



La santé des habitants des Pays de la Loire



AUTEURS

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

Marie-Christine Bournot, Pierre-François Busson, Dr Jean-François Buyck, Sandrine David, Clara Galland, Laurence Girard, Marie-Cécile Goupil, Brigitte Klok, Françoise Lelièvre et Lise Mandigny.

REMERCIEMENTS

Ce travail a bénéficié de la contribution de nombreux acteurs régionaux mais aussi nationaux, tant pour la mise à disposition de données que pour la validation et l'enrichissement des analyses.

Merci notamment à :

- Dr Corinne Allieux, Dr Isabelle Dehercé, Dr Dominique Honoré, Dr Pascale Lalanne, Aline Lebon, Dr Nicole Moutarde (Structures de gestion du dépistage organisé des cancers)
- Christophe André (Observatoire régional de la sécurité routière/Dreal)
- Pr Gilles Berrut, Dr Dominique Dupas, Pr Michel Krempf, Dr Maëva Lefebvre, Pr Jean-Christophe Rozé (CHU Nantes)
- Pr Mario Campone (Institut de cancérologie de l'Ouest)
- Dr Anne Fagot-Campana, Michel Païta (Cnamts)
- Amélie Carrère, Nathalie Guignon, Isabelle Leroux (Drees)
- Dr Anicet Chaslerie, Dr Luc Goupil, Dr Jacques Pivette (ERSM Assurance maladie)
- Hélène Chesnel, Loïc Midy (Insee)
- Dr Anne-Sophie Coutin, Marion Olivier-Pérennec (Réseau sécurité Naissance - Naître Ensemble)
- Dr Bruno Hubert (Cire Santé Publique France)
- Cécile Jaffré, Dr Erick Marganne, Dr Véronique Tassy (Direccte)
- Dr Denis Leguay, psychiatre
- Dr Florence Molinié (Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée)
- Dr Georges Picherot, pédiatre
- Ambre Pioger, Michel Poupon, Charlotte Simonneau (Département Observation Analyses - ARS)
- Christiane Poutet, Claire Ropers, Dr Anne-Léopoldine Vincent (Rectorat de l'Académie de Nantes)
- Grégoire Rey (Inserm CépiDc)
- Pr Yves Roquelaure (CHU Angers)

FINANCEMENT

Agence régionale de santé et Conseil régional des Pays de la Loire



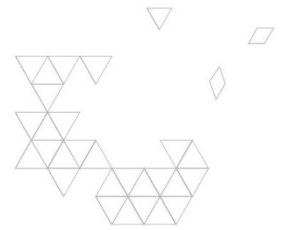
CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire. 303 p.

L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources.

ISBN 978-2-908417-74-6

Mai 2017



AVANT-PROPOS

Ce rapport a pour objectif de décrire les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire, grâce à l'analyse des données statistiques directement mobilisables, qui se sont particulièrement enrichies au cours de la dernière décennie. Il ne traite pas de toutes les maladies - bien qu'à l'échelle des individus, chacune soit importante - mais seulement de celles qui, au niveau de la population, apparaissent particulièrement fréquentes et graves.

La description proposée est organisée selon une double perspective. Populationnelle tout d'abord, avec une analyse de l'état de santé des Ligériens aux différents âges de la vie. Cette approche éclaire les principaux enjeux de santé pour plusieurs publics cibles, afin de permettre un ajustement des programmes et actions développés à leur intention. Par pathologie ensuite, afin de mettre à la disposition des acteurs régionaux les données disponibles concernant la situation des Pays de la Loire pour les principales causes de morbidité, et leur tendance évolutive.

Pour chacune des populations et pathologies étudiées, une attention particulière est portée aux inégalités sociales de santé. Par ailleurs, l'analyse des données a été menée avec le souci de pouvoir dégager quelques éléments de prospective à 10 ans, selon un scénario s'appuyant à la fois sur les tendances épidémiologiques récentes et sur l'évolution des principaux facteurs de risque et de protection susceptibles d'infléchir ces tendances. Parmi ces facteurs, la consommation de tabac et d'alcool dont l'impact est majeur, et les expositions professionnelles qui connaissent de profonds changements, sont abordées en dernière partie de ce document.

Les déterminants sociodémographiques de la santé, et notamment le vieillissement de la population dont les conséquences en termes de prospective sont primordiales, font l'objet d'une étude spécifique produite de façon concomitante par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire. Cette étude de l'ARS analyse également un certain nombre de facteurs environnementaux, dont les effets sur la santé sont bien établis.

En revanche, les éléments relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système de soins et médicosocial, aux pratiques des professionnels soignants, ainsi qu'aux traitements et modalités de prise en charge des patients dont les évolutions seront vraisemblablement considérables dans les années qui viennent, ne sont abordés que de façon indirecte dans ces travaux.

Cet ouvrage sur la santé des Ligériens compte plus de 300 pages, analyse des centaines de chiffres et il n'est bien sûr pas possible de le résumer en quelques lignes. À sa lecture, de nombreuses problématiques, cliniques, sociétales et d'organisation des soins comme de l'accompagnement, pourraient être soulevées pour être érigées en axes de réflexion prioritaires : les enjeux de la parentalité, la santé au travail et les risques psychosociaux, l'accès précoce aux soins, la situation préoccupante de la prévention et de l'éducation pour la santé, le recours aux urgences, les réponses aux problématiques de santé mentale, etc. Elles surgissent, explicitement ou non, au décours de ce travail.

Mais trois points méritent d'ores et déjà d'être soulignés.

Tout d'abord, les habitants des Pays de la Loire, dont la santé a longtemps été globalement plus favorable que la moyenne nationale - à l'exception notable des problèmes de santé liés à l'alcool et du suicide - ont vu leur avantage dans ce domaine se réduire au cours des années récentes. Dans ce contexte, la stabilité et pour certaines pathologies très fréquentes la hausse prévisible des taux de morbidité régionaux, conjuguées à l'augmentation et au vieillissement de la population, risquent de se traduire dans la décennie à venir par des besoins de soins notablement accrus.



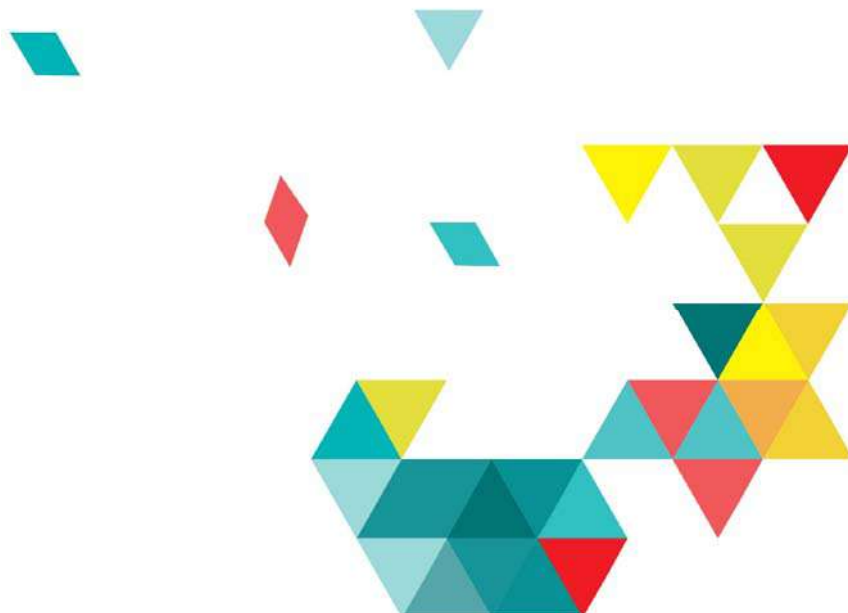
Par ailleurs, le tabagisme, la consommation d'alcool et les habitudes nutritionnelles défavorables restent trois déterminants de santé majeurs et une source importante d'inégalités sociales de santé. La prévention de ces comportements, dans une démarche globale prenant en compte le fait qu'ils sont fortement influencés par les facteurs sociaux et les conditions de vie, reste donc un levier fondamental d'amélioration de l'état de santé de la population et de limitation à moyen terme de l'incidence des pathologies évitables.

Enfin, en lien avec le vieillissement attendu de la population, le maintien de la santé, de la qualité de vie et de l'autonomie aux âges élevés doit être anticipé et constituer un enjeu prioritaire des politiques de prévention et de promotion de la santé dès l'âge de 50 ans. Plus largement, l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées va exiger une adaptation majeure du système de santé et médico-social, mais aussi des logements, des quartiers, des villes, et in fine de toute la vie sociale.

Ce document, dont la production a mobilisé toute l'équipe de l'Observatoire régional de la santé pendant de nombreux mois et qui a bénéficié du concours de nombreux experts, n'aurait pu être produit sans la confiance et le soutien financier de l'Agence régionale de santé et du Conseil régional des Pays de la Loire. Il contribuera à l'orientation, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques développées en région, Plan régional d'accès à la santé du Conseil régional et Projet Régional de Santé 2018-2022. En particulier, il répond à une demande de l'ARS et fait partie des documents constitutifs du Projet Régional de Santé 2018-2022 (PRS2).

Mais qu'il soit décideur ou professionnel de santé, du champ médicosocial ou de l'éducation, usager, élu... chacun des acteurs régionaux concernés pourra y trouver matière à enrichir ses connaissances et orienter sa pratique pour mieux répondre aux enjeux de la santé des Ligériens, aujourd'hui et demain.

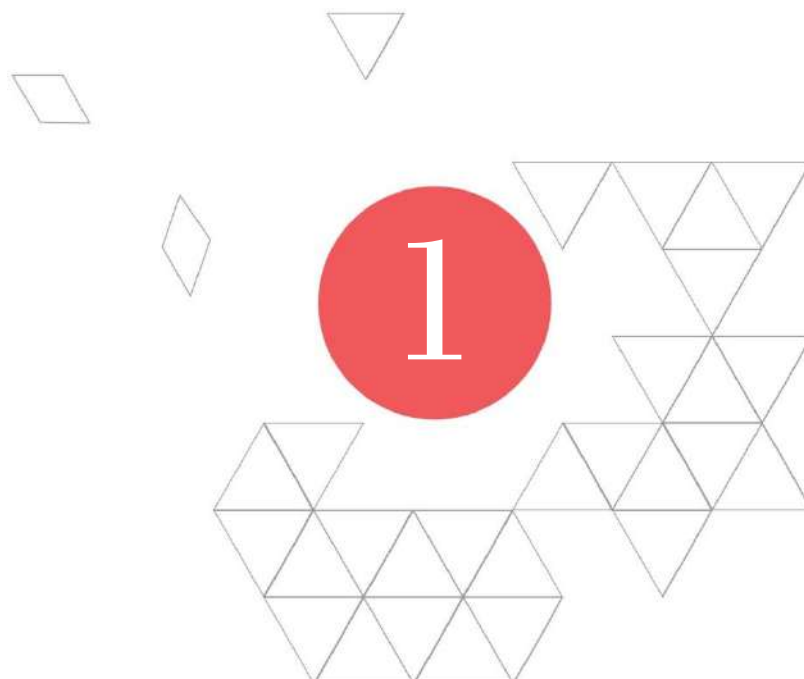
Dr Anne Tallec
Directrice de l'ORS Pays de la Loire



SOMMAIRE

1. VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES LIGÉRIENS	5	3. PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES	157
1. Perception de la santé	9	1. Cancers	159
2. Espérance de vie et mortalité	9	2. Maladies cardiovasculaires	181
3. Mortalité prématurée et mortalité évitable	12	3. Diabète, surpoids et obésité	197
4. Les maladies chroniques et la multimorbidité	15	4. Troubles mentaux et du comportement	213
5. Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique	21	5. Maladies respiratoires	249
6. Déficiences, limitations et situations de handicap	26	6. Enjeux actuels et à venir liés aux infections	261
7. Inégalités sociales de santé	30		
2. SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE	35	4. FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ	273
1. La période périnatale et la première année de vie	37	1. Consommation de tabac	275
2. Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)	49	2. Consommation d'alcool	283
3. Santé des personnes âgées de 18-64 ans	93	3. Santé et travail	293
4. Santé des personnes âgées de 65 ans et plus	119		





VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES LIGÉRIENS

Dr Anne Tallec, Sandrine David, Dr Jean-François Buyck

1. Perception de la santé	9
2. Espérance de vie et mortalité	9
3. Mortalité prématurée et mortalité prématurée évitable	12
4. Les maladies chroniques et la multimorbidité	15
5. Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique	21
6. Déficiences, limitations d'activité et situations de handicap	26
7. Inégalités sociales de santé	30

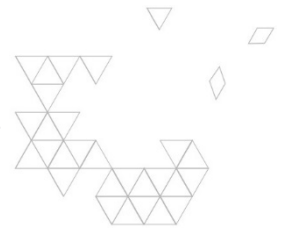


SOMMAIRE DÉTAILLÉ

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	7
1 PERCEPTION DE LA SANTÉ	9
Quatre Ligériens sur 5 se perçoivent en bonne santé	9
2 ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ	9
Une espérance de vie des femmes supérieure de plus de 6 ans à celle des hommes	9
Une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale pour les femmes, et proche pour les hommes	10
Une situation un peu moins favorable pour les hommes en Loire-Atlantique et en Sarthe	10
Une augmentation de l'espérance de vie importante, reflet de la baisse de la mortalité	11
Baisse de la mortalité à tous les âges, sauf pour les femmes de 50-64 ans, et depuis quelques années, pour les jeunes de 20-24 ans	11
Cancers et maladies cardiovasculaires au premier plan, et la région conserve une situation défavorable pour les morts violentes	12
3 MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE	12
La mortalité avant 65 ans diminue mais un décès sur cinq concerne encore un Ligérien de moins de 65 ans	12
Les hommes particulièrement concernés par la mortalité prématurée : un décès masculin sur 4 survient avant l'âge de 65 ans	13
Les cancers à l'origine de plus de 40 % des décès avant 65 ans	14
Un tiers des décès avant 65 ans peuvent être considérés comme évitables, ce qui représenterait plus de 2 000 vies épargnées chaque année	14
Une surmortalité prématurée évitable chez les hommes, en lien avec leurs habitudes de consommation d'alcool	14
4 LES MALADIES CHRONIQUES ET LA MULTIMORBIDITÉ	15
Un Ligérien sur trois se déclare atteint d'un problème de santé chronique	15
Un tiers des Ligériens pris en charge pour un problème de santé ou un traitement chronique	15
La prévalence régionale des ALD atteint près de 16 %, et son augmentation illustre le poids croissant des maladies chroniques	16
Des taux d'admissions en ALD en augmentation, mais qui restent nettement inférieurs à la moyenne nationale, notamment avant 65 ans	18
Des admissions en ALD plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, mais un écart qui tend à se réduire	19
Les maladies cardio-neurovasculaires au premier plan	19
Une situation régionale plutôt favorable, sauf pour les cancers et les pathologies digestives chez les hommes	20
5 HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE	21
Un Ligérien sur 6 hospitalisé au moins une fois dans l'année en court séjour	21
Des recours aux hospitalisations en hausse, et désormais légèrement plus fréquents qu'au niveau national	21
Des taux de recours au MCO variables selon les départements	22
Des taux de personnes hospitalisées en hausse pour plusieurs groupes de pathologies, avec en particulier pour les tumeurs, affections ostéoarticulaires, lésions traumatiques, maladies de l'œil et troubles mentaux, des taux plus élevés dans la région	23
Des hospitalisations pour maladies de l'oreille en recul, mais toujours plus fréquentes qu'au plan national	25
Des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires stables et qui restent moins fréquentes dans la région	26
Grossesse et accouchement constituent le premier motif d'hospitalisation des femmes	26
6 DÉFICIENCES, LIMITATIONS D'ACTIVITÉ ET SITUATIONS DE HANDICAP	26
6 % des Ligériens de 15-75 ans fortement limités dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé	26
Au moins 176 000 adultes en situation de handicap ou de dépendance dans la région	27
Les situations de handicap et de dépendance connues des dispositifs d'aide	29
7 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	30
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	33

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Comment apprécier la situation régionale en matière de maladies chroniques ?	16
ENCADRÉ 2. Intérêts et limites de l'utilisation des données relatives aux affections de longue durée (ALD)	17
ENCADRÉ 3. Fréquence des situations de multimorbidité en France	20
ENCADRÉ 4. Intérêt et limites de l'utilisation des données du PMSI MCO	23
ENCADRÉ 5. Fréquence et types de limitation fonctionnelles en France (enquête Handicap-Santé)	27
ENCADRÉ 6. Espérance de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable notamment chez les femmes, des inégalités sociales qui restent marquées	28
ENCADRÉ 7. Indicateurs de défavorisation sociale : intérêts et limites	31
ENCADRÉ 8. Prendre en compte la littératie pour réduire les inégalités sociales de santé	32



FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

La situation de santé des habitants des Pays de la Loire apparaît actuellement globalement favorable : 79 % d'entre eux expriment une perception positive de leur état de santé, et leur espérance de vie à la naissance a progressé au même rythme que la moyenne nationale au cours des années récentes, atteignant actuellement 79 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes.

Cette augmentation de l'espérance de vie à la naissance reflète une baisse de la mortalité régionale qui a concerné toutes les classes d'âge, sauf les femmes de 50 à 64 ans et, depuis le début des années 2000, les jeunes de 20 à 24 ans.

Dans la région comme en France, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes tend à se réduire mais reste très marqué. Cette situation résulte d'une surmortalité des hommes par rapport aux femmes dans toutes les classes d'âge, et en particulier chez les adultes jeunes.

En matière d'espérance de vie à la naissance, les Pays de la Loire se positionnent parmi les régions françaises les mieux placées pour les femmes, et à un niveau proche de la moyenne nationale pour les hommes. Mais ce constat global recouvre des situations très différentes selon les classes d'âge. En effet, la mortalité des Ligériens est nettement inférieure à la moyenne nationale (- 20 %) chez les enfants de moins d'un an, puis proche de cette moyenne entre 1 et 17 ans. La position relative de la région se dégrade ensuite fortement chez les 18-24 ans, avec une mortalité qui dépasse de 20 % la moyenne nationale chez les hommes et de 4 % chez les femmes. Pour ces dernières, la situation régionale redevient favorable dans toutes les classes d'âge supérieures, alors que la surmortalité des hommes ligériens perdure chez les 25-49 ans (+ 4 %), et ne retrouve un niveau proche, puis inférieur à la moyenne nationale, qu'à partir de la classe 50-64 ans.

La mortalité prématurée régionale, même si elle est en recul et légèrement inférieure à la moyenne nationale, reste à un niveau préoccupant, puisqu'en Pays de la Loire, un décès sur cinq concerne des personnes âgées de moins de 65 ans. En outre, 35 % de ces décès avant 65 ans - soit plus de 2 000 chaque année - peuvent être considérés comme évitables car en lien avec des facteurs de risque qu'il est possible de prévenir.

La situation régionale reste dans ce domaine particulièrement défavorable chez les hommes, avec un décès sur quatre avant 65 ans (un sur huit chez les femmes). De plus, 40 % de ces décès prématurés masculins peuvent être considérés comme évitables (24 % chez les femmes). La mortalité prématurée évitable des hommes dépasse ainsi de 14 % la moyenne nationale, alors qu'elle est proche de cette moyenne pour les femmes. Ce constat est à mettre en lien avec la nette surmortalité prématurée des hommes de la région pour des problèmes de santé majoritairement ou exclusivement attribuables à la consommation d'alcool, ou pour lesquels l'alcool constitue un facteur de risque bien établi.

Les dernières décennies se caractérisent, dans la région comme en France, par le poids croissant des maladies chroniques ainsi que de la multimorbidité, c'est-à-dire de la présence simultanée chez une même personne de plusieurs maladies chroniques. Cette tendance résulte notamment de l'augmentation de l'espérance de vie, des transformations des conditions de vie et d'environnement, et des progrès médicaux qui permettent de vivre de plus en plus longtemps avec certaines maladies, sans pour autant en guérir. L'augmentation de la prévalence des affections de longue durée (ALD) reconnues par les régimes d'assurance maladie, même si elle doit être interprétée avec prudence en raison du caractère médico-administratif de ces données, illustre ce constat. Ainsi, en 2015, près de 16 % des Ligériens relevant du régime général d'assurance maladie sont en ALD en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et particulièrement coûteux. De façon plus globale, un tiers des Ligériens affiliés au régime général de l'assurance maladie ont eu en 2014 une prise en charge pour un recours aux soins signant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement prolongé par médicament psychotrope, antihypertenseur ou hypolipémiant. Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population régionale, ce sont donc environ 1,2 million de Ligériens qui seraient concernés.

Les Pays de la Loire se caractérisent toutefois par un taux de personnes prises en charge pour une pathologie chronique ou un traitement prolongé inférieur à la moyenne nationale, à structure d'âge identique. Les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie sont également moins fréquentes dans la région (- 7 %). Cette moindre morbidité se retrouve pour les différents groupes de pathologies ouvrant droit à l'admission en ALD, à l'exception des cancers et des maladies de l'appareil digestif chez les hommes, en lien notamment avec des affections attribuables à la consommation d'alcool. La situation régionale apparaît par contre particulièrement favorable en matière de prévalence des ALD pour diabète, maladies cardio-neurovasculaires et maladies respiratoires chroniques. Cela peut être rapproché notamment du moindre tabagisme longtemps observé dans la région, et d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables, dont témoigne en particulier la moindre fréquence régionale du surpoids et de l'obésité.



Mais dans les années qui viennent, la région pourrait perdre progressivement la position relativement protégée qui est encore globalement la sienne en matière de morbidité. En effet, les principaux déterminants de l'état de santé que sont la consommation de tabac, la consommation d'alcool et les habitudes nutritionnelles néfastes ont connu dans la région une évolution défavorable au cours de la dernière décennie. Ainsi, entre 2005 et 2014, dans la population régionale, le tabagisme quotidien a vu sa fréquence augmenter, l'usage à risque ponctuel d'alcool a connu une forte hausse, et la fréquence du surpoids a également eu tendance à progresser, ce problème concernant actuellement 38 % des Ligériens.

Le recours aux soins hospitaliers est actuellement très fréquent, puisqu'environ un Ligérien sur 6 est hospitalisé au moins une fois dans l'année en service de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces recours ont vu leur nombre augmenter de 1,3 % par an entre 2009 et 2015, dont 0,8 % en lien avec l'augmentation et le vieillissement de la population, et 0,5 % non lié à ces facteurs. Cette augmentation a été plus forte qu'au niveau national. De ce fait, le taux d'habitants de la région hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année dépasse désormais légèrement la moyenne nationale, alors qu'il lui était historiquement inférieur. Dans les années qui viennent, la hausse prévisible de la morbidité régionale, conjuguée à l'augmentation et au vieillissement de la population, pourrait impacter de façon sensible les besoins de soins en région, en ville comme à l'hôpital.

Avec le vieillissement de la population et l'évolution des prises en charge, la question des déficiences et limitations d'activité, autrefois polarisée sur les personnes en situation de handicap, concerne une population de plus en plus importante et constitue une dimension majeure des politiques de santé.

En 2015, 6 % des Ligériens de 15-75 ans *se disent fortement limités dans leurs activités habituelles au cours des six derniers mois en raison d'un problème de santé*. Pour cet indicateur désigné sous l'acronyme GALI (Global activity limitation indicator), la situation régionale est proche de la moyenne nationale.

Le nombre de personnes adultes en situation de handicap en Pays de la Loire se situe entre 176 000 et 696 000. Plus de 46 000 d'entre elles vivent en institution. Le nombre de celles vivant à domicile varie quant à lui de 130 000 à 650 000, selon la définition du handicap utilisée.

