

## Chapitre 5

# ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET PREVENTION

Marie-Christine Bournot, Elodie Cercier, Sandrine David, Philippe Pépin, François Tuffreau

<b>Professionnels et établissements de santé</b>	<b>140</b>
<b>Recours aux soins</b>	<b>162</b>
<b>Personnes handicapées, personnes âgées</b>	<b>186</b>
<b>Services et actions de prévention</b>	<b>194</b>
<b>Représentation et droits des usagers</b>	<b>200</b>

## 1 Les professions de santé à exercice réglementé

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

Profession	France entière	Pays de la Loire	% libéraux	Densité <sup>1</sup> Pays de la Loire	Densité <sup>1</sup> France entière
Infirmiers	507 514	25 683	9,5 %	738	798
Médecins	213 821	9 904	58,6 %	285	336
Pharmaciens	74 465	3 559	///	102	117
Masseurs-kinésithérapeutes	68 751	3 117	80,1 %	90	108
Chirurgiens-dentistes	41 968	1 951	93,0 %	56	66
Manipulateurs ERM	28 008	1 265	///	36	44
Opticiens-lunetiers	19 893	1 093	///	31	31
Sages-femmes	19 651	983	23,6 %	124 <sup>2</sup>	131 <sup>2</sup>
Orthophonistes	18 979	943	82,0 %	27	30
Pédicures-podologues	11 189	621	98,9 %	18	18
Psychomotriciens	7 322	306	///	9	12
Ergothérapeutes	6 951	336	///	10	11
Orthoptistes	3 151	175	49,1 %	5	5
Audio-prothésistes	2 252	107	///	3	4
Diététiciens	nd	nd	nd	nd	nd
<b>Total</b>	<b>1 023 915</b>	<b>50 043</b>	<b>///</b>	<b>1 437</b>	<b>1 610</b>

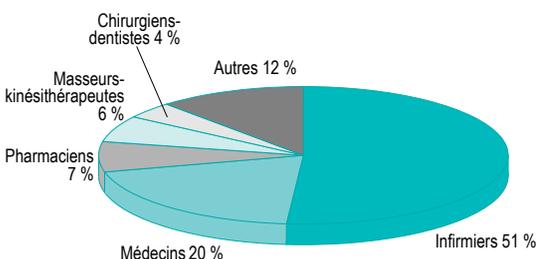
Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de professionnels pour 100 000 habitants

2. nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

## 2 Les professions de santé à exercice réglementé

Pays de la Loire (01/01/2009)



Source : Adeli (Drees)

## 3 Evolution des effectifs des professionnels de santé libéraux

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

	France entière	Pays de la Loire		
	2008	2004	2008	TCAM 2004/2008
Médecins	118 201	5 317	5 496	0,8 %
Infirmiers	60 532	1 685	1 942	3,6 %
Masseurs-kinésithérapeutes	49 131	2 039	2 276	2,8 %
Chirurgiens-dentistes	37 080	1 762	1 782	0,3 %
Orthophonistes	14 075	605	743	5,3 %
Pédicures	8 685	447	510	3,4 %
Sages-femmes	2 827	151	199	7,1 %
Orthoptistes	1 763	67	74	2,5 %
<b>Total</b>	<b>292 294</b>	<b>12 073</b>	<b>13 022</b>	<b>1,9 %</b>

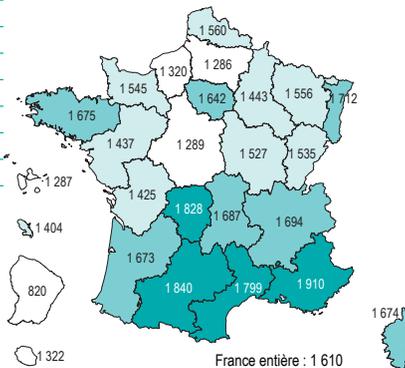
Source : Snir (Cnamts)

## Rang régional

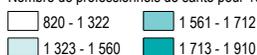
La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre de professionnels de santé à exercice réglementé pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale (- 11 %). Elle se situe ainsi au 18<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 4).

## 4 Densité de professionnels de santé à exercice réglementé

(01/01/2009)



Nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants



Sources : Adeli (Drees), Insee

1. hors diététiciens

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DES Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Auxiliaires médicaux** : professionnels de santé regroupant les audio-prothésistes, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs ERM (Electroradiologie médicale), masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens.

**CCAM** : la Classification commune des actes médicaux, mise en place à partir de 2004 est une nomenclature "en nature" qui répertorie l'ensemble des actes techniques (interventions chirurgicales, actes d'exploration...) réalisés par les médecins.

**Libéral** : professionnel de santé dont l'activité est rémunérée à l'acte, en fonction de la NGAP et de la CCAM.

**Mode conventionnel** : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

**NGAP** : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est désigné par une lettre-clé (spécifique à chaque profession) et un coefficient. La valeur de l'acte est obtenue en multipliant ce coefficient par la valeur de la lettre-clé.

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

- L'ensemble des professions de santé dont l'exercice est réglementé représente plus d'un million de personnes en France début 2009, soit plus de 3 % de la population active (fig. 1) [1, 2].
- Les professions médicales, au sens du code de la santé publique, comprennent les médecins (213 800 praticiens), les chirurgiens-dentistes (42 000) et les sages-femmes (19 700) (fig. 1) [1-3]. L'organisation de ces professions se caractérise par *"la capacité accordée aux professionnels de déterminer et de pratiquer l'ensemble des soins qu'ils jugent utiles, si tant est que ceux-ci interviennent dans leurs champs de compétence"* [4]. Ces trois professions médicales, ainsi que les pharmaciens (74 500 professionnels), sont dotées d'un ordre professionnel [2]. Les structures ordinales veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles du code de déontologie de chaque profession.
- Les auxiliaires médicaux regroupent onze autres professions dont l'exercice est réglementé par le code de la santé publique [3]. Le groupe le plus important est celui des infirmiers (507 500 professionnels), qui représente la moitié de l'effectif total des professionnels à exercice réglementé. Viennent ensuite les masseurs-kinésithérapeutes (68 800) et les manipulateurs en électroradiologie (28 000) (fig. 1) [2]. Pour chacune de ces professions, le code de déontologie détermine la liste des actes que ces professionnels peuvent effectuer, sur prescription médicale ou en application du rôle propre qui leur est dévolu. Trois professions paramédicales sont dotées d'un ordre professionnel : les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures et les infirmiers [5, 6].
- Dans l'ensemble de la population active (29 millions de personnes en 2006), les professions de santé font partie des métiers qui ont connu les plus fortes progressions au cours des dernières décennies [7, 8]. Une autre caractéristique des métiers de la santé est leur féminisation, avec toutefois des situations variables selon les professions : 87 % des infirmiers et 65 % des pharmaciens sont des femmes, contre 40 % des médecins et 37 % des chirurgiens-dentistes [1, 2, 8].
- Les établissements de santé sont le principal lieu d'exercice des professionnels de santé. Toutes catégories professionnelles confondues, 1,2 million de personnes y sont salariées, trois quarts dans des établissements publics [9].
- Une proportion importante de professionnels de santé exercent à titre libéral (29 %), alors que les non-salariés représentent moins de 10 % des emplois dans l'ensemble de la population active [1, 2, 7]. Parmi les 292 000 profes-

sionnels de santé libéraux, 40 % sont des médecins (fig. 3). Les pédicures-podologues exercent essentiellement en libéral, de même que la très grande majorité des chirurgiens-dentistes (91 %), des orthophonistes (80 %) et des masseurs-kinésithérapeutes (79 %). En revanche, seuls 15 % des infirmiers pratiquent leur activité en libéral [2]. Les professionnels de santé libéraux disposent de la liberté d'installation, à l'exception des infirmiers pour lesquels les conditions d'installation ont été restreintes en 2008 [10]. Leur rémunération à l'acte dépend de deux nomenclatures, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et la Classification commune des actes médicaux (CCAM). La NGAP qui concerne principalement les auxiliaires médicaux, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, permet de tarifier l'acte à partir d'une lettre-clé affectée d'un coefficient. La CCAM, mise en place en 2004, est une nomenclature descriptive des actes (interventions chirurgicales, examens d'explorations...). Dans les deux cas, les tarifs sont déterminés par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et ceux des professionnels de santé. Ces conventions prévoient la possibilité pour certains praticiens (secteur à honoraires libres pour les médecins) ou pour des actes spécifiques (prothèses par exemple pour les chirurgiens-dentistes) de pratiquer des dépassements d'honoraires. Dans ce cas, les professionnels fixent "librement" le montant de leurs actes. Les assurés sont alors remboursés, quel que soit le prix payé, sur la base du tarif conventionné de l'assurance maladie. Leur complémentaire santé, pour ceux qui en possèdent une, compense dans certains cas, tout ou partie du surcoût. La loi du 21 juillet 2009 a instauré une nouvelle représentation des professions au sein des régions, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), qui rassemble pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral [11].

- Depuis cette loi, l'ensemble des professions de santé sont soumises à une obligation de développement professionnel continu, qui a pour objectifs *"l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé"* [11].

Bibliographie page 225

## Pays de la Loire

- La région compte 50 000 professionnels de santé à exercice réglementé, dont la moitié d'infirmiers (fig. 1 et 2).
- Avec une densité de 1 437 professionnels de santé pour 100 000 habitants, inférieure de 11 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire occupent le 18<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 4).
- 13 000 professionnels de santé libéraux exercent dans la région, dont 5 500 médecins (42 %), 2 300 masseurs-kinésithérapeutes (17 %), 1 900 infirmiers (15 %) et 1 800 chirurgiens-dentistes (14 %) (fig. 3).
- L'effectif total des professionnels de santé libéraux a augmenté de 1,9 % en moyenne chaque année depuis 2004. La progression est particulièrement marquée pour les sages-femmes (+ 7,1 %) et les orthophonistes (+ 5,3 %) (fig. 3).

## 1 Ensemble des médecins exerçant à titre libéral ou salarié

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Médecins spécialistes en médecine générale	104 225	5 086	2 001	1 169	364	731	821
densité <sup>1</sup>	164	146	160	152	121	131	136
Autres médecins spécialistes	109 596	4 818	2 209	1 218	252	583	556
densité <sup>1</sup>	172	138	177	158	84	105	92
<b>Ensemble</b>	<b>213 821</b>	<b>9 904</b>	<b>4 210</b>	<b>2 387</b>	<b>616</b>	<b>1 314</b>	<b>1 377</b>
densité <sup>1</sup>	336	285	338	309	205	236	228
dont salariés %	41 %	41 %	42 %	42 %	42 %	41 %	40 %

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de médecins pour 100 000 habitants

## 2 Evolution du nombre de médecins

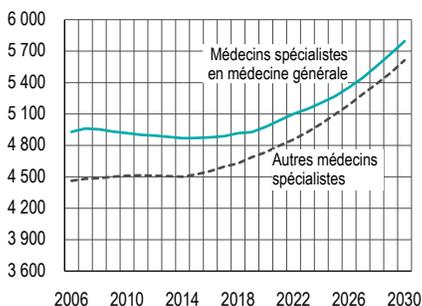
Pays de la Loire, France entière (2005-2009)

	2005	2009	TCAM 2005/2009
Loire-Atlantique	3 904	4 210	1,9 %
Maine-et-Loire	2 210	2 387	1,9 %
Mayenne	604	616	0,5 %
Sarthe	1 335	1 314	-0,4 %
Vendée	1 339	1 377	0,7 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>9 392</b>	<b>9 904</b>	<b>1,3 %</b>
France entière	210 203	213 821	0,4 %

Source : Adeli (Drees)

## 3 Projections du nombre de médecins<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2006-2030)



Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (exploitation Drees), Projections Drees 2009 (scénario tendanciel)

1. médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité

## 4 Numerus clausus des études médicales

Pays de la Loire, France (2005-2010)

Année	Etudiants admis en PCEM2		Postes ouverts aux ECN	
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France
2004/2005	283	6 200	202	3 988
2005/2006	319	6 850	251	4 803
2006/2007	321	7 100	266	4 760
2007/2008	358	7 300	296	5 366
2008/2009	378	7 400	346	5 704
2009/2010	385	7 400	411	6 186

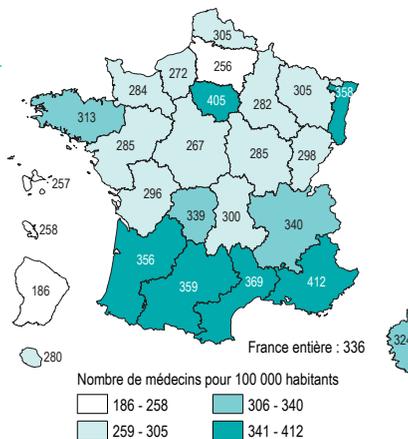
Source : Journal officiel

## Rang régional

Les Pays de la Loire se caractérisent par un nombre de médecins pour 100 000 habitants inférieur de 15 % à la moyenne française. La région se situe au 17<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 5).

## 5 Densité de médecins

(01/01/2009)



Sources : Adeli (Drees), Insee

## 6 Ensemble des médecins exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Méd. spé. en méd. générale <sup>1</sup>	62 818	3 196	1 225	754	228	446	543
densité <sup>2</sup>	98	92	99	98	75	79	91
Autres méd. spécialistes	55 383	2 300	998	534	141	336	291
densité <sup>2</sup>	87	66	81	70	46,5	59,8	48,5
<b>Ensemble</b>	<b>118 201</b>	<b>5 496</b>	<b>2 223</b>	<b>1 288</b>	<b>369</b>	<b>782</b>	<b>834</b>
densité <sup>2</sup>	185	159	180	168	122	139	139
Effectif 2004	116 362	5 317	2 144	1 230	356	780	807
TCAM 2004/2008	0,4 %	0,8 %	0,9 %	1,2 %	0,9 %	0,1 %	0,8 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. y compris médecin ayant un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture...)

2. nombre de médecins pour 100 000 habitants

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Médecins libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des médecins libéraux effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 6). Les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, y compris les remplaçants, en établissement de santé privé, ou en laboratoire sont considérés comme libéraux (fig. 1), mais pas les médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital. Les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital sont recensés comme libéraux par l'assurance maladie, mais pas les remplaçants (fig. 6).

**Mode conventionnel** : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la France compte près de 214 000 médecins libéraux et salariés en activité, soit 336 praticiens pour 100 000 habitants (fig.1) [1]. Environ 10 000 médecins ont un statut de remplaçant, selon l'Ordre des médecins [2].

Au sein de l'Union européenne, la France occupe une position intermédiaire en matière de densité médicale. Les pays qui ont les plus fortes densités sont la Grèce (499 médecins pour 100 000 habitants), la Belgique (404) et l'Espagne (394). En revanche, le nombre de médecins par habitants est deux fois plus faible au Royaume-Uni (248), en Roumanie (218) et en Pologne (218) [3].

■ Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en médecine dure au minimum neuf années et comprend trois cycles. La première année d'études est commune aux études d'odontologie, de maïeutique et, depuis 2010, aux études pharmaceutiques. L'accès à la deuxième année est soumis à un concours, le nombre d'étudiants admis (*numerus clausus*) étant fixé depuis 1971 par le Ministère chargé de la santé. Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 1970 et a diminué jusqu'au seuil de 3 500 en 1993. Depuis, il augmente régulièrement et atteint 7 400 en 2010 (fig. 4). Pour accéder au troisième cycle, les étudiants doivent se soumettre aux Epreuves classantes nationales (ECN). En fonction de leur classement, ils choisissent une discipline, parmi onze (dont la médecine générale), et un lieu de formation. Le troisième cycle se déroule sur trois ans pour la médecine générale, quatre ou cinq ans pour les autres spécialités [4].

■ En France, le nombre de médecins a augmenté d'environ 50 % depuis 1984. Mais, la croissance des effectifs s'est progressivement ralentie : plus de 4 % par an en moyenne au milieu des années 1980 contre moins de 0,5 % entre 2005 et 2009 [1, 5]. Ce ralentissement résulte des variations importantes du *numerus clausus*.

L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles. Depuis la fin des années 1990, les médecins spécialistes en médecine générale sont moins nombreux que les autres spécialistes [1, 5]. La proportion de médecins âgés de 50 ans ou plus a fortement augmenté (33 % en 2000, 56 % en 2009), les médecins de 60 ans ou plus représentant 17 % de l'effectif total en 2009 contre 7 % en 2000. Par ailleurs, la féminisation de cette profession se poursuit, avec 40 % de femmes médecins en 2009 (36 % en 2000) [1, 6].

■ Selon des projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le nombre de médecins actifs devrait diminuer d'environ 10 % entre 2006 et 2019. La baisse des

effectifs serait moins marquée pour les spécialistes en médecine générale que pour les autres spécialistes. Les densités de médecins devraient diminuer dans toutes les régions au cours de cette période [7].

■ A l'intérieur du territoire français, la répartition géographique des médecins est marquée par des contrastes forts et anciens entre les zones les plus fortement médicalisées (sud du pays, Ile-de-France, Alsace), et les régions moins médicalisées (nord du pays, Normandie, les régions centre et d'outre-mer). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de praticiens par habitant est ainsi 1,6 fois plus élevé qu'en Picardie (fig. 5).

■ Comme l'ensemble des autres professions de santé, les médecins (libéraux et salariés) ont une obligation de mise à jour de leurs connaissances et d'évaluation de leurs pratiques à travers ce que l'on appelle aujourd'hui le développement professionnel continu. Ce dispositif se substitue à la formation médicale continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles [8].

■ En 2009, 58,5 % des médecins ont un exercice libéral (exclusif ou non), 30 % sont salariés hospitaliers et 11 % salariés non hospitaliers. Au cours de la dernière décennie, la part des médecins libéraux est en léger recul (60,4 % en 2000, 58,5 % en 2009) [1, 6].

■ Parmi les 118 200 praticiens libéraux recensés fin 2008 par l'assurance maladie (fig. 6), 47 % sont des généralistes (hors médecins à exercice particulier). La rémunération de ces professionnels dépend de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques, et de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), pour les actes techniques et d'explorations. Le tarif des différents actes est déterminé par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et ceux des professionnels de santé. Certains praticiens ont la possibilité d'appliquer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés par l'assurance maladie (secteur 2) : 7 % des généralistes et 39 % des autres spécialistes sont dans ce cas en 2008, avec des variations très importantes selon les zones géographiques [9].

■ Les médecins disposent de différentes instances de représentation : les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) qui remplacent, depuis 2010, les Unions régionales des médecins libéraux (URML), ainsi que les syndicats médicaux [8]. Par ailleurs, l'Ordre des médecins, qui dispose de conseils départementaux, régionaux et d'un conseil national, veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles déontologiques.

Bibliographie page 226

## Pays de la Loire

■ La région compte 9 900 médecins en activité, soit une densité de 285 praticiens pour 100 000 habitants. Avec cette densité inférieure de 15 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire occupent le 17<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 1).

■ La Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire, dotés d'une faculté de médecine, ont les densités les plus fortes. Seule la Loire-Atlantique a une densité comparable à la moyenne nationale. En Mayenne, le nombre de médecins par habitant est inférieur de 39 % à cette moyenne (fig. 1).

■ Depuis 2005, l'effectif total de médecins a progressé de 5 % dans la région (fig. 2). Contrairement à la situation nationale, l'effectif des généralistes (5 100) est supérieur à celui des spécialistes (4 800) (fig. 1). En Sarthe, le nombre total de médecins a diminué entre 2005 et 2009 [1, 5].

■ Dans la région, la moitié des médecins (52 %) sont âgés de 50 ans ou plus en 2009 (contre 30 % en 2000). La proportion de praticiens de 60 ans ou plus s'élève à 13 % (5 % en 2000).

■ Selon les projections de la Drees, le nombre de médecins devrait rester relativement stable dans la région d'ici 2015, puis augmenter progressivement. En raison de l'augmentation de population attendue, et en particulier de la population âgée, la densité médicale en 2019 serait inférieure de 6 % à celle de 2006 [7].

## 1 Les médecins généralistes libéraux<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Effectif 2008	55 358	2 817	1 033	668	206	404	506
% secteur 2	7,4 %	4,0 %	7,1 %	2,4 %	1,5 %	2,2 %	2,4 %
densité <sup>2</sup>	87	81	84	87	68	72	84
Effectif 2004	55 516	2 775	1 008	645	211	409	502
TCAM 2004-2008	-0,1 %	0,4 %	0,6 %	0,9 %	-0,6 %	-0,3 %	0,2 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

- hors médecins à mode d'exercice particulier
- nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants

## 2 Les médecins libéraux<sup>1</sup> déclarant un mode d'exercice particulier

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

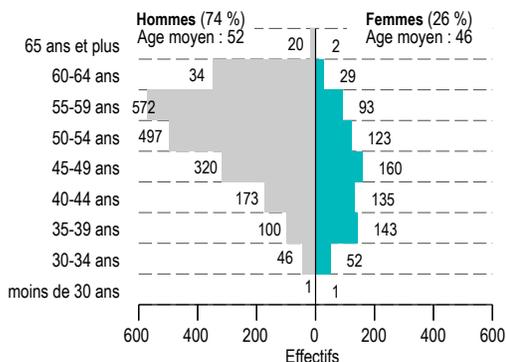
	France entière	Pays de la Loire
Effectif 2008	7 460	379
dont : acupuncture	1 753	66
homéopathie	1 701	74
angiologie	1 367	77
% secteur II	39,8 %	38,3 %
densité <sup>2</sup>	12	11
Effectif 2004	6 666	352
TCAM 2004-2008	2,9 %	1,9 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

- qualifiés en médecine générale
- nombre de médecins libéraux MEP pour 100 000 habitants

## 3 Répartition des médecins généralistes libéraux<sup>1</sup> par tranche d'âge et par sexe

Pays de la Loire (31/12/2008)



Source : Snir (Cnamts)

- hors médecins à mode d'exercice particulier

## 4 Evolution de l'activité des médecins généralistes libéraux<sup>1</sup> (APE)

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	France entière		Pays de Loire	
	2008	2004	2008	TCAM 2004/2008
Consultations <sup>2</sup>	228 934	13 045	13 129	0,2 %
Visites <sup>2</sup>	32 038	1 494	1 189	-5,5 %
Actes techniques <sup>2</sup>	4 561	240	167	-8,7 %
Total actes <sup>2</sup>	265 533	14 779	14 484	-0,5 %
Nb d'actes par praticien	5 080	5 506	5 349	-0,7 %

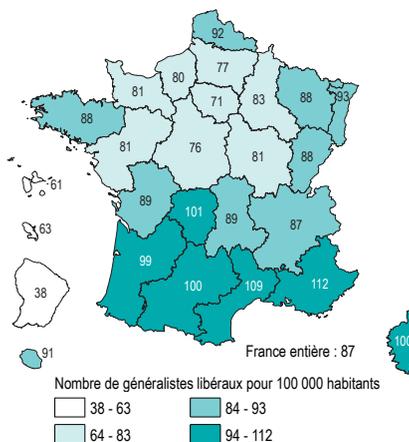
Source : Snir (Cnamts)

- hors médecins à mode d'exercice particulier
- nombre d'actes en milliers

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale (- 7 %). Elle se situe ainsi au 16<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 5).

## 5 Densité de généralistes libéraux<sup>1</sup> (01/01/2009)

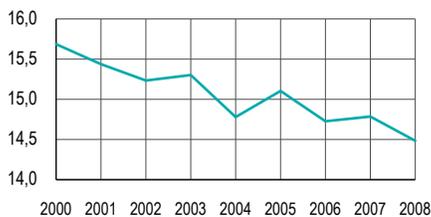


Sources : Snir (Cnamts), Insee

- hors médecins à mode d'exercice particulier

## 6 Evolution du nombre total d'actes réalisés par les médecins généralistes libéraux (APE)<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2000-2008)



Source : Snir (Cnamts)

- nombre d'actes en millions (hors actes effectués par les médecins à mode d'exercice particulier)

## Définitions et méthode

**APE** : les médecins APE, Actifs à part entière, sont les médecins conventionnés ayant exercé pendant l'année entière et âgés de moins de 65 ans. Les médecins hospitaliers temps plein ayant un exercice libéral ne font pas partie des médecins APE.

**MEP** : mode d'exercice particulier.

**Mode conventionnel** : secteur I (tarifs fixés par convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

**Snir** : Système national interrégions. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ Selon les données de l'assurance maladie, la France compte 55 400 médecins généralistes libéraux au 31 décembre 2008 (fig. 1). Par ailleurs, 7 500 praticiens libéraux, qualifiés en médecine générale, ont un exercice particulier (homéopathie, acupuncture...), et une partie d'entre eux se considèrent comme "généralistes" (fig. 2). Ces dénombrements ne prennent toutefois pas en compte les médecins exerçant comme remplaçants, qui ne sont pas identifiés par l'assurance maladie, ainsi que ceux pratiquant la médecine générale comme salariés dans un centre de santé, présents dans quelques régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur...).

Les médecins généralistes libéraux représentent un peu plus d'un quart de l'effectif total des médecins [1, 2].

■ Le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté d'environ 35 % depuis 1980. Mais au cours des dix dernières années, leur effectif est resté pratiquement stable alors que le nombre de généralistes salariés a augmenté de 15 % depuis 2000 [1-4].

■ La croissance des effectifs au cours des dernières décennies s'est accompagnée de transformations structurelles. La proportion de femmes généralistes est près de deux fois plus importante en 2008 (27 %) qu'en 1980. Avec le ralentissement de la croissance démographique, l'âge moyen augmente et atteint 53 ans en 2009 pour les hommes et 47 ans pour les femmes [1, 3].

■ La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière depuis l'instauration en 2004 des Epreuves classantes nationales (ECN) à la fin du deuxième cycle des études médicales pour l'accès aux différentes spécialités. Le troisième cycle (internat) en médecine générale comprend trois années de formation, contre quatre ou cinq pour les autres spécialités. En médecine générale, les postes en internat ouverts aux étudiants ne sont pas tous pourvus (82 % en 2009 contre 89 % pour l'ensemble des spécialités), avec toutefois des disparités géographiques importantes [3].

■ Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. De manière générale, les zones les plus fortement médicalisées se situent dans le sud du pays (fig. 5). Mais, à l'intérieur des régions, on observe parfois des contrastes importants. Les départements d'outre-mer (à l'exception de la Réunion) et la Seine-Saint-Denis sont les départements qui ont les plus faibles densités médicales en 2008 (de 38 à 63 généralistes pour 100 000 habitants). A l'opposé, dans les Pyrénées-Orientales, on dénombre 120 généralistes pour 100 000 habitants [1].

■ Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont définies par des conventions qui déterminent les tarifs des honoraires et les conditions de leur exercice (mise en œuvre des "bonnes pratiques"...). Depuis janvier 2005, chaque assuré âgé de plus de 16 ans doit choisir un médecin "traitant" (généraliste ou spécialiste), chargé de coordonner le parcours du patient dans le système de soins. Les patients sans médecin traitant bénéficient de conditions de remboursement moins avantageuses par l'assurance maladie, et le tarif de l'acte peut être majoré par le médecin. Fin 2008, 85 % des assurés ont déclaré un médecin traitant et choisi à 99,5 % un médecin généraliste libéral [5].

La loi du 21 juillet 2009 a réaffirmé le rôle des médecins généralistes comme acteurs pivots des soins de premier recours [6].

■ En 2008, les consultations et visites représentent 98 % du total des actes des généralistes libéraux. En moyenne, chaque généraliste effectue près de 5 100 actes par an (fig. 4). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, région qui a la plus forte densité médicale, ce nombre est inférieur de 13 % à la moyenne nationale (4 400 actes) [1, 7].

Alors que l'effectif de la population a augmenté de 6 % depuis 2000, et dans un contexte général de vieillissement, le nombre total d'actes effectués par les généralistes (265 millions en 2008) a diminué de 4 % (fig. 6). Cette baisse est essentiellement liée à la chute du nombre de visites, qui a été divisé par deux (32 millions en 2008, fig. 4) [1, 8].

La proportion de généralistes conventionnés pratiquant des honoraires libres (7 %) est beaucoup plus faible que celle des spécialistes (39 %). C'est en Ile-de-France qu'elle est la plus élevée (22 %) [1].

■ Selon les résultats du panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale mené auprès de 2 000 médecins de cinq régions françaises, la proportion de généralistes libéraux exerçant en cabinet de groupe varie de 40 à 65 % selon les régions. En 2007, leur temps de travail hebdomadaire (gardes et astreintes comprises) atteint en moyenne entre 55 et 59 heures, la proportion de ceux participant à des gardes varie de 45 % à 78 %. Par ailleurs, une part importante de ces praticiens déclarent des activités en dehors du cabinet médical (établissements de santé, médecin régulateur au centre 15, médecin coordonnateur de maison de retraite...) [9].

Bibliographie page 226

## Pays de la Loire

145

■ La région compte 2 800 généralistes libéraux fin 2008. Leur effectif a augmenté de 0,4 % par an depuis 2004. Le nombre de praticiens en activité a diminué en Mayenne et en Sarthe (fig. 1). Par ailleurs, 379 praticiens libéraux, qualifiés en médecine générale, exercent dans la région un exercice particulier (homéopathie, acupuncture...), fig. 2) [1, 10].

■ Avec une densité de 81 généralistes libéraux pour 100 000 habitants, inférieure de 7 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire se situent au 16<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 5). En Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée, la densité médicale est proche de la moyenne nationale. Par contre, elle est nettement plus faible en Mayenne (- 22 %) et en Sarthe (- 17 %) (fig. 1). On observe également des contrastes très importants au sein des départements.

■ La proportion de généralistes conventionnés pratiquant des honoraires libres (secteur 2) est plus faible dans la région qu'au plan national (4 % contre 7 %) (fig. 1).

■ Chaque généraliste effectue en moyenne 5 350 actes par an, soit 5 % de plus que la moyenne nationale (fig. 4). Le nombre d'actes par praticien a diminué de 9 % entre 2000 et 2008. Les visites ne représentent plus que 8 % des actes effectués en 2008 contre 17 % en 2000 [1, 8].

■ Selon les résultats du panel de médecins généralistes, les Pays de la Loire ont la plus forte proportion de médecins exerçant dans un cabinet en groupe (64 % contre 40 % à 52 % dans les régions Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne et Provence-Alpes-Côte d'Azur) [11].

# Médecins spécialistes<sup>1</sup>

1. non compris la médecine générale

## 1 Nombre de spécialistes selon le type de spécialité

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	% spé. libéraux	Densité <sup>1</sup>	
				Pays de la Loire	France entière
<b>Spécialités médicales, dont :</b>	60 527	2 612	47 %	75	95
Anesthésie-réanimation	10 700	531	35 %	15	17
Cardiologie	6 335	245	60 %	7	10
Dermatologie-vénérologie	4 128	157	85 %	5	6
Gastro-entérologie, hépatologie	3 493	164	54 %	5	5
Pédiatrie	7 125	268	33 %	8	11
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8 026	323	71 %	9	13
<b>Spécialités chirurgicales, dont :</b>	25 755	1 140	61 %	33	41
Chirurgie générale	3 972	167	24 %	5	6
Gynécologie-obstétrique	5 593	224	49 %	6	9
Ophthalmologie	5 679	259	89 %	7	9
ORL	2 975	123	82 %	4	5
Psychiatrie	13 886	569	44 %	16	22
Biologie médicale	3 063	135	30 %	4	5
Santé publique, méd. travail	6 365	362	///	10	10
<b>Total</b>	<b>109 596</b>	<b>4 818</b>	<b>46 %</b>	<b>138</b>	<b>172</b>

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de spécialistes pour 100 000 habitants

## 2 Nombre de spécialistes libéraux selon la spécialité

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

	Effectif		Densité <sup>1</sup>	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
Anesthésie-réanimation chirurgicale	184	3 429	5,3	5,4
Cardiologie	156	4 401	4,5	6,9
Dermatologie-vénérologie	127	3 315	3,7	5,2
Gastro-entérologie, hépatologie	97	2 134	2,8	3,3
Pédiatrie	86	2 773	2,5	4,3
Radiologie	256	6 035	7,4	9,5
Chirurgie	133	3 280	3,8	5,1
dont : chirurgie générale	56	1 900	1,6	3,0
Chirurgie orthopédique et traumatologie	111	2 040	3,2	3,2
Gynécologie	216	5 580	6,2	8,8
dont : gynécologie obstétrique	124	3 713	3,6	5,8
Ophthalmologie	236	4 785	6,8	7,5
ORL	86	2 298	2,5	3,6
Psychiatrie <sup>2</sup>	259	6 444	7,5	10,1
Autres	353	8 869	///	///
<b>Total</b>	<b>2 300</b>	<b>55 383</b>	<b>66,4</b>	<b>86,9</b>

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre de spécialistes pour 100 000 habitants

2. y compris neuropsychiatrie

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**CCAM** : la Classification commune des actes médicaux, mise en place à partir de 2004 est une nomenclature "en nature" qui répertorie l'ensemble des actes techniques (interventions chirurgicales, actes d'exploration...) réalisés par les médecins.

**Médecins libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des spécialistes libéraux effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 2).

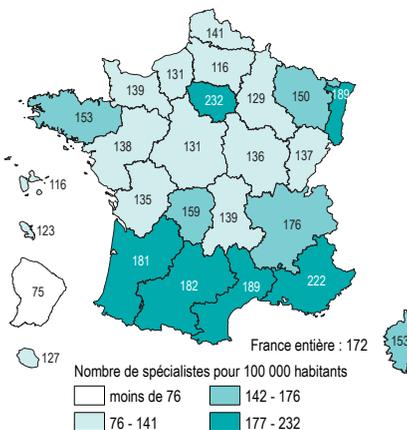
Les médecins exerçant à titre libéral en cabinet, en établissement de

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants nettement inférieur à la moyenne nationale (- 20 %). Elle se situe au 15<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant (fig. 3).

## 3 Densité de spécialistes

(01/01/2009)



Sources : Adeli (Drees), Insee

## 4 Projection du nombre de spécialistes

France entière (2006-2019)

Spécialités médicales	Evolution 2006-2019
Anesthésie-réanimation	-16,6 %
Cardiologie	-8,8 %
Dermatologie-vénérologie	-24,2 %
Gastro-entérologie	-7,5 %
Pédiatrie	-2,1 %
Radiologie	-11,7 %
<b>Spécialités chirurgicales</b>	
Chirurgie	7,4 %
Gynécologie-obstétrique	-4,3 %
Ophthalmologie	-28,8 %
ORL	-20,8 %
Psychiatrie	-20,2 %
Biologie médicale	3,9 %
Santé publique	5,9 %
Médecine du travail	-50,5 %
<b>Total France entière</b>	<b>-11,8 %</b>

Sources : Projections Drees 2009 (scénario tendanciel)

santé privé, ou en laboratoire, y compris les remplaçants sont considérés comme libéraux (fig. 1). Ce n'est pas le cas en revanche des médecins hospitaliers plein temps ayant un secteur privé à l'hôpital. Dans la figure 2, les médecins temps plein avec un secteur privé à l'hôpital sont considérés comme libéraux, mais pas les remplaçants.

**Mode conventionnel** : secteur I (tarifs fixés par la convention nationale), secteur II (conventionnés à honoraires libres) et secteur III (non conventionnés).

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la France compte plus de 109 000 médecins spécialistes, hors médecine générale (+ 9 % par rapport à 2000), qui représentent un peu plus de la moitié des effectifs médicaux (fig. 1). Au cours de la dernière décennie, la croissance des effectifs s'est ralentie, avec un taux de progression annuel moyen de 1 % entre 2000 et 2009, contre plus de 4 % au milieu des années 1980 [1, 2].
- Ce ralentissement démographique s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : 59 % des spécialistes sont âgés de 50 ans ou plus (37 % en 2000). La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes chez les spécialistes est passée d'environ 25 % en 1985 à 36 % aujourd'hui [1-3].
- Depuis 2004, l'accès aux spécialités s'effectue à partir du troisième cycle des études médicales (internat) à l'issue des Epreuves classantes nationales (ECN) communes à l'ensemble des spécialités. Par ailleurs, la médecine générale est aujourd'hui reconnue comme une spécialité à part entière.
- Plus d'un spécialiste sur deux exerce une spécialité dite médicale (55 %), et un peu moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23 %). Les autres spécialités se répartissent entre la psychiatrie (13 %), la santé publique et la médecine du travail (6 %), et la biologie médicale (3 %). La spécialité qui a l'effectif le plus important est celle des psychiatres (13 900 praticiens en 2009), devant les chirurgiens (11 500, toutes spécialités confondues) et les anesthésistes (10 700). Viennent ensuite les radiologues (8 000), les pédiatres (7 100), les cardiologues (6 300), les ophtalmologistes (5 700), et les gynécologues-obstétriciens (5 600) [2].
- Selon les projections effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques (Drees), le nombre de spécialistes devrait diminuer de 12 % entre 2006 et 2019. Cette baisse devrait être plus marquée que celle des généralistes (- 7 %). Les évolutions des effectifs seraient très contrastées selon les spécialités. Les disciplines qui devraient connaître les baisses les plus importantes sont la médecine du travail (- 51 %), la rééducation et la réadaptation fonctionnelle (- 36 %), l'ophtalmologie (- 29 %) et la dermatologie-vénérologie (- 24 %) (fig. 4) [4, 5].
- La répartition géographique des spécialistes est nettement plus contrastée que celle des généralistes. Les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans

le sud de la France métropolitaine. En Ile-de-France, le nombre de spécialistes par habitant est deux à trois fois plus élevé qu'en Guyane, Guadeloupe ou Picardie (fig. 3).

- La moitié des spécialistes ont une activité libérale (exclusive ou non), et environ 40 % exercent en milieu hospitalier comme salariés. La proportion de spécialistes libéraux est restée relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années. L'exercice libéral varie fortement selon les spécialités : 85 % en ophtalmologie, 59 % en gynécologie-obstétrique, 41 % en pédiatrie, contre seulement 34 % en anesthésie-réanimation [1, 2].
- L'effectif des spécialistes libéraux, selon les données de l'assurance maladie, est resté pratiquement stable au cours de la dernière décennie (55 400 fin 2008, fig. 2). Plusieurs spécialités connaissent un recul démographique depuis 2000 : - 13 % pour la stomatologie, - 7 % pour la pédiatrie... En revanche, en urologie, néphrologie, chirurgie orthopédique, cardiologie et radiologie, l'augmentation des effectifs se poursuit [6-8].
- Sur le plan conventionnel, 60 % des spécialistes dépendent du secteur I et 39 % du secteur à honoraires libres (secteur II). Par ailleurs, 150 médecins sont non conventionnés. La part du secteur II est très variable selon la spécialité et selon les territoires : 60 % des spécialistes libéraux sont à honoraires libres en Ile-de-France contre 15 % seulement en Bretagne. L'urologie est la spécialité dans laquelle on observe la plus forte proportion de médecins en secteur II (84 %) contre 17 % pour la pneumologie et 19 % pour la cardiologie [6].
- La Nomenclature des actes professionnels (NGAP), qui est la base de la rémunération des médecins libéraux, a été remplacée en 2005, pour les actes techniques, par la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Depuis 2005, les patients qui accèdent directement à un spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins bien remboursés par l'assurance maladie et le tarif de l'acte peut être majoré par le spécialiste.

Les tableaux ci-contre concernent l'ensemble des spécialités médicales, non compris la médecine générale, qui fait l'objet d'une fiche spécifique.

Bibliographie page 226

## Pays de la Loire

147

- Les spécialistes représentent un peu moins de la moitié des effectifs médicaux de la région (49 %) (fig. 1). Depuis 2000, leur effectif a progressé de 1,9 % par an dans la région [2, 3].
- Avec une densité de 138 spécialistes pour 100 000 habitants, inférieure de 20 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire occupent le 15<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 3). Les deux départements de la région dotés d'une faculté de médecine, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire, ont les plus fortes densités (respectivement 177 et 158 pour 100 000 habitants), contre seulement 84 pour 100 000 en Mayenne.
- Selon les projections de la Drees, le nombre de spécialistes devrait rester relativement stable dans la région d'ici 2015, puis augmenter progressivement. En raison de l'augmentation de population attendue, et en particulier de la population âgée, la densité de spécialistes en 2019 serait inférieure de 4 % à celle de 2006 (fig. 4) [4].
- Parmi les praticiens libéraux, la proportion de spécialistes pratiquant des honoraires libres (secteur 2) est de 26 % en Pays de la Loire contre 39 % au plan national [6]. Dans la région, les proportions les plus élevées de praticiens relevant du secteur 2 sont observées pour les spécialités chirurgicales : urologie (72 %), chirurgie orthopédique (64 %) et chirurgie (64 %).

## 1 Les chirurgiens-dentistes

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Chirurgiens-dentistes	41 968	1 951	874	393	131	229	324
% libéraux	91 %	93 %	93 %	95 %	89 %	91 %	94 %
densité <sup>1</sup>	66	56	70	51	44	41	54

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

## 2 Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

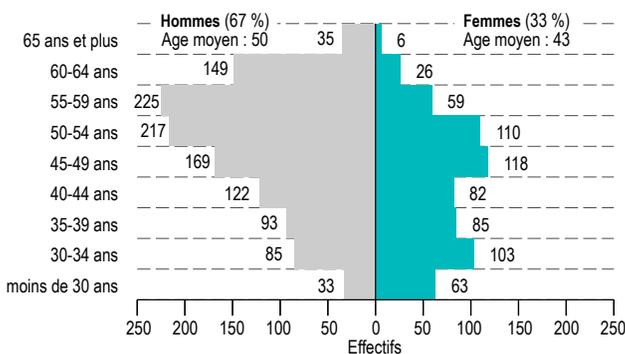
	2004	2008	dont ODF <sup>1</sup>	% femmes	% 50 ans et plus	TCAM 2004/2008
Loire-Atlantique	766	780	47	41 %	41 %	0,5 %
Maine-et-Loire	368	373	19	36 %	48 %	0,3 %
Mayenne	115	115	7	28 %	53 %	0,0 %
Sarthe	228	214	13	32 %	57 %	-1,6 %
Vendée	285	300	14	32 %	49 %	1,3 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>1 762</b>	<b>1 782</b>	<b>100</b>	<b>37 %</b>	<b>46 %</b>	<b>0,3 %</b>
France entière	37 365	37 080	1 955	35 %	48 %	-0,2 %

Source : Snir (Cnamts)

1. orthopédie dento-faciale

## 3 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes libéraux

Pays de la Loire (31/12/2008)



Source : Snir (Cnamts)

## 4 Evolution de l'activité des chirurgiens-dentistes libéraux (APE)

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	France entière	Pays de la Loire		TCAM 2004/2008
	2008	2004	2008	
Nombre moyen d'actes par professionnel				
CS+VS Consultations + visites	315	373	389	1,0 %
D+DC Chirurgie dentaire	182	166	171	0,7 %
SC Soins conservateurs	1 377	1 693	1 625	-1,0 %
SPR Prothèses	352	389	376	-0,8 %
Nombre moyen de coefficients par professionnel				
CS+VS Consultations + visites	///	///	///	///
D+DC Chirurgie dentaire	2 748	1 764	2 574	9,9 % <sup>1</sup>
SC Soins conservateurs	20 577	21 895	23 792	2,1 %
SPR Prothèses	16 859	18 040	17 404	-0,9 %

Source : Snir (Cnamts)

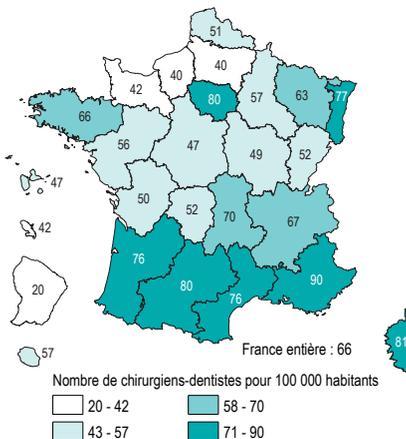
1. forte augmentation liée à la revalorisation de certains actes

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre total de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale. Elle occupe le 14<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 5).

## 5 Densité de chirurgiens-dentistes

(01/01/2009)



Sources : Adeli (Drees), Insee

## 6 Numerus clausus des études en odontologie

Pays de la Loire, France (2005-2010)

Année	Etudiants admis en PCeM2	
	Nantes	France
2004/2005	61	977
2005/2006	61	977
2006/2007	61	977
2007/2008	67	1 047
2008/2009	70	1 097
2009/2010	73	1 154

Source : Journal officiel

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees.

Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**APE** (Actifs à part entière) : chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, et ayant moins de 65 ans, soit 83 % des effectifs au plan national.

**NGAP** : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est désigné par une lettre-clé (spécifique à chaque profession) et un coefficient.

La valeur de l'acte est obtenue en multipliant ce coefficient par la valeur de la lettre-clé.

C, V : consultations, visites

D et DC : actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire.

SC : soins conservateurs (traitement d'une carie, détartrage, dévitalisation...)

SPR : prothèses

TO : orthopédie dento-faciale

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ Près de 42 000 chirurgiens-dentistes exercent leur activité en France au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (fig. 1), cet effectif étant relativement stable depuis une dizaine d'années. La structure d'âge de ce groupe de professionnels s'est profondément transformée : 49 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2009 contre 34 % en 2000 [1, 2]. Avec 37 % de femmes, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé à exercice réglementé la moins féminisée. Toutefois, chez les praticiens de moins de 35 ans, les femmes sont majoritaires [1].

■ Avec une densité moyenne de 66 praticiens pour 100 000 habitants, la France se situe dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays européens. Cette densité est inférieure à celles observées dans les pays scandinaves mais supérieure à celles des pays de l'Europe de l'Est et du Sud [3, 4].

■ Les chirurgiens-dentistes sont formés en six années d'études, la première année étant commune avec les médecins, les sages-femmes, et depuis 2010, avec les pharmaciens. Pour faire face à la baisse des effectifs attendue au cours des prochaines années, le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études dentaires (*numerus clausus*) a été progressivement réévalué et il atteint 1 154 pour l'année universitaire 2009-2010 (800 en 2001-2002) (fig. 6).

Selon des projections établies en 2007 sous l'hypothèse de comportements et trajectoires professionnelles inchangés et d'un *numerus clausus* fixé à 1 100 à partir de l'année universitaire 2007-2008, la densité de chirurgiens-dentistes en 2030 serait inférieure d'environ 35 % à celle de 2006. Cette évolution attendue est à mettre en regard de l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants [3, 5].

■ La très grande majorité des chirurgiens-dentistes ont un exercice libéral (91 %), les autres praticiens étant salariés des centres de santé, des établissements de santé ou des caisses d'assurance maladie [1]. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice de groupe. Les femmes sont majoritaires parmi les praticiens salariés (58 % fin 2006) [6].

■ L'effectif de chirurgiens-dentistes libéraux recensés par l'assurance maladie (37 100 au 31 décembre 2008) est pratiquement stable depuis 1996. 95 % sont des omnipraticiens, les autres exerçant l'Orthopédie dento-faciale (ODF) ; l'effectif des spécialistes en ODF est passé de 1 817 en 2004 à 1 955 en 2008 (fig. 2). Les régions du sud de la France, l'Alsace et l'Île-de-France ont les plus fortes densités de praticiens libéraux. Les départements d'outre-mer, la Normandie et les régions du Nord sont les moins pourvus. On dénombre seulement 17 praticiens libéraux pour 100 000 habitants en Guyane contre 82 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

■ Les actes des dentistes libéraux se répartissent principalement entre soins conservateurs (1 400 actes par professionnel et par an), prothèses et chirurgie dentaire (extractions principalement) (fig. 4). Les soins conservateurs et chirurgicaux sont, comme les autres actes de soins, remboursés à 70 % par l'assurance maladie. En revanche, les prothèses (63 % des honoraires en 2004 [7]) et les soins d'ODF sont faiblement remboursés par l'assurance maladie, les chirurgiens-dentistes ayant la liberté de pratiquer des dépassements par rapport au tarif de référence, sur la base d'un devis remis au patient (entente directe). Les soins dentaires sont d'ailleurs le principal motif de renoncement aux soins pour des raisons financières (50 % des cas de renoncements) [8]. En revanche, les personnes qui relèvent de la Couverture maladie universelle (CMU) bénéficient d'une prise en charge intégrale, dans la limite d'un panier de soins [9].

■ La loi du 21 juillet 2009 a instauré une représentation des chirurgiens-dentistes libéraux au sein des régions, à travers la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS) [10].

Bibliographie page 226

## Pays de la Loire

149

■ La région compte 1 950 chirurgiens-dentistes en 2009, dont 93 % exercent à titre libéral (fig. 1).

■ Avec une densité de 56 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, inférieure de 15 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire se situent au 14<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 5).

■ La Loire-Atlantique est le département de la région où la densité est la plus forte (70 praticiens pour 100 000 habitants), la seule faculté de chirurgie dentaire des Pays de la Loire étant implantée à Nantes. La densité de chirurgiens-dentistes est inférieure à la moyenne française dans les quatre autres départements, et de façon plus marquée en Sarthe (- 38 %) et Mayenne (- 33 %) (fig. 1).

■ 1 800 chirurgiens-dentistes exercent à titre libéral dans les Pays de la Loire, dont 100 disposent d'une qualification de spécialistes en orthopédie dento-faciale.

L'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux a légèrement progressé dans la région entre 2004 et 2008 (+ 0,3 % par an). Cette augmentation est surtout marquée en Vendée. En revanche, leur effectif est resté stable en Mayenne et a diminué en Sarthe. Ces deux départements sont ceux dans lesquels la part de chirurgiens-dentistes de plus de 50 ans est la plus élevée dans la région (fig. 2).

Les soins conservateurs, principale activité des chirurgiens-dentistes libéraux (1 600 actes par praticien par an), ainsi que les prothèses dentaires sont en léger recul (fig. 4).

## 1 Les pharmaciens

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Pharmaciens	74 465	3 559	1 392	816	282	500	569
dont titulaires d'officine	30 544	1 647	616	339	138	261	293
% titulaires d'officine	41 %	46 %	44 %	42 %	49 %	52 %	51 %
densité <sup>1</sup>	117	102	112	106	94	90	102

Sources : Adeli (Drees, ARS Pays de la Loire), Insee

1. nombre de pharmaciens (toutes activités confondues) pour 100 000 habitants

## 2 Les officines pharmaceutiques

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	Officines pharmaceutiques <sup>1</sup>	Nombre d'habitants par officine
Loire-Atlantique	446	2 823
Maine-et-Loire	262	2 958
Mayenne	100	3 020
Sarthe	193	2 899
Vendée	224	2 746
<b>Pays de la Loire</b>	<b>1 225</b>	<b>2 866</b>
France entière	23 116	2 767

Sources : Finess (ARS Pays de la Loire), Insee

1. officines de statut privé, y compris mutualistes et Ministères et non compris les pro pharmacies

## 3 Numerus clausus des études pharmaceutiques

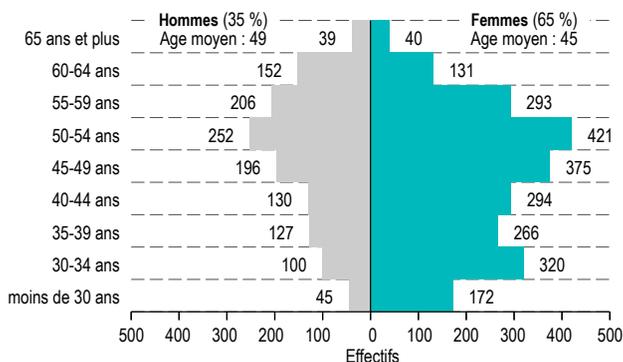
Pays de la Loire, France (2005-2010)

Année	Etudiants admis en 2 <sup>e</sup> année du 1 <sup>er</sup> cycle		
	Angers	Nantes	France
2004/2005	65	89	2 790
2005/2006	70	95	2 990
2006/2007	70	95	2 990
2007/2008	75	102	3 090
2008/2009	75	102	3 090
2009/2010	75	102	3 090

Source : Journal officiel

## 4 Pyramide des âges des pharmaciens<sup>1</sup>

Pays de la Loire (01/01/2009)



Source : Adeli (Drees, ARS Pays de la Loire)

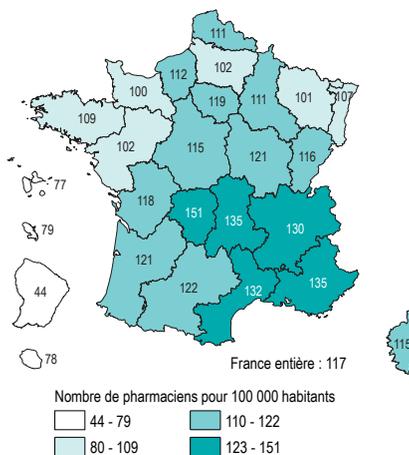
1. toutes activités confondues

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre total de pharmaciens pour 100 000 habitants inférieur de 13 % à la moyenne nationale. Elle occupe le 20<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 5).

## 5 Densité de pharmaciens<sup>1</sup>

(01/01/2009)



Sources : Adeli (Drees), Insee

1. toutes activités confondues

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DES Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

### Conseil national de l'ordre des pharmaciens

Selon leur spécialité et leur lieu d'exercice, les pharmaciens sont répartis entre sept sections différentes (un même pharmacien pouvant être inscrit dans deux sections différentes en cas de multiactivités) :

- A, titulaires d'officine
- B, pharmaciens de l'industrie
- C, pharmaciens de la distribution en gros
- D, pharmaciens salariés (adjoins en officine, sécurité sociale...)
- E, départements et collectivités d'outre-mer
- G, pharmaciens biologistes
- H, pharmacies des établissements de santé.

### Dénombrement des pharmaciens

Des différences apparaissent entre le dénombrement des pharmaciens effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et par le Conseil national de l'ordre qui tiennent aux méthodes de recensement utilisées.

**Propharmacien** : médecin autorisé par l'Agence régionale de santé à délivrer certains médicaments et dispositifs médicaux, aux personnes auxquelles il donne des soins.

