche d'âge [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. Les morts violentes représentent 46 % des décès entre 15 et 44 ans chez les hommes et 27 % chez les femmes. Elles sont principalement dues aux accidents de la route et aux suicides avec, pour chacune de ces causes, des taux de mortalité masculins respectivement cinq et trois fois plus élevés que les taux féminins [4].

■ En 2007, 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, environ un tiers des séjours hospitaliers des femmes de 15 à 44 ans (soit 1 million d'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 (289 000 séjours en 2007) [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 notamment à la fréquence des suicides, ils sont à l'origine de plus d'un quart des admissions en affection de longue durée (ALD) dans cette classe d'âge en 2007. De nombreuses affections sont en cause : épisodes dépressifs (22 %), troubles spécifiques de la personnalité (20 %), schizophrénie (11 %), troubles bipolaires (9 %), psychoses (8 %), troubles liés à l'utilisation d'alcool (5 %) [6].

Ils motivent une part importante des séjours de soins de ville (15 %), pour les hommes comme pour les femmes [7]. Selon le Baromètre santé 2005, 6 % des hommes et 11 % des femmes âgées de 15 à 44 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois [3].

■ 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 7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers surviennent entre 15 et 44 ans (22 000 nouveaux cas en 2005) [8].

Les cancers constituent à cet âge la première cause de mortalité chez les femmes (32 %), et la seconde chez les hommes (14 %) après les morts violentes. Chez les femmes, le cancer du sein, à un moindre degré le cancer du poumon, dont l'incidence a fortement augmenté au cours des années récentes, sont les plus fréquemment à l'origine de ces décès. Chez les hommes, il s'agit pour une large part de cancers liés à la consommation de tabac et/ou d'alcool (poumon, voies aérodigestives supérieures) ainsi que des leucémies et des tumeurs de l'encéphale [4].

Bibliographie page 206

## Pays de la Loire

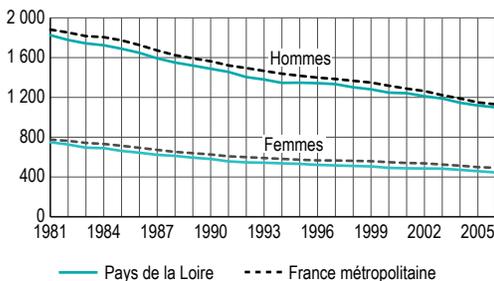
■ La mortalité des hommes de 15 à 44 ans de la région est supérieure de 7 % à la moyenne nationale sur la période 2005-2007, alors que celle des femmes est inférieure. Actuellement, environ 1 200 Ligériens de cette classe d'âge, décèdent chaque année. Plus de 70 % de ces décès concernent les hommes. Chez ces derniers, 53 % des décès sont dus à des traumatismes ou empoisonnements et 13 % à des tumeurs. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement égales à 31 et 36 % (fig. 3). Comme en France, la mortalité de cette classe d'âge a diminué depuis le début des années 1990 de 32 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes, en lien principalement avec la baisse de la mortalité par accident de la circulation (fig. 1 et 3).

■ Sur les 1 360 000 Ligériens de 15 à 44 ans, environ 6 400 sont admis en moyenne chaque année en ALD. Les troubles mentaux et du comportement sont à l'origine de 25 % de ces admissions, devant les cancers (19 %), le diabète (10 %) et les maladies cardiovasculaires (10 %). Le cancer du sein explique à lui seul 11 % des admissions en ALD des femmes de 15 à 44 ans (fig. 4).

■ En 2007, près de 240 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des Ligériens de 15 à 44 ans. Deux séjours sur trois concernent des femmes, dont 43 % étant en lien avec la fécondité. Chez les hommes, 20 % des 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). Entre 2000 et 2007, le taux standardisé d'hospitalisation des 15-44 ans est resté relativement stable et inférieur à la moyenne nationale (- 6 % en 2007) [5].