Ces constats globaux sur la santé de la population régionale recouvrent des situations différentes selon le groupe social d'appartenance des Ligériens. À l'image des tendances observées au plan national, les inégalités sociales de santé (ISS) sont ainsi très présentes dans les Pays de la Loire. Elles se retrouvent notamment dans la manière dont les Ligériens apprécient leur état de santé. 88 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur en ont une perception positive, contre 73 % de celles ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat. En outre, les Ligériens ouvriers, employés et agriculteurs exploitants déclarent deux fois plus fréquemment que les autres catégories socioprofessionnelles (8 % *vs* 4 %) être fortement limités dans leurs activités habituelles à cause d'un problème de santé.

Les inégalités sociales de santé (ISS) dépendent de multiples déterminants liés entre eux (facteurs individuels, influences sociales, conditions de vie, de travail et environnementales...), qui se succèdent dès le plus jeune âge et se cumulent tout au long de la vie. Une partie des facteurs expliquant les ISS reste toutefois inconnue, cette part d'inexpliqué étant d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie sociale moins favorisée.

Les comportements à risque pour la santé - déterminants dits "individuels" mais qui dépendent fortement du groupe social d'appartenance et du contexte socioéconomique et sociétal - contribuent en partie aux ISS. Dans la région, la prévalence du tabagisme, et la part des Ligériens de 15-75 ans buvant quotidiennement de l'alcool et ayant une consommation à risque chronique (y compris de dépendance) sont plus élevées dans les groupes sociaux les moins favorisés. Les problèmes de surcharge pondérale y sont également plus fréquents, et ce dès l'enfance : à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés contre 7 % des enfants des autres catégories socioprofessionnelles. Entre 15 et 75 ans, la prévalence de l'obésité est deux fois plus importante chez les Ligériens ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat que chez ceux ayant un niveau supérieur.

Les ISS en lien avec des recours différenciés aux soins et à la prévention apparaissent aussi très présentes dans la région, notamment parmi les enfants. À 5-6 ans, 12 % des enfants ligériens d'ouvriers et d'employés présentent au moins une dent cariée non soignée et 11 % une anomalie de la vision de loin alors qu'ils ne portent pas de lunettes. Pour les enfants des autres catégories socioprofessionnelles, ces proportions sont respectivement égales à 4 % et 7 %.



Ce chapitre offre un regard global sur la santé de la population des Pays de la Loire, en analysant tout d'abord la perception qu'ont les Ligériens de leur propre santé, puis l'espérance de vie à la naissance et, en miroir, la mortalité aux différents âges de la vie, ainsi que la mortalité prématurée et évitable. Il décrit ensuite la fréquence des maladies chroniques, des situations de multimorbidité, et des recours aux soins hospitaliers de court séjour. Ces analyses s'appuient principalement sur les statistiques relatives aux affections de longue durée (ALD), sur les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant les personnes hospitalisées, ainsi que sur les statistiques des causes médicales de décès¹ [1] [2] [3] [4].

Il aborde également la question des déficiences, limitations d'activité et handicaps. Sa dernière partie rassemble un certain nombre de données régionales sur les inégalités sociales de santé.

1 PERCEPTION DE LA SANTÉ

Le regard porté par les personnes sur leur propre santé, désignée sous le terme de *santé perçue*, permet d'approcher la notion de bien-être lié à la santé, et d'agréger les dimensions de santé physique et mentale. Une bonne santé perçue n'est pas systématiquement reliée à une absence de maladies ou de limitations fonctionnelles, certaines personnes malades ou en situation de handicap pouvant se considérer en bonne santé. Toutefois, la santé perçue se révèle prédictive des consommations médicales, des maladies et incapacités diagnostiquées, ainsi que de la mortalité [5].

Quatre Ligériens sur 5 se perçoivent en bonne santé

En 2014, 79 % des Ligériens âgés de 15 à 75 ans déclarent que leur état de santé est bon, très bon ou excellent, 18 % assez bon, moyen ou médiocre, et 3 % mauvais ou très mauvais. Cette situation apparaît proche de la moyenne nationale.

Au cours de la dernière décennie, même si des éléments méthodologiques rendent les comparaisons difficiles, il semble que la proportion de personnes ayant une perception positive de leur santé tend à diminuer dans la région, comme en France.

Les personnes qui se disent atteintes d'une maladie chronique ou déclarent souffrir de limitations dans leurs activités habituelles se perçoivent moins souvent en bonne santé. D'où la diminution de la proportion de Ligériens ayant une perception positive de leur santé avec l'âge (90 % chez les 15-34 ans, 66 % chez les 55-75 ans).

La moins bonne perception de leur santé par les femmes, classiquement observée dans la littérature, n'est pas retrouvée dans la région à partir des données du Baromètre santé 2014 [6].

2 ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

L'espérance de vie à la naissance offre un regard synthétique sur les conditions de mortalité d'un territoire et constitue un indicateur de santé majeur, essentiel à analyser de façon comparative, entre les territoires d'une part et dans son évolution d'autre part.

Une espérance de vie des femmes supérieure de plus de 6 ans à celle des hommes

En 2015, l'espérance de vie à la naissance des habitantes des Pays de la Loire avoisine 85,5 ans, alors que celle des hommes est proche de 79 ans. Comme en France, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est important, atteignant 6,5 ans. Le constat est globalement similaire pour les cinq départements de la région [7].

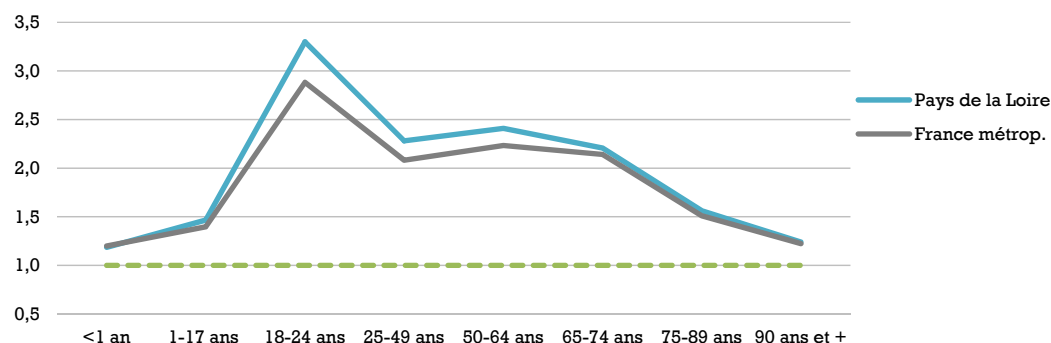
La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes tend à se réduire dans la région comme en France depuis une vingtaine d'années, sous l'effet de gains d'espérance de vie masculins légèrement supérieurs aux gains féminins.

¹ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



Cet écart hommes-femmes est le reflet de la surmortalité masculine, qui s'observe dans toutes les classes d'âge. La différence est moins marquée aux âges extrêmes, mais les taux masculins de mortalité sont constamment au moins deux fois supérieurs aux taux féminins entre 18 et 75 ans, et même trois fois supérieurs entre 18 et 24 ans. L'écart entre les deux sexes apparaît plus marqué dans la région qu'au plan national, notamment chez les jeunes adultes [Fig1].

Fig1. Ratio du taux régional de mortalité masculine par rapport à la mortalité féminine selon l'âge
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale pour les femmes, et proche pour les hommes

Pour les femmes, la situation régionale en matière d'espérance de vie à la naissance apparaît depuis de nombreuses années particulièrement favorable, puisque les Pays de la Loire font partie des régions où elle est la plus longue, situation d'autant plus notable que la France se positionne parmi les pays du monde où la longévité féminine est la plus élevée.

Pour les hommes de la région, l'espérance de vie à la naissance en 2015 est proche de la moyenne nationale (79,1 vs 79,0), classant les Pays de la Loire dans une position intermédiaire par rapport aux autres régions françaises (au septième rang sur 13).

Une situation un peu moins favorable pour les hommes en Loire-Atlantique et en Sarthe

La comparaison des espérances de vie à la naissance en 2015 entre les départements de la région met en évidence des disparités marquées, avec, entre le mieux et le moins bien placé, un écart d'1,2 an pour les hommes et de 0,7 an pour les femmes [Fig2].

Fig2. Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000, 2015)

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	France métrop.
Hommes							
2015	78,6	79,8	79,6	78,8	79,2	79,1	79,0
2000	74,9	76,1	76,6	75,8	75,4	75,5	75,3
Évolution 2000-2015	+ 3,7	+ 3,7	+ 3,0	+ 3,0	+ 3,8	+ 3,6	+ 3,7
Femmes							
2015	85,7	85,8	85,6	85,1	85,6	85,6	85,1
2000	83,4	83,2	83,4	83,5	83,3	83,4	82,8
Évolution 2000-2015	+ 2,3	+ 2,6	+ 2,2	+ 1,6	+ 2,3	+ 2,2	+ 2,3
Écart Hommes Femmes 2015	+ 7,1	+ 6,0	+ 6,0	+ 6,3	+ 6,4	+ 6,5	+ 6,1

Sources : État civil, estimations population (Insee)



En comparaison avec la moyenne française, l'analyse montre ainsi :

- une position favorable pour le Maine-et-Loire et la Mayenne pour les deux sexes, et pour les femmes de Loire-Atlantique et de Vendée, avec une espérance de vie à la naissance qui dépasse d'au moins 0,5 an la moyenne nationale,
- une situation intermédiaire en Vendée chez les hommes et en Sarthe chez les femmes, avec une espérance de vie à la naissance relativement proche de la moyenne nationale,
- une espérance de vie à la naissance inférieure à la moyenne nationale pour les hommes en Loire-Atlantique et en Sarthe [Fig2].

Une augmentation de l'espérance de vie importante, reflet de la baisse de la mortalité

Entre 2000 et 2015, l'espérance de vie à la naissance en région a progressé au même rythme que la moyenne nationale, avec une augmentation qui a atteint 3,6 ans pour les hommes et 2,2 ans pour les femmes [Fig2].

Chez les hommes, cette augmentation a été plus marquée en Loire-Atlantique, en Vendée, et en Maine-et-Loire, permettant au premier de ces départements de rattraper progressivement son retard par rapport à la moyenne nationale, et au dernier de conforter son avance par rapport à cette moyenne. À l'inverse, elle a été plus modérée en Mayenne et en Sarthe, permettant au premier de ces départements de se maintenir dans une position plus favorable que la moyenne nationale, mais conduisant le dernier à la situation moins favorable qu'il connaît aujourd'hui.

Chez les femmes, cette augmentation a été la plus marquée en Maine-et-Loire, confortant comme pour les hommes la situation favorable de ce département pour cet indicateur. Le Maine-et-Loire est désormais le département de la région qui connaît la plus forte espérance de vie à la naissance, pour les hommes comme pour les femmes.

La hausse de l'espérance de vie à la naissance est une tendance lourde, qui s'interrompt rarement. Toutefois, dans les Pays de la Loire comme en France, une baisse a été constatée en 2015 chez les femmes comme chez les hommes. En région, ce recul a atteint respectivement - 0,5 et - 0,3 an (contre 0,4 et 0,3 an en France), et apparaît plus marqué que celui déjà observé de façon ponctuelle au cours des dernières décennies. Il semble principalement conjoncturel, s'expliquant pour l'essentiel par la hausse des taux de mortalité, particulièrement dans la population très âgée, suite notamment à des conditions épidémiologiques et météorologiques peu favorables. Mais des raisons plus structurelles qui conduiraient à un ralentissement de la progression de l'espérance de vie ne peuvent être exclues, en lien en particulier avec les conséquences de l'évolution des comportements à risque [7].

Baisse de la mortalité à tous les âges, sauf pour les femmes de 50-64 ans, et depuis quelques années, pour les jeunes de 20-24 ans

Le recul de la mortalité régionale, dont témoigne l'augmentation de l'espérance de vie évoquée ci-dessus, a concerné toutes les classes d'âge mais de façon plus ou moins marquée.

Entre 2001 et 2012, la baisse a été notamment très modérée pour la classe d'âge des 50-64 ans, en lien avec la stabilité de la mortalité des femmes de cette classe d'âge.

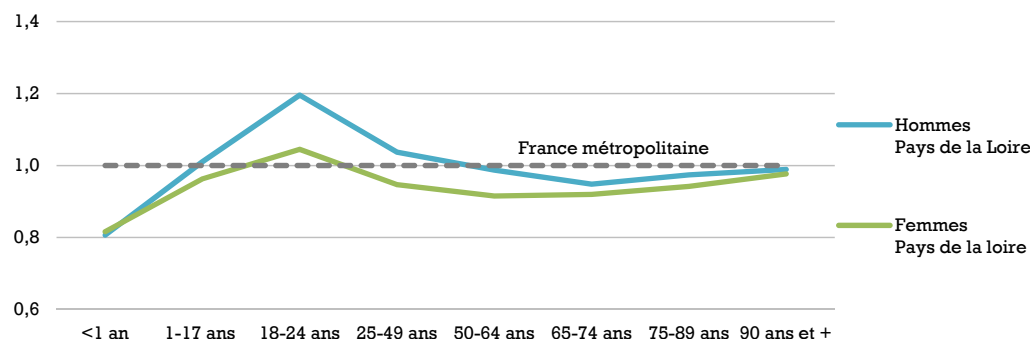
Par ailleurs, la mortalité des 20-24 ans est restée stable depuis le milieu des années 2000 dans la région, alors qu'elle conservait une tendance à la baisse au niveau national.

Par rapport à la moyenne nationale, la mortalité des Ligériens est nettement inférieure (- 20 %) chez les moins d'un an, puis proche de cette moyenne chez les 1-17 ans. La situation régionale se dégrade ensuite fortement chez les 18-24 ans, avec une mortalité qui dépasse de 20 % la moyenne nationale chez les hommes et de 4 % chez les femmes. Chez ces dernières, la situation régionale redevient favorable dans les classes d'âge supérieures, alors que la surmortalité masculine régionale perdure chez les 25-49 ans (+ 4 %), et ne retrouve un niveau proche puis inférieur à la moyenne nationale qu'à partir de la classe 50-64 ans [Fig3].

Actuellement, près de 70 % des décès surviennent au-delà de 75 ans.



Fig3. Ratio du taux régional de mortalité générale par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Cancers et maladies cardiovasculaires au premier plan, et la région conserve une situation défavorable pour les morts violentes

Sur les 31 000 décès annuels dénombrés dans la région en moyenne chaque année, près de 9 000, soit 29 % ont comme cause initiale un cancer et environ 8 200, soit 26 %, une maladie de l'appareil circulatoire.

Viennent ensuite les morts violentes, par suicide et accidents principalement, à l'origine de 7 % des décès. Ces proportions sont du même ordre de grandeur dans chacun des cinq départements.

Par rapport à la moyenne nationale, la région se caractérise par une mortalité proche de la moyenne nationale pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les cancers, et supérieure de 6 % à cette moyenne pour les morts violentes.

3 MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE

La situation spécifique de la France par rapport aux différents pays de l'Ouest de l'Europe, associant forte espérance de vie aux âgés élevés et forte mortalité avant 65 ans, a conduit au développement de l'utilisation du concept de mortalité prématurée. Actuellement, les indicateurs de mortalité prématurée sont classiquement calculés à partir des décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Ces indicateurs sont généralement complétés d'indicateurs de mortalité prématurée évitable, qui concernent les décès prématurés qui pourraient le plus souvent être évités grâce à la prévention primaire. La liste des causes médicales de décès considérées comme évitables peut varier selon les auteurs. Dans cette étude, ont été retenus pour le calcul de la mortalité prématurée évitable, les décès majoritairement ou totalement imputables à la consommation de tabac et/ou d'alcool (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, psychoses alcooliques, cirroses alcooliques ou de cause non précisée), les décès par accident de la circulation, chute ou suicide, et les décès par sida.

La mortalité avant 65 ans diminue mais un décès sur cinq concerne encore un Ligérien de moins de 65 ans

La mortalité prématurée régionale, c'est-à-dire la mortalité avant 65 ans, a globalement reculé de 1,8 % par an entre 2001 et 2012, parallèlement à la moyenne nationale, et reste inférieure d'environ 3 % à cette moyenne [Fig4]. Il n'en reste pas moins qu'elle se maintient à un niveau particulièrement élevé, puisqu'avec près de 5 900 Ligériens décédés avant l'âge 65 ans, ce sont 19 % des décès régionaux qui surviennent prématurément.

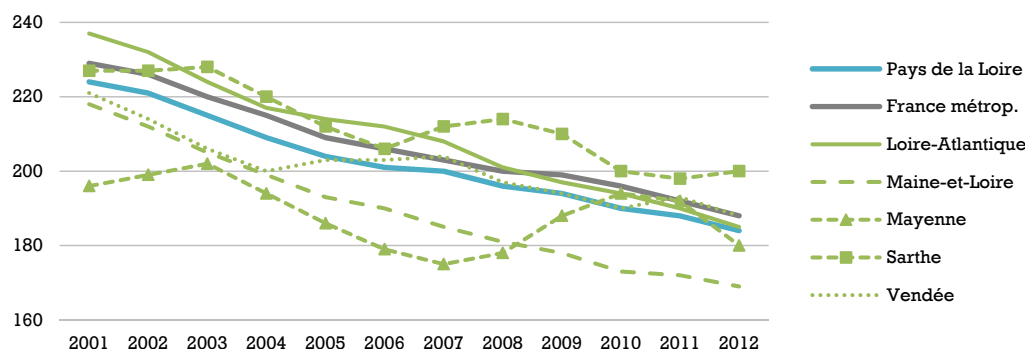
La baisse de la mortalité prématurée entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013 a été plus forte en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire, permettant au premier de ce département longtemps mal placé pour cet



indicateur de connaître désormais une situation légèrement plus favorable que la moyenne nationale (- 2 % sur les années 2011-2013), et au second d'améliorer encore une situation déjà favorable au début des années 2000, avec un niveau de sous-mortalité prématurée qui atteint actuellement - 10 %.

Dans les trois autres départements, le taux de mortalité prématurée fluctue de façon importante, mais tend également à diminuer sur cette période. Il reste globalement supérieur à la moyenne nationale en Sarthe (+ 6 % sur les années 2011-2013), proche de cette moyenne en Vendée, et inférieur en Mayenne.

Fig4. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Les hommes particulièrement concernés par la mortalité prématurée : un décès masculin sur 4 survient avant l'âge de 65 ans

Depuis le début des années 2000, le recul de la mortalité prématurée régionale a été plus marqué chez les hommes (- 2,0 % en moyenne par an) que chez les femmes (- 1,2 %), un constat analogue étant observé au plan national.

Malgré cette tendance, les hommes demeurent particulièrement touchés par la mortalité prématurée puisque 69 % des décès avant 65 ans concernent des personnes de sexe masculin. Dans la population régionale, 25 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 12 % des décès féminins.

Par rapport à la moyenne nationale, le taux régional de mortalité prématurée reste proche pour les hommes, et nettement inférieur pour les femmes (- 8 % sur les années 2011-2013).

Les situations départementales sont très contrastées :

- en Loire-Atlantique, la situation en matière de mortalité prématurée s'est améliorée en raison, d'une amélioration de cet indicateur pour les hommes même s'il reste encore très légèrement supérieur à la moyenne nationale (+ 2 % pour la période 2011-2013), et de son maintien à un niveau inférieur à cette moyenne pour les femmes (- 9 % en 2011-2013).
- la situation très favorable dans le Maine-et-Loire résulte d'une nette sous-mortalité prématurée pour les deux sexes (- 10 % pour les hommes et - 12 % pour les femmes sur la période 2011-2013).
- la surmortalité prématurée en Sarthe (+ 6 % sur la période 2011-2013) résulte de la surmortalité prématurée des hommes de ce département (+ 9 %) que ne compense pas une situation des femmes proche de la moyenne.
- la Vendée bénéficie d'un taux de mortalité prématurée qui se maintient en-dessous de la moyenne nationale pour les femmes (- 8 %), même si l'écart avec cette dernière tend à se réduire, alors qu'il fluctue autour de cette moyenne pour les hommes.
- en Mayenne, les faibles effectifs rendent les indicateurs moins stables, mais la situation est globalement favorable pour les deux sexes sur la période 2000-2013.



Les cancers à l'origine de plus de 40 % des décès avant 65 ans

Sur les 5 900 décès prématurés annuels dénombrés dans la région, 2 400 soit 41 %, ont été provoqués par un cancer. Viennent ensuite, parmi les causes de décès prématurés les plus fréquentes, les suicides, accidents et autres morts violentes (17 %), puis les maladies de l'appareil circulatoire (11 %).

La situation est toutefois très différente selon le sexe, avec chez les femmes, une plus grande part des cancers parmi les causes de décès prématurés (49 % vs 38 % chez les hommes), et une moindre proportion de décès par mort violente (12 % vs 20 %) et par maladie de l'appareil circulatoire (9 % vs 12 %).

Un tiers des décès avant 65 ans peuvent être considérés comme évitables, ce qui représenterait plus de 2 000 vies épargnées chaque année

Une analyse plus détaillée des causes médicales de décès identifie les principales causes de mortalité prématurée suivantes :

- chez les hommes
 - . cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, du côlon-rectum et du foie,
 - . suicides,
 - . accidents de transport et de la vie courante,
 - . pathologies directement liées à l'alcool (atteintes hépatiques et troubles mentaux),
 - . cardiopathies ischémiques.
- chez les femmes
 - . cancers du sein, puis du poumon et du côlon-rectum,
 - . suicides,
 - . pathologies directement liées à l'alcool (atteintes hépatiques et troubles mentaux).

Il apparaît ainsi que 35 % des décès prématurés parmi les habitants des Pays de la Loire peuvent être considérés comme évitables par la prévention primaire, car en lien avec des facteurs de risque qu'il est possible de prévenir. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (40 %) et que chez les femmes (24 %). Chaque année, ce sont donc plus de 2 000 décès d'habitants de la région âgés de moins de 65 ans qui pourraient être évités.

Une surmortalité prématurée évitable chez les hommes, en lien avec leurs habitudes de consommation d'alcool

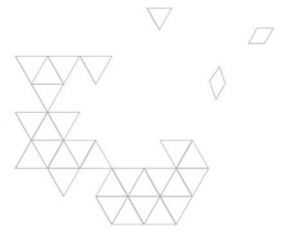
La mortalité prématurée évitable dans les Pays de la Loire est supérieure de 11 % à la moyenne nationale. Cette situation résulte d'une surmortalité prématurée évitable qui atteint 14 % chez les hommes, alors que la situation des femmes est proche de la moyenne nationale.

Ce constat se retrouve dans trois départements de la région, avec une surmortalité prématurée évitable de 10 % en Loire-Atlantique, 13 % en Vendée, et qui atteint 28 % en Sarthe sur les années 2011-2013. Dans ces trois départements, la situation défavorable des hommes explique ce constat.

En Maine-et-Loire comme en Mayenne, la mortalité prématurée évitable est, pour les deux sexes, proche de la moyenne nationale.

Cette situation régionale défavorable en matière de mortalité prématurée évitable masculine est à mettre en lien avec une nette surmortalité prématurée des hommes pour des pathologies ou situations :

- très majoritairement ou exclusivement attribuables à la consommation excessive d'alcool
 - . maladies alcoolique du foie, cirrhose du foie (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale),
 - . troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (+ 19 %),
- ou pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque bien établi
 - . cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (+ 13 %),
 - . accidents de la route (+ 21 %),
 - . suicides (+ 40 %).



4 LES MALADIES CHRONIQUES ET LA MULTIMORBIDITÉ

Dans les Pays de la Loire comme en France et plus largement dans la plupart des pays du monde, les dernières décennies se caractérisent par le poids croissant des maladies chroniques et de la multimorbidité, c'est-à-dire de la présence chez une même personne de plusieurs maladies chroniques [ENCADRÉ 3]. Cette tendance résulte notamment de l'augmentation de l'espérance de vie, des transformations des conditions de vie et d'environnement, et des progrès médicaux qui permettent de vivre de plus en plus longtemps avec certaines maladies sans pour autant en guérir.

Cette évolution impacte de façon majeure les besoins en termes de prévention et de prise en charge, et constitue à ce titre un enjeu essentiel pour l'organisation de la santé en région.