## Contexte

■ L'Ordre des pharmaciens recense 72 700 pharmaciens actifs au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (+ 90 % depuis 1980). Avec l'instauration en 1980 d'un *numerus clausus* (nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études), la croissance démographique s'est progressivement ralentie : + 3 % par an en moyenne entre 1980 et 1995, puis + 2 % entre 1995 et 2007, et + 0,2 % entre 2007 et 2009 [1]. En lien avec l'augmentation des effectifs, la densité de pharmaciens pour 100 000 habitants est passée de 68 en 1980 à 114 en 2009 [1, 2].

■ La structure d'âge de ce groupe de professionnels s'est également profondément modifiée au cours de la dernière décennie ; 44 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2009 contre 29 % en 2000 [3, 4]. Par ailleurs, la féminisation de cette profession (65 %) est plus accentuée que pour les médecins (40 %) [4].

■ Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie dure au minimum six ans et comprend trois cycles, la durée du troisième cycle variant selon la spécialisation choisie (officine, industrie, internat ou recherche). Depuis la rentrée 2010, la première année des études en pharmacie est commune aux études médicales. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année est fixé à 3 090 pour l'année universitaire 2009-2010, soit 37 % de plus qu'en 2001-2002 (2 250) (fig. 3).

Selon les projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2005, la densité de pharmaciens en France métropolitaine ne devrait pas diminuer au cours des prochaines années [5].

■ La région Limousin a la plus forte densité de pharmaciens (+ 29 % par rapport à la France, fig. 5) [4].

■ La grande majorité des professionnels (76 %) exercent leur activité principale en officine de ville, comme titulaires (28 800) ou adjoints (26 600) [1]. Le rôle des pharmaciens d'officine a été précisé par la loi du 21 juillet 2009, notamment en matière de participation aux soins de premier recours [6]. Le dispositif conventionnel, qui organise les rapports entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie, détermine les engagements des pharmaciens en matière de dispensation pharmaceutique, de formation et de coordination des soins, de permanence pharmaceutique, de traitement des feuilles de soins et de dispense d'avance de frais... [7].

■ La décision de création ou de transfert d'une officine relève de l'Agence régionale de santé. Le quota de population nécessaire pour la création d'une officine a été relevé en 2008. L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500. Pour les communes pourvues d'au moins une officine, une nouvelle licence ne peut être accordée que par tranche de 3 500 habitants [8].

■ 23 100 officines pharmaceutiques sont installées en France en 2009, soit une densité moyenne d'une officine

pour 2 770 habitants (fig. 2). Au total, les officines françaises emploient plus de 120 000 personnes [9].

La France disposait fin 2006 d'un réseau particulièrement dense de pharmacies, aux premiers rangs européens, avec la Grèce, la Belgique et l'Espagne. On dénombre, en effet, seulement une officine pour 4 000 habitants en Allemagne et une pour environ 10 000 habitants aux Pays-Bas et dans les pays nordiques [10]. La consommation moyenne de médicaments par habitant est nettement plus élevée en France que chez ses voisins européens [11].

■ Face à la forte croissance des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics, qui déterminent les taux de marge commerciale des pharmaciens pour les spécialités remboursables (80 % du chiffre d'affaires des officines en 2006), ont introduit au début des années 1990 un système de marge dégressive lissée en fonction du prix du médicament [10]. Par ailleurs, depuis 1999, les pharmaciens sont encouragés à substituer aux médicaments princeps des génériques moins coûteux, les marges pour les deux types de médicaments étant identiques.

■ Dans ce contexte, le nombre d'officines implantées en France tend à diminuer (23 400 en 2004, 23 100 en 2009 ; - 1,3 %) [12]. En lien avec cette évolution, le nombre de pharmaciens titulaires a peu augmenté au cours des vingt dernières années, en revanche le nombre d'adjoints a fortement progressé, avec en moyenne plus d'un pharmacien adjoint par officine contre 0,65 au début des années 1990 [1, 2].

■ D'autres secteurs d'activité emploient également des pharmaciens. 1 350 pharmaciens travaillent dans 221 entreprises de distribution en gros de produits pharmaceutiques. Plus de 5 000 pharmaciens exercent leur activité dans des établissements de santé et médico-sociaux, très majoritairement (94 %) au sein des pharmacies à usage intérieur. Les 8 200 pharmaciens biologistes sont le plus souvent directeurs ou directeurs adjoints d'un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale (5 000) ou exercent leur activité dans les établissements de santé (plus de 2 500). Enfin, 3 400 pharmaciens travaillent dans l'industrie pharmaceutique [1].

■ Un dossier pharmaceutique, créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie avec son consentement, recense tous les médicaments (prescrits ou non) qui lui ont été délivrés dans une officine au cours des quatre derniers mois. Ce dispositif se généralise progressivement à l'ensemble des officines et doit également être étendu aux pharmacies hospitalières [13].

■ La loi du 21 juillet 2009 a instauré une représentation des pharmaciens titulaires d'officine au sein des régions, à travers la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS) [6].

Voir fiches "Biologie médicale", "Médicaments"

Bibliographie page 226

## Pays de la Loire

■ La région compte 3 560 pharmaciens (+ 27 % depuis 2000), dont 1 650 sont titulaires d'officine (fig. 1) [3, 4].

■ Malgré cette forte augmentation, la densité de pharmaciens dans les Pays de la Loire est inférieure de 13 % à la moyenne nationale, et la région se trouve au 20<sup>e</sup> rang des régions françaises pour cet indicateur (fig. 5) [4].

■ 1 225 officines pharmaceutiques sont installées dans les Pays de la Loire, desservant chacune en moyenne une population de 2 870 personnes (fig. 2). Comme au niveau national, le nombre d'officines est en léger recul (1 237 officines en 2004, - 1 %) [12].

■ La région dispose de deux établissements de formation des pharmaciens, rattachés aux CHU de Nantes et Angers.

## 1 Les sages-femmes

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Sages-femmes	19 651	983	406	239	65	119	154
% libérales	17,5 %	23,6 %	25,9 %	20,9 %	9,2 %	21,0 %	29,9 %
densité <sup>1</sup>	131	124	138	133	101	97	120

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

## 2 Evolution du nombre de sages-femmes dans les établissements de santé

Pays de la Loire (2004-2008)

	2004	2008	dont % temps partiel	ETP	TCAM 2004-2008
<b>Etablissements publics de santé</b>					
Nombre de sages-femmes <sup>1</sup>	464	504	45 %	446	2,1 %
Nombre d'accouchements	26 252	27 970	///	///	1,6 %
<b>Cliniques privées</b>					
Nombre de sages-femmes <sup>1</sup>	///	150	21 %	115	///
Nombre d'accouchements	///	13 218	///	///	///
<b>Etablissements de santé privés d'intérêt collectif</b>					
Nombre de sages-femmes <sup>1</sup>	///	52	60 %	41	///
Nombre d'accouchements	///	3 969	///	///	///
<b>Nombre total de naissances enregistrées</b>	43 967	45 675	///	///	1,0 %

Sources : Sae (Drees), Insee

1. effectif au 31 décembre

## 3 Les sages-femmes libérales

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2008	2 827	199	83	45	6	25	40
densité <sup>1</sup>	19	25	28	25	9	20	31
2004	2 117	151	59	37	4	19	32
TCAM 2004-2008	7,5 %	7,1 %	8,9 %	5,0 %	10,7 %	7,1 %	5,7 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

## 4 Evolution de l'activité des sages-femmes libérales (APE)

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	France entière	Pays de la Loire		
	2008	2004	2008	TCAM 2004-2008
Nombre moyen d'actes par professionnel				
C Consultations	597	888	742	-4,4 %
SFI Soins infirmiers	266	90	60	-9,7 %
SF Autres soins	1 069	882	1 062	4,8 %
Nombre moyen de coefficients par professionnel				
SFI Soins infirmiers	748	199	98	-16,2 %
SF Autres soins	10 628	7 562	10 173	7,7 %

Source : Snir (Cnamts)

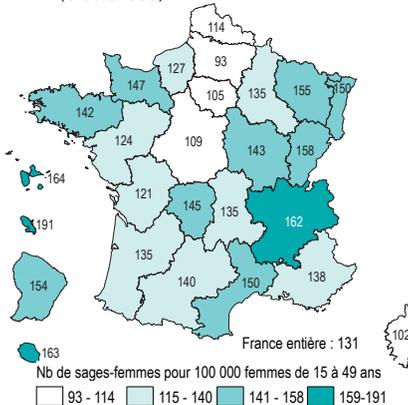
## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par une densité globale de sages-femmes inférieure à la moyenne nationale, au 20<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant (fig. 5).

En revanche, la densité régionale de sages-femmes exerçant en secteur libéral est plus importante qu'au plan national (fig. 3).

## 5 Densité de sages-femmes

(01/01/2009)



Sources : Adeli (Drees), Insee

## 6 Numerus clausus des études de sages-femmes

Pays de la Loire, France (2005-2010)

Année	Etudiants admis en fin de PCEM1		
	Angers	Nantes	France
2004/2005	24	26	1 000
2005/2006	24	26	1 000
2006/2007	24	26	1 007
2007/2008	25	27	1 015
2008/2009	25	27	1 015
2009/2010	25	27	1 016

Source : Journal officiel

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**APE (Actifs à part entière)** : sages-femmes libérales conventionnées actives au 31 décembre, non installées dans l'année, et ayant moins de 65 ans, soit 89 % des effectifs en France.

**NGAP** : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est désigné par une lettre-clé (spécifique à chaque profession) et un coefficient. La valeur de l'acte est obtenue en multipliant ce coefficient par la valeur de la lettre-clé.

C : consultation (préparation à l'accouchement...)

SF : soins autres que soins infirmiers (rééducation périnéale, surveillance des grossesses pathologiques...)

SFI : soins infirmiers de sages-femmes

V : visite.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Sages-femmes libérales** : des différences apparaissent entre le dénombrement effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et celui réalisé par l'assurance maladie (fig. 3). Cela tient notamment à la prise en compte des remplaçants dans les données du Ministère chargé de la santé.

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical, dont les compétences sont définies réglementairement. Selon le code de la santé publique, elles ont en charge la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse normale et à la préparation psychoprophylactique à la naissance, ainsi que la pratique des accouchements eutociques (qui s'effectuent dans des conditions normales) et des soins postnataux pour la mère et l'enfant [1]. Elles assurent le suivi de la grossesse et l'accouchement normal, mais sont également impliquées dans la surveillance des grossesses pathologiques, leurs attributions ayant été progressivement élargies. Suite à la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve qu'elles adressent la femme à un médecin en cas de situation pathologique [2]. Ces différents champs d'intervention sont toutefois partagés avec de nombreux autres professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes).

■ Après une période de relative stabilité durant les années 1970, l'effectif des sages-femmes a progressé rapidement depuis le début des années 1990 [3]. Entre 2000 et 2009, leur effectif est passé de 14 900 à 19 600 en France, soit une augmentation de plus de 30 % [4, 5]. Pendant la même période, le nombre de naissances enregistrées a augmenté de 1,7 % (807 000 en 2000, 821 000 en 2009) [6]. 28 % des sages-femmes sont âgées de 50 ans ou plus en 2009 (19 % en 2000) [4, 5].

■ La formation des sages-femmes se déroule sur cinq années. Depuis 2002, la première année d'étude est commune à l'ensemble des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme). A la rentrée 2010, les premières années de médecine et pharmacie ont également fusionné. Le *numerus clausus* des sages-femmes a été réévalué, de 732 en 1999 à environ 1 000 depuis 2004 (fig. 6). Les budgets de fonctionnement des instituts de formation sont à la charge des Conseils régionaux depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales. Le nombre d'hommes dans la profession (appelés maïeuticiens) reste marginal (1,7 % des effectifs), mais ils représentent 10 % des étudiants entrés en formation en 2008. Cette évolution récente semble liée à la mise en place en 2002 de la première année de formation commune aux études médicales [7].

■ Comme pour les autres professions de santé, on observe des écarts très importants de densité de sages-femmes entre régions. Ainsi, en Picardie, on dénombre 93 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit près de la moitié de la densité de la Martinique (191 pour 100 000) (fig. 5).

■ Environ 60 % des sages-femmes exercent dans un établissement public de santé, et 20 % dans un établissement privé (clinique privée ou établissement de santé privé d'intérêt collectif) [4].

Dans les établissements de santé, les sages-femmes pratiquent des consultations de grossesse, des échographies, la préparation à la naissance et les soins postnataux pour la mère et l'enfant. Dans de nombreuses cliniques privées, les sages-femmes assurent la préparation de l'accouchement et la surveillance du travail mais ne pratiquent pas elles-mêmes l'accouchement, qui est pris en charge par un gynécologue-obstétricien [3].

■ L'effectif des sages-femmes libérales (2 800 professionnels au 31 décembre 2008) est en très forte progression : + 7,5 % chaque année depuis 2004 (fig. 3). Leur implantation sur le territoire est très inégalement répartie. Le département de la Creuse ne dispose d'aucune sage-femme en activité alors que des départements, comme l'Hérault ou le Gard, ont une densité de professionnels par habitant deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Selon l'assurance maladie, chaque sage-femme libérale réalise en moyenne 1 950 actes dans l'année : plus de 50 % sont des actes cotés SF (rééducation périnéale, surveillance de grossesse pathologique...) et 30 % des consultations (préparation à l'accouchement principalement) (fig. 4) [3]. Ces professionnelles ont peu accès au plateau technique des cliniques privées et pratiquent exceptionnellement des accouchements (1 700 forfaits en 2008).

■ La loi du 21 juillet 2009 a instauré une représentation des sages-femmes libérales au sein des régions, à travers la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS) [2].

Bibliographie page 227

## Pays de la Loire

- La région compte 980 sages-femmes, correspondant à une densité de 124 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15-49 ans (fig. 1). Avec cette densité, inférieure de 5 % à la moyenne nationale, les Pays de la Loire se situent au 20<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 5).
- Les disparités entre départements sont importantes. La densité de sages-femmes est ainsi supérieure à la moyenne nationale en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire mais très nettement inférieure à cette moyenne en Sarthe (- 26 %) et en Mayenne (- 23 %) (fig. 1).
- Environ 50 % des sages-femmes exercent dans les établissements publics, 15 % dans les cliniques privées et 5 % dans les établissements privés d'intérêt collectif public. Une sage-femme en établissement sur deux exerce à temps partiel (fig. 2).
- L'effectif des sages-femmes libérales a fortement augmenté entre 2004 et 2008 (+ 7,1 % par an), la densité par habitant étant nettement plus élevée dans la région qu'au plan national (+ 33 %, fig. 3).
- Les actes de rééducation périnéale, surveillance de grossesse pathologique, suivi postnatal..., cotés SF, sont en augmentation (fig. 4).

## 1 Professionnels de la rééducation et de la réadaptation

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Masseurs-kinésithérapeutes	68 751	3 117	1 399	627	173	366	552
% libéraux	79 %	80 %	80 %	80 %	80 %	75 %	83 %
densité <sup>1</sup>	108	90	112	81	57	66	91
Orthophonistes	18 979	943	460	206	49	105	123
% libéraux	80 %	82 %	83 %	84 %	65 %	79 %	85 %
densité <sup>1</sup>	30	27	37	27	16	19	20
Orthoptistes	3 151	175	97	33	4	17	24
% libéraux	72 %	49 %	42 %	64 %	100 %	53 %	46 %
densité <sup>1</sup>	5,0	5,0	7,8	4,3	1,3	3,1	4,0

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de professionnels pour 100 000 habitants

## 2 Les métiers de la rééducation et de la réadaptation exerçant à titre libéral

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

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Masseurs-kinésithérapeutes	49 131	2 276	1 018	464	126	250	418
densité <sup>1</sup>	77	66	83	60	42	45	70
Orthophonistes	14 075	743	363	167	33	76	104
densité <sup>1</sup>	22	21	29	22	11	14	17
Orthoptistes	1 763	74	33	19	3	8	11
densité <sup>1</sup>	2,8	2,1	2,7	2,5	1,0	1,4	1,8

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre de professionnels pour 100 000 habitants

## 3 Evolution des effectifs des métiers de la rééducation et de la réadaptation exerçant à titre libéral

Pays de la Loire, France entière (31/12/2004- 31/12/2008)

	Pays de la Loire			France entière
	2004	2008	TCAM 2004/2008	TCAM 2004/2008
Masseurs-kinésithérapeutes	2 039	2 276	2,8 %	2,9 %
Orthophonistes	605	743	5,3 %	4,3 %
Orthoptistes	67	74	2,5 %	2,8 %

Source : Snir (Cnamts)

## 4 Evolution de l'activité des professionnels libéraux de la rééducation et de la réadaptation (APE) : nombre moyen d'actes ou de coefficients par professionnel

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	France entière 2008	Pays de la Loire		
		2004	2008	TCAM 2004/2008
<b>Masseurs-kinésithérapeutes<sup>1</sup></b>				
AMS (actes)	2 792	2 209	2 885	6,9 %
AMK (actes)	1 403	1 891	1 245	-9,9 %
AMC (actes)	131	144	125	-3,4 %
AMS (coef.)	22 538	16 185	22 767	8,9 %
AMK (coef.)	11 727	14 382	10 199	-8,2 %
AMC (coef.)	1 038	1 061	989	-1,7 %
<b>Orthophonistes</b>				
AMO (actes)	1 674	1 606	1 563	-0,7 %
AMO (coef.)	20 247	18 664	18 547	-0,2 %
<b>Orthoptistes</b>				
AMY (actes)	2 790	3 084	3 015	-0,3 %
AMY (coef.)	17 498	18 956	19 086	0,1 %

Source : Snir (Cnamts)

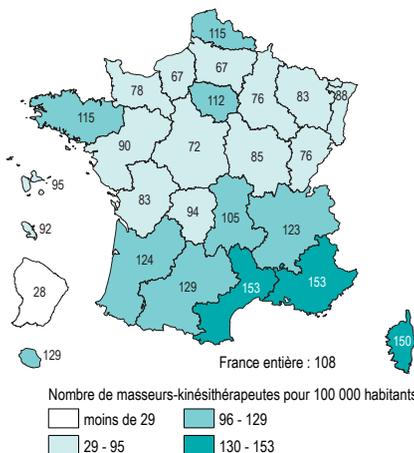
1. l'évolution 2004-2008 peut s'expliquer par un changement de cotation

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se situe dans une position moyenne en matière de densité de professionnels de la rééducation et de la réadaptation.

Elle occupe le 15<sup>e</sup> rang des régions françaises (par ordre décroissant) pour les masseurs-kinésithérapeutes (fig. 5), le 10<sup>e</sup> pour les orthophonistes et le 9<sup>e</sup> rang pour les orthoptistes.

## 5 Densité de masseurs-kinésithérapeutes (01/01/2009)



## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DES Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees.

Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**APE** (Actifs à part entière) : professionnels libéraux conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, et ayant moins de 65 ans.

**NGAP** : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est désigné par une lettre-clé (spécifique à chaque profession) et un coefficient. La valeur de l'acte est obtenue en multipliant ce coefficient par la valeur de la lettre-clé.

**AMS** : actes de rééducation des affections orthopédiques et

rhumatologiques des masseurs-kinésithérapeutes

**AMK** : actes des masseurs-kinésithérapeutes en ambulatoire

(domicile ou cabinet) qui ne sont pas cotés en AMS

**AMC** : actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins

ou un établissement par les masseurs-kinésithérapeutes

**AMO** : actes des orthophonistes

**AMY** : actes des orthoptistes

**Orthoptistes** : professionnels de santé qui participent au dépistage, à la rééducation et à la réadaptation des troubles de la vision.

**Professionnels de la rééducation** : ces différents tableaux ne sont pas exhaustifs et ne recensent pas tous les médecins et auxiliaires médicaux impliqués dans les soins de rééducation.

**Professionnels de santé libéraux** : des différences apparaissent entre le dénombrement des professionnels de santé libéraux effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 2) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées.

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ L'activité de rééducation-réadaptation repose sur des savoir-faire très diversifiés et mobilise aussi bien les professionnels du soin, que de l'accompagnement social. A côté des 1 900 médecins de médecine physique et de réadaptation, de nombreux auxiliaires médicaux sont concernés par cette activité [1]. La France compte ainsi, début 2009, 68 800 masseurs-kinésithérapeutes, 19 000 orthophonistes, et 3 200 orthoptistes, trois professions paramédicales exerçant leur activité sur prescription médicale (fig. 1). Leurs effectifs ont augmenté de façon importante au cours de la dernière décennie : près de 3 % en moyenne par an depuis 2000 pour les masseurs-kinésithérapeutes et environ 4 % pour les orthophonistes et les orthoptistes [2, 3].

■ Pour chacune de ces trois professions, une Union régionale des professionnels de santé (URPS) à exercice libéral a été instaurée par la loi du 21 juillet 2009 [4].

■ Orthophonistes et orthoptistes sont des professions essentiellement féminines, respectivement 96 % et 92 % des effectifs en 2009. En revanche, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont des hommes, même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer cette profession (47 %) [3]. Elles sont majoritaires (55 %) parmi les nouveaux inscrits en formation en 2008 [5].

■ La formation de masseurs-kinésithérapeutes se déroule sur trois ans. Elle est délivrée au sein d'instituts de formation, agréés par les Conseils régionaux, de statut privé ou public, qui peuvent dans ce dernier cas être rattachés à l'université. Pour chaque institut, un nombre de places est fixé par le Ministère chargé de la santé sur proposition des Conseils régionaux compétents et après avis des Agences régionales de santé. Ces quotas ont sensiblement augmenté depuis 2000, atteignant 2 139 au plan national pour la rentrée 2009-2010. Le recrutement d'entrée s'effectue le plus souvent à partir d'un concours propre, ou bien par un concours commun de première année d'études médicales. Une part non négligeable des praticiens se sont formés dans d'autres pays de l'Union Européenne, notamment en Belgique où l'université accueillait sans restriction à l'entrée jusqu'en 2006 [6]. Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel qui a élaboré un code de déontologie [7]. Les orthophonistes et orthoptistes sont formés essentiellement à l'université, au sein des facultés de médecine.

■ Des écarts importants de densité des professionnels par habitant sont observés entre les régions. Paris et les régions du sud ont les plus fortes densités. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants est ainsi cinq fois plus élevé en Languedoc-Roussillon (153), où sont implantés de nombreux établissements de rééducation, qu'en Guyane (28) [3].

■ L'exercice libéral est nettement majoritaire pour ces trois métiers de la rééducation : 80 % pour les orthophonistes, 79 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et 72 % pour les orthoptistes (fig. 1). De nombreux professionnels ont une activité diversifiée, exerçant à la fois en cabinet libéral et en établissements de santé ou au sein de structures pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Selon les données de l'assurance maladie, les effectifs libéraux de masseurs-kinésithérapeutes (49 000), orthophonistes (14 000) et orthoptistes (1 800) ont progressé depuis 2004 à un rythme relativement élevé, respectivement + 2,9 %, + 4,3 %, et + 2,8 % (fig. 3).

■ Le champ d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes s'est fortement diversifié depuis le début des années 1980. Outre la prise en charge rééducative et réadaptative des problèmes de traumatologie et de rhumatologie, cette profession a investi des domaines nouveaux, comme la neurologie ou le cardiovasculaire. Plus récemment, la kinésithérapie respiratoire, notamment auprès des nourrissons, a connu un fort développement. Enfin, la place de la kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices des personnes âgées, et par là même du maintien de leur autonomie, est également essentielle [6, 8].

■ Les orthoptistes ont pour mission le dépistage, la rééducation et la réadaptation des troubles de la vision. Depuis fin 2007, ces professionnels sont autorisés à effectuer la détermination subjective et objective de l'acuité visuelle, c'est-à-dire l'examen de réfraction oculaire qui permet au médecin de prescrire des lunettes [9]. Une nouvelle répartition des tâches entre ophtalmologistes et orthoptistes se met ainsi progressivement en place dans certains cabinets et services d'établissements de santé. Les orthoptistes sont également fortement impliqués, en libéral ou en centre de rééducation, dans la prise en charge des situations de malvoyance, particulièrement fréquentes chez les personnes âgées.

■ Les orthophonistes préviennent et prennent en charge les troubles de la communication écrite et orale. Au cours des années récentes, le recours aux orthophonistes libéraux s'est fortement développé (18,7 millions d'actes en AMO en 2004 ; 21,9 millions en 2008 ; + 18 % [10]) principalement en direction des jeunes enfants. Cette évolution résulte vraisemblablement d'une meilleure identification des besoins, mais aussi pour partie d'une tendance à la médicalisation de certaines difficultés scolaires. Les orthophonistes sont aussi sollicités pour des soins très spécifiques, destinés par exemple aux personnes autistes ou malentendantes.

Bibliographie page 227

155

## Pays de la Loire

■ La région compte 3 100 masseurs-kinésithérapeutes, 940 orthophonistes et 175 orthoptistes (fig. 1). Avec une densité de 90 masseurs-kinésithérapeutes, 27 orthophonistes et 5 orthoptistes pour 100 000 habitants, les Pays de la Loire occupent une position moyenne par rapport aux autres régions françaises. Ils se situent au 15<sup>e</sup> rang des régions les plus dotées pour les masseurs-kinésithérapeutes (fig. 5), au 10<sup>e</sup> pour les orthophonistes et au 9<sup>e</sup> pour les orthoptistes.

■ Pour ces trois métiers, la densité de professionnels est supérieure à la moyenne nationale en Loire-Atlantique alors qu'elle est très nettement inférieure en Mayenne et en Sarthe (fig. 1).

■ Comme en France, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes libéraux ont augmenté entre 2004 et 2008 dans les Pays de la Loire : respectivement + 2,8 %, + 5,3 %, + 2,5 % en moyenne par an (fig. 3).

■ Les deux centres de formation des orthophonistes et des orthoptistes de la région dépendent du CHU de Nantes. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, un centre de formation rattaché au CH de Laval (ouvert depuis 2011) et une école privée nantaise délivrent une formation.

## 1 Les infirmiers

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb d'infirmiers <sup>1</sup>	507 514	25 683	9 905	6 198	2 113	3 747	3 720
% libéraux	15,2 %	9,5 %	8,7 %	9,0 %	11,6 %	8,6 %	12,1 %
densité <sup>2</sup>	798	738	794	803	702	673	615

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. y compris infirmiers spécialisés

2. nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

## 2 Evolution du nombre d'infirmiers selon le secteur d'activité

Pays de la Loire<sup>1</sup> (2004-2008)

	2004	2008	TCAM 2004-2008
CHU	3 760	3 959	1,3 %
Autres établissements publics	8 244	7 959	-0,9 %
Espic <sup>2</sup>	///	1 222	///
Cliniques privées	///	2 425	///
Libéraux	1 685	1 942	3,6 %

Sources : SAE (Drees), Snir (Cnamts)

1. hors CH de Mangers, rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

2. établissement de santé privé d'intérêt collectif

NB : Données d'évolution non disponibles pour les infirmiers d'autres secteurs d'activité (établissements pour personnes âgées, services de prévention, services de soins à domicile...)

## 3 Les infirmiers libéraux

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

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-L.	Mayen.	Sarthe	Vendée
Nb infirmiers	60 532	1 942	691	452	186	244	369
densité <sup>1</sup>	95	56	56	59	61	43	62
% actes AIS <sup>2</sup>	34 %	20 %	24 %	26 %	20 %	3 %	22 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

2. part des actes de soins d'hygiène ou de nursing et des gardes à domicile

## 4 Evolution de l'activité des infirmiers libéraux (APE)

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	France entière	Pays de la Loire (PDL)		TCAM PDL 2004-2008		
		2004	2008			
Nombre moyen d'actes par professionnel						
<b>Total</b>	<b>8 230</b>	<b>7 451</b>	<b>100 %</b>	<b>7 930</b>	<b>100 %</b>	<b>1,6 %</b>
dont : - AMI	5 391	5 819	78 %	6 309	80 %	2,0 %
- AIS	2 830	1 627	22 %	1 614	20 %	-0,2 %
Nombre moyen de coefficients par professionnel						
AMI	8 982	9 340	///	10 432	///	2,8 %
AIS	9 849	5 415	///	5 499	///	0,4 %

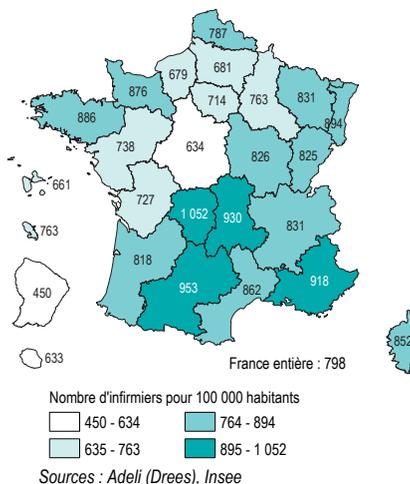
Source : Snir (Cnamts)

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants inférieur de 8 % à la moyenne nationale, la situant au 18<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de densité (fig. 5).

## 5 Densité d'infirmiers

(01/01/2009)



## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Llistes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**APE (Actifs à part entière)** : infirmiers libéraux conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, et ayant moins de 65 ans, soit 92 % des effectifs au plan national.

**ETP** : Equivalent temps plein.

**Infirmiers libéraux** : des différences importantes apparaissent entre le dénombrement des infirmiers libéraux effectué par le Ministère chargé de la santé (fig. 1), et par l'assurance maladie (fig. 3) qui tiennent aux méthodes de recensement et aux définitions utilisées. En particulier, l'assurance maladie ne considère pas comme libéraux les professionnels effectuant des remplacements en cabinet de soins infirmiers, contrairement aux statistiques du Ministère de la santé.

**NGAP** : dans la Nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte est désigné par une lettre-clé (spécifique à chaque profession) et un coefficient. La valeur de l'acte est obtenue en multipliant ce coefficient par la valeur de la lettre-clé.

**AIS** : soins d'hygiène ou de nursing (toilettes), gardes à domicile.

**AMI** : autres actes infirmiers (piqûres, pansements, sondes, chimiothérapies...).

**DSI** : démarches de soins infirmiers.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé.

Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

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

## Contexte

■ Avec plus de 507 000 professionnels en 2009, les infirmiers représentent la profession de santé la plus importante en France (fig. 1). Leur effectif a augmenté de façon marquée au cours de la dernière décennie : + 3 % par an en moyenne. La profession reste fortement féminisée (87 % en 2009). L'âge moyen des infirmiers est passé de 34 ans en 1983 à 42 ans en 2009, mais semble actuellement se stabiliser [1-3].

■ Les infirmiers sont formés au sein des 330 Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), dont 80 % sont rattachés à des établissements publics de santé [2, 4]. Leurs budgets de fonctionnement sont alloués par les Conseils régionaux, mais les effectifs d'étudiants admis dans ces instituts sont déterminés, pour chaque région, par le Ministère chargé de la santé. L'Agence régionale de santé répartit ensuite ce quota entre les Ifsi. Le nombre total d'étudiants admis est passé de 18 270 en 1999 à 30 500 en 2009.

La formation des infirmiers, d'une durée de trois ans après le baccalauréat, a été réformée en 2009 et s'effectue dorénavant en lien avec l'université. Elle débouche sur un diplôme d'Etat, qui sera reconnu au grade de licence à partir de 2012 [5, 6].

Trois spécialisations de la profession d'infirmier, accessibles par concours mais non soumises à quota, conduisent à un diplôme d'Etat. 14 800 puéricultrices, 7 900 infirmiers anesthésistes (IADE), et 6 100 infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sont ainsi recensés en 2009 [1].

■ Le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est deux fois moins important en Guyane (458) que dans le Limousin (1 052) (fig. 5).

■ Les infirmiers travaillent essentiellement dans les établissements de santé : 54 % d'entre eux exercent dans un établissement public et 17 % dans un établissement privé. Par ailleurs, 15 % ont une activité libérale et environ 4 % sont employés dans un établissement pour personnes âgées [1].

■ Les soins à domicile constituent un débouché important de cette profession, avec trois modes d'exercice différents, en libéral, ou comme salarié au sein des Centres de soins infirmiers (CSI) ou des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Plus de 60 000 infirmiers ont une activité libérale fin 2008 (fig. 3), avec une forte progression des effectifs depuis 2004 (+ 4 % par an). Les disparités géographiques d'implantation des infirmiers libéraux sont particulièrement marquées avec une densité de professionnels six fois plus élevée en Corse (260 pour 100 000 habitants) qu'en Ile-de-France (41). Depuis fin 2008, les conditions d'installation des infirmiers libéraux sont restreintes dans les zones de forte densité [7]. L'activité annuelle moyenne par professionnel (8 200 actes), a progressé de 1,6 % par an depuis 2004 (fig. 4), les actes techniques représentant une part croissante de leur activité.

Les soins à domicile sont également délivrés dans des conditions comparables par les 5 000 infirmiers qui exercent dans les 600 CSI recensés au niveau national en 2005, avec de très fortes disparités d'implantation selon les régions [8]. Enfin, 4 400 infirmiers travaillent dans les 2 100 Ssiad, qui assurent des soins à domicile aux personnes âgées dépendantes, ainsi qu'aux personnes handicapées ou atteintes d'une pathologie chronique [9].

■ Les contraintes d'horaires et de rythme de travail liées sont souvent importantes pour cette profession aussi bien pour celles qui travaillent en milieu hospitalier qu'en milieu libéral [10, 11]. Selon une enquête menée en 2006 auprès du personnel des établissements de santé, 61 % des infirmiers déclarent travailler fréquemment le samedi, 59 % le dimanche, 36 % la nuit et 45 % au-delà de leur "durée habituelle". Plus de 40 % déclarent faire face à des pics d'activité quotidiennement [10].

■ Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel [12]. Par ailleurs, la loi du 21 juillet 2009 a instauré une représentation des infirmiers libéraux au sein des régions, à travers la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS) [14].

Voir fiches "Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées" ; "Aides et soins aux personnes âgées"

Bibliographie page 227

## Pays de la Loire

157

■ La région compte 25 700 infirmiers, soit une densité de 738 infirmiers pour 100 000 habitants, inférieure de 8 % à la moyenne nationale. Les Pays de la Loire se situent au 18<sup>e</sup> rang des régions françaises, la Vendée étant le département qui connaît la plus faible densité dans la région (fig. 1).

■ La région dispose de 14 Ifsi. Le nombre d'étudiants admis en première année dans les Ifsi de la région est fixé à 1 200 depuis 2003, contre 710 en 1999.

■ 60 % des infirmiers de la région exercent dans les établissements de santé (fig. 2).

■ Près de 10 % des infirmiers exercent à titre libéral dans les Pays de la Loire, soit environ 2 000 professionnels, contre 15 % au plan national (fig. 1). La densité d'infirmiers libéraux est particulièrement faible dans la région, la Sarthe présentant l'une des plus faibles densités départementales en France (fig. 3). Dans les Pays de la Loire, les soins d'hygiène représentent 20 % des actes en Pays de la Loire contre 34 % en moyenne au niveau national (fig. 3 et 4).

■ La région se caractérise par une faible densité d'infirmiers libéraux mais par une forte implantation en centres de soins infirmiers, avec plus de 500 infirmiers salariés (soit environ 10 % de l'ensemble des effectifs au plan national) [8]. Par ailleurs, les besoins en soins d'hygiène et de nursing à domicile pour les personnes âgées dépendantes sont peut-être moins importants qu'au niveau national, la région étant fortement dotée de structures médicosociales pour personnes âgées [13].

# Etablissements de santé

## 1 Dénombrement des établissements de santé selon le statut

Pays de la Loire<sup>1</sup> (2008)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
CHU	2	1	1	0	0	0
Autres étab. publics	58	15	13	8	10	12
Espic	49	20	15	1	5	8
Cliniques privées	39	14	11	4	6	4
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>24</b>
Structures autonomes de dialyse	35	10	8	2	7	8

Source : SAE (Drees)

1. y compris le CH de Mangers, rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## 2 Equipement en lits, par groupes de disciplines

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

	Pays de la Loire				Taux d'équipement	
	Nb de lits hosp. complète <sup>1</sup>	dont public	Nb de places <sup>2</sup>	dont public	Pays de la Loire	France entière
Médecine	5 767	87 %	755	43 %	6 522	1,86
Chirurgie	3 999	44 %	745	20 %	4 744	1,35
Gynéco-obstétrique	1 158	59 %	40	100 %	1 198	1,51
Soins de suite et réad.	4 891	52 %	377	24 %	5 268	1,50
Soins de longue durée	4 042	95 %	///	///	4 042	1,15
Psychiatrie infanto-juv.	93	100 %	494	100 %	587	0,78
Psychiatrie générale	2 518	88 %	1 268	98 %	3 786	1,40
<b>Total</b>	<b>22 468</b>	<b>72 %</b>	<b>3 694</b>	<b>64 %</b>	<b>26 162</b>	<b>7,45</b>
Structures méd.-soc.	8 000	95 %	///	///	8 000	///

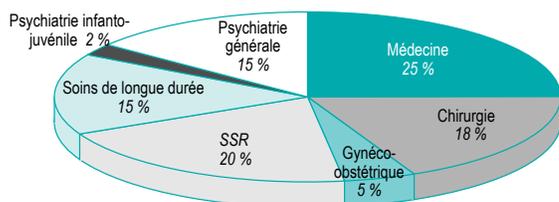
Source : SAE (Drees)

1. y compris l'hospitalisation de semaine

2. chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, hospitalisation à domicile

## 3 Répartition du nombre de lits et places par groupes de disciplines

Pays de la Loire (31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## 4 Evolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	Pays de la Loire		TCAM 2004/2008	
	2004	2008	PDL	France entière
Médecine	244 824	292 844	4,6 %	3,0 %
Chirurgie	272 709	259 792	-1,2 %	-2,2 %
Gynéco-obstétrique	72 726	73 138	0,1 %	0,4 %
SSR	45 810	47 134	0,7 %	2,1 %
Soins de longue durée	3 072	2 233	-7,7 %	-5,5 %
Psychiatrie	32 471	34 854	1,8 %	-0,5 %

Source : SAE (Drees)

1. y compris l'hospitalisation de semaine

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en hospitalisation complète et partielle nettement inférieur à la moyenne nationale. Elle occupe le 20<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre décroissant de taux d'équipement.

## 5 Les "équipements matériels lourds" installés

Pays de la Loire (2008)

	Nb d'app. installés	Nb examens réalisés
Scanner	29	185 822
Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)	13	35 978
Caméra à scintillation	20	50 053
Tomographes à émissions de positons et caméras à positons	4	5 374
Lithotripteur	6	1 279
Echographie Doppler	52	129 399
Salles de coronarographie	11	11 522

Source : SAE (Drees)

## 6 Nombre de venues en chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, de nuit, et à domicile

Pays de la Loire (2008)

	Chirurgie ambulatoire	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Hospit. à domicile <sup>1</sup>
Médecine	387	74 144	548	101 676
Chirurgie	184 083	3 194	///	///
Gynéco-obstétrique	675	11 010	///	///
SSR	///	100 080	///	///
Psychiatrie	///	279 167	13 237	///

Source : SAE (Drees)

1. nombre de journées de prises en charge

## Définitions et méthode

**Espic** : établissement de santé privé d'intérêt collectif.

**Hospitalisation partielle** : ce terme désigne les différentes formes d'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, de nuit, à domicile), en dehors de l'hospitalisation complète et des séances.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

Les données des figures 2 à 6 intègrent les données d'activité du centre hospitalier de Mangers, rattaché au centre hospitalier intercommunal d'Alençon (région Basse-Normandie).

**Taux d'équipement** : nombre de lits installés en hospitalisation complète et partielle pour 1 000 habitants, indice calculé pour :

- 1 000 femmes de 15 à 49 ans (gynécologie-obstétrique),
- 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus (psychiatrie infanto-juvénile),
- 1 000 habitants de plus de 16 ans (psychiatrie générale).

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

## Contexte

■ La France compte, au 31 décembre 2008, un peu plus de 3 000 établissements de santé disposant de capacités d'hospitalisation (SAE) ; 980 établissements publics (dont 29 centres hospitaliers régionaux), 1 150 cliniques privées (aussi appelées établissements de santé à but lucratif) et environ 900 établissements privés à but non lucratif, devenus Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) depuis la loi du 21 juillet 2009 [1]. Il faut y rajouter près de 800 structures autonomes de dialyse, principalement de statut associatif.

■ Les établissements de santé disposent globalement de 444 300 lits d'hospitalisation complète et de 46 900 places d'hospitalisation partielle (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire...). Les CHR représentent à eux seuls près de 18 % des lits et places, les autres établissements publics 47 %, les cliniques privées 20 % et les Espic 15 %.

■ Certains établissements de santé, essentiellement publics, disposent de structures d'accueil de personnes âgées dépendantes, en unités de soins de longue durée et en Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad), soit 168 000 places.

■ Les établissements privés sont en général de plus petite taille que les établissements publics ; en moyenne 87 lits et places pour les cliniques privées et 80 pour les Espic, contre 326 pour les établissements publics. Les CHR ont une taille moyenne de 2 900 lits et places : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est le principal établissement de santé français, avec 24 000 lits et places installés.

■ Historiquement, les différentes activités de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), de Soins de suite et de réadaptation (SSR), et de psychiatrie ne sont pas réparties de façon homogène entre établissements publics, cliniques privées, et Espic. Ainsi, la grande majorité des lits de médecine dépendent des établissements publics de santé alors que les cliniques privées ont une part prépondérante de l'activité de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, aux âges élevés, les patients sont plus fréquemment hospitalisés dans les hôpitaux publics [2].

■ En hospitalisation complète, les équipements de médecine représentent le quart de l'offre de soins, les lits de SSR 22 %, la chirurgie 20 %, et la psychiatrie 13 %. 13,3 millions d'entrées totales ont été dénombrées en hospitalisation complète en 2008, dont 11,8 millions en service de court séjour. Le nombre d'entrées en médecine a progressé entre 2004 et 2008 (+ 3 % par an) alors qu'il a reculé en chirurgie (- 2,2 %) (fig. 4).

■ Mais les modes de prise en charge se diversifient, avec le développement important de l'hospitalisation de jour (45 300 places en 2008, dont 26 300 en psychiatrie), de la

chirurgie ambulatoire (11 600 places), et de l'Hospitalisation à domicile (HAD) (10 900 places). Les capacités d'accueil pour ces trois modes de prise en charge ont augmenté respectivement de + 13 %, 26 % et 85 % entre 2004 et 2008.

De nombreux patients sont également pris en charge sous forme de séances, notamment pour le traitement des cancers (3,5 millions de venues en radiothérapie et 1,8 millions de séances de chimiothérapie en 2008) et de l'insuffisance rénale chronique (4,4 millions de séances de dialyse).

■ Les activités de soins sont soumises à un régime d'autorisation selon les orientations du Schéma régional d'organisation des soins (Sros), arrêté par l'Agence régionale de santé (ARS), instance unique de pilotage du système de santé en région, créée en avril 2010 suite à la loi du 21 juillet 2009 [1]. Des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont définis par activité de soins et par territoire de santé, afin de réguler l'activité des établissements.

■ Pour le traitement des cancers, les établissements de santé sont soumis à un régime d'autorisation. Parmi les 1 152 établissements de santé ayant pratiqué une activité en chirurgie du cancer, chimiothérapie, et radiothérapie en 2008, seulement 76 % ont bénéficié d'une autorisation pour au moins l'une de ces trois thérapeutiques, cette autorisation étant en outre délivrée pour certaines localisations cancéreuses [3].

■ En matière d'allocation des ressources, les établissements qui disposent de capacités d'hospitalisation de court séjour sont soumis à la tarification à l'activité (T2A), qui s'appuie sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Chaque séjour est remboursé par l'assurance maladie en fonction du tarif forfaitaire du Groupe homogène de séjours (GHS) dans lequel le séjour est classé. Ce budget ne constitue toutefois qu'une partie des recettes de l'établissement. L'enveloppe de la Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), dont la répartition est effectuée régionalement par l'ARS, finance les travaux de recherche, la formation des personnels, l'aide médicale urgente, les aides dans le cadre de restructurations... Les activités non encore soumises à la T2A (psychiatrie, SSR...) sont financées par dotation globale ou tarification à la journée, l'enveloppe allouée à chaque établissement étant déterminée par l'ARS.

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

■ Les Pays de la Loire comptent 148 établissements de santé disposant de capacité d'hospitalisation en 2008, contre 180 au début des années 1990. S'y ajoutent 35 unités de soins de dialyse installées hors de ces établissements (fig. 1). Les deux centres hospitaliers universitaires de la région sont implantés à Nantes et à Angers.

■ Les Pays de la Loire disposent en 2008 de 22 500 lits d'hospitalisation complète et 3 700 places d'hospitalisation partielle (fig. 2).

■ Près de la moitié des lits et places relèvent du court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), 20 % des soins de suite et de réadaptation, et 17 % de la psychiatrie (fig. 2). Les hôpitaux de la région disposent d'importantes capacités d'accueil pour personnes âgées dépendantes avec environ 12 000 lits et places en unités de soins de longue durée et établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

# Personnels des établissements de santé

## 1 Effectif du personnel non médical des établissements de santé publics et privés

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (31/12/2008)

	France entière	Pays de la Loire				
	Effectif	Effectif	Temps partiel	Etab. publics	ETP	TCAM 2004/08
Personnel administratif	134 818	6 086	35 %	70 %	5 482	0,6 %
Personnel des serv. de soins	762 333	39 212	34 %	76 %	35 501	0,3 %
dont : sages-femmes	14 108	706	48 %	71 %	602	2,6 %
personnel d'encadrement	30 742	1 467	10 %	82 %	1 432	-0,4 %
psychologues	12 760	539	56 %	75 %	392	2,6 %
infirmiers, spécialisés ou non	312 593	15 705	36 %	77 %	14 267	1,1 %
personnels de rééducation	25 477	1 117	50 %	63 %	905	0,4 %
aides-soignants	252 730	14 191	34 %	79 %	12 901	0,4 %
agents des services hosp.	113 923	5 487	27 %	71 %	5 002	-2,3 %
Personnel éducatif et social	16 479	710	44 %	69 %	607	2,3 %
Personnel médico-technique	48 641	2 143	33 %	77 %	1 964	0,1 %
Personnel technique, informatique et ouvrier	113 997	5 861	15 %	81 %	5 520	-1,1 %
<b>Total</b>	<b>1 076 268</b>	<b>54 012</b>	<b>32 %</b>	<b>76 %</b>	<b>49 073</b>	<b>0,2 %</b>

Source : SAE (Drees)

1. y compris le CH de Mangers, rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## 2 Répartition des emplois du personnel non médical des établissements de santé (ETP)

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (31/12/2004-31/12/2008)

	Pays de la Loire		TCAM 2004/2008	
	2004	2008	Pays de la Loire	France entière
CHU	11 217	11 258	0,1 %	-0,0 %
Autres établissements publics	27 400	26 568	-0,8 %	0,7 %
Espic	4 071	4 619	3,2 %	0,7 %
Cliniques privées	6 003	6 372	1,5 %	1,3 %
<b>Total</b>	<b>48 691</b>	<b>48 817</b>	<b>0,1 %</b>	<b>0,6 %</b>

Source : SAE (Drees)

1. non comprises les données du CH de Mangers

## 3 Personnels médicaux salariés des établissements de santé

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

	Pays de la Loire	France entière
<b>Etablissements publics</b>		
Effectif	4 007	91 155
ETP	2 837	63 047
Internes <sup>1</sup>	1 015	21 882
<b>Espic</b>		
Effectif	500	12 156
ETP	312	7 841
Internes <sup>1</sup>	54	1 365
<b>Cliniques privées</b>		
Effectif	98	4 119
ETP	58	2 500
Internes <sup>1</sup>	0	14
<b>dont praticiens hospitalo-universitaires<sup>2</sup></b>		
Titulaires rang A	165	3 905
Titulaires rang B	73	1 764
Non titulaires	161	3 838

Sources : SAE (Drees), Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

1. et faisant fonction d'internes

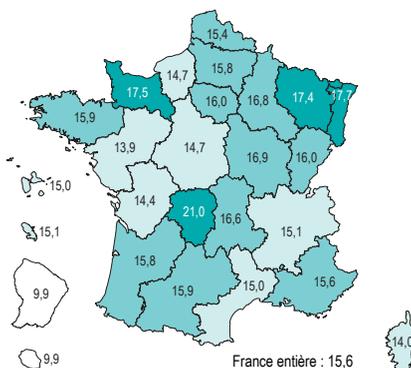
2. effectifs pour l'année universitaire 2008-2009 (arrêté du 28 octobre 2008). Les praticiens hospitalo-universitaires sont essentiellement employés par les établissements publics.

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par la plus faible densité de personnels non médicaux des établissements de santé des régions métropolitaines (fig. 4).

## 4 Densité de personnel non médical (ETP)

(31/12/2008)



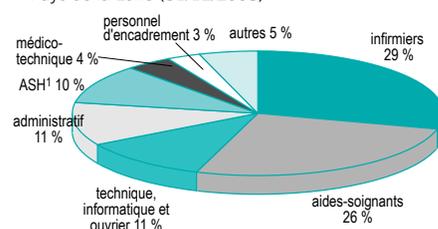
Nombre de personnel non médical pour 1 000 habitants



Sources : SAE (Drees), Insee

## 5 Répartition du personnel non médical par type d'emploi (ETP)

Pays de la Loire (31/12/2008)



Source : SAE (Drees)

1. agents des services hospitaliers

## Définitions et méthode

**Espic** : établissement de santé privé d'intérêt collectif.

**ETP** : équivalent temps plein.

**Personnels médicaux** : ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, des établissements publics et privés, salariés, quel que soit leur statut. Ce tableau ne concerne pas les médecins exerçant à titre libéral dans les cliniques privées. Dans les établissements publics, les médecins exercent selon différents statuts : praticien hospitalo-universitaire, praticien hospitalier "temps plein" ou "temps partiel". Ils peuvent également bénéficier d'un statut temporaire comme médecin assistant, médecin contractuel, ou praticien-attaché.

**Personnel non médical** : les figures 1, 2, 4, 5 dénombrent les sages-femmes et les personnels non médicaux.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

Le centre hospitalier de Mangers est rattaché au centre hospitalier inter-communal d'Alençon (région de Basse-Normandie) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Les effectifs en personnel de cet établissement ne sont pas pris en compte dans la figure 2, car ces données ne sont pas renseignées dans la SAE pour l'année 2004.

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

## Contexte

- En 2008, le personnel non médical et les sages-femmes des établissements de santé publics et privés représentent plus d'un million d'emplois (SAE, fig. 1) : 25 % de ces emplois dépendent des Centres hospitaliers universitaires (CHU), 51 % des autres établissements publics, 12 % des cliniques privées, et 11 % des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).
- Le rapport du nombre d'équivalents temps plein (ETP) à l'effectif total de la population varie selon les régions de 9,9 agents pour 1 000 habitants en Guyane à 21 agents en Limousin. Les écarts observés sont liés pour partie à la structure par âge de la population, les recours aux soins hospitaliers augmentant fortement aux âges élevés (fig. 4).
- L'essentiel de ces emplois (71 % des ETP) est rattaché aux unités de soins. Les personnels administratifs et de direction représentent 12 % des emplois, et les personnels techniques et ouvriers 11 %. Les infirmiers (29 % hors cadres de santé) et les aides-soignants (24 %) sont les deux catégories d'emploi les plus nombreuses (fig. 1).
- Depuis 2004, les effectifs ETP employés ont progressé au rythme annuel de 0,6 %. Cette progression concerne principalement les psychologues (4 % par an), le personnel éducatif et social (+ 3 %), les sages-femmes (+ 2 %), les infirmiers, les aides-soignants et les personnels de rééducation (+ 1 %). En revanche, les effectifs d'agents de service hospitalier et de personnels techniques et ouvriers poursuivent leur baisse (- 1 % par an). La part des effectifs à temps partiel continue de croître, 22 % des personnels hospitaliers en 2008, contre 17 % en 1995.
- Les praticiens qui interviennent dans les établissements de santé ont des statuts très divers et leur dénombrement est complexe. 91 200 médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sont salariés des établissements publics en décembre 2008, pour un effectif ETP de 63 000 emplois (SAE). L'effectif (ETP) de l'ensemble des praticiens salariés des hôpitaux publics a progressé de 10,7 % depuis 2004.

Parmi les praticiens qui exercent au sein des établissements publics de santé, 34 400 ont un statut de "praticien hospitalier temps plein", et 5 500 de praticien "temps partiel" (janvier 2010) <sup>[1]</sup>, certaines spécialités connaissant un taux de vacances élevé, comme la radiologie.

- Les 9 500 praticiens hospitalo-universitaires (5 700 titulaires et 3 800 non titulaires), qui ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, ont un statut de bi-appartenant, étant considérés à la fois comme "enseignant universitaire" et comme "praticien hospitalier", avec la double rémunération correspondant à chacune de ces deux fonctions (fig. 3). La plupart exerce dans les établissements publics de santé. Près d'un tiers (32 %) des postes se concentrent en Ile-de-France. Rapporté au nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales (*numerus clausus*), le nombre d'enseignants titulaires varie du simple au double selon les régions, les universités d'Ile-de-France étant en général les mieux dotées <sup>[2]</sup>.

- Par ailleurs, 12 200 médecins sont salariés dans les Espic (7 800 ETP), dont 58 % à temps plein. Enfin, même si la très grande majorité des praticiens des cliniques privées exercent à titre libéral, 4 100 médecins sont salariés au sein de ces établissements (2 500 ETP).

23 300 internes contribuent au fonctionnement des établissements de santé en 2008, essentiellement dans les établissements publics (fig. 3).

- Les missions des établissements de santé imposent des contraintes de travail spécifiques pour le personnel soignant <sup>[3]</sup>. 52 % des personnels déclarent travailler fréquemment le samedi, 42 % le dimanche, et 22 % la nuit. Les infirmiers et praticiens hospitaliers des établissements publics de santé sont ceux qui cumulent le plus souvent ces trois contraintes.