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

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 2 Diagnostic principal d'hospitalisation en service de MCO des personnes de 45 à 74 ans<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre séjours	%
<b>Hommes</b>			
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins <i>dont : surveil.post traitement med.ou chir.</i>	30 559 14 126	17 % 8 %
C00-D48	Tumeurs	28 018	15 %
C00-C97	<i>dont : tumeurs malignes</i>	15 881	9 %
C61	- cancer de la prostate	3 485	2 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	23 642	13 %
K40-K46	<i>dont : hernie</i>	5 151	3 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire <i>dont : cardiopathies ischémiques</i>	21 353 5 890	12 % 3 %
M00-M99	Mal. syst. ostéo-art., muscles, tissu conj. <i>dont : - affections des tissus mous<sup>2</sup></i>	14 045 4 175	8 % 2 %
M15-M19	- arthroses sauf colonne vertébrale	3 333	2 %
R00-R99	Symptômes et signes anormaux	11 203	6 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements <i>dont : fractures<sup>3</sup></i>	9 608 3 333	5 % 2 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire <i>dont : hyperplasie de la prostate</i>	8 989 3 296	5 % 2 %
	Autres	34 792	19 %
	<b>Total</b>	<b>182 209</b>	<b>100 %</b>
<b>Femmes</b>			
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins <i>dont : Surveil.post traitement med.ou chir.</i>	25 623 5 214	16 % 3 %
C00-D48	Tumeurs	21 727	14 %
C00-C97	<i>dont : tumeurs malignes</i>	9 753	6 %
C50	- cancer du sein	3 263	2 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif <i>dont : diverticulose intestinale</i>	19 482 3 459	13 % 2 %
M00-M99	Mal. syst. ostéo-art., muscles, tissu conj. <i>dont : - affections des tissus mous<sup>2</sup></i>	16 267 4 511	10 % 3 %
M15-M19	- arthroses sauf colonne vertébrale	3 701	2 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire <i>dont : varices des membres inférieurs</i>	11 355 3 499	7 % 2 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes <i>dont : cataracte</i>	10 946 8 608	7 % 6 %
H25-H26, H28.0-H28.2			
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire <i>dont : prolapsus génital</i>	10 557 2 788	7 % 2 %
	Autres	39 857	26 %
	<b>Total</b>	<b>155 814</b>	<b>100 %</b>

Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

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. 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 1990-1992 et 2005-2007)

Cause médicale de décès	2005-2007			1990-92
	Hommes	Femmes	Total	Total
Tumeurs malignes	2 755	1 340	4 095	3 866
<i>dont : - cancer de la trachée des bronches et du poumon</i>	746	171	917	582
- cancer des VADS <sup>1</sup>	328	46	373	342
- cancer du côlon-rectum	240	146	386	372
- cancer du sein	7	327	334	305
Mal. de l'appareil circulatoire	1 056	388	1 444	1 897
<i>dont : - cardiopathies ischémiques</i>	429	94	523	749
- mal. cérébrovasculaires	203	106	309	455
Traumatismes et empoisonnements	500	226	726	806
<i>dont : suicide</i>	244	109	353	319
Pathologies directement liées à la conso. excessive d'alcool <sup>2</sup>	390	117	507	474
Autres	1 130	592	1 722	1 517
<b>Total</b>	<b>5 831</b>	<b>2 663</b>	<b>8 494</b>	<b>8 560</b>

Source : Inserm CépiDc

1. voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche et pharynx, larynx, et œsophage

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.

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

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Nombre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Total	
C00-C97	Cancers	6 199	4 455	10 654	32 %
C50	<i>dont : - cancer du sein</i>	23	2 265	2 288	7 %
C61	- cancer de la prostate	2 375	///	2 375	7 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	7 003	3 179	10 182	30 %
I20-I25	<i>dont : - cardiopathies isch.</i>	2 307	688	2 995	9 %
I10-I15	- hypertension artéri.	1 654	1 300	2 954	9 %
I70-I79	- artériopathies	1 158	259	1 417	4 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques	3 781	2 436	6 216	19 %
E10-E14	<i>dont : diabète</i>	3 668	2 371	6 039	18 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	850	1 236	2 085	6 %
F30-F39	<i>dont : troubles de l'humeur</i>	280	566	846	3 %
	Autres	2 412	1 862	4 274	13 %
	<b>Total</b>	<b>20 245</b>	<b>13 167</b>	<b>33 412</b>	<b>100 %</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

### Définitions et méthode

**Affection de longue durée (ALD)** : voir fiche "Affections de longue durée" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Affections des tissus mous** : codes Cim 10 : M60-M63, M65-M68, M70-M73, M75-M77, M79

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

**Fractures** : codes Cim 10 : 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 Cim 10 : S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S89, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6.