Malgré une très forte augmentation de la disponibilité des données au cours des années récentes, celles mobilisables pour décrire et suivre l'évolution de l'épidémiologie des maladies chroniques et de la multimorbidité, restent imparfaites et parcellaires, au plan national et plus encore en région.

Différents indicateurs, issus notamment de bases de données médico-administratives [ENCADRÉ 1], apportent toutefois des informations dans ce domaine qui doivent être regardées de façon croisée et comparative entre les territoires et dans le temps pour limiter les biais d'interprétation et permettre de dégager les enjeux.

Un Ligérien sur trois se déclare atteint d'un problème de santé chronique

31 % des Ligériens de 15 à 75 ans se déclarent atteints d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable, soit une proportion relativement proche de la moyenne nationale (34 %). Il faut souligner que la définition des maladies ou problèmes de santé utilisée pour cet indicateur est très large, incluant notamment les troubles mineurs de la vision aisément corrigés par des lunettes, les problèmes dentaires ou encore des facteurs de risque tels que le surpoids et l'hypercholestérolémie.

Cette proportion augmente de façon très marquée avec l'âge, passant de 14 % chez les 15-34 ans à 48 % chez les 55-75 ans.

Par ailleurs, comme au niveau national, les femmes sont plus souvent concernées que les hommes (34 % vs 27 %, $p < 0,10$).

Le fait de déclarer un problème de santé chronique est fortement associé à une perception dégradée de sa santé, toutes choses égales par ailleurs, et notamment indépendamment de l'effet « âge » [6].

Un tiers des Ligériens pris en charge pour un problème de santé ou un traitement chronique

En 2014, 33,3 % des Ligériens affiliés au régime général de l'assurance maladie ont eu un recours aux soins signifiant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement prolongé² [8]. Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population régionale, ce sont donc environ 1,2 million de Ligériens qui sont concernés.

Ce taux de personnes prises en charge varie fortement entre les régions de France métropolitaine, de 31,2 % en Île-de-France à 39,1 % en Corse, avec une moyenne nationale de 34,6 %³.

Une part de ces écarts est liée à la structure par âge de la population, et notamment à la proportion de personnes âgées. Les taux standardisés présentent ainsi des écarts moins marqués, de 34,3 % dans plusieurs régions, dont les Pays de la Loire, à 38,8 % dans les Hauts-de-France.

Le taux standardisé régional de Ligériens affiliés au régime général de l'assurance maladie qui ont eu un recours aux soins révélant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement prolongé² est inférieur à la moyenne nationale (35,3 %³).

² Traitement chronique par médicament psychotrope, antihypertenseur ou hypolipémiant.

³ France entière.



ENCADRÉ 1. Comment apprécier la situation régionale en matière de maladies chroniques ?

Plusieurs sources de données ont été mobilisées dans ce rapport pour apprécier la situation régionale en matière de fréquence des maladies chroniques :

- les données déclaratives sur les maladies chroniques. Celles-ci sont issues de l'exploitation régionale de l'enquête en population Baromètre santé 2014.
- les données relatives aux affections de longue durée [ENCADRÉ 2].
- la cartographie des pathologies [8]. La Cnamts analyse depuis plusieurs années les prises en charge des personnes affiliées au régime général d'assurance maladie (y compris aux sections locales mutualistes) et notamment celles en lien avec certains groupes de pathologies fréquentes et graves, évolutives et/ou coûteuses, à partir des données du Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie).

Dans ces études désignées sous le terme de « cartographie des pathologies », les personnes prises en charge pour chacune de ces affections sont repérées par des algorithmes utilisant, outre les diagnostics d'affection de longue durée (ALD), les diagnostics des séjours hospitaliers dans les une à cinq années antérieures, et la délivrance de certains médicaments spécifiques. Ces données permettent donc d'estimer des prévalences avec un regard plus exhaustif que les seules données de prévalence des ALD.

La prévalence régionale des ALD atteint près de 16 %, et son augmentation illustre le poids croissant des maladies chroniques

Le poids des maladies chroniques et son évolution sont difficiles à apprécier, car aucun indicateur n'en permet une mesure précise. La prévalence des pathologies prises en charge par l'assurance maladie au titre du dispositif d'ALD constitue le seul indicateur mobilisable pour cette mesure, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD.

L'évolution de la prévalence des ALD permet d'apprécier le poids croissant des maladies chroniques, mais elle doit être interprétée avec prudence en tenant compte du caractère médicoadministratif de ces données [ENCADRÉ 2].

15,6 % des Ligériens relevant du régime général d'assurance maladie sont, en 2015, en ALD en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et particulièrement coûteux⁴.

Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 16,1 et 15,1 %) et cette différence persiste à structure par âge identique.

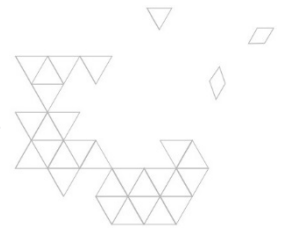
Avec l'âge, la proportion des personnes en ALD augmente fortement, et les écarts se creusent entre les deux sexes. Ainsi, à 45 ans, elle avoisine 10 % chez les hommes comme chez les femmes et au-delà de 65 ans, elle atteint 56 % chez les hommes et 42 % chez les femmes âgées [Fig5].

La prévalence régionale des ALD chez les habitants des Pays de la Loire relevant du régime général d'assurance maladie est inférieure de 6 % à la moyenne nationale. Cette moindre prévalence se retrouve dans la quasi-totalité des classes d'âge, et apparaît plus marquée chez les femmes (- 9 %) que chez les hommes (- 2 %).

Au cours des deux dernières décennies, la proportion de personnes relevant du régime général d'assurance maladie bénéficiant du dispositif des ALD a fortement progressé dans la région, illustrant la montée en charge des maladies chroniques. Au plan national, cette proportion est ainsi passée de 8 % en 1994 à 12 % en 2004, pour atteindre 16 % en 2015⁵ [9] [10] [11].

⁴ Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32.

⁵ Ces données concernent seulement les trente ALD sur liste (les ALD n° 31 et 32 ne sont pas prises en compte). Le poids des ALD n° 31 et 32 est faible (en France : 16 % en ALD sur liste en 2015, 1,2 % en ALD n° 31 et 0,1 % en ALD n° 32).



ENCADRÉ 2. Intérêts et limites de l'utilisation des données relatives aux affections de longue durée (ALD)

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin, en ALD, admission qui est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire une prise en charge à 100 % par rapport au tarif de l'assurance maladie). La liste d'affections, définie par décret, comprend trente causes d'exonération différentes (ALD dite sur liste). Une admission en ALD exonérante peut également être acceptée pour des affections hors liste (ALD n° 31) ou en cas de polyopathie invalidante (ALD n° 32).

Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile du patient. Elles concernent :

- soit les bénéficiaires relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population régionale.
- soit les seuls bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes), qui représentent environ 85 % de la population régionale.

Par ailleurs, deux types de données sont mobilisés :

- des données de prévalence correspondant à l'ensemble des personnes qui sont en ALD à un moment donné (une même personne peut avoir plusieurs ALD simultanément). Ces données offrent un regard sur les besoins de prise en charge.
Les données de prévalence présentées dans ce rapport concernent les trente ALD sur liste si elles se réfèrent aux trois principaux régimes d'assurance maladie, ou à l'ensemble des trente ALD sur liste et des ALD n° 31 et 32 si elles se réfèrent au seul régime général.
- des données d'incidence correspondant aux admissions en ALD prononcées sur une période donnée. Ces données d'incidence offrent un regard plus dynamique et notamment utile dans une perspective de prévention.
Les données d'incidence présentées dans ce rapport concernent les admissions en ALD sur liste pour les bénéficiaires des trois principaux régimes.

Les taux standardisés et indices comparatifs d'admissions et de personnes en ALD permettent d'analyser les évolutions et les disparités territoriales en neutralisant les effets de structure par âge. Toutefois, la morbidité n'est pas le seul facteur explicatif des écarts observés après ajustement sur l'âge. En effet, le nombre de personnes en ALD pour une pathologie peut différer du nombre de personnes atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

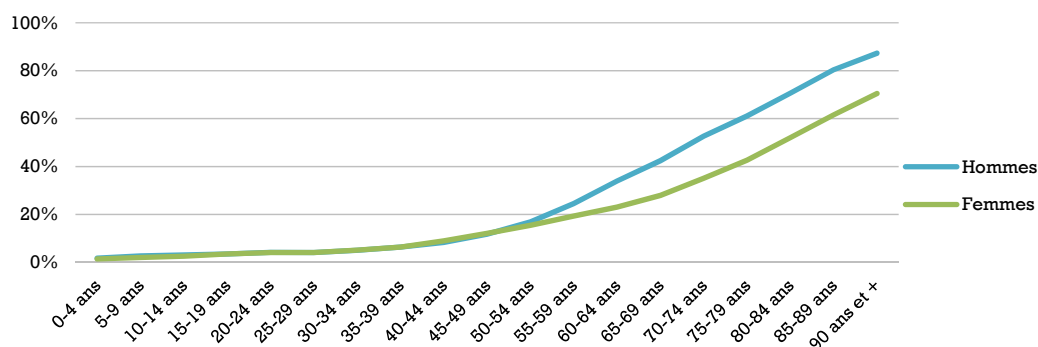
- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants : existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue et englobant la prise en charge de la nouvelle affection (ex : patient initialement exonéré pour diabète et développant une maladie cardiovasculaire), exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médicosocial...), couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle...), raisons de confidentialité...
- une surestimation de l'incidence est également possible. C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant (actuellement, les durées d'attribution du bénéfice d'une ALD exonérante sont de cinq ans pour la plupart des pathologies). Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).
- certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie, notamment dans les contextes suivants : amélioration des possibilités de diagnostic ou de traitement, et notamment disponibilité de nouveaux traitements coûteux, évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits, évolution de la situation financière du patient, modification du bénéfice lié à l'exonération du ticket modérateur. Il faut souligner également que, pour certaines pathologies, le motif d'admission retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral ou hémiplegie par exemple).

Par ailleurs, l'évolution du nombre d'admissions en ALD et son interprétation sont sensibles aux modifications réglementaires, mais aussi à toutes actions ou programmes nouveaux visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible :

- en 2011, les conditions d'admission (impact sur l'incidence estimée) ou de durée (impact sur la prévalence) des ALD ont été modifiées (décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011). L'hypertension artérielle (HTA) sévère a en outre été supprimée de la liste des ALD (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011). Cette suppression n'a concerné que les admissions, et pas les patients déjà en ALD pour HTA, mais elle a provoqué une rupture dans les séries en 2012, en raison du nombre important de personnes concernées.
- en 2000 a été instaurée une majoration « maintien à domicile » pour les visites réalisées par les médecins généralistes auprès des personnes en ALD âgées de 75 ans et plus, dont l'impact sur les admissions des personnes âgées a été marqué.
- s'agissant plus particulièrement des demandes d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, leur augmentation marquée pourrait être due, au moins pour partie, à une meilleure reconnaissance de ces troubles, liée elle-même à une meilleure reconnaissance du handicap psychique (loi de 2005) et à la montée en charge du PMSI psychiatrie.



Fig5. Pourcentage de personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2015)



Source : Cnamts - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : Bénéficiaires du Régime général (y compris sections locales mutualistes)

Des taux d'admissions en ALD en augmentation, mais qui restent nettement inférieurs à la moyenne nationale, notamment avant 65 ans

La croissance du taux d'admissions en ALD est l'une des raisons qui explique l'augmentation de la prévalence des ALD.

Parmi les assurés relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), environ 77 000 habitants des Pays de la Loire ont été admis en moyenne chaque année en ALD sur la période 2012-2014, contre 62 400 en 2005-2007⁶.

Cette progression (+ 3 % en moyenne par an) résulte pour plus de la moitié de la croissance démographique, particulièrement marquée dans la région, et du vieillissement de la population. Mais elle provient également d'une plus grande fréquence des admissions en ALD, à structure par âge identique. Ainsi, le taux standardisé d'admissions en ALD a augmenté sur cette période de 1,4 % par an en moyenne dans la région (+ 1,3 % en France).

Cette évolution sur la période 2005-2014 se décompose toutefois en deux temps : croissance jusqu'en 2010-2011, puis recul sur les années récentes [Fig6], en lien vraisemblablement avec les nombreuses modifications médico-administratives concernant les admissions en ALD intervenues en 2011 [ENCADRÉ 2].

Comme en France, l'augmentation des taux d'admissions en ALD a été plus marquée chez les femmes que chez les hommes (+ 1,7 % vs + 1,1 %).

Par contre, l'augmentation a été plus forte parmi les Ligériens âgés de moins de 65 ans (+ 1,6 % vs + 1,1 % en France), alors qu'au plan national, l'augmentation a été plus marquée chez les personnes de plus de 65 ans (+ 1,2 % vs + 1,4 %).

A structure par âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD reste nettement inférieure à la moyenne nationale (- 7 % sur la période 2012-2014). Si l'on considère les seules admissions avant 65 ans, cet écart est encore plus marqué (- 11 %).

Ce constat se retrouve pour les deux sexes, avec une fréquence des admissions en ALD inférieure de 10 % chez les femmes et de 5 % chez les hommes, et un écart qui atteint respectivement 14 % et 9 % chez les moins de 65 ans [Fig7].

Cette moindre fréquence des admissions en ALD par rapport à la moyenne nationale se retrouve dans tous les départements de la région, avec un écart particulièrement marqué en Mayenne et en Maine-et-Loire [Fig6].

Ce constat concerne chacun des deux sexes, et la population « tous âges » comme celle de moins de 65 ans. Seule exception : la fréquence des admissions en ALD des hommes de Loire-Atlantique est désormais proche de la moyenne nationale.

⁶ Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste.

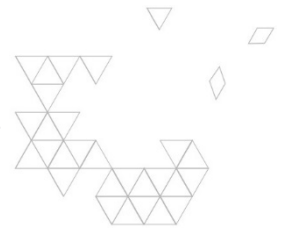
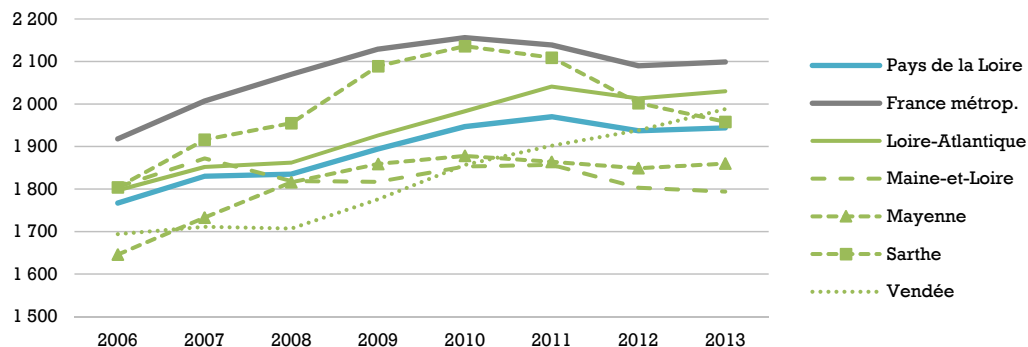
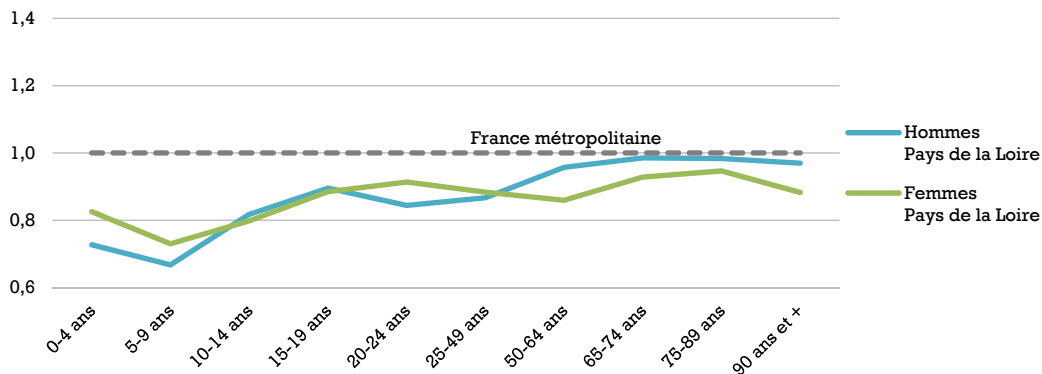


Fig6. Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Fig7. Ratio du taux régional d'admissions en ALD par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2012-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Des admissions en ALD plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, mais un écart qui tend à se réduire

Parmi les 77 000 admissions en ALD enregistrées en moyenne chaque année sur la période 2012-2014, 41 000, soit 54 %, concernaient des hommes et 36 000 des femmes.

Le taux standardisé masculin, qui permet de prendre en compte les différences de structure par âge de la population, est supérieur de 44 % au taux féminin. Même si cet écart tend à se réduire (il atteignait + 51 % sur la période 2005-2007), il apparaît nettement supérieur à celui observé au plan national (+ 37 %).

Les maladies cardio-neurovasculaires au premier plan

Si l'on considère les données de prévalence issues de la cartographie des pathologies de la Cnamts [8] :

- les pathologies cardio-neurovasculaires sont les problèmes de santé chroniques les plus souvent pris en charge en 2014, concernant 5,9 % des Ligériens affiliés au régime général. S'y ajoutent 13,5 % de bénéficiaires de ce régime non atteints de ces pathologies mais traités pour le risque vasculaire par un médicament antihypertenseur ou hypolipémiant.
- 4,7 % des Ligériens affiliés au régime général ont été pris en charge pour une maladie respiratoire chronique, 4,5 % pour un cancer et 4,3 % pour un diabète.
- 3,1 % ont été pris en charge pour maladies psychiatriques, auxquels s'ajoutent 9,6 % de bénéficiaires traités par médicaments psychotropes.



Les données concernant les admissions en ALD des patients relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie complètent ces résultats, en offrant une vision plus dynamique de la situation.

Sur les 77 000 admissions annuelles en ALD prononcées en 2012-2014, les maladies cardio-neurovasculaires sont également les plus fréquemment en cause (31 % des admissions), devant les cancers (24 %), le diabète (15 %) et les troubles mentaux et du comportement (13 %). Ces quatre groupes d'affections sont ainsi à l'origine de 83 % des admissions en ALD dans la population ligérienne.

Avant 65 ans, les quatre pathologies les plus fréquemment à l'origine d'une admission en ALD sont identiques. Les cancers sont prépondérants (24 %), devant les maladies cardio-neurovasculaires (20 %), le diabète (18 %) et les troubles mentaux (15 %).

Une situation régionale plutôt favorable, sauf pour les cancers et les pathologies digestives chez les hommes

La cartographie des pathologies de la Cnamts met en évidence des taux standardisés de prise en charge en Pays de la Loire inférieurs ou proches de la moyenne nationale pour tous les groupes de pathologies distingués dans le cadre de cette étude, à l'exception des cancers et du traitement du risque vasculaire. La situation régionale apparaît même particulièrement favorable pour le diabète, les maladies cardio-neurovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

Ces résultats apparaissent très cohérents avec ceux concernant les admissions en ALD des patients relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. En effet, la fréquence des admissions est significativement inférieure à la moyenne nationale pour toutes les groupes de pathologies regroupés par chapitre de la classification internationale des maladies (Cim) à l'exception :

- des tumeurs malignes (+ 2 %) et des maladies de l'appareil digestif (+ 4 %) en raison d'une plus forte incidence masculine (respectivement + 4 % et + 10 %),
- des tumeurs bénignes (+ 6 %), en raison d'une plus forte incidence féminine (+ 8 %).

Les localisations cancéreuses à l'origine de cette surincidence des tumeurs malignes seront analysées dans le chapitre de ce rapport consacré aux cancers.

Concernant les maladies digestives, sont en cause les maladies alcooliques du foie, avec une surincidence régionale qui atteint 26 % et se retrouve chez les hommes (+ 33 %) et à un moindre degré chez les femmes (+ 10 %).

ENCADRÉ 3. Fréquence des situations de multimorbidité en France

Au plan national, selon la cartographie des pathologies prises en charge par le régime général d'assurance-maladie, la fréquence des pathologies multiples, souvent désignées sous le terme de multimorbidité, augmente avec l'âge et s'élève rapidement à partir de 50 ans, et de façon beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes :

- le cumul d'au moins deux pathologies est retrouvé chez 8 % des hommes entre 50 et 54 ans et 29 % entre 70 et 74 ans, contre respectivement 6 % et 17 % des femmes.
- le cumul d'au moins trois pathologies est retrouvé chez 18 % des hommes entre 75 et 79 ans, et 30 % entre 85 et 89 ans cumulent au moins trois pathologies, contre respectivement 9 % et 18 % des femmes.

« La polypathologie, au sens de l'association d'au moins deux maladies chroniques, est également plus fréquente chez les personnes vivant dans les communes les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique. Ce gradient social apparaît dès 30 ans, lorsque la fréquence de la polypathologie s'accroît. Il augmente rapidement jusqu'à 60-64 ans, particulièrement chez les hommes : à cet âge, l'écart est de 7 % entre groupes extrêmes (21 % vs 14 %), et de 5 % chez les femmes (13 % vs 8 %). Le gradient social disparaît aux âges les plus élevés, l'âge étant alors un élément encore plus déterminant dans l'existence de la polypathologie. Les pathologies concernées correspondent essentiellement aux maladies cardio-neurovasculaires, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques » [12].



5 HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE

Les statistiques concernant les hospitalisations en service de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique), et notamment les diagnostics principaux posés lors de ces hospitalisations apportent des informations sur les maladies aiguës ou chroniques qui nécessitent une hospitalisation, sur les problèmes de santé en lien avec la grossesse, ainsi que sur les traumatismes et intoxications.

Ont été utilisées ci-après les données concernant les patients hospitalisés au moins une fois dans l'année de façon globale et pour les différentes pathologies ou groupes de pathologies. Certaines données issues des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie ou en long séjour sont présentées dans les chapitres consacrés aux approches par populations ou par pathologies.

L'interprétation de ces données, issues du PMSI, doit être prudente et prendre en compte leur caractère médicoadministratif [ENCADRE 4].

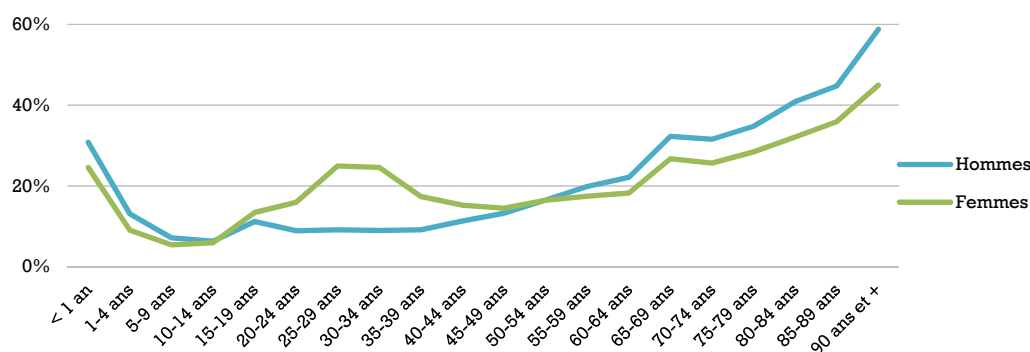
Un Ligérien sur 6 hospitalisé au moins une fois dans l'année en court séjour

634 000 Ligériens, ce qui représente 17 % de la population régionale, ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 dans un service de MCO d'un établissement de santé, que celui-ci soit situé en Pays de la Loire ou dans une autre région.

A tout âge, le taux de personnes hospitalisées dans l'année est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf entre 15 et 44 ans, en raison des hospitalisations liées aux grossesses et accouchements.