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

161

- Les établissements de santé de la région emploient 54 000 personnes, hors personnel médical, en 2008 (49 000 ETP) (fig. 1). 76 % de ces emplois dépendent des établissements publics. Les deux CHU de Nantes et Angers représentent à eux seuls 23 % des emplois non médicaux, les cliniques privées 13 % et les Espic 9,5 % (fig. 2).
- 32 % des emplois dans les établissements de santé sont à temps partiel dans la région (22 % au plan national). Cette proportion atteint 36 % pour les infirmiers, 34 % pour les aides-soignants et 48 % pour les sages-femmes (fig. 1).
- Les effectifs du personnel non médical (ETP) sont globalement assez stables dans la région, + 0,1 % par an depuis 2004, alors qu'ils progressent de 0,6 % par an au plan national.
- Environ 4 000 praticiens sont salariés dans les établissements publics de santé, ce qui correspond à 2 800 équivalents temps plein (+ 15 % depuis 2004). On dénombre 1 700 praticiens hospitaliers "temps plein" et 190 "temps partiel" dans la région <sup>[1]</sup>.
- Par ailleurs, on dénombre près de 600 praticiens salariés dans les établissements de santé privés, qui exercent principalement dans les Espic (fig. 3).
- On dénombre près de 400 postes de praticiens hospitalo-universitaires dans les deux CHU de la région, 232 à celui de Nantes et 167 à celui d'Angers. Rapporté au nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales, le nombre d'enseignants titulaires dans ces deux facultés est près de deux fois moins important que dans les principales facultés de médecine d'Ile-de-France <sup>[2]</sup>.

## 1 Evolution des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale relevant du champ de l'Ondam<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2004-2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Montant (en millions d'euros)	5 954	6 227	6 447	6 755	7 098
Evolution par rapport à l'année précédente	///	4,6 %	3,5 %	4,8 %	5,1 %

Sources : Cram, Urcam Pays de la Loire

1. indicateur utilisé par l'Urcam et la Cram des Pays de la Loire pour suivre et analyser les dépenses de santé de l'assurance maladie relevant du champ de l'Ondam (voir définitions).

## 2 Les dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale relevant du champ de l'Ondam<sup>1</sup>

Pays de la Loire (2008)

	Dépenses remboursées (en millions d'euros)	%
<b>Etablissements</b>		
Etablissements de santé <sup>2</sup>	3 145	44,3 %
Etablissements pour personnes hand. <sup>3</sup>	417	5,9 %
Etablissements pour personnes âgées <sup>4</sup>	406	5,7 %
Etab. pour personnes en difficulté	11	0,2 %
<b>Soins ambulatoires<sup>5</sup></b>		
Honoraires des médecins libéraux <sup>6</sup>	765	10,8 %
Soins dentaires	149	2,1 %
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes	235	3,3 %
Médicaments	1 001	14,1 %
Biologie	131	1,9 %
Produits médicaux remboursés (LPPR)	207	2,9 %
Transports	146	2,1 %
<b>Indemnités journalières</b>	447	6,3 %
<b>Autres<sup>7</sup></b>	37	0,5 %
<b>Total</b>	<b>7 098</b>	<b>100,0 %</b>

Sources : Cram, Urcam Pays de la Loire

1. voir note 1 fig. 1

2. hors honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

3. dont 285 pour les enfants et 132 pour les adultes

4. dont 336 pour les Ehpad et 70 pour les Ssiad

5. dépenses relatives aux soins de villes remboursées aux bénéficiaires des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, MSA, RSI) de la région, tous risques confondus, et quel que soit l'endroit où ont été dispensés les soins.

6. y compris honoraires des praticiens liés aux séjours dans les établissements privés

7. orthophonistes, orthoptistes, cures thermales, autres prestations

### Définitions et méthode

**La Dépense totale de santé (DTS)** est l'agrégat utilisé pour comparer

les dépenses de santé au plan international. Il comprend :

- les dépenses de consommation de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé (CSBM) : soins hospitaliers, soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), médicaments et autres biens médicaux financés par l'assurance maladie, l'Etat, les organismes complémentaires et les ménages, ou non financés (77,8 % de la DTS en 2009),
- une partie des dépenses liées au handicap (dépenses de la sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées et à la dépendance (dépenses d'ACTP et d'APA) (6,3 %),
- les dépenses liées aux soins aux personnes âgées en établissement (USLD, Ehpad) (3,3 %),
- les coûts de gestion de la santé (6,8 %),
- les dépenses de prévention (hors prévention environnementale et alimentaire ; 2,2 %),
- les dépenses d'investissement (FBCF) (2,7 %),
- les subventions au système de soins (cotisations sociales des professions de santé prises en charge par l'assurance maladie) (0,9 %) [1].

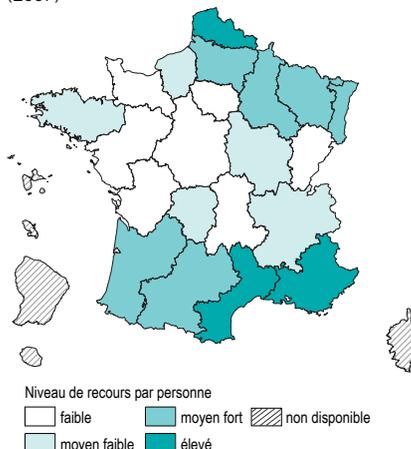
**L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)** correspond au financement par l'assurance maladie de la CSBM et des dépenses de santé liées à la prise en charge des soins aux personnes âgées en établissement, de la dépendance et du handicap, et aux versements des indemnités journalières des branches maladie et accidents du travail.

## Rang régional

Les Pays de la Loire présentent le plus faible niveau de recours aux soins de ville et hospitaliers de court séjour par habitant parmi les régions métropolitaines. Il est inférieur de 10 % à la moyenne nationale et de 26 % à celui observé en Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'autre région extrême, en 2007 (fig. 3).

## 3 Niveau de recours aux soins de ville et hospitaliers de court séjour<sup>1</sup>

(2007)



Sources : PMSI, Cnamts, RNIAM, Insee

1. indicateur élaboré par la Cnamts et la Drees, pour comparer les dépenses de santé dans les régions françaises. Il est calculé par habitant et standardisé selon l'âge [3, 4].

Il comprend :

- les dépenses remboursées de soins de ville par bénéficiaire du régime général (sections locales mutualistes compris),
- les dépenses de soins hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) par habitant, estimées en valorisant les séjours hospitaliers réalisés dans le secteur public ou privé aux mêmes tarifs de GHS, permettant une évaluation des écarts en termes de volume de recours aux soins. (Les dépenses de soins des services de soins de longue durée, des établissements de santé et médicosociaux sont exclues).

Les soins ont pu être délivrés dans d'autres régions que la région de résidence de l'habitant.

### Mesures récentes ayant impacté le niveau de remboursement par l'assurance maladie des dépenses de santé

- introduction d'une participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation médicale, acte de biologie et de radiologie<sup>1</sup> (2005),
- actualisation de la liste des médicaments au Service médical rendu (SMR) jugé insuffisant, entraînant une majoration du ticket modérateur (2006),
- majoration du ticket modérateur et droit au dépaiement pour le médecin consulté, en cas de non-respect du parcours de soins (2006),
- augmentation du montant du forfait journalier (créé en 1983) (2007),
- introduction d'une participation forfaitaire de 18 euros en cas d'hospitalisation pour acte "lourd" (2007),
- instauration de franchises : 0,50 euro par boîte de médicaments et acte d'auxiliaire médical, 2 euros pour les frais de transport<sup>1</sup> (2008),
- majoration accrue du ticket modérateur, en cas de non-respect du parcours de soins (2009).

1. avec un plafond annuel de 50 euros par personne

## Contexte

■ Avec une Dépense totale de santé (DTS) représentant 11,2 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2008, la France se situe dans le groupe de tête des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), loin derrière les Etats-Unis (16 %) et à un niveau proche de la Suisse (10,7 %) et de l'Allemagne (10,5 %) [1].

■ La DTS (225,7 milliards d'euros en France en 2009), se compose principalement des dépenses de Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) - soins hospitaliers, médicaux, dentaires, d'auxiliaires médicaux, et de médicaments - pour un montant total de 175,7 milliards (soit 77,8 % de la DTS). La DTS intègre également les dépenses de soins aux personnes âgées en établissement (6,2 milliards) ainsi que certaines prestations liées au handicap et à la dépendance (14,2 milliards). Les autres composantes de la DTS correspondent au coût de gestion de la santé, à certains investissements, et à une partie des dépenses de recherche, de formation et de prévention. La DTS ne comprend pas en revanche les indemnités journalières versées par la sécurité sociale (11,9 milliards en 2009) [1].

■ Les dépenses de CSBM s'élèvent en moyenne à 2 724 euros par habitant en 2009 [1]. Elles augmentent fortement avec l'âge, de manière accélérée à partir de 50 ans. On observe également un lien étroit entre la consommation de soins et le milieu social, les dépenses étant plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés (une fois corrigés les effets liés au sexe et à l'âge) [2]. Enfin, les disparités régionales et départementales sont importantes, avec un niveau global de recours aux soins de ville et hospitaliers (de court séjour) par habitant plus élevé dans les régions du Sud et du Nord-Est de la France [3, 4].

■ La principale source de financement de la CSBM est la sécurité sociale (75,5 % en 2009). Les autres ressources sont les mutuelles (7,7 %), les sociétés d'assurance (3,6 %), les institutions de prévoyance (2,5 %), l'Etat et les collectivités locales (1,3 %). 9,4 % des dépenses restent à la charge des assurés sociaux. La part du financement supportée par l'assurance maladie est plus élevée pour les soins hospitaliers (90,4 %) que pour les soins ambulatoires (64,8 %) [1].

■ Les soins délivrés aux personnes qui souffrent d'une affection grave, pris en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD), représentent 62 % du total des remboursements du régime général en 2007 [5].

■ En 2009, comme depuis le début des années 1990, la branche maladie de la sécurité sociale est déficitaire (- 10,6 milliards d'euros pour le régime général). Le déficit a plus que doublé en 2009, en raison principalement d'une baisse des recettes liée à la récession économique [6].

■ La période récente se caractérise par un ralentissement du taux de croissance annuel de la CSBM, passant de 5,9 % (période 2001-2004), à 4,1 % (2005-2008) puis à 3,3 % en 2009, ce ralentissement étant observé aussi bien en termes de volumes que de prix. La part des dépenses de CSBM dans le PIB qui avait fortement cru au début de la décennie s'est elle aussi infléchie et stabilisée entre 2004 et 2008, mais elle a augmenté en 2009 en raison de la décroissance du PIB liée à la crise économique. Enfin, la part de la CSBM financée par la sécurité sociale a reculé (75,5 % en 2009 contre un taux proche de 77 % au cours de la période 1995-2004) [1, 7].

■ Pour essayer de contenir l'augmentation des dépenses, les pouvoirs publics prennent régulièrement des mesures concernant aussi bien les professionnels de santé que les assurés sociaux. Ainsi, outre la régulation de leurs tarifs fixés conventionnellement, les praticiens sont fortement encouragés à appliquer les recommandations professionnelles et leur activité fait l'objet de contrôles. La part des soins qui reste à la charge des assurés sociaux augmente sous l'effet de la diminution des taux de remboursement de certains médicaments, de l'introduction de franchises et forfaits, de l'autorisation de dépassements d'honoraires pour les médecins de secteur 1... (cf. encadré ci-contre).

■ Avec l'instauration des Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en 1996, la France s'est dotée d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté annuellement par le Parlement, et décliné par secteur pour les dépenses de soins de ville, des établissements de santé, et des établissements et services médicosociaux. Ce dernier sous-objectif est la seule enveloppe fermée, non susceptible de dépassement, alors que ceux correspondant aux soins de ville et aux établissements de santé ne sont pas limitatifs [8, 9].

■ Les Agences régionales de santé (ARS), créées en 2010, ont pour mission de contribuer au respect de l'Ondam, sachant que les principaux paramètres de régulation demeurent nationaux (tarifs des actes médicaux et paramédicaux, et des séjours hospitaliers). Elles établissent chaque année un état financier des dépenses engagées pour la santé au plan régional. Pour les soins de ville, les ARS peuvent s'appuyer sur des contrats avec les Caisses locales d'assurance maladie, dans le cadre du programme pluriannuel de gestion du risque élaboré et arrêté par l'agence [10].

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

■ La région des Pays de la Loire présente le plus faible niveau de recours aux soins de ville et hospitaliers de court séjour par habitant des régions de France métropolitaine (à structure d'âge comparable). Celui-ci est inférieur de 10 % à la moyenne nationale et de 26 % à celui de la région PACA, autre région extrême (fig. 3) [3, 4]. Toutefois, cet indicateur n'intègre pas les dépenses de soins délivrés dans les unités de soins de longue durée et les établissements médico-sociaux, dont l'implantation est importante dans la région (cf. fiche "Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes").

■ Le montant des dépenses remboursées par les Caisses d'assurance maladie relevant du champ de l'Ondam est évalué à 7,1 milliards d'euros en 2008 pour les Pays de la Loire, soit 2 022 euros par habitant. Les versements aux établissements de santé représentent 44,3 % du total. Viennent ensuite les dépenses de médicaments (14,1 %), les versements au secteur médicosocial (11,7 %), et les honoraires des médecins libéraux (10,8 %) (fig. 1 et 2) [11].



## Contexte

- L'affiliation à un régime d'assurance maladie qui conditionne le versement des prestations liées à cette assurance dépend essentiellement de l'appartenance socio-professionnelle de l'assuré.
- La plus grande partie de la population française est couverte par le régime général de la sécurité sociale (87 % de la population au 31 décembre 2006), qui regroupe les salariés du secteur privé et des collectivités territoriales, ainsi que différents groupes professionnels rattachés au régime général pour les prestations en nature de l'assurance maladie : étudiants, fonctionnaires d'Etat, salariés d'EDF-GDF... Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés), 6 % de la population, et le Régime social des indépendants (RSI), 5 % de la population. Les régimes spéciaux (mines, militaires, marins, SNCF...) couvrent 3 % des assurés sociaux (fig. 1).
- Au 31 décembre 2009, 2,1 millions de personnes, sans rattachement à un régime existant comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la Couverture maladie universelle (CMU) de base, et ainsi affiliées au régime général (3,3 % de la population française). Leur effectif a progressé de 40,5 % en un an. Cette évolution est la conséquence de la réduction de la durée des droits et du maintien des droits pour l'affiliation à un régime de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle, intervenue en 2007. Les personnes qui n'ont plus d'affiliation ont alors pour seul recours de s'affilier à la CMU de base [1].
- Les différents régimes offrent aujourd'hui pratiquement les mêmes conditions de remboursement en ce qui concerne les soins. Les personnes couvertes par les régimes spéciaux bénéficient toutefois d'une exonération du ticket modérateur lorsqu'elles consultent les médecins de caisses. En revanche, les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie sont variables selon le type de régime.
- En France, historiquement, une partie importante du coût des soins reste à la charge de l'assuré, sauf dans les départements d'Alsace et de Moselle, dans lesquels la population bénéficie d'une couverture complémentaire obligatoire, gérée directement par les caisses d'assurance maladie (Cpam, MSA...).
- Il existe cependant des situations particulières d'exonération du ticket modérateur. C'est notamment le cas pour les 8,6 millions de personnes concernées par les maladies les plus graves, qui relèvent du régime des Affections de longue durée (ALD), soit 15 % des ressortissants du régime général fin 2009 [2]. Les soins sont également pris en charge à 100 % dans le cas d'une maternité, d'un accident du travail ou d'une invalidité.
- Pour couvrir la part du coût des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, la majorité des français (92 %) font appel à une couverture complémentaire privée, ou bénéficient de la CMU complémentaire (CMU-C). 8 % de la population ne dispose cependant d'aucune couverture complémentaire. Parmi elles, un

certain nombre bénéficient toutefois d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD. Les 20-29 ans et les personnes âgées de 80 ans ou plus sont les deux groupes d'âge parmi lesquels la proportion de personnes sans couverture complémentaire est la plus importante [3].

- Parmi les assurés qui ont recours à une complémentaire, en 2009, 56 % ont souscrit un contrat auprès d'une mutuelle, 27 % auprès d'une société d'assurance et 17 % auprès d'une institution de prévoyance [4].
- 4,2 millions de personnes bénéficient de la CMU-C en 2009, dispositif qui permet aux personnes à faible revenu de disposer d'une couverture complémentaire. La proportion de bénéficiaires varie de 3,4 % en Bretagne à 9,6 % en Nord-Pas-de-Calais, pour une moyenne nationale de 6,4 %. Cette proportion atteint 31,9 % dans les départements d'outre-mer [5].
- La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme de complémentaire maladie agréé, mais la très grande majorité des bénéficiaires se tourne vers leur régime obligatoire (près de 90 % au 31 décembre 2009).
- Une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée depuis le 1er janvier 2005, pour faciliter l'acquisition d'une complémentaire aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour bénéficier de la CMU-C et ce même plafond majoré de 20 %. En 2009, 607 500 personnes ont bénéficié d'une attestation d'ACS [6].
- L'Aide médicale d'Etat (AME), dispositif offrant un accès gratuit aux soins aux personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière les plus démunies, concerne 190 000 personnes fin 2006 dont les trois quarts vivent en Ile-de-France. La loi de finances 2011 (article 188) a créé un droit annuel d'entrée dans le dispositif de 30 euros [7, 8].
- Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent une voie d'accès aux soins dispensés à l'hôpital public, pour les personnes ne bénéficiant ni de l'assurance maladie, ni de la CMU et de l'AME. Les Pass ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de précarité dans leur accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [9].
- Les examens de santé périodiques gratuits, pratiqués dans les centres d'examen de santé de la sécurité sociale, sont offerts à tout assuré et ses ayants droit et doivent cibler en priorité des populations en précarité financière.
- Enfin, des associations humanitaires proposent également des consultations médicales pour les patients qui n'accèdent à aucune de ces dispositions.

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

- La proportion de personnes protégées par le régime général est moins importante qu'au plan national : respectivement 84 % et 87 % au 31 décembre 2006. La part du régime agricole est de 9 % de la population régionale contre 6 % au plan national (fig. 1).
- 37 000 Ligériens sont couverts par la CMU de base (1 % de la population régionale contre 2,3 % en France) (fig. 2).
- Les Pays de la Loire se situent parmi les régions ayant le plus faible taux de bénéficiaires de la CMU-C (2<sup>e</sup> rang) : 4,1 % des Ligériens sont concernés contre 6,5 % en France (fig. 4). La Vendée et la Mayenne ont le plus faible taux de bénéficiaires dans la région (respectivement 2,8 % et 3,5 %), contre 5,2 % en Sarthe (fig. 3).

### 1 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes effectués par les médecins généralistes<sup>1</sup> et les sages-femmes libéraux

Pays de la Loire, France entière (1996-2008)

Généralistes <sup>1</sup>	1996	2001	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire					
Consultations	3,55	3,96	3,94	3,83	-0,7 %
Visites	0,99	0,77	0,45	0,35	-6,1 %
Autres <sup>2</sup>	0,09	0,08	0,07	0,05	-8,1 %
<b>Total</b>	<b>4,63</b>	<b>4,81</b>	<b>4,46</b>	<b>4,23</b>	<b>-1,3 %</b>
France entière (total)	4,42	4,71	4,55	4,30	-1,4 %
Sages-femmes	1996	2001	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire	0,22	0,29	0,35	0,44	5,9 %
France entière	0,22	0,27	0,30	0,35	3,9 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. hors médecins à mode d'exercice particulier

2. actes techniques et actes de radiologie

### 2 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes<sup>1</sup> effectués par certains spécialistes libéraux

Pays de la Loire, France entière (1996-2008)

	1996	2001	2004	2008	TCAM 2004/2008
<b>Ophthalmologistes</b>					
Pays de la Loire	0,36	0,41	0,44	0,55	5,7 %
France entière	0,36	0,41	0,44	0,48	2,2 %
<b>Cardiologues</b>					
Pays de la Loire	0,21	0,18	0,18	0,18	0,0 %
France entière	0,30	0,25	0,26	0,27	0,9 %
<b>Gynécologues (femmes de 15 ans et +)</b>					
Pays de la Loire	0,62	0,61	0,56	0,51	-2,3 %
France entière	0,78	0,80	0,74	0,68	-2,1 %
<b>Dermatologues</b>					
Pays de la Loire	0,17	0,18	0,18	0,17	-1,4 %
France entière	0,21	0,23	0,23	0,20	-3,4 %
<b>Psychiatres</b>					
Pays de la Loire	0,19	0,21	0,21	0,19	-2,5 %
France entière	0,24	0,26	0,27	0,25	-1,9 %
<b>Pédiatres (moins de 15 ans)</b>					
Pays de la Loire	0,56	0,55	0,49	0,46	-1,6 %
France entière	0,92	0,96	0,90	0,86	-1,1 %
<b>Total spécialistes (hors radiologues et radiothérapeutes)</b>					
Pays de la Loire	2,19	2,30	2,32	2,38	0,6 %
France entière	2,62	2,72	2,75	2,68	-0,6 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre de consultations, de visites, d'actes techniques (K, KC, SPM) et d'actes de radiologie (Z)

### 3 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes<sup>1</sup> effectués par des auxiliaires médicaux

Pays de la Loire, France entière (1996-2008)

Infirmiers	1996	2001	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire	3,06	3,39	3,65	4,23	3,8 %
France entière	4,63	5,39	6,24	7,54	4,8 %
Masseurs-kiné.	1996	2002	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire	///	2,38	2,49	2,71	2,1 %
France entière	///	2,71	2,88	3,22	2,8 %
Orthophonistes	1996	2001	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire	0,19	0,24	0,28	0,32	3,4 %
France entière	0,22	0,28	0,31	0,36	3,8 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. actes en AMI et AIS pour les infirmiers, actes AMS, AMK et AMC pour les masseurs-kinésithérapeutes et actes en AMO pour les orthophonistes

### 4 Evolution du nombre moyen par habitant d'actes<sup>1</sup> effectués par les dentistes libéraux

Pays de la Loire, France entière (2002-2008)

	2002	2004	2008	TCAM 2004/2008
Pays de la Loire	1,37	1,40	1,33	-1,3 %
France entière	1,29	1,35	1,29	-1,1 %

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. nombre de consultations, de prothèses, de soins conservateurs, d'actes de chirurgie dentaire et d'orthopédie dento-faciale (hors radiologie)

### 5 Evolution du nombre total d'actes effectués par les professionnels de santé libéraux et du nombre de consultations externes

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	Pays de la Loire			France entière	
	2004	2008	TCAM <sup>1</sup>	2008	TCAM <sup>1</sup>
<b>Nombre d'actes</b>					
Médecins généralistes <sup>2</sup>	15 085	14 849	-0,4 %	275 130	-0,7 %
Spécialistes <sup>3</sup>	7 837	8 358	1,6 %	171 340	0,0 %
Chirurgiens-dentistes	4 717	4 676	-0,2 %	82 793	-0,3 %
Sages-femmes	274	351	6,3 %	5 197	4,0 %
Infirmiers	12 334	14 854	4,8 %	482 288	5,5 %
Masseurs-kiné.	8 427	9 515	3,1 %	206 046	3,5 %
Orthophonistes	952	1 122	4,2 %	22 769	4,3 %
<b>Consultations externes</b>	1 899	2 288	4,8 %	45 366	1,1 %
<b>Consultations dentaires et soins dentaires</b>	62	56	-2,3 %	871	1,4 %

Sources : Snir (Cnamts), SAE (Drees)

1. TCAM 2004-2008

2. hors médecins à mode d'exercice particulier

3. hors radiologues et radiothérapeutes

Unité : en milliers

### Définitions et méthode

**Infirmiers** : seuls les actes des infirmiers libéraux sont enregistrés dans le Snir. Les actes de soins et de garde à domicile pour les personnes âgées réalisés par les services de soins infirmiers (Ssiad) ou par les centres de soins infirmiers ne sont pas pris en compte. Il est donc peu pertinent de faire des comparaisons entre la situation régionale et la situation nationale pour cet indicateur.

**Snir** : Système national interrégimes. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

Les indicateurs régionaux de consommation de soins ambulatoires rapportent le nombre d'actes réalisés par les professionnels de santé de la région et ayant donné lieu à remboursement.

**Soins ambulatoires** : selon les comptes de la santé, les dépenses de soins ambulatoires regroupent les honoraires des médecins libéraux (non compris les honoraires des médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète), les honoraires des auxiliaires médicaux, des dentistes, mais également les analyses de laboratoires et les cures thermales. L'analyse effectuée dans le contexte national ne prend pas en compte les analyses de laboratoires ni les cures thermales qui regroupent environ 10 % de l'ensemble des dépenses de soins ambulatoires.

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

**Total des médecins spécialistes libéraux** : ensemble des médecins spécialistes libéraux exerçant en ville ou dans un établissement de santé privé. L'activité des spécialistes dans les établissements publics de santé n'est pas prise en compte.

## Contexte

■ Selon les comptes de la santé, les dépenses de soins ambulatoires de médecins, dentistes et auxiliaires médicaux ont atteint en France 43,5 milliards d'euros en 2009 (680 euros par habitant), ce qui représente 25 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. La moitié de cette enveloppe concerne les médecins (51 %), 27 % les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et orthoptistes), 22 % les chirurgiens-dentistes. Les dépenses de soins ambulatoires ont connu un taux de croissance élevé entre 2001 et 2003 (+ 7,1 % par an), qui s'est ensuite ralenti (+ 4,1 % par an sur la période 2004-2009) [1].

■ 64 % des dépenses de soins ambulatoires sont financées par la sécurité sociale, 21 % par les mutuelles, assurances complémentaires, institutions de prévoyance et 13 % par les ménages eux-mêmes [1]. Le montant à la charge directe des ménages correspond au ticket modérateur ainsi qu'aux dépassements d'honoraires (consultation en dehors du parcours de soins, médecins de secteur II, soins prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale...).

■ Selon l'enquête Handicap santé ménages de 2008, 84 % des hommes et 91 % des femmes âgés de plus de 18 ans ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, et respectivement 47 % et 71 % un autre spécialiste. Globalement, le recours au médecin devient plus fréquent avec l'âge et s'accompagne d'une augmentation du nombre d'actes [2].

En 2008, 450 millions d'actes ont été réalisés par les médecins libéraux, dont près des deux tiers par les médecins généralistes (fig. 5). Rapporté à l'effectif de la population, le nombre moyen d'actes par habitant s'élève à 4,3 pour les médecins généralistes et 2,7 pour les autres spécialistes libéraux (y compris les actes effectués à l'occasion d'une hospitalisation en clinique privée) (fig. 1 et 2).

■ En dehors des généralistes, les médecins les plus consultés sont les ophtalmologistes (0,5 acte par habitant), les cardiologues (0,3), les psychiatres (0,3), mais aussi les gynécologues (0,7 acte par femme de plus de 15 ans) et les pédiatres (0,9 acte par habitant de moins de 15 ans) (fig. 2).

Le recours aux sages-femmes libérales (5 millions d'actes en 2008) représente 0,4 acte par femme de 15-49 ans (fig. 1 et 5).

Selon le Baromètre santé 2005, plus de 60 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont consulté un chirurgien-dentiste ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois [3]. En 2008, ces derniers ont effectué près de 83 millions d'actes (hors radiologie), soit 1,3 acte par habitant (fig. 4 et 5).

Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie concernent majoritairement des personnes âgées de plus de 70 ans [4]. Ils représentent respectivement, en 2008, 482 millions et 206 millions d'actes en secteur libéral, soit 7,5 actes de soins infirmiers (hors centres de soins infirmiers et services de soins infirmiers à domicile) et 3,2 actes de kinésithérapie par habitant. Enfin, 23 millions d'actes ont été effectués par les orthophonistes libéraux (fig. 3 et 5).

■ Le recours à ces différentes professions a connu des évolutions très différentes ces dernières années. Ainsi, entre 2004 et 2008, le nombre moyen d'actes par habitant a augmenté pour les ophtalmologistes (+ 2,2 % par an), les sages-femmes (+ 3,9 % par an), les infirmiers (+ 4,8 % par an) et les masseurs-kinésithérapeutes (+ 2,8 % par an). En revanche, ce nombre est en baisse pour les médecins généralistes (-1,4 % par an), les dermatologues (- 3,4 % par an), les gynécologues (- 2,1 % par an), les psychiatres (-1,9 % par an), les pédiatres (- 1,1 % par an) et les chirurgiens-dentistes (-1,1 % par an) (fig. 1 à 4).

L'augmentation des recours en ophtalmologie, soins infirmiers et kinésithérapie, peut être rapprochée du vieillissement de la population, entraînant une augmentation de la fréquence de certaines pathologies oculaires et maladies ostéoarticulaires.

La baisse des recours aux médecins généralistes est liée principalement au recul du nombre de visites (- 6,1 % depuis 2004 par habitant, fig. 1).

Par ailleurs, la mise en place du parcours des soins coordonnés en 2006 peut en partie expliquer la baisse des recours pour certains spécialistes.

Enfin, la diminution du nombre d'actes de chirurgiens-dentistes par habitant peut être liée à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants [5].

Voir fiche "Dépenses de santé"

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

■ Le nombre moyen d'actes de médecins généralistes libéraux par habitant en 2008 est proche de la moyenne nationale (fig. 1).

■ Pour les autres spécialistes (hors radiologues et radiothérapeutes), les recours sont nettement moins fréquents dans la région (2,4 actes par habitant vs 2,7 en 2008), la différence étant particulièrement importante pour les pédiatres et les cardiologues (fig. 2). Ce constat peut s'expliquer par une plus faible densité de praticiens dans la région mais aussi par des indicateurs de santé spécifiques (moindre prévalence des pathologies cardiovasculaires) [6].

■ Entre 2004 et 2008, comme au plan national, le nombre moyen d'actes par habitant a augmenté pour les ophtalmologistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, alors qu'il a diminué pour les médecins généralistes, les psychiatres, les gynécologues, les pédiatres, les dermatologues et les chirurgiens-dentistes (fig. 1 à 4).

## 1 Dépenses de médicaments délivrés en officines de ville ayant bénéficié d'une prise en charge<sup>1</sup> par le Régime général<sup>2</sup>

Pays de la Loire, France entière (2008) - classification EPHMRA

Classes thérapeutiques	Montant total <sup>3</sup>		Montant moyen / bén. <sup>4</sup>	
	PDL	PDL France	PDL	PDL France
A Voies digestives et métabolisme	116 628	40,5	49,6	
A02 Antiacides, antitflatulents et anti-ulcéreux	48 353	16,8	20,8	
A10 Médicaments du diabète	30 759	10,7	14,4	
B Sang et organes hématopoïétiques	56 844	19,7	23,0	
B01 Agents antithrombotiques	42 065	14,6	16,4	
C Système cardiovasculaire	211 443	73,4	78,3	
C10 Hypolipémiants et antiathéromateux	65 659	22,8	24,2	
C09C/D Antagoniste angiotensine II, associés ou non	49 923	17,3	18,7	
C09A/B inhibiteurs enzyme conversion, associés ou non	26 537	9,2	8,9	
C08 Antagonistes calciques, associés bêta-bloquants ou non	18 285	6,3	6,9	
D Dermatologie	17 631	6,1	7,9	
G Système génito-urinaire, hormones sexuelles	37 491	13,0	13,9	
H Hormones systémiques	23 702	8,2	8,4	
H04C Hormones de croissance	8 296	2,9	2,5	
J Anti-infectieux généraux systémiques	100 232	34,8	40,5	
J01 Antibactériens systémiques	37 157	12,9	15,0	
J07 Vaccins	33 275	11,5	10,6	
J05 Antiviraux à usage systémique	23 882	8,3	12,8	
L Antinéoplasiques et immunomodulateurs	71 154	24,7	27,6	
M Système musculaire et squelette	62 233	21,6	24,8	
M05 Autres méd. des désordres musculaires et du squelette	24 875	8,6	9,5	
M01C Antirhumatismaux spécifiques	14 616	5,1	5,9	
N Système nerveux	176 034	61,1	64,5	
N02B Analgésiques non narcotiques et antipyrétiques	44 364	15,4	16,5	
N06A Antidépresseurs et normothymiques	33 253	11,5	11,4	
N05A Antipsychotiques atypiques et conventionnels	23 495	8,2	8,1	
N05C Tranquillisants	8 803	3,1	3,1	
N05B Hypnotiques, sédatifs en phytothérapie psycholeptique	4 605	1,6	1,8	
R Système respiratoire	75 611	26,2	29,5	
R03 Antiasthmatiques et médicaments de la BPCO	50 211	17,4	19,6	
S Organes des sens	24 108	8,4	9,6	
S01P Produits antinéovascularisation oculaire	5 379	1,9	2,2	
T Produits de diagnostic	7 114	2,5	2,9	
V.X.P.K.Z Divers, classe non déterminée...	16 358	5,7	6,3	
Autres	51 667	17,9	24,8	
<b>TOTAL<sup>2</sup></b>	<b>1 048 251</b>	<b>363,7</b>	<b>411,5</b>	

Sources : Sniiram (Cnamts), RNIAM (Cnamts, Cnav, 2006)

1. voir définitions.

2. y compris sections locales mutualistes. 3. en milliers d'euros. 4. en euros.

### Définitions et méthode

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

**Classe thérapeutique EPHMRA** : cette classification des médicaments comprend 4 niveaux hiérarchiques, définis en fonction du lieu d'action (1<sup>er</sup> niveau), des indications (2<sup>e</sup>), et des effets pharmacologiques (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>) [6].

**Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : voir fiche "Dépenses de santé".

**Dépenses de médicaments en ambulatoire** : dépenses de médicaments délivrés par les officines de ville ou par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés (rétrocession hospitalière).

**Dépenses de médicaments en ambulatoire (resp. délivrés en officines de ville) ayant bénéficié d'une prise en charge par la Sécurité sociale (resp. par le régime général)** : dépenses relatives aux médicaments remboursables, prescrits et présentés au remboursement, avant application du taux de remboursement *a priori* et de la franchise.

**Générique** : médicaments ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps devient public (20 ans).

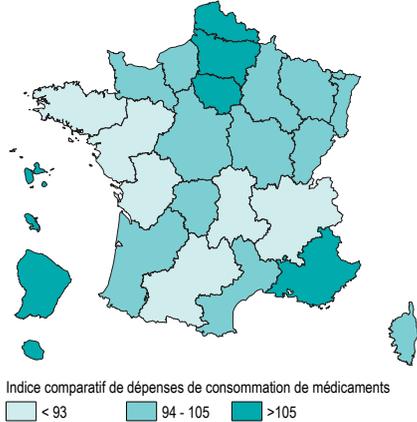
**Indice comparatif de dépenses de médicaments délivrés en officines de ville et ayant bénéficié d'une prise en charge par le régime général** : voir définition sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Indicateurs".

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

## Rang régional

Les plus faibles indices comparatifs régionaux de dépenses de consommation de médicaments délivrés en officines de ville sont observés dans les Pays de la Loire (86) et en Bretagne (88) (fig. 2).

## 2 Indice comparatif de dépenses de médicaments délivrés en officines de ville et ayant bénéficié d'une prise en charge<sup>1</sup> par le régime général<sup>2</sup> (2008)



Sources : Sniiram (Cnamts), RNIAM (Cnamts, Cnav, 2006)  
1, 2. voir ci-contre

### Le marché du médicament

En France, un médicament ne peut être commercialisé que s'il a reçu de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ou de l'Agence européenne du médicament (EMA), une Autorisation de mise sur le marché (AMM), définissant ses indications et ses conditions de délivrance (prescription obligatoire ou facultative).

La commission de la transparence de la Haute autorité de santé évalue le Service médical rendu (SMR) du médicament (intérêt thérapeutique absolu), et l'Amélioration du SMR ("plus-value" thérapeutique comparativement aux autres produits). Ces éléments connus, le Ministère chargé de la santé décide de l'inscription du médicament sur la liste des spécialités remboursables par la sécurité sociale et du cadre de sa dispensation (ville/hôpital).

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) fixe le prix des spécialités remboursables délivrées en ambulatoire, sauf pour les produits innovants (les tarifs sont proposés par le laboratoire, approuvés par le CEPS avec une clause sur le volume des ventes et leur révision).

L'Union nationale des Caisses d'assurance maladie détermine le taux de remboursement, en fonction du SMR et de la pathologie. Il est fixé à 100 % pour les médicaments remboursables reconnus "irremplaçables et particulièrement coûteux" ("hormones de croissance", "antirétroviraux", "médicaments d'exception"...), à 65 % (vignette blanche) pour ceux concernant une "pathologie grave" et au SMR "majeur ou important", à 35 % (vignette bleue) pour les autres.

La prise en charge effective par la sécurité sociale, qui nécessite une prescription médicale, tient compte des situations d'exonération du ticket modérateur (personnes en affections de longue durée, femmes enceintes...), du taux de remboursement, et depuis 2008, des franchises (0,5 € par boîte de médicaments, plafonnés à 50 € par an) [1, 2, 15, 16].

Seules les pharmacies de ville sont autorisées à délivrer les médicaments "consommés" en ambulatoire, à l'exception de ceux inscrits sur la liste des produits pouvant être délivrés par les établissements de santé aux patients non hospitalisés (rétrocession hospitalière) [6, 17, 18].

## Contexte

■ Les dépenses de médicaments en ambulatoire, principalement délivrés en officines de ville, s'élevaient en France à 34,4 milliards d'euros en 2010, soit 525 euros par habitant, selon les Comptes nationaux de la santé. Elles représentent 20 % de l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) <sup>[1, 2]</sup>.

■ Les dépenses de médicaments en ambulatoire ont augmenté de 1,8 % par an en moyenne entre 2007 et 2010, contre 3,2 % entre 2005 et 2007 et 5,9 % entre 2000 et 2005. Ce ralentissement est lié à la montée en charge et la baisse des prix des génériques (8 % du marché en valeur des médicaments remboursables en 2005, 13 % en 2010), au développement des grands conditionnements, et aux baisses de prix ciblées. Il s'explique aussi par le déremboursement de médicaments au service médical rendu (SMR) insuffisant (2006), aux actions de maîtrise médicalisée sur certaines classes thérapeutiques (antibiotiques, psycholeptiques, antidépresseurs, hypolipémiants et statines, antihypertenseurs, antiulcéreux), l'introduction des franchises (2008)...

A l'inverse, les dépenses liées aux médicaments récents, au coût plus élevé, et celles liées aux traitements des pathologies lourdes (cancer, sida, hépatites...) connaissent une croissance dynamique <sup>[1, 3-10]</sup>.

Enfin, la modification des réglementations et des pratiques concernant la prescription et la délivrance des médicaments en établissement a pu également influencer l'évolution des dépenses de médicaments en ambulatoire.

■ La France figure parmi les pays européens où la dépense de médicaments par habitant est la plus élevée en 2009, avec l'Irlande, la Belgique et l'Espagne. Cette situation résulte notamment de la part plus importante des produits récents au coût élevé, et du développement plus limité des génériques <sup>[1]</sup>.

■ En 2010, 66 % des dépenses de médicaments en ambulatoire sont financées par la sécurité sociale et 16 % par les mutuelles et assurances complémentaires. Les ménages financent les dépenses restant à charge après remboursement de la sécurité sociale et des mutuelles, les produits non remboursables, ainsi que l'automédication dont la place reste modérée par rapport à d'autres pays européens <sup>[1, 11]</sup>.

■ La part financée par les ménages a augmenté (13 % en 2005, 16 % en 2010), suite aux mesures de déremboursement et à l'introduction de franchises <sup>[1]</sup>. Parallèlement, les médicaments remboursés à 100 % ont vu s'accroître leur poids dans les dépenses de médicaments en ambulatoire ayant bénéficié d'une prise en charge par la sécurité sociale (45 % en 2005, 52 % en 2010). Cette évolution

résulte d'une part de l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée, et d'autre part au développement des spécialités dont le taux de remboursement *a priori* est de 100 % (18 % des dépenses en 2010). Les médicaments au taux de remboursement de 65 % (vignette blanche) représentent 68 % des dépenses, ceux au taux de 35 % (vignette bleue) 11 %, et ceux au taux de 15 % (vignette orange) 2 % <sup>[12]</sup>.

■ Le montant moyen par habitant des dépenses de médicaments en ambulatoire ayant bénéficié d'une prise en charge double entre 35-39 ans et 55-59 ans, puis à nouveau entre 55-59 ans et 75 ans et plus <sup>[12]</sup>.

■ La consommation de médicaments se concentre sur quelques classes thérapeutiques <sup>[13]</sup>. Les médicaments à visée cardiovasculaire sont au premier plan des dépenses de médicaments délivrés en officines de ville ayant bénéficié d'une prise en charge par l'assurance maladie (20 % en 2008, tous régimes). Le poids des pathologies de l'appareil circulatoire est même plus important si l'on considère le poids des dépenses liées aux antithrombotiques, qui relèvent d'une autre classe thérapeutique (B), mais sont souvent utilisés dans le traitement des cardiopathies ou la prévention des complications des infarctus du myocarde. Viennent ensuite les médicaments du système nerveux (15 %), représentés essentiellement par les psychotropes, les médicaments des voies digestives et du métabolisme - diabète notamment - (12 %), les anti-infectieux généraux systémiques (9 %), puis les médicaments du système respiratoire (7 %) et les traitements antinéoplasiques et immunomodulateurs (7 %).

A l'hôpital, la répartition des dépenses est très différente : les traitements antinéoplasiques et immunomodulateurs sont au premier plan (environ un tiers des dépenses) et le poids des médicaments à visée cardiovasculaire plus limité (moins de 5 %) <sup>[13]</sup>.

■ Les dépenses de médicaments délivrés en officines de ville et ayant bénéficié d'une prise en charge sont pour 68 % d'entre elles liées aux prescriptions des omnipraticiens libéraux, pour 15 % à celles des spécialistes libéraux, et pour 17 % à celles réalisées en établissement <sup>[14]</sup>.

■ Rapporté à la population et en tenant compte de la structure par âge, le niveau de ces dépenses varie selon les régions. Les écarts à la moyenne nationale vont de - 14 % en Pays de la Loire à + 15 % dans le Nord-Pas-de-Calais, en France métropolitaine.

Bibliographie page 228

## Pays de la Loire

■ Les Pays de la Loire présentent en 2008 le plus faible indice comparatif régional de dépenses de médicaments, délivrés en officines de ville et ayant bénéficié d'une prise en charge par le régime général, inférieur de 14 % à la moyenne nationale (fig. 2).

■ Ce moindre niveau de dépenses s'observe pour la plupart des classes thérapeutiques. Les écarts sont particulièrement marqués pour les médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme, et du diabète en particulier, pour les médicaments à visée dermatologique et pour les antiviraux à usage systémique. Des dépenses ambulatoires plus modérées s'observent également pour les médicaments de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle, de l'asthme et de la bronchopneumopathie chronique obstructive, pour les antinéoplasiques et immunomodulateurs, et pour les antibactériens systémiques (antibiotiques), classe pour laquelle la région se distingue par le niveau de consommation le plus faible de France <sup>[5]</sup>. De multiples facteurs peuvent expliquer ces différents écarts : outre la plus faible prévalence régionale de certaines pathologies (diabète, affections cardiovasculaires, infection à VIH...), ils peuvent aussi résulter d'une moindre prise en charge ambulatoire de certaines pathologies, et de différences dans les pratiques de prescription. Les dépenses relatives aux psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, tranquillisants, hypnotiques) sont globalement proches de la moyenne nationale. Les dépenses liées aux vaccins sont par contre plus élevées (fig. 1).

■ L'écart à la moyenne nationale s'observe pour les dépenses liées aux prescriptions des omnipraticiens libéraux (montant moyen par bénéficiaire du régime général de 245 € vs 257 € au plan national), des médecins spécialistes libéraux (43 € vs 58 €), et aux prescriptions réalisées en établissement (55 € vs 69 €) <sup>[14]</sup>.

## 1 Nombre et activité des laboratoires privés de biologie médicale

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

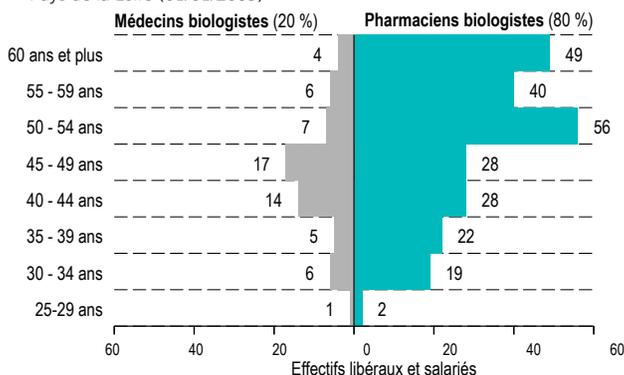
	Nombre de laboratoires	Nombre de laboratoires pour 100 000 hab.	Nombre d'habitants par laboratoire	Nombre d'actes	Coefficient
Loire-Atlantique	73	5,8	17 204	nd	nd
Maine-et-Loire	44	5,7	17 610	nd	nd
Mayenne	7	2,3	43 283	nd	nd
Sarthe	18	3,2	31 088	nd	nd
Vendée	25	4,1	24 676	nd	nd
<b>Pays de la Loire <sup>1</sup></b>	<b>167</b>	<b>4,8</b>	<b>21 019</b>	<b>15 704 314</b>	<b>565 733 101</b>
France entière	3 949	6,2	16 197	458 970 840	15 651 845 048

Sources : Snir (Cnamts), Insee

1. données non disponibles pour les laboratoires polyvalents (qui ont une activité de biologie médicale et d'anatomopathologie)

## 2 Pyramide des âges des biologistes exerçant en laboratoire de biologie médicale privé

Pays de la Loire (01/01/2009)



Source : Adeli (ARS Pays de la Loire)

## 3 Activité de biologie médicale des laboratoires des établissements publics de santé

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

	Nombre de B produits pour l'établissement		Nombre de B produits pour l'extérieur	Total
	lors de consultations externes	lors des hospitalisations		
Loire-Atlantique	33 564 603	161 625 903	6 104 829	201 295 335
Maine-et-Loire	28 746 224	115 928 089	8 860 764	153 535 077
Mayenne	5 122 393	20 822 217	124 860	26 069 470
Sarthe	2 583 925	8 123 767	366 472	11 074 164
Vendée	3 672 855	38 714 821	4 528 200	46 915 876
<b>Pays de la Loire</b>	<b>73 690 000</b>	<b>345 214 797</b>	<b>19 985 125</b>	<b>438 889 922</b>
France entière	1 834 542 211	7 770 044 688	681 894 812	10 286 481 711

Source : SAE (Drees)

### Les actes les plus fréquemment prescrits en ambulatoire dans les laboratoires de biologie médicale privés

**NFS (Numération formule sanguine)** : permet de dépister des anomalies sur les différentes lignées sanguines (globules rouges, globules blancs, plaquettes). Ce dosage est fréquemment demandé, devant tout signe évoquant la diminution ou l'augmentation d'une ou plusieurs lignées sanguines. Il est systématiquement réalisé dans certaines situations (urgence, bilan préopératoire, suivi thérapeutique, grossesse...).

**Glycémie** (à jeun) : permet de mesurer le taux de sucre dans le sang, afin notamment de poser un diagnostic de diabète.

**Transaminases (ASAT - Aspartate amino transférase - et ALT - Alanine amino transférase -)** : marqueurs de cytolysé hépatique. Ils sont dosés en suspicion ou en présence de pathologies ayant un retentissement sur la fonction hépatique, ainsi que pour la surveillance de certains médicaments potentiellement hépatotoxiques.

**Ionogramme sanguin** : dosage des principaux électrolytes présents dans le sang, notamment sodium, potassium, chlore et bicarbonates. Il est réalisé afin d'évaluer un éventuel déséquilibre hydro-électrolytique.

**Créatininémie** : marqueur de la fonction rénale. Elle est dosée devant toute suspicion de pathologie entraînant une insuffisance rénale, lors de bilans préthérapeutiques, et pour la surveillance de certains médicaments potentiellement néphrotoxiques.

**VS (Vitesse de sédimentation)** : marqueur non spécifique de l'inflammation.

**Exploration d'une anomalie lipidique** (à jeun) : permet de mesurer les taux de cholestérol total, HDL, et LDL, ainsi que le taux de triglycérides, notamment utilisée pour évaluer le risque cardiovasculaire.

## Contexte

■ Un examen de biologie médicale est un "acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathogènes, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain" [1]. Cet examen se déroule en trois phases : préanalytique (prélèvement, transport et conservation), analytique, postanalytique (validation, interprétation conceptuelle des résultats, et communication au prescripteur et au patient).

■ L'ordonnance de janvier 2010, qui contient cette définition, a profondément redéfini le cadre d'exercice des laboratoires de biologie médicale, dans le but d'harmoniser les règles de fonctionnement des laboratoires publics et privés, de favoriser leur regroupement, de permettre l'ouverture de leur capital, mais aussi de préserver une pluralité de l'offre sur l'ensemble du territoire.

L'Agence régionale de santé (ARS) a le pouvoir d'encadrer leur développement, l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale étant subordonnée au dépôt préalable d'une déclaration auprès de l'agence. L'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire, à une acquisition ou à une fusion qui aurait pour conséquence de concentrer l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur à 25 % à celui des besoins de la population.

Enfin, l'ordonnance introduit une obligation d'accréditation qui doit être effective au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2016, date à laquelle les autorisations administratives seront abrogées [1].

■ Une grande part des actes de biologie médicale sont effectués dans les laboratoires privés, 15,6 milliards de coefficients B (lettre clé exprimant l'activité en volume) en 2008 contre 10 milliards dans les établissements publics de santé [2, 3]. Le nombre de laboratoires privés diminue régulièrement, 3 800 en 2008 en métropole contre 4 100 dix ans plus tôt [2].

■ Les analyses des laboratoires privés de biologie médicale représentent 2,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2009 [4]. Ce budget ne prend toutefois en compte que les analyses effectuées en ambulatoire dans les laboratoires privés. Celles qui sont effectuées dans les établissements publics sont intégrées dans le tarif hospitalier ou les autres prestations facturées au patient ou à l'assurance maladie par l'hôpital ; de même, celles qui sont effectuées dans les établissements privés sont ajoutées aux frais de séjour facturés.

■ Le taux de remboursement des actes de biologie par l'assurance maladie est de 60 %, mais la législation sociale prévoit un certain nombre de cas d'exonérations du ticket modérateur. Le taux de prise en charge effectif de ces dépenses par la sécurité sociale est en réalité de 76,5 % [5].

■ Les tarifs des laboratoires privés dépendent de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), et des conventions signées entre l'assurance maladie et les représentants de la profession qui fixent les tarifs des actes répertoriés dans la nomenclature. Celle-ci distingue les actes de disposition générale, remboursés selon une rémunération forfaitaire (forfait de traitement d'un échantillon sanguin, suppléments pour urgences...) et les actes de biologie médicale proprement dits [5]. La croissance des dépenses de biologie médicale a beaucoup ralenti : autour de 10 % au début des années 2000, contre 2 % en 2009 par rapport à 2008. Depuis 2004, un certain nombre de mesures ont été prises pour ralentir la croissance de ces dépenses (augmentation de la part à la charge des assurés sociaux et baisse de la cotation de certains actes...). En revanche, le financement des actes dans le cadre de rémunérations forfaitaires a été revalorisé, dans une logique de rapprochement des modèles de tarification européens. Ces rémunérations forfaitaires, en forte augmentation, ne représentent toutefois que 6 % du total des dépenses en 2009 [5].

■ Parmi le millier d'actes de la nomenclature, vingt suffisent à décrire plus de deux tiers de l'activité en volume, et plus de la moitié des dépenses (57 %). 353 millions d'actes (non compris les actes de disposition générale) ont été remboursés par le régime général en 2009. Les sept actes les plus fréquemment prescrits sont la numération de formule sanguine, la glycémie, les transaminases, l'ionogramme sanguin, la créatinémie, la vitesse de sédimentation, et l'exploration d'une anomalie lipidique (voir définitions ci-contre).

Pour mieux analyser le contenu des dépenses de biologie, l'assurance maladie a effectué des regroupements en trente groupes physiopathologiques : la biochimie et l'hématologie courante constituent les deux principaux groupes en nombre d'actes (près de 15 % chacun) devant les explorations hépatiques (11,4 %) [5].

■ Comme pour les autres types de soins, la fréquence des actes augmente fortement avec l'âge, avec une dépense individuelle moyenne trois fois plus élevée pour les 80 ans et plus que pour les 20-29 ans [5]. Après neutralisation des effets liés aux différences de pyramide des âges entre territoires, la dépense remboursée varie du simple au double entre départements extrêmes (en métropole). En médecine ambulatoire, les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs des actes de biologie médicale (61 %), devant les gynécologues (8 %) et les anesthésistes (4 %) [6].

Bibliographie page 229

171

## Pays de la Loire

■ Le nombre de laboratoires privés de biologie médicale est relativement stable dans la région, avec 167 établissements en 2008 : 44 % des établissements sont implantés en Loire-Atlantique. Un laboratoire dessert en moyenne une population de 17 000 habitants en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire contre 43 000 habitants en Mayenne (fig. 1).

■ L'activité des laboratoires privés est de 566 millions de B en 2008 (56 %), contre 439 millions pour les laboratoires installés dans les établissements publics de santé (44 %) (fig. 3).

■ Comme au plan national, la majorité des praticiens qui exercent dans les laboratoires de biologie publics ou privés sont des pharmaciens (80 %) (fig. 2).