**Taux standardisé de mortalité** : voir définition p. 28.

## Contexte

■ En 2008, la France métropolitaine compte 21 millions de personnes âgées de 45 à 74 ans, soit un tiers de la population totale. Leur poids dans la population devrait être comparable en 2060 (24 millions de personnes, 33 %) [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 peuvent nécessiter de fréquents recours aux soins (problèmes visuels ou arthrose par exemple) ou affections plus sévères mettant en jeu le pronostic vital, cancers et maladies cardiovasculaires principalement. Ces différents problèmes de santé peuvent être à l'origine de limitations fonctionnelles. Ainsi, selon l'enquête Handicap-santé, la proportion de personnes vivant à domicile fortement limitées dans les activités quotidiennes en raison d'un problème de santé augmente fortement dans cette classe d'âge, passant de 7,5 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes âgés de 45 ans, à 23 % pour les personnes de 75 ans [3]. 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 1990, la mortalité des 45-74 ans a diminué de plus de 25 % chez les hommes et de près de 20 % chez les femmes. Cette baisse est essentiellement due au recul marqué de la mortalité cardiovasculaire (- 45 %). 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 [4].

■ Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est considérable. Sur 319 000 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 [5]. Les cancers sont à l'origine de plus de 40 % des décès dans cette classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes [4]. Ils représentent 26 % des motifs d'admission en affection de longue durée (ALD) [6]. Les taux de

mortalité masculins par tumeur sont environ 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 [4].

■ Les affections cardiovasculaires occupent également une place très importante dans la morbidité et la mortalité des 45-74 ans. Ces pathologies motivent 33 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge, l'hypertension artérielle sévère et les cardiopathies ischémiques représentant à elles seules 12 et 8 % du nombre total d'admissions [6]. Plus de 20 % des décès qui surviennent entre 45 et 74 ans sont dus aux affections cardiovasculaires, les taux de mortalité masculins étant deux fois plus élevés que les taux féminins [4].

Les affections cardiovasculaires sont à l'origine d'un recours aux soins important, tant à l'hôpital qu'en ville. À 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 [7].

En médecine de ville, les pathologies cardiovasculaires concernent 33 % des séances en 2007, l'hypertension artérielle étant le plus souvent en cause [8, 9]. S'y ajoutent les séances motivées par la prise en charge de facteurs de risque cardiovasculaire comme les troubles du métabolisme des lipides ou le diabète [8]. Cette dernière affection représente d'ailleurs 20 % des motifs d'admission en ALD entre 45 et 74 ans [6].

■ Les morts violentes restent relativement fréquentes entre 45 et 74 ans, la diminution avec l'âge de la mortalité par accident de la circulation étant compensée par l'augmentation de la mortalité par suicide et celle liée aux chutes accidentelles. Pour ces différentes causes, les taux de mortalité masculins sont deux à trois fois plus élevés que les taux féminins [4]. Par contre, les taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques deviennent plus élevés chez les femmes que chez les hommes à partir de 65 ans, les conséquences des chutes étant chez elles souvent aggravées par la fréquence de l'ostéoporose post-ménopausique [7].

Bibliographie page 207

## Pays de la Loire

■ La mortalité régionale des personnes âgées de 45 à 74 ans est légèrement inférieure à la moyenne nationale chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 10 %). Comme en France, les taux masculins de mortalité sont 2,5 fois plus élevés que les taux féminins (fig. 1).

■ Les cancers représentent 47 % des causes de décès chez les hommes de 45 à 74 ans et 50 % chez les femmes, et les affections cardiovasculaires respectivement 18 et 15 % (fig. 3). Depuis le début des années 1990, la mortalité a diminué de plus de 20 %, pour les hommes comme pour les femmes, en raison principalement de la baisse de la mortalité cardiovasculaire (- 44 %) (fig. 1). Le taux de mortalité par pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool est également en diminution, mais reste importante (fig. 3).