Les taux d'hospitalisation en court séjour les plus élevés sont observés chez les enfants de moins d'un an (28 %) et les personnes âgées (allant de 29 % chez les 65-74 ans à 49 % chez les 90 ans et plus) [fig8].

Fig8. Pourcentage de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2015)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Des recours aux hospitalisations en hausse, et désormais légèrement plus fréquents qu'au niveau national

Le nombre de Ligériens hospitalisés au moins une fois dans l'année a augmenté au cours des années récentes puisqu'il était de 587 000 en 2009 (634 000 en 2015).

Cette progression, + 1,3 % par an, résulte pour moitié de la croissance démographique, particulièrement marquée dans la région, et du vieillissement de la population.

Mais elle provient également d'un recours à l'hospitalisation plus fréquent, à structure par âge identique. Ainsi, le taux standardisé de patients hospitalisés a augmenté de 0,5 % par an en moyenne sur la période 2009-2015. Cette augmentation a été plus marquée que celle observée au plan national (+ 0,3 %), et ce constat concerne les hommes comme les femmes [Fig10].



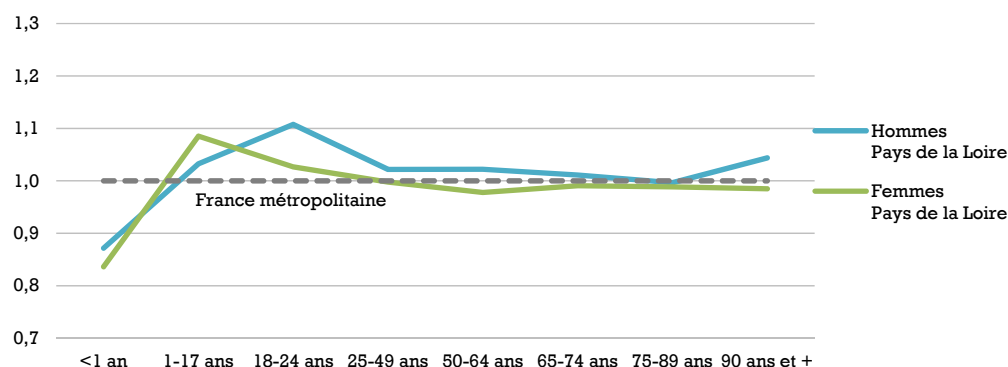
Ainsi, pour les hommes, le taux standardisé de patients ligériens hospitalisés, longtemps proche de la moyenne nationale, le dépasse de 2 % en 2015. Pour les femmes, ce taux longtemps inférieur à la moyenne en est devenu proche. Globalement, le taux d'habitants des Pays de la Loire hospitalisés tend désormais à dépasser légèrement la moyenne nationale pour la population « tous âges » comme pour celle âgée de moins de 65 ans (respectivement + 0,5 et + 1,0 % en 2015).

Par rapport à la moyenne nationale, l'analyse par classe d'âge détaillée [Fig9] met en évidence une fréquence des recours :

- nettement moindre chez les moins d'un an (de l'ordre de 20 %),
- proche chez les garçons et légèrement supérieure chez les filles entre 1 et 17 ans,
- proche chez les filles et légèrement supérieure chez les garçons entre 18 et 24 ans,
- puis, au-delà de 24 ans, globalement assez proches mais légèrement inférieure chez les femmes et légèrement supérieure chez les hommes.

Fig9. Ratio du taux régional de personnes hospitalisées en court séjour par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Des taux de recours au MCO variables selon les départements

L'analyse des taux de patients hospitalisés par département met en évidence la situation spécifique de la Mayenne, où ce taux est inférieur de 6 % à la moyenne nationale. Cet écart se retrouve pour les hommes comme pour les femmes, et dans la population « tous âges » comme chez les personnes de moins de 65 ans. Chez ces dernières, il a même eu tendance à s'amplifier au cours des années récentes, et avoisine 7 % en 2015 [Fig10].

Pour les quatre autres départements, le taux de patients hospitalisés a eu tendance à se rapprocher de la moyenne nationale au cours des années récentes, et dépasse même cette moyenne en Loire-Atlantique (+ 3 % en 2015). Dans ce département, cette situation concerne surtout les hommes, avec des taux de patients hospitalisés supérieurs de 5 % à la moyenne nationale dans la population masculine « tous âges » comme dans celle âgée de moins de 65 ans.

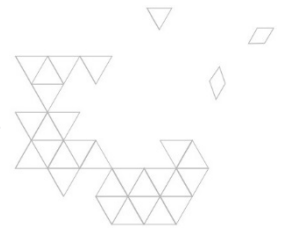
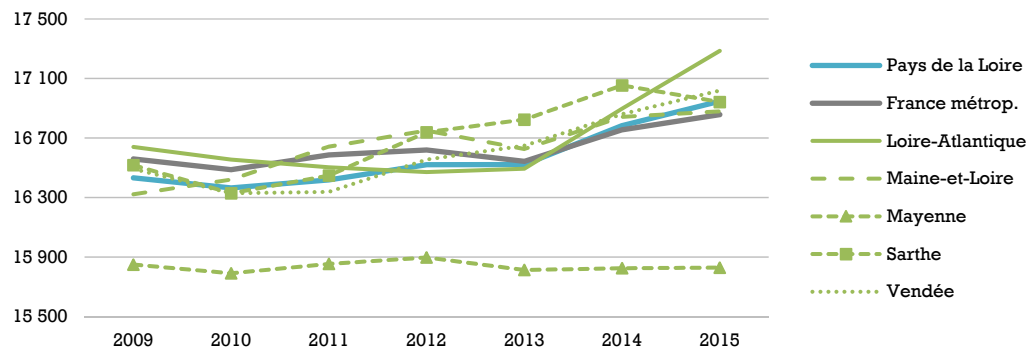


Fig10. Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

ENCADRÉ 4. Intérêt et limites de l'utilisation des données du PMSI MCO

Les données relatives aux personnes hospitalisées dans des services de court séjour de médecine, chirurgie ou d'obstétrique (MCO) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce programme, dont l'objectif est médicoéconomique, repose sur l'enregistrement lors de chaque séjour dans un établissement de santé, d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Les statistiques présentées dans ce rapport concernent les habitants des Pays de la Loire, quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Elles reposent sur l'exploitation du diagnostic principal d'hospitalisation qui est, depuis 2009, le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Pour chaque pathologie ou groupe de pathologies, les résultats concernent les personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour ce motif, quel que soit le nombre et le motif des autres séjours sur cette période. Ne sont pas pris en compte les séjours des nouveau-nés bien portants, ni les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine...).

Les taux standardisés et indices comparatifs de personnes hospitalisées permettent d'analyser les évolutions et les disparités territoriales en neutralisant les effets de structure par âge. Toutefois, la morbidité n'est pas le seul facteur explicatif des écarts observés après ajustement sur l'âge. Ces derniers peuvent en effet résulter de différences en matière de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge, qui peuvent elles-mêmes être influencées par de multiples facteurs (pratiques professionnelles, offre de soins de ville et en établissement de santé, importance de l'offre d'hébergement pour personnes âgées...). Enfin, des différences dans les modalités de codage des diagnostics d'hospitalisation existent également.

Des taux de personnes hospitalisées en hausse pour plusieurs groupes de pathologies, avec en particulier pour les tumeurs, affections ostéoarticulaires, lésions traumatiques, maladies de l'œil et troubles mentaux, des taux plus élevés dans la région

Les **maladies de l'appareil digestif** (hors maladies des dents et du parodonte) constituent les diagnostics d'hospitalisations les plus fréquents, avec 78 000 Ligériens hospitalisés au moins une fois en 2015 pour une de ces affections (sur un total de 634 000) [Fig11]. Entre 2009 et 2015, le taux de patients hospitalisés a progressé dans la région comme en France d'environ 1 % par an.

Le taux de patients hospitalisés pour ces pathologies est toutefois inférieur à la moyenne nationale, chez les hommes (- 12 %) comme chez les femmes (- 20 %), et dans la population tous âges (- 16 %) comme chez celle de moins de 65 ans (- 17 %).

Diverticulose intestinale, hernie inguinale (notamment chez les hommes), troubles fonctionnels de l'intestin (notamment chez les femmes) et lithiase biliaire sont les diagnostics principaux les plus fréquents. Pour la plupart de ces affections étudiées, le taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année est inférieur ou proche de la moyenne nationale. Seule exception, l'appendicite, avec un taux qui dépasse de 6 % la moyenne nationale. Parmi les principaux groupes de pathologies qui motivent les hospitalisations en court séjour, plusieurs suivent une tendance à la hausse comme les maladies de l'appareil digestif (hors dents). Mais contrairement à ces



affections, ils se distinguent par des taux régionaux de patients hospitalisés significativement supérieurs à la moyenne nationale.

Les **tumeurs** constituent en effet un motif fréquent d'hospitalisation, avec près de 71 000 habitants de la région hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une pathologie tumorale.

Dans plus de la moitié des cas, il s'agit de tumeurs bénignes, colorectales deux fois sur trois.

Le taux de personnes hospitalisées pour tumeurs bénignes a fortement progressé entre 2009 et 2015 dans la population ligérienne (+ 2,4 % en moyenne par an) alors qu'il a connu une faible hausse au plan national (+ 0,6 % par an). À structure par âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour tumeurs bénignes est supérieure à la moyenne nationale, avec un écart qui s'est ainsi accru sur les dernières années et qui s'élève à + 31 % en 2015. Cette situation régionale résulte de la plus grande fréquence (+ 63 %) des recours pour tumeurs colorectales. Ce constat se retrouve de façon plus ou moins marquée dans les cinq départements, et il est difficile de savoir s'il résulte d'une plus grande fréquence de ces tumeurs, d'un meilleur dépistage en région ou de pratiques professionnelles différentes. On observe également en région des recours plus fréquents de 13 % pour les tumeurs bénignes de l'ovaire.

Pour les tumeurs malignes, la fréquence régionale de personnes hospitalisées est également orientée à la hausse depuis 2014, après avoir connu un recul sur la période 2009-2013, et elle dépasse la moyenne nationale (+ 7 % en 2015). Cet écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes (respectivement + 10 et + 3 %). Les taux de patients hospitalisés dépassent la moyenne nationale pour les deux sexes pour les tumeurs cutanées malignes hors mélanome, avec un écart supérieur à 30 %. Les taux régionaux sont également supérieurs à cette moyenne chez les hommes de la région de 8 % pour les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, de 36 % pour les tumeurs du foie et de 25 % pour celles de la prostate [\[voir chapitre Cancers\]](#).

Les **maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif** constituent le diagnostic principal pour lequel 65 000 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015.

Entre 2009 et 2015, le taux de patients hospitalisés a progressé près de deux fois plus vite dans la région qu'au niveau national (respectivement + 2,8 % et + 1,5 % par an), et même trois fois plus vite chez les moins de 65 ans. De ce fait, le taux standardisé de patients hospitalisés, qui était proche de la moyenne nationale en 2009, lui est désormais nettement supérieur.

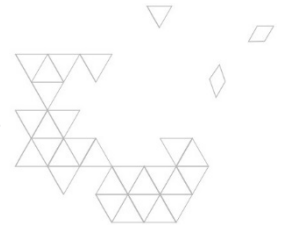
Ainsi, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour ces affections dépasse de 7 % la moyenne nationale, et pour les moins de 65 ans, l'écart atteint 9 %. Ce constat concerne les deux sexes, mais les hommes sont plus concernés (+ 11 %) que les femmes (+ 4 %).

Les lésions internes du genou, les coxarthroses et les gonarthroses sont les diagnostics principaux les plus fréquents.

Pour les coxarthroses, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour ces affections dépasse de 10 % la moyenne nationale. Une situation analogue se retrouve pour les dorsopathies avec déformation et spondylopathies (+ 8 %), les atteintes des disques intervertébraux (+ 21 %), et la maladie de Dupuytren (+ 28 %).

Les **lésions traumatiques et empoisonnements** constituent le diagnostic principal pour lequel 59 000 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015. La fréquence des recours est dans la région supérieure de 3 % par rapport à la moyenne nationale. Elle est en hausse de 0,7 % par an alors que la moyenne nationale a reculé de 0,3 % par an. Cette plus grande fréquence régionale des recours ne concerne que les hommes (+ 8 %), en lien avec des diagnostics principaux de luxations et entorses, et de plaies notamment de la main et du poignet.

Les **maladies de l'œil** constituent un motif d'hospitalisation dans l'année en court séjour pour 42 000 habitants de la région. La fréquence régionale est supérieure de 8 % à la moyenne nationale et est en hausse de 2,4 % par an (+ 1,4 % en France). Cette situation résulte principalement de taux de recours régionaux supérieurs pour la cataracte, mais ce constat se retrouve aussi pour les décollements et déchirures de rétine, le glaucome et le strabisme.



Les **troubles mentaux et du comportement**⁷ constituent le diagnostic principal pour lequel près de 17 500 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015. La fréquence des recours est dans la région supérieure de 10 % par rapport à la moyenne nationale, et est en hausse de 1,3 % par an alors que la moyenne nationale a reculé de 0,4 % par an. Cette plus grande fréquence régionale résulte en particulier de taux de recours supérieurs pour les intoxications aiguës à l'alcool et les états dépressifs dans les deux sexes, et des troubles chroniques liés à l'alcool chez les hommes [\[voir chapitre Troubles mentaux et du comportement\]](#).

Fig11. Nombre de personnes hospitalisées en court séjour selon le diagnostic principal et le sexe
Pays de la Loire (2015)

		Hommes	Effectif Femmes	Total	ICH	TCAM 2009-2015
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5 623	5 156	10 779	82	- 0,5 %
C00-D48	Tumeurs	37 267	33 439	70 706	116	+ 0,2 %
C00-C97	dont tumeurs malignes	18 119	14 252	32 371	107	0 %
D10-D36	dont tumeurs bénignes	17 882	17 276	35 158	131	+ 2,4 %
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques...	3 298	4 068	7 366	88	+ 1,8 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 934	7 999	12 933	75	- 2,2 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	8 967	8 413	17 380	110	+ 1,3 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	10 149	12 549	22 698	98	- 2,9 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	18 100	23 554	41 654	108	+ 2,4 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	5 573	5 000	10 573	141	- 3,0 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	32 821	25 972	58 793	95	- 0,2 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	19 898	16 415	36 313	90	- 0,6 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	54 257	52 549	106 806	94	+ 1,3 %
K09-K33	dont maladies de l'appareil digestif hors mal. dents et parodontie	40 816	37 388	78 204	84	+ 1,2 %
K00-K08	dont maladies des dents et du parodontie	13 680	15 385	29 065	141	+ 1,6 %
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	6 904	5 528	12 432	97	+ 2,4 %
M00-M99	Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	31 010	34 008	65 018	107	+ 2,8 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	18 323	24 376	42 699	94	+ 0,9 %
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	-	52 585	52 585	99	- 0,7 %
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	2 850	2 234	5 084	66	- 10,4 %
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3 319	2 478	5 797	108	- 0,4 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	23 326	24 562	47 888	88	+ 0,3 %
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	32 276	26 973	59 249	103	+ 0,7 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	42 780	50 906	93 686	102	+ 2,7 %
TOTAL		286 952	347 088	634 040	101	+ 0,5 %

Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : hors nouveau-nés bien portants et hors séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs).

Lecture : 37 267 hommes ligériens ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année en 2015 pour tumeurs.

Un ICH (indice comparatif d'hospitalisation) de 82 signifie une fréquence de personnes hospitalisées inférieure dans les Pays de la Loire de 18 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable. Un ICH de 116 signifie à une fréquence régionale supérieure de 16 % à la moyenne nationale. L'ensemble des ICH présente une différence statistiquement significative avec la France métropolitaine.

TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

Des hospitalisations pour maladies de l'oreille en recul, mais toujours plus fréquentes qu'au plan national

Concernant les recours hospitaliers pour maladies de l'oreille, la région se distingue nettement de la moyenne nationale, avec un taux significativement supérieur à la moyenne nationale de personnes hospitalisées mais qui suit par contre une tendance à la baisse.

Ainsi, 11 000 Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année. La fréquence des recours est dans la région supérieure de 41 % par rapport à la moyenne nationale, et est en baisse de 3 % par an entre 2009 et 2015. Un recul est également observé au plan national (- 2,5 %), et donc l'écart région/France ne s'est que légèrement réduit.

Cet écart important de recours est à mettre en lien avec le taux particulièrement élevé dans la région de patients hospitalisés pour otites et mastoïdites (+ 75 % par rapport à la moyenne nationale). Cette situation est observée

⁷ À noter toutefois que la fréquence des prises en charge au moins une fois dans l'année par un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (temps complet, temps partiel ou ambulatoire) est inférieure de 9 % à la moyenne française en 2011, à structure d'âge comparable [\[13\]](#).



dans la région depuis de nombreuses années, sans que l'on sache si elle résulte d'une situation épidémiologique spécifique ou de pratiques professionnelles différentes.

Des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires stables et qui restent moins fréquentes dans la région

Avec 59 000 Ligériens hospitalisés par an, les maladies cardiovasculaires motivent également une part importante des recours hospitaliers en court séjour. A structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour ces affections est dans la région inférieur de 5 % à la moyenne nationale. Ce taux est resté relativement stable dans la région entre 2009 et 2015 alors qu'au plan national, il tend à diminuer (- 0,8 % par an).

Grossesse et accouchement constituent le premier motif d'hospitalisation des femmes

Enfin, pour les femmes, les problèmes en lien avec la grossesse et l'accouchement constituent le premier motif d'hospitalisation, avec près de 53 000 Ligériennes hospitalisées en 2015, chiffre à mettre en regard des 42 000 naissances annuelles. Dans la région comme en France, le taux de femmes hospitalisées suit une tendance à la baisse (respectivement - 0,7 % et - 0,5 % par an entre 2009 et 2015).

6 DÉFICIENCES, LIMITATIONS D'ACTIVITÉ ET SITUATIONS DE HANDICAP

Avec le vieillissement de la population et l'évolution des prises en charge, la question des déficiences et limitations d'activité, autrefois polarisée sur les personnes en situation de handicap, concerne une population de plus en plus importante et constitue une dimension majeure des politiques de santé.

En effet, si à tout âge l'état de santé d'une population peut être décrit par la fréquence des pathologies dont souffrent les individus, il peut aussi être appréhendé à travers la fréquence :

- des déficiences ou limitations fonctionnelles, qui peuvent être de différentes natures (physiques, sensorielles, cognitives ...) et avec des degrés de sévérité plus ou moins importants (exemple : les troubles visuels peuvent aller de la myopie à la cécité). Ces déficiences, qui parfois se cumulent, peuvent être congénitales ou résulter de maladies, de traumatismes ou du vieillissement.
- des limitations d'activité et de participation sociale que ces déficiences peuvent provoquer. Dans les enquêtes, ces restrictions d'activité peuvent être appréciées de façon globale par l'indicateur GALI (Global activity limitation indicator), ou bien fonction par fonction (voir, entendre, marcher...), ou encore pour les différentes activités de la vie quotidienne (se laver, préparer ses repas...).

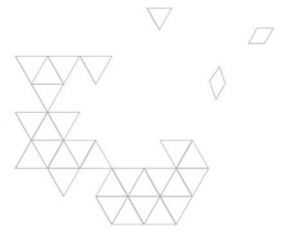
Certaines déficiences fonctionnelles et limitations d'activité peuvent être compensées par des aides techniques (appareillage...) ou des aides humaines (proches aidants, professionnels du champ médicosocial...), mais également par des aménagements de l'environnement ou des activités (domicile, travail, loisirs...).

- des situations de handicap qui peuvent résulter de ces limitations lorsque celles-ci ne sont pas compensées, en interaction avec l'environnement physique, social, médical.

6 % des Ligériens de 15-75 ans fortement limités dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé

Les enquêtes en population constituent les principales sources pour apprécier la fréquence de ces différentes situations dans la population générale. Au plan national, les résultats des enquêtes nationales Handicap-Santé, menées auprès d'un échantillon de personnes vivant à domicile en 2008 et de personnes vivant en institution en 2009, offrent des données détaillées sur la fréquence des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité

[ENCADRÉ 5].



Pour la région Pays de la Loire, les résultats de l'enquête nationale Baromètre santé 2014 apportent une information globale sur la fréquence des restrictions d'activité à partir de la question GALI⁸. Cette question constitue l'une des trois du mini-module européen sur la santé qui est repris dans différentes enquêtes européennes. Le GALI est par ailleurs utilisé pour calculer les estimations d'espérance de vie sans incapacité. 22 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent en 2014 être limités depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans leurs activités habituelles. Ils sont 16 % à se déclarer « limités mais pas fortement » et 6 % « fortement limités ». Ces proportions régionales sont relativement proches de celles observées au plan national (24 %, 17 %, 7 %) [6].

Parmi les personnes déclarant un problème de santé chronique, 49 % d'entre elles se déclarent limitées dans leurs activités habituelles, dont 16 % fortement.

À état de santé similaire⁹, le fait de déclarer des limitations d'activité (fortes ou non) augmente avec l'âge. Il apparaît également plus élevé chez les femmes de la région que chez les hommes (25 % vs 19 %). Cependant, si l'on considère le fait de se déclarer fortement limité, cette différence selon le genre n'est pas retrouvée.

En outre, à état de santé, sexe et âge comparables, les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées (ouvriers, employés) déclarent plus fréquemment de fortes limitations d'activités que les autres catégories.

Enfin, déclarer des limitations d'activité est fortement lié à une perception dégradée de sa santé.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête Handicap-Santé menée en 2008 [ENCADRÉ 5].

ENCADRÉ 5. Fréquence et types de limitation fonctionnelles en France (enquête Handicap-Santé)

Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, 18 % des personnes de 18 ans ou plus vivant à domicile déclarent au moins une limitation fonctionnelle sévère. Les limitations physiques sont les plus fréquemment déclarées (13 %) devant les limitations sensorielles (7 %) et les limitations cognitives (5 %).

Avec l'âge, les limitations fonctionnelles voient leur fréquence augmenter et surtout se cumuler. Avant 40 ans, elles concernent moins de 5 % de la population. À partir de cet âge, leur fréquence augmente sensiblement, surtout en lien avec l'accroissement des déficiences sensorielles (presbytie et, surtout chez les hommes, problèmes d'audition).

À 65 ans, plus de 20 % des hommes et 25 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et au-delà de cet âge, le cumul des limitations fonctionnelles devient plus fréquent.

À 85 ans, 70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et la moitié d'entre eux cumulent deux, voire trois limitations.

Les écarts selon le sexe sont marqués. À tout âge, les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes. Ainsi, 22 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, contre 15 % des hommes.

Cette situation moins favorable des femmes se retrouve pour toutes les fonctions, mais est surtout marquée pour les limitations physiques (17 % sont concernées contre 9 % des hommes). Cet écart hommes/femmes, s'il peut être lié pour partie à la plus grande propension des femmes à repérer et déclarer leurs problèmes de santé, peut également être mis en lien avec la plus grande fréquence des affections ostéoarticulaires chez ces dernières [14].

Par ailleurs, des inégalités sociales sont retrouvées : la probabilité de déclarer au moins une limitation fonctionnelle est d'autant plus élevée que le niveau social est faible. Après 60 ans, à sexe et âge comparables, les ouvriers ont ainsi environ deux fois plus de risque de déclarer au moins une limitation fonctionnelle que les cadres [15].

Au moins 176 000 adultes en situation de handicap ou de dépendance dans la région

Dans la mesure où le Baromètre santé 2014 met en évidence une situation dans la région relativement proche de la moyenne nationale pour le GALI, une estimation du nombre d'adultes en situation de handicap ou de dépendance en Pays de la Loire a été réalisée sur la base de travaux menés au plan national, et notamment pour les personnes vivant à domicile, à partir des résultats de l'enquête Handicap-santé ménages de 2008.

⁸ Le GALI correspond à la question : « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Oui, fortement limité(e) / Oui, limité(e), mais pas fortement / Non pas limité(e) du tout.