## 1 Taux de séjours dans les services de MCO

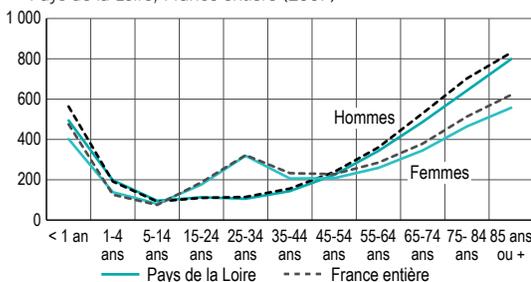
Pays de la Loire, France entière (2007)

	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
Moins d'un an	494	563	402	475	449	520
1 à 4 ans	198	191	139	126	169	159
5 à 14 ans	96	92	81	75	89	84
15 à 24 ans	113	110	176	187	144	148
25 à 34 ans	106	115	319	322	211	219
35 à 44 ans	144	156	206	233	175	195
45 à 54 ans	224	239	208	228	216	233
55 à 64 ans	343	361	259	285	300	322
65 à 74 ans	487	530	346	379	410	448
75 à 84 ans	643	703	465	513	535	587
85 ans ou +	799	831	557	621	627	682

Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées (hors séances et nouveau-nés bien portants), Insee  
Unité : pour 1 000 habitants

## 2 Taux de séjours dans les services de MCO

Pays de la Loire, France entière (2007)



Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées (hors séances et nouveau-nés bien portants), Insee  
Unité : pour 1 000 habitants

## 3 Nombre de séjours et de journées dans les services de MCO selon le diagnostic principal

Pays de la Loire (2007)

Diagnostic principal d'hospitalisation	SEJOURS			JOURNEES		
	Effectif	% <24h.	DMS	Effectif <sup>1</sup>	% des 75 ans ou +	
Maladies infectieuses et parasitaires	10 205	20 %	7,4	62 371	40 %	
Tumeurs	77 948	43 %	6,9	341 154	31 %	
dont : - tumeurs malignes	41 147	27 %	8,4	264 611	34 %	
- tumeurs bénignes	27 562	62 %	3,5	53 365	12 %	
Mal. sang et certains troubles immunitaires	7 492	30 %	6,7	37 466	49 %	
Mal. endoc., nutrition. et métaboliques	16 376	29 %	6,3	77 770	32 %	
Troubles mentaux	17 161	20 %	6,4	91 772	45 %	
Maladies du système nerveux	29 700	35 %	5,5	117 066	34 %	
Maladies de l'œil et de ses annexes	45 035	49 %	1,6	59 522	50 %	
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	14 400	74 %	2,8	21 297	11 %	
Maladies de l'appareil circulatoire	68 541	10 %	7,0	438 531	57 %	
Maladies de l'appareil respiratoire	40 358	23 %	6,4	210 439	50 %	
Maladies de l'appareil digestif	101 094	44 %	4,7	312 904	28 %	
Mal. peau et tissu cellulaire sous-cutané	11 443	43 %	5,5	40 806	38 %	
Mal. syst.ostéo-artic., muscles,tissu conj.	56 064	25 %	5,9	261 641	33 %	
Maladies de l'appareil génito-urinaire	42 238	28 %	4,2	140 636	29 %	
Grossesses et accouchements	66 904	21 %	4,9	275 260	0 %	
Certaines affections d'origine périnatale	9 064	1 %	9,2	82 547	0 %	
Malform. congén. et anom. chromosom.	6 782	41 %	4,5	20 528	3 %	
Sympt.,signes,résult. anormaux n.c.a.	48 267	28 %	4,4	165 404	45 %	
Lésions traumatiques, empoisonnements	58 021	21 %	5,2	248 223	42 %	
Autres motifs de recours aux soins	110 091	61 %	4,8	271 107	27 %	
<b>Total toutes causes</b>	<b>837 189</b>	<b>35 %</b>	<b>5,5</b>	<b>3 276 453</b>	<b>34 %</b>	

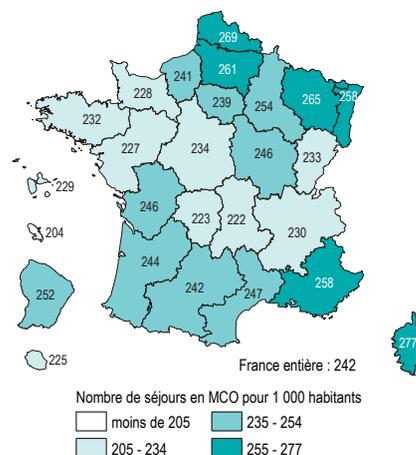
Source : PMSI (ARH), exploitation ORS - données domiciliées

1. la durée des séjours de moins de 24 heures a été fixée à une journée.

## Rang régional

La région des Pays de la Loire possède un des plus faibles taux standardisés d'hospitalisation dans les services de soins MCO, au 5<sup>e</sup> rang des régions françaises (227 séjours hospitaliers pour 1 000 habitants en 2007, fig. 4).

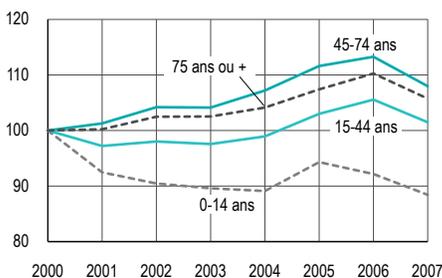
## 4 Taux standardisé de séjours en services de MCO (2007)



Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées (hors séances et nouveau-nés bien portants), Insee

## 5 Evolution du taux standardisé de séjours en MCO par groupe d'âge (base 100=2000)

Pays de la Loire (2000-2007)



Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées (hors séances et nouveau-nés bien portants), Insee

## Définitions et méthode

**DMS** : Durée moyenne de séjour en hospitalisation de plus de 24 heures. Elle est calculée en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de séjours correspondant.

**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique.

### Programme de médicalisation des systèmes d'information

(PMSI) : voir fiche "Diagnoses d'hospitalisation" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Taux de séjours dans les services de MCO** : rapport entre le nombre total de séjours par âge et sexe, et la population correspondante de ce groupe d'âge.

**Taux standardisé de séjours** : voir définition p. 34.

## Contexte

■ Selon les données du PMSI, 16,3 millions de séjours ont été dénombrés en 2007 dans les unités de soins de courte durée qui se répartissent en 9,2 millions de séjours médicaux, 5,7 millions de séjours chirurgicaux et 1,3 million de séjours de gynécologie-obstétrique, pour un total d'environ 67 millions de journées d'hospitalisation. On dénombre également 6,4 millions de venues pour séances et 600 000 séjours de nouveau-nés bien portants [1].

■ On observe des disparités de recours aux soins particulièrement importantes entre régions, avec 36 % d'écart entre la Martinique qui a le plus faible taux standardisé de séjour, et la Corse qui a le plus élevé (fig. 4).

■ Depuis 2000, le nombre de séjours augmente de 1 % par an alors que le nombre de journées d'hospitalisation régresse (- 0,9 % par an), effet de la diminution des durées de séjour en hospitalisation complète et de l'augmentation de la part de l'ambulatoire. Au cours de cette période, la part des séjours hospitaliers de moins de 24 heures est passée de 29 % à 38 % [2].

■ L'augmentation du nombre de séjours est principalement liée à la croissance démographique et au vieillissement de la population ; en effet, pendant cette même période, le taux standardisé de séjours a légèrement baissé (- 0,1 % par an), avec toutefois des évolutions différentes selon le motif d'hospitalisation. Les taux standardisés de séjours pour maladies infectieuses, maladies de l'oreille, maladies respiratoires et traumatismes ont diminué de plus de 2 % par an au cours de la période. On observe également une baisse du taux de séjours pour maladies de la peau, de l'appareil circulatoire et tumeurs malignes, mais moins marquée. En revanche, les taux standardisés de séjours pour maladies du sang et les affections d'origine périnatales augmentent de plus de 3 % par an. Une hausse de moindre ampleur est également observée pour les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie des dents ou de troubles oculaires.

■ Les recours aux soins hospitaliers évoluent différemment selon l'âge. Depuis 2000, le taux standardisé de séjours augmente pour les 75 ans ou plus (+ 0,6 % par an) alors qu'il diminue pour les moins de 15 ans (- 1,8 % par an) (fig. 5).

■ Le nombre d'hospitalisations dénombrées dans les bases PMSI subit toutefois des fluctuations qui n'ont parfois aucun lien direct avec l'évolution réelle des recours. Ainsi, depuis 2007, certains actes effectués dans le secteur opératoire mais sans anesthésie doivent dorénavant être enregistrés comme consultations externes et ne plus faire l'objet d'un enregistrement dans le PMSI, ce qui a provoqué en 2007 une baisse des hospitalisations par rapport à l'année précédente [3].

■ Les taux d'hospitalisation augmentant fortement avec l'âge, et les personnes âgées ayant des durées de séjour plus longues, une proportion importante de lits hospitaliers sont occupés par des sujets âgés. 35 % des journées d'hospitalisation (hors séjours pour grossesse, accouchement) correspondent à des séjours de personnes âgées de 75 ans ou plus [1]. Pour évaluer l'impact du vieillissement sur les recours aux soins hospitaliers, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a mené une étude prospective qui a montré que le nombre de journées d'hospitalisation augmenterait de 36 % entre 2004 et 2030, si les taux de recours par âge et groupes de pathologies restaient inchangés. Si les évolutions tendancielles (augmentation de la proportion de séjours en ambulatoire) se poursuivaient selon le même rythme, le nombre de journées augmenterait plus modérément (+ 11 %). Une politique plus volontariste en termes de réduction des durées de séjour serait quant à elle susceptible de faire baisser le nombre de journées d'hospitalisation [4].

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

■ Plus de 800 000 séjours hospitaliers en service de soins de courte durée MCO ont concerné des habitants des Pays de la Loire en 2007, qui correspondent à 3,3 millions journées d'hospitalisation (fig. 3). Il faut rajouter à ce dénombrement 237 000 venues pour séances et 36 000 séjours de nouveau-nés bien portants [5].

■ Les habitants des Pays de la Loire ont un des plus faibles taux standardisés de séjours en France métropolitaine, inférieur de 6 % à la moyenne nationale en 2007 (fig. 4).

■ Le taux standardisé de séjours est en augmentation dans la région entre 2000 et 2007 (+ 0,4 % par an) alors qu'il a baissé au plan national [2]. Les taux standardisés de séjours pour maladies du sang, maladies du système nerveux, maladies de l'œil, et affections périnatales sont en augmentation. En revanche, les taux de séjours pour maladies infectieuses, maladies de l'oreille, maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire et les traumatismes et empoisonnements ont diminué.

■ Entre 2000 et 2007, la proportion de séjours de moins de 24 heures est passée de 26 % à 35 % et la DMS des séjours de plus de 24 heures a diminué (- 4 %) [2].

## 1 Nombre de lits installés et places en médecine

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (31/12/2008)

	Nb de lits hosp. complète ou de semaine	Nb de places en hosp. de jour ou de nuit	Nombre de places en HAD	Nb total lits/ places	Taux d'équipement	
					Pays de la Loire	France entière
CHU	1 656	108	14	1 778	///	///
Autres étab. publics	3 356	144	60	3 560	///	///
Espic	162	68	249	479	///	///
Cliniques privées	593	67	45	705	///	///
<b>Total</b>	<b>5 767</b>	<b>387</b>	<b>368</b>	<b>6 522</b>	<b>1,86</b>	<b>2,14</b>

Sources : SAE (Drees), Insee

1. y compris le CH de Mamers, rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## 2 Activité en médecine

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (2004-2008)

	2004	2008	TCAM 2004-2008	
			Pays de la Loire	France entière
Nombre d'entrées en hosp. complète	244 824	292 844	4,6 %	3,0 %
Nombre de venues en hôpital de jour	nd	75 079	nd	nd
Nombre de venues en séances	nd	565 892	nd	nd
dont : - chimiothérapie	nd	85 843	nd	nd
- radiothérapie	nd	246 319	nd	nd
- hémodialyse	nd	221 264	nd	nd
- autres	nd	12 466	nd	nd
Nombre de journées en HAD	51 077	101 676	18,8 %	17,2 %

Source : SAE (Drees)

1. y compris le CH de Mamers, rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## 3 Séjours médicaux dans les établissements de santé de court séjour<sup>1</sup> par diagnostic d'hospitalisation

Pays de la Loire (2007)

Diagnostic principal d'hospitalisation (Cim 10)	SEJOURS				JOURNEES	
	Effectif	% des 75 ans et plus	% < 24h.	DMS <sup>2</sup>	Effectif <sup>2</sup>	% des 75 ans et plus
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	9 649	22,1	17,2	6,3	60 486	40,3
Tumeurs	42 983	22,3	55,3	3,5	148 614	36,2
dont : tumeurs malignes	18 979	31,0	32,2	6,0	113 060	39,0
tumeurs bénignes	17 397	12,7	75,0	1,2	21 487	18,3
Mal. sang et org. hémat. et troubles immunitaires	7 611	38,6	29,7	4,9	37 572	49,5
Maladies endocriniennes nutri. et métaboliques	13 470	21,6	36,4	4,8	64 179	37,0
Troubles mentaux et du comportement	17 282	22,4	18,9	5,7	98 807	45,5
Maladies du système nerveux	18 273	24,1	18,6	5,0	91 213	40,5
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 220	20,8	36,2	2,6	3 208	27,5
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	1 930	17,5	13,5	3,4	6 519	29,9
Maladies de l'appareil circulatoire	49 827	48,7	8,4	6,7	332 975	62,7
Maladies de l'appareil respiratoire	26 748	38,7	11,3	7,0	188 300	55,3
Maladies de l'appareil digestif	48 067	19,4	54,7	2,9	139 950	33,3
Maladies de la peau et du tissu cell. sous-cutané	6 365	20,7	46,8	4,3	27 204	47,7
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	14 869	29,1	24,1	5,5	81 775	46,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	18 314	18,6	34,2	3,3	60 487	40,2
Grossesse accouchement et puerpéralité	346	0,0	9,8	1,0	346	0,0
Certaines affections d'origine périnatale	9 153	0,0	1,1	9,1	82 951	0,0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2 220	4,4	54,9	2,8	6 287	4,7
Sympt. signes et résultats anormaux non classés ailleurs	45 852	27,0	28,3	3,4	157 857	45,5
Lésions traumatiques empoisonnements	15 467	16,0	21,1	3,2	48 743	32,8
Autres motifs de recours aux soins	90 757	15,7	58,1	2,9	260 314	29,0
<b>Total</b>	<b>440 403</b>	<b>24,7</b>	<b>35,6</b>	<b>4,3</b>	<b>1 897 787</b>	<b>42,3</b>

Source : PMSI (ARH) - données enregistrées

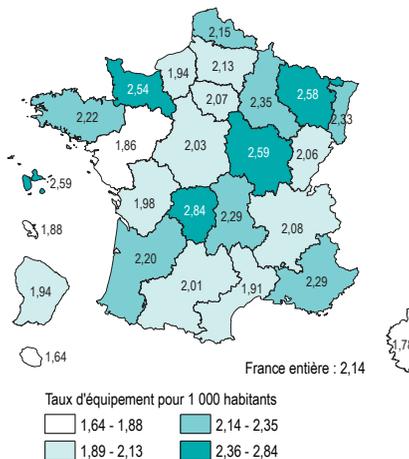
1. établissements de santé MCO (hors hôpitaux psychiatriques)

2. pour le dénombrement des journées, la durée des séjours de moins de 24 heures a été fixée à une journée.

## Rang régional

La région des Pays de la Loire a le plus faible taux d'équipement en lits de médecine, parmi les régions métropolitaines (fig. 4).

## 4 Taux d'équipement en lits de médecine (31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## Définitions et méthode

**Cim** : Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**Espic** : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique.  
**Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : voir fiche "Diagnostics d'hospitalisation" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Séjours médicaux** : dans le PMSI, chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de ses caractéristiques (diagnostics, actes, âge du patient...).

Les GHM sont répartis en trois types d'activité de soins :

- les séjours chirurgicaux (séjours comportant un acte classant),
- les séjours d'obstétrique,
- les autres séjours sont tous considérés comme médicaux.

Ce classement s'effectue indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique).

Les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs) et ceux concernant les nouveaux "bien portants" ont été exclus de l'analyse.

**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.

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

## Contexte

■ Les établissements de santé disposent au 31 décembre 2008 (SAE), de 117 000 lits d'hospitalisation complète en médecine, 10 800 places en hôpital de jour, et 9 300 places d'Hospitalisation à domicile (HAD) (fig. 1). 81 % des lits et places sont installés dans les établissements publics de santé, 10 % dans les cliniques privées, et 9 % dans les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). La tendance à la baisse du nombre de lits installés en hospitalisation complète s'est interrompue et les capacités d'accueil sont stables depuis 2004.

■ Le taux d'équipement moyen en France est de 2,14 lits de médecine pour 1 000 habitants (hospitalisation complète et de jour) au 31 décembre 2008, les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin connaît le taux le plus élevé (2,84 lits pour 1 000 habitants), supérieur de 73 % à celui de la Réunion (1,64) (fig. 4). Ces disparités territoriales trouvent en partie leur origine dans les différences de structure par âge de la population, les hospitalisations en médecine étant beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées.

■ Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en service de médecine (5,9 millions en 2008) a progressé de manière importante au plan national depuis 2004, + 3 % par an (fig. 2). Le nombre de journées d'hospitalisation (34,9 millions) progresse également mais de façon moins marquée. La baisse des durées moyennes de séjour se poursuit.

■ De nombreux patients sont également pris en charge en hôpital de jour (2 millions), notamment sous forme de séances itératives, en particulier pour le traitement des cancers, avec 3,2 millions de séances de chimiothérapie et 3,7 de radiothérapie [1].

■ Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui est à la base de la facturation des établissements de santé ayant une activité dite de court séjour, considère comme "médicaux" les séjours qui ne sont ni chirurgicaux ni de gynécologie-obstétrique. Cette définition conduit à une évaluation de l'activité d'hospitali-

sation différente de celle de la SAE. Parmi les 9,2 millions de séjours médicaux au sens du PMSI, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif, et les tumeurs sont les pathologies (regroupées par chapitres de la Cim) les plus fréquemment répertoriées comme diagnostic principal (respectivement, 12 %, 12 % et 7,5 % des séjours). Pour une hospitalisation sur dix, le diagnostic en fin de séjour relève de symptômes et états morbides dont l'origine n'a pu être définie. Par ailleurs, un séjour sur cinq est un bilan ou un examen de surveillance. Globalement, près de 40 % des hospitalisations en médecine durent moins de deux jours, la durée moyenne de séjour (pour l'ensemble des hospitalisations) étant de quatre jours.

■ Les taux d'hospitalisation augmentent fortement avec l'âge. Près du quart des hospitalisations en médecine concernent les personnes âgées de 75 ans et plus, qui ne représentent que 9 % de la population. En termes d'occupation des lits, le poids des 75 ans et plus est encore plus déterminant, 39 % des journées d'hospitalisation en médecine concernant ce groupe d'âge. Pour certains problèmes de santé, la majorité des lits de médecine sont occupés par des personnes âgées de 75 ans ou plus : 57 % des journées d'hospitalisation lorsque le diagnostic principal est une maladie de l'appareil circulatoire, et 50 % lorsqu'il s'agit d'une maladie de l'appareil respiratoire, d'une maladie du sang, ou d'un trouble mental et du comportement.

Les établissements publics de santé prennent en charge la majorité des séjours considérés comme médicaux. Leur part dépasse même 80 % pour les pathologies relevant de la pneumologie, de l'endocrinologie, des maladies du système nerveux, des maladies infectieuses, des maladies en lien avec le VIH, des brûlures et des pathologies psychiatriques ou addictives prises en charge dans des lits de médecine [2].

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

175

■ Avec un taux de 1,86 lits et places de médecine pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant le plus faible taux d'équipement, se situant au 24<sup>e</sup> rang des 26 régions françaises (fig. 4).

■ La région compte 6 500 lits et places en médecine : 82 % des équipements sont installés dans les établissements publics, 10,8 % dans les cliniques privées, et 7,3 % dans les Espic (fig. 1).

■ Le nombre de séjours en hospitalisation complète a fortement progressé depuis 2004, + 4,6 % par an, à un rythme plus soutenu qu'au plan national. Le nombre de journées d'hospitalisation (1,8 million en 2008) progresse également mais à un rythme moins soutenu, à cause de la réduction des durées de séjour.

■ Parmi les 440 400 séjours médicaux au sens du PMSI, trois groupes de diagnostics représentent chacun environ 10 % des séjours : les hospitalisations dont le diagnostic principal est une maladie de l'appareil circulatoire, une maladie de l'appareil digestif, et une tumeur (fig. 3). 36 % des séjours durent moins de deux jours, avec une forte concentration autour de trois groupes de diagnostics : les tumeurs (23 800 admissions), les maladies de l'appareil digestif (26 300) et les "autres motifs de recours aux soins" (surveillances, bilans...) (52 700). 63 % des journées d'hospitalisation ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil circulatoire, chapitre qui comprend notamment les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux, concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.

## 1 Nombre de lits installés et places en chirurgie

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

	Pays de la Loire				France
	Nb de lits hosp. compl. ou semaine	Nb de places en ambulatoire	Nb total lits/places	Tx d'équipement	Tx d'équipement
CHU	827	47	874	///	///
Autres étab. publics	952	105	1 057	///	///
Espic	195	28	223	///	///
Cliniques privées	2 025	565	2 590	///	///
<b>Total</b>	<b>3 999</b>	<b>745</b>	<b>4 744</b>	<b>1,35</b>	<b>1,55</b>

Sources : SAE (Drees), Insee

## 2 Activité en chirurgie

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	Pays de La Loire			France
	2004	2008	TCAM 2004/2008	TCAM 2004/2008
<b>CHU</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	44 740	38 176	-3,9 %	-0,1 %
Nombre de venues en ambulatoire	6 396	10 644	13,6 %	13,1 %
<b>Autres établissements publics</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	57 126	56 657	-0,2 %	-1,2 %
Nombre de venues en ambulatoire	9 700	18 596	17,7 %	16,0 %
<b>Espic</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	6 316	12 770	19,2 %	-0,6 %
Nombre de venues en ambulatoire	2 733	5 209	17,5 %	2,0 %
<b>Cliniques privées</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	164 527	152 189	-1,9 %	-3,9 %
Nombre de venues en ambulatoire	130 858	152 828	4,0 %	3,4 %
<b>Total</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	272 709	259 792	-1,2 %	-2,2 %
Nombre de venues en ambulatoire	149 687	187 277	5,8 %	4,8 %

Source : SAE (Drees)

## 3 Séjours chirurgicaux dans les établissements de santé de court séjour par diagnostic d'hospitalisation

Pays de la Loire (2007)

Diagnostic principal d'hospitalisation (Cim 10)	Séjours				Journées	
	Effectif	% des 75 ans et plus	% < 24h.	DMS	Effectif <sup>1</sup>	% des 75 ans et plus
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	638	7,1	59,2	4,1	2 632	29,7
Tumeurs	36 201	22,4	25,9	5,5	199 366	26,2
dont : tumeurs malignes	23 453	29,7	19,8	6,8	158 657	29,8
tumeurs bénignes	10 314	6,3	39,5	3,1	31 896	8,5
Mal. sang et org. hémat. et trbles immunitaires	93	9,7	6,5	8,1	750	20,5
Maladies endocrinienne nutri. et métaboliques	3 199	5,6	0,3	5,0	15 991	11,1
Troubles mentaux et du comportement	40	32,5	12,5	9,1	362	57,5
Maladies du système nerveux	13 016	12,5	61,5	2,4	30 736	13,3
Maladies de l'œil et de ses annexes	50 101	49,3	47,1	1,3	65 665	48,8
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	12 435	1,3	83,4	1,2	14 627	1,5
Maladies de l'appareil circulatoire	18 932	23,9	15,3	5,9	111 923	39,7
Maladies de l'appareil respiratoire	13 923	1,5	44,0	2,0	27 925	7,5
Maladies de l'appareil digestif	53 713	10,0	34,4	3,2	174 083	23,5
Maladies de la peau et du tissu cel. sous-cutané	5 559	8,3	38,6	2,9	16 088	20,2
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	43 520	13,8	24,7	4,4	189 708	26,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	24 407	11,2	23,1	3,4	83 362	20,4
Grossesse accouchement et puerpéralité	3	0,0	0,0	5,3	16	0,0
Certaines affections d'origine périnatale	1	0,0	0,0	2,0	2	0,0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4 636	0,9	33,8	3,1	14 444	2,3
Sympt. signes et résultats anormaux non classés ailleurs	2 577	22,7	16,1	6,2	15 893	32,0
Lésions traumatiques empoisonnements	43 621	23,5	21,7	4,8	207 900	43,7
Autres motifs de recours aux soins	20 185	10,6	56,0	1,9	38 549	17,0
<b>Total</b>	<b>346 800</b>	<b>19,4</b>	<b>35,0</b>	<b>3,5</b>	<b>1 210 022</b>	<b>29,1</b>

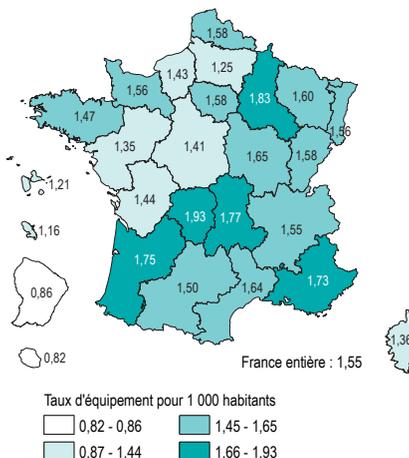
Source : PMSI (ARH) - données enregistrées

1. pour le dénombrement des journées, la durée des séjours de moins de 24 heures a été fixée à une journée.

## Rang régional

La région des Pays de la Loire dispose du taux d'équipement en chirurgie le plus faible, après la Picardie, parmi les régions métropolitaines (fig. 4).

## 4 Taux d'équipement en lits de chirurgie (31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## Définitions et méthode

**Cim** : Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**DMS** : durée moyenne de séjour.

**Espic** : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique.

**Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Séjours chirurgicaux** : dans le PMSI, chaque séjour est classé dans un Groupe homogène de malades (GHM) en fonction de ses caractéristiques (diagnostics, actes, âge du patient...). Les GHM sont répartis entre trois types d'activité de soins (ASO) :  
 - les séjours chirurgicaux (séjours comportant un acte classant),  
 - les séjours d'obstétrique,  
 - les autres séjours sont considérés comme médicaux.

Ce classement s'effectue indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique). Les séjours avec un GHM de séance (dialyse, chimiothérapie, et autres traitements itératifs) et ceux concernant les nouveau-nés "bien portants" ont été exclus de l'analyse.

**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de chirurgie (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.

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

## Contexte

- Les établissements de santé disposent d'un peu moins de 100 000 lits ou places de chirurgie en France au 31 décembre 2008, dont 11 600 places de chirurgie ambulatoire (SAE). Cet équipement se répartit à peu près de manière équivalente entre les cliniques privées (46 %) et les établissements publics (45 %), 9 % des lits et places étant installés dans les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). 20 % de ces équipements sont installés dans les centres hospitaliers régionaux. Parmi les 3 000 établissements de santé dotés de capacité d'hospitalisation, 38 % ont assuré une activité chirurgicale en 2008. Depuis 2004, le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie a baissé de 2 % par an.
- Le taux moyen d'équipement en hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire est de 1,55 lit pour 1 000 habitants. Les disparités entre régions sont fortement marquées ; le Limousin est la région dans laquelle le nombre de lits de chirurgie par habitant est le plus élevé (1,93 lits pour 1 000 habitants), alors que la Réunion a le plus faible (0,82 lits pour 1 000, fig. 4).
- 4,5 millions d'entrées en hospitalisation complète ont été dénombrées en 2008 dans les unités de soins de chirurgie, 46 % dans les établissements publics, 45 % dans les cliniques privées et 9 % dans les Espic. Le nombre d'entrées a reculé de 2 % par an depuis 2004 (fig. 2), et la baisse du nombre de journées d'hospitalisation est encore plus importante (- 3 % par an) - 20,9 millions en 2008 contre 23,6 millions en 2004 - traduisant les effets de la baisse des durées de séjour.
- Parallèlement, la chirurgie ambulatoire poursuit son développement avec une croissance du nombre de venues de 5 % par an depuis 2004. Parmi les 3,3 millions d'entrées enregistrées en 2008, 77 % ont eu lieu dans les cliniques privées, mais leur part d'activité est en recul.

Les établissements publics de santé et les Espic ont en effet fortement développé ces activités au cours de la période 2004-2008 (fig. 2) [1].

- Une autre approche de l'activité chirurgicale (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire) peut être effectuée à partir des données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui est à la base de la facturation des établissements de santé qui ont une activité dite de court séjour. Dans le PMSI, sont considérés comme chirurgicaux les séjours qui comportent un acte classant, indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique) ce qui aboutit à des évaluations plus restrictives de l'activité chirurgicale. On dénombre ainsi 5,4 millions de séjours chirurgicaux selon le PMSI au plan national en 2006. La majorité des séjours a lieu dans les cliniques privées (59 %), alors que les établissements publics prennent en charge un séjour sur trois, et les Espic 8 % des séjours. Les hôpitaux publics assurent la grande majorité des séjours chirurgicaux dont le diagnostic principal est un traumatisme multiple grave (97 % des séjours) ou une brûlure (92 %). En revanche, les cliniques privées sont nettement dominantes en chirurgie ambulatoire, et en particulier dans certaines spécialités ; séjours ayant pour diagnostic principal le traitement de la cataracte (76 % des séjours), des varices (72 %) la réalisation d'une arthroscopie (74 %), l'ablation des amygdales ou des végétations et la pose de drains transtympaniques, ou la chirurgie de la main et du poignet (66 %) [2].

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

- Avec 1,35 lit pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux d'équipement, au 21<sup>e</sup> rang des régions françaises (fig. 4).
- Le nombre d'entrées en hospitalisation complète (259 800 en 2008) connaît une baisse de 1,2 % par an dans les établissements de santé depuis 2004 (fig. 2). En revanche, les admissions en chirurgie ambulatoire (187 300) ont progressé de près de 5,8 % par an au cours de la même période, avec une croissance particulièrement forte dans les établissements publics et les Espic depuis l'instauration de la tarification à l'activité : respectivement 14 % par an dans les CHU et 18 % dans les autres établissements publics.
- Parmi les 346 800 séjours considérés comme chirurgicaux dans le PMSI (2007), les cinq groupes de diagnostics principaux les plus fréquents représentent près des deux tiers du total des séjours. Les séjours ayant pour Diagnostic principal (DP) une maladie de l'appareil digestif sont à l'origine de 16 % des séjours, devant les pathologies oculaires (14 %). Viennent ensuite les séjours ayant pour DP une maladie du système ostéo-articulaire et des lésions traumatiques, avec 13 % des séjours chirurgicaux pour chacun de ces groupes de diagnostics. Les tumeurs constituent le DP d'une hospitalisation chirurgicale sur dix (fig. 3).
- 35 % des séjours chirurgicaux (PMSI) durent moins de 24 heures. 20 % de ces séjours ont pour DP des pathologies oculaires (correspondant essentiellement à des opérations de la cataracte). Viennent ensuite les séjours ayant pour DP une extraction dentaire.

## 1 Nombre de lits installés et places en gynécologie-obstétrique

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

	Nombre de lits hosp. complète ou de semaine	Nombre de places en hosp. de jour ou de nuit	Nombre total lits/places	Taux d'équipement
<b>Pays de la Loire</b>				
CHU	186	20	206	///
Autres étab. publics	497	20	517	///
Espic	88	0	88	///
Cliniques privées	387	0	387	///
<b>Total</b>	<b>1 158</b>	<b>40</b>	<b>1 198</b>	<b>1,51</b>
France entière	22 276	1 248	23 524	1,57

Sources : SAE (Drees), Insee

## 2 Activité en gynécologie-obstétrique

Pays de la Loire, France entière (2004-2008)

	Pays de la Loire			France
	2004	2008	TCAM 2004-2008	TCAM 2004-2008
<b>CHU</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	10 866	13 145	4,9 %	1,5 %
Nombre de venues en hospit. de jour	4 693	5 616	4,6 %	-2,0 %
Nombre d'accouchements	7 082	7 920	2,8 %	0,4 %
<b>Autres établissements publics</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	31 326	31 966	0,5 %	1,8 %
Nombre de venues en hospit. de jour	5 167	5 071	-0,5 %	5,8 %
Nombre d'accouchements	19 170	20 050	1,1 %	2,4 %
<b>Espic<sup>1</sup></b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	3 335	7 281	21,6 %	1,2 %
Nombre de venues en hospit. de jour	395	777	18,4 %	0,3 %
Nombre d'accouchements	2 075	3 969	17,6 %	2,4 %
<b>Cliniques privées<sup>1</sup></b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	27 348	20 746	-6,7 %	-3,4 %
Nombre de venues en hospit. de jour	393	221	-13,4 %	-3,3 %
Nombre d'accouchements	15 278	13 218	-3,6 %	-2,8 %
<b>Total</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	72 875	73 138	0,1 %	0,4 %
Nombre de venues en hospit. de jour	10 648	11 685	2,4 %	1,5 %
Nombre d'accouchements	43 605	45 157	0,9 %	0,5 %

Source : SAE (Drees)

1. les évolutions constatées correspondent à un changement de statut d'une clinique privée

## 3 Maternités selon le nombre d'accouchements

Pays de la Loire (2008)

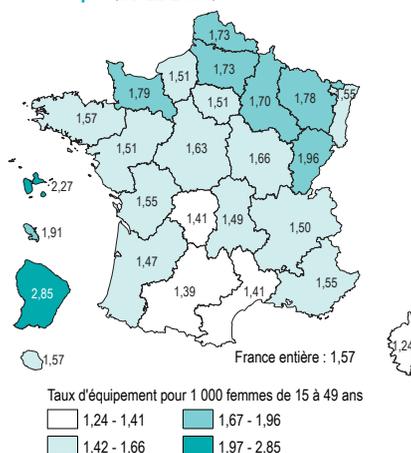
	Nombre de maternités	Nombre total d'accouchements	Proportion
moins de 1 000 accouchements	8	6 530	14,5 %
de 1 000 à 1 499 accouchements	5	6 238	13,8 %
de 1 500 à 1 999 accouchements	2	3 899	8,6 %
2 000 accouchements et plus	9	28 490	63,1 %
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>45 157</b>	<b>100,0 %</b>
Niveau I	11	10 636	23,6 %
Niveau II	10	23 148	51,3 %
Niveau III	3	11 373	25,2 %
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>45 157</b>	<b>100,0 %</b>

Source : SAE (Drees)

## Rang régional

Le taux d'équipement en gynécologie-obstétrique dans la région des Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale (fig. 4).

## 4 Taux d'équipement en lits de gynécologie-obstétrique (31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## 5 Les professionnels de santé autour de la naissance

Pays de la Loire, France métrop. (01/01/2008)

	Gynécologues-obstétriciens	Pédiatres	Sages-femmes
<b>Pays de la Loire</b>			
Nombre total	219	262	911
densité	12,2 <sup>1</sup>	29,2 <sup>2</sup>	115,0 <sup>3</sup>
<b>France métropolitaine</b>			
Nombre total	5 471	7 070	18 758
densité	16,6 <sup>1</sup>	44,4 <sup>2</sup>	125,6 <sup>3</sup>

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes

2. nombre de pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans

3. nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

## Définitions et méthode

**Adeli** : Automatisation DEs Listes, système d'information national des professionnels de santé à exercice réglementé de la Drees. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Espic** : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

**Maternités** : les maternités sont réparties en trois groupes :

- les établissements qui disposent uniquement d'une activité d'obstétrique (niveau I),
- les établissements pourvus d'une unité d'obstétrique mais également d'une unité de néonatalogie (niveau II),
- les maternités de niveau III sont celles qui assurent les soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles disposent en plus d'une unité de réanimation néonatale.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé.

Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Taux d'équipement** : nombre de lits installés (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

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

## Contexte

- Les établissements de santé disposent en décembre 2008 de 23 600 lits de gynécologie-obstétrique (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), capacités d'accueil pratiquement stables depuis 2004. Les deux tiers des équipements sont installés dans les établissements publics, 25 % dans les cliniques privées, et 7,5 % dans les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) (fig. 1).
- Le taux d'équipement moyen français est de 1,6 lit pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, les disparités entre régions étant fortement marquées. La Corse est la région qui a le nombre de lits par habitant le plus faible et la Guyane le plus élevé (fig. 4).
- 1,3 million d'entrées ont été dénombrées en hospitalisation complète dans les services de gynécologie-obstétrique en 2008, chiffre pratiquement stable depuis quatre ans. Les accouchements (802 600 en 2008) représentent 59 % des entrées dans les services de gynécologie-obstétrique. 120 700 enfants ont été admis en unité de néonatalogie et 20 300 en réanimation néonatale [1].
- Suite à un important mouvement de concentration, le nombre d'établissements d'accouchements a été divisé par deux en trente ans, de 1 300 maternités en 1975 à près de 600 en 2008. 65 % des maternités sont des établissements publics, 27 % sont installées dans des cliniques privées, et 8 % sont rattachées à des Espic (2008). 65 % des accouchements ont eu lieu dans les établissements publics de santé et 8 % dans les Espic, alors que la part des cliniques privées est en net recul (27 % des accouchements en 2008 contre 35 % en 2000) [1].

- Les maternités sont réparties en différents groupes en fonction des équipements (unités de néonatalogie et de réanimation notamment) et de l'encadrement médical dont elles disposent (présence permanente d'un pédiatre, d'un anesthésiste...) [2]. Cette organisation doit permettre d'orienter les femmes pour lesquelles on soupçonne un accouchement difficile vers l'établissement le mieux adapté à leur besoin, ces femmes conservant toutefois la liberté de choisir leur lieu d'accouchement. Cette modification s'est accompagnée de la création de réseaux de périnatalité visant notamment à améliorer la coordination des soins entre ces établissements [3]. Les maternités de type I (284 établissements en 2008) proposent uniquement une activité d'obstétrique. Les établissements de type II (219 en 2008) sont équipés également d'une unité de néonatalogie. Enfin, les maternités de type III (92 en 2008) assurent des soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, et sont pourvus, en plus, d'une unité de réanimation néonatale. Les maternités de type III sont essentiellement publiques (89 %), de même que la majorité des maternités de type II (trois sur quatre) [1].

Voir fiches "Grossesse, accouchement", "Natalité, fécondité",  
"Santé des enfants de moins d'un an"

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

- Les Pays de la Loire se trouvent dans une position moyenne pour le nombre de lits de gynécologie-obstétrique par habitant, alors que l'indice de fécondité de la région est le plus élevé en France métropolitaine (fig. 4).
- Le nombre d'entrées dans les services de gynécologie-obstétrique (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) connaît une hausse entre 2004 et 2008 dont bénéficient essentiellement les CHU et les Espic (fig. 2).
- 45 200 accouchements ont été pratiqués dans les 24 maternités de la région en 2008 (fig. 2). 62 % des accouchements ont eu lieu dans des maternités publiques, 29 % dans des cliniques privées, et 9 % dans des Espic (fig. 2). Neuf maternités, pratiquant chacune plus de 2 000 accouchements par an, regroupent plus de 63 % des accouchements ayant lieu dans la région (fig. 3). Un peu plus d'un millier de nouveau-nés ont été admis en unités de réanimation néonatale en 2008 (2 % des admissions).
- Un quart des naissances ont lieu dans les maternités de type III (CHU de Nantes, CHU d'Angers et centre hospitalier du Mans), un peu plus de 50 % dans les maternités de type II et 23,6 % dans les maternités de type I (fig. 3).
- La densité de gynécologues-obstétriciens et de pédiatres est beaucoup plus faible dans les Pays de la Loire qu'en moyenne en France, respectivement - 27 % et - 34 % (fig. 5).

## 1 Activité en soins de suite et de réadaptation

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (2004-2008)

	2004	2008	TCAM 2004-2008	
			PDL	France
<b>Réadaptation fonctionnelle</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	9 654	9 761	0,3 %	1,6 %
Nombre de venues en hospit. de jour	106 105	96 805	-2,3 %	6,5 %
<b>Soins de suite</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	36 156	37 373	0,8 %	2,3 %
Nombre de venues en hospit. de jour	3 589	3 275	-2,3 %	3,8 %
<b>Total</b>				
Nombre d'entrées en hospit. complète	45 810	47 134	0,7 %	2,1 %
Nombre de venues en hospit. de jour	109 694	100 080	-2,3 %	6,2 %

Source : SAE (Drees)

1. y compris CH de Mamers rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## 2 Répartition des journées d'hospitalisation en service de SSR selon le type de prise en charge

Pays de la Loire (2008)

Catégorie majeure clinique	%
12 Poursuites de soins médicaux neuro-musculaire	19,9 %
16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique	17,7 %
17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique	16,7 %
11 Poursuites de soins médicaux cardiovasculaire/respiratoire	9,6 %
15 Poursuites de soins médicaux viscéral	8,1 %
13 Poursuites de soins médicaux santé mentale	8,0 %
20 Soins palliatifs	5,1 %
14 Poursuites de soins médicaux sensoriel et cutané	4,7 %
60 Autres situations	2,9 %
40 Réadaptation/réinsertion	2,0 %
30 Attente de placement	1,7 %
18 Poursuites de soins médicaux amputations	1,6 %
50 Poursuites de soins médicaux nutritionnels	1,2 %
80 Gériatrie aiguë	0,6 %
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>

Source : ATIH (PMSI, données enregistrées)

## 3 Lits et places installés en soins de suite et de réadaptation

Pays de la Loire<sup>1</sup>, France entière (31/12/2008)

	Nbre de lits hosp. complète ou de semaine	Nbre de places en hosp. de jour ou de nuit	Nbre total lits/places	Taux d'équipement	
				PDL	France entière
<b>Réadaptation fonctionnelle</b>					
CHU	162	18	180	///	///
Autres étab. publics	308	72	380	///	///
Espic	710	257	967	///	///
Cliniques privées	0	8	8	///	///
<b>Total</b>	<b>1 180</b>	<b>355</b>	<b>1 535</b>	<b>0,44</b>	<b>0,57</b>
<b>Soins de suite</b>					
CHU	342	0	342	///	///
Autres étab. publics	1 719	0	1 719	///	///
Espic	1 255	22	1 277	///	///
Cliniques privées	395	0	395	///	///
<b>Total</b>	<b>3 711</b>	<b>22</b>	<b>3 733</b>	<b>1,06</b>	<b>1,06</b>

Sources : SAE (Drees), Insee

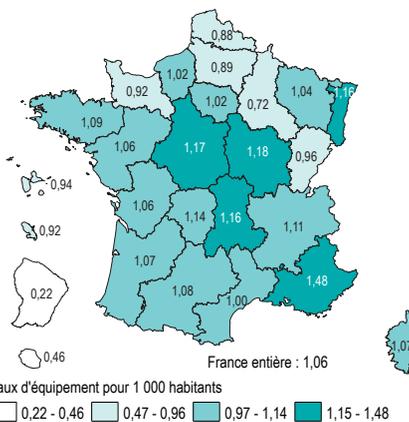
1. y compris CH de Mamers rattaché au CHI d'Alençon dans l'Orne

## Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en soins de suite proche de la moyenne française et un taux d'équipement en rééducation et réadaptation fonctionnelle inférieur de 23 % à la moyenne française (fig. 4 et 5).

## 4 Taux d'équipement en lits de soins de suite

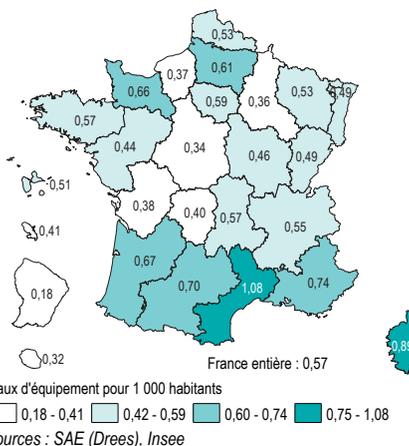
(31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## 5 Taux d'équipement en lits de réadaptation fonctionnelle

(31/12/2008)



Sources : SAE (Drees), Insee

## Définitions et méthode

**Espic** : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

**Programme de médicalisation des systèmes d'information**

(PMSI) : voir fiche "Diagnostiques d'hospitalisation" et précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé.

Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation.

**Taux d'équipement** : nombre de lits et places installés en service de soins de suite et/ou de réadaptation (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) pour 1 000 habitants.

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

## Contexte

■ Les unités hospitalières de soins de suite et de réadaptation (SSR) visent à prévenir ou réduire les conséquences des déficiences physiques, sensorielles, viscérales, cognitives, psychologiques et des limitations fonctionnelles ou restrictions d'activité des personnes, de manière à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion sociale. Les unités de SSR assurent les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle, pratiquées au sein d'établissements uniquement dédiés à ce type de prise en charge ou bien dans des services spécialisés au sein d'établissements de santé.

■ La majorité des patients sont pris en charge dans ces services après un passage dans une unité de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique). A ce titre, le raccourcissement tendanciel des durées d'hospitalisation dans ces unités, mouvement qui s'est accéléré depuis la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A), a renforcé les besoins d'encadrement médical et de personnels soignants en SSR.

■ Les activités de SSR sont classées depuis 2008 en fonction du type de rééducation qu'elles proposent : affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les structures de SSR peuvent aussi être polyvalentes ou spécialisées dans la prise en charge des enfants et/ou adolescents. Les activités de SSR concernent les soins post-médicaux ou chirurgicaux mais aussi l'alcoologie et la santé mentale. Les unités de soins pour des patients présentant un état végétatif persistant ou un état paucirelationnel, mais également les cures thermales (présentes seulement dans certaines régions), sont rattachées à ce groupe d'équipements. Certaines unités sont reconnues au sein d'une région comme centre de référence (blessés médullaires, traumatisés crâniens, centre d'appareillage).

■ Par nature, les soins délivrés dans ce type d'unités nécessitent une approche pluridisciplinaire, avec des spécialistes des affections concernées, des médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), différents professionnels de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, ergothérapeutes...) mais aussi des psychologues. Les soins de suite et de réadaptation s'appuient également sur les assistants sociaux, les ergonomes... et les différentes personnes qui contribuent à la réinsertion dans leur environnement de vie.

■ Cette activité est exercée soit dans le cadre d'une hospitalisation complète, soit en hospitalisation de semaine ou de jour, les périodes de soins pouvant parfois être très longues. Certains soins de rééducation et de réadaptation peuvent aussi être délivrés au domicile des personnes ou en cabinet par des professionnels de santé libéraux.

■ Le nombre total de lits d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation est de 96 900 lits en 2008, soit 22 % des capacités d'hospitalisation en France métropolitaine. 41 % de ces équipements dépendent des établissements publics, 31 % des établissements privés d'intérêt collectif, et 27 % des cliniques privées [1]. Les capacités d'accueil en hospitalisation complète sont en augmentation depuis 2004 (+ 7 %) [1]. L'implantation de ces équipements s'est faite souvent par transformation des équipements existants (anciens sanatoriums par exemple), ce qui explique la grande disparité des taux d'équipement sur le territoire. Les équipements sont fortement concentrés dans les régions du sud de la France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (fig. 4).

■ Jusqu'en 2008, les activités de SSR étaient classées en deux groupes distincts, les soins de suite d'une part, et la rééducation-réadaptation d'autre part.

■ En hospitalisation complète, 69 % des équipements correspondent aux soins de suite (66 900 lits), pour 640 300 admissions en 2008. Plus de la moitié de ces équipements dépendent des établissements publics [1]. Le taux d'équipement est deux fois plus important en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Champagne-Ardenne (fig. 4).

■ Les 30 000 lits (hospitalisation complète) de rééducation-réadaptation fonctionnelle dépendent pour 41 % des établissements privés d'intérêt collectif et pour 31 % des hôpitaux publics et 273 100 admissions ont été dénombrées en 2008 [1]. Le taux d'équipement est trois fois plus élevé en Languedoc-Roussillon qu'en Champagne-Ardenne (fig. 5). Les prises en charge en hôpital de jour et en ambulatoire se sont fortement développées au cours des dernières années, avec 2 millions de venues en hôpital de jour (pour 6 800 places), et 141 400 séances en ambulatoire [1].

Bibliographie page 229

### Médecine physique et de réadaptation

La Médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale transversale qui cherche à prévenir ou réduire le plus possible les conséquences des déficiences physiques, sensorielles, viscérales, cognitives, psychologiques, des limitations fonctionnelles ou d'activité et des restrictions de participation en particulier sociales, professionnelles et économiques. Elle s'appuie sur une évaluation préalable du patient et de son environnement, pour établir un pronostic évolutif permettant une action cohérente dans la durée.

## Pays de la Loire

■ Avec un lit pour 1 000 habitants, les Pays de la Loire se trouvent dans une situation comparable à la situation moyenne française en matière de soins de suite. En revanche, les taux d'équipement en soins de rééducation-réadaptation (0,4 lit pour 1 000 habitants) sont moins élevés dans la région qu'au plan national (- 23 %) (fig. 3).

■ Selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'année 2008, les soins SSR mis en œuvre dans les établissements publics et privés de la région concernent principalement les atteintes neuromusculaires (20 % des journées d'hospitalisation), la rhumatologie (18 %), les soins post-traumatiques (17 %), les soins cardiovasculaires et respiratoires (10 %), le viscéral (8 %) et la santé mentale (8 %) (fig. 2).

## 1 File active et moyens des secteurs de psychiatrie

Pays de la Loire (2008)

	Psychiatrie générale <sup>1</sup>	Psychiatrie infanto-juvénile
Nombre de secteurs	41	21
File active totale	70 888	25 860
File active moyenne par secteur	1 729	1 231
dont pourcentage suivi exclusivement en ambulatoire	73 %	89 %
dont pourcentage hospitalisé à temps plein dans l'année	25 %	2 %
Nombre de praticiens (effectif) <sup>2</sup>	298	100
dont psychiatres <sup>2</sup>	230	93
Nombre de praticiens (ETP)	215	74
Personnel non médical (ETP)	3 412	749

Source : SAE (Drees)

1. y compris milieu pénitentiaire

2. y compris praticiens libéraux (n=21)

## 2 Hospitalisation sans consentement dans les services de psychiatrie

Pays de la Loire, France entière (2008)

	France entière	Pays de la Loire
<b>Hospitalisation sur demande d'un tiers</b>		
Nombre	60 881	3 653
Taux <sup>1</sup>	126,8	139,8
<b>Hospitalisation d'office</b>		
Nombre	17 202	725
Taux <sup>1</sup>	35,8	27,7

Source : SAE (Drees)

1. taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

## 3 Nombre de lits installés et places en psychiatrie

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

	Nbre de lits hosp. complète ou de semaine	Nbre de places en hosp. de jour ou de nuit <sup>1</sup>	Nbre total lits/places	Taux d'équipement	
				PDL	France entière
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>					
CHU	6	68	74	///	///
Autres étab. publics	87	426	513	///	///
Espic	0	0	0	///	///
Cliniques privées	0	0	0	///	///
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>494</b>	<b>587</b>	<b>0,77</b>	<b>0,86</b>
<b>Psychiatrie générale<sup>2</sup></b>					
CHU	318	159	477	///	///
Autres étab. publics	1 909	1 119	3 028	///	///
Espic	62	8	70	///	///
Cliniques privées	232	25	257	///	///
<b>Total</b>	<b>2 521</b>	<b>1 311</b>	<b>3 832</b>	<b>1,39</b>	<b>1,50</b>
<b>Total</b>					
CHU	324	227	551	///	///
Autres étab. publics	1 996	1 545	3 541	///	///
Espic	62	8	70	///	///
Cliniques privées	232	25	257	///	///
<b>Total</b>	<b>2 614</b>	<b>1 805</b>	<b>4 419</b>	<b>1,26</b>	<b>1,37</b>

Sources : SAE (Drees), Insee

1. y compris appartements thérapeutiques

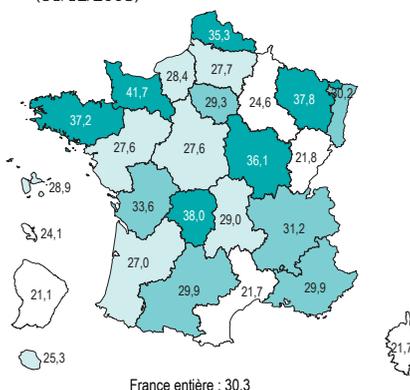
2. y compris milieu pénitentiaire

## Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions françaises dont le taux de recours aux secteurs de psychiatrie est le plus faible (9<sup>e</sup> rang par ordre croissant) (fig. 4).

## 4 Taux de recours aux secteurs de psychiatrie

(31/12/2008)



File active pour 1 000 habitants

21,1 - 24,6

24,7 - 29,0

29,1 - 33,6

33,7 - 41,7

Sources : SAE (Drees), Insee

## Définitions et méthode

**Espic** : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

**File active** : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

**Hospitalisation à la demande d'un tiers** : admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.

**Hospitalisation d'office** : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié, ou par le maire, en cas de troubles occasionnés connus de "notoriété publique".

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Secteur de psychiatrie** : la psychiatrie publique est organisée en "secteurs", territoires géographiques au sein desquels plusieurs types de prises en charge sont proposés aux patients : consultations dans les centres médicopsychologiques (CMP), hôpital de jour ou de nuit, centre d'accueil thérapeutique, hospitalisation "plein temps"...

**Taux d'équipement (psychiatrie infanto-juvénile)** : nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus. Le taux d'équipement très élevé du département de la Vendée pour cette discipline (en comparaison avec les autres départements) s'explique par la présence dans ce département d'un établissement de soins qui accueille des enfants polyhandicapés (fig. 1).

**Taux d'équipement (adultes)** : nombre de lits et places (hosp. complète et hosp. de jour, de nuit) pour 1 000 habitants de plus de 16 ans.

**Taux de recours** : file active rapportée à l'effectif de population générale de ce groupe d'âge (la fig. 3 ne concerne que les personnes prises en charge par les secteurs de psychiatrie).

## Contexte

■ D'après le Baromètre santé 2005, environ une personne sur vingt dans la population âgée de 12 à 75 ans déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale (psychiatre ou psychologue) au cours des douze derniers mois [1]. Selon les travaux de l'Irdes et de la Drees, la prise en charge des troubles mentaux représente à elle seule un peu plus de 10 % des dépenses de santé hors prévention. C'est le deuxième poste de dépenses le plus important, après les maladies de l'appareil circulatoire : plus de 70 % de ces dépenses concernent le secteur hospitalier [2]. Pour le seul régime général de l'assurance maladie, près d'un million de personnes sont inscrites en affection de longue durée (ALD) et bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une "affection psychiatrique de longue durée" en 2009 [3].

■ De nombreux acteurs du soin participent à la prise en charge des troubles mentaux : les médecins généralistes, qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes, les psychiatres libéraux, les services de psychiatrie des établissements de santé, mais aussi les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés et les Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui contribuent à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques.