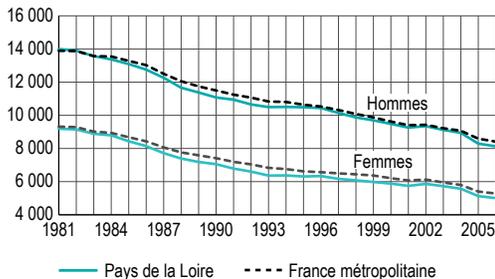
■ Sur les 1 150 000 Ligériens âgés de 45 à 74 ans, plus de 33 000, soit près de 3 %, ont été admis en ALD<sub>30</sub> en moyenne chaque année sur la période 2005-2007. Les cancers sont à l'origine de 32 % de ces admissions, devant les maladies cardiovasculaires (30 %) et le diabète (18 %) (fig. 4). Par rapport à la période 2002-2004, le taux moyen d'admissions en ALD<sub>30</sub> a augmenté de 7 % dans la région, en lien principalement avec la hausse du taux d'admissions pour diabète (+ 17 %) et hypertension artérielle (+ 22 %) [10].

■ Avec 338 000 séjours hospitaliers en unités de court séjour de Ligériens de 45 à 74 ans en 2007 (fig. 2), le taux de recours régional aux soins hospitaliers de cette classe d'âge est inférieur de 8 % à la moyenne nationale [7].

# Santé des personnes de 75 ans et plus

## 1 Evolution du taux standardisé de mortalité des personnes de 75 ans et plus

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 2 Diagnostics principaux d'hospitalisation en service de MCO des personnes de 75 ans et plus<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nbre séjours	%
<b>Hommes</b>			
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	13 835	18 %
I50, I971	dont : - insuffisance cardiaque	3 887	5 %
I44-I49	- troubles de la conduction et rythme cardia.	2 188	3 %
I20-I22	- angine de poitrine et infarctus	1 812	2 %
C00-D48	Tumeurs	9 580	13 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	7 067	9 %
C61	- cancer de la prostate	885	1 %
C18-C21	- cancer du côlon-rectum	859	1 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	8 196	11 %
	dont : cataracte <sup>2</sup>	6 826	9 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	7 731	10 %
	dont : surveillance post. traitement med. ou chir. <sup>2</sup>	4 337	6 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	6 918	9 %
K40-K46	dont : hernie	1 423	2 %
R00-R99	Symptômes et signes anormaux	5 923	8 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	5 179	7 %
J12-J18	dont : pneumonie	1 716	2 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	3 520	5 %
	dont : fractures <sup>2</sup>	1 468	2 %
	Autres	14 571	19 %
	<b>Total</b>	<b>75 453</b>	<b>100 %</b>
<b>Femmes</b>			
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	14 823	16 %
I50, I971	dont : - insuffisance cardiaque	4 421	5 %
I44-I49	- troubles de la conduction et rythme cardia.	2 232	2 %
I20-I22	- angine de poitrine et infarctus	1 622	2 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	14 515	15 %
	dont : cataracte <sup>2</sup>	12 720	14 %
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	8 831	9 %
S72.0	dont : fracture du col du fémur	2 864	3 %
C00-D98	Tumeurs	7 700	8 %
C00-C97	dont : tumeurs malignes	5 422	6 %
C18-C20	- cancer du côlon-rectum	795	1 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	7 680	8 %
K57	dont : - diverticulose intestinale	1 165	1 %
K56, K91.3	- iléus paralytique, occlusion intestinale	896	1 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	7 477	8 %
	dont : surveillance post. traitement med. ou chir. <sup>2</sup>	4 274	5 %
R00-R99	Symptômes et signes anormaux	6 822	7 %
M00-M99	Mal. du syst. ostéo-artic., muscles, tissu conj.	6 424	7 %
M15-M19	dont : arthroses (hors colonne vertébrale)	2 499	3 %
	Autres	19 605	21 %
	<b>Total</b>	<b>93 877</b>	<b>100 %</b>

Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

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 2005-2007)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Total
Maladies de l'appareil circulatoire	2 671	3 900	6 571
dont : - cardiopathies ischémiques	761	892	1 653
- mal. vascul. cérébrales	590	916	1 506
- insuffisance cardiaque et mal. cardia. mal définies	422	707	1 129
Tumeurs malignes	2 212	1 840	4 052
dont : - cancer du côlon-rectum	273	303	575
- cancer de la prostate	410	///	410
Maladies de l'appareil respiratoire	685	773	1 458
dont : - pneumonie et bronchopneumonie	202	276	477
- bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	240	185	425
Symptômes, signes et états morbides mal définis	407	893	1 300
dont : sénilité sans mention de psychose	77	299	376
Traumatismes, empoisonnements	403	511	914
dont : - chutes accidentelles	80	122	202
- suicides	97	34	131
Autres	1 726	2 768	4 494
<b>Total</b>	<b>8 104</b>	<b>10 686</b>	<b>18 790</b>

Source : Inserm CépiDc

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

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Nombre d'admissions			%
		Hommes	Femmes	Total	
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	4 139	5 202	9 342	44 %
I10-I15	dont : - hypertension artérielle	843	1 512	2 355	11 %
I20-I25	- cardiopathies ischémiques	852	887	1 738	8 %
I50	- insuffisance cardiaque	519	697	1 216	6 %
C00-C97	Tumeurs malignes	2 665	1 951	4 616	22 %
C61	dont : - cancer de la prostate	1 043	///	1 043	5 %
C18-C21	- cancer du côlon-rectum	341	346	687	3 %
C50	- cancer du sein	8	532	540	3 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	825	2 164	2 989	14 %
F00-F09	dont : troubles mentaux organiques, démences	710	1 806	2 516	12 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	870	1 031	1 901	9 %
E10-E14	dont : diabète	862	1 024	1 885	9 %
	Autres	1 134	1 279	2 413	11 %
	<b>Total</b>	<b>9 633</b>	<b>11 627</b>	<b>21 261</b>	<b>100 %</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

### Définitions et méthode

**Affection de longue durée (ALD)** : voir fiche "Affections de longue durée" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Cataracte** : codes Cim 10 : H25-H26, H28.0-H28.2.

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

**Fractures** : codes Cim 10 : 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.

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

**Surveillance post-traitement médical ou chirurgical** : codes Cim 10 : Z40, Z42-Z48, Z50, Z51.2-Z51.6, Z51.8, Z51.9, Z52, Z54, Z93-Z99.

**Taux standardisé de mortalité** : voir définition p. 28.

## Contexte

- La France métropolitaine compte, en 2008, 5,4 millions de personnes âgées de 75 ans et plus (9 % de la population). 1,4 million d'entre elles sont âgées de plus de 85 ans. Les femmes, qui ont une espérance de vie plus élevée, sont 1,7 fois plus nombreuses que les hommes chez les 75 ans et plus. Grâce au gain d'espérance de vie, le nombre de personnes dans cette classe d'âge ne cesse d'augmenter (+ 40 % depuis 1990) [1]. D'ici 2040, leur effectif devrait doubler (10,4 millions) et celui des plus de 85 ans tripler (3,9 millions) [2].
- Les personnes âgées vivent plus longtemps mais également en meilleure santé, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité ayant progressé au cours des dernières décennies [3, 4]. En 2006-2008, l'espérance de vie à 75 ans atteint 11 ans pour les hommes et 14 ans pour les femmes [5]. En 2008, un quart des plus de 75 ans vivant à domicile se considèrent en bonne ou très bonne santé [6].
- La fréquence des affections augmente avec l'âge, les situations de polyopathologies étant fréquentes chez les personnes âgées [7]. Les altérations physiques, sensorielles ou psychiques qui en résultent s'ajoutent à celles liées à la sénescence, contribuant à la survenue de déficiences, de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité. Ainsi, à 75 ans, une personne sur quatre vivant à domicile se déclare fortement limitée dans ses activités quotidiennes en raison d'un problème de santé [6].
- Avec la croissance des limitations fonctionnelles, les besoins d'aides, de la part de l'entourage ou de services professionnels, s'amplifient. Certaines personnes, notamment les plus isolées et âgées, sont amenées à entrer en institution. Fin 2007, 660 000 personnes résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées [8]. Mais la majorité des personnes âgées vivent à domicile, y compris jusqu'aux grands âges [9].
- Les recours aux soins sont également plus fréquents avec l'âge. Les personnes de plus de 75 ans vivant à domicile consultent un médecin généraliste en moyenne 7 à 8 fois dans l'année, et un quart d'entre elles sont hospitalisées au moins une nuit dans l'année [6]. En 2007, 3,2 millions d'hospitalisations en court séjour concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus (20 % de l'ensemble des courts séjours). Entre 2000 et 2007, le taux standardisé d'hospitalisation dans cette classe d'âge a progressé (+ 4,5 %) [10].
- Parmi les principales pathologies qui affectent les personnes âgées, les maladies cardiovasculaires sont au premier plan. Elles représentent 65 % des motifs de