⁹ Après ajustement sur le fait de déclarer un problème de santé chronique ou non.



Dans l'enquête Handicap-santé 2008, 23 % des personnes âgées de 16 ans et plus vivant à domicile déclarent au moins une limitation fonctionnelle (critère a¹⁰), ou une restriction forte dans les activités quotidiennes (critère b¹¹), ou une limitation forte d'activité depuis au moins 6 mois pour raison de santé (critère c¹²).

Si l'on considère, de façon plus restrictive, les seules personnes qui déclarent simultanément ces trois critères (a. limitation fonctionnelle, b. restriction forte dans les activités quotidiennes, c. limitation forte d'activités pour raison de santé), ce sont 4,7 % des 16 ans et plus qui sont concernés.

Chez les 60 ans et plus, ces proportions sont particulièrement élevées ; elles atteignent respectivement 45 % (au moins un des trois critères a, b ou c) et 12,5 % (a+b+c) [16].

En appliquant ces prévalences nationales à la population régionale vivant en milieu ordinaire, le nombre de personnes âgées de 16 ans et plus en situation de handicap dans les Pays de la Loire serait compris entre environ 130 000 et 650 000 selon que l'on prend la définition la plus stricte (critères a+b+c) ou la plus large (a ou b ou c). Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, cet effectif régional se situerait entre 105 000 et 380 000.

L'effectif des personnes en situation de handicap ou de dépendance vivant en institution s'ajoute à celui des personnes vivant à domicile, et peut être estimé à plus de 46 000.

En effet, l'effectif de personnes vivant en établissement pour adultes handicapés peut être approché par le nombre de places en hébergement permanent (maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé, foyer de vie, foyer d'hébergement...) car les taux d'occupation de ces établissements sont proches de 100 %. Fin 2015, on dénombre 8 200 places dans ces structures dans la région [17].

Par ailleurs, l'effectif de personnes âgées en situation de dépendance et vivant en établissement - Établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa), maison de retraite non médicalisée... - peut être apprécié par le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) vivant en établissement. Ce nombre atteint 38 000 fin 2014 dans les Pays de la Loire [18].

ENCADRÉ 6. Espérance de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable notamment chez les femmes, des inégalités sociales qui restent marquées

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVS) permet d'évaluer le nombre d'années de vie sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale. Il est estimé à partir, d'une part des données de survie et d'autre part, des données déclaratives d'incapacité (limitations fonctionnelles, restrictions d'activité...) issues d'enquêtes en population.

Au cours des années 1980, les années de vie "gagnées" apparaissaient majoritairement comme des années vécues en relative bonne santé, sans incapacité sévère. Cette époque se caractérisait donc par une progression de l'espérance de vie sans incapacité. Mais depuis le début des années 2000, cette progression s'est interrompue. Ce constat est d'interprétation complexe, mais il semble que les gains d'espérance de vie sur la période récente ne soient plus majoritairement des gains de vie en bonne santé, notamment chez les femmes de 50 à 65 ans [19].

Par ailleurs, les différences restent marquées selon le genre et le milieu social.

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. Ce constat est lié, en partie, au profil différent des maladies affectant les femmes et les hommes. Les femmes sont plus souvent concernées par des pathologies avec un impact fort sur l'état fonctionnel et la qualité de vie (maladies ostéoarticulaires, troubles anxiodépressifs...) alors que les hommes sont plus affectés par des pathologies invalidantes mais qui se caractérisent aussi par une forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes).

Par ailleurs, les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres, et vivent même plus d'années avec des incapacités au cours de cette vie plus courte. À 35 ans, l'espérance de vie sans limitations fonctionnelles des ouvriers est inférieure de 10 ans à celle des cadres chez les hommes (respectivement 24 ans et 34 ans) et inférieure de 8 ans chez les femmes (27 ans et 35 ans) [20].

¹⁰ Avoir au moins une limitation fonctionnelle importante (la personne fait mais avec beaucoup de difficultés) ou absolue (la personne ne peut faire) pour une fonction physique précise (marcher, entendre, voir, se servir de ses mains, porter 5 kg sur 10 m, s'agenouiller, contrôler ses urines...) ou pour une fonction cognitive.

¹¹ Déclarer au moins une restriction absolue ou beaucoup de difficultés dans une liste d'activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, se lever du lit, préparer ses repas, sortir de son logement, se servir du téléphone...).

¹² Ce critère correspond au fait de répondre « oui, fortement » à la question du GALL.



Les situations de handicap et de dépendance connues des dispositifs d'aide

Les personnes confrontées à des difficultés majeures pour réaliser des actes de la vie quotidienne peuvent bénéficier de prestations sociales permettant notamment de compenser une perte de ressources, et de financer une partie des coûts induits par le recours à des aides techniques ou humaines ou à un hébergement dans une institution spécialisée.

Ces prestations relèvent de plusieurs dispositifs, gérés par des organismes différents. Elles ont des périmètres et des contenus propres, fonction des caractéristiques de la population à laquelle elles sont destinées (âge, activité professionnelle, degré du handicap, ressources...).

Environ 2 % des assurés du régime général bénéficient d'une pension d'invalidité

En cas de survenue d'un handicap en période d'activité, les assurés sociaux perçoivent un revenu de remplacement de leur régime de sécurité sociale. S'il est établi que le handicap est la conséquence d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, l'assuré reçoit une rente de la sécurité sociale au titre de ce risque. Dans les autres cas, les prestations sont versées au titre de l'assurance invalidité.

Environ 30 000 personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité pour le seul régime général fin 2009 (hors rente d'accident du travail ou maladie professionnelle). Rapporté à la population ligérienne âgée de 20 à 59 ans protégée par le régime général, le taux régional de bénéficiaires s'élevait à environ 2 %.

Sur les années récentes 2011-2015, ce sont en moyenne 5 000 assurés de ce régime qui bénéficient chaque année de l'attribution ou du renouvellement d'une pension d'invalidité.

Des taux de bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH en hausse mais qui restent inférieurs à la moyenne nationale

Les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) instruisent les demandes d'aides légales relatives aux adultes et aux enfants : allocation d'adulte handicapé (AAH) et allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) qui sont versées par les caisses d'allocations familiales (Caf) et les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), prestation de compensation (PCH) versée par les conseils départementaux...

Près de 53 000 Ligériens bénéficient de l'AAH fin 2015. Cette aide financière est destinée aux personnes handicapées de 20 ans et plus ayant de faibles ressources [Fig12].

Le taux de bénéficiaires, rapporté à la population des 20-64 ans, s'élève à 2,5 %.

Comme en France, ce taux a fortement augmenté dans la région au cours des dix dernières années (37 000 bénéficiaires en 2006, soit 1,9 %) [21]. Cette augmentation est notamment liée à la revalorisation des plafonds d'éligibilité entre 2008 et 2012, au recul de l'âge des départs à la retraite qui a repoussé pour certains la fin de leur droit à l'AAH [22].

À l'échelle régionale et dans les cinq départements de la région, le taux de bénéficiaires de l'AAH est inférieur à la moyenne nationale (2,8 %). Il apparaît notamment un peu plus faible en Mayenne (2,3 %) que dans les autres départements de la région (2,5 et 2,6 %) [17].

Environ 12 300 Ligériens âgés de moins de 20 ans perçoivent fin 2014 l'AEEH, allocation accordée sans conditions de ressources [21] [Fig12].

Rapporté à la population totale des 0-19 ans, le taux régional de bénéficiaires s'élève à environ 1,3 %, soit un taux inférieur à la moyenne nationale (1,5 %).

Cette situation régionale recouvre toutefois de fortes disparités départementales, avec un taux qui reste inférieur à la moyenne nationale en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire, et à l'inverse nettement supérieur en Mayenne.

Le nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH ne cesse de progresser (+ 4,5 % en moyenne par an dans la région entre 2010 et 2016, + 6,6 % en France) [23]. Cette évolution traduit notamment une meilleure détection et une plus grande reconnaissance des handicaps, et vraisemblablement, une meilleure acceptation de ces situations par les familles.

La PCH a été instaurée en 2006 et vise à remplacer l'Allocation compensatrice tierce personne (ATCP). Cette aide n'est accessible qu'aux personnes dont le handicap a été reconnu avant 60 ans¹³. Elle permet de financer, en

¹³ 65 ans en cas de prolongation de l'activité professionnelle.



complément des autres aides existantes, notamment des aides humaines ou techniques, l'aménagement du logement, du véhicule ou des surcoûts liés au transport.

Fin 2014, 18 000 Ligériens (adultes et enfants) bénéficient de la PCH ou de l'ACTP [Fig12].

Le taux de bénéficiaires de la PCH/ACTP s'élève dans la région à 4,9 pour 1 000 habitants, soit un taux proche de la moyenne nationale (4,8). Ce taux varie relativement peu selon les départements de la région (entre 4,5 et 5,5) [17].

Un taux de bénéficiaires de l'Apa stable et qui reste inférieur à la moyenne nationale

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) a été instaurée au début des années 2000 pour permettre aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (groupes iso-ressources 1 à 4) de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Cette aide en nature, dont l'attribution et le versement sont gérés par les conseils départementaux, dépend du degré de dépendance et des ressources financières du demandeur, ainsi que pour les personnes à domicile, des besoins d'aide.

64 200 Ligériens bénéficient de l'Apa fin 2014, dont 38 000 vivent en établissement et 26 000 à domicile [Fig12]. Rapporté à la population des 75 ans et plus, le taux de bénéficiaires de l'Apa s'élève dans les Pays de la Loire à 18 pour 100 habitants. Ce taux est relativement stable depuis 2009 et reste inférieur à la moyenne nationale (21 pour 100). Au sein de la région, les cinq départements présentent fin 2014 un taux de bénéficiaires inférieur à cette moyenne [voir chapitre Santé des personnes âgées de 65 ans et plus].

Fig12. Bénéficiaires de prestations liées au handicap et à la dépendance

Pays de la Loire, France métropolitaine

	AAH (31/12/2015)		AEEH (31/12/2014)		PCH/ACTP (31/12/2014)		APA (31/12/2014)	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ²	Effectif	Taux ³	Effectif	Taux ⁴
Loire-Atlantique	20 414	2,6 %	3 844	1,1 %	6 107	4,5 ‰	20 837	18,2 %
Maine-et-Loire	11 208	2,5 %	2 207	1,0 %	3 847	4,8 ‰	12 802	16,8 %
Mayenne	3 845	2,3 %	1 658	2,1 %	1 592	5,2 ‰	6 111	18,0 %
Sarthe	7 860	2,5 %	1 968	1,4 %	2 843	5,0 ‰	10 727	17,9 %
Vendée	9 293	2,6 %	2 631	1,6 %	3 663	5,5 ‰	13 678	18,9 %
Pays de la Loire	52 620	2,5 %	12 308	1,3 %	18 052	4,9 ‰	64 155	18,0 %
France métropolitaine	1 027 127	2,8 %	236 662	1,5 %	310 108	4,8 ‰	1 221 148	20,5 %

Sources : Drees, Cnaf, MSA, Insee

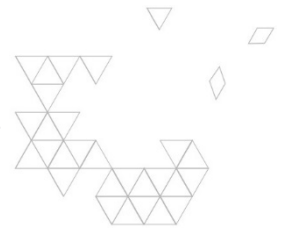
1. Taux pour 100 personnes de 20-64 ans ; 2. Taux pour 100 personnes de 0-19 ans ; 3. Taux pour 1 000 personnes (tous âges) ;

4. Taux pour 100 personnes de 75 ans et plus

7 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence aux écarts de santé que l'on peut observer selon la position sociale. Ces écarts ne sont pas le produit du hasard ou de facteurs biologiques, mais résultent de l'impact sur l'état de santé de multiples déterminants socialement construits (comportements individuels, influences sociales, conditions de vie, de travail et environnementales...), liés entre eux et qui se succèdent dès le plus jeune âge et se cumulent tout au long de la vie [24].

Les ISS renvoient essentiellement au gradient continu de santé qui existe en fonction de la "catégorie sociale", appréhendée classiquement par la triade niveau d'éducation / niveau de revenus / statut professionnel. Ce dernier comprend deux dimensions distinctes : la situation vis-à-vis de l'emploi et la profession (la classification des groupes socioprofessionnels de l'Insee : ouvriers, employés, professions intermédiaires, cadres... étant le plus souvent employée en France) [25]. D'autres indicateurs, moins gradués, peuvent également rendre compte de l'appartenance à une catégorie sociale mais restreignent alors le champ d'étude des ISS à une population précise (précaire le plus souvent) : statut vis-à-vis du seuil de pauvreté, de la perception de minimas sociaux ou de la couverture du risque maladie...



Depuis quelques années, le développement de nouveaux indicateurs composites dits "multidimensionnels" (on parle également d'indices de défavorisation sociale) s'est accéléré en France et devrait permettre d'élargir les possibilités d'étude des ISS [ENCADRÉ 7].

Les ISS restent très marquées en France, notamment chez les hommes, par rapport à d'autres pays européens de même niveau de développement économique et social [26] [27]. La traduction la plus parlante de ces inégalités est l'écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels. En 2009-2013, les hommes cadres de 35 ans peuvent espérer vivre en moyenne 6 années de plus que les ouvriers. Cet écart est deux fois moins élevé parmi les femmes [28]. Les ouvriers vivent en outre plus d'années avec des incapacités : à 35 ans, leur espérance de vie sans limitations fonctionnelles est inférieure de 10 ans à celle des cadres chez les hommes (respectivement 24 ans et 34 ans) et inférieure de 8 ans chez les femmes (27 ans et 35 ans).

Les enjeux autour des ISS sont aussi très présents dans la région, à tous les âges de la vie et dans toutes les dimensions de la santé que peuvent recouvrir les inégalités.

Ainsi, la prévalence de nombreuses maladies est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés. Ce constat, qui porte aussi bien sur les affections métaboliques (diabète), cardiovasculaires, cancéreuses, que sur la santé mentale, est particulièrement bien établi en France [27]. Dans la région, il se retranscrit indirectement dans la manière dont les Ligériens perçoivent leur état de santé : 88 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur en ont une perception positive, contre 73 % parmi celles ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat [6].

ENCADRÉ 7. Indicateurs de défavorisation sociale : intérêts et limites

Ces indicateurs rendent compte du positionnement d'une personne dans un contexte social plus général, défini par l'agrégation de différentes variables (revenus, emploi, logement, équipement...) mesurées à l'échelle territoriale (généralement une petite unité géographique, comme l'Iris ou la commune de résidence de l'individu) et issues de bases de données administratives. Le développement de ces indicateurs s'inscrit notamment dans un contexte de difficultés à disposer de données socioéconomiques individuelles à la fois exhaustives et de qualité [25].

Les indices de défavorisation présentent néanmoins certaines limites : ils estiment la situation sociale d'une personne à partir de données calculées au niveau géographique, et sont donc entachés d'un biais (plus la zone géographique est importante et hétérogène, moins l'estimation de la situation sociale d'un individu est fiable). De plus, ces indices ne tiennent pas compte du contexte du milieu de vie (urbain ou rural...) et de la mobilité des individus entre zones géographiques. Enfin, il existe une variété d'indices de défavorisation qui diffèrent par leur méthodologie de création, et il n'y a pas véritablement d'indicateur pouvant être qualifié de "gold standard" dans ce domaine à l'heure actuelle en France.

Les inégalités se retrouvent également dans la fréquence des restrictions d'activité : les Ligériens ouvriers, employés et agriculteurs exploitants déclarent notamment deux fois plus fréquemment que les autres (8 % vs 4 %) être fortement limités dans leurs activités habituelles à cause d'un problème de santé [6].

Chez les personnes âgées, les conditions socioéconomiques ont des intrications particulièrement fortes avec la fragilité, définie par une diminution des capacités à répondre à des situations de stress et expose aux risques de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. Plusieurs études montrent ainsi que les difficultés financières tout au long de la vie favorisent le processus de fragilisation, ce processus s'accompagnant lui-même de nouvelles difficultés financières [29] [30].

Le recours aux soins et à la prévention apparaît moins fréquent ou retardé dans les groupes sociaux les moins favorisés [31]. Ceci est notamment le cas chez les enfants et dans certains domaines (santé buccodentaire, troubles de la vue et du langage). Ainsi à 5-6 ans, 12 % des enfants ligériens d'ouvriers et d'employés présentent au moins une dent cariée non soignée et 11 % une anomalie de la vision de loin alors qu'ils ne portent pas de lunettes. Pour les enfants des autres catégories socioprofessionnelles, ces proportions sont respectivement égales à 4 % et 7 %. Chez l'adulte, les inégalités d'accès à la prévention sont particulièrement bien illustrées à l'échelle nationale par les différences de participation aux dépistages organisés des cancers (cancer du sein notamment) [32].



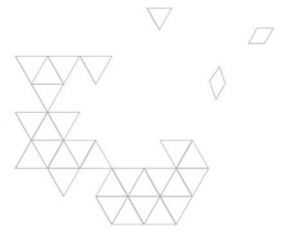
La prévalence du tabagisme et la part des Ligériens de 15-75 ans buvant quotidiennement de l'alcool et ayant une consommation à risque chronique (y compris de dépendance) sont plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Les problèmes de surcharge pondérale y sont également plus fréquents, et ce dès l'enfance : à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés, contre 7 % des enfants des autres catégories socioprofessionnelles. Entre 15 et 75 ans, la prévalence de l'obésité est deux fois plus importante chez les Ligériens ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat que chez ceux ayant un niveau supérieur [6]. Les comportements à risque pour la santé - déterminants dits "individuels" - dépendent fortement du groupe social d'appartenance et du contexte socioéconomique et sociétal, et contribuent ainsi aux ISS au même titre que les déterminants de composante plus collective et environnementale (accès à l'éducation, littératie [ENCADRÉ 8], revenus, conditions de vie et de travail, intégration sociale...).

En outre, des travaux de socioépidémiologie menés dans le cadre d'études de cohortes mettent en évidence, au-delà de ces déterminants individuels et collectifs déjà bien identifiés, une part de facteurs encore inconnus dans l'explication de l'état de santé, notamment pour certaines situations pathologiques parmi les plus fréquentes et graves comme les maladies cardiovasculaires. Cette part de l'inexpliqué apparaît d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie sociale la plus défavorisée [33].

ENCADRÉ 8. Prendre en compte la littératie pour réduire les inégalités sociales de santé

La littératie en santé désigne "la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie". Elle constitue un déterminant de santé majeur, étroitement lié à d'autres facteurs tels que la scolarité, l'alphabétisation... Une littératie limitée augmente notamment les risques de non-participation aux dispositifs de promotion de la santé et de dépistage, de moins bonne gestion des maladies chroniques et de moindre observance médicamenteuse, d'hospitalisations, d'accidents de travail, et de mortalité prématurée [34] [35].

Ces compétences sont très inégalement réparties au sein de la population, mais les niveaux de littératie en santé s'inscrivent dans un continuum : il n'y a pas d'un côté ceux qui accèdent, comprennent, trient et appliquent parfaitement l'information et de l'autre ceux qui n'y arrivent pas. La prise en compte de ce déterminant, notamment à travers la mise en œuvre d'outils d'aide à la décision et de communication adaptés aux populations les moins favorisées (simplification/traduction des messages...), constitue un axe essentiel de la réduction des inégalités sociales de santé.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Drees. (2015). L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 324 p.
- [6] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [7] Insee. Séries régionales et départementales. Démographie. [En ligne]
<http://www.bdm.insee.fr/bdm2/choixTheme.jsessionid=CF7E1CBB0EC297DF679BB0841D431FF4?code=412#arbo:montrerbranches=theme412/theme414/theme430>.
- [8] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne].
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [9] Fender P, Païta M, Ganay D, et al. (1997). Prévalence des trente affections de longue durée pour les affiliés au Régime général de l'Assurance Maladie en 1994. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. vol. 45, n° 6. pp. 454-464.
- [10] 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.
- [11] Cnamts. Prévalence des ALD : données relatives à l'ensemble des bénéficiaires. [En ligne].
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>.
- [12] Cnamts. (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). 189 p.
- [13] ORS Pays de la Loire. (2015). Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. Nouvelle édition décembre 2015. 91 p.
- [14] Drees. (2015). Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité. In *L'état de santé de la population en France. Édition 2015*. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. pp. 278-279.
- [15] Montaut A, Danet S. (2011). Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 8-9. pp. 75-78.
- [16] Roy D. (2016). Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. *Revue Française des Affaires Sociales*. Drees. n° 8. pp. 21-33.
- [17] Drees. STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. [En ligne].
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>.
- [18] Drees. Data.Drees : Les indicateurs sociaux départementaux (ISD). [En ligne].
http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,372.
- [19] Cambois E, Robine JM. (2012). Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 80. pp. 28-32.
- [20] Cambois E, Laborde C, Robine JM. (2008). La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*. Ined. n° 441. 4 p.
- [21] Bénéficiaires de l'AAH et de l'AAEH, Cnaf, MSA, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [22] Calvo M. (2015). Les bénéficiaires de minima sociaux en 2013. *Études et Résultats*. Drees. n° 945. 6 p.
- [23] Cnaf. Cafdata. [En ligne]. <http://data.caf.fr/site/>.
- [24] Lang T. (2010). Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 73. pp. 21-24.
- [25] HCSP. (2013). Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé. 54 p.
- [26] Lang T, Danet S, Chauvin P, et al. (2010). Les inégalités sociales de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 73. pp. 7-57.
- [27] HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 101 p.
- [28] Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.



- [29] Vellas B, Iglesia Gomez M, Jeandel C, *et al.* (2015). Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc. Société française de gériatrie et gérontologie. 226 p.
- [30] Sirven N. (2013). Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE. Irdes. 36 p. (Document de travail n° 52 bis).
- [31] Jusot F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. vol. 61, Suppl. 3. S163-S169.
- [32] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [33] Inpes, Santé publique France. (2012). Qu'est ce qui détermine notre état de santé ? [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
- [34] Cultures & Santé. (2016). Littératie en santé. *Dossier Thématique*. n° 8. 32 p.
- [35] Langis I. (2014). Littératie et déterminants de santé. Institut national de santé publique du Québec. 30 p. [Diaporama].

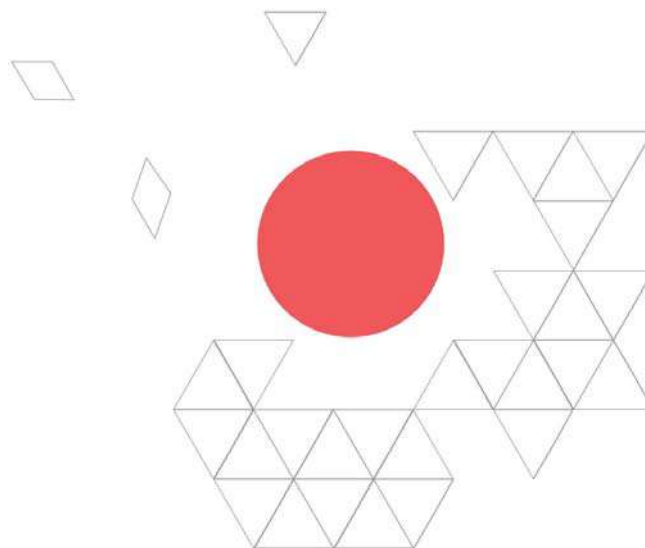


SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

1. La période périnatale et la première année de vie	37
2. Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)	49
3. Santé des personnes de 18-64 ans	93
4. Santé des personnes de 65 ans et plus	119



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE



LA PÉRIODE PÉRINATALE ET LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	39
Des naissances moins nombreuses, et de plus en plus tardives	40
Moindre fréquence régionale des naissances prématurées et de petit poids	40
Un recours fréquent aux services d'urgences	42
Une journée d'hospitalisation sur deux est liée à la prématurité ou l'hypotrophie	43
Tendance à la baisse du taux d'enfants hospitalisés, hormis en Sarthe	44
330 enfants mort-nés et 120 décès d'enfants de moins d'un an chaque année	44
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	47

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les facteurs de risque de prématurité	40
ENCADRÉ 2. Le réseau régional "Grandir ensemble" : un outil pour l'étude du devenir des enfants vulnérables dans les Pays de la Loire	42
ENCADRÉ 3. L'allaitement maternel dans les Pays de la Loire	42
ENCADRÉ 4. La difficile interprétation de l'évolution de la mortalité	45
ENCADRÉ 5. Les bénéfices des programmes de soutien à la parentalité	46



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
La période périnatale et la première année de vie



1 LA PÉRIODE PÉRINATALE ET LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les Pays de la Loire restent une des régions les plus fécondes de France, malgré une légère baisse de la natalité au cours des années récentes. Près de 120 enfants y naissent chaque jour, soit plus de 40 000 nouveau-nés chaque année. La très grande majorité de ces enfants sont en bonne santé, et la plupart des indicateurs régionaux de santé périnatale et concernant la première année de vie sont plus favorables que la moyenne nationale.