■ La psychiatrie publique est organisée en secteurs, au sein desquels des équipes pluridisciplinaires proposent des formes de prise en charge très diverses. Le territoire français comprend ainsi, en 2009, 868 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent en moyenne chacun 55 000 habitants de plus de 20 ans, et 383 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population moyenne de 41 000 enfants et adolescents). Les files actives moyennes sont de 1 700 pour les secteurs adultes et de 1 300 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Au plan national, 1,5 million de patients adultes, 503 000 enfants et 74 000 patients en milieu pénitentiaire bénéficient de ces services [4].

■ Les secteurs emploient 6 900 psychiatres (ETP) en 2009, 1 100 médecins non psychiatres, 6 000 psychologues, près de 3 000 rééducateurs et 55 500 infirmiers.

■ De nombreux travaux ont souligné l'importance des disparités existantes sur le plan des moyens humains entre secteurs de psychiatrie, qui se mesure notamment en termes de capacités d'accueil en hospitalisation complète, 50 lits en moyenne pour les moins dotés, et jusqu'à 300 lits ou plus pour les plus dotés. Les secteurs se distinguent également par l'importance plus ou moins grande accordée aux activités ambulatoires, aux prises en charge à temps partiel (hôpital de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...) ou au domicile du patient [5].

■ Les soins ambulatoires sont le mode de prise en charge prédominant, ceux-ci étant délivrés sous forme de consultations dans les centres médicopsychologiques (11 800

unités de consultation recensées) mais aussi dans les établissements de santé, les foyers pour personnes handicapées et les Ehpad, les établissements pénitentiaires, ainsi qu'au domicile des patients. 13,8 millions de consultations ont été délivrées par des psychiatres, psychologues, infirmiers, 2,2 millions à domicile, 900 000 en unités somatiques, et 440 000 dans les structures médicosociales. 70 % des patients qui fréquentent les secteurs de psychiatrie générale sont vu exclusivement en ambulatoire, plus de 90 % en psychiatrie infanto-juvénile [4]. Le secteur libéral a effectué de son côté près de 16,5 millions de consultations en 2008, assurées par 6 400 psychiatres libéraux (effectifs relativement stables depuis 2002). Les écarts de répartition des effectifs sur le territoire sont toutefois considérables, avec en moyenne 18 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 3 pour 100 000 en Picardie ou dans le Nord-Pas-de-Calais [6, 7].

■ Les soins psychiatriques sont également délivrés sous forme de prises en charge à temps partiel, principalement en hôpital de jour (4,9 millions de venues en 2009) et en centre d'accueil thérapeutique (2,2 millions de venues) [4].

■ Malgré le développement très important des activités ambulatoires ou à temps partiel, l'hospitalisation complète représente un recours relativement fréquent.

■ Selon les données du RIM-P, renseignées par 87 % des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation "plein temps" avoisine 20 millions en 2009, pour 383 500 patients hospitalisés. Près d'un patient sur quatre est hospitalisé "au long cours" (plus de 292 jours dans l'année). La durée moyenne d'hospitalisation par patient, 52 jours par an en moyenne, témoigne des conséquences importantes des affections psychiatriques [8].

■ Après une forte baisse depuis vingt ans, le nombre de journées d'hospitalisation complète semble actuellement se stabiliser. On recense 57 700 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie en 2009 contre 60 000 cinq ans plus tôt. Les deux tiers sont installés dans des établissements publics. Un peu plus de 2 000 lits sont dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile et 137 sont installés en milieu pénitentiaire. Près d'une hospitalisation complète sur cinq s'effectue sans le consentement du patient, que ce soit à la demande d'un tiers (15 % des admissions) ou en hospitalisations d'office (4 %) [4].

■ Les secteurs de psychiatrie proposent également des prises en charge "plein temps" en accueil familial thérapeutique (près d'un million de journées en 2009) ou en appartements thérapeutiques (320 000).

Bibliographie page 229

133

## Pays de la Loire

■ Environ 100 000 personnes ont bénéficié de soins psychiatriques dans les 41 secteurs adultes et les 21 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2009. 77 % des patients sont pris en charge uniquement en ambulatoire [4].

■ 238 psychiatres (ETP) salariés exercent dans les services de psychiatrie en 2009, mais également 229 psychologues, et 3 100 infirmiers [4]. 259 psychiatres libéraux exercent dans la région [7].

■ 87 % des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie ont renseigné les RIMP-PMSI en 2009. 914 700 journées d'hospitalisation plein temps ont été dénombrées concernant 17 900 patients différents, ce qui correspond à une durée moyenne d'hospitalisation par patient de 51 jours dans l'année [8].

# Recours aux soins urgents ou non programmés

## 1 Nombre d'appels et d'affaires traités par les Samu

Pays de la Loire, France entière (2008)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Appels	nd	nd	466 085	207 773	149 267	226 807	nd
Nb d'appels pour 1 000 hab.	nd	nd	370	268	494	405	nd
Affaires	10 778 785	5 018 823	162 643	107 488	55 580	67 834	108 278
Nb d'affaires pour 1 000 hab.	169	143	129	139	184	121	176
Ratio appels/aff.	nd	nd	2,9	1,9	2,7	3,3	nd

Source : SAE (Drees)

## 2 Activité des services mobiles d'urgences (Smur)

Pays de la Loire, France entière (2008)

	France entière	Pays de la Loire <sup>1</sup>	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe <sup>1</sup>	Vendée
Nombre de sorties primaires	563 292	19 239	4 886	3 977	2 368	3 169	4 839
dont non suivies d'un transport médicalisé	29,7 %	26,3 %	23,9 %	13,7 %	39,2 %	35,1 %	27,2 %
Nombre de sorties secondaires	153 444	5 807	2 474	968	417	955	993
<b>Total</b>	<b>716 736</b>	<b>25 046</b>	<b>7 360</b>	<b>4 945</b>	<b>2 785</b>	<b>4 124</b>	<b>5 832</b>
TCAM 2004/2008	2,6 %	1,7 %	2,9 %	0,0 %	3,0 %	1,5 %	1,4 %

Source : SAE (Drees)

1. y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique "CHI Alençon" dans l'Orne

## 3 Nombre de passages dans les structures d'urgences hospitalières

Pays de la Loire, France entière (2008)

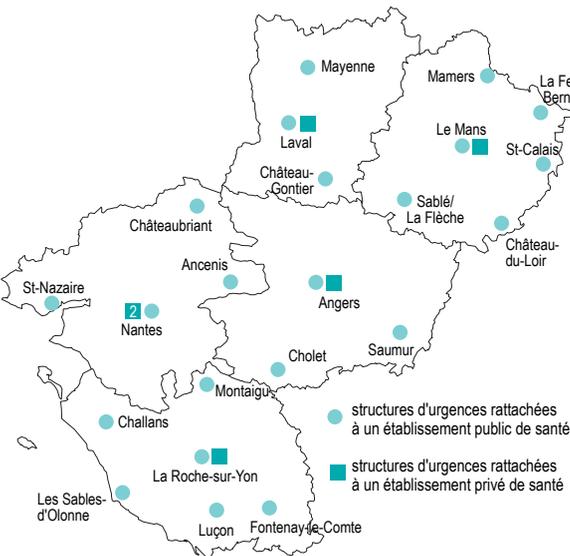
	France entière	Pays de la Loire <sup>1</sup>	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe <sup>1</sup>	Vendée
Nombre de passages dont public	16 832 825	700 894	207 137	150 014	66 432	144 333	132 978
	83,2 %	88,3 %	86,9 %	90,6 %	88,9 %	90,0 %	86,2 %
Tx de recours pour 1 000 habitants	263	200	165	194	220	258	216
TCAM 2004-2008	3,4 %	4,0 %	5,1 %	4,9 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %

Source : SAE (Drees)

1. y compris CH de Mamers rattaché à l'entité juridique "CHI Alençon" dans l'Orne

## 4 Structures d'urgences hospitalières

Pays de la Loire (2008)

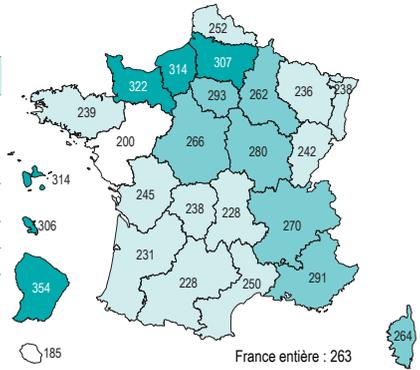


Source : SAE (Drees)

## Rang régional

Les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux de recours aux structures d'urgences hospitalières (2<sup>e</sup> rang des régions françaises par ordre croissant, fig. 5).

## 5 Taux de recours aux structures d'urgences hospitalières (2008)



Taux de recours pour 1 000 habitants

- 185 - 200
- 201 - 252
- 253 - 293
- 294 - 354

Sources : SAE (Drees), Insee

## Définitions et méthode

**Affaires** : appels ayant donné lieu à une prise en charge, quelle que soit la réponse et quel que soit le nombre de personnes concernées.

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé. Voir précisions sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources".

**Samu** : Service d'aide médicale urgente.

**Smur** : Structure mobile d'urgence et de réanimation.

Dans les Pays de la Loire, les sites Samu-Smur sont situés à Nantes, Angers, Laval, Le Mans et La Roche-sur-Yon. Les sites Smur hors Samu sont localisés à Châteaubriant, Saint-Nazaire, Cholet, Saumur, Mayenne, Château-Gontier, Sablé/La Flèche, Challans, Fontenay-le-Comte et aux Sables-d'Olonne. Trois antennes Smur sont installées à Mamers, Luçon et Montaigu.

Ce dispositif est complété par un HéliSmur basé à Nantes. La région mancelle et le nord-Mayenne sont couverts par l'HéliSmur de l'Orne.

**Sortie primaire** : sortie d'un véhicule de secours du lieu de détresse vers le lieu de soins.

**Sortie secondaire** : sortie d'un véhicule de secours d'un lieu de soins vers un autre lieu de soins.

**Taux de recours** : nombre de passages dans les structures d'urgences hospitalières pour 1 000 habitants.

**Transport médicalisé** : transport d'un patient dans un véhicule de secours, avec l'assistance d'un médecin.

## Contexte

■ L'urgence en matière de santé peut être définie comme *"un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage"* (Pr Delbarre). Alors que la notion d'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé correspond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

■ Les Centres de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelés "Centres 15", assurent une écoute médicale permanente. Ces centres sont installés au sein des Services d'aide médicale urgente (Samu), la régulation des appels étant mise en œuvre par des praticiens hospitaliers, avec la participation d'associations de médecins libéraux qui peuvent conserver une régulation autonome mais interconnectée avec le centre 15. Le Samu régule également l'intervention des transports sanitaires, et en particulier celle des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Près de 11 millions d'affaires ont été traitées par les Samu en 2008 (fig. 1).

■ Les Smur ont effectué 563 300 sorties primaires (dont 17 100 sorties aériennes) et 153 400 sorties secondaires en 2008. 30 % des sorties primaires ne sont pas suivies d'un transport médicalisé, soit parce que le patient est traité sur place, est pris en charge par un autre moyen de transport, a refusé son évacuation ou est décédé. Entre 2004 et 2008, le nombre total de sorties a augmenté en moyenne de 2,6 % par an (fig. 2).

■ Près de 17 millions de passages ont été enregistrés dans les 600 structures hospitalières d'urgences en 2008, (fig. 3). Cela représente un taux moyen de recours de 263 passages pour 1 000 habitants : les taux les plus élevés sont observés en Guyane et en Basse-Normandie, et les plus faibles à la Réunion et en Pays de la Loire (fig. 5). 83 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics. Dans 22 % des cas, le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation, mais ce taux augmente avec l'âge et atteint plus de 50 % chez les 80 ans et plus [1]. Entre 2004 et 2008, le nombre de passages a augmenté en moyenne de 3,4 % par an (fig. 3).

■ Les moyens en personnel des Samu, Smur et structures d'urgences hospitalières ont connu un développement important au cours des dernières années : 6 600 médecins (ETP), 19 600 infirmiers et cadres de santé, 130 assistants de service social et 10 700 autres personnels interviennent dans ces services en 2008 [2].

■ Outre leur participation à la régulation des appels dans le cadre des CRRA, les médecins libéraux contribuent également à la prise en charge des soins urgents ou non programmés, qui sont estimés à environ 35 millions de consultations et visites en 2008 pour les médecins généralistes [3, 4], 4 millions de consultations pour les ophtalmologistes et ORL, 3,4 millions pour les pédiatres, 1,3 million pour les cardiologues...[5].

■ Dans chaque département, un Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins, et des transports sanitaires (Codamups), coprésidé par le préfet et le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), s'assure de la coopération entre les différents acteurs concernés [6].

■ A la suite de la canicule de l'été 2003, l'Institut de veille sanitaire (Invs) a développé différents systèmes de surveillance afin de disposer d'informations en continu sur l'état de santé de la population, notamment pour détecter des événements sanitaires inattendus. Le système de Surveillance sanitaire des urgences et de décès (SurSaud) intègre ainsi les données de 250 services d'urgences hospitalières, recueillies dans le cadre du réseau Oscur (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), et celles d'associations d'urgentistes libéraux de SOS Médecins [7].

En outre, des observatoires des urgences ont été créés dans plusieurs régions afin de coordonner l'action des structures d'urgences, de développer les systèmes d'information nécessaires notamment en matière d'alerte sanitaire et d'organiser le partage d'information entre les professionnels.

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

■ Les cinq Samu de la région (un par département) ont traité 500 000 affaires en 2008. Le taux d'affaires des Pays de la Loire est inférieur de 15 % à la moyenne nationale. La Mayenne et la Vendée connaissent les taux les plus élevés (fig. 1). Pour la Vendée, cette situation est en partie liée à l'afflux touristique [8].

■ Les Pays de la Loire sont dotés de 18 Smur qui ont effectué, en 2008, 19 000 sorties primaires et 5 800 sorties secondaires, dont au total 770 sorties aériennes (fig. 2).

■ Les Pays de la Loire disposent de 28 structures d'urgences hospitalières, dont 22 installées dans des établissements publics. En 2008, 700 000 passages ont été enregistrés dans la région, dont 88 % dans des établissements publics (fig. 3). Un peu plus de 50 % de ces recours ont lieu auprès des CHU de Nantes et d'Angers, et des CH de Saint-Nazaire, Cholet, Laval, Le Mans et La Roche-sur-Yon.

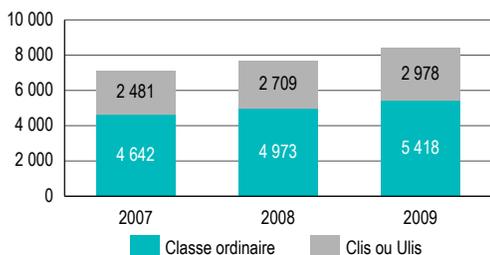
Entre 2004 et 2008, le nombre de passages a augmenté en moyenne de 4 % par an (fig. 3).

Le taux de recours en Pays de la Loire est l'un des plus faibles de France, inférieur de 25 % à la moyenne française (fig. 5). Les situations sont fortement contrastées à l'intérieur de la région : les taux de recours étant nettement plus élevés en Mayenne, Sarthe et Vendée, départements qui ont les plus faibles densités médicales dans la région. Malgré l'importance de l'afflux touristique qui génère de nombreux recours aux soins [8], le taux de recours en Vendée est inférieur à la moyenne nationale (fig. 3).

■ Les structures d'urgences de la région, les Samu et les Smur transmettent chaque jour des indicateurs agrégés d'activité sur un serveur régional de veille et d'alerte sanitaire ARDAH (Application de recueil des données d'activité hospitalière) de l'ARS. A partir des différentes données disponibles, la Cellule de l'InVS en région (Cire) des Pays de la Loire établit chaque semaine un bulletin de veille sanitaire.

## 1 Evolution du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire selon le type de scolarisation

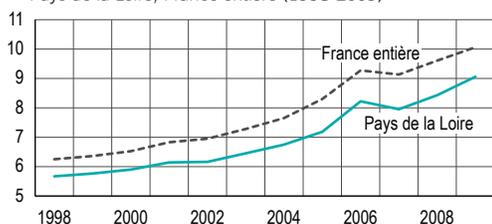
Pays de la Loire (2007-2009)



Source : enquêtes ministérielles 3 et 12 relatives à la scolarisation des élèves handicapés dans le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> degré (MEN-DEPP)

## 2 Evolution du taux de bénéficiaires de l'AAEH<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France entière (1998-2009)



Sources : Cnaf, Insee

1. taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans (voir définitions)

## 3 Nombre de bénéficiaires de l'AAEH<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France entière (31/12/2009)

	Effectif	Taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans
Loire-Atlantique	2 800	8,6
Maine-et-Loire	1 530	7,4
Mayenne	1 015	13,0
Sarthe	1 286	9,1
Vendée	1 498	10,2
<b>Pays de la Loire</b>	<b>8 129</b>	<b>9,1</b>
France entière	160 316	10,1

Sources : Cnaf, Insee

1. voir définitions

## 4 Nombre de places dans les établissements et services médicosociaux pour enfants et adolescents handicapés

Pays de la Loire, France entière (01/01/2008)

	Pays de la Loire		France entière	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux <sup>1</sup>
Sessad	2 246	2,5	34 264	2,2
Etablissements pour				
- enfants déficients mentaux	3 899	4,3	69 562	4,4
- polyhandicapés	304	0,3	5 100	0,3
- troubles de la conduite et du comportement	603	0,7	14 598	0,9
- handicap moteur	422	0,5	7 407	0,5
- déficients sensoriels	454	0,5	8 245	0,5
<b>Total</b>	<b>7 928</b>	<b>8,8</b>	<b>139 176</b>	<b>8,7</b>

Sources : Statiss (Drees), Insee

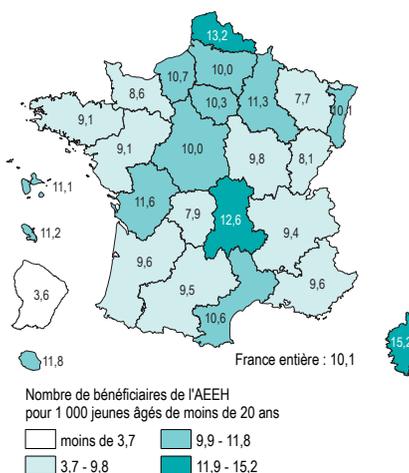
1. taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

## Rang régional

La région des Pays de la Loire possède une proportion de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) plus faible que la moyenne nationale. Elle se situe au 6<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre croissant, avec un taux de 9,1 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 31 décembre 2009 (fig. 5).

## 5 Taux de bénéficiaires de l'AAEH

(31/12/2009)



Sources : Cnaf, Insee

## Définitions et méthode

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) remplace l'Allocation d'éducation spéciale (AES) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. C'est une prestation familiale financée par la sécurité sociale, destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé de moins de 20 ans. Lorsque l'enfant est accueilli en établissement spécialisé en internat, le versement de l'AAEH est limité aux périodes de retour au foyer.

Le **taux de bénéficiaires de l'AAEH** correspond au nombre de familles percevant cette prestation sur un territoire donné, divisé par le nombre d'habitants âgés de moins de 20 ans, multiplié par mille.

Les données présentées ici concernent uniquement les allocataires de la Caf. Au niveau national, au 31 décembre 2008, 96 % des familles bénéficiaires de l'AAEH étaient allocataires de la Caf et le nombre moyen d'enfants bénéficiaires par famille s'élevait à 1,06.

**Clis** : Classe d'inclusion scolaire.

**Sessad** : les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent soit dans la prise en charge précoce des enfants porteurs d'un handicap, soit en soutien à la scolarisation (soins médicaux, paramédicaux, rééducations...). Leurs interventions sont financées par l'assurance maladie.

**Ulis** : Unité localisée pour l'inclusion scolaire.

## Contexte

■ La loi du 11 février 2005 [1] a établi le droit à la scolarisation des enfants et jeunes handicapés, considérant que l'Etat devait mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à leur scolarisation en milieu ordinaire.

■ Pour atteindre cet objectif, chaque enfant handicapé peut bénéficier d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS), qui définit les modalités du déroulement de sa scolarité et notamment les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant à ses besoins particuliers. Le PPS détermine également les aides techniques nécessaires au bon suivi de la scolarité et l'attribution de matériels pédagogiques destinés à compenser le handicap. Validé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque département, ce plan est élaboré en lien avec la famille, par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), instance administrée par les Conseils généraux, créée par la loi du 11 février 2005 en remplacement des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES).

■ Une équipe de suivi de scolarisation, réunie et animée par l'enseignant référent dont dispose chaque enfant handicapé, est chargée de favoriser la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS tout au long de la scolarité [2].

■ Parmi les différentes modalités d'accompagnement prévues par le PPS, l'auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS.i) a pour mission d'aider l'élève handicapé dans sa vie quotidienne à l'école (aide aux déplacements et à l'installation dans la classe, aide à la manipulation de matériel pédagogique, aide à la prise des repas et aux gestes d'hygiène...) et de faciliter sa communication et sa socialisation. D'autres mesures d'accompagnement sont prévues pour faciliter la scolarisation des enfants handicapés : temps de soutien scolaire, prise en charge des frais de transport, accessibilité des locaux, aménagement des conditions d'examen et de concours... [2].

■ Près de 190 000 élèves en situation de handicap sont accueillis dans les écoles et les établissements scolaires au plan national en 2009-2010 [3]. Ils représentent 1,8 % des effectifs dans le premier degré et 1,3 % dans le second degré. 68 % d'entre eux fréquentent une "classe ordinaire", alors que les autres sont scolarisés en "intégration collective" dans les Classes d'inclusion scolaire du premier degré (Clis) ou dans les Unités pédagogiques d'intégration (UPI) du second degré devenues "Unités

localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis)" [4]. Toutes modalités de scolarité confondues, les élèves souffrant d'un trouble intellectuel ou mental constituent 66 % des effectifs dans le premier degré, et 51 % dans le second degré [3].

■ L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), est versée par les Caisses d'allocations familiales (Caf) et les caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) afin de compenser les frais et aides nécessaires à un enfant, en lien avec son handicap. Cette allocation, accordée sans conditions de ressources, a concerné, en 2008, 160 000 familles pour 168 500 enfants bénéficiaires soit 10,6 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Le nombre d'allocataires, qui progresse de manière continue, est en forte augmentation depuis 2002 (+ 26 %) (fig. 2). On observe des variations géographiques importantes en termes de taux de bénéficiaires avec les situations extrêmes de l'Ardèche (5 pour 1 000) et de la Corse du Sud (14 pour 1 000).

■ Les familles peuvent également bénéficier en complément de cette allocation d'éléments de la Prestation de compensation (PCH), instaurée par la loi du 11 février 2005. L'instruction des demandes d'AEEH et de PCH dépend des MDPH, qui exercent une mission générale d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des jeunes handicapés et de leur famille, l'instance décisionnaire étant la CDAPH [2].

■ Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), dont les capacités d'accueil (34 000 places fin 2006) ont doublé depuis 2001, ont été créés pour faire face aux besoins d'accompagnement et de soins des enfants et jeunes handicapés dans leurs différents lieux de vie (école, domicile...) [5]. Le Sessad est cependant rarement le seul acteur à intervenir dans le parcours de soins d'un enfant handicapé qui peut mobiliser également des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, un centre d'action médico-social précoce [6], un centre médicopsychologique rattaché à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un centre médicopsychopédagogique...

■ Malgré la forte progression du nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire, un nombre important de jeunes handicapés sont suivis dans les établissements médico-sociaux : 107 000 en 2006. La majorité d'entre eux (80 %) bénéficient d'un temps de scolarisation, qui est dispensé en général par des enseignants de l'Education nationale mis à disposition. La scolarisation est parfois aussi organisée de manière alternée entre l'école et l'établissement [7].

Bibliographie page 229

## Pays de la Loire

■ A la rentrée 2009, l'Académie de Nantes dénombre 8 400 élèves handicapés dans les établissements scolaires publics et privés de la région, dont 67 % dans le premier degré (fig. 1). Le nombre d'élèves handicapés scolarisés a augmenté de 18 % entre 2007 et 2009. En 2009-2010, 64 % des jeunes sont scolarisés dans des classes ordinaires et 36 % en Clis ou UPI. Deux jeunes sur trois bénéficient d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (individuel dans 65 % des cas) [8].

■ Le taux de bénéficiaires de l'AEEH dans les Pays de la Loire (9,1 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) est inférieur de 10 % à la moyenne nationale. La Mayenne est le seul département de la région présentant un taux supérieur à la moyenne nationale (+ 29 %) (fig. 3).

■ Le nombre de places en Sessad poursuit sa progression avec 2 200 places dans les Pays de la Loire début 2008 contre un millier en 1995. Les établissements d'éducation spéciale disposent à la même période de près de 5 700 places dans la région, 68 % des places étant offertes dans des établissements accueillant des enfants déficients intellectuels (fig. 4).

## 1 Bénéficiaires d'aides légales et pensions d'invalidité

Pays de la Loire, France entière (31/12/2009)

	Pays de la Loire		France entière	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux <sup>1</sup>
AAH	41 953	22,8	883 337	25,9
ACTP <sup>2</sup>	3 188	1,7	88 221	2,6
PCH <sup>2</sup>	4 218	2,3	68 887	2,0
Pension d'invalidité <sup>3</sup>	29 588	16,1	595 124	17,4

Sources : Drees, CnamTS, Insee

1. taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

2. en droits ouverts

3. régime général uniquement

## 2 Bénéficiaires d'aides légales

Pays de la Loire, France entière (31/12/2009)

	Bénéficiaires de l'AAH		Bénéficiaires de l'ACTP <sup>1</sup>		Bénéficiaires de la PCH <sup>2</sup>	
	Nombre	Taux <sup>2</sup>	Nombre	Taux <sup>2</sup>	Nombre	Taux <sup>2</sup>
Loire-Atlantique	16 046	23,6	1 017	1,5	1 209	1,8
Maine-et-Loire	8 955	22,2	716	1,8	815	2,0
Mayenne	3 476	22,6	326	2,1	170	1,1
Sarthe	6 323	22,0	680	2,4	948	3,3
Vendée	7 153	22,9	449	1,4	1 076	3,4
<b>Pays de la Loire</b>	<b>41 953</b>	<b>22,8</b>	<b>3 188</b>	<b>1,7</b>	<b>4 218</b>	<b>2,3</b>
France entière	883 337	25,9	88 221	2,6	68 887	2,0

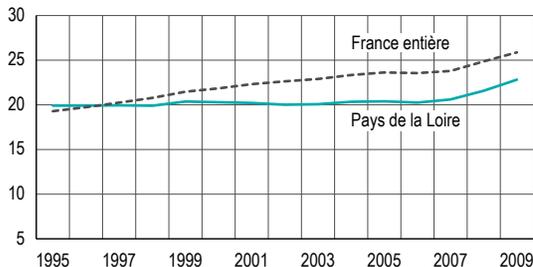
Sources : Drees, Insee

1. en droits ouverts

2. taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

## 3 Evolution du taux de bénéficiaires de l'AAH<sup>1</sup>

Pays de la Loire, France entière (1995-2009)



Sources : Drees, Insee

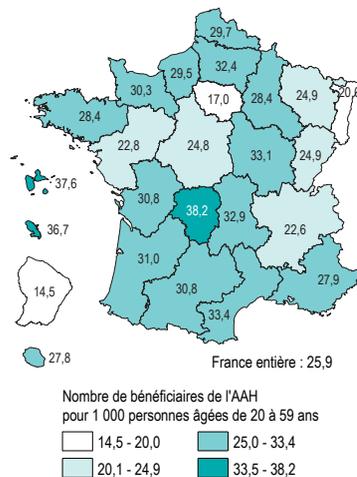
1. taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

## Rang régional

Les Pays de la Loire possèdent une des plus faibles proportions de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), se situant au 5<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre croissant (fig. 4).

## 4 Taux de bénéficiaires de l'AAH

(31/12/2009)



Sources : Drees, Insee

## 5 Nombre de places en établissements pour adultes handicapés

Pays de la Loire, France entière (01/01/2008)

	Pays de la Loire		France entière	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux <sup>1</sup>
Entreprise et service d'aide par le travail	6 141	3,3	109 872	3,2
Entreprise adaptée <sup>2</sup>	2 543	1,4	18 779	0,6
Foyer d'hébergement	1 890	1,0	39 380	1,2
Foyer de vie	3 739	2,0	39 090	1,1
Foyer d'accueil médicalisé	777	0,4	14 360	0,4
Maison d'accueil spécialisée	1 295	0,7	20 147	0,6

Sources : Statiss (Drees), Insee

1. taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

2. nombre de places en ETP

## Définitions et méthode

**Allocation adulte handicapé (AAH) :** cette allocation est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 20 à 59 ans, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, ou compris entre 50 et 80 % si la personne se trouve dans l'incapacité de se procurer un travail.

**Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) :** cette allocation est versée aux personnes âgées de 20 à 59 ans dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne. L'ACTP a été remplacée par la prestation de compensation.

**Entreprise adaptée (ex atelier protégé) :** le taux d'équipement n'est pas un indicateur adapté pour ces structures dont les effectifs évoluent en fonction de leurs capacités de développement.

**Entreprise et service d'aide par le travail (Esat, ex CAT) :** les Esat proposent des activités à caractère professionnel, accompagnées d'un soutien médicosocial et éducatif.

**Foyer d'hébergement :** ces foyers proposent un hébergement aux travailleurs handicapés.

**Foyer de vie (ex "foyer occupationnel") :** ces structures accueillent des personnes handicapées inaptes à l'exercice d'une activité professionnelle, mais qui disposent d'une relative autonomie de vie.

**Foyer d'accueil médicalisé (Fam) et Maison d'accueil spécialisée (Mas) :** ces établissements accueillent des personnes lourdement handicapées qui ne peuvent exercer d'activité professionnelle et ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Les personnes accueillies en Mas nécessitent en outre une surveillance médicale et des soins constants.

**Prestation de compensation (PCH) :** cette prestation vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser une ou plusieurs activités parmi les 19 activités du référentiel d'accès à la PCH, en sus des prestations existantes. Elle comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4) et les aides animales (élément 5).

**Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) :** les SAVS proposent un accompagnement pour favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux. Les Samsah proposent, en sus, des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical.

## Contexte

■ Les personnes affectées par un handicap bénéficient de prestations sociales spécifiques dont le montant et la nature diffèrent profondément selon que le handicap est survenu en période d'activité ou non.

■ En cas de survenue du handicap en période d'activité, les assurés sociaux reçoivent un revenu de remplacement de leur régime de sécurité sociale. Le mode de reconnaissance du handicap, comme l'importance de l'indemnisation varient selon le régime d'appartenance de l'assuré, l'importance des séquelles, et selon que le handicap est considéré comme la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou non.

■ S'il est établi que le handicap est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP), l'assuré reçoit une rente de la sécurité sociale au titre de ce risque. Dans les autres cas, les prestations sont servies au titre de l'assurance d'invalidité. En 2009, près de 600 000 personnes ont perçu au plan national une pension d'invalidité pour le seul régime général de la sécurité sociale.

■ L'autre voie d'attribution d'aides légales en matière de handicap dépend des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Administrées par les Conseils généraux et soutenues par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les MDPH ont été instituées par la loi du 11 février 2005 [1] qui a introduit de nouvelles dispositions destinées à faciliter la vie quotidienne et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap (formation, accessibilité des logements et des locaux publics, emploi...). Les MDPH exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Elles instruisent les demandes d'aides légales (AAH, ACTP, PCH...), évaluent les besoins de compensation et proposent aux personnes handicapées les solutions d'accompagnement adaptées à leurs besoins (établissements et services sociaux et médicosociaux notamment). L'attribution des aides comme les décisions d'orientation relèvent de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque département [2].

■ L'AAH, aide financière destinée aux personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ayant de faibles ressources, concerne 883 000 bénéficiaires fin 2008 pour la France entière (23 bénéficiaires pour mille). Le taux de bénéficiaires varie fortement selon les départements : les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par des

facteurs sociodémographiques alors qu'un tiers des décisions semblent liées à des pratiques d'évaluation différentes selon les MDPH [3].

■ Créée par la loi du 11 février 2005 [1], la Prestation de compensation (PCH) vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser des activités de la vie quotidienne : 77 100 personnes ont perçu la PCH (tous âges confondus) en juin 2009 au plan national, pour près de 100 000 personnes ayant des droits ouverts. La PCH remplace progressivement l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), qui concernait 100 000 personnes à la même période [4].

■ Les MDPH sont chargées également de la reconnaissance de "travailleur handicapé". Le code du travail reconnaît comme travailleur handicapé "toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques" [5]. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi, 1,8 million déclarent avoir une reconnaissance administrative de leur handicap, leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé [6].

■ Même si l'obligation d'emploi instituée par la loi du 10 juillet 1987 [7] a fait progresser l'emploi des personnes handicapées, les personnes reconnues travailleurs handicapés restent peu présentes sur le marché du travail. Leur taux d'activité (rapport entre le nombre d'actifs occupés et chômeurs et l'ensemble de la population correspondante) est de 44 % contre 71 % pour l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans [6]. Leur taux de chômage (fin 2007) est plus du double de celui de l'ensemble des personnes actives de 15 à 64 ans (19 % vs 8 %) [8].

■ Les personnes les plus lourdement handicapées sont accueillies en fonction de la gravité de leur handicap dans les foyers de vie (39 000 places), les foyers d'accueil médicalisés (14 000 places), et les maisons d'accueil spécialisées (20 000 places) (fig. 5) [9]. La répartition de ces équipements sur l'ensemble des départements reste peu homogène [10]. Pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées et de restauration des liens sociaux sur leur lieu de vie, de nombreux services d'accompagnement (SAVS, Samsah) ont vu le jour depuis une dizaine d'années [2].

Bibliographie page 230

## Pays de la Loire

■ Près de 30 000 personnes bénéficient d'une pension d'invalidité en décembre 2009 (fig. 1), pour le seul régime général. Parmi elles, 2,6 % perçoivent une pension avec majoration tierce personne (MTP).

■ Le taux de bénéficiaires de l'AAH, 23 pour 1 000, est inférieur de 12 % à la moyenne nationale. Ce taux est resté relativement stable dans la région jusqu'en 2006. Depuis, on observe une tendance marquée à la hausse, dans les Pays de la Loire comme au plan national (fig. 3).

■ Le taux de bénéficiaires cumulé de l'ACTP et de la PCH est de 4,0 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (4,6 en France métropolitaine) (fig. 2). Ce taux varie de 3,3 à 5,6 bénéficiaires pour 1 000 entre départements de la région.

■ On dénombre près de 8 700 places en entreprise et services d'aide par le travail. Le taux d'équipement s'élève à 4,7 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, taux supérieur au taux moyen français (fig. 5).

■ Environ 5 800 personnes handicapées sont accueillies dans les structures spécialisées de la région (hors foyer d'hébergement et travail adapté) (fig. 5) [11].

## 1 Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

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

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre	1 131 606	58 770	18 998	11 795	7 143	10 076	10 758
Taux <sup>1</sup>	208	189	192	174	240	185	178

Sources : Enquête Aide sociale 2008 (Drees), Insee

1. nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus

## Rang régional

La région des Pays de la Loire possède une des plus faibles proportions de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Elle se situe au 3<sup>e</sup> rang des régions françaises classées par ordre croissant, avec un taux de 189 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31 décembre 2008 (fig. 1).

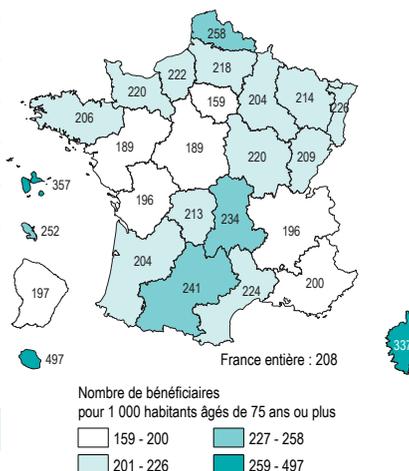
## 2 Activités des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

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

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nbre de Ssiad	2 095	110	32	21	11	18	28
Nbre de places installées	106 057	5 632	1 825	1 097	557	998	1 155
Nombre de bénéficiaires	98 255	5 620	1 856	1 091	564	930	1 179
Nombre de journées réalisées	33 619 600	1 787 521	534 685	294 274	167 963	424 921	365 678
Nombre d'aides-soignants	25 115	1 666	543	334	164	270	355
Nombre d'aides-soignants en ETP	18 577	1 098	360	209	114	182	233

Source : Enquête Ssiad 2008 (Drees, ARS)

## 4 Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (31/12/2008)



## 3 Les infirmiers libéraux

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

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nb infirmiers	60 532	1 942	691	452	186	244	369
densité <sup>1</sup>	95	56	56	59	61	43	62
Nb actes AIS <sup>2</sup> (en milliers)	157 966	2 895	1 096	843	322	70	563
% actes AIS	34 %	20 %	24 %	26 %	20 %	3 %	22 %

Source : Snir (Cnamts)

1. nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

2. actes de soins d'hygiène ou de nursing et des gardes à domicile

## Définitions et méthode

La grille **Aggir** (Autonomie gèrontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués.

Le "classement" en Gir 1 à 4 ouvre le droit à l'Apa :

**Gir 1** : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

**Gir 2** : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement.

**Gir 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Ainsi, la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

**Gir 4** : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

**Gir 5** : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**Gir 6** : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

**Nursing** : soins d'hygiène (toilettes) et gardes à domicile.

## Contexte

■ Pour faire face aux besoins d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes en forte croissance, différents systèmes d'intervention publics ont vu le jour, reposant sur des sources de financement et des lieux de décision distincts.

■ Les politiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, qui se sont développées dès le début des années 1960, ont connu un nouvel essor depuis une quinzaine d'années. Diverses mesures ont ainsi été adoptées pour favoriser le développement des emplois familiaux : simplification des modalités d'embauche, réduction du coût du travail par l'exonération de certaines cotisations sociales d'employeurs, déductions fiscales pour les particuliers employeurs, solvabilisation des ménages par l'instauration de nouvelles prestations (allocation personnalisée d'autonomie...). Selon la Dares, les emplois à domicile représenteraient 1,6 million d'emplois salariés en 2008, la majorité des heures travaillées correspondant aux interventions en faveur des personnes âgées dépendantes [1], et l'on estime à 518 000 le nombre de personnes intervenant dans ces services auprès des populations fragiles [2].

■ L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), née en 2002, est une aide en nature dont l'attribution dépend des Conseils généraux, et qui est fonction du niveau d'autonomie, déterminé par l'appartenance à un Groupe iso-ressources (Gir), et des ressources financières du demandeur. Cette aide concerne aussi bien des personnes vivant à domicile qu'en Etablissement d'hébergement de personnes âgées (Ehpa). Plus d'1,1 million de personnes percevaient l'Apa au 30 juin 2009, ce qui correspond à une proportion de 208 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Depuis la création de cette allocation, le nombre de bénéficiaires est en constante augmentation. Parmi les bénéficiaires de cette prestation, 61 % vivent à domicile et 39 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées. 45 % dépendent du Gir 4, 19 % du Gir 3, 28 % du Gir 2 et 8 % du Gir 1, cette répartition étant différente selon le lieu de vie (domicile ou institution) [3]. Une analyse comparative du nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus fait apparaître des écarts très sensibles entre départements : le taux de bénéficiaires varie de un à quatre en 2008, de 122 dans les Yvelines à 497 à la Réunion [4]. Selon l'étude menée par la Drees à partir des données 2003, ces écarts s'expliquent à plus de 60 % par la structure sociodémographique des départements, le nombre de bénéficiaires de l'Apa étant plus élevé dans les départements où la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population est grande et dans ceux ayant une forte proportion de retraités percevant le minimum vieillesse [5].

■ Les soins infirmiers et de nursing (délivrés par des infirmiers libéraux, des infirmiers salariés des centres de soins, ou des aides-soignants des Services de soins infirmiers à domicile-Ssiad) jouent un rôle primordial dans

la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce type de soins représente une part importante de l'activité des 60 000 infirmiers libéraux, avec 158 millions d'actes en 2008 [6]. Les 2 100 Ssiad ont quant à eux effectué 35 millions de journées d'intervention en 2008. Ces services emploient 24 000 salariés (ETP), principalement des aides-soignants (18 600), mais près de 20 000 infirmiers libéraux ont également collaboré avec ces services en 2008, pour des soins techniques. La densité d'infirmiers libéraux (voir fiche "Infirmiers") comme le taux d'équipement en Ssiad varie fortement selon les départements [7].

Mais ces interventions auprès des personnes âgées dépendantes ne sont pas du seul ressort des professionnels de santé, et il n'existe pas de frontière étanche entre l'activité des services de soins infirmiers et celle des aides à domicile, qui effectuent parfois aussi des toilettes [8]. Pourtant, ces activités ne relèvent pas des mêmes sources de financement ni des mêmes lieux de décision. Les soins infirmiers, qui sont effectués sur prescription médicale, sont financés par l'assurance maladie avec prise en charge à 100 % pour les patients en affection longue durée. Le coût des aides à domicile est quant à lui supporté par les particuliers, les Conseils généraux dans le cadre du financement de l'Apa ou de l'aide ménagère à domicile, les caisses de retraite...

Plus généralement, cette ligne de partage entre l'aide et le soin recouvre des clivages aussi bien professionnels (travailleurs sociaux et professionnels de santé n'ont pas les mêmes cultures professionnelles), qu'administratifs et institutionnels. Les politiques en faveur des personnes âgées dépendent au plan national de deux ministères différents (Ministère chargé de la santé, Ministère chargé de la cohésion sociale). La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) joue également un rôle primordial dans ce domaine, à travers notamment la détermination des budgets attribués aux Conseils généraux et aux Agences régionales de santé (ARS) pour le financement des aides (Apa) et des budgets soins (Ssiad, Ehpad). Ce partage institutionnel se retrouve également dans les régions, entre les ARS qui décident de la répartition des budgets de l'assurance maladie et les Conseils généraux qui ont en charge les politiques en faveur des personnes âgées.

■ Même si le nombre de professionnels intervenant auprès de personnes âgées dépendantes est en constante augmentation, la part prise par l'entourage reste prépondérante. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, une sur deux reçoit une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, près de la moitié de ces personnes étant aidées uniquement par leur entourage [9].

Bibliographie page 230

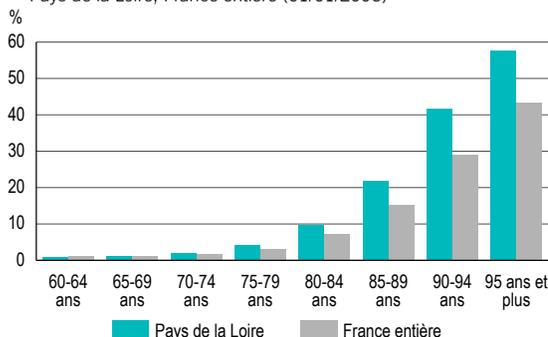
## Pays de la Loire

■ Fin décembre 2008, 59 000 personnes bénéficiaient de l'Apa en Pays de la Loire, soit un taux de 189 bénéficiaires pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. La proportion de bénéficiaires est plus faible dans les différents départements de la région qu'au plan national, sauf dans le département de la Mayenne. Dans les Pays de la Loire, la proportion de bénéficiaires vivant en institution est supérieure à celle de ceux qui vivent à domicile, à l'opposé de la situation rencontrée au plan national (fig. 1).

■ Les infirmiers libéraux de la région ont réalisé 2,9 millions de "toilettes" au cours de l'année 2008 (fig. 3). 1,8 million de journées ont été réalisées dans les Ssiad de la région (2008) (fig. 2).

## 1 Proportion de personnes vivant en institution<sup>1</sup> selon l'âge

Pays de la Loire, France entière (01/01/2006)



Source : RP 2006 (Insee)

1. services de moyen ou de long séjour des établissements publics ou privés de santé, établissements sociaux de moyen et long séjour, maisons de retraite, foyers et résidences sociales ou assimilés

## 2 Répartition des places d'hébergement selon le statut des établissements

Pays de la Loire, France entière (31/12/2007)

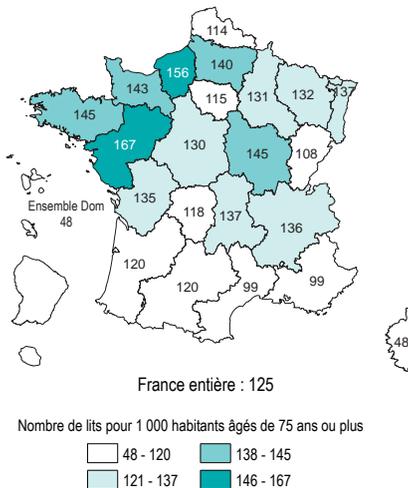
	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Capacité totale
Loire-Atlantique	39 %	54 %	7 %	14 670
Maine-et-Loire	64 %	31 %	5 %	12 974
Mayenne	84 %	14 %	2 %	5 447
Sarthe	80 %	14 %	6 %	8 555
Vendée	81 %	18 %	1 %	10 409
<b>Pays de la Loire</b>	<b>65 %</b>	<b>31 %</b>	<b>4 %</b>	<b>52 054</b>
France entière	58 %	26 %	16 %	684 158

Source : Enquête Ehpa 2007 (Drees)

## Rang régional

La région des Pays de la Loire possède le plus fort taux d'équipement en lits pour personnes âgées. Elle se situe au 1<sup>er</sup> rang des régions de France métropolitaine, avec 167 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31 décembre 2007 (fig. 3).

## 3 Taux d'équipement en lits pour personnes âgées (31/12/2007)



Sources : Enquête Ehpa 2007 (Drees), Insee

### Définitions et méthode

**Aggir** (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) : la perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à l'aide de la grille Aggir qui répartit les personnes en six niveaux d'autonomie, les Groupes iso-ressources (Gir) : du Gir 1 qui rassemble les personnes très dépendantes (personnes gabataires...) au Gir 6 (personnes autonomes). Voir fiche "Aides et soins aux personnes âgées".

**Ehpad** : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes, ayant signé une convention tripartite avec le Conseil général (budget dépendance), et avec l'ARS qui, depuis le 1<sup>er</sup> avril

2010, décide des ressources financières affectées par l'assurance maladie. Cette convention précise les engagements de l'établissement en matière de qualité.

**Taux d'encadrement** : le taux d'encadrement rapporte le nombre d'emplois (ETP) pour 100 places d'accueil pour personnes âgées.

**Taux d'équipement en lits pour personnes âgées** : le taux d'équipement est obtenu en rapportant le nombre total de lits en établissements pour personnes âgées (y compris USLD), à 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

## Contexte

■ Au 31 décembre 2007, 10 300 structures assurent l'hébergement permanent de personnes âgées et proposent 684 000 places sur l'ensemble du territoire national [1, 2].

Suite à la réforme de la tarification engagée depuis 1999, ces établissements sont maintenant répartis en deux grandes catégories, d'une part les Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les Unités de soins de longue durée (USLD) et d'autre part les structures qui accueillent essentiellement des personnes autonomes.

■ Les Ehpad, qui sont des structures médico-sociales, et les USLD, qui sont des structures sanitaires, partagent le même mode de tarification avec trois composantes : un prix de journée hébergement (supporté par les familles ou l'aide sociale pour les personnes qui ne peuvent financer leur séjour), un forfait soins (financé par l'assurance maladie) et un forfait dépendance (financé partiellement par les Conseils généraux au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie - Apa). Dans les établissements volontaires, les dépenses individuelles de santé des patients (actes médicaux, paramédicaux, médicaments...) sont incluses dans le forfait soins [3]. Les Ehpad et USLD signent avec le Conseil général et l'Agence régionale de santé une convention qui fixe les "objectifs qualité" que l'établissement s'engage à atteindre, et détermine l'importance de la participation des différents financeurs. On dénombre fin 2007 près de 7 000 établissements ayant signé une convention tripartite, qui représentent 75 % du total des capacités d'accueil. Le mouvement de transformation en Ehpad n'était pas achevé au moment où ces données ont été recueillies, et le nombre de places en Ehpad est en 2010 sans doute supérieur à ces chiffres.

L'activité des Ehpad s'est adaptée pour répondre notamment aux besoins d'accueil de personnes âgées dépendantes, à travers la création d'unités spécialisées (type Cantou) mais aussi d'accueils de jour (127 centres fin 2007 pour 1 500 places installées) ou d'hébergement temporaire.

Les USLD s'adressent spécifiquement aux personnes qui cumulent une situation de grande dépendance et nécessitent également des soins médicaux et une surveillance médicale permanente. Leur capacité est de 67 700 places fin 2007. Mais une partie de ces unités de soins a vocation à être transformée en Ehpad [4].

■ Dans les USLD, installées dans les établissements de santé, le suivi médical des résidents est effectué par des praticiens hospitaliers, salariés de l'établissement. Dans les Ehpad en revanche, ce suivi est partagé entre le médecin traitant, dont l'activité est rémunérée à l'acte, et

un médecin coordonnateur salarié de l'établissement (6 500 médecins pour 2 300 équivalents temps plein).

■ Les établissements d'hébergement permanent de personnes âgées (Ehpa) qui accueillent essentiellement des personnes autonomes (152 000 places en 2007) n'ont pas vocation quant à eux à être transformés en Ehpad ; il s'agit le plus souvent de logements-foyers.

■ 58 % de la capacité d'accueil globale des Ehpa relève du secteur public, 26 % du secteur non lucratif (association, mutuelle, fondation...), et 16 % du secteur commercial. Les établissements de santé restent un acteur important de l'accueil des personnes âgées avec près de 170 000 lits d'accueil, soit le quart de l'équipement total. Il s'agit essentiellement d'établissements publics [1, 2]. Même si l'âge d'entrée en institution recule (83 ans et 5 mois en 2007), ces institutions continuent à accueillir une proportion non négligeable de personnes de moins de 75 ans (14 % en 2007 contre 16 % en 2003). Par rapport aux précédentes enquêtes, la part des personnes dépendantes augmente. Dans les Ehpad et les USLD, 84 % des résidents sont dépendants, un peu plus de la moitié étant classés en Gir 1 et Gir 2. Un peu plus du quart des résidents accueillis dans les Ehpa sont placés sous régime de protection juridique (43 % en USLD) [5].

Globalement, les Ehpa emploient fin 2007 près de 340 000 personnes (ETP) pour un taux d'encadrement moyen de 57 agents pour 100 places en Ehpad (78 en USLD). Les services généraux, les agents de service et les aides-soignants représentent 75 % des emplois. L'emploi est très fortement féminisé (88 %). Les moyens en personnel soignant des établissements (aide-soignant, infirmier, médecin coordonnateur...) ont été renforcés, le taux d'encadrement global ayant progressé de six points depuis 2003 [1].

■ En 2007, le taux d'équipement moyen en France métropolitaine (tout type de structures confondu) est de 127 places pour 1 000 personnes âgées, mais varie de un à trois selon les régions : 167 places en Pays de la Loire, contre 48 en Corse (fig. 3). Le taux d'équipement est en baisse par rapport à celui de 1996, la croissance du nombre de places en établissements pour personnes âgées n'ayant pas compensé l'augmentation de l'effectif des 75 ans et plus. Cette tendance doit être relativisée dans la mesure où la croissance de la population âgée ne signifie pas forcément une augmentation équivalente du nombre de personnes dépendantes [1].

Bibliographie page 230

## Pays de la Loire

■ La région compte près de 800 structures d'accueil pour personnes âgées [5] et fait partie des régions qui ont le plus fort taux d'équipement en France (fig. 3). La proportion de personnes vivant en institution est en effet beaucoup plus élevée dans les Pays de la Loire qu'au plan national : respectivement 22 % vs 15 % parmi les 85-89 ans, et 58 % vs 43 % chez les 95 ans et plus (fig. 1).

■ La répartition des capacités d'accueil entre les trois secteurs est sensiblement différente de celle observée au plan national. Le secteur public occupe une place prépondérante (deux places sur trois) alors que le secteur privé commercial ne représente que 4 % des capacités d'accueil (16 % au plan national) (fig. 2).

■ Le tarif journalier moyen d'hébergement est de 65 euros dans les établissements commerciaux, 49 euros dans les USLD, et il est compris entre 43 et 44 euros dans les maisons de retraite publiques ou privées à but non lucratif [6].

## 1 Médecins du travail selon l'âge

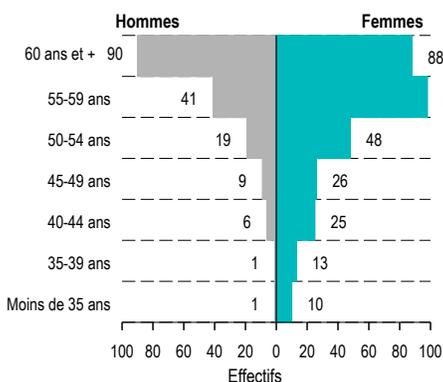
Pays de la Loire (01/01/2011)

	Effectif
< 35 ans	11
35-39 ans	14
40-44 ans	31
45-49 ans	35
50-54 ans	67
55-59 ans	139
60 ans et plus	178
<b>Total</b>	<b>475</b>

Source : Adeli (ARS Pays de la Loire)

## 2 Répartition par sexe et âge des médecins du travail

Pays de la Loire (01/01/2011)



Source : Adeli (ARS Pays de la Loire)

## 3 Avis prononcés par les médecins du travail selon le type d'avis

Pays de la Loire (2009)

	Nombre	%
Avis d'aptitude	565 490	93,0 %
Avis d'aptitude avec restriction	20 510	3,4 %
Avis d'inaptitude	12 270	2,0 %
<b>Total</b>	<b>607 740</b>	<b>100,0 %</b>

Source : Inspection médicale régionale du travail et de l'emploi

## 4 Effectifs salariés selon l'activité

Pays de la Loire (01/01/2008)

Secteur d'activité économique	Effectif	%
Agriculture, sylviculture et pêche	26 974	2,1 %
Extraction, énergie, eau, déchets	17 478	1,3 %
Fab. denrées aliment., boissons, tabac	52 296	4,0 %
Cokéfaction et raffinage	1 054	0,1 %
Fab. équ. élec., électro, infor, machines	37 707	2,9 %
Fabrication de matériels de transport	27 792	2,1 %
Fabrication autres produits industriels	118 653	9,0 %
Construction	94 837	7,2 %
Commerce, réparation auto. moto.	170 013	13,0 %
Transports et entreposage	61 797	4,7 %
Hébergement et restauration	35 585	2,7 %
Information et communication	25 111	1,9 %
Activités financières et d'assurance	44 355	3,4 %
Activités immobilières	12 706	1,0 %
Act. scien. tech, serv. admin, de soutien	125 707	9,6 %
Administration publique	112 342	8,6 %
Enseignement	103 990	7,9 %
Activités pour la santé humaine	75 813	5,8 %
Hébergement médico-social et social	109 674	8,4 %
Autres activités de services	57 428	4,4 %
<b>Total</b>	<b>1 311 311</b>	<b>100,0 %</b>

Source : Recensement de la population (Insee)

## Définitions et méthode

**Médecin du travail** : le médecin du travail est employé soit par un service autonome soit par un service interentreprises. Son indépendance est doublement protégée par le code du travail et le code de déontologie médicale. En tant que médecin, il est indépendant dans l'exercice de son art et est soumis au secret médical. Le médecin du travail est nommé (mais aussi éventuellement licencié), après accord du comité d'entreprise (service autonome) ou de la commission de contrôle (service interentreprises), mais également de l'inspection du travail.