- séances de soins de ville pour ce groupe d'âge, 45 % des motifs d'admission en affection longue durée (ALD<sub>30</sub>), et 34 % des causes médicales de décès en 2007 [11-13]. L'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés s'explique, pour une large part, par une baisse de la mortalité cardiovasculaire, due à l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies [13].
- Les cancers constituent l'autre grande cause de morbidité et de mortalité après 75 ans, avec 19 % des admissions en ALD<sub>30</sub>, et 21 % des décès de ce groupe d'âge [12, 13].
- Parmi les troubles mentaux, les démences, et notamment la maladie d'Alzheimer, touchent une proportion relativement importante des plus de 75 ans (13 % des hommes et 20 % des femmes, selon l'enquête Paquid) [14]. Elles sont à l'origine de 12 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge en 2007 [12].
- La pathologie accidentelle, liée aux chutes en particulier, a des conséquences importantes en termes d'hospitalisation et de décès. En 2007, les fractures ont constitué le diagnostic principal de 136 000 hospitalisations chez les 75 ans et plus (dont 66 000 pour fractures du col du fémur) [10]. Par ailleurs, près de 3 900 chutes accidentelles étaient mentionnées comme principale cause de décès dans cette classe d'âge [13].
- Divers problèmes de santé sont également susceptibles d'affecter la qualité de vie des personnes âgées et font l'objet d'une prise en charge par le système de soins. La cataracte est ainsi à l'origine de 313 000 séjours hospitaliers pour ce groupe d'âge en 2007 (10 % de l'ensemble des séjours) [10]. L'implantation de prothèses articulaires (hanche et genou notamment) est également fréquente.
- 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 (à l'origine d'une proportion importante des fractures), de la dénutrition (particulièrement fréquente en institution), ou encore de la iatrogénie médicamenteuse [15]. La prévention primaire, notamment en matière de nutrition et d'activité physique, joue également un rôle essentiel et doit faire l'objet d'une attention particulière chez les personnes âgées mais aussi chez les personnes vieillissantes [16, 17].

Voir fiches "Maladie d'Alzheimer et autres démences",  
"Aides et soins aux personnes âgées"

Bibliographie page 207

## Pays de la Loire

- En 2008, 311 000 Ligériens étaient âgés de 75 ans ou plus (dont 81 000 de 85 ans ou plus). Leur effectif devrait atteindre 650 000 en 2040 (dont 246 000 âgés de 85 ans ou plus) [1].
- La mortalité régionale des personnes âgées de plus de 75 ans est légèrement inférieure à la moyenne nationale. Celle-ci a diminué, comme en France, de 25 % depuis 1991, en lien principalement avec la baisse de la mortalité cardiovasculaire (- 32 %) (fig. 1).
- 21 000 personnes âgées de 75 ans et plus ont été admises en moyenne chaque année en ALD sur la période 2005-2007 (34 % de l'ensemble des admissions). Les motifs d'admission les plus fréquents sont les pathologies cardiovasculaires (44 %), les cancers (22 %) et les troubles mentaux (14 %) (fig. 4).
- Les principaux diagnostics d'hospitalisation après 75 ans sont les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, les maladies oculaires et les lésions traumatiques (fig. 2). Le taux standardisé d'hospitalisation dans cette classe d'âge est inférieur de 9 % à la moyenne nationale en 2007, en raison notamment d'une moindre fréquence régionale des séjours pour surveillance à la suite d'un traitement médical ou chirurgical (- 39 %). Comme en France, ce taux a augmenté entre 2000 et 2007 (+ 6 %), en raison notamment d'une hausse des recours pour le traitement de la cataracte [10].