La prématurité, qui concerne 6,5 % des nouveau-nés de la région en 2015, constitue l'un des risques majeurs pour la santé des jeunes enfants et un motif important de recours aux soins. Ce taux, qui est inférieur à la moyenne nationale (7,2 %) et l'un des plus faibles de France, fluctue entre 6,0 et 6,5 % depuis le début des années 2010 sans qu'aucune réelle tendance évolutive régionale ne se dégage. Au sein de la région, le taux de prématurité est nettement plus élevé en Sarthe (7,5 %) que dans les quatre autres départements. Les conditions socioéconomiques plus défavorables de la population sarthoise, qui constituent un facteur de risque bien établi de prématurité, pourraient pour partie expliquer ce constat. Actuellement, les taux de pauvreté sont particulièrement élevés chez les personnes de 18 à 29 ans (13 % en moyenne dans la région, 16 % en Sarthe) et dans les familles monoparentales (33 % au niveau régional, 37 % en Sarthe).

La prématurité voit également sa fréquence augmenter avec l'âge maternel. Dans la région comme en France, l'âge moyen des mères à la naissance ne cesse de s'élever et dépasse désormais 30 ans. Cette évolution augmente le risque de prématurité de façon directe, mais aussi de façon indirecte via la baisse de la fécondité qui génère des recours plus fréquents à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Cette dernière majore le risque de naissance prématurée et de petit poids notamment en raison du risque accru de grossesse multiple. Actuellement, 3,4 % des naissances régionales sont issues d'une AMP contre 2,9 % au début des années 2010.

Enfin, le mode de vie des parents et notamment le tabagisme (qui concerne un Ligérien de 15-34 ans sur trois, et près d'une femme enceinte sur cinq), ainsi que les affections métaboliques (obésité, diabète) pour lesquelles les facteurs nutritionnels jouent un rôle majeur, impactent aussi directement et indirectement (via les problématiques d'infertilité) le risque de naissance prématurée.

La première année de vie représente une période de grande vulnérabilité physiologique, au cours de laquelle le recours au système de santé et notamment aux services de soins hospitaliers est particulièrement fréquent. Les affections motivant ces recours sont souvent directement en lien, ou aggravées par une prématurité ou une hypotrophie : ces situations sont notamment responsables de près de la moitié (48 %) des journées d'hospitalisation d'enfants de moins d'un an en 2015.

Pour 1 000 enfants de moins d'un an, plus de 500 passages dans les services d'urgences de la région ont été dénombrés, et près de 300 enfants ont été hospitalisés en 2015. La situation régionale se caractérise par un taux d'enfants de moins d'un an hospitalisés inférieur de près de 25 % à la moyenne nationale. Cet écart s'est amplifié au cours des années récentes, en raison d'un recul marqué de la fréquence des hospitalisations à cet âge (- 4,6 % par an), diminution trois fois plus importante que celle constatée au plan national.

La Sarthe se distingue par un taux d'enfants hospitalisés en augmentation, et maintenant assez proche de la moyenne nationale. Outre des facteurs de nature épidémiologique ou socioéconomique, cette particularité pourrait être rapprochée d'une offre en médecins généralistes et pédiatres libéraux inférieure à la moyenne française et en repli.

Environ 330 enfants naissent sans vie, et 120 décèdent au cours de leur première année de vie, chaque année en moyenne dans la région. Ces effectifs se sont nettement réduits au cours des dernières décennies, en lien avec l'amélioration du suivi des femmes enceintes et des conditions d'accouchement, et l'apparition de certaines recommandations (notamment celles relatives à la mort subite du nourrisson). Les indicateurs de mortalité autour de la naissance et dans la première année de vie témoignent en outre d'une situation régionale encore plus favorable qu'en moyenne en France.

Dans les années à venir, la prévention de la prématurité reste un enjeu fort, car ses principaux facteurs de risque ne montrent actuellement aucune réelle tendance évolutive à la baisse. Cette prévention passe notamment par la lutte contre le tabagisme et les habitudes nutritionnelles défavorables des jeunes, ainsi que par la surveillance en santé périnatale, notamment parmi les classes sociales les moins favorisées, particulièrement exposées à un suivi prénatal insuffisant.

Le soutien à la parentalité constitue également un axe important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé apparaissant dès le plus jeune âge. Il est en effet bien établi que les difficultés à exercer le rôle de parents sont plus souvent exprimées parmi les groupes sociaux les moins favorisés, et que le cumul de ces facteurs peut avoir un impact sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes.



Des naissances moins nombreuses, et de plus en plus tardives

La période périnatale et la première année de vie mobilisent fortement le système de santé régional de par l'ampleur des enjeux qui s'y rattachent à court, moyen et long termes, et la fréquence des événements concernés : un peu plus de 42 000 enfants ligériens sont nés en 2015, soit environ 115 nouveau-nés par jour. Les Pays de la Loire restent, à cet égard, une des régions parmi les plus fécondes de France, avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 204 enfants pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans (198 en moyenne en France métropolitaine)¹ [1].

La natalité connaît toutefois dans la région (comme au plan national) une légère baisse depuis le pic de 46 000 naissances observé en 2010, en lien avec deux composantes : d'une part la diminution du nombre de femmes en âge de procréer, et d'autre part le recul de la fécondité. Parallèlement, l'âge des mères à l'accouchement ne cesse d'augmenter et atteint 30,3 ans dans la région en 2014, contre 28 ans au début des années 1990 [2] [3], cette tendance pouvant en partie être rapprochée de facteurs de nature socioculturelle (allongement de la durée des études, progression de l'emploi féminin...).

L'élévation de l'âge maternel constitue un déterminant majeur en santé périnatale, puisqu'il impacte - au même titre que la surcharge pondérale et la consommation de tabac notamment - les risques de naissances prématurées et de petit poids, de manière directe [ENCADRÉ 1], mais également indirectement à travers les problématiques d'infertilité et de recours à une assistance médicale à la procréation (AMP). Il est en effet bien montré que les techniques d'AMP favorisent la survenue d'une grossesse multiple et induisent donc un risque augmenté de naissance avant le terme. En outre, l'AMP induirait également un risque augmenté de naissance prématurée pour les nouveau-nés singletons [4].

En 2014, le nombre de tentatives d'AMP (inséminations artificielles et fécondations *in vitro*) s'établit à plus de 8 400, et près de 1 500 enfants nés cette année dans la région (3,4 %) sont issus d'une AMP [5]. Cette proportion n'a cessé d'augmenter, notamment depuis le début des années 2010 (où elle s'établissait alors à 2,9 % [3]), en lien avec les progrès et la diffusion des techniques d'AMP. Les Pays de la Loire font partie, à cet égard, des régions présentant un niveau important d'activité d'AMP en lien avec une offre en centres (1,1 pour 100 000 femmes en âge de procréer) et laboratoires d'inséminations (1,9 pour 100 000) plus élevée qu'au plan national (respectivement 0,9 et 1,7 pour 100 000), et "couvrant largement les besoins de la population régionale" selon l'Agence de la biomédecine [5].

ENCADRÉ 1. Les facteurs de risque de prématurité

Le risque de prématurité est augmenté en cas de grossesse multiple, d'âge maternel élevé, de complications obstétricales (hypertension artérielle gravidique, anomalies utéro-placentaires, infections notamment), et d'antécédents de prématurité ou d'hypotrophie fœtale [6].

La consommation maternelle de tabac est également un facteur de risque majeur de naissance prématurée. En 2010, près d'une Ligérienne sur cinq (18 %) ayant accouché déclare avoir consommé du tabac au cours du troisième trimestre de la grossesse (17 % en France) [3].

Des études ont par ailleurs mis en avant l'influence des affections métaboliques (diabète, obésité) et psychiatriques (anxiété, dépression), mais aussi des facteurs d'ordre socioéconomique (faible niveau d'éducation et pauvreté notamment) dans le risque de survenue d'une naissance prématurée [7]. Le taux de prématurité est notamment deux fois plus élevé parmi les femmes ouvrières et employées que chez les cadres [8].

Moindre fréquence régionale des naissances prématurées et de petit poids

En 2015, le taux régional de prématurité estimé à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [voir encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] s'élève à 6,5 % des

¹ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



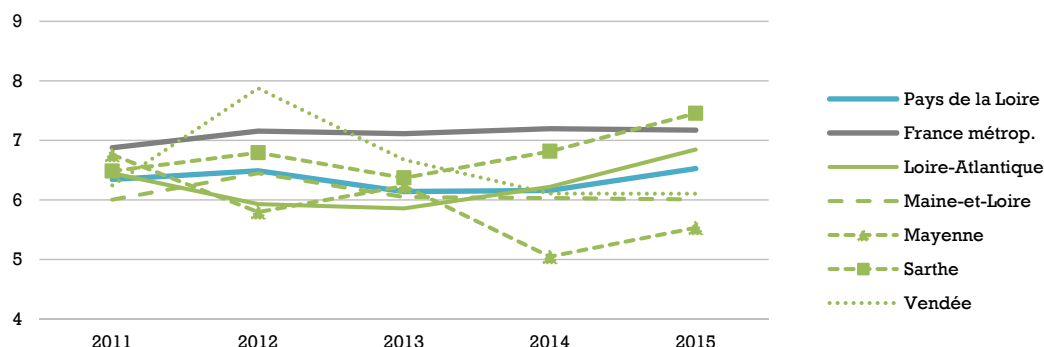
naissances vivantes, soit une valeur inférieure à la moyenne nationale (7,2 %) et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine [9].

Au plan régional, 5,2 % des naissances sont de prématurité moyenne (naissances entre 33 et 36 semaines d'aménorrhée), 1,0 % de grande prématurité (de 28 à 32 semaines d'aménorrhée), et 0,3 % de très grande prématurité (moins de 28 semaines d'aménorrhée). Le plus faible taux régional de prématurité s'explique par une fréquence des prématurités moyennes moins importante qu'au plan national (5,8 %). Les taux nationaux de grande et de très grande prématurité (respectivement 1,1 et 0,3 %) sont sensiblement identiques à ceux observés dans les Pays de la Loire.

Le taux de prématurité a fluctué dans les Pays de la Loire entre 6,0 et 6,5 % depuis le début des années 2010 (période à partir de laquelle le PMSI permet un suivi annuel relativement fiable de cet indicateur), sans qu'une réelle tendance évolutive ne puisse être dégagée [Fig1]. Au plan national, le taux de prématurité tend à augmenter légèrement, passant de 6,9 % en 2011 à 7,2 % en 2015.

À l'exception de la Sarthe (7,5 %), tous les départements des Pays de la Loire présentent en 2015 un taux de prématurité inférieur à la moyenne nationale. La situation apparaît plus favorable en Mayenne (5,5 %) et dans une moindre mesure dans le Maine-et-Loire (6,0 %) et en Vendée (6,1 %), qu'en Loire-Atlantique (6,8 %). Le positionnement de la Sarthe peut en partie être rapproché d'une situation moins favorable en matière de conditions socioéconomiques, qui constituent un facteur de risque bien établi de prématurité. La Sarthe présente en effet un taux de pauvreté plus élevé que dans le reste de la région, notamment chez les 18-29 ans (16 % contre 11 à 14 % dans les autres départements) et parmi les familles monoparentales (37 %, contre 30 à 35 %).

Fig1. Évolution du taux de naissances prématurées
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 naissances vivantes

Le faible poids de naissance (défini comme un poids inférieur à 2 500 grammes, quel que soit l'âge gestationnel) est souvent en relation avec une naissance prématurée ou un retard de croissance intra-utérin. Il constitue un important facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte.

En 2013, le taux régional de petit poids de naissance estimé par le PMSI s'élève à 6,5 % des naissances vivantes, soit une valeur inférieure à la moyenne nationale (7,2 %) et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine [10]. À l'instar du taux de prématurité, le taux régional de petit poids de naissance évolue peu depuis 2010 (6,4 %), suivant ainsi la tendance évolutive nationale [3] [11].

Tous les départements des Pays de la Loire présentent en 2013 un taux de petit poids de naissance inférieur ou égal à la moyenne nationale. La situation apparaît plus favorable en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Sarthe (respectivement 6,2, 6,3 et 6,7 % des naissances vivantes), qu'en Mayenne (7,0 %) et en Vendée qui présente un taux de petit poids de naissance identique à la moyenne nationale (7,2 %).



ENCADRÉ 2. Le réseau régional "Grandir ensemble" : un outil pour l'étude du devenir des enfants vulnérables dans les Pays de la Loire [12]

"Grandir ensemble" est le réseau régional de suivi des enfants vulnérables (nés avant 33 semaines d'aménorrhée et/ou pesant moins de 1 500 grammes à la naissance, et/ou ayant une pathologie modérée ou sévère). Des consultations de suivi, assurées par un médecin référent choisi par les parents, sont régulièrement proposées de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans. Les objectifs de ce réseau sont de permettre un accompagnement des familles, d'évaluer précocement les compétences des enfants et ainsi de repérer d'éventuelles difficultés de développement, pour mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire précoce. Le réseau est également un outil de suivi épidémiologique des enfants vulnérables de la région, et notamment ceux nés très grands prématurés.

Au cours de l'année 2015, 743 enfants ont été inclus dans le réseau, ce qui représente 1,8 % des naissances régionales. Au total, près de 5 800 enfants sont suivis dans la file active à la fin de cette année, et 5 500 ont bénéficié d'une évaluation de leurs compétences à 2 et 5 ans. Les critères d'évaluation recueillis permettent notamment d'établir une catégorisation des différentes sphères de développement (moteur, cognitive, psychologique, sensorielle) et d'avoir une estimation du nombre d'enfants exempts de difficultés.

Selon ces évaluations, à 2 ans, 80 % des enfants ligériens vulnérables inclus ont un développement (évalué à cet âge essentiellement sur le plan moteur) considéré comme optimal. À 5 ans, 57 % ont un développement moteur, cognitif et comportemental optimal. Parmi les autres enfants, les difficultés de développement sont très variables, allant d'anomalies légères à sévères.

ENCADRÉ 3. L'allaitement maternel dans les Pays de la Loire

L'allaitement maternel présente de nombreux bénéfices pour le nouveau-né, notamment sur les plans nutritionnels et immunitaires. Les nouveau-nés bénéficiant de l'allaitement maternel présentent moins de risques d'infections (otites, infections respiratoires) et de pathologies gastro-intestinales (diarrhées aiguës). La fréquence de certaines pathologies allergiques (rhinite, asthme, eczéma) chez les enfants à risque serait diminuée en cas d'allaitement maternel, tout comme le seraient à plus long terme, les risques de pathologies inflammatoires du tube digestif, d'obésité et de diabète.

Concernant les mères, l'allaitement contribue à diminuer la fréquence des hémorragies du post-partum. L'effet protecteur sur le risque de cancer du sein a été jugé suffisamment convaincant pour que l'allaitement maternel soit recommandé dans la prévention des cancers au niveau international. L'allaitement entraînerait par ailleurs une diminution du risque de dépression du post-partum.

Selon les enquêtes nationales périnatales, le taux d'allaitement maternel (exclusif, ou mixte avec lait artificiel) à la maternité a nettement augmenté entre 1998 et 2010 en France métropolitaine, passant de 52 à 69 %. Les Pays de la Loire ont suivi la même tendance évolutive, tout en présentant en 2003 (51 %) comme en 2010 (57 %) un taux d'allaitement maternel très significativement inférieur à la moyenne nationale [3].

Ce constat est conforté par les données collectées dans les certificats de santé du 8^e jour. Selon cette source, les taux départementaux d'allaitement les premiers jours après la naissance s'échelonnent en 2014 de 48 % en Sarthe à 49 % en Mayenne, 50 % en Vendée, et 51 % en Maine-et-Loire (données non disponibles pour la Loire-Atlantique), contre 65 % en moyenne parmi l'ensemble des départements de France pour lesquels l'information est disponible [13].

Les raisons du faible taux régional d'allaitement maternel sont multiples et complexes à analyser. Une partie de l'écart à la moyenne nationale pourrait être liée à une part plus importante de femmes en situation professionnelle active après leur grossesse dans les Pays de la Loire, ou à des différences dans les modalités d'information des mères sur la pratique de l'allaitement. D'autres facteurs de nature culturelle jouent en outre un rôle majeur, la situation régionale s'inscrivant plus globalement dans un gradient décroissant du taux d'allaitement, des départements de la façade Est et du Sud de la France, vers ceux de l'Ouest.

Un recours fréquent aux services d'urgences

La première année de vie est une des périodes où le recours aux soins d'urgence et hospitaliers est le plus élevé. Les recours à cet âge sont souvent en lien avec une affection d'origine périnatale, notamment dans un contexte de naissance prématurée ou d'hypotrophie. Ces situations représentent en effet des risques accrus d'infections et de pathologies digestives ou respiratoires, qui peuvent être rapprochées d'une immaturité des organes et des fonctions - immunitaires en particulier - de l'enfant. Certains facteurs environnementaux, comme le tabagisme parental, favorisent en outre la survenue de ces pathologies ou peuvent les aggraver (formes sévères de bronchiolites par exemple). Les facteurs économiques, sociaux et psychologiques jouent dans ce contexte un rôle majeur : le risque d'admission à l'hôpital augmente significativement parmi les enfants de classes socio-



économiques moins favorisées, et de mères célibataires, présentant un faible niveau d'éducation ou des troubles dépressifs [3].

Dans les services d'urgences de la région, plus de 23 600 passages concernent des enfants ligériens de moins d'un an (13 300 garçons et 10 300 filles) en 2015, soit des taux de passages de 593 pour 1 000 garçons et 487 pour 1 000 filles² [14]. Le recours aux urgences est plus de deux fois plus fréquent à cet âge que parmi le reste de la population âgée de moins de 18 ans.

La très grande majorité des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné³ [15] présentent un diagnostic de type médicochirurgical (85 %) : dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures (21 %), douleurs abdominales et pathologies digestives (20 %), pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (15 %), fièvre et infectiologie générale (14 %). Les diagnostics principaux de nature traumatologique sont nettement moins fréquents (11 %) et concernent essentiellement des traumatismes de la tête et du cou (7 %). Cette répartition diffère nettement de celle observée parmi les enfants plus âgés (de 1 à 17 ans), où la traumatologie représente près de six passages sur dix (58 %). Les passages aux urgences se concluent assez fréquemment, dans plus d'un quart des cas (27 %), par une hospitalisation (contre 12 % parmi le reste de la population âgée de moins de 18 ans).

Une journée d'hospitalisation sur deux est liée à la prématurité ou l'hypotrophie

En 2015, 12 300 enfants de la région de moins d'un an (7 000 garçons et 5 300 filles) ont été hospitalisés en court séjour⁴, soit des taux d'enfants hospitalisés de 308 pour 1 000 garçons et 246 pour 1 000 filles [9].

Plus de quatre enfants hospitalisés sur dix (41 %) l'ont été pour une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale. Parmi eux, 17 % ont été hospitalisés pour prématurité ou hypotrophie. Ces deux situations pèsent fortement sur les prises en charge hospitalières, puisque près de la moitié (48 %) des journées d'hospitalisation d'enfants ligériens de moins d'un an sont liées à ces motifs en 2015.

Outre ces situations, les maladies de l'appareil respiratoire (23 %) et plus particulièrement les bronchites et bronchiolites aiguës (17 %), les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (7 %), ainsi que les maladies intestinales infectieuses (6 %) incluant les diarrhées et gastroentérites, et les lésions traumatiques et empoisonnements (5 %) constituent les diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquemment notifiés.

La proportion des Ligériens de moins d'un an hospitalisés en court séjour est, tous motifs confondus, nettement inférieure à la moyenne nationale en 2015 (- 21 % chez les garçons et - 27 % chez les filles). Ce constat général peut être rapproché de plusieurs éléments : la proportion plus faible des naissances prématurées dans la région, les facteurs de natures épidémiologique et socioéconomique, mais aussi les spécificités régionales en matière de recours aux établissements de santé, les Pays de la Loire faisant notamment partie des régions de France qui ont le plus faible taux de recours aux services d'urgences [16].

Les taux régionaux d'enfants hospitalisés sont significativement inférieurs à ceux de France métropolitaine pour les motifs les plus fréquents d'hospitalisation, chez les garçons comme chez les filles : affections d'origine périnatale (respectivement - 33 et - 38 % par rapport à la moyenne nationale), maladies de l'appareil respiratoire (- 15 et - 19 %), infectieuses (- 21 et - 32 %), de l'appareil digestif (- 19 et - 27 %) et de l'appareil génito-urinaire (- 24 et - 30 %).

Le taux d'hospitalisations pour maladies de l'oreille (essentiellement otites moyennes et mastoïdites) est en revanche significativement plus élevé dans la région qu'en France (+ 35 % chez les garçons comme chez les filles). Ce motif ne représente toutefois qu'une part très faible (2 %) du nombre total d'enfants de moins d'un an hospitalisés dans les Pays de la Loire.

² Exploitations ORU Pays de la Loire basées sur les résumés de passages aux urgences (RPU) de 28 des 30 services d'urgences de la région (soit 97 % de l'activité totale estimée des services d'urgences (SU) de la région). Les passages d'enfants ligériens de moins d'un an dans les services d'urgences d'autres régions de France ne sont pas comptabilisés.

³ Soit 42 % des RPU. Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).

⁴ Hors nouveau-nés bien portants restés auprès de leur mère à la maternité.



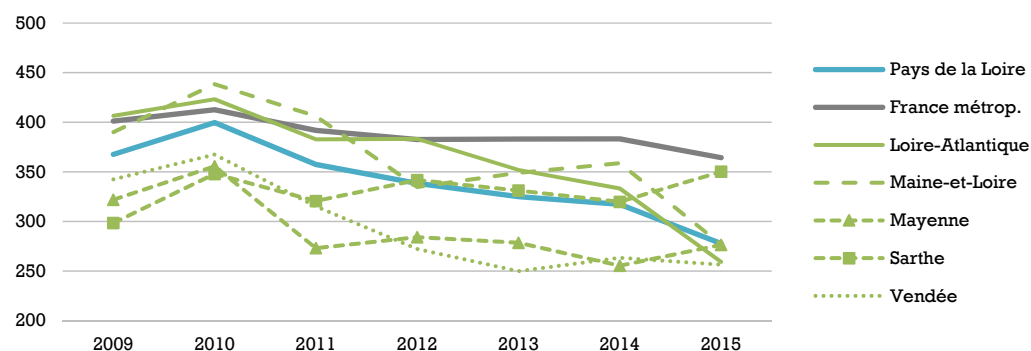
Tendance à la baisse du taux d'enfants hospitalisés, hormis en Sarthe

Entre 2009 et 2015, le taux d'enfants de moins d'un an hospitalisés tend globalement à diminuer, de manière beaucoup plus marquée dans la région (- 4,6 % par an en moyenne) qu'au plan national (- 1,6 %) [Fig 2]. L'écart entre les Pays de la Loire et la France s'est ainsi creusé au fil des années.