**Population surveillée par les services de santé au travail** : les données de surveillance médicale (fig. 3) concernent les services de santé au travail des entreprises privées et d'un certain nombre d'administrations publiques. La surveillance de la majorité des fonctionnaires d'Etat (et en particulier des personnels de l'Education nationale), des personnels hospitaliers et de ceux des collectivités territoriales relève d'une organisation qui leur est propre. Pour les salariés du régime agricole, cette surveillance est assurée par les services prévention des caisses de mutualité sociale agricole.

**Services de santé au travail interentreprises** : le service de santé au travail (SST) est administré paritairement par un conseil composé de représentant des employeurs et des salariés. Le président élu est obligatoirement un employeur, tandis que le trésorier est un représentant syndical. Le service élabore un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs signé avec la Direccte et la sécurité sociale.

**Surveillance médicale renforcée (SMR)** : les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques pour leur santé bénéficient d'une surveillance médicale renforcée, avec une visite médicale périodique au moins annuelle. Cette disposition concerne également les femmes enceintes, les salariés les plus jeunes...

## Contexte

■ Tout employeur doit, quelle que soit la taille de son entreprise, "prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs" [1]. L'employeur organise et finance en particulier la surveillance médicale de ses salariés [2]. Il transcrit et met à jour chaque année dans un document unique [3] les résultats de l'évaluation des risques effectuée au sein de l'entreprise. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) [4] est le lieu d'examen de ces questions. Dans les établissements dépourvus de CHSCT les délégués du personnel exercent les compétences de ce comité.

■ Pour s'acquitter de ses obligations, les employeurs s'appuient notamment sur les Services de santé au travail (SST), qui assurent la surveillance médicale des salariés, mais qui ont également un rôle de conseil auprès des employeurs et des représentants des personnels pour prévenir les risques professionnels [5]. Suite à la réforme de juillet 2011 qui a défini leurs missions, les priorités de ces services devront faire l'objet d'un contrat annuel d'objectifs et de moyens conclu avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), et les organismes de sécurité sociale, après avis des organismes d'employeurs et de salariés, et de l'Agence régionale de santé. Les missions des SST sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Dans le secteur privé, la surveillance de la très grande majorité des salariés (93 %), est assurée par des organismes interentreprises de santé au travail (290 en 2010), administrés et financés par les employeurs, et qui sont essentiellement de statut associatif. Les entreprises les plus importantes disposent de leur propre service (610) [6]. Ces services (inter ou intra entreprises) ont assuré le suivi de 16 millions de salariés en 2010. Une médecine de prévention remplit des missions comparables à celle des services de santé au travail pour les actifs du secteur agricole (au sein de la Mutualité sociale agricole) et pour les trois fonctions publiques (Etat, Collectivités territoriales, Fonction publique hospitalière).

■ Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, on dénombrait 6 400 médecins du travail, employés dans les services privés de santé au travail (SST), hors services agricoles [6]. Leur effectif a baissé d'un millier depuis 2005, et ce mouvement de baisse va se poursuivre, 61 % des médecins du travail étant âgés de 55 ans ou plus. Un médecin du travail a en charge en moyenne le suivi de près de 3 000 salariés (en ETP) en services interentreprises, chiffre en augmentation constante suite à la baisse des effectifs de praticiens et à l'augmentation de la population active. L'essentiel de son activité est consacré aux visites d'embauche, de reprise après une maladie ou un accident et aux visites périodiques. Il a pour mission de consacrer au moins un tiers

de son temps à des actions en milieu de travail : visites des lieux de travail, analyse des risques propres à certains postes, conseils auprès de l'employeur, des salariés ou de leurs représentants pour adapter les postes de travail aux contraintes physiologiques et psychologiques... [6].

■ En service interentreprises, un salarié sur trois bénéficie d'une Surveillance médicale renforcée (SMR) [7], en raison de sa situation personnelle (femmes enceintes, travailleurs âgés de moins de 18 ans...) ou parce que son travail comporte des exigences ou des risques professionnels (exposition à certaines substances...). La proportion de salariés en SMR est nettement plus importante dans les SST autonomes (65 %) [6].

■ Si, lors d'un examen de surveillance, une inaptitude médicale au travail [8] est constatée par le médecin du travail, des solutions sont recherchées pour concilier santé et emploi (mutation, transformation de poste...), que l'employeur est tenu de prendre en considération. Environ 2 % de l'ensemble des cas prononcés en 2009 sont des avis d'inaptitudes ; 4,7 % sont des avis d'aptitude avec restriction et 2 % des avis d'aptitude avec aménagement [6]. Aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son état de santé ou de son handicap. Toutefois, le contrat de travail à durée indéterminée du salarié reconnu inapte peut être rompu par l'employeur lorsque ce dernier peut justifier soit de son impossibilité de proposer un emploi approprié aux capacités du salarié, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé.

■ L'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de prévention et de la sécurité au travail sont conduites au plan national sous l'égide du Ministère chargé du travail. Un conseil d'orientation sur les conditions de travail, institué en 2009, organise la concertation avec les partenaires sociaux (avec l'appui de différents organismes d'expertise), autour de ces questions, dans le cadre notamment des différents plans "santé au travail". Au plan local, le Ministère chargé du travail s'appuie sur les services d'inspection du travail qui ont été unifiés en 2009, et sur les médecins inspecteurs du travail des Direccte. Ce domaine d'action est également partagé avec les organismes de sécurité sociale qui administrent la branche "accidents du travail - maladies professionnelles", gérée paritairement par les partenaires sociaux. Les Caisses nationales de sécurité sociale s'appuient sur leurs relais régionaux pour mettre en œuvre ces politiques, les Caisses régionales de retraite et de sécurité au travail (Carsat) pour le régime général, et de Mutualité sociale agricole (MSA) pour le régime agricole. Ces caisses locales disposent de réseau d'intervenants de terrain spécialisés qui exercent eux aussi des fonctions de conseil aux entreprises.

Bibliographie page 230

## Pays de la Loire

- On dénombre dans la région 475 médecins du travail en 2011. Deux sur trois sont âgés de 55 ans ou plus (fig.1 et 2).
- Parmi les avis prononcés par les médecins du travail en 2009, 3,4 % sont des avis d'aptitude avec restriction, et 2 % sont des avis d'inaptitude (fig. 3).

# Promotion de la santé en faveur des élèves

## 1 Médecins de santé scolaire

Académie de Nantes, France entière (1999-2009)

	1999/2000	2004/2005	2009/2010
<b>Nombre de médecins (ETP)</b>			
Académie de Nantes			
- titulaires	59,3	63,3 <sup>1</sup>	62,5
- non titulaires	1,0	1,0	12,2
France entière			
- titulaires	1 182,8	1 275,9	1 277,4
- non titulaires	19,2	40,6	91,0
<b>Nombres d'élèves <sup>2</sup> par médecin</b>			
Académie de Nantes	10 910	10 310	9 063

Sources : Rectorat de Nantes, ministère de l'Education nationale

1. dont 6 postes de conseillers techniques en 2009

2. Premier et second degré, public et privé

Remarque : il n'a pas été possible de faire des comparaisons du nombre moyen d'élèves par médecin entre académies, en l'absence de données disponibles.

## 2 Infirmiers de santé scolaire

Académie de Nantes, France entière (1999-2009)

	1999/2000	2004/2005	2009/2010
<b>Nombre d'infirmiers (ETP)</b>			
Académie de Nantes	253,6	263,5	339,8
France entière	5 666,9	6 258,3	7 121,8

Sources : Rectorat de Nantes, ministère de l'Education nationale

## 3 Effectifs scolarisés

Académie de Nantes (année scolaire 2009-2010)

	Académie de Nantes	dont étab. publics	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Enseignement préélémentaire	150 927	98 590	53 460	35 175	13 602	22 506	26 184
Enseignement élémentaire <sup>1</sup>	238 364	153 185	86 210	53 230	21 023	37 141	40 760
Premier cycle <sup>2</sup>	174 726	99 984	63 394	39 330	14 703	27 797	29 502
Second cycle général et technologique	75 233	45 922	29 076	16 234	5 741	11 748	12 434
Second cycle professionnel	32 448	18 919	11 986	6 686	2 900	5 936	4 940
Enseignement adapté (SEGPA et CAP adaptés)	5 376	4 724	1 726	1 092	475	991	1 092
Enseignement supérieur	114 796	82 626	53 756	37 595	3 699	13 729	6 017
- dont STS <sup>3</sup>	16 780	7 550	6 918	4 113	1 502	1 731	2 516
Apprentissage <sup>4</sup>	29 750	3 465	10 137	7 907	2 332	3 853	5 521
<b>Ensemble</b>	<b>821 620</b>	<b>507 415</b>	<b>309 745</b>	<b>197 249</b>	<b>64 475</b>	<b>123 701</b>	<b>126 450</b>

Source : Radioscopie (Rectorat de Nantes)

Non compris enseignement agricole, formations complémentaires, formations à l'insertion et formation continue des adultes

1. y compris enseignement spécial

2. y compris Unités localisées d'inclusion scolaire (Ulis)

3. y compris STS agriculture

4. y compris Centres de formation d'apprentis (CFA) santé et agriculture et classes préparatoires à l'apprentissage

## 4 Nombre d'établissements d'enseignement

Académie de Nantes (année scolaire 2009-2010)

	Académie de Nantes	dont étab. publics	Loire-Atlant.	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Ecole préélémentaire	561	545	191	121	56	120	73
Ecole élémentaire	2 379	1 463	639	580	297	382	481
Collège	411	242	138	92	42	78	61
Lycée général et technologique	149	66	58	33	12	21	25
Lycée professionnel	85	40	34	19	7	14	11

Source : Radioscopie (Rectorat de Nantes)

Non compris l'enseignement agricole

## Définitions et méthode

**Enseignement élémentaire** : CP, CE1, CE2, CM1, CM2.

**Enseignement préélémentaire** : école maternelle.

**ETP** : Equivalent temps plein.

**Premier cycle** : sixième, cinquième, quatrième, troisième.

**Scolarisation des enfants handicapés** : les enfants en situation de handicap relèvent dorénavant d'un établissement scolaire de référence, même s'ils sont scolarisés dans le secteur médicosocial. Leur orientation dépend de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), placée sous l'autorité des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dépendant elles-mêmes des Conseils généraux.

**Second cycle général et technologique** : de la seconde à la terminale, préparation aux baccalauréats généraux, technologiques ou techniques.

**Second cycle professionnel** : préparation aux CAP, BEP, mentions complémentaires des CAP et des BEP, aux baccalauréats professionnels et aux brevets des métiers d'art.

**STS** : section de technicien supérieur (préparation aux BTS).

## Contexte

■ La santé des élèves constitue un enjeu important pour l'école, qui a la responsabilité particulière, en liaison avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés, et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. L'école participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, dont l'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter, par là même, des comportements favorables à leur santé [1].

■ La politique de prévention et de promotion de la santé à l'école s'appuie sur les personnels médicaux et infirmiers de l'institution qui ont été rattachés selon les époques au Ministère chargé de l'Éducation nationale ou au Ministère chargé des affaires sociales, mais aussi sur l'ensemble de la communauté éducative œuvrant au sein des établissements.

■ Le service national d'hygiène scolaire et universitaire est né au lendemain de la deuxième guerre mondiale, suite à l'instauration progressive du dépistage des maladies contagieuses. A ces préoccupations anciennes de santé publique, s'est progressivement ajoutée une prise de conscience de l'impact de certains problèmes de santé (troubles auditifs, visuels, développement psychomoteur, maladies graves...) sur les apprentissages et la réussite scolaire.

■ Les personnels de santé de l'Éducation nationale interviennent dans les établissements scolaires du premier degré, dans les collèges, les lycées, mais aussi dans les classes préparatoires aux grandes écoles et les formations de Brevet de technicien supérieur (BTS).

Médecins et infirmiers de l'Éducation nationale assurent tout d'abord le suivi individuel de la santé des élèves, dans un certain nombre de situations particulières ou en cas de problèmes de santé majeurs (soins, maltraitements, écoute des élèves...) [2]. Ils participent également à l'élaboration du Projet personnalisé de scolarisation des enfants handicapés (PPS).

■ Les professionnels de santé sont également chargés de la mise en place des mesures prophylactiques de protection individuelle ou collective en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire (toxi-infections alimentaires, méningite bactérienne...) [2]. Médecins et infirmiers effectuent également un certain nombre d'exams de dépistage, avec une visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans, un bilan de santé pour certains élèves en Zone d'éducation prioritaire (Zep), un bilan de santé pour les élèves en classe de 3<sup>e</sup>, mais également des examens systématiques pour tous les enfants travaillant avec des nuisances ou sur des machines dont l'usage est proscrit à des mineurs par le code du travail. Le programme

quinquennal de prévention et d'éducation, arrêté par le Ministère chargé de l'Éducation nationale en 2003, prévoit ainsi la réalisation des bilans médicaux pour 100 % des élèves scolarisés, avant leur sixième anniversaire [1]. Enfin, ces personnels participent à l'animation de la politique de santé des établissements, notamment au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) mis en place progressivement dans de nombreux établissements scolaires. Ces comités sont notamment chargés d'organiser les campagnes de prévention, et de promotion de la santé en lien avec les programmes nationaux de santé et en partenariat avec les Agences régionales de santé (éducation au respect de soi et de autres, prévention des différentes formes de violence et des conduites addictives...) [3].

■ Pour remplir ces différentes missions, le Ministère chargé de l'Éducation nationale emploie environ 1 200 médecins titulaires au plan national, conseillers techniques auprès des recteurs et médecins intervenant auprès des élèves dans les établissements scolaires. Des médecins non titulaires sont également employés au niveau académique pour la réalisation de ces missions.

■ Les infirmiers d'établissements, qui sont placés sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement, assurent une présence au sein de l'école, en fonction du temps dont ils disposent. Leur effectif est passé de 6 258 ETP à 7 121 entre 2004 et 2009.

■ Face à des missions qui continuent à se développer, les effectifs actuels de médecins et d'infirmiers ne permettent pas de respecter dans toutes les académies les objectifs du plan quinquennal de prévention et d'éducation, notamment pour les examens de dépistage obligatoires.

■ L'université dispose quant à elle d'un service spécifique, le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (Sumps). Suite à la loi de réforme des universités (loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités), les missions de ces services ont été précisées, en distinguant notamment les missions dites obligatoires de celles considérées comme facultatives [4, 5]. Le Sumps doit organiser la veille sanitaire de l'ensemble de la population étudiante en effectuant au moins un examen préventif au cours des trois premières années d'études, en assurant une visite médicale aux étudiants exposés à des risques particuliers, en impulsant et coordonnant des programmes de prévention et d'éducation pour la santé, en contribuant au dispositif d'accompagnement des étudiants handicapés... Les services peuvent, à leur propre initiative, se constituer en centre de santé, ce qui ouvre la possibilité aux médecins du Sumps de prescrire, au-delà des situations d'urgence et des actes de prévention.

Bibliographie page 230

## Pays de la Loire

■ 389 300 enfants étaient scolarisés dans le premier degré, c'est-à-dire les écoles maternelles et primaires de la région à la rentrée 2009, 287 800 dans le second degré (dont 61 % dans le premier cycle) et 114 800 dans l'enseignement supérieur (fig. 3).

■ En 2009-2010, les Pays de la Loire comptent 62,5 médecins de santé scolaire (ETP) titulaires et 12,2 non titulaires, ce qui représente un ratio moyen d'environ un médecin pour 9 000 élèves (fig. 1).

■ Les effectifs d'infirmiers de santé scolaire sont en progression : de 263,5 en 2004 à 339,8 en 2010 (ETP) (fig. 2).

■ A Nantes (Loire-Atlantique), le service de promotion de la santé est, dans le premier degré, municipal.

■ Les trois universités publiques de Nantes, Angers et Le Mans disposent d'un Sumps. En 2011, les Sumps des universités de Nantes et du Mans ont créé en leur sein un centre de santé, pour apporter une aide médicale rapide et appropriée aux étudiants qui le souhaitent.

## 1 Consultations infantiles (Cs) et visites à domicile (VAD)

Pays de la Loire, France entière (2008)

	Nombre Cs <sup>1</sup>	Nbre enfants vus en Cs	% enfants vus	Nombre VAD	Nbre enfants vus en VAD	% enfants vus
France entière <sup>2</sup>	2 000 780 (93)	693 291 (85)	17 %	519 018 (66)	341 439 (81)	9 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>70 597</b>	<b>30 895</b>	<b>11 %</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>
Loire-Atlantique	35 408	12 829	13 %	9 566	4 189	4 %
Maine-et-Loire	9 617	3 256	5 %	nd	nd	nd
Mayenne	5 607	1 611	7 %	5 936	2 972	12 %
Sarthe	11 140	11 140	26 %	nd	6 140	15 %
Vendée	8 825	2 059	5 %	nd	7 710	17 %

Source : Enquêtes PMI (Drees)

1. hors locaux hospitaliers

2. entre parenthèse, nombre de départements ayant renseigné cette information

## 2 Consultations (Cs) et visites à domicile (VAD) auprès des femmes enceintes et jeunes mères

Pays de la Loire (2008)

	Nbre Cs <sup>1</sup>	Nbre femmes vues en Cs	Nbre VAD	Nbre femmes vues en VAD
Loire-Atlantique	2 117	1 211	1 520	520
Maine-et-Loire	nd	nd	1 475	nd
Mayenne	428	101	1 210	355
Sarthe	175	172	470	279
Vendée	nd	nd	1 463	684

Source : Enquêtes PMI (Drees)

1. hors locaux hospitaliers

## 3 Bilans de santé en école maternelle

Pays de la Loire, France entière (2008)

	Nombre d'enfants vus
France entière <sup>1</sup>	515 737
<b>Pays de la Loire</b>	<b>29 183</b>
Loire-Atlantique	19 990
Maine-et-Loire	4 167
Mayenne	2 543
Sarthe	771
Vendée	1 712

Source : Annuaire Andass

1. données pour 92 départements

## 4 Taux de couverture des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour (CS8), en %

Pays de la Loire, France entière (2004)

	CS8
France entière	70,5
<b>Pays de la Loire</b>	<b>53,3</b>
Loire-Atlantique	3,4
Maine-et-Loire	90,6
Mayenne	nd
Sarthe	99,1
Vendée	97,7

Source : Drees

## 5 Personnel employé dans les services de PMI (effectif en ETP)

Pays de la Loire (2008)

	Médecins	Puéricultrices	Sages-femmes	Infirmières	Total
Loire-Atlantique	33,0	98,5	5,8	5,5	201
Maine-et-Loire	15,4	63,3	6,7	10,8	nd
Mayenne	8,4	23,5	4,0	1,8	50
Sarthe	8,6	44,1	3,7	0,0	82
Vendée	7,8	36,0	4,0	6,0	73

Sources : Enquêtes PMI (Drees), Annuaire Andass

### Définitions et méthode

**Certificats de santé (CS)** : trois certificats sont actuellement obligatoires, ils sont établis à la suite des examens de santé des 8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> mois et 24<sup>e</sup> mois. Leur contenu est fixé par arrêté, les modèles des Cerfa ayant récemment été actualisés (mars 2009). Les items qui y figurent sont en adéquation avec ceux des examens de santé précisés dans le carnet de santé (grossesse, accouchement, état de l'enfant à la naissance, anomalies congénitales, pathologies de la première semaine, pour le CS8 ; vaccinations, antécédents, affections actuelles, développement psychomoteur, pour les CS9 et CS24).

**Cs** : consultation effectuée par un médecin de PMI dans un centre de PMI.

**VAD** : visite à domicile effectuée par une sage-femme ou puéricultrice de PMI.

Les VAD dénombrées ci-dessus sont celles pour lesquelles le personnel de PMI s'est présenté au domicile et a effectivement rencontré la personne.

**Taux de couverture des CS8** : ce taux est calculé à partir du nombre de CS8 remontés à la Drees par les services de PMI, rapporté au nombre de naissances domiciliées pour la zone géographique concernée.

## Contexte

- Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ont été officiellement créés par l'ordonnance du 2 novembre 1945. La nécessité d'une surveillance de masse de la population infantile était apparue en réalité dès le début du 20<sup>e</sup> siècle, un certain nombre de consultations de nourrissons ayant vu le jour avant la création officielle de la PMI.
- Dans le contexte général d'amélioration de la situation périnatale et infantile (entre 1950 et 2008, le taux de mortalité infantile a été divisé par quinze), les missions de ces services se sont progressivement élargies à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant [1]. Malgré les progrès effectués, la période périnatale et la première année de vie restent une période "à risque" qui nécessite une surveillance particulière. Depuis la loi de décentralisation de 1983, les services de PMI sont placés sous la responsabilité des Conseils généraux.
- Progressivement, l'organisation de la PMI s'est transformée de manière à tenir compte prioritairement des spécificités sociodémographiques des départements et en particulier des besoins de santé des populations vulnérables, dans le cadre d'une coopération accrue avec les autres professionnels de santé. L'accès aux services de la PMI est gratuit, sans avance de frais, facilitant ainsi l'accès aux soins des personnes à faible revenu.
- La PMI mène des actions en direction des femmes enceintes et des jeunes mères (consultations pré et post-natales, actions préventives à domicile), des enfants de moins de 6 ans (consultations infantiles, visites à domicile, bilans de santé), mais également des mineurs en danger qui relèvent plus particulièrement du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). La PMI a aussi pour mission l'organisation d'activités de planification et d'éducation familiale, et l'information sur le métier d'assistant maternel ainsi que leur formation [2].
- Le service de PMI organise dans chaque département la diffusion du carnet de santé de l'enfant qui contient les trois certificats de santé obligatoires des 8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> mois et 24<sup>e</sup> mois, qui doivent être renseignés par le médecin ayant examiné l'enfant et retournés à la PMI [3]. Il est également destinataire des déclarations de grossesse et avis

de naissance. Ces différents documents lui permettent de repérer d'éventuelles situations délicates (grossesses multiples, mères mineures, difficultés sociales) pouvant nécessiter une attention particulière. Les données issues des certificats contribuent au suivi épidémiologique de la santé des enfants, le traitement de ces informations et la restitution à l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant faisant partie des attributions de la PMI [4].

- L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estime qu'environ 18 % des femmes enceintes et près de 20 % des enfants de moins de 6 ans (50 à 60 % des moins d'un an) ont fait l'objet d'un suivi par la PMI en 2008 [5]. Environ 100 000 femmes (pour les 84 départements ayant renseigné ces données) ont bénéficié d'une visite à domicile par une sage-femme, pour près de 200 000 visites pré et postnatales (pour 74 départements répondants). 341 000 enfants (pour 81 départements répondants) ont été vus à domicile par les puéricultrices et infirmières de PMI, pour un total de 520 000 visites environ (pour 66 départements répondants) [6].

- En matière de garde d'enfant, la PMI instruit l'agrément des assistants maternels et familiaux, participe à leur formation et assure leur suivi. Le nombre d'assistantes maternelles employées par des particuliers est estimé à 290 600 au deuxième trimestre 2009 [7].

La PMI assure, par ailleurs, le contrôle des 10 600 établissements d'accueil collectif et familial (crèches collectives, haltes-garderies, jardins d'enfants, multi-accueil, services d'accueil familial) qui offrent environ 352 700 places d'accueil pour la France métropolitaine en 2009 [7].

- Fin 2009, les services de PMI rassemblaient en métropole plus de 2 250 médecins (ETP), 870 sages-femmes, 4 000 puéricultrices et 1 260 infirmières [7]. De manière générale, les écarts de moyens entre départements sont importants, malgré la norme fixée par voie réglementaire pour les sages-femmes et les puéricultrices (respectivement une sage-femme pour 1 500 naissances et une puéricultrice pour 250 naissances) [5].

Bibliographie page 231

## Pays de la Loire

- Sur les trois départements (Loire-Atlantique, Mayenne, Sarthe) pour lesquels l'information est disponible, 1 500 femmes ont été vues en consultations et 1 150 en visites à domicile (5 % et 4 % des femmes enceintes) par les personnels de PMI de la région en 2008 (fig. 2) [8].
- 8 800 séances de consultations infantiles (chaque séance correspondant à une demi-journée d'ouverture d'un lieu de consultation) ont été proposées en 2008 dans la région. Près de 31 000 enfants en ont bénéficié (environ 11 % des enfants de 0 à 6 ans de la région), pour un total d'environ 71 000 consultations (2,3 par enfant en moyenne) (fig. 1) [6].
- 29 000 bilans de santé en école maternelle ont été effectués par les personnels de la PMI auprès des enfants de 3 à 4 ans en 2008 (fig. 3) [8].
- Les Pays de la Loire comptaient 12 700 places en établissements d'accueil collectif et familial au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le taux d'équipement en accueil collectif est inférieur de 27 % à la moyenne nationale [9].
- 27 300 assistantes maternelles étaient employées par des particuliers au 1<sup>er</sup> janvier 2008 [9].
- Dans la région, 32 centres de planification ou d'éducation familiale étaient ouverts en 2008 [6].
- En 2008, le nombre total de personnel affecté à la PMI (en ETP) était de 201 en Loire-Atlantique, 50 en Mayenne, 82 dans la Sarthe et 61 en Vendée (fig. 5) [8].

# Représentation et droits des usagers

## 1 Activité des CRUQPC

Pays de la Loire (2008-2009)

	2008	2009
Nombre d'établissements de santé	127	129
Nombre de CRUQPC installées	119	124
Nombre de réunions par CRUQPC	2,8	3,1
Nombre de médiations	116	179
Nombre de demandes de communication d'informations médicales	4 602	6 185

Source : ARS Pays de la Loire

## 2 Demandes d'indemnisation ou de conciliation pour des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales auprès des CRCI

Pays de la Loire, France entière (2008)

	Pays de la Loire	France entière
Nombre total de demandes d'indemnisation reçues dans l'année	141	3 576
Nombre de demandes de conciliation reçues	10	46
Nombre de demandes par million d'habitants	40,8	57,4
Délai entre le dossier complet et la conclusion quelle qu'elle soit (en mois)	9	8
Nombre de conclusions négatives		
- sans expertise	34	962
- après expertise	41	1 229
Nombre de conclusions positives (après expertise)	38	1 321
Proportion de conclusions positives après expertise (en %)	33,6	37,6

Source : CRCI de Bagnolet

## 3 Données d'activité du TASS

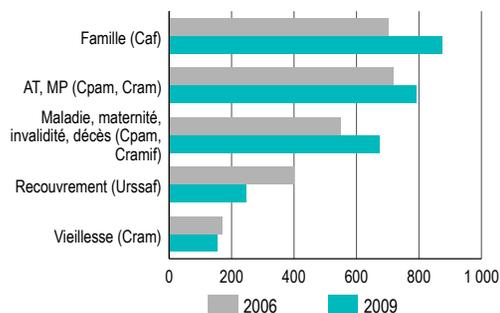
Pays de la Loire (2006-2009)

	2006	2007	2008	2009
Instances au 1 <sup>er</sup> janvier	3 327	3 640	3 754	4 237
Nb de recours reçus en cours d'année	3 388	3 021	3 177	3 635
Nb de dossiers à traiter en cours année	6 715	6 661	6 931	7 872
Nb de décisions définitives	3 075	2 907	2 734	3 139
- confirmation, réformation	nd	1 543	1 707	1 769
- désistement, annulation	nd	1 364	1 027	1 370

Source : TASS (DRJSCS Pays de la Loire)

## 4 Evolution du nombre de décisions définitives prises par le TASS, selon le type de risque (régime général)

Pays de la Loire (2006-2009)



Source : TASS (DRJSCS Pays de la Loire)

## 5 Données d'activité du TCI

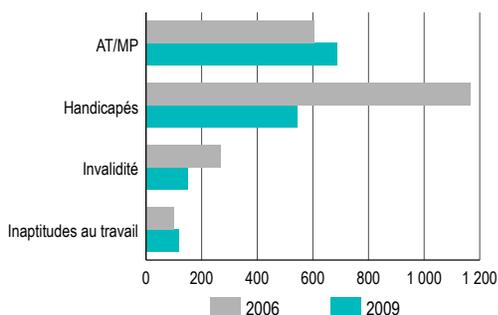
Pays de la Loire (2006-2009)

	2006	2007	2008	2009
Instances au 1 <sup>er</sup> janvier	1 053	945	647	660
Nombre de recours reçus en cours d'année	2 032	1 602	1 613	1 451
Nombre de dossiers à traiter en cours année	3 085	2 547	2 260	2 111
Nombre de décisions définitives	2 140	1 900	1 600	1 500
- confirmation, réformation	nd	1 686	1 438	1 309
- désistement, annulation	nd	214	182	191

Source : TCI (DRJSCS Pays de la Loire)

## 6 Evolution du nombre de décisions définitives prises par le TCI, selon la nature du contentieux

Pays de la Loire (2006-2009)



Source : TCI (DRJSCS Pays de la Loire)

### Définitions et méthode

**CRCI** : Commission régionale de conciliation, d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

**CRUQPC** : Commission chargée des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

**Tass** : Tribunal des affaires de sécurité sociale.

**TCI** : Tribunal du contentieux de l'incapacité.

## Contexte

- Depuis une vingtaine d'années, la place des usagers au sein du système de santé a été progressivement mieux reconnue que ce soit en termes de représentation au sein des établissements de santé ou des instances de santé publique, de droit à l'information (accès au dossier médical notamment), la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ayant été une étape importante dans ce processus [1].
- Les associations qui représentent les usagers reçoivent un agrément national (119 associations agréées fin 2010 [2]) ou régional, après avis de la commission nationale d'agrément. Au niveau régional, l'agrément est prononcé par l'Agence régionale de santé (ARS).
- Ces associations animent notamment les Commissions chargées des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), qui ont pour mission, au sein des établissements de santé, de faciliter les démarches des usagers afin que ceux-ci puissent exprimer leurs griefs. La CRUQPC est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données. Elle peut faire des propositions pour l'amélioration du fonctionnement de l'établissement [3].
- Les associations d'usagers sont également représentées au sein de la Conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA), instituée en 1996, et rénovée par la loi du 21 juillet 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires [4]. La CRSA a pour mission d'organiser le débat public sur les questions de santé de son choix. Elle élabore chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers. L'ARS assure son secrétariat et contribue à son fonctionnement. Quatre commissions sont constituées au sein de la CRSA (prévention, organisation des soins, prises en charge et accompagnements médicosociaux, droits des usagers du système de santé) [5].
- La Conférence nationale de santé (CNS) est une assemblée consultative de 113 membres qui organise au plan national la concertation autour des questions de santé. Elle élabore chaque année, sur la base des travaux des CRSA, un rapport annuel sur le respect des droits des usagers, et formule avis et propositions, sur le contenu des plans et programmes de santé gouvernementaux et sur le fonctionnement du système de santé [6].
- Selon la CNS, l'information des patients sur les données médicales les concernant, comme l'exercice du droit d'accès aux données médicales, ont beaucoup progressé depuis la loi de 2002, avec toutefois des situations variables selon les territoires et les activités de soins. Des difficultés persistent cependant en matière d'accès aux

soins et de contenu des informations délivrées aux usagers sur leurs droits [7].

- La loi de mars 2002 [1] a créé dans chaque région une Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) afin de favoriser la résolution des conflits entre usagers et professionnels de santé par la conciliation, mais aussi pour permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Cette indemnisation concerne tous les actes ayant entraîné des séquelles d'une certaine gravité, que cet accident ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, et qu'il soit imputable au professionnel (faute) ou pas (aléa thérapeutique) [8].

Des commissions interrégionales ont été constituées sur quatre sites à Bagnolet, Lyon, Bordeaux et Nancy. Les commissions statuent cependant en région, au sein des Directions régionales de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports (DRJSCS).

L'activité de conciliation des CRCI est pratiquement négligeable, l'essentiel des dossiers reçus concernant des demandes d'indemnisation. 3 500 demandes d'indemnisation ont été déposées auprès des CRCI en 2008 ce qui peut apparaître faible, rapporté au nombre d'actes de soins (420 millions de consultations et visites effectuées par les seuls médecins libéraux) [9].

- La CRCI n'est pas la seule voie de recours pour le plaignant, qui peut se tourner vers un tribunal administratif ou civil, une juridiction pénale statuant en matière civile, le conseil de l'ordre qui statue sur le plan disciplinaire (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, infirmier, pédicure-podologue), le médiateur de la République... [10]. Il n'existe pas de registre unique d'enregistrement de ces plaintes, et l'on ne dispose d'aucun bilan dans ce domaine [7].

- L'assuré social qui conteste une décision administrative (maladie-invalidité, accidents du travail-maladies professionnelles, prestations familiales, retraite) peut ainsi se tourner vers la Commission de recours amiable (CRA) constituée au sein de chaque caisse pour traiter ces litiges. Si ce recours n'aboutit pas, l'assuré peut alors saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass). Les Tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) traitent quant à eux des contestations relatives à un avis médical en matière d'invalidité, de taux d'incapacité (invalidité, AT-MP)... Le secrétariat du Tass comme celui du TCI est exercé par la DRJSCS.

Bibliographie page 231

## Pays de la Loire

201

- Parmi les 129 établissements de santé de la région, 96 % avaient constitué une CRUQPC en leur sein en 2009. 6 200 communications d'informations médicales ont été effectuées par le biais des commissions (fig. 1). Des "maisons des usagers" commencent à voir le jour dans certains établissements de santé de la région.
- En 2007, les trois quarts des médecins généralistes (77 %) déclarent qu'au moins un de leur patient a demandé accès à son dossier médical. Près d'un médecin sur deux a été sollicité pour aider un patient à obtenir son dossier auprès d'un établissement de santé [11].
- La CRCI des Pays de la Loire a reçu, en 2008, 141 demandes d'indemnisation relatives à des accidents médicaux ; la région des Pays de la Loire a le plus faible taux de recours au plan national, avec l'Alsace (fig. 2) [9].
- 27 associations ont reçu un agrément régional pour représenter les usagers dans les Pays de la Loire. Les associations ayant reçu un agrément national peuvent également représenter les usagers dans la région [2].
- Le nombre total de dossiers en instance, fin 2009, dans les Tass de la région a augmenté d'un millier en trois ans, les tribunaux ayant reçu 3 600 nouveaux dossiers en 2009, pour 3 100 décisions définitives. En revanche, l'activité du TCI a connu un recul important au cours de la même période, suite à la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées qui traitent dorénavant des litiges en matière de taux d'invalidité (fig. 3 à 6).



# ANNEXES

Repères bibliographiques et sources	204
Index alphabétique des thèmes	232
Index des sigles	236

# Repères bibliographiques et sources

Les liens et sites internet mentionnés ont été consultés le 3 janvier 2012.

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES

### ■ Population

- [1] Pla A, Beaumel C. (2010). Bilan démographique 2009 : deux pacs pour trois mariages. *Insee première*. Insee. n° 1276. 4 p.
- [2] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [3] Baccaini B, Levy D. (2009). Recensement de la population de 2006 : Les migrations entre départements : le Sud et l'Ouest toujours très attractifs. *Insee première*. Insee. n° 1248. 4 p.
- [4] Louchart P. (2009). Île-de-France 2006 : 870 000 Franciliens de plus qu'en 1990. *Note rapide. Société*. Institut d'aménagement et d'urbanisme Ile-de-France. n° 466. 6 p.
- [5] Laganier J, Vienne D. (2009). Recensement de la population de 2006 : La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes. *Insee première*. Insee. n° 1218. 4 p.
- [6] Daguet F. (2007). Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 : seul un tiers des ménages compte plus de deux personnes. *Insee première*. Insee. n° 1153. 4 p.
- [7] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

### ■ Projections de population

- [1] Léon O. (2010). La population des régions en 2040 : les écarts de croissance démographique pourraient se resserrer. *Insee première*. Insee. n° 1326. 4 p.
- [2] Filatrau O. (2011). Projections à l'horizon 2060 : des actifs plus nombreux et plus âgés. *Insee première*. Insee. n° 1345. 4 p.
- [3] Pla A. (2008). Bilan démographique 2007 : des naissances toujours très nombreuses. *Insee première*. Insee. n° 1170. 4 p.
- [4] Bonnefoy V, Gicquaud N. (2010). 900 000 habitants de plus en 2040 dans les Pays de la Loire. *Etudes*. Insee Pays de la Loire. n° 90. 6 p.

### ■ Natalité, fécondité

- [1] Beaumel C, Pla A, Vatan M. (2009). Statistiques d'état civil sur les naissances en 2008. *Insee résultats*. Insee. n° 97.
- [2] Pla A. (2009). Bilan démographique 2008 : plus d'enfants de plus en plus tard. *Insee première*. Insee. n° 1220. 4 p.
- [3] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [4] Eurostat. (2009). 5,4 millions d'enfants sont nés dans l'UE27 en 2008. *Communiqué de presse*. n° 113. 4 p.
- [5] Site de Eurostat. Office statistique des Communautés européennes. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [6] Branger B, Goupil MC, Mauduit N, Tuffreau F. (2006). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2006. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. 68 p.
- [7] Blondel B, Kaminski M. (2002). L'augmentation des naissances multiples et ses conséquences en santé périnatale. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. vol. 21, n° 8. pp. 725-740.

### ■ Mortalité

- [1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [2] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] OMS. WHO Mortality database: tables. [page internet]. [www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html)
- [4] Pla A, Beaumel C. (2010). Bilan démographique 2009 : deux pacs pour trois mariages. *Insee première*. Insee. n° 1276. 4 p.
- [5] Monteil C, Robert-Bobée I. (2005). Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee première*. Insee. n° 1025. 4 p.
- [6] HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 103 p.
- [7] Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR *et al.* (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England journal of medicine*. vol. 358, n° 23. pp. 2468-2481.

### ■ Pauvreté, précarité

- [1] Insee. (2009). Enquête revenus fiscaux et sociaux 2007 et séries longues. *Insee résultats*. n° 102.
- [2] Goutard L, Pujol J. (2008). Les niveaux de vie en 2006. *Insee première*. Insee. n° 1203. 4 p.
- [3] Léon O. (2010). Pauvreté : différents profils de régions et départements. In *La France et ses régions. Edition 2010*. Ed. Insee. pp. 19-28.
- [4] Insee. (2009). Niveau de vie et pauvreté. In *France, portrait social. Edition 2009*. Ed. Insee. pp. 268-269.
- [5] Matheron S. (2010). Les allocataires de minima sociaux en 2008 : état des lieux avant la mise en place du revenu de solidarité active. *Etudes et résultats*. Drees. n° 727. 8 p.
- [6] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Base de données sociales localisées. <http://bdsl.social.gouv.fr>
- [7] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). Les minima sociaux. [page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/les-minima-sociaux-et-le-rsa.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/les-minima-sociaux-et-le-rsa.html)
- [8] Brousse C, de La Rochère B, Massé E. (2002). Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans-domicile usagers de ces services. *Insee première*. Insee. n° 824. 4 p.
- [9] Brousse C, de La Rochère B, Massé E. (2002). Hébergement et distribution de repas chauds : le cas des sans-domicile. *Insee première*. Insee. n° 823. 4 p.
- [10] InVS. (2007). Numéro thématique : Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 2-3. pp. 9-27.
- [11] ONPES. (2010). Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. 168 p.
- [12] Laporte A, Chauvin P. (2010). La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats. Samenta, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm. 227 p.

[13] Rortais C, Seguin S. (2008). Pauvreté et inégalités moins marquées dans les Pays de la Loire. *Etudes*. Insee Pays de la Loire. n° 71. 4 p.

[14] Drass Pays de la Loire. (2009). Statist 2009 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : Pays de la Loire. 46 p.

## ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

### ■ Causes médicales de décès

[1] Inserm CépiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepiddc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepiddc.vesinet.inserm.fr)

[2] Pavillon G, Coilland P, Jouglu E. (2007). Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 35-36. pp. 306-307.

[3] OMS. (1995). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). vol. 2. Manuel d'utilisation. 167 p.

[4] Pavillon G, Boileau J, Renaud G *et al.* (2005). Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 4. pp. 13-16.

[5] Jouglu E, Pavillon F, Rossollin F. (1998). Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 46, n° 6. pp. 447-456.

[6] OMS Europe. (2010). European detailed mortality database. [page internet]. <http://data.euro.who.int/dmldb>

### ■ Mortalité prématurée

[1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Péquignot F, Le Toulec A, Bovet M *et al.* (2003). La mortalité "évitable" liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 30-31. pp. 139-141.

[3] Danet S, Hauri B, Fourcade A. (2009). L'état de santé de la population en France en 2008 : suivi des objectifs de la loi de santé publique. *Etudes et résultats*. Drees. n° 711. 8 p.

### ■ Affections de longue durée (ALD)

[1] Cnamts, CCMMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Cnamts, Cnav. Effectifs de la population protégée par régime, par département et par région Insee au 31 décembre 2006. Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

[3] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[4] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.

[5] Vallier N, Salanave B, Weill A. (2006). Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée. *Points de repère*. Cnamts. n° 1. 8 p.

[6] Fender P, Païta M, Ganay D *et al.* (1997). Prévalence des trente affections de longue durée en 1994. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 45, n° 6. pp. 454-464.

[7] Weill A, Vallier N, Salanave B *et al.* (2006). Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. *Pratiques et organisation des soins*. Cnamts. vol. 37, n° 3. pp. 173-188.

[8] Cnamts, Drees. (2010). Les programmes de qualité et d'efficacité 2011 maladie. Partie 1 : Données de cadrage. Indicateur n° 14 : Effectif des malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée.

[9] Commission des comptes de la sécurité sociale. (2010). Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2009. Prévisions 2010-2011. 453 p.

[10] Cnamts, CCMMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée (ALD) 2000-2002, exploitation ORS Pays de la Loire.

### ■ Diagnostics d'hospitalisation

[1] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

### ■ Inégalités sociales de santé

[1] Jorland G. (2010). Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle. Ed. Gallimard. 361 p.

[2] Blanpain N. (2011). L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee première*. Insee. n° 1372. 4 p.

[3] HCSP. (2010). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Ed. La Documentation française. 103 p.

[4] Wilkinson R. (2010). L'égalité c'est la santé. Ed. Demopolis. 251 p.

[5] Wilkinson R, Pickett K. (2010). The spirit level. Why equality is better for everyone. Ed. Penguin Books. 374 p.

[6] Moleux M, Schaezel F, Scotton C. (2011). Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. *Igas*. 124 p.

[7] Jusot F. (2004). Mortalité et inégalités de revenu en France. Document de travail. Delta. 32 p.

[8] Hertzman C, Frank J, Evans RG. (1996). L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations. In *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Sous la direction de Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Ed. John Libbey Eurotext, Les Presses de l'Université de Montréal. pp. 77-101.

[9] Daguet F. (2006). Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXIe siècle ? *Insee première*. Insee. n° 1114. 4 p.

[10] Rican S, Jouglu E, Salem G. (2003). Inégalités socio-spatiales de mortalité en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 30-31. pp. 142-145.

[11] Gautier A, Pin S, Courouve L. (2006). Perception de la santé et qualité de vie. In *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Sous la direction de Guilbert P, Gautier A. Ed. Inpes. pp. 19-28.

[12] Lang T, Leclerc A. (2010). Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In *Réduire les inégalités sociales en santé*. Sous la direction de Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Ed. Inpes. pp. 62-72.

[13] National audit office. (2010). Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation. 50 p.

[14] Jusot F. (2010). Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe. In *Réduire les inégalités sociales en santé*. Sous la direction de Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Ed. Inpes. pp. 73-86.

[15] Stegeman I, Costongs C, Needle C. (2010). The story of Determine. Final report. Determine Consortium. 36 p.

[16] Articles L. 1411-1 et L. 1411-2 du Code de la santé publique.

### ■ Santé des enfants de moins d'un an

- [1] Article R. 2132-1 du Code de la santé publique.
- [2] Article R. 1131-21 du Code de la santé publique.
- [3] InVS. (2010). Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 14-15. pp. 121-172.
- [4] Insee. Etat civil.
- [5] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [6] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [7] Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats*. Drees. n° 212. 8 p.
- [8] Baubeau D, Carrasco V. (2003). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et résultats*. Drees. n° 215. 12 p.
- [9] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [10] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [11] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [12] ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. (2011). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Octobre 2011. 202 p.
- [13] Aouba A, Péquignot F, Bovet M *et al.* (2008). Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 3-4. pp. 18-21.
- [14] HAS. (2007). Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Argumentaire. 92 p.
- [15] Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS *et al.* (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study. *Lancet*. vol. 363, n° 9404. pp. 185-191.
- [16] Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P *et al.* (2008). Etude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 3-4. pp. 25-28.
- [17] Scheidegger S, Raynaud P. (2007). Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue. *Etudes et résultats*. Drees. n° 559. 8 p.
- [18] Cans C, Makdessi-Raynaud Y, Arnaud C. (2010). Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 16-17. pp. 174-180.
- [19] de Vigan C, Khoshnood B, Cadio E *et al.* (2008). Le Registre des malformations de Paris : un outil pour la surveillance des malformations et l'évaluation de leur prise en charge. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 28-29. pp. 250-253.
- [20] Ancel PY, Bréart G, Kaminski M *et al.* (2010). Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude Epipage. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 16-17. pp. 198-200.
- [21] Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréat G. (2005). Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Inserm. 51 p.
- [22] Euro-Peristat Project. (2008). European perinatal health report. 280 p.

[23] Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. Site du Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. [www.reseau-naissance.com](http://www.reseau-naissance.com)

### ■ Santé des enfants de 1 à 14 ans

- [1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [2] Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee première*. Insee. n° 1320. 4 p.
- [3] Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. (2010). Les élèves du premier degré. In *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2010*. Ed. DEPP. pp. 71-90.
- [4] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [5] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, Irdes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [8] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [9] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Leroux I. (2007). La psychiatrie sectorisée : les secteurs de psychiatrie infantile-juvénile. In *La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques*. Coordonné par M. Coldefy. Drees. Ed. La Documentation française. pp. 47-59.
- [11] Thélot B, Ricard C. (2005). Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003. Réseau Epac. InVS. 72 p.
- [12] Guignon N, Collet M, Gonzalez L *et al.* (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 737. 8 p.
- [13] Inserm. (2009). Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. Les éditions Inserm. 252 p. (Expertise collective).
- [14] Delobel-Ayoub M, Van Bajel M, Klapousczak D *et al.* (2010). Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 16-17. pp. 180-184.
- [15] Guignon N, Niel X. (2003). L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées à travers des bilans de santé scolaire. *Etudes et résultats*. Drees. n° 250. 12 p.
- [16] Rapports de secteur de psychiatrie de l'année 2003, Drees, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Académie de Nantes. (2006). Radioscopie de l'Académie de Nantes. Edition 2006. 107 p.
- [18] Académie de Nantes. (2010). Radioscopie de l'Académie de Nantes. Edition 2010. 113 p.
- [19] Insee. Données locales. [www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm](http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm)

### ■ Santé des personnes de 15 à 44 ans

- [1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [2] Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee première*. Insee. n° 1320. 4 p.

[3] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[4] Inserm CépidC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[5] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[7] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[8] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.

## ■ Santé des personnes de 45 à 74 ans

[1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[2] Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee première*. Insee. n° 1320. 4 p.

[3] Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et résultats*. Drees. n° 717. 8 p.

[4] Inserm CépidC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[5] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[7] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[8] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

[9] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[10] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, exploitation ORS Pays de la Loire.

## ■ Santé des personnes de 75 ans et plus

[1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[2] Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee première*. Insee. n° 1320. 4 p.

[3] Meslé F. (2006). Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes comblent une partie de leur retard. *Population*. Ined. vol. 61, n° 4. pp. 437-462.

[4] Cambois E, Clavel A, Robine JM. (2006). L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. *Solidarité et santé*. Drees. n° 2. pp. 7-20.

[5] Ined. Site de l'Institut national d'études démographiques. [www.ined.fr](http://www.ined.fr)

[6] Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et résultats*. Drees. n° 717. 8 p.

[7] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. (2005). L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale de santé. *Etudes et résultats*. Drees. n° 436. 12 p.

[8] Prévot J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats*. Drees. n° 699. 8 p.

[9] Blanpain N. (2010). 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? *Insee première*. Insee. n° 1319. 4 p.

[10] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[11] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[12] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[13] Inserm CépidC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[14] Inserm. (2007). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Les éditions Inserm. 654 p. (Expertise collective).

[15] Trivalle C. (2002). Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique. Ed. Masson. 473 p. (Abrégés).

[16] Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2007). Plan "Bien vieillir" 2007-2009. 32 p.

[17] Inserm. (2008). Activité physique : contextes et effets sur la santé. Les éditions Inserm. 811 p. (Expertise collective).

## PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES

### ■ Maladies infectieuses et parasitaires

[1] Institut Pasteur. (2005). Les maladies infectieuses. [page internet]. [www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j1/presse/dossiers-de-presse/les-maladies-infectieuses](http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j1/presse/dossiers-de-presse/les-maladies-infectieuses)

[2] OMS. (1999). Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement. 130 p.

[3] Orth G, Sansonetti P, Académie des sciences. (2006). La maîtrise des maladies infectieuses : un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique. Ed. EDP Sciences. 487 p.

[4] Mailles A. (2010). La surveillance des maladies infectieuses. *InVS*. 69 p. [diaporama].

[5] Gibert I, Hubert B. (1989). Mortalité par maladies infectieuses en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 36. pp. 145-147.

[6] Pequino F, Michel E, Le Toulec A *et al.* (1999). Mortalité par maladies infectieuses en France : tendances évolutives et situation actuelle. *Bulletin épidémiologique annuel*. France 1997. *InVS*. n° 2. pp. 17-21.

[7] Lefèvre H, Pavillon G, Le Toulec A, Péquignot F, Jouglé E. (2005). Mortalité par maladies infectieuses en France : situation actuelle et tendances évolutives. In *Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003*. *InVS*. 10 p.

[8] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[9] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[10] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[11] Inserm CépidC. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)

### ■ Infection à VIH et sida

[1] Girard PM, Katlama C, Pialoux G. (2011). VIH : édition 2011. Ed. Doin. 840 p.

[2] ORS Aquitaine, ORS Centre, ORS Guadeloupe, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Lorraine *et al.* (2009).

Le sida et l'infection à VIH. In *Les maladies transmissibles dans les régions de France*. Fnors. pp. 11-26.

[3] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J *et al.* (2011). Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 43-44. pp. 447-454.

[4] InVS. Base de données Infection à VIH et sida. [www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD\\_vih/index.htm](http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD_vih/index.htm)

[5] InVS, ANRS. (2007). Enquête Presse Gay 2004. Rapport. 132 p.

[6] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Grémy I. (2005). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en France. Evolution 1992-1994-1998-2001-2004. ORS Ile-de-France. 176 p. + ann.

[7] InVS, ANRS, Sneg, CHRU hôpitaux de Tours. (2010). Enquête PREVAGAY. Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens. 4 p.

[8] Desenclos JC. (2006). Infections sexuellement transmissibles et VIH : les comportements à risque toujours d'actualité ! *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 25. pp. 177-184.

[9] InVS. (2010). Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles au 31 décembre 2008. Rénago, Rénachla et RésIST. 10 p.

[10] Yeni P. (2010). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. Recommandations du groupe d'experts. Ed. La Documentation française. Ministère de la santé et des sports. 417 p.

[11] Mary-Krause M, Fichou J, Lanoy E *et al.* (2007). L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS C04 FHDH). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 46-47. pp. 394-397.

[12] Inserm CèpiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2009, exploitation ORS Pays de la Loire.

[13] HAS. (2009). Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire. 235 p.

[14] Le Vu S, Le Strat Y, Cazein F, Pillonel J, Bousquet V *et al.* (2009). Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente. InVS, Inserm, Université François Rabelais (Tours), CHRU-Hôpitaux de Tours, ANRS. 4 p.

[15] Buyck JF, Goupil MC, Tallec A. (2011). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2010. ORS Pays de la Loire. 4 p.

[16] COREVIH Pays de la Loire. (2011). Rapport d'activité 2010. 87 p.

### ■ Tuberculose

[1] ORS Aquitaine, ORS Centre, ORS Guadeloupe, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Lorraine *et al.* (2009). La tuberculose. In *Les maladies transmissibles dans les régions de France*. Fnors. pp. 49-58.

[2] Institut Pasteur. (2009). La tuberculose. [page internet]. [www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0i3/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/tuberculose](http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0i3/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/tuberculose)

[3] OMS. (2009). Global tuberculosis control : a short update to the 2009 report. 48 p.

[4] InVS. Base de données Tuberculose. [www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/tuberculose/BDD\\_tuberculose/index\\_BK.htm](http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/tuberculose/BDD_tuberculose/index_BK.htm)

[5] InVS. (2010). Epidémiologie de la tuberculose en France : données 2008. 17 p. [diaporama].

[6] Antoine D, Che D. (2010). Epidémiologie de la tuberculose en France : bilan des cas déclarés en 2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 27-28. pp. 289-293.

[7] Inserm CèpiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)

[8] Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DHOS/02/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

[9] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. (2007). Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 72 p.

[10] Paty MC. (2009). L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 12-13. pp. 117-119.