Au sein de la région, deux départements contribuent fortement à cette diminution : la Loire-Atlantique (- 7,2 % chaque année en moyenne entre 2009 et 2015) et le Maine-et-Loire (- 5,6 %). La baisse est un peu moins marquée en Vendée (- 4,7 %) et en Mayenne (- 2,5 %), en rapport avec une relative stabilisation du taux aux alentours de 250 à 280 pour 1 000 sur les années les plus récentes.

La Sarthe présente en revanche une situation spécifique, le taux d'enfants hospitalisés ayant eu tendance à augmenter (+ 2,7 % par an en moyenne) et à se stabiliser à un niveau très proche de la moyenne nationale en 2015. La situation de ce département peut être rapprochée - outre des raisons de nature épidémiologique ou socioéconomique - de certaines spécificités de la démographie médicale. La densité des médecins généralistes libéraux (et dans une moindre mesure celle des pédiatres libéraux) y est notamment faible et en fort repli [17]. Le recours aux services d'urgences y est parallèlement le plus élevé des départements de la région (aux alentours de 750 pour 1 000 enfants de moins d'un an)⁵.

Fig 2. Évolution du taux de patients de moins d'un an hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

330 enfants mort-nés et 120 décès d'enfants de moins d'un an chaque année

L'étude de la mortalité autour de la naissance repose principalement sur l'indicateur de mortalité, qui correspond au nombre d'enfants mort-nés rapporté à l'ensemble des naissances d'une année (enfants nés vivants et sans vie) [ENCADRÉ 4].

À cet indicateur s'ajoute la mortalité infantile, qui correspond au rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an et le nombre d'enfants nés vivants sur une année. On peut distinguer, au sein de la mortalité infantile, trois composantes en lien avec des états pathologiques et des causes de décès différents :

- la mortalité néonatale précoce, correspondant aux décès de nouveau-nés survenant au cours de la première semaine de vie,
- la mortalité néonatale tardive, correspondant aux décès survenant entre 7 et 27 jours de vie,
- et la mortalité post-néonatale, correspondant aux décès survenant à partir du 28^e jour de vie.

⁵ Exploitations ORU Pays de la Loire. Comparaisons départementales à interpréter avec précaution en raison du manque d'exhaustivité des RPU dans l'ensemble des services d'urgences de la région.



ENCADRÉ 4. La difficile interprétation de l'évolution de la mortinatalité

En France, les informations nécessaires à l'établissement de l'indicateur de mortinatalité ont été recueillies jusqu'à récemment par le biais des déclarations d'enfants nés sans vie à l'État civil. Ce recueil a été marqué au cours des années 1990 et 2000 par plusieurs modifications de la réglementation des critères de déclaration, rendant impossible toute analyse de tendances évolutives. Depuis 2008 notamment, la déclaration à l'État civil d'un enfant né sans vie est laissée à la liberté des parents pour toute grossesse à partir de 15 semaines d'aménorrhée. La France ne disposait donc plus de données de mortinatalité fiables, alors que la production de cet indicateur a été rendue obligatoire pour tout pays de l'Union européenne en janvier 2011. Dans ce contexte, il revient depuis 2012 aux établissements de santé d'enregistrer de manière exhaustive dans le PMSI (qui doit devenir la source d'information principale) les naissances sans vie survenues au sein de leurs services.

Le taux régional de mortinatalité s'établit, en moyenne en 2012-2013 à partir des données du PMSI, à 7,3 pour 1 000 naissances totales, ce qui correspond à près de 330 enfants mort-nés par an [10]. Un peu plus de la moitié (55 %) de ces décès correspondent à une mortinatalité "spontanée", et 45 % à une mortinatalité induite par une interruption médicale de grossesse. Ce taux de mortinatalité est inférieur à la moyenne nationale (8,7 pour 1 000), et le plus faible des régions de France métropolitaine. Les Pays de la Loire conservent ainsi une situation favorable pour cet indicateur, déjà mise en évidence au cours des années 2000 à partir des données d'État civil [3].

Le taux régional de mortalité infantile s'établit, en moyenne en 2013-2015 à partir des données de l'État civil [18], à 2,7 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui correspond à près de 120 enfants par an. Ce taux est également inférieur à la moyenne nationale (3,4 pour 1 000), et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine. Les taux départementaux de mortalité infantile, tous inférieurs à la moyenne nationale, s'établissent à 1,8 pour 1 000 en Mayenne, et 2,7 à 2,8 pour 1 000 dans les autres départements.

Le nombre annuel de décès d'enfants ligériens de moins d'un an a diminué de moitié depuis 25 ans [19]. Cette baisse a été particulièrement forte au cours de la première moitié des années 1990, et s'est poursuivie de manière moins importante pendant les années 2000. Elle peut en grande partie être rapprochée de la diminution de la mortalité post-néonatale par mort subite du nourrisson. Le nombre annuel des morts subites est ainsi passé dans la région de 70 en 1992 (pour près de 39 000 naissances vivantes), à 12 en moyenne sur la période 2011-2013 (pour près de 45 000 naissances), soit moins de 10 % de la mortalité infantile régionale toutes causes confondues. La diminution importante de cette mortalité est contemporaine de la diffusion de campagnes d'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson par un couchage sur le dos, mais aussi de la protocolisation de certaines prises en charge (fièvre du nourrisson par exemple) dans les services hospitaliers d'urgences pédiatriques.

La mortalité infantile reste actuellement principalement causée par des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (51 %) - dont prématurité et hypotrophie (6 %) - et par des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (18 %). La région présente, pour ces deux groupes de causes de décès, des taux de mortalité inférieurs de respectivement 19 et 25 % à la moyenne nationale.



ENCADRÉ 5. Les bénéfices des programmes de soutien à la parentalité

Selon une enquête menée en 2016 en France auprès d'un échantillon représentatif des parents allocataires de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), un tiers des parents d'enfants de moins de 2 ans estiment qu'il est "peu" ou "pas du tout" facile d'exercer leur rôle. Cette proportion est plus faible que parmi les parents d'enfants plus âgés (où elle fluctue de 40 à 50 % selon le groupe d'âges) [20].

Les parents d'enfants de moins de 2 ans disent plus fréquemment que ceux d'enfants plus âgés être préoccupés sur les différents sujets relatifs à leur rôle (être proches et disponibles pour leur enfant, faire les bons choix en matière d'éducation, trouver un équilibre entre rôle de parent et vie personnelle...). À mesure que les enfants grandissent, ces préoccupations diminuent, tout comme les difficultés relatives à la santé de leur enfant (hygiène, alimentation, sommeil, maladie...). À l'inverse, d'autres difficultés concernant la scolarité et les conduites à risque par exemple, tendent à augmenter avec l'âge des enfants.

L'entourage et les professionnels de santé sont les principales ressources auxquelles les parents déclarent avoir recours en cas de difficultés, alors que les dispositifs de soutien à la parentalité (lieux d'écoute et d'information, groupes de parole et d'échanges, ateliers...) sont mentionnés par une minorité d'entre eux.

Les difficultés sociales et économiques auxquelles sont confrontées les familles peuvent rendre l'exercice de la fonction parentale plus difficile. L'enquête auprès des allocataires de la Cnaf montre à cet égard que les difficultés à exercer le rôle de parents sont effectivement plus souvent exprimées parmi les groupes sociaux les moins favorisés, et notamment par les familles ayant les plus faibles niveaux de revenus.

Repérer le plus en amont possible des conditions qui peuvent rendre le rôle parental difficile, et offrir un soutien et des services gradués en fonction des besoins des familles pourraient permettre de mieux prendre en compte les cumuls de difficultés auxquels sont confrontés certains parents, et par ce biais participer à la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance [21] [voir chapitre **Inégalités sociales de santé, Vue d'ensemble de la santé des Ligériens**]. Il est en effet bien établi que la santé psychosociale des parents peut avoir un effet significatif sur la relation parent-enfant, et des conséquences sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes.

Les programmes de soutien à la parentalité visent notamment à améliorer des aspects du bien-être des parents. Selon une revue Cochrane des études internationales sur le sujet, les programmes de soutien à la parentalité peuvent apporter des bénéfices à court terme sur la dépression, l'anxiété, le stress, la colère, la culpabilité, la confiance en soi, ainsi que sur la satisfaction dans la relation entre les conjoints. Les résultats suggèrent que la prolongation de tels programmes serait peut-être nécessaire pour aider les parents à pérenniser ces bénéfices [22].

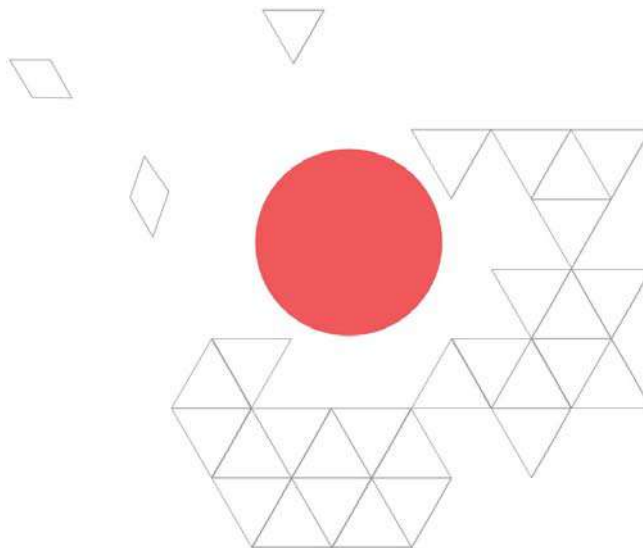


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [2] Le Graët A. (2016). Naissances dans les Pays de la Loire : de plus en plus de mères après 40 ans. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 49. 2 p.
- [3] Buyck JF, Tallec A, Branger B. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naître ensemble" Pays de la Loire. 192 p.
- [4] Patrat C, Epelboin S. (2011). Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 23-24. pp. 282-284.
- [5] Agence de la biomédecine. (2016). Activité régionale d'assistance médicale à la procréation. Édition octobre 2016. 16 p.
- [6] Foix-L'Hélias L, Ancel PY, Blondel B. (2000). Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. vol. 29. pp. 55-65.
- [7] Smith LK, Manktelow BN, Draper ES, et al. (2010). Nature of socioeconomic inequalities in neonatal mortality: population based study. *British Medical Journal*. c6654.
- [8] Ancel PY, Rozé JC, Inserm. (2015). La prématurité. Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>.
- [9] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Drees. Data.Drees : Santé de la mère et de l'enfant (périnatalité). [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,473,1520.
- [11] Drees. (2015). L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 324 p.
- [12] Réseau Sécurité naissance Pays de la Loire. Grandir ensemble. [En ligne]. <http://www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-21.html>.
- [13] Vilain A. (2016). Le premier certificat de santé de l'enfant (Certificat 8e jour [CS8]) - 2014. *Document de Travail, Série Sources et Méthodes*. Drees. n° 57. 167 p.
- [14] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] Fedoru. Site de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences. [En ligne]. www.fedoru.fr.
- [16] ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. (2016). Panorama 2015. 62 p.
- [17] ORS Pays de la Loire. (2015). Médecins généralistes. In *La santé observée dans les Pays de la Loire*. 8 p.
- [18] Insee. État civil. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [19] ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. (2013). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Mise à jour juillet 2013. 149 p.
- [20] Crépin A, Moeneclaey J. (2016). Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité. *L'essentiel*. Cnaf. n° 165. 4 p.
- [21] Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, et al. (2011). Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Igas. 204 p.
- [22] Barlow J, Smailagic N, Huband N, et al. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. n° 5. 204 p.



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
La période périnatale et la première année de vie



SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)

Sandrine David, Dr Anne Tallec avec la contribution du Dr Georges Picherot

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	53
2.1 ÉLÉMENTS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	55
Huit enfants sur dix vivent avec leurs deux parents	55
Des situations de pauvreté en progression	55
Les assistants maternels, un mode de garde particulièrement fréquent dans la région	55
15 % des enfants de 2 ans sont scolarisés	56
Environ 1,5 % des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance	56
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 1-17 ANS	57
Mortalité en recul, en lien avec une baisse de l'accidentologie, mais surmortalité par suicide chez les adolescents	57
Un taux d'enfants et de jeunes en ALD inférieur à la moyenne nationale	57
Des passages aux urgences liés dans plus de la moitié des cas à un traumatisme	58
Un taux d'enfants et de jeunes hospitalisés supérieur à la moyenne nationale	58
Environ 3 % des enfants et adolescents pris en charge dans l'année par un établissement de soins psychiatriques	58
2.3 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 1 À 5 ANS	59
2.3.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	59
Accidents et cancers au premier plan	59
Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale	59
2.3.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	59
Environ 1,5 % des enfants de moins de 5 ans sont en ALD	59
Affections congénitales, troubles mentaux et du comportement et maladies du système nerveux au premier plan	60
Une fréquence des admissions en ALD en progression, mais qui reste inférieure de 23 % à la moyenne nationale	61
2.3.3 PASSAGES AUX URGENCES	62
2.3.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	62
Les infections respiratoires et ORL et leurs complications, première cause d'hospitalisation	62
Un taux d'hospitalisations en recul et proche de la moyenne nationale	63
2.3.5 BILANS DE SANTÉ EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE	63
Des indicateurs qui semblent témoigner d'habitudes alimentaires plus favorables	64
13 % des enfants de 5-6 ans ont un écran dans leur chambre	64
Surpoids et obésité concernent respectivement 7 % et 2 % des enfants de 5-6 ans	65
Sommeil	66



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)

Asthme et allergies alimentaires, des situations fréquentes	66
Une santé buccodentaire qui continue à s'améliorer	66
Des troubles de la vue pas toujours corrigés	67
Difficultés de langage et troubles des apprentissages	67
4 % des enfants de 5-6 ans victimes d'un accident de la vie courante au cours des trois derniers mois	68
2.4 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 6 À 10 ANS	69
2.4.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	69
Accidents et cancers au premier plan	69
Une mortalité relativement proche de la moyenne nationale	70
2.4.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	70
Plus de 2 % des enfants de 5-9 ans sont en ALD	70
Les troubles mentaux et du comportement au premier rang	70
Une fréquence globale des admissions en ALD en hausse, mais qui reste inférieure à la moyenne nationale	70
2.4.3 PASSAGES AUX URGENCES	71
2.4.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	72
Des motifs d'hospitalisations variés	72
Un taux d'hospitalisations en léger recul mais, qui reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale	72
2.5 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS DE 11 À 14 ANS	73
2.5.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	73
Cancers, accidents et suicides aux premiers rangs	73
Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale	73
2.5.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	74
Environ 3 % des enfants de 10-14 ans sont en ALD	74
Troubles mentaux et du comportement et scoliose aux premiers rangs	74
Des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation	74
Une fréquence des admissions en ALD des 10-14 ans inférieure à la moyenne nationale	75
2.5.3 PASSAGES AUX URGENCES	75
2.5.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	75
Les maladies des dents au premier plan, devant les traumatismes	75
Un taux d'hospitalisations stable, supérieur à la moyenne nationale en raison des recours pour affections dentaires	76
2.6 LA SANTÉ DES JEUNES DE 15 À 17 ANS	77
2.6.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	77
Des décès le plus souvent masculins et évitables	77
Une mortalité globale en recul, mais une surmortalité régionale par suicide	77
2.6.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	78
3 à 4 % des jeunes de 15-19 ans sont en ALD	78
Les troubles mentaux et du comportement au premier rang	78
Des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation	78
Une fréquence globale des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale	79
2.6.3 PASSAGES AUX URGENCES	79
2.6.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	80
Les affections dentaires motivent près d'une hospitalisation sur deux chez les 15-17 ans	80
Augmentation et fréquence plus élevée des hospitalisations en région, liées aux affections dentaires	80
2.6.5 ACCIDENTS	81
2.6.6 SANTÉ PERÇUE ET PSYCHIQUE, COMPORTEMENTS ET HABITUDES DE VIE	82
Une perception positive de leur santé	82
Une souffrance psychique souvent exprimée, en particulier par les jeunes filles	83
La marche s'est développée, mais la pratique sportive est restée stable entre 2005 et 2010	83
Une sédentarité croissante	83
Surpoids et obésité : une situation plus favorable dans la région mais qui reste préoccupante	83
Un déficit de sommeil souvent rapporté par les adolescents	84
Contraception et IVG : des indicateurs régionaux favorables	84
Consommation de substances psychoactives : une situation régionale préoccupante	85
Des troubles auditifs fréquemment rapportés	87



2.7 LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP	87
Plus de 18 000 enfants en situation de handicap scolarisés dans la région	87
12 000 bénéficiaires de l'AEEH	88
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	89

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Santé et devenir des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance en Maine-et-Loire	57
ENCADRÉ 2. Les élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé dans les Pays de la Loire	60
ENCADRÉ 3. L'enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle 2012-2013	64
ENCADRÉ 4. Couverture vaccinale des enfants dans les Pays de la Loire	69
ENCADRÉ 5. Retard scolaire à l'entrée au collège et réussite au brevet national des collèges dans les Pays de la Loire	77
ENCADRÉ 6. Les jeunes sortis du système scolaire sans qualification dans les Pays de la Loire	82
ENCADRÉ 7. Éléments de méthode concernant les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad	82
ENCADRÉ 8. La santé des jeunes apprentis dans les Pays de la Loire	86
ENCADRÉ 9. Internet et les réseaux sociaux	87



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)



2 SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Plus de 800 000 Ligériens sont actuellement âgés de 1 à 17 ans, et leur effectif devrait continuer à progresser pour atteindre près de 850 000 en 2027. Cette période de la vie est fondamentale dans le développement somatique et psychoaffectif de l'individu, mais aussi essentielle en matière d'apprentissages, d'acquisitions culturelles et d'habitudes de vie, d'intégration sociale... C'est à ce moment que se construit pour une large part la santé des individus.

Les jeunes ligériens âgés de 1 à 17 ans sont dans leur très grande majorité en bonne santé. C'est notamment la classe d'âge où les taux d'hospitalisations sont les plus faibles, celles-ci étant en outre le plus souvent liées à des affections aiguës et bénignes. Les décès à cet âge sont rares, mais ils sont aussi majoritairement évitables. Certains enfants ou adolescents de cet âge sont toutefois atteints d'une maladie chronique et grave (environ 2,5 %, soit 20 000) ou en situation de handicap reconnu (1,5 %).

Par rapport à la moyenne nationale, la situation des Pays de la Loire en matière de morbidité apparaît globalement favorable, si l'on considère le taux régional d'admissions en affection de longue durée (ALD), inférieur de 20 % à cette moyenne. Par contre, bien qu'il soit en recul, le taux régional d'enfants hospitalisés en court séjour reste supérieur de plus de 5 % à celui observé au plan national, en lien principalement avec une plus grande fréquence des hospitalisations pour des extractions dentaires, des otites moyennes ou mastoïdites. La mortalité des jeunes ligériens de 1-17 ans est également en recul et est relativement proche de la moyenne nationale.

Les troubles mentaux et du comportement, les problèmes de surpoids et d'obésité ainsi que les conséquences des accidents constituent les trois enjeux de santé majeurs pour cette classe d'âge.

La santé mentale a un poids important dans la morbidité des jeunes. Chaque année, 4 400 Ligériens de moins de 20 ans sont admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement, et 23 000 âgés de 1 à 17 ans sont pris en charge en établissement psychiatrique. Les troubles les plus graves, diagnostiqués à cette période de la vie, sont les troubles envahissants du développement (dont l'autisme), le retard mental, et les troubles de la personnalité et du comportement. S'y ajoutent à partir de l'âge de 15 ans, les troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) chez les garçons, et les troubles de l'humeur (dont dépressifs) et ceux de l'alimentation chez les filles. À côté de ces pathologies caractérisées, les manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont relativement fréquentes à l'adolescence, en particulier chez les jeunes filles (tendance dépressive, pensées suicidaires...). Moins de dix décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année chez les 11-17 ans, mais la région présente toutefois dès cette classe d'âge une surmortalité par suicide.

Les situations de surcharge pondérale, particulièrement fréquentes chez l'adulte, concernent dès l'âge de 5-6 ans 9 % des enfants de la région : 7 % sont en surpoids et près de 2 % sont obèses. Les données disponibles témoignent d'une situation régionale plus favorable qu'au plan national chez les enfants et les adolescents. Parmi les déterminants du surpoids et de l'obésité, l'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique jouent un rôle majeur. La tendance à l'augmentation du temps consacré aux activités sédentaires, notamment sur écran, laisse présager que cette situation ne s'améliore pas dans les années qui viennent.

Les accidents de la vie courante et de la circulation, qui concernent majoritairement les garçons, représentent la première cause de décès chez les 1-17 ans (27 décès sur 100 en moyenne par an). Les lésions traumatiques qu'ils provoquent motivent une part importante des recours aux soins hospitaliers (plus d'un passage aux urgences sur deux et près d'une hospitalisation en court séjour sur dix). Comme à tout âge, les conséquences à long terme des accidents peuvent être particulièrement graves, avec un risque de séquelles, voire de handicap.

Si les accidents de la vie courante concernent toutes les classes d'âge entre 1 et 17 ans, les accidents de la circulation voient leur fréquence fortement progresser à partir de 15 ans, avec l'usage des deux-roues motorisés. Toutefois, en lien vraisemblablement avec les politiques de prévention développées dans ce domaine, le nombre de décès d'origine accidentelle chez les 1-17 ans a fortement chuté au cours des quinze dernières années.

À ces enjeux majeurs en termes d'état de santé, s'ajoutent différents problèmes de nature variée. Il s'agit notamment de l'asthme et des allergies alimentaires, dont la prévalence précise est difficile à mesurer, et les troubles des apprentissages qui concerneraient 5 à 6 % des enfants selon l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Enfin, les données disponibles sur la couverture vaccinale chez les enfants montrent que celle-ci tend globalement à progresser, mais reste insuffisante.

Les comportements et habitudes de vie des jeunes, notamment concernant les substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) sont essentiels à prendre en compte, car leur précocité constitue un facteur de risque de l'installation d'un usage régulier, voire d'une dépendance.

Les habitudes d'alcoolisation (usage régulier, alcoolisation ponctuelle importante) déclarées par les jeunes ligériens de 17 ans sont particulièrement préoccupantes ; elles apparaissent en effet nettement plus fréquentes qu'en moyenne en France. Ce constat concernant la consommation d'alcool des jeunes n'est pas nouveau, mais l'écart avec la moyenne nationale s'est accru au cours des années récentes.



Concernant le tabagisme, son usage quotidien en augmentation chez les jeunes de 17 ans apparaît en 2014 plus fréquent qu'au plan national. Il concerne ainsi plus d'un jeune sur trois dans la région.

Dans la région comme en France, la consommation de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes au cours des années récentes, alors qu'elle était en recul depuis le milieu des années 2000. Si l'expérimentation du cannabis apparaît plus fréquente chez les jeunes de la région qu'au plan national, son usage régulier n'y est pas plus répandu.

La révolution numérique a eu un impact important sur la vie quotidienne, notamment sur la vie sociale, de toutes les classes d'âge, et en particulier chez les enfants et adolescents qui sont grands utilisateurs des nouvelles technologies. Si leur intérêt est indéniable, elles sont également susceptibles d'impacter de façon négative la santé, notamment lorsqu'elles se développent sans contrôle parental chez les plus jeunes ou lorsqu'elles sont trop investies.

Les inégalités sociales de santé sont déjà très marquées chez les jeunes, avec dans la région comme en France, des indicateurs moins favorables chez les enfants issus des milieux les moins favorisés (habitudes alimentaires, activités sur écran, surcharge pondérale, santé buccodentaire, difficultés de langage). Dans un contexte marqué par la dégradation de certains indicateurs concernant l'environnement social et familial des enfants et adolescents (16 % des moins de 18 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 15 % vivent avec un seul de leurs parents), les inégalités sociales de santé dès l'enfance risquent de perdurer dans les prochaines années et de rester un enjeu majeur.