[11] OMS. (2010). Tuberculose. *Aide-mémoire*. n° 104. 3 p.

[12] Circulaire n° DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents.

[13] HCSP. (2010). Avis relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles L.3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique. 7 p.

[14] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[15] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[16] Cailhol J, Che D, Jarlier V *et al.* (2005). Incidence of tuberculous meningitis in France, 2000: a capture-recapture analysis. *The international journal of tuberculosis and lung disease*. vol. 9, n° 7. pp. 803-808.

[17] Allenbach D, Montagnier B, Souche A *et al.* (2004). La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'Assurance maladie. *Revue médicale de l'assurance maladie*. Cnamts. vol. 35, n° 4. pp. 223-232.

[18] InVS. (2011). Comment signaler et notifier la tuberculose ? [page internet]. [www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.htm)

### ■ Infections nosocomiales

[1] Ministère de la santé et des sports. (2009). Infections nosocomiales : le dossier. 49 p.

[2] Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). (2009). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, juin 2006. Volume 1 : Méthodes, résultats, perspectives. InVS. 81 p.

[3] Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). (2009). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, juin 2006. Volume 2 : Annexes. InVS. 91 p.

[4] Decoster A, Demory M, Grandbastien B *et al.* (2009). Etude multicentrique dans le Nord de la France sur la mortalité associée aux infections nosocomiales. *Médecine et maladies infectieuses*. vol. 39, suppl. 1. S8-S9.

- [5] Kaoutar B, Joly C, L'Héritier F *et al.* (2004). Nosocomial infections and hospital mortality: a multicenter epidemiology study. *The Journal of hospital infection*. vol. 58, n° 4. pp. 268-275.
- [6] L'Héritier F, Darras-Joly C, Astagneau P. (2005). La mortalité associée aux infections nosocomiales. *La Lettre de l'infectiologue*. n° 20. pp. 73-78.
- [7] Branger B, Durand C, Jarno, P, Chaperon J *et al.* (2002). Mortalité hospitalière imputable aux infections nosocomiales. *Médecine et maladies infectieuses*. vol. 32, n° 2, pp. 98-106.
- [8] Astagneau P, Lepoutre A. (2002). La mortalité attribuable aux infections hospitalières. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 38. pp. 27-29.
- [9] Coignard B, Rahib D. (2009). Infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (Sarm) dans les établissements de santé, France, 2005-2008 : analyse épidémiologique des données transmises dans le cadre des bilans standardisés des activités de lutte contre les IN. *InVS*. 40 p.
- [10] Metral V, Brückner G. (1998). Environnement microbiologique et germes multirésistants. In *Infections nosocomiales et environnement hospitalier*. Sous la direction de Brückner G. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 11-21.
- [11] Jarlier J. (2004). Bactéries multirésistantes dans les hôpitaux français : des premiers indicateurs au Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 32-33. pp. 148-151.
- [12] Régnier B. (2007). Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 12-13. pp. 93-94.
- [13] Article R. 6111-1 du Code de la santé publique modifié par Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - art. 167.
- [14] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [15] Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.
- [16] Ministère de la santé et des sports. (2009). Infections nosocomiales : nouvelles mesures de lutte et classement des établissements de santé. Mise en place des indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins [dossier de presse]. 51 p.
- [17] Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), CClin Est CO, CClin Paris-Nord *et al.* (2004). Recommandations 2004 pour la surveillance des infections nosocomiales. [page internet]. [www.invs.sante.fr/publications/2002/raisin\\_oct\\_2002/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2002/raisin_oct_2002/index.html)
- [18] Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- [19] Circulaire DHOS\E2-DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
- [20] Ministère de la santé et des solidarités. (2004). Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. 19 p.
- [21] Parneix P, Salomon V, Garnier P *et al.* (2007). Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 12-13. pp. 102-104.
- [22] Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
- [23] EHESP. (2009). Coordination régionale de lutte contre les infections liées aux soins : mise en place et fonctionnement de l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) en Pays de la Loire. 56 p.
- [24] Allaire F, Biaix-Deffrennes F. (2009). Mission d'évaluation des réseaux d'hygiène ligériens. ARH Pays de la Loire, Drass Pays de la Loire. 77 p.
- [25] Medqual. Site du Centre d'information et de ressources pour le bon usage des produits de santé. [www.medqual.fr](http://www.medqual.fr)
- [26] CClin Ouest. (2007). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Région Pays de la Loire. 23 p.
- [27] CClin Ouest. (2007). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Inter-région Ouest. Résultats préliminaires. 30 p.
- [28] CClin Ouest. (2010). Le signalement externe des infections nosocomiales dans l'inter-région Ouest. Bilan 2001-2009 : les données du dispositif dans l'inter-région Ouest. *Noso-News*. n° 53. pp. 2-3.
- [29] Ministère de la santé et des sports, DHOS/DGS. (2009). Tableau de bord des infections nosocomiales. Rapport national 2008. 23 p.
- [30] CClin Ouest. (2009). Les indicateurs de la LIN sur l'inter-région ouest de 2006 à 2008. *Noso-News*. n° 52. pp. 3-4.

## ■ Ensemble des cancers

- [1] ORS Franche-Comté, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Limousin, ORS Pays de la Loire, ORS Rhône-Alpes. (2005). Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors. 76 p.
- [2] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)
- [5] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [6] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [7] Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G *et al.* (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of epidemiology and community health*. vol. 63, n° 3. pp. 197-202.
- [8] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [10] ATH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [11] INCa, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. (2009). Plan cancer 2009-2013. 140 p.
- [12] *InVS*. (2009). Estimations régionales de l'incidence par cancer entre 1980 et 2005. [page internet]. [www.invs.sante.fr/applications/cancers/estimations\\_regionales\\_1980\\_2005/telech.htm](http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/estimations_regionales_1980_2005/telech.htm)

## ■ Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'oesophage

- [1] Argiris A, Karamouzis MV, Raben D *et al.* (2008). Head and neck cancer. *Lancet*. vol. 371, n° 9625. pp. 1695-1709.

- [2] Lagergren J, Lagergren P. (2010). Oesophageal cancer. *British medical journal*. vol. 341, n° 7784. pp. 1207-1211.
- [3] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [4] Ligier K, Belot A, Launoy G *et al.* (2011). Descriptive epidemiology of upper aerodigestive tract cancers in France: incidence over 1980-2005 and projection to 2010. *Oral oncology*. vol. 47, n° 4. pp. 302-307.
- [5] Grosclaude P, Bossard N, Remontet L *et al.* (2007). Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau Francim. Ed. Springer-Verlag. 406 p.
- [6] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [7] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [8] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [9] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] HAS, INCa. (2009). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer des voies aérodigestives supérieures. 44 p.
- [11] ATIH. Base nationale PMSI MCO 2009, exploitation INCa.
- [12] INCa. Site portail des données du cancer. <http://lesdonnees.e-cancer.fr>
- [13] Institut Gustave Roussy. Dépistorl. [page internet]. [www.igr.fr/?p\\_m=depistorl](http://www.igr.fr/?p_m=depistorl)
- [14] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.
- **Cancer du côlon-rectum**
- [1] Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. (2003). Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. 217 p.
- [2] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [3] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [4] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [6] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [7] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)
- [8] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [10] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [11] InVS. (2009). Numéro thématique : Dépistage organisé du cancer colorectal en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 2-3. pp. 13-32.
- [12] InVS. (2011). Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2009-2010. [page internet]. [www.invs.sante.fr/surveillance/cancers\\_depistage/participation\\_depistage\\_colorectal\\_2009\\_2010.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/participation_depistage_colorectal_2009_2010.htm)
- [13] INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.
- [14] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.
- **Cancer du poumon**
- [1] INCa. (2010). Cancers et tabac. 8 p. (Fiches repère).
- [2] IARC. (2007). Attributable causes of cancer in France in the year 2000. 177 p. (Working group report vol. 3).
- [3] INCa. (2010). Cancers professionnels. 8 p. (Fiches repère).
- [4] Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. *InVS*. 27 p.
- [5] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [6] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [7] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)
- [8] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [10] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [11] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [12] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [13] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [14] Frija G, Flahault A, Lemarie E. (2003). Les progrès du scanner permettent-ils de dépister le cancer bronchique ? *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. tome 187, n° 1. pp. 153-160.
- [15] INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.
- **Mélanome de la peau**
- [1] Halna JM. (1999). Les mélanomes. In *Incidence du cancer en France : estimations régionales 1985-1995*. Réseau français des Registres de cancer. pp. 37-39.
- [2] HAS. (2006). Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandations en santé publique. Rapport d'évaluation. 108 p.
- [3] INCa. (2010). Rayonnements ultraviolets et risques de cancer. 8 p. (Fiches repère).

- [4] Grange F. (1995). Mélanomes primitifs multiples et mélanome familial. Evaluation du risque et mesures de dépistage. Comment apprécier le risque de développer un deuxième mélanome chez le malade ? Dans sa famille ? Faut-il mettre en oeuvre des méthodes pour les dépister ? *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. vol. 122, n° 5. pp. 365-371.
- [5] Green MH. (1999). The genetics of hereditary melanoma and nevus. 1998 update. *Cancer*. vol. 86, n° 8. pp. 1644-1657.
- [6] Avril MF, Brodin M, Dreno B *et al.* (2002). Soleil et peaux : bénéfices, risques et prévention. Ed. Masson. 296 p.
- [7] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [8] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [9] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [11] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [12] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)
- [13] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [14] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [15] HAS, INCa. (2008). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Mélanome cutané. 32 p.
- [16] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [17] Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. (2003). Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. 217 p.
- [18] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.
- **Cancer du sein**
- [1] INCa. (2010). La situation du cancer en France en 2010. 288 p.
- [2] Allemand H, Séradour B, Weill A *et al.* (2008). Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. *Bulletin du cancer*. vol. 95, n° 1. pp. 11-15.
- [3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [5] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [6] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [7] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [9] HAS, INCa. (2010). Guide patient affection de longue durée : la prise en charge du cancer du sein. 8 p.
- [10] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [11] Nkondjock A, Ghadirian P. (2005). Facteurs de risque du cancer du sein. *Médecine sciences*. vol. 21, n° 2. pp. 175-180.
- [12] Clavel-Chapelon F. (2002). Differential effects of reproductive factors on the risk of pre- and postmenopausal breast cancer: results from a large cohort of french women. *British journal of cancer*. vol. 86, n° 5. pp. 723-727.
- [13] Boyle P, Boffetta P. (2009). Alcohol consumption and breast cancer risk. *Breast cancer research*. vol. 11, suppl. 3. S3.
- [14] Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. (2003). Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. 217 p.
- [15] InVS. (2011). Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein. [page internet]. [www.invs.sante.fr/surveillance/cancers\\_depistage/evaluation\\_sein\\_programme.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein_programme.htm)
- [16] Drees. (2010). Dépistage du cancer du sein. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 226-229.
- [17] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)
- [18] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.
- [19] ORS Pays de la Loire. (2010). Le cancer du sein chez la femme dans la région et les départements. In *Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du colon-rectum et du col de l'utérus*. Mise à jour juin 2010. pp. 11-24.
- [20] Fontenoy AM, Leux C, Delacour-Billon S *et al.* (2010). Recent trends in breast cancer incidence rates in the Loire-Atlantique, France: a decline since 2003. *Cancer epidemiology*. vol. 34, n° 3. pp. 238-243.
- **Cancers du col et du corps de l'utérus**
- [1] Saso S, Chatterjee J, Georgiou E *et al.* (2011). Endometrial cancer. *British medical journal*. vol. 343, n° 7814. pp. 84-89.
- [2] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [3] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [4] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [5] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [7] HAS, INCa. (2010). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de l'endomètre. 38 p.

[8] ATIH. Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO 2010. Utilisation des codes diagnostics principaux ou actes classants dans les bases. [page internet]. <http://stats.atih.sante.fr/mco/catalogmco.php>

[9] Waggoner SE. (2003). Cervical cancer. *Lancet*. vol. 361, n° 9376. pp. 2217-2225.

[10] HAS, INCa. (2010). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer invasif du col utérin. 40 p.

[11] Dupont N. (2008). Données épidémiologiques sur le cancer de l'utérus. Etat des connaissances. Actualisation 2008. InVS. 31 p.

[12] HAS. (2010). Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. 53 p.

[13] INCa, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. (2009). Plan cancer 2009-2013. 140 p.

[14] CTV, CSHPF. (2007). Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France section des maladies transmissibles relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18 (séances du 9 mars 2007). 7 p.

[15] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.

[16] ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

### ■ Cancer de l'ovaire

[1] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.

[2] Inserm. (2005). Cancers. Pronostics à long terme. Les éditions Inserm. 311 p. (Expertise collective).

[3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[4] INCa. (2010). La situation du cancer en France en 2010. 288 p.

[5] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.

[6] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>

[7] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

[8] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[9] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[10] HAS, INCa. (2010). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de l'ovaire. 39 p.

[11] ATIH. Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO 2010. Utilisation des codes diagnostics principaux ou actes classants dans les bases. [page internet]. <http://stats.atih.sante.fr/mco/catalogmco.php>

[12] Rochefort H, Sureau C. (2003). Les traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause : évolution récente du rapport bénéfiques/risques. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. vol. 187, n° 9. pp. 1707-1711.

[13] Husseinzadeh N. (2011). Status of tumor markers in epithelial ovarian cancer has there been any progress ? A review. *Gynecologic oncology*. vol. 120, n° 1. pp. 152-157.

[14] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.

### ■ Cancer de la prostate

[1] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.

[2] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.

[3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[4] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>

[5] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[7] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[8] Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. [www.eurocare.it](http://www.eurocare.it)

[9] INCa. (2010). Les traitements du cancer de la prostate. 78 p. (Guides patients).

[10] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[11] Site de l'European randomized study of screening for prostate cancer. [www.erspc.org](http://www.erspc.org)

[12] Site du National cancer institute. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

[13] HAS. (2010). Dépistage du cancer de la prostate : analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. Rapport d'orientation. 50 p.

[14] Anaes. (1998). Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. 115 p.

[15] Anaes, Association française d'urologie. (2004). Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations. 25 p.

[16] Villers A, Rébillard X, Soulié M *et al.* (2003). Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association française d'urologie. *Progrès en urologie*. vol. 32, n° 2. pp. 209-214.

[17] Cnamts. (2011). Biolam : les actes de biologie remboursés par le régime général de l'Assurance maladie. [page internet].

[www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2007-2009.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2007-2009.php)

[18] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.

## ■ Cancer du rein

- [1] Rini BI, Campbell SC, Escudier B. (2009). Renal cell carcinoma. *Lancet*. vol. 373, n° 9669. pp. 1119-1132.
- [2] Colin P, Koenig P, Ballereau C *et al.* (2010). Tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures sporadiques : identification de l'interaction entre l'exposition aux carcinogènes environnementaux et la susceptibilité génétique des individus. *Progrès en urologie*. vol. 20, n° 1. pp. 1-10.
- [3] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [4] INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.
- [5] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] INCa. (2010). La situation du cancer en France en 2010. 288 p.
- [7] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.
- [8] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
- [9] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [10] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [11] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [12] HAS, INCa. (2010). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer du rein de l'adulte. 40 p.
- [13] Patard JJ, Rioux-Leclercq N, Soulié M *et al.* (2010). Recommandations en Onco-Urologie 2010 : Cancer du rein. *Progrès en Urologie*. vol. 20, suppl. n° 4. S319-S339.
- [14] ATIH. Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO 2010. Utilisation des codes diagnostics principaux ou actes classants dans les bases. [page internet]. <http://stats.atih.sante.fr/mco/catalogmco.php>
- [15] Méjean A, Corréas JM, Escudier B *et al.* (2007). Tumeurs du rein. *Progrès en urologie*. vol. 17, n° 6. pp. 1099-1144.
- [16] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.

## ■ Cancer de la vessie

- [1] Kaufman DS, Shipley WU, Feldman AS. (2009). Bladder cancer. *Lancet*. vol. 374, n° 9685. pp. 239-249.
- [2] HAS, INCa. (2010). Guide Affection longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de la vessie. 46 p.
- [3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *InVS*. 132 p.
- [5] InVS, INCa, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim, Inserm CépiDc. (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. 78 p.

[6] Ferlay J, Shin HR, Bray F *et al.* (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>

- [7] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [8] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [10] ATIH. Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO 2010. Utilisation des codes diagnostics principaux ou actes classants dans les bases. [page internet]. <http://stats.atih.sante.fr/mco/catalogmco.php>
- [11] INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.
- [12] Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. *InVS*. 27 p.
- [13] Héry M, Conso F, Goutet P. (2006). Cancer de la vessie en milieu professionnel. *Documents pour le médecin du travail*. INRS. n° 108. pp. 479-484.
- [14] Colonna M, Bossard N, Mitton N *et al.* (2008). Eléments d'interprétation des estimations régionales de l'incidence du cancer en France sur la période 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 6. pp. 434-440.

## ■ Diabète

- [1] HAS, Afssaps. (2006). Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation). Recommandations. 45 p.
- [2] Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C *et al.* (2009). Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 42-43. pp. 450-455.
- [3] Ricci P, Blotière PO, Weill A *et al.* (2010). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 42-43. pp. 425-431.
- [4] Romon I, Dupin J, Fosse S *et al.* (2006). Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 45. pp. 347-350.
- [5] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] InVS. (2005). Etude Entred : suite des résultats. Les complications du diabète et le diabète chez le sujet âgé. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 12-13. pp. 45-52.
- [7] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [8] Drees. (2010). Complications du diabète. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 238-243.
- [9] Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. 51 p.
- [10] Anaes. (2003). Principes de dépistage du diabète de type 2. 159 p.
- [11] Robert J, Roudier C, Poutignat N *et al.* (2009). Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 42-43. pp. 455-460.

[12] Cnamts. Site du service d'accompagnement de l'Assurance maladie pour les malades chroniques. [www.sophia-infoservice.fr](http://www.sophia-infoservice.fr)

[13] Ancred. Site de l'Association nationale de coordination des Réseaux diabète. [www.ancred.fr](http://www.ancred.fr)

[14] Inserm CépIdc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[15] Inserm CépIdc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)

[16] Ricordeau P, Weill A, Vallier N *et al.* (2000). L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. *Diabetes & metabolismism*. vol. 26, suppl. 6. pp. 11-24.

[17] Anaes. (1999). Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Recommandations et références médicales. 19 p.

### ■ Surpoids et obésité

[1] Inserm. (2006). Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm. 217 p. (Expertise collective).

[2] HCSP. (2000). Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions. 276 p.

[3] Anses. (2010). Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement : rapport d'expertise collective. 160 p.

[4] Inserm. (2000). Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Les éditions Inserm. 325 p. (Expertise collective).

[5] Castetbon K, Hercberg S. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats, colloque du Programme national nutrition santé (PNNS). Usen, InVS, Université Paris13, Cnam. 74 p.

[6] Guignon N, Collet M, Gonzalez L *et al.* (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 737. 8 p.

[7] Guignon N. (2008). La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : premiers résultats. *Etudes et résultats*. Drees. n° 632. 8 p.

[8] Guignon N. (2007). La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004 : premiers résultats. *Etudes et résultats*. Drees. n° 573. 8 p.

[9] Institut Roche de l'obésité, Inserm. (2009). ObEpi-Roche 2009 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 53 p.

[10] Drees. (2010). Surpoids et obésité chez l'adulte. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 122-123.

[11] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

[12] Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R *et al.* (2008). Overweight and obesity. In *Inequalities in young people's health. Health behavior in school-aged children (HBSC) survey. International report from the 2005-2006 survey*. World health organization. pp. 75-78.

[13] Inserm, Roche. Bases ObEpi 1997-2009, exploitation Roche.

[14] de Peretti C, Castetbon K. (2004). Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. *Etudes et résultats*. Drees. n° 283. 8 p.

[15] HAS. (2009). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations. 26 p.

[16] Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. 51 p.

[17] HAS. (2010). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Note de cadrage. 28 p.

[18] Anaes. (2003). Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations. 14 p.

[19] Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB *et al.* (2010). Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2006-2010. Igas, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. 248 p.

[20] Julia C, Salanave B, Binard K *et al.* (2010). Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 8. pp. 69-72.

[21] Blais S, Bournot MC, Tallec A. (2006). Activités physiques et sportives, activités sédentaires, poids et image du corps chez les jeunes de 12-25 ans : baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire. 16 p.

[22] ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI MCO 2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

### ■ Troubles mentaux

[1] Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. (2005). Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. 98 p.

[2] OMS. (1993). CIM 10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Vol. 1. 1335 p.

[3] American psychiatric association. (1996). DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition. Ed. Masson. 1056 p.

[4] Falissard B. (2010). L'épidémiologie psychiatrique en question. *Questions de santé publique*. Iresp. n° 11. 4 p.

[5] Kovess-Masféty V. (2003). Les indicateurs de santé mentale. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 42. pp. 53-57.

[6] Drees. (2010). Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 250-253.

[7] Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R *et al.* (2007). La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de Beck F, Guilbert P, Gautier A. Ed. Inpes. pp. 458-485.

[8] Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. (2006). Epidémiologie des troubles schizoéphréniques. *La Presse médicale*. vol. 35, n° 3. pp. 461-468.

[9] Bellamy V. (2006). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats*. Drees. n° 347. 12 p.

[10] Mouquet MC, Bellamy V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes et résultats*. Drees. n° 488. 8 p.

[11] Séguin M, Terra JL. (2001). Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur. Direction générale de la santé.

[12] Fénina A, Geoffroy Y, Minc C *et al.* (2006). Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 111. 8 p.

[13] Cnamts. (2004). Incidences médico-sociales des ALD 30 en 1999. Données du régime général de l'assurance maladie. 144 p.

[14] Aulagnier M, Berard C, Bocquier A, Harissart L, Michel E *et al.* (2007). Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille. ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. 219 p.

[15] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S *et al.* (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*. Supplementum. n° 420. pp. 55-64.

[16] Paita M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.

[17] Anguis M, de Peretti C. (2003). Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. *Etudes et résultats*. Drees. n° 231. 12 p.

[18] Cuerq A, Paita M, Ricordeau P. (2008). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repère*. Cnamts. n° 16. 8 p.

## ■ Maladie d'Alzheimer et démences associées

[1] Alberganti M, Nau JY. (14/01/2007). Maîtriser demain Alzheimer. Entretien avec le neurologue Bruno Dubois. *Le Monde*.

[2] Dubois B, Albert ML. (2004). Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease ? *Lancet neurology*. vol. 3, n° 4. pp. 246-248.

[3] Gallez C. (2005). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Assemblée nationale. Isped, Opeps. 256 p.

[4] Inserm. (2007). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Les éditions Inserm. 654 p. (Expertise collective).

[5] Fondation Médéric Alzheimer. (2010). La santé des aidants familiaux. *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. n° 1. 4 p.

[6] Helmer C, Pasquier F, Dartigues JF. (2006). Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *Médecine sciences*. vol. 22, n° 3. pp. 288-296.

[7] InVS. (2009). Données sur les patients inscrits en ALD pour maladie d'Alzheimer et/ou traités par un médicament spécifique de cette pathologie. Note à Florence Lustman, déléguée du suivi du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer. 12 p.

[8] Direction générale de l'action sociale. (2009). Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. 16 p.

[9] Site du Plan Alzheimer 2008-2012. [www.plan-alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr)

[10] Enquête SAE 2009, exploitation ARS Pays de la Loire.

[11] Finess, exploitation ARS Pays de la Loire (mai 2011).

## ■ Maladies de l'oeil et de la vision

[1] Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, Irdes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[3] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[4] Anaes. (2002). Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Recommandations pour la pratique clinique. 13 p.

[5] Inserm. (2002). Déficiences visuelles : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Les éditions Inserm. 398 p. (Expertise collective).

[6] Guignon N, Collet M, Gonzalez L *et al.* (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 737. 8 p.

[7] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

[8] Ricci P, Blotière PO, Weill A *et al.* (2010). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 42-43. pp. 425-431.

[9] Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C *et al.* (2009). Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 42-43. pp. 450-455.

[10] Robert J, Roudier C, Poutignat N *et al.* (2009). Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 42-43. pp. 455-460.

[11] HAS. (2007). Prise en charge de la rétinopathie diabétique. In *Diabète de type 2*. pp. 11-13.

[12] HAS. (2010). Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'oeil. Synthèse et recommandations. 38 p.

[13] HAS. (2006). Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France. Recommandation en santé publique. Rapport d'orientation. 70 p.

[14] HAS. (2010). Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Note de cadrage. 18 p.

[15] Sander MS. (2005). La population en situation de handicap visuel en France : importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales. Une exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999. ORS Pays de la Loire. 162 p.

[16] Irdes. Eco-Santé. Régions & Départements. [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr)

[17] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et résultats*. Drees. n° 679. 8 p.

[18] Mauduit N, Tiersen F, Tuffreau F. (2004). Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8<sup>e</sup> année. ORS Pays de la Loire. 54 p.

[19] RHEOP. (2001). Rapport de 12 ans d'enregistrement du Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal. 46 p.

[20] Berland Y, Bourgueil Y. (2006). L'expérimentation n° 4 : collaboration Ophtalmologiste/Orthoptiste en cabinet de ville. In *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. ONDPS. pp. 46-58.

[21] Réseau basse vision de proximité des Pays de la Loire. Site du Réseau basse vision de proximité des Pays de la Loire. [www.rbvdpdl-prox.fr](http://www.rbvdpdl-prox.fr)

## ■ Maladies de l'oreille et de l'audition

[1] Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, Irdes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

[3] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

- [4] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [5] Afsse. (2004). Impacts sanitaires du bruit. Etat des lieux. Indicateurs bruit-santé. 346 p.
- [6] HAS. (2007). Evaluation du dépistage néonatal de la surdité permanente bilatérale. 136 p.
- [7] Guignon N. (2008). La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : premiers résultats. *Études et résultats*. Drees. n° 632. 8 p.
- [8] Prost G, Duclos JC, Normand JC, Bergeret A, Herrscher MP. (2000). Evaluation de l'audition des jeunes Français. Institut universitaire de médecine du travail de Lyon. 42 p.
- [9] Job A, Raynal M, Tricoire A *et al.* (2000). Hearing status of French youth aged from 18 to 24 years in 1997: a cross-sectional epidemiological study in the selection centres of the army in Vincennes and Lyon. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 48, n° 3. pp. 227-237.
- [10] Magaud-Camus I, Floury MC, Vinck L *et al.* (2005). Le bruit au travail en 2003 : une nuisance qui touche trois salariés sur dix. *Premières informations et premières synthèses*. Dares. n° 25.3. 6 p.
- [11] Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007. *Dares analyses*. Dares. n° 056. 11 p.
- [12] Sander M, Tallec A, Lelièvre F *et al.* (2007). Handicap auditif en France : apports de l'enquête HID 1998-1999. *Document de travail. Série études*. Drees. n° 71. 155 p.
- [13] Mauduit N, Tiersen F, Tuffreau F. (2004). Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8<sup>e</sup> année. ORS Pays de la Loire. 54 p.
- [14] RHEOP. (2001). Rapport de 12 ans d'enregistrement du Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal. 46 p.
- [15] Carsat Pays de la Loire. (2010). Les risques professionnels dans les Pays de la Loire. Recueil de résultats statistiques 2009. 51 p.
- **Maladies de l'appareil circulatoire**
- [1] Cuerq A, Païta M, Ricordeau P. (2008). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repère*. Cnamts. n° 16. 8 p.
- [2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [3] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.
- [4] Fenina A, Geffroy Y, Minc C *et al.* (2006). Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Études et résultats*. Drees. n° 504. 8 p.
- [5] Aouba A, Péquignot F, Laurent F *et al.* (2008). Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005 et évolution depuis 1980. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 63. pp. 25-34.
- [6] Mouquet MC. (2008). Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 63. pp. 35-41.
- [7] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [9] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [11] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [12] Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G *et al.* (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of epidemiology and community health*. vol. 63, n° 3. pp. 197-202.
- [13] InVS. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. 74 p.
- [14] Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A *et al.* (2008). Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 49-50. pp. 478-483.
- [15] Drees. (2010). Hypercholestérolémie. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 262-263.
- [16] Toussaint JF. (2008). Prise en charge des maladies cardiaques : des progrès constants. Editorial. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 63. pp. 1-2.
- [17] Anaes. (2004). Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. 102 p.
- [18] HAS. (2005). Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Recommandations. 29 p.
- [19] Afsapps. (2005). Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. 10 p.
- [20] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2002-2004, exploitation ORS Pays de la Loire.
- **Cardiopathies ischémiques**
- [1] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.
- [4] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [5] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [6] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [7] InVS. (2006). Numéro thématique : Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 8-9. pp. 61-68.
- [8] Monpère C, Sellier P, Meurin P *et al.* (2002). Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. Version 2. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*. tome 95, n° 10. pp. 963-997.
- [9] Denolle T, Dib M, Revault d'Allonnes F. (2008). La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 63. pp. 68-71.
- [10] HAS. (2007). Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Conférence de consensus. 23 novembre 2006, Paris. Texte des recommandations. 45 p.

[11] Instruction n° 09-033 du 26 février 2009 du Ministère de la santé et des sports sur la mise en place de défibrillateurs automatisés externes.

[12] Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique.

[13] Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à l'initiation du grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiaque et à l'utilisation de défibrillateurs automatisés externes.

[14] Ahmad M, Afzal S, Malik IA *et al.* (2005). An autopsy study of sudden cardiac death. *Journal of the pakistan medical association*. vol. 55, n° 4. pp. 149-152.

[15] InVS. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. 74 p.

[16] Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB *et al.* (2008). Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 49-50. pp. 483-486.

[17] Dubin T. (2008). Activité cardiologique dans les Pays de la Loire. Année 2008. 8 p.

## ■ Maladies vasculaires cérébrales

[1] Benatru I, Rouaud O, Durier J *et al.* (2006). Stable stroke incidence rates but improvised case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke*. vol. 37, n° 7. pp. 1674-1679.

[2] Béjot Y, Durier J, Binquet C *et al.* (2007). Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 17. pp. 140-142.

[3] The european Registers of stroke (EROS) Investigators. (2009). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke*. vol. 40, n° 3. pp. 1557-1563.

[4] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

[5] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[7] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.

[8] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[9] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[10] HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations. 19 p.

[11] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2009). Les chiffres clés de l'AVC. [page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html)

[12] Woimant F, Hommel M. (2001). Recommandations pour la création d'Unités neuro-vasculaires. *Revue neurologique*. vol. 157, n° 11. pp. 1447-1456.

[13] Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2010). Plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014. 77 p.

[14] Fery-Lemonnier E. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Ministère de la santé et des sports. 162 p.

[15] de Peretti C. (2010). Hospitalisation en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 49-50. pp. 501-506.

[16] Béjot Y, Touzé E, Jacquin A *et al.* (2009). Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Médecine sciences*. vol. 25, n° 8-9. pp. 727-732.

[17] HAS. (2008). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Recommandations. 16 p.

## ■ Maladies de l'appareil respiratoire

[1] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

[2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[3] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[4] Fuhrman C, Roche N, Vergnenègre A, Chouaid C, Zureik M *et al.* (2008). Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003. *InVS*. 37 p.

[5] Roche N, Dalmay F, Perez T *et al.* (2008). Impact of chronic airflow obstruction in a working population. *The European respiratory journal*. vol. 31, n° 6. pp. 1227-1233.

[6] Huchon GJ, Vergnenègre A, Neukirch F *et al.* (2002). Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. *The European respiratory journal*. vol. 20, n° 4. pp. 806-812.

[7] de Marco R, Accordini S, Cerveri I *et al.* (2004). An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. *Thorax*. vol. 59, n° 2. pp. 120-125.

[8] Piperno D, Bart F, Serrier P *et al.* (2005). Patients à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive en médecine générale : enquête épidémiologique avec 3411 patients. *La Presse médicale*. vol. 34, n° 21. pp. 1617-1622.

[9] Fuhrman C, Delmas MC. (2010). Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Revue des maladies respiratoires*. vol. 27, n° 2. pp. 160-168.

[10] Rennard S, Decramer M, Calverley PMA *et al.* (2002). Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey. *The European respiratory journal*. vol. 20, n° 4. pp. 799-805.

[11] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[12] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.

[13] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[14] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[15] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

[16] Pavillon G, Boileau J, Renaud G *et al.* (2005). Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 4. pp. 13-16.

[17] Aouba A, Eb M, Rey G *et al.* (2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 22. pp. 249-255.

[18] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

### ■ Asthme

[1] Humbert M (Conseiller scientifique). (2011). Asthme de l'adulte. *La Revue du praticien. Monographie*. vol. 61, n° 3. pp. 317-370.

[2] Rees J. (2005). ABC of asthma : Prevalence. *British medical journal*. vol. 331, n° 7514. pp. 443-445.

[3] Delmas MC, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Furrman C. (2008). Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne : analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. InVS. 89 p.

[4] Delmas MC, Furrman C. (2010). L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives. *Revue des maladies respiratoires*. vol. 27, n° 2. pp. 151-159.

[5] Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. (2011). L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. *Irdes*. 117 p.

[6] Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. (2004). Global initiative for asthma (GINA). Global burden of asthma. 120 p.

[7] Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, Com-Ruelle L *et al.* (2009). Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. *Archives de pédiatrie*. vol. 16, n° 9. pp. 1261-1269.

[8] ATIH. Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO 2009. Exploitation ORS Pays de la Loire.

[9] InVS. (2011). Surveillance épidémiologique de l'asthme en France. [page internet]. [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme)

[10] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[11] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[12] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[13] Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. (2002). Programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme (2002-2005). 34 p.

[14] HAS. (2001). Education thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent. 23 p.

[15] HAS. (2002). Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. 8 p.

[16] Association Asthme et allergies. (2011). Mieux vivre son asthme grâce à l'éducation thérapeutique. Liste des écoles de l'Asthme. [page internet].

<http://asthme-allergies.org/asthme/ecoles-de-lasthme>

[17] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

### ■ Maladies de l'appareil digestif

[1] Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, Irdes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.

[3] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

[4] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[5] Canard JM, Boustière C, Laugier R. (2008). Deux jours d'endoscopie en France : résultats de l'enquête 2008. Données public/privé. SFED. 58 p. [diaporama].

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[7] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[8] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

### ■ Insuffisance rénale chronique

[1] Inserm. (1998). Insuffisance rénale chronique. Etiologies, moyens de diagnostic précoce, prévention ? Les éditions Inserm. 218 p. (Expertise collective).

[2] Tonelli M, Wiebe N, Knoll G *et al.* (2011). Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *American journal of transplantation*. vol. 11, n° 10. pp. 2093-2109.

[3] Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL *et al.* (1999). Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *The New England journal of medicine*. vol. 341, n° 23. pp. 1725-1730.

[4] Gentile S, Boini S, Germain L *et al.* (2010). Qualité de vie des patients dialysés et transplantés rénaux : résultats de deux enquêtes multirégionales, France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 9-10. pp. 92-96.

[5] Couchoud C, Lassalle M, Stengel B, Jacquelinet C. (2011). Réseau épidémiologie, information, néphrologie : rapport annuel 2009. Agence de la biomédecine. 194 p.

[6] European renal association, European dialysis and transplant association. (2011). ERA-EDTA Registry : annual report 2009. 134 p.

[7] Hiesse C. (2011). Epidémiologie de la transplantation rénale en France. *Néphrologie*. 18-025-C-10.

[8] Agence de la biomédecine. (2011). Rapport annuel 2010. 191 p.

[9] Agence de la biomédecine. (2011). Activité de prélèvement et de greffe. Analyse nationale et régionale. [page internet]. [www.agence-biomedecine.fr/article/502](http://www.agence-biomedecine.fr/article/502)

[10] Anaes. (2002). Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations. 25 p.

[11] Anaes. (2004). Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations. 13 p.

[12] ARS Pays de la Loire. (2011). Insuffisance rénale chronique : état des lieux & diagnostic. 29 p.

[13] Agence de la biomédecine. (2011). Activité régionale de prélèvement de la greffe : synthèse régionale. 22 p.

[14] Agence de la biomédecine. (2011). Activité régionale de prélèvement de la greffe : synthèse nationale. 34 p.

### ■ Grossesse, accouchement

[1] Pauchet-Traversat AM, Blondel B, Zeitlin J *et al.* (2008). Naître en France. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 61-62. pp. 17-98.

[2] Pison G. (2010). France 2009 : l'âge moyen de la maternité atteint 30 ans. *Population et sociétés*. Ined. n° 465. 4 p.

[3] Insee. Etat civil, exploitation Insee Pays de la Loire.

[4] Vilain A, de Peretti C, Herbet JB *et al.* (2005). La situation périnatale en France en 2003 : premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. *Etudes et résultats*. Drees. n° 383. 8 p.

[5] Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

[6] HAS. (2007). Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Synthèse. Recommandation en santé publique. 14 p.

[7] HAS. (2005). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Argumentaire. 79 p.

[8] Danel T, Emouf D, Delcroix M, Gomez C, Vignau J *et al.* (2006). Addictions et grossesse. In *Traité d'addictologie*. Sous la direction de Reynaud M. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 745-780.

[9] INCa. (2010). Cancers et tabac chez les femmes. 8 p. (Fiches repère).

[10] Guillemont J, Rosilio T, David M *et al.* (2006). Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Evolution*. Inpes. n° 3. 4 p.

[11] Article L. 2213-1 du Code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 9.

[12] Agence de la biomédecine. (2010). Liste des établissements de santé autorisés par l'Agence de la biomédecine au 5 février 2010 : Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. 6 p.

[13] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[14] ATIH. Base nationale PMSI MCO 2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[15] Inserm. (1997). Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Les éditions Inserm. 273 p. (Expertise collective).

[16] Vilain A, de Peretti C, Herbet JB. (2005). Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Inserm. 58 p.

[17] Leclerc A, Kaminski M, Lang T. (2008). Inégaux face à la santé. Ed. La Découverte. 297 p.

[18] Leridon H. (2008). La baisse de la fertilité avec l'âge. *Fiche d'actualité*. Ined. n° 3. 3 p.

[19] Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréat G. (2005). Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Inserm. 51 p.

[20] Agence de la biomédecine. (2010). Liste des établissements de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale au 4 juin 2010 : Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation. 24 p.

[21] Agence de la biomédecine. (2009). L'assistance médicale à la procréation en France en 2009 [dossier de presse]. 21 p.

[22] Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. (2010). Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 2-3. pp. 10-14.

[23] Drees. (2010). Mortalité maternelle. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 212-213.

[24] Collet M. (2008). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes et résultats*. Drees. n° 660. 6 p.

[25] ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI MCO 2008, exploitation ORS Pays de la Loire.

[26] Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. (2009). Activités des maternités en 2008. *Bulletin du Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire*. n° 19. p. 7.

[27] Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. (2004). Plan Périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. 42 p.

[28] Branger B. (2008). Annales de l'évaluation des ressources et activités du Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" Pays de la Loire. 72 p.

[29] Agence de la biomédecine. (2010). Activité régionale d'assistance médicale à la procréation et de génétique humaines. Synthèse régionale 2007. Pays de la Loire. 12 p.

[30] Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. Site du Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. [www.reseau-naissance.com](http://www.reseau-naissance.com)

[31] URPS-mi Pays de la Loire. (2011). Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque. 69 p.

## CONDUITES ET STYLE DE VIE, ENVIRONNEMENTS

### ■ Consommation excessive d'alcool

[1] OFDT. Site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

[2] OMS. (2011). Global status report on alcohol and health. 298 p.

[3] Beck F, Guignard R, Richard JB *et al.* (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*. OFDT. n° 76. 6 p.

[4] Enquêtes Baromètre santé 2000-2005-2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[5] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.

[6] Ireb. (2010). Mémento alcool. Edition 2010. 16 p.

[7] Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. (2008). Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFDT. Ed. Inpes. 336 p.

[8] Inserm. (2001). Alcool. Effets sur la santé. Les éditions Inserm. 358 p. (Expertise collective).

[9] INCa. (2011). Alcool et cancers. 8 p. (Fiches repère).

[10] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[11] Costes JM, Adès JE. (2010). Drogues, chiffres clés. 3<sup>e</sup> édition. OFDT. 6 p.

[12] Laumon B, Costes JM, Martineau H, Groupe SAM. (2005). Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. OFDT, Inserm, Inrets. 39 p.

[13] Bloch J, Cans C, de Vigan C *et al.* (2009). Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation foetale, France, 2006-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 10-11. pp. 102-104.

[14] Mildt. (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Ed. La Documentation française. 112 p.

[15] INCa, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. (2009). Plan cancer 2009-2013. 140 p.

[16] Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB *et al.* (2010). Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2006-2010. Igas, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. 248 p.

[17] Lata arche C, Alla F. (2009). Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool. HCSP. 12 p.

[18] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[19] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

[20] ORS Pays de la Loire. (2011). Consommation d'alcool chez les jeunes des Pays de la Loire. Premiers résultats du Baromètre santé jeunes 2010. 2 p.

### ■ Tabagisme

[1] OFDT. (2010). Ventes de tabac et de cigarettes : évolution depuis 1990. [page internet]. [www.ofdt.fr/BDD\\_len/seristat/00006.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00006.xhtml)

[2] Beck F, Guignard R, Richard JB *et al.* (2011). Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 20-21. pp. 230-233.

[3] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.

[4] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

[5] Beck F, Guignard R, Richard JB *et al.* (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*. OFDT. n° 76. 6 p.

[6] Peto R, Lopez AD, Boreham J *et al.* (2006). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. CTSU University of Oxford. 2<sup>nd</sup> edition. 517 p.

[7] Hill C, Doyon F, Mousannif A. (2009). Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. InVS. 275 p.

[8] Hill C, Jouglu E, Beck F. (2010). Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 19-20. pp. 210-213.

[9] INCa. (2010). Cancers et tabac chez les femmes. 8 p. (Fiches repère).

[10] INCa. (2010). Cancers et tabac. 8 p. (Fiches repère).

[11] INCa. (2006). Le tabac : la première cause de cancer évitable en France. 12 p.

[12] Trédaniel J. (1998). Risques du tabagisme passif. In *L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*. Paris, 8-9 octobre 1998. Anaes, AP-HP. Ed. EDK. pp. 75-80.

[13] Mildt. (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Ed. La Documentation française. 112 p.

[14] INCa, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. (2009). Plan cancer 2009-2013. 140 p.

[15] Besson D. (2006). Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. *Insee première*. Insee. n° 1110. 4 p.

[16] OFDT. (2011). Tabagisme et arrêt du tabac en 2010. Bilan de l'année 2010. 5 p.

[17] Enquêtes Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[18] ORS Pays de la Loire. (2011). Consommation de tabac chez les jeunes des Pays de la Loire. Premiers résultats du Baromètre santé jeunes 2010. 2 p.

### ■ Usage de drogues illicites

[1] Beck F, Guignard R, Richard JB *et al.* (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*. OFDT. n° 76. 6 p.

[2] Arrêté du 29 juin 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux produits contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères.

[3] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.

[4] Legleye S, Spilka S, Le Nézet O *et al.* (2009). Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*. OFDT. n° 66. 4 p.

[5] Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T *et al.* (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. 408 p.

[6] Costes JM, Vaissade L, Colasante E, Palle C, Legleye S *et al.* (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006. OFDT. 28 p.

[7] Inserm. (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les éditions Inserm. 573 p. (Expertise collective).

[8] Laumon B, Costes JM, Martineau H, Groupe SAM. (2005). Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. OFDT, Inserm, Inrets. 39 p.

[9] Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y *et al.* (2006). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 33. pp. 244-247.

[10] OEDT. (2010). Rapport annuel 2010 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Office des publications de l'Union européenne. 114 p.

[11] Jansse E, Palle C. (2010). Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. *Tendances*. OFDT. n° 70. 4 p.

[12] OFDT. Site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

[13] Ministère de la santé et des solidarités. (2006). La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. 19 p.

[14] OFDT. Base ILIAD : Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions. [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html)

[15] Bellamy V. (2005). La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social. *Document de travail. Série Statistiques*. Drees. n° 83. 34 p.

[16] Canarelli T, Coquelin A. (2010). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007. OFDT. 146 p.

[17] ORS Pays de la Loire. (2011). Consommation de drogues illicites chez les jeunes des Pays de la Loire. Premiers résultats du Baromètre santé jeunes 2010. 2 p.

[18] OFDT, Spilka S, Le Nézet O *et al.* (2009). Analyse régionale ESCAPAD 2008 : Pays de la Loire. [page internet]. [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html)

[19] Drees. (2010). Prise en charge des toxicomanes. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 248-249.

## ■ Contraception et IVG

- [1] Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. (2004). La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Introduction au dossier. *Population*. Ined. vol. 59, n° 3-4. pp. 409-418.
- [2] Ined. (2010). La contraception dans le monde. 1 p. (Fiche pédagogique).
- [3] Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. (2009). Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse. Igas. 93 p.
- [4] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.
- [6] Bajos N, Oustry P, Leridon H *et al.* (2004). Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. Ined. vol. 59, n° 3-4. pp. 479-502.
- [7] Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. (2007). Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de Beck F, Guilbert P, Gautier A. Ed. Inpes. pp. 329-354.
- [8] Vilain A, Mouquet MC. (2011). Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 765. 6 p.
- [9] Bajos N. (2010). Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. In *La santé des femmes en France*. Drees. Ed. La Documentation française. pp. 43-53.
- [10] Bajos N, Moreau C, Leridon H *et al.* (2004). Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés*. Ined. n° 407. 4 p.
- [11] Vilain A. (2011). Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. Drees. n° 1. pp. 117-148.
- [12] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. (2009). Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population*. Ined. vol. 64, n° 3. pp. 495-530.
- [13] Moisy M. (2011). Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Revue française des affaires sociales*. Drees. n° 1. pp. 163-198.
- [14] HAS. (2011). Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations. Décembre 2010. 12 p.
- [15] Vilain A. (2009). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *Etudes et résultats*. Drees. n° 712. 96 p.
- [16] Bournot MC, Sander MS, David S, Gailhard-Rocher I, Tallec A. (2009). Comportements, risques et prévention liés à la sexualité. In *La santé des jeunes en Pays de la Loire*. ORS Pays de la Loire. pp. 230-268.
- [17] Vilain A. (2004). Les interruptions volontaires de grossesse en 2002. *Etudes et résultats*. Drees. n° 348. 8 p.
- [18] Vilain A. (2005). Les interruptions volontaires de grossesse en 2003. *Etudes et résultats*. Drees. n° 431. 8 p.
- [19] Cnamts. Base Erasme V1, 2008-2009, exploitation Cnamts-Drees.
- [20] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)
- [21] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

- [22] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [23] Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

## ■ Accidents du travail et maladies professionnelles

- [1] Goldberg M, Imbernon E, Arnaudo B *et al.* (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 57. pp. 17-70.
- [2] Imbernon E, Goldberg M. (2007). La santé au travail. In *Traité de santé publique*. Sous la direction de Bourdillon F, Tabuteau D, Brucker G. Ed. Flammarion. pp. 180-187.
- [3] Hamon-Cholet S, Sandret N. (2007). Accidents et conditions de travail. *Premières informations et premières synthèses*. Dares. n° 31.2. 7 p.
- [4] Drees. (2010). Exposition des travailleurs au bruit. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 148-149.
- [5] Drees. (2010). Exposition aux agents cancérigènes en milieu professionnel. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 150-151.
- [6] Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N *et al.* (2004). L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. *Premières informations et premières synthèses*. Dares. n° 52.1. 8 p.
- [7] Abadia G, Cosset Y, Delépine A, Chapouthier-Guillon A, Marques K *et al.* (2010). Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. INRS. 357 p.
- [8] Diricq N. (2008). Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 131 p.
- [9] Conseil d'orientation sur les conditions de travail. (2010). Les accidents du travail et les maladies professionnelles. In *Conditions de travail. Bilan 2009*. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. pp. 409-410.
- [10] Valenty M, Chevalier A, Homère J *et al.* (2008). Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 32. pp. 281-284.
- [11] Cnamts. (2010). Risque AT 2009 : statistiques "technologiques" tous CTN et par CTN. 13 p.
- [12] Viarouge N. (2010). Approche statistique des risques professionnels des salariés agricoles 2009. Synthèse nationale. CCMSA.
- [13] Chrétien JC. (2010). Approche statistique des risques professionnels des non-salariés agricoles. Données nationales 2009. CCMSA. 12 p.
- [14] Euzenat D. (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. *Premières informations et premières synthèses*. Dares. n° 50.2. 8 p.
- [15] ORS Centre, ORS Haute-Normandie, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Picardie, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, accidents du travail, maladies professionnelles, risques psychosociaux au travail. Fnors. 108 p.

- [16] Serres N, Jacquetin P. (2010). Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité. *Points de repère*. Cnamts. n° 32. 14 p.
- [17] Cnamts. (2010). Risque MP 2009 : sinistralité détaillée par CTN, n° de risque, n° de tableau MP et syndrome. 17 p.
- [18] Cnamts. (2010). Nomenclature des tableaux de maladies professionnelles et des syndromes associés au 15-01-2009. 19 p.
- [19] Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007. *Dares analyses*. Dares. n° 056. 11 p.
- [20] Cnamts. (2005). Evolution depuis son origine du tableau n° 57 des maladies professionnelles relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures au travail. 12 p.
- [21] Cnamts. (2006). Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Année 2004. 544 p.
- [22] Carsat Pays de la Loire. (2010). Les risques professionnels dans les Pays de la Loire. Recueil de résultats statistiques 2009. 51 p.
- [23] Sérazin C, Chiron E, Touranchet A, Tassy V, Valenty M. (2010). Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire : Résultats 2007 et évolution depuis 2003. InVS. 6 p.
- [24] Sérazin C, Tassy V, Dourlat T, Garras L, Valenty M. (2011). Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire. Résultats 2008 et 2009. InVS. 6 p.
- [25] Safon MO. (2010). La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles en France. Irdes. 57 p.
- [26] Article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale.
- [27] Article L. 461-6 du Code de la sécurité sociale.

### ■ Exposition à l'amiante

- [1] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2009). Amiante. L'état des connaissances scientifiques : les effets de l'amiante sur la santé. [page internet]. [www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/les-effets-de-l-amiante-sur-la-sante.html](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/les-effets-de-l-amiante-sur-la-sante.html)
- [2] INRS. (2009). Dossier. Amiante : l'essentiel. [page internet]. [www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2006](http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2006)
- [3] Bossard N, Velten M, Remontet L *et al.* (2007). Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 9-10. pp. 66-69.
- [4] InVS. (2009). Les conséquences sanitaires de l'exposition environnementale à l'amiante : une synthèse des études réalisées à l'InVS. 8 p.
- [5] Vandentorren S. (2009). Exposition environnementale à l'amiante chez les personnes riveraines d'anciens sites industriels et affleurements naturels : étude cas-témoins à partir des données du programme national de surveillance du mésothéliome. InVS. 23 p.
- [6] Cnamts. (2010). Risque MP 2008 : sinistralité détaillée par CTN, n° de risque, n° de tableau MP et syndrome. 16 p.
- [7] Goldberg M, Rolland P, Gilg Soit Ilg A, Chamming's S, Ducamp S *et al.* (2006). Le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) : présentation générale et bilan des premières années de fonctionnement (1998-2004). InVS. 75 p.
- [8] Gilg Soit Ilg A, Goldberg M, Rolland P, Chamming's S, Ducamp S *et al.* (2009). Programme national de surveillance du mésothéliome : principaux résultats 1998-2006. InVS. 24 p.
- [9] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G *et al.* (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
- [11] Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS. 27 p.

### ■ Troubles musculo-squelettiques

- [1] Eurogip. (2007). Les troubles musculo-squelettiques en Europe : définitions et données statistiques. 12 p.
- [2] Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. (2007). Fourth european working conditions survey. European foundation for the improvement of living and working conditions. 134 p.
- [3] Cnamts. (2006). Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Année 2004. 544 p.
- [4] Cnamts. (2010). Risques MP : Tableaux de sinistralité de l'année 2008 détaillée par CTN, n° de risque, n° de tableau MP et syndrome. 16 p.
- [5] Sérazin C, Chiron E, Touranchet A, Tassy V, Valenty M. (2010). Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire : Résultats 2007 et évolution depuis 2003. InVS. 6 p.
- [6] Chiron E, Roquelaure Y, Ha C *et al.* (2008). Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé publique*. SFSP. vol. 20, suppl. n° 3. S19-S28.
- [7] Roquelaure Y, Ha C, Bodin J *et al.* (2010). Surveillance des principaux TMS du membre supérieur et de l'exposition au risque dans les entreprises des Pays de la Loire : résultats chez les ouvriers intérimaires. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 5-6. pp. 45-47.
- [8] Ha C, Fouquet N, Roquelaure Y *et al.* (2010). Syndrome du canal carpien : estimation de l'incidence, de la prévalence et du poids de l'activité professionnelle dans sa survenue dans les Pays de la Loire, France, 2002-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 5-6. pp. 37-41.
- [9] Roquelaure Y, Ha C, Leclerc A *et al.* (2006). Epidemiologic surveillance of upper extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. vol. 55, n° 5. pp. 765-778.
- [10] Cnamts. (2009). TMS : Bilan financier 2008. 1 p.
- [11] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2010). Lancement de la campagne TMS 2010. [page internet]. [www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-de-la-campagne-TMS-2010.html](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-de-la-campagne-TMS-2010.html)
- [12] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)
- [13] Cram Pays de la Loire. (2009). Les risques professionnels dans les Pays de la Loire : recueil de résultats statistiques 2008. 51 p.
- [14] Cnamts. (2008). Sinistralité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2003 et 2007 : Branche AT/MP du Régime général de la Sécurité sociale. 17 p.
- [15] Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007. *Dares analyses*. Dares. n° 065. 11 p.

- [16] InVS. (2010). Troubles musculo-squelettiques (TMS) : Surveillance épidémiologique des TMS en France. [page internet]. [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques/Surveillance-epidemiologique-des-TMS-en-France](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques/Surveillance-epidemiologique-des-TMS-en-France)
- [17] Ha C, Roquelaure Y, Touranchet A *et al.* (2005). Le réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 44-45. pp. 219-221.
- [18] Roquelaure Y, Fouquet N, Ha C *et al.* (2011). Epidemiological surveillance of lumbar disc surgery in the general population: a pilot study in a French region. *Joint bone spine*. vol. 78, n° 3. pp. 298-302.
- [19] Ha C, Roquelaure Y, Touranchet A *et al.* (2010). Bilan et perspectives du programme de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 5-6. pp. 55-56.
- [20] Sérazin C, Bodin J, Chiron E *et al.* (2010). Cosali : premiers résultats du suivi des salariés atteints d'un syndrome de la coiffe des rotateurs. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 5-6. pp. 43-44.

## ■ Accidents

- [1] Gouyon M, Labarthe G. (2006). Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats. *Études et résultats*. Drees. n° 471. 8 p.
- [2] Baubeau D, Carrasco V. (2003). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et résultats*. Drees. n° 215. 12 p.
- [3] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [4] Bellamy V, de Peretti C. (2005). Les déficiences motrices d'origine accidentelle. *Études et résultats*. Drees. n° 417. 12 p.
- [5] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Dalichampt M, Thélot B. (2008). Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. InVS. 46 p.
- [7] Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. (2011). Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 29-30. pp. 328-332.
- [8] InVS. (2004). Numéro thématique : Les accidents de la vie courante. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 19-20. pp. 73-84.
- [9] Enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [11] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.

## ■ Accidents de la circulation

- [1] Observatoire national interministériel de sécurité routière. (2011). La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2010. Ed. La Documentation française. 384 p.
- [2] Amoros E. (2007). Les blessés par accidents de la route : estimation de leur nombre et leur gravité lésionnelle, France, 1996-2004. Thèse de doctorat en épidémiologie. Université de Lyon 1. 157 p.
- [3] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.

- [4] Inserm CépiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)
- [5] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [6] Laumon B, Costes JM, Martineau H, Groupe SAM. (2005). Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. OFDT, Inserm, Inrets. 39 p.
- [7] Connor J, Norton R, Ameratunga S *et al.* (2002). Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study. *British medical journal*. vol. 324, n° 7346. pp. 1125-1128.
- [8] Philip P, Vervalle F, Le Breton P *et al.* (2001). Fatigue, alcohol, and serious road crashes in France: factorial study of national data. *British medical journal*. vol. 322, n° 7290. pp. 329-330.
- [9] Ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement. (2004). Somnolence au volant. Connaissez-vous les risques ? *Sécurité routière*. n° 139.
- [10] Inserm. (2011). Téléphone et sécurité routière. Les éditions Inserm. 269 p. (Expertise collective).
- [11] Loi n° 2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière.
- [12] Commission européenne. (2010). Vers un espace européen de la sécurité routière : orientations politiques pour la sécurité routière de 2011 à 2020. 16 p.
- [13] Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire. (2011). Bilan de l'accidentalité en région Pays de la Loire. Année 2010. Dreal Pays de la Loire. 16 p.
- [14] Setra-ONSIR. Fichiers départementaux des accidents corporels 1984-2010, exploitation Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire.
- [15] Enquête Baromètre santé jeunes Pays de La Loire 2010. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [16] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.
- [18] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

## ■ Suicides et tentatives de suicide

- [1] Anaes, Fédération française de psychiatrie. (2001). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000. Ed. John Libbey Eurotext. 446 p.
- [2] Léon C, Lamboy B. (2006). Les actes de violence physique. In *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Sous la direction de Guilbert P, Gautier A. Ed. Inpes. pp. 77-84.
- [3] Mouquet MC, Bellamy V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et résultats*. Drees. n° 488. 8 p.
- [4] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2008, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G *et al.* (2003). Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. *Document de travail. Série études*. Drees. n° 30. 45 p.
- [6] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [7] Inserm CépiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)

[8] Courtet P. (2010). Suicides et tentatives de suicide. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.

[9] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M *et al.* (2010). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. InVS. 8 p.

[10] Direction générale de la santé. (2000). Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. 17 p.

[11] Eureval-C3E. (2006). Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Rapport final et Annexes. Direction générale de la santé. 70 + 106 p.

[12] Enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[13] Beck F, Gautier A, Guignard R *et al.* (à paraître en 2012). Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Ed. Inpes.

### ■ Pollution atmosphérique et santé

[1] Citepa. (2007). Inventaire des émissions de gaz à effet de serre en France au titre de la convention cadre des Nations unies sur les changements climatiques. 403 p.

[2] Commissariat général au développement durable, Service de l'observation et des statistiques. (2010). 10 indicateurs clés de l'environnement. Edition 2010.

[3] Quénel P, Dab W, Festy B, Viau C, Zmirou D. (2003). Qualité de l'air ambiant. In *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Sous la direction de Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly E. Ed. Edisem. pp. 291-315.

[4] Health effects institute. (2010). Traffic-related air pollution: a critical review of the literature on emissions, exposure, and health effects. 386 p.

[5] RNSA. Site du Réseau national de surveillance aérobiologique. [www.pollens.fr](http://www.pollens.fr)

[6] Loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie.

[7] Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. (2009). Santé-environnement : 2ème plan national 2009-2013. 72 p.

[8] Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

[9] Ministère de l'écologie et du développement durable. (2004). Plan climat. 88 p.

[10] Air Pays de la Loire. (2010). La qualité de l'air dans les Pays de la Loire. Rapport annuel 2009. 61 p.

[11] Explicit. (2009). Etude régionale sur l'énergie et l'effet de serre. Ademe Pays de la Loire. 158 p.

[12] ARS Pays de la Loire. (2011). Pollinarium sentinelle. [page internet]. [www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Pollinarium-sentinelle.109938.0.htm](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Pollinarium-sentinelle.109938.0.htm)

[13] Gailhard-Rocher I, David S, Lelièvre F, Tallec A. (2009). Pollution de l'air. In *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007*. ORS Pays de la Loire. pp. 65-110.

[14] Gailhard-Rocher I, Lelièvre F, Lefranc A. (2008). Pollution de l'air extérieur. In *Baromètre santé environnement 2007*. Sous la direction de Ménard C, Girard D, Léon C, Beck F. Ed. Inpes. pp. 108-138.

### ■ Eau potable et santé

[1] Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. (2005). La qualité de l'eau potable en France. Aspects sanitaires et réglementaires. Dossier d'information. 42 p.

[2] Directive 2000/60/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau.

[3] Commissariat général au développement durable. Service de l'observation et des statistiques. (2010). L'eau. In *L'environnement en France. Edition 2010*. pp. 19-26.

[4] Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. (2009). Santé-environnement : 2ème plan national 2009-2013. 72 p.

[5] Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère délégué à la recherche. (2004). Plan national santé-environnement 2004-2008 : franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. 88 p.

[6] Loi n° 92-3 du 3 janvier 1992 sur l'eau.

[7] Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

[8] Davezac H, Grandguillot G, Robin A, Saout C. (2008). L'eau potable en France. 2005-2006. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 63 p.

[9] Ministère de la santé et des sports. (2010). Résultats du contrôle sanitaire de la qualité de l'eau potable.

[page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/resultats-du-controle-sanitaire-de-la-qualite-de-l-eau-potable.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/resultats-du-controle-sanitaire-de-la-qualite-de-l-eau-potable.html)

[10] ARS Pays de la Loire. (2011). Eau potable. [page internet]. [www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Eau-potable.83938.0.html](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Eau-potable.83938.0.html)

[11] Ministère de la santé et des sports. (2009). Bilan de la qualité de l'eau au robinet du consommateur vis-à-vis des pesticides en 2008. 6 p.

[12] Festy B, Hartemann P, Ledrans M, Levallois P, Payment P *et al.* (2003). Qualité de l'eau. In *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Sous la direction de Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly E. Ed. Edisem. pp. 333-368.

[13] Gatignol C, Etienne JC. (2010). Rapport sur pesticides et santé. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. 262 p.

[14] Gailhard-Rocher I, David S, Lelièvre F, Tallec A. (2009). Eau du robinet. In *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007*. ORS Pays de la Loire. pp. 112-128.

[15] Beck F, Gailhard-Rocher I, Grandguillot G. (2008). Eau du robinet. In *Baromètre santé environnement 2007*. Sous la direction de Ménard C, Girard D, Léon C, Beck F. Ed. Inpes. pp. 252-285.

### ■ Légionellose

[1] Institut Pasteur. (2011). Légionellose. [page internet]. [www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000\]-0ha/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/legionellose](http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000]-0ha/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/legionellose)

[2] InVS. (2011). Maladies à déclaration obligatoire : Légionellose. [page internet].

[www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Legionellose](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Legionellose)

[3] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. (2001). Gestion du risque lié aux légionelles. 70 p.

[4] Ricketts K, Joseph C. (2007). Legionnaires' disease in Europe 2005-2006. *Eurosurveillance*. vol. 12, n° 10-12. pp. 371-376.

[5] Campèse C, Che D. (2009). Les légionelloses survenues en France en 2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 31-32. pp. 342-343.

- [6] Desenclos JC. (2004). La légionellose : de la Philadelphie au Pas-de-Calais ! *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 36-37. pp. 173-183.
- [7] Brosselin P. (2005). Légionellose. In *Santé et environnement : enjeux et clefs de lecture*. Afsset. pp. 1-4.
- [8] Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère délégué à la recherche. (2004). Plan national santé-environnement 2004-2008 : franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. 88 p.
- [9] Carmona EC. (2008). Légionelles. In *Baromètre santé environnement 2007*. Sous la direction de Ménard C, Girard D, Léon C, Beck F. Ed. Inpes. pp. 306-322.
- [10] ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI MCO 2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [11] Gailhard-Rocher I, David S, Lelièvre F, Tallec A. (2009). Légionelles. In *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007*. ORS Pays de la Loire. pp. 135-148.
- [12] Drass Pays de la Loire, Dreal Pays de la Loire. (2009). Plan régional santé-environnement Pays de la Loire 2005-2008 : bilan 2005-2008. 12 p.
- **Baignade et santé**
- [1] Ermanel C, Thélot B. (2003). Surveillance épidémiologique des noyades : enquête noyades 2002. 1er juin-30 septembre 2002. InVS. 48 p.
- [2] Ermanel C, Ricard C, Thélot B. (2004). Surveillance épidémiologique des noyades : enquêtes noyades 2003. 1er juin-30 septembre 2004. InVS. 92 p.
- [3] Ermanel C, Thélot B. (2005). Surveillance épidémiologique des noyades : enquête noyades 2004. 1er juin-30 septembre 2004. InVS. 68 p.
- [4] InVS. (2009). Premiers résultats définitifs de l'enquête noyades 2009. 1er juin-30 septembre 2009. 20 p.
- [5] Thélot B, Marant C, Bonaldi C, Bourdeau I. (2008). Surveillance épidémiologique des noyades : enquête noyades 2006. 1er juin-30 septembre 2006. InVS. 48 p.
- [6] Inpes. (2005). Les réflexes anti-noyade. 12 p.
- [7] Inpes. (2009). Mode d'emploi de la baignade : pour un été en toute sécurité. 15 p.
- [8] Ministère de la santé et des sports. Site sur les eaux de baignade. <http://baignades.sante.gouv.fr>
- [9] Levi Y, Harvey M, Cervantès P. (2006). Risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries dans l'eau : évaluation des risques liés à la présence de cyanobactéries et de leurs toxines dans les eaux destinées à l'alimentation, à la baignade et autres activités récréatives. Afssa, Afsset. 227 p.
- [10] Festy B, Hartemann P, Ledrans M, Levallois P, Payment P et al. (2003). Qualité de l'eau. In *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Sous la direction de Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly E. Ed. Edisem. pp. 333-368.
- [11] Afsset. (2010). Risques sanitaires liés aux piscines. Evaluation des risques sanitaires liés aux piscines. Partie 1 : piscines réglementées. Avis de l'Afsset. Rapport d'expertise collective. 244 p.
- [12] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2009). Etat sanitaire des eaux de baignade en mer et en eau douce. 165 p.
- [13] Directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 février 2006 concernant la gestion de la qualité des eaux de baignade et abrogeant la directive 76/160/CEE.
- [14] Ministère de la santé et des sports. Site de recensement des équipements sportifs. [www.res.sports.gouv.fr](http://www.res.sports.gouv.fr)
- [15] Gailhard-Rocher I, David S, Lelièvre F, Tallec A. (2009). Eaux de baignade. In *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007*. ORS Pays de la Loire. pp. 129-148.
- [16] Drass Pays de la Loire. (2009). Les cyanobactéries. [page internet]. [http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/envir/sebgya-no\\_sommaire.html](http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/envir/sebgya-no_sommaire.html)
- [17] Centre national de référence de la leptospirose. (2008). Rapport annuel d'activité : année 2008. Institut Pasteur. 24 p.
- [18] ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI MCO 2008, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [19] Cram Pays de la Loire. Nombre de maladies professionnelles chez les bénéficiaires du régime général 2007-2008, exploitation Cram.
- [20] Cnamts. Nombre de maladies professionnelles chez les bénéficiaires du régime général 2007-2008, exploitation Cram Pays de la Loire.
- [21] CCMSA. Nombre de maladies professionnelles chez les bénéficiaires du régime agricole 2007-2008, exploitation CCMSA.
- [22] Ministère de la santé et des sports. (2008). Les leptospiroses (eau douce). [page internet]. <http://baignades.sante.gouv.fr/editorial/fr/sante/leptospires.html>
- [23] Ministère de l'agriculture et de la pêche. (2005). Leptospiroses. 2 p.

## ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET PREVENTION

### ■ Professionnels de santé

- [1] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.
- [2] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.
- [3] Code de la santé publique. Professions médicales : Quatrième partie, Livre Ier. Pharmaciens : Quatrième partie, Livre II. Auxiliaires médicaux : Quatrième partie, Livre III.
- [4] Matillon Y. (2003). Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé. Rapport de mission. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 94 p.
- [5] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [6] Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.
- [7] Insee. (2010). Emploi salarié et non salarié au 31 décembre. [page internet]. [www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natnon03146](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natnon03146)
- [8] Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M, Sicart D. (2006). Les évolutions démographiques des professions de santé. In *Données sociales : la société française*. Ed. Insee. pp. 555-566.
- [9] Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)
- [10] Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.
- [11] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### ■ Médecins

- [1] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.
- [2] Le Breton G, Legmann M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P. (2009). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Conseil national de l'Ordre des médecins. 143 p.
- [3] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [4] Fauvet L. (2010). Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 720. 8 p.
- [5] Sicart D. (2005). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 88. 95 p.
- [6] Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Collection statistiques*. Drees. n° 14. 87 p.
- [7] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *Dossiers solidarité et santé*. Drees. n° 12. 66 p.
- [8] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [9] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).

### ■ Médecins généralistes libéraux

- [1] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).
- [2] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.
- [3] Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. *Carnets statistiques*. n° 112. 157 p.
- [4] Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Collection statistiques*. Drees. n° 14. 87 p.
- [5] Cnamts. (2009). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. *Point d'information*. 10 p.
- [6] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [7] Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La médecine générale. Le rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1. 176 p.
- [8] Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes).
- [9] Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A *et al.* (2007). L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats*. Drees. n° 610. 8 p.
- [10] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2010). Les pratiques des médecins libéraux à expertise particulière des Pays de la Loire (médecins-acupuncteurs, médecins-homéopathes, médecins-ostéopathes). 32 p.
- [11] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2008). Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). 16 p. + ann.

### ■ Médecins spécialistes

- [1] Sicart D. (2001). Les médecins : estimations de 1984 à 2000. Séries longues. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 22. 62 p.
- [2] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.
- [3] Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Collection statistiques*. Drees. n° 14. 87 p.
- [4] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *Dossiers solidarité et santé*. Drees. n° 12. 66 p.
- [5] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et résultats*. Drees. n° 679. 8 p.
- [6] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).
- [7] Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes).
- [8] Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. *Carnets statistiques*. n° 112. 157 p.

### ■ Chirurgiens-dentistes

- [1] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.
- [2] Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 9. 63 p.
- [3] Collet M, Sicart D. (2007). Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 594. 8 p.
- [4] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [5] Collet M, Sicart D. (2007). La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. *Etudes et résultats*. Drees. n° 595. 8 p.
- [6] Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La profession de chirurgien-dentiste. In *Analyse des professions : chirurgien-dentiste, périnatalité, bloc-opérateur. Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 3*. Ed. La Documentation française. pp. 11-37.
- [7] Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. *Carnets statistiques*. n° 112. 157 p.
- [8] Drees. (2009). Renoncement aux soins. In *La santé des femmes en France*. Ed. La Documentation française. pp. 274-275.
- [9] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- [10] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### ■ Pharmaciens

- [1] Ordre national des pharmaciens. (2009). Les pharmaciens : panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2009. 28 p.
- [2] Collet M. (2005). Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Etudes et résultats*. Drees. n° 437. 11 p.

[3] Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 9. 63 p.

[4] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.

[5] Collet M. (2005). La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. *Études et résultats*. Drees. n° 438. 11 p.

[6] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[7] Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

[8] Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

[9] Ordre national des pharmaciens. Site du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

[10] Collet M, de Kermadec C. (2009). L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001. *Document de travail. Série études et recherches*. Drees. n° 92. 31 p.

[11] Fenina A, Le Garrec MA, Duée M. (2009). Comptes nationaux de la santé 2008. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 137. 167 p.

[12] Drass, Drees. (2005). Statist 2005 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. 68 p.

[13] Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 relatif au dossier pharmaceutique.

## ■ Sages-femmes

[1] Article L. 4151\* du Code de la santé publique.

[2] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[3] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.

[4] Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2004). La profession de sage-femme. In *Analyse de 3 professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3*. Ed. La Documentation française. pp. 9-50.

[5] Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 9. 63 p.

[6] Pla A, Beaumel C. (2010). Bilan démographique 2009 : Deux pacs pour trois mariages. *Insee première*. Insee. n° 1276. 4 p.

[7] Jakoubovitch S. (2009). La formation aux professions de la santé en 2008. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 139. 108 p.

## ■ Professionnels de la rééducation et de la réadaptation

[1] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.

[2] Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 9. 63 p.

[3] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.

[4] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[5] Jakoubovitch S. (2009). La formation aux professions de la santé en 2008. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 139. 108 p.

[6] Matharan J, Micheau J, Rigal E. (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Observatoire national de la démographie des professions de santé. 139 p.

[7] Article L. 4321-14 du Code de la santé publique.

[8] HAS. (2005). Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Recommandations. 13 p.

[9] Décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

[10] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).

## ■ Infirmiers

[1] Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 131. 77 p.

[2] Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2004). Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée. In *Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3*. Ed. La Documentation française. pp. 54-62.

[3] Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 9. 63 p.

[4] Jakoubovitch S. (2009). La formation aux professions de la santé en 2008. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 139. 108 p.

[5] Circulaire interministérielle n°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat.

[6] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

[7] Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

[8] Léger AM, Mauss H. (2006). Situation financière des centres de soins infirmiers. Igas. 58 p.

[9] Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Études et résultats*. Drees. n° 739. 8 p.

[10] Cordier M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. *Études et résultats*. Drees. n° 709. 8 p.

[11] Douquet F, Vilbrod A. (2007). Le métier d'infirmière libérale : portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. Ed. Seli Arslan. 287 p.

[12] Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

[13] ORS Pays de la Loire, ORS Aquitaine, ORS Guadeloupe, ORS Midi-Pyrénées. (2008). Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France : principales évolutions sociodémographiques, état de santé et pathologies, aides et soins aux personnes âgées. Fnors. 86 p.

[14] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

### ■ Établissements de santé

- [1] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [2] Lombardo P. (2008). La spécialisation des établissements de santé en 2006. *Études et résultats*. Drees. n° 664. 8 p.
- [3] INCa. (2010). Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010. 10 p.

### ■ Personnels des établissements de santé

- [1] CNG. (2010). Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires. Situation au 1er janvier 2010. 13 p.
- [2] Rabineau D, Dhainaut J. (2009). Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats. Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. 8 p.
- [3] Cordier M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. *Études et résultats*. Drees. n° 709. 8 p.

### ■ Dépenses de santé

- [1] Fenina A, Le Garrec MA, Koubi M. (2010). Comptes nationaux de la santé 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 149. 248 p.
- [2] Raynaud D. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et résultats*. Drees. n° 378. 12 p.
- [3] Cnamts. (2009). Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions. *Point d'information*. 11 p.
- [4] Lê F, Tallet F. (2010). Les disparités départementales des dépenses de santé. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 149. pp. 135-148.
- [5] Cnamts. (2009). Chiffres repères. Édition 2008. 30 p.
- [6] Commission des comptes de la sécurité sociale. (2010). Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2009. Prévisions 2010-2011. 453 p.
- [7] Elbaum M. (2010). Un nouveau modèle de financement pour la santé ? *Santé publique*. SFSP. vol. 22, n° 1. pp. 91-106.
- [8] Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.
- [9] Irdes. (2010). Objectifs nationaux des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). [page internet]. [www.ecosante.fr/FRANFRA/804.html](http://www.ecosante.fr/FRANFRA/804.html)
- [10] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [11] Urcam Pays de la Loire, Cram Pays de la Loire. (2008). Les dépenses de santé de l'Assurance maladie. Région des Pays de la Loire 2008. 5 p.

### ■ Couverture sociale, couverture maladie universelle

- [1] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. (2010). Rapport d'activité 2009. 82 p.
- [2] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [3] Kambia-Chopin B, Perronnin M, Pierre A *et al.* (2008). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 132. 4 p.
- [4] Fonds de financement de la couverture maladie universelle. (2010). Le chiffre d'affaires des complémentaires santé en 2009. *Références. La Lettre du Fonds de financement de la couverture maladie universelle*. n° 39. pp. 1-2.

- [5] Fonds de financement de la couverture maladie universelle. (2010). Bénéficiaires de la CMU complémentaire. [page internet]. [www.cmu.fr/site/cmu.php?ld=3&cat=75](http://www.cmu.fr/site/cmu.php?ld=3&cat=75)
- [6] Boisguérin B, Haury B. (2008). Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *Études et résultats*. Drees. n° 645. 8 p.
- [7] Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.
- [8] Cordier A, Salas F. (2010). Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat. IGF, Igas. 161 p.
- [9] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2008). Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs. 10 p.

### ■ Soins ambulatoires

- [1] Fenina A, Le Garrec MA, Koubi M. (2010). Comptes nationaux de la santé 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 149. 248 p.
- [2] Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Études et résultats*. Drees. n° 717. 8 p.
- [3] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Raynaud D. (2006). La consommation de soins des personnes âgées. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 56. pp. 34-37.
- [5] Drees. (2010). Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 296-297.
- [6] Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 138. 117 p.

### ■ Médicaments

- [1] Fenina A, Le Garrec MA, Koubi M. (2011). Comptes nationaux de la santé 2010. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 161. 289 p.
- [2] Lancry PJ. (2007). Médicaments et régulation en France. *Revue française des affaires sociales*. Drees. vol. 61, n° 3-4. pp. 27-51.
- [3] Fenina A, Geffroy Y. (2006). Comptes nationaux de la santé 2005. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 100. 67 p.
- [4] Reduron V. (2010). Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation. *Points de repère*. Cnamts. n° 30. 8 p.
- [5] Afssaps. (2011). Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. Rapport d'expertise. 22 p.
- [6] Thao Khamsing W, Juillard-Condât B. (2010). Les dépenses de médicaments remboursables en ville en 2008. *Études et résultats*. Drees. n° 729. 8 p.
- [7] Clerc ME. (2008). Les dépenses de médicaments remboursables en 2007. *Études et résultats*. Drees. n° 634. 8 p.
- [8] Clerc ME. (2007). Les dépenses de médicaments remboursables en 2006. *Études et résultats*. Drees. n° 590. 8 p.
- [9] Clerc ME. (2006). Les ventes de médicaments remboursables en 2005. *Études et résultats*. Drees. n° 508. 8 p.
- [10] Commission des comptes de la Sécurité sociale. (2009). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008. Prévisions 2009. 267 p.

[11] Coulomb A, Baumelou A. (2007). Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale. 32 p.

[12] Cnamts. Base SNIIRAM-Ondam 2004-2010, exploitation ORS Pays de la Loire.

[13] Cavalié P. (2010). Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1998-2008. 10e édition. Afssaps. 126 p.

[14] Cnamts. Base SNIIRAM - Tableaux de bord de suivi de la pharmacie - 2008, exploitation ORS Pays de la Loire.

[15] Grandfils N. (2007). Fixation et régulation des prix des médicaments en France. *Revue française des affaires sociales*. Drees. vol. 61, n° 3-4. pp. 53-72.

[16] Safon MO, Suhard V. (2010). La politique du médicament en France. *Irdes*. 136 p.

[17] Article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

[18] Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé.

## ■ Biologie médicale

[1] Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

[2] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).

[3] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[4] Fenina A, Le Garrec MA, Koubi M. (2010). Comptes nationaux de la santé 2009. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 149. 248 p.

[5] Robba L, Kuhn AF, Vieffaure N *et al.* (2010). Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009. *Points de repère*. Cnamts. n° 33. 14 p.

[6] Lalande F, Yeni I, Laconde C. (2006). La biologie médicale en France : bilan et perspectives. *Igas*. 161 p.

## ■ Soins hospitaliers en services de MCO

[1] ATIH. Base nationale PMSI MCO 2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.

[3] Arnault S, Evain F, Kranklader E *et al.* (2010). L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle. *Etudes et résultats*. Drees. n° 716. 8 p.

[4] Mouquet MC, Oberlin P. (2008). Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. *Dossiers solidarité et santé*. Drees. n° 4. 119 p.

[5] ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI MCO 2007, exploitation ORS Pays de la Loire.

## ■ Soins en médecine

[1] INCa. (2010). Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010. 10 p.

[2] Lombardo P. (2008). La spécialisation des établissements de santé en 2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 664. 8 p.

## ■ Soins chirurgicaux

[1] Arnault S, Evain F, Kranklader E *et al.* L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle. *Etudes et résultats*. Drees. 2010. n° 716. 8 p.

[2] Lombardo P. La spécialisation des établissements de santé en 2006. *Etudes et résultats*. Drees. 2008. n° 664. 8 p.

## ■ Soins en gynécologie-obstétrique

[1] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[2] Articles R. 6123-39° du Code de la santé publique.

[3] Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

## ■ Soins de suite et de réadaptation

[1] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

## ■ Soins en psychiatrie

[1] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.

[2] Fenina A, Geffroy Y, Minc C *et al.* (2006). Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Etudes et résultats*. Drees. n° 504. 8 p.

[3] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

[4] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[5] Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V *et al.* (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*. *Irdes*. n° 145. 8 p.

[6] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).

[7] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

[8] ATIH. Base nationale RIM-P 2006-2009. <http://stats.atih.sante.fr/psy/intselec.php>

## ■ Recours aux soins urgents ou non programmés

[1] Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats*. Drees. n° 212. 8 p.

[2] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[3] Gouyon M, Labarthe G. (2006). Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats. *Etudes et résultats*. Drees. n° 471. 8 p.

[4] Cnamts. (2008). Snir (système national inter-régimes).

[5] Gouyon M. (2009). Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats*. Drees. n° 704. 8 p.

[6] Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

[7] Fournet N, Ilef D, Josseran L. (2010). Surveillance de la médecine ambulatoire. Réseau SOS Médecins/InVS : résultats nationaux 2006/2010. *InVS*. 8 p.

[8] Gailhard-Rocher I, David S, Goupil MC, Tuffreau F. (2008). Impact de l'afflux estival sur les recours aux soins en Vendée. ORS Pays de la Loire. 69 p.

## ■ Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés

[1] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

[2] CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.

[3] Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. (2010). Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2010. Ed. DEPP. 424 p.

[4] Circulaire n° 2010-088 du 18 juin 2010 : Scolarisation des élèves handicapés : dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré.

[5] Le Duff R, Raynaud P. (2007). Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention. *Etudes et résultats*. Drees. n° 574. 8 p.

[6] CNSA. (2008). Les CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008. 35 p.

[7] Mainguené A. (2008). Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. Résultats de l'enquête ES 2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 669. 8 p.

[8] Académie de Nantes. (2010). Scolarisation et insertion. In *Radioscopie de l'Académie de Nantes. Edition 2010*. pp. 89-99.

### ■ Accompagnement des adultes handicapés

[1] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

[2] CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.

[3] CNSA. (2010). Rapport d'activité 2009. 106 p.

[4] Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 710. 6 p.

[5] Article L. 5213-1 du Code du travail.

[6] Nguyen KN, Ulrich V. (2008). L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. *Premières synthèses*. Dares. n° 47.1. 10 p.

[7] Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

[8] Dares. (2009). Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées. Edition 2009. 87 p.

[9] Mainguené A. (2008). Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006. *Etudes et résultats*. Drees. n° 641. 8 p.

[10] Vanoveirmer S. (2005). L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. *Etudes et résultats*. Drees. n° 419. 8 p.

[11] Drass Pays de la Loire. (2009). Statiss 2009 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : Pays de la Loire. 46 p.

### ■ Aides et soins aux personnes âgées

[1] Ould Younes S. (2010). Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008. *Dares analyses*. Dares. n° 20. 10 p.

[2] Marquier R. (2010). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. *Etudes et résultats*. Drees. n° 728. 8 p.

[3] Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 710. 6 p.

[4] Drees. (2010). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). [page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html)

[5] Jeger F. (2005). L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. *Etudes et résultats*. Drees. n° 372. 8 p.

[6] Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes).

[7] Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Etudes et résultats*. Drees. n° 739. 8 p.

[8] Marquier R. (2010). Les activités des aides à domicile en 2008. *Etudes et résultats*. Drees. n° 741. 8 p.

[9] Dutheil N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées. *Etudes et résultats*. Drees. n° 142. 11 p.

### ■ Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées

[1] Prévot J. (2009). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats*. Drees. n° 689. 8 p.

[2] Perrin-Haynes J. (2010). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. *Document de travail. Série statistiques*. Drees. n° 142. 160 p.

[3] Article L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles.

[4] Circulaire n°DHOS/02/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (n° 2005-1579 du 19 décembre 2005) concernant les unités de soins de longue durée.

[5] Prévot J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats*. Drees. n° 699. 8 p.

[6] Drass Pays de la Loire. (2009). 800 établissements pour personnes âgées dans les Pays de la Loire en 2007. *Echo des stat. Pays de la Loire*. n° 51. 4 p.

### ■ Prévention des risques professionnels et services de santé au travail

[1] Article L. 4121-1 du Code du travail.

[2] Articles L. 4621-1 et L. 4621-6 du Code du travail.

[3] Article R. 4121-1 du Code du travail.

[4] Article L. 4611-1 du Code du travail.

[5] Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

[6] Conseil d'orientation sur les conditions de travail. (2011). Conditions de travail. Bilan 2010. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 398 p.

[7] Article R. 4624-19 du Code du travail.

[8] Articles L. 12226-2 à 4 du Code du travail.

### ■ Promotion de la santé en faveur des élèves

[1] Circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation.

[2] Ministère de l'éducation nationale, Ministère de la recherche. (2001). Politique de santé en faveur des élèves. *Bulletin officiel du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de la recherche*. spécial n° 1. 26 p.

[3] Mildt, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2006). Prévention des conduites addictives : guide d'intervention en milieu scolaire. Ed. Centre national de documentation pédagogique. 83 p.

[4] Décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

[5] Circulaire du 4 mars 2010 relative à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

## ■ Services de protection maternelle et infantile

[1] Hassani A, Letoret A, Morellec J. (2009). Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Ed. Berger-Levrault. 502 p.

[2] Article L. 2112-2 du Code de la santé publique.

[3] Article R. 2132-3 du Code de la santé publique.

[4] Article R. 2112-8 du Code de la santé publique.

[5] Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. (2006). Etude sur la protection maternelle et infantile. Igas. 489 p.

[6] Drees. (2010). La protection maternelle et infantile (PMI). [page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi.html)

[7] Bailleau G, Borderies F. (2011). L'offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2009. *Etudes et résultats*. Drees. n° 763. 8 p.

[8] Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des Conseils généraux. (2010). Annuaire Andass des données sociales et de santé 2008 des Conseils généraux. 67 p.

[9] Drass Pays de la Loire. (2009). Statiss 2009 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : Pays de la Loire. 46 p.

## ■ Représentation et droits des usagers

[1] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[2] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2010). L'agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé. [page internet]. [www.sante-sports.gouv.fr/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante.html)

[3] Articles L. 1112-3, R. 1112-79\* du Code de la santé publique.

[4] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[5] Articles L. 1432-4, D. 1432-28\* du Code de la santé publique.

[6] Articles L. 1411-3, D. 1411-37\* du Code de la santé publique.

[7] Conférence nationale de santé. (2009). Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé. 43 p.

[8] Articles L. 1142-5, R. 1142-5\*, D. 1142-1\* du Code de la santé publique.

[9] Commission nationale des accidents médicaux. (2009). Rapport au Parlement et au Gouvernement. Année 2007-2008. 98 p.

[10] Médiateur de la République. (2011). Synthèse annuelle d'activité 2010 du Pôle Santé et sécurité des soins. 20 p.

[11] ORS Pays de la Loire, URPS-mi Pays de la Loire. (2011). Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : la perception des médecins généralistes. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 5 Pays de la Loire 2009. 12 p.

# Index alphabétique des thèmes

## A

Accident de la circulation : 29, 31, 41, 43, 45, 111, 115, 119, 125, 127  
Accident de la vie courante : 31, 41, 125  
Accident du travail : 119, 123, 125, 195  
Accident vasculaire cérébral (AVC) : 93, 97  
Accouchement : 21, 35, 39, 43, 107, 153, 179  
Adolescent/Jeune : 41, 83, 89, 91, 101, 111, 113, 115, 117, 125, 127, 129, 187, 197  
Affection d'origine périnatale : 29, 35, 39, 107  
Affection de longue durée (ALD) : 33, 51, 53, 55, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 85, 87, 93, 95, 97, 99, 101, 103, 105, 163, 165  
Agence régionale de santé (ARS) : 159, 163, 171  
Agent de service hospitalier : 161  
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : 165  
Aide médicale d'Etat (AME) : 165  
Aide à l'autonomie des personnes âgées (APA) : 191  
Aide-soignant : 161, 191  
Alcool : 31, 43, 59, 61, 69, 85, 103, 111, 127, 129  
Allaitement maternel : 107  
Allergie : 101, 119, 131  
Amiante : 65, 119, 121  
Analyse de biologie médicale : 163, 171  
Angine de poitrine : 95  
Antibiotique : 51, 55, 57, 169  
Antirétroviral (traitement) : 53  
Assistante maternelle : 199  
Assurance maladie : 33, 163, 165, 169  
Asthme : 41, 99, 101  
Audio-prothésiste : 141  
Audition : 91  
Auxiliaire médical : 141

## B

Baignade : 137  
Bilan de santé scolaire : 197  
Biologie médicale : 163, 171  
Biologiste : 171  
Bronchite chronique : 99, 113  
Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 99, 113  
Bruit : 91, 119

## C

Cancer : 29, 31, 33, 35, 41, 43, 45, 47, 59, 111, 113, 119, 121  
Cancer de l'œsophage : 31, 61, 111, 113  
Cancer de la peau : 67  
Cancer de la plèvre : 121  
Cancer de la prostate : 75

Cancer de la vessie : 79, 113  
Cancer de l'ovaire : 73  
Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) : 31, 61, 111, 113  
Cancer du col de l'utérus : 71  
Cancer du côlon-rectum : 63, 83  
Cancer du corps de l'utérus : 71, 83  
Cancer du poumon : 31, 65, 113, 121  
Cancer du rein : 77, 113  
Cancer du sein : 31, 69, 83  
Cancer professionnel : 119, 121  
Cannabis : 115, 127  
Cardiologue : 93, 95, 97, 167  
Cardiopathie ischémique : 81, 83, 93, 95, 113  
Cataracte : 47, 89  
Catégorie socioprofessionnelle (CSP) : 37  
Cause médicale de décès : 29, 31, 39, 41, 43, 45, 47, 129  
Cécité : 81, 89  
Césarienne : 107  
Chimiothérapie : 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 169, 175  
Chirurgie ambulatoire : 177  
Chirurgien-dentiste : 141, 149, 167  
Chômage : 17, 25  
Chute : 29, 31, 45, 47, 111, 125  
Cirrhose du foie : 31, 103, 111  
Classification internationale des maladies (Cim) : 29, 35  
Conduite addictive : 111, 113, 115  
Consommation de soins : 163, 167, 169, 171  
Contraception : 113, 117  
Contraception d'urgence : 117  
Convention médicale : 145, 147, 163  
Couverture maladie universelle (CMU) : 165  
Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : 165  
Couverture sociale : 165  
Crèche : 41  
Cyanobactéries : 137

## D

Déficience auditive : 91, 119, 155  
Déficience visuelle : 41, 45, 81, 89, 155  
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) : 89  
Démence : 47, 85, 87  
Démographie : 17, 19, 21  
Démographie médicale : 141, 143, 145, 147  
Densité médicale : 143, 145, 147  
Dépendance des personnes âgées : 47, 87, 191, 193  
Dépendance des personnes handicapées : 187, 189  
Dépenses de santé : 163, 167, 169, 171  
Dépistage : 53, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 75, 107, 197  
Dépression : 25, 85, 129

Dermatologue : 67, 167  
Diabète : 33, 43, 45, 81, 83, 89, 93, 95, 97  
Diagnostic d'hospitalisation : 35, 173, 175, 177  
Dialyse : 77, 81, 105  
Diététicien : 141  
Disparités de santé : 37  
Drogue illicite : 85, 115, 127  
Droits des usagers : 201  
Dyslipidémie : 93, 95, 97

## E

Eau potable : 133  
Endémie : 51  
Enfant : 35, 39, 41, 83, 89, 91, 101, 125, 187, 197, 199  
Environnement : 101, 119, 121, 131, 133, 135, 137  
Epidémie : 51  
Ergothérapeute : 141  
Espérance de vie : 23, 37, 47  
Espérance de vie sans incapacité : 47  
Etablissement de santé : 57, 159, 161, 163, 175, 177, 179, 181, 183, 201  
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) : 163, 191, 193  
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : 193  
Etablissement pour personnes handicapées (adultes) : 189  
Etablissement pour personnes handicapées (enfants et/ou adolescents) : 187  
Exposition professionnelle : 59, 65, 77, 79, 91, 99, 119, 121, 123, 195

## F

Fécondité : 17, 19, 21, 43  
Franchise médicale : 163  
Forfait hospitalier : 163

## G

Génétique (prédisposition) : 63, 67, 69, 73, 77, 81, 83  
Genre : 37  
Glaucome : 89  
Greffe rénale : 105  
Grossesse : 29, 35, 43, 107, 111, 113, 117, 153, 179, 199  
Gynécologue (gynécologue-obstétricien) : 107, 167, 179

## H

Handicap : 89, 91, 125, 155, 181, 191  
Handicap (adultes) : 45, 47, 189  
Handicap (enfants) : 39, 187, 197  
Hépatite virale : 51, 115  
Hospitalisation : 35, 159, 173  
Hospitalisation à domicile (HAD) : 159, 175  
Hospitalisation complète : 173, 175, 177, 179, 181  
Hospitalisation de jour : 173, 175, 177, 179, 181  
Hygiène : 51  
Hygiène hospitalière : 57

Hypercholestérolémie : 93, 95, 97  
Hypertension artérielle (HTA) : 83, 93, 95, 97

## I

Iatrogénie : 57  
Imagerie par résonance magnétique (IRM) : 159  
Indemnité journalière (IJ) : 163  
Inégalités sociales de santé : 25, 37, 41  
Infarctus du myocarde : 81, 93, 95  
Infection nosocomiale (IN) : 51, 57  
Infection sexuellement transmissible (IST) : 51, 53  
Infirmier : 141, 157, 161, 167, 191, 199  
Infirmier de santé scolaire : 197  
Insuffisance cardiaque : 93  
Insuffisance rénale chronique (IRC) : 81, 105  
Insuffisance respiratoire chronique : 99, 101  
Interne en médecine : 161  
Interruption de grossesse pour motif médical (IMG) : 107  
Interruption volontaire de grossesse (IVG) : 43, 107, 117

## J

Jeune/Adolescent : 41, 83, 89, 91, 101, 111, 113, 115, 117, 125, 127, 129, 187, 197  
Journée d'hospitalisation : 173, 175, 177

## L

Laboratoire de biologie médicale : 171  
Légionellose : 135  
Leptospirose : 137  
Lésion traumatique et empoisonnement : 29, 31, 35, 43, 125, 129

## M

Maladie professionnelle : 119, 121, 123, 195  
Maladie à déclaration obligatoire (MDO) : 53, 55, 135  
Maladie d'Alzheimer : 47, 87  
Maladie de l'appareil circulatoire : 29, 31, 33, 35, 61, 81, 83, 93, 95, 97  
Maladie de l'appareil digestif : 29, 31, 33, 35, 59, 63, 103, 111, 133, 137  
Maladie de l'appareil génito-urinaire : 29, 33, 35, 59, 71, 73, 75, 77, 79, 105  
Maladie de l'appareil ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif : 29, 33, 35, 123  
Maladie de l'appareil respiratoire : 29, 33, 35, 55, 59, 65, 99, 101, 113, 115, 119, 121, 131, 135  
Maladie de l'oeil et de ses annexes : 35, 41, 81, 89  
Maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde : 35, 41, 91, 119  
Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané : 29, 33, 35, 67, 119, 137  
Maladie des dents et du parodonte : 35, 41, 149  
Maladie du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles immunitaires : 29, 33, 35, 59  
Maladie du système nerveux : 29, 33, 35, 41

## Index alphabétique des thèmes

Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique : 29, 33, 35, 81, 83  
Maladie infectieuse et parasitaire : 29, 33, 35, 51, 53, 55, 57, 71, 115, 133, 135, 137  
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) : 103  
Maladie professionnelle (MP) : 119, 121, 123  
Maladie vasculaire cérébrale : 81, 83, 93, 97  
Malformation congénitale et anomalies chromosomiques : 29, 35, 107  
Manipulateur en électroradiologie : 141  
Masseur-kinésithérapeute : 141, 155, 167  
Maternité : 107, 179  
Médecin : 141, 143, 145, 147  
Médecin de santé scolaire : 197  
Médecin du travail : 119, 123, 195  
Médecin généraliste : 143, 145, 167  
Médecin de médecine physique et réadaptation : 181  
Médecin spécialiste : 143, 147, 167  
Médicament : 151, 163, 169  
Médicament générique : 151, 169  
Mélanome : 67  
Mésothélium pleural : 121  
Minima sociaux : 25  
Mort subite du nourrisson : 29, 39, 113  
Mortalité : 17, 19, 23, 29, 125, 127, 129  
Mortalité infantile : 39  
Mortalité maternelle : 107  
Mortalité périnatale : 107  
Mortalité prématurée : 23, 31, 37, 39, 41, 43  
Mortalité prématurée évitable : 31, 53, 59, 61, 65, 103, 111, 125, 127, 129  
Mutuelle : 163, 165

## N

Naissance : 17, 19, 21, 107  
Nitrate : 133  
Noyade : 125, 137  
Numerus clausus : 143, 149, 151, 153  
Nutrition : 59, 63, 81, 83, 93, 95

## O

Obésité : 41, 81, 83, 95  
Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) : 163  
Ophtalmologiste : 89, 147, 167  
Opticien-lunetier : 141  
Ordre professionnel : 141, 143, 151, 155, 157  
Orthodontiste : 149  
Orthophoniste : 91, 141, 155, 167  
Orthoptiste : 89, 141, 155  
Oto-rhino-laryngologue (ORL) : 91, 147

## P

Pandémie : 51  
Papillomavirus humain : 61, 71

Pauvreté : 25, 81, 83, 165  
Pédiatre : 39, 41, 147, 167, 179  
Pédicure-podologue : 141  
Périnatalité : 39, 107, 153, 179  
Personne âgée : 35, 47, 87, 125, 129, 159, 191, 193  
Pesticide : 133  
Pharmacie (officine) : 151, 169  
Pharmacien : 141, 151, 169  
Pollen : 101, 131  
Pollution atmosphérique : 131  
Pollution microbiologique : 133, 137  
Pollution physico-chimique : 131, 133, 137  
Population : 17, 19, 21, 23  
Praticien hospitalier : 161  
Précarité : 25, 165  
Prélèvement d'organe : 105  
Prématurité : 39, 107  
Profession de santé : 141, 143, 145, 147, 149, 151, 153, 155, 157, 161  
Profession médicale : 141, 143, 145, 147, 149, 153  
Profession non médicale des établissements de santé : 161  
Profession paramédicale : 141, 155, 157  
Professionnel de la rééducation : 155  
Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : 35, 159, 175, 177  
Projection de population : 19  
Protection maternelle et infantile (PMI) : 39, 199  
Psychiatre : 85, 147, 183  
Psychiatrie : 85, 129, 159, 183  
Psychomotricien : 141  
Puéricultrice : 199

## R

Radiologue : 147  
Radiothérapie : 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79  
Recensement de la population (RP) : 17  
Régime agricole : 165  
Régime général : 165  
Régime social des indépendants (RSI) : 165  
Régime spécial : 165  
Risques professionnels : 195

## S

Sage-femme : 107, 141, 153, 161, 179, 199  
Santé et travail : 65, 77, 79, 91, 99, 119, 121, 123, 195  
Santé scolaire : 187, 197  
Scanner : 159  
Schéma régional d'organisation des soins (Sros) : 159  
Schizophrénie : 85  
Scolarisation : 41, 187, 197  
Sécurité routière : 127  
Sécurité sociale : 163, 165  
Sédentarité : 59, 81, 83, 93, 95  
Séjour chirurgical : 177

Séjour médical : 175  
Service d'accueil des urgences (SAU) : 185  
Service d'aide médicale urgente (Samu) : 185  
Service de santé au travail (SST) : 195  
Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : 157, 191  
Sida (Syndrome d'immunodéficience acquise) : 31, 51, 53, 55, 115  
Soins ambulatoires : 163, 167  
Soins de longue durée (SLD) : 193  
Soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : 173, 175, 177, 179  
Soins de suite et de réadaptation (SSR) : 181  
Soins dentaires : 149, 163  
Soins en psychiatrie : 183  
Solde migratoire : 17  
Solde naturel : 17  
Soleil : 67  
Souffrance psychologique : 85, 119, 129  
Structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) : 185  
Suicide : 25, 29, 31, 43, 45, 85, 111, 129  
Suicide (tentative) : 129  
Surdité : 91, 119  
Surpoids : 41, 81, 83, 95  
Surveillance : 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 107, 119, 121, 123, 129, 131, 133, 135, 137, 195, 197

## T

Tabac : 31, 43, 59, 61, 65, 77, 79, 93, 95, 97, 99, 101, 113  
Tabagisme passif : 113  
Tarification à l'activité (T2A) : 159  
Taux d'activité : 17  
Ticket modérateur : 33, 163, 165,  
Traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) : 69, 73  
Troubles mentaux et du comportement : 25, 29, 33, 35, 85, 87, 111, 115, 129, 183  
Troubles musculo-squelettiques (TMS) : 119, 123  
Tuberculose : 51, 55

## U

Urgences : 39, 125, 185  
Usagers : 201

## V

Vaccination : 39, 41, 51, 55, 71, 199  
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) : 31, 51, 53, 55, 115

# Index des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé	Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
Aasqa	Association agréée de surveillance de la qualité de l'air	Citepa	Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne	Clis	Classe d'intégration scolaire
Adeli	Automatisation des listes	CMP	Centre médicopsychologique
Ademe	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie	CMU	Couverture maladie universelle
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
AER	Allocation équivalent retraite	Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	CNS	Conférence nationale de santé
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail	CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Aggir	Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources	Codamups	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
AI	Allocation d'insertion	Corevih	Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine
ALD	Affection de longue durée	CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
ALF	Allocation de logement à caractère familial	CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
ALS	Allocation de logement à caractère social	Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
AME	Aide médicale d'Etat	CRCI	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	Creai	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales	CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Apa	Allocation personnalisée d'autonomie	CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
API	Allocation de parent isolé	Csapa	Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie
APL	Aide personnalisée au logement	CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	CSI	Centre de soins infirmiers
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales	CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
ARS	Agence régionale de santé	CTN	Commission technique nationale
Ase	Aide sociale à l'enfance	Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Asi	Allocation supplémentaire d'invalidité	Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées	DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
ASS	Allocation de solidarité spécifique	DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse	DGS	Direction générale de la santé
Ata	Allocation temporaire d'attente	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
AT-MP	Accident du travail - Maladie professionnelle	Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	Dreal	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Caf	Caisse d'allocations familiales	DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
CCAM	Classification commune des actes médicaux	Ehpa	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales	Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	ENNS	Etude nationale nutrition santé
CCNUCC	Convention-cadre des nations unies sur les changements climatiques	EOHH	Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit	Epac	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	Epas	Echantillon permanent d'assurés sociaux
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale	Epipage	Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels
Cépidc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	EPPM	Enquête permanente sur la prescription médicale
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	Erasmé	Extraction, recherche, analyse, suivi médico-économique
CH	Centre hospitalier	Esat	Etablissement et service d'aide par le travail
CHI	Centre hospitalier intercommunal		
CHR	Centre hospitalier régional		
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail		
CHU	Centre hospitalier universitaire		
Cim	Classification internationale des maladies		

Espic	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	QOOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ESPS	Enquête santé et protection sociale	ORS	Observatoire régional de la santé
Fam	Foyer d'accueil médicalisé	Oscour	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés
Fiva	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé	PCH	Prestation de compensation du handicap
Francim	Réseau de registres France-cancer-incidence et mortalité	PMI	Protection maternelle et infantile
HAD	Hospitalisation à domicile	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
HAS	Haute autorité de santé	PNNS	Programme national nutrition santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique	PNSE	Plan national santé-environnement
HID	Handicaps-incapacités-dépendance	PNSM	Programme national de surveillance du mésothéliome
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat	PPS	Projet personnalisé de scolarisation
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat	Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
Ifsi	Institut de formation en soins infirmiers	REIN	Réseau épidémiologie et information en néphrologie
Igca	Inspection générale des affaires sociales	RES	Réseau environnement santé
INCa	Institut national du cancer	Rheop	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
Ined	Institut national d'études démographiques	RIM-P	Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	Rniam	Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
Inrets	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité	RNSA	Réseau national de surveillance aérobiologique
INRS	Institut national de recherche et de sécurité	RSA	Revenu de solidarité active
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	RSI	Régime social des indépendants
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	RSO	Revenu de solidarité
Invs	Institut de veille sanitaire	SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
Ircem	Institut de retraite complémentaire des employés de maison	Samsah	Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé	Samu	Service d'aide médicale urgente
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé	SAU	Service d'accueil des urgences
Isped	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement	SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale	Sessad	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables	Sida	Syndrôme d'immunodéficience acquise
Maia	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer	SLD	Soins de longue durée
Mas	Maison d'accueil spécialisée	Smur	Service mobile d'urgence et de réanimation
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique	Sniiram	Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie
MDO	Maladie à déclaration obligatoire	Snir	Système national interrégimes
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées	Sros	Schéma régional d'organisation des soins
MEP	Mode d'exercice particulier	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
Migac	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation	SSR	Soins de suite et de réadaptation
Mildt	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	SST	Service de santé au travail
MPI	Maladie professionnelle indemnisable	Statiss	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
MPR	Médecine physique et de réadaptation	Sumer	Surveillance médicale des risques professionnels
MSA	Mutualité sociale agricole	Sumps	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
MTP	Majoration pour tierce personne	SurSaud	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale	T2A	Tarification à l'activité
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels	Tass	Tribunal des affaires de sécurité sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique	TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité
Octris	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants	UE	Union européenne
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies	UHR	Unité d'hébergement renforcée
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	Ulis	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
OMS	Organisation mondiale de la santé	UNV	Unité neurovasculaire
Ondam	Objectif national de dépenses d'assurance maladie	UPI	Unité pédagogique d'intégration
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé	Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
Onisr	Observatoire national interministériel de sécurité routière	URPS-ml	Union régionale des professions de santé-médecins libéraux
Opeps	Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé	Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
		Zep	Zone d'éducation prioritaire

### Signes conventionnels utilisés

- nd non disponible
- /// sans signification

## En savoir plus

Dans l'encadré "Définitions et méthode" de certaines fiches, un renvoi est proposé sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com), "La santé observée - Sources". Il donne accès à une description des principales sources de données utilisées.

Cette publication est disponible sur demande à l'Observatoire régional de la santé ou en téléchargement (document intégral ou fiche thématique) sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com).

### Citation suggérée :

Tallec A, Tuffreau F, dir. (Janvier 2012). *La santé observée dans les Pays de la Loire. Edition 2012*. ORS Pays de la Loire, 238 p.

L'ORS autorise l'utilisation et la reproduction des informations présentées dans ce document, sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

© Crédits photos : Région des Pays de la Loire / Ouest Médias ; Shutterstock

Conception graphique couverture : Brigitte Dubois - Tél. 06 71 90 41 33

Impression : Offset 5 Edition - Tél. 02 51 94 79 14

Vous êtes professionnel de santé  
Vous travaillez dans le domaine de la santé  
Vous êtes intéressé par la santé publique

# Simplifiez vos recherches avec [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

- ✓ Chiffres et données de santé  
avec trois modes d'accès possibles :
  - Thématiques ■ Populations ■ Territoires
- ✓ Actualités
  - Pays de la Loire ■ France
  - Agenda ■ Journées santé
- ✓ Portail documentaire
  - 17 000 références régionales et nationales

**Inscrivez-vous à notre lettre électronique**

*pour recevoir directement ces informations chez vous*

**www.santepaysdelaloire.com est administré conjointement par :**

> Le Registre des cancers  
Loire-Atlantique/Vendée

> L'Observatoire régional  
de la santé

> L'Instance régionale  
d'éducation et de promotion  
de la santé

# La santé observée

## dans les Pays de la Loire



Certaines maladies sont-elles plus fréquentes dans la population des Pays de la Loire ? Quelles sont les principales affections à l'origine des recours aux soins des habitants de la région ? Ces derniers sont-ils plus concernés par la consommation excessive d'alcool ou plus exposés à la pollution de l'air ? Combien de professionnels de santé dans la région aujourd'hui... et demain ?

Cette troisième édition du tableau de bord régional sur la santé apporte des réponses à ces questions, à partir des données scientifiques les plus récentes. 89 fiches thématiques présentent les principales données sur la santé de la population régionale, ses déterminants comportementaux et environnementaux et les ressources sanitaires dont disposent les Pays de la Loire. Chacune de ces fiches offre à la fois des éléments de contexte national et des données spécifiques à la région.

Ce document a été réalisé par l'Observatoire régional de la santé, avec la contribution de nombreux experts régionaux et nationaux, et le soutien financier de l'Agence régionale de santé et du Conseil régional des 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