Les Pays de la Loire comptent en 2012 plus de 800 000 enfants âgés de 1 à 17 ans, représentant ainsi 22 % de la population totale. Dans les années à venir, cet effectif devrait augmenter pour atteindre 850 000 en 2027 [1] [2].

Cette classe d'âge correspond à différentes étapes de vie qui ont chacune leurs propres caractéristiques en matière de santé : la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, puis l'entrée dans la vie adulte. Ce sont des périodes du développement physique et psychique, des acquisitions scolaires et culturelles, de l'intégration à la vie sociale/au cercle des pairs, d'un détachement progressif vis-à-vis des parents.

Ce chapitre présente dans une première partie des éléments concernant l'environnement familial et social, qui joue un rôle essentiel à tout âge mais plus encore à cette période de la vie.

Il offre ensuite un regard global sur la santé des Ligériens âgés de 1 à 17 ans, à partir de l'analyse de données de mortalité et de morbidité issues de différents systèmes d'information médico-administratifs : causes médicales de décès, affections de longue durée (ALD), passages aux urgences, hospitalisations en court séjour, prises en charge en établissement psychiatrique [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9]. Cette analyse intègre également des données sur les comportements et habitudes de vie des enfants et adolescents de la région, issues de résultats d'enquêtes.

Ces sources de données et leurs limites sont décrites dans ce rapport [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] ou sur la page internet www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique. Sont présentés les principaux constats concernant la santé des 1-17 ans, et ceux-ci sont détaillés pour chacune des classes d'âge : 1-5 ans ; 6-10 ans ; 11-14 ans ; 15-17 ans.



2.1 ÉLÉMENTS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

La famille occupe une place majeure dans le développement et l'équilibre physique, social et émotionnel des enfants dès leur plus jeune âge. L'implication parentale, la qualité de la relation intrafamiliale, le cadre éducatif proposé ont un impact majeur sur la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adultes qu'ils seront demain. Une plus grande fréquence des pathologies chroniques est ainsi observée, à l'âge adulte, chez les personnes ayant vécu pendant l'enfance des événements stressants tels que des dysfonctionnements familiaux, une séparation parentale, des négligences physiques, des abus physiques et sexuels, ou encore le décès d'un proche [10].

Plus largement, les déterminants sociaux jouent également un rôle majeur dans la santé des personnes, à court, moyen et long termes, et dès les premières années de vie, les inégalités sociales de santé sont très marquées [11] [12].

Huit enfants sur dix vivent avec leurs deux parents

83 % des enfants des Pays de la Loire âgés de moins de 18 ans vivent en 2013 avec un couple parental (leurs deux parents en général, plus rarement un parent et un beau-parent) et 15 % avec un seul parent. Cette proportion régionale d'enfants vivant dans une famille monoparentale¹ est inférieure à la moyenne de France métropolitaine (19 %) [13]. Au cours des dernières décennies, le nombre de familles monoparentales a fortement augmenté, dans la région comme en France (+ 2,8 % par an entre 2008 et 2013 contre + 0,8 % par an pour le nombre total de familles) [1].

Les familles monoparentales, composées le plus souvent d'une mère, vivent dans des conditions économiques et sociales plus fragiles que les couples avec enfants. En 2013 dans la région, 30 % des familles monoparentales vivaient sous le seuil de pauvreté contre 9 % des couples avec enfants (36 % et 11 % en France métropolitaine en 2014) [14].

L'enquête nationale réalisée en milieu scolaire en 2012-2013 auprès des élèves de grande section maternelle sur leurs habitudes de vie permet d'enrichir ces constats. Selon les déclarations de leurs parents, 85 % des enfants de 5-6 ans de la région vivent dans la semaine le plus souvent *sous le même toit avec leurs deux parents*, 7 % avec leur mère seule, 2 % avec leur père seul, 3 % avec leur mère et son conjoint, 2 % dans une autre situation (0,1 % avec leur père et son conjoint, 0,2 % en garde alternée avec ses deux parents...) [15].

Des situations de pauvreté en progression

Avec les jeunes adultes, les enfants font partie des classes d'âge les plus concernées par la pauvreté, en lien avec des revenus insuffisants de leurs parents, notamment du fait du chômage, des bas salaires et du morcellement des temps de travail (temps partiel, intérim, CDD...). Au plan national, le taux d'enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de pauvreté² est passé de 18 % en 2007 à 20 % en 2014. Dans les Pays de la Loire, la pauvreté est moins marquée ; ce taux s'élevait à 16 % en 2011 (19,5 % en France) [16].

Les assistants maternels, un mode de garde particulièrement fréquent dans la région

Pour les enfants de moins de 3 ans, l'accueil chez un assistant maternel constitue un mode de garde particulièrement développé dans la région. Il apparaît même plus répandu que la garde par les parents qui reste au plan national le principal³ mode de garde pour cette classe d'âge (selon les déclarations des parents dans l'enquête Famille et Logement de 2011) [17].

¹ Une famille monoparentale est formée d'un parent et d'un ou plusieurs de ses enfants qui ont la même résidence principale. Le parent ne partage pas sa résidence principale avec un conjoint.

² Seuil inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

³ Mode de garde dans la journée en semaine (en dehors de l'école si l'enfant est scolarisé).



La situation des Pays de la Loire peut notamment être rapprochée du taux d'emplois féminins, plus élevé dans la région qu'au plan national (63 % vs 60 % en France entière chez les 15-64 ans [1]). En outre, l'offre d'accueil chez les assistants maternels (hors accueil familial) y est particulièrement développée (+ 70 % par rapport à la moyenne nationale).

De plus, le taux d'équipement en accueil collectif (crèche, halte-garderie, multi-accueil...) reste dans les Pays de la Loire nettement inférieur à la moyenne nationale (- 30 %). Ce constat concerne les cinq départements de la région, avec toutefois des disparités importantes entre eux (- 11 % en Loire-Atlantique à - 63 % en Sarthe) [5] [18].

15 % des enfants de 2 ans sont scolarisés

À l'âge de 3 ans, la très grande majorité (98 %) des enfants sont scolarisés. Le taux de scolarisation à 2 ans a, comme en France, fortement reculé dans la région au cours des quinze dernières années (36 % en 2005, 23 % en 2009) ; il semble toutefois se stabiliser autour de 15 % sur les années récentes 2015 et 2016, et reste supérieur à la moyenne nationale (12 % en 2015-2016) [19] [20] [21].

Le taux d'enfants scolarisés à 2 ans varie selon les départements, allant de 12 % en Loire-Atlantique à 22 % en Mayenne (années 2015-2016). Dans les zones d'éducation prioritaire, qui bénéficient d'une politique de soutien à la scolarité à 2 ans, le taux d'enfants scolarisés à cet âge dépasse 30 % dans les cinq départements de la région (34 % en Loire-Atlantique, 37 % en Maine-et-Loire, 39 % en Mayenne, 37 % en Sarthe, 40 % en Vendée) [20].

Environ 1,5 % des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance

Certaines situations familiales difficiles nécessitent la mise en place de mesures de protection spécifique des enfants.

Fin 2014, 15 900 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) étaient effectives dans la région. Ces mesures, comptabilisées dans le département où elles sont mises en œuvre, sont soit des mesures de placement, soit des mesures éducatives. Le nombre total de mesures est supérieur au nombre d'enfants effectivement pris en charge, car un enfant peut bénéficier de plusieurs mesures au cours d'une même année (une aide éducative suivie d'un placement par exemple).

Avec environ 16 mesures pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, les mesures d'aide sociale à l'enfance apparaissent moins fréquentes dans la région qu'au plan national (19 pour 1 000). Des disparités sont observées entre les cinq départements de la région : la Loire-Atlantique et la Vendée présentent les taux de mesures les plus faibles (14 pour 1 000) et la Mayenne le taux le plus élevé (22 pour 1 000) [22] [13].

Entre 2007 et 2013, le taux de mineurs faisant l'objet d'au moins une mesure en protection de l'enfance a progressé dans les cinq départements de la région. Les hausses les plus marquées sont observées en Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire [23].

Parmi les mesures mises œuvre, 8 150 sont des mesures éducatives (aides éducatives à domicile et actions éducatives en milieu ouvert) et 7 700 sont des mesures de placements (avec 6 900 enfants confiés à l'ASE à la suite de mesures administratives ou judiciaires et 800 placements directs par le juge à un tiers ou un établissement).

Parmi les 6 900 enfants confiés à l'ASE, qui sont plus souvent des garçons, 15 % sont âgés de moins de 6 ans, et 21 % de 6 à 10 ans. La majorité sont des adolescents (54 % de 11-17 ans) et 10 % ont 18 ans ou plus. 52 % des enfants sont accueillis dans des familles d'accueil, 40 % dans des établissements (maisons d'enfants à caractère social le plus souvent), et 8 % bénéficient d'autres modes d'hébergement [22] [13].



ENCADRÉ 1. Santé et devenir des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance en Maine-et-Loire

Peu de travaux ont été conduits en Europe sur le devenir des enfants suivis par les services en charge de la protection de l'enfance. Dans la région, la Recherche Saint-Exupéry est une étude longitudinale menée auprès de 129 enfants placés avant l'âge de 4 ans dans un établissement de l'Aide sociale à l'enfance du Maine-et-Loire. Les biographies de ces enfants ont été reconstituées de leur naissance jusqu'à leur majorité [24].

Chez ces enfants placés, les taux de dénis de grossesse et de prématurité sont deux à trois fois supérieurs à ceux observés dans la population générale.

À leur admission, ces enfants présentent un état physique et psychique particulièrement dégradé, avec des cas de maltraitances lourdes fréquemment retrouvés. 50 % ont souffert de situations de violences psychologiques, 36 % de violences conjugales, 26 % de violences physiques et 11 % de négligences lourdes. Sur le plan somatique, environ la moitié des enfants souffrent de carences multiples ou de cassures de la courbe staturopondérale, en rapport avec leur situation familiale. Près de quatre enfants sur cinq présentent des signes de souffrance psychique, un quart des troubles de la sphère psychotique, des complications psychiques de carences affectives sévères.

La moitié des enfants ont un ou deux parents souffrant d'une pathologie psychiatrique, dont la prise en charge régulière est peu souvent retrouvée.

À l'âge adulte, un quart des enfants inclus dans la cohorte présentent un handicap psychique et une inadaptation sociale. À l'opposé, un quart des enfants évoluent favorablement. Cette étude met en évidence que les enfants, dont l'état de santé à l'admission était particulièrement dégradé et pour lesquels le délai entre le signalement et le placement est long, progressent le moins bien. La prise en charge précoce de ces enfants constitue donc un enjeu essentiel.

2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 1-17 ANS

Mortalité en recul, en lien avec une baisse de l'accidentologie, mais surmortalité par suicide chez les adolescents

Dans la région comme en France, la mortalité générale des enfants et adolescents est en recul : - 4,5 % en moyenne par an dans les Pays de la Loire entre 2001 et 2012 (- 4,5 % en France)⁴. Cette baisse de la mortalité est liée principalement à une baisse des décès par accident de la circulation (- 9,5 % par an) et de la vie courante (- 6,1 % par an), qui constituent, avec les suicides, les principales causes de décès dans cette classe d'âge (en moyenne par an 13 décès par accident de la circulation, 13 décès par accident de la vie courante et 9 décès par suicide sur 100 au total).

La mortalité régionale des jeunes de 1-17 ans est relativement proche de la moyenne nationale, mais ce constat masque une surmortalité par suicide chez les adolescents de 15-17 ans.

Un taux d'enfants et de jeunes en ALD inférieur à la moyenne nationale

Plus de 20 000 Ligériens âgés de moins de 20 ans, soit 2,6 % jeunes de cette classe d'âge sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et sont à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie⁵. Cette prévalence est inférieure à la moyenne nationale (3,1 %). Cette proportion augmente progressivement avec l'âge, passant de 1,6 % chez les enfants de moins de 5 ans à 3,5 % chez les jeunes de 15-19 ans. Elle est, entre 0 et 14 ans, un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais il n'existe pas de différence selon le genre entre 15 et 19 ans.

Environ 2 500 jeunes de moins de 20 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, soit 2,5 jeunes de la région sur 1 000⁶.

⁴ Calculs effectués pour les 1-19 ans.

⁵ Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

⁶ Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Malgré une augmentation observée depuis 2006, la fréquence de ces admissions en ALD chez les moins de 20 ans reste dans la région nettement inférieure à la moyenne nationale (- 21 % sur la période 2012-2014). Cette moindre fréquence régionale s'observe pour les principaux groupes d'affections (troubles mentaux et du comportement, maladies de l'appareil respiratoire, anomalies congénitales, maladies du système nerveux, maladies endocriniennes, maladies du système ostéoarticulaire), à l'exception des cancers.

Ces constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données et notamment de leur sensibilité aux modifications réglementaires [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Des passages aux urgences liés dans plus de la moitié des cas à un traumatisme

Près de 190 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 1 à 17 ans ont été dénombrés en 2015⁷. Cela correspond à un taux de passages de 233 pour 1 000 habitants, inférieur à celui des enfants de moins d'un an (541). Les garçons sont plus souvent concernés que les filles (249 vs 216 pour 1 000).

Les traumatismes motivent plus de la moitié des recours aux urgences des 1-17 ans. Ainsi, 58 % des passages, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné⁸ [25], présentent un diagnostic de nature traumatologique. Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (24 %) ou du membre inférieur (23 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (37 % des passages) sont liés le plus souvent à des douleurs abdominales et des pathologies digestives (10 %), à des pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (6 %).

Les passages aux urgences des 1-17 ans se concluent dans 12 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an).

Un taux d'enfants et de jeunes hospitalisés supérieur à la moyenne nationale

Près de 68 000 jeunes de la région âgés de 1 à 17 ans, soit 8,5 % des enfants de cette classe d'âge, ont été hospitalisés en 2015 en service de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique).

Comme en France, le taux de 1-17 ans hospitalisés en court séjour chaque année a légèrement diminué au cours des dernières années. Malgré ce recul, il reste dans la région supérieur à la moyenne nationale (+ 6 % chez les 1-17 ans en 2011-2013). Cette situation régionale est liée principalement à une plus grande fréquence des adolescents hospitalisés pour des maladies des dents et du parodonte (+ 34 %), essentiellement pour l'extraction de dents de sagesse, ainsi que des enfants hospitalisés pour otite moyenne et mastoïdite (+ 83 %).

Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Environ 3 % des enfants et adolescents pris en charge dans l'année par un établissement de soins psychiatriques

Près de 23 000 Ligériens âgés de 1 à 17 ans ont été pris en charge au moins une fois par un établissement psychiatrique au cours de l'année 2015, ce qui correspond à près de 3 % de la population régionale de cette classe d'âge⁹. 60 % des enfants pris en charge sont des garçons.

Parmi eux, près de 1 200 (soit 5 % de la file active globale) ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge à temps complet.

⁷ Exploitations ORU Pays de la Loire basées sur les résumés de passages aux urgences (RPU) de 28 des 30 services d'urgences de la région (soit 97 % de l'activité totale estimée des services d'urgences (SU) de la région). Les passages d'enfants ligériens de 1 à 17 ans dans les services d'urgences d'autres régions de France ne sont pas comptabilisés.

⁸ Soit 42 % des RPU. Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).

⁹ Cet effectif ne prend pas en compte les enfants pris en charge exclusivement en ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif [Voir chapitre Troubles mentaux et du comportement].



Le taux régional d'enfants pris en charge en établissement psychiatrique est inférieur d'environ 20 % à la moyenne nationale (3,5 %). Même si ce constat peut être lié en partie à des différences d'offre de soins dans les établissements de santé à but lucratif, il apparaît toutefois cohérent avec une moindre prévalence des enfants et des jeunes en ALD pour troubles mentaux et du comportement (- 23 % chez les moins de 20 ans).

Les pathologies les plus fréquemment suivies en établissement psychiatrique sont :

- les troubles du comportement et émotionnels (27 % des enfants pris en charge en 2015 l'ont été au moins pour ce type de pathologies),
- les troubles du développement psychologique (18 %),
- les troubles névrotiques (15 %).

2.3 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 1 À 5 ANS

Dans la classe d'âge des 1 à 5 ans, qui correspond à la période de vie préscolaire et aux années de scolarisation en école maternelle, la région des Pays de la Loire compte en 2012 environ 234 000 enfants (dont 92 000 âgés de 1 ou 2 ans et 142 000 de 3 et 5 ans). Dans les années à venir, cet effectif devrait légèrement augmenter pour atteindre 243 000 en 2027.

L'analyse des données de mortalité et de morbidité issues des système d'information médico-administratifs (ALD, passages aux urgences, hospitalisations) permet d'identifier les affections fréquentes et graves qui touchent cette population¹⁰.

Les données recueillies par les personnels de santé de l'Éducation nationale, notamment lors de l'enquête nationale menée auprès des élèves de grande section de maternelle réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, permettent d'enrichir ce constat avec des données sur les habitudes de vie et certains problèmes de santé [26].

2.3.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Accidents et cancers au premier plan

Les décès dans cette classe d'âge sont relativement rares : environ 35 par an (dont 22 chez les 1-2 ans et 13 chez les 3-5 ans). Ces décès concernent dans deux tiers des cas des garçons (23 décès masculins, 12 décès féminins). Ils sont le plus souvent dus à des accidents de la vie courante (6 décès en moyenne par an, dont 3 par noyades) ou à des accidents de la circulation (2 décès par an). Seconde cause de décès chez les 1-5 ans, les cancers sont à l'origine en moyenne de 5 décès de jeunes enfants chaque année dans la région.

Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale

Comme en France, la mortalité générale chez les enfants de 1-4 ans a connu une forte baisse dans la région au cours de la dernière décennie (- 4,2 % en moyenne par an entre 2001-2012). Cette mortalité reste dans la région relativement proche de la moyenne nationale.

2.3.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Environ 1,5 % des enfants de moins de 5 ans sont en ALD

Selon les données du régime général, 1,6 % des Ligériens âgés de moins de 5 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et sont à ce titre en ALD en 2015. Cette prévalence, qui est inférieure à la moyenne nationale (2,0 %), est plus élevée chez les garçons (1,8 %) que chez les filles (1,4 %).

¹⁰ Les données présentées concernent, pour les causes médicales de décès actuelles, les enfants de 1-5 ans, pour l'évolution des causes médicales de décès les 1-4 ans, pour les admissions en ALD les moins de 5 ans, pour les passages aux urgences et les hospitalisations en court séjours les 1-5 ans.



Affections congénitales, troubles mentaux et du comportement et maladies du système nerveux au premier plan

Plus de 700 Ligériens âgés de moins de 5 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie¹¹.

Trois groupes de pathologies motivent 56 % de ces admissions :

- les malformations congénitales et anomalies chromosomiques constituent ainsi le premier motif d'admission en ALD chez les enfants de moins de 5 ans (22 % du total des admissions). Les malformations de l'appareil circulatoire sont les plus fréquentes (12 %), devant la trisomie 21 (4 %). Au total, 640 Ligériens de moins de 5 ans étaient fin 2014 en ALD pour une affection congénitale ou une anomalie chromosomique (350 garçons, 290 filles).
- les troubles mentaux et du comportement arrivent au second rang (19 %), avec principalement les troubles envahissants du développement¹² (12 %) et le retard mental (5 %). Au total, 260 enfants de la région étaient fin 2014 en ALD pour des troubles mentaux ou du comportement. Plus des deux tiers d'entre eux étaient des garçons.
- les maladies du système nerveux motivent 15 % des admissions en ALD. L'épilepsie (6 %) et les paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (hémiplégie, paraplégie et tétraplégie... ; 6 %) sont le plus souvent en cause.

Au total, plus de 300 enfants de la région étaient fin 2014 en ALD pour une maladie du système nerveux.

Arrivent ensuite, après ces trois groupes de pathologies, les affections suivantes qui sont chacune à l'origine de 6 à 9 % des admissions en ALD :

- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (9 %), dont le diabète et les anomalies du métabolisme,
- les maladies de l'appareil respiratoire (7 %), dont principalement l'asthme,
- les maladies de l'appareil circulatoire (6 %),
- et les cancers (6 %), leucémies principalement.

Enfin, près de 50 enfants de la région âgés de moins de 5 ans (soit 7 % des admissions totales) sont admis en moyenne chaque année en ALD n° 7 pour une infection à VIH ou pour une surveillance lorsqu'ils sont nés d'une mère séropositive. Depuis 2011, tout enfant né de mère séropositive est admis en ALD n° 7 pendant ses deux premières années de vie.

ENCADRÉ 2. Les élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé dans les Pays de la Loire

Afin de faciliter l'accueil en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs) des enfants présentant des troubles de la santé (pathologie chronique, traitement pour risque vital, régime alimentaire pour raison alimentaire...) et nécessitant des besoins spécifiques, un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être établi, selon la circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003.

Ce plan est élaboré à la demande de la famille, ou avec son accord et sa participation, par le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant ou l'adolescent. Il est rédigé par le médecin de la collectivité (médecin de l'éducation nationale à l'école par exemple).

À la rentrée 2015, 7 600 élèves scolarisés en milieu ordinaire (école, collège, lycée, EREA) dans l'Académie de Nantes bénéficient d'un PAI (initial ou en cours), soit 1 % des élèves. Les problèmes de santé les plus souvent en cause sont les allergies (31 %) et l'asthme (29 %), suivis dans une moindre mesure du diabète (7 %) et de l'épilepsie (7 %) [27].

¹¹ Régime général (Cnamts), régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI).

¹² Dont autisme.



Une fréquence des admissions en ALD en progression, mais qui reste inférieure de 23 % à la moyenne nationale

Le taux d'admissions en ALD parmi les enfants de moins de 5 ans a augmenté au cours des dernières années dans la région comme en France métropolitaine [Fig1]. Cette progression a atteint respectivement 2,5 % et 2,0 % en moyenne chaque année entre les périodes 2005-2007 et 2012-2014.

Au sein de la région, trois départements ont contribué à cette augmentation : la Loire-Atlantique (+ 4,5 % en moyenne par an), la Mayenne (+ 5,4 %) et dans une moindre mesure la Sarthe (+ 1,0 %) où on observe toutefois une tendance à la baisse sur les années récentes (2011-2013).

Pour le Maine-et-Loire et la Vendée, le taux d'admissions en ALD tend à rester relativement stable sur les années les plus récentes (2011-2013).

Les pathologies à l'origine principalement de cette augmentation des admissions en ALD chez les enfants de moins de 5 ans sont en région :

- les troubles mentaux et du comportement (dont les troubles envahissants du développement),
- les maladies de l'appareil circulatoire,
- les maladies de l'appareil respiratoire (dont l'asthme),
- les maladies infectieuses et parasitaires, dont le VIH/sida et la tuberculose (cette augmentation n'est pas observée au plan national).

Le taux d'admissions en ALD pour affections congénitales, premier motif d'admission, est relativement stable dans la région, alors que celui-ci progresse au plan national.

La fréquence des admissions en ALD chez les moins de 5 ans est dans les Pays de la Loire inférieure de 23 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale s'observe pour les deux groupes d'affections qui dans cette classe d'âge motivent le plus grand nombre d'admissions : les affections congénitales (- 22 %) et les troubles mentaux et du comportement (- 34 %). Un écart encore plus marqué est observé pour les maladies de l'appareil respiratoire (- 57 %). Par contre, la fréquence des admissions en ALD pour maladies du système nerveux est proche de la moyenne nationale.

Même si le nombre de nouveaux cas est faible (24 par an), les admissions en ALD pour maladies infectieuses et parasitaires chez les enfants de moins de 5 ans apparaissent plus fréquentes dans la région qu'au plan national sur la période 2012-2014 (+ 41 %), en lien avec une plus grande fréquence des admissions pour tuberculose (14 cas par an, + 51 %).

Les cinq départements des Pays de la Loire présentent un taux d'admissions en ALD chez les moins de 5 ans inférieur à la moyenne nationale, avec des écarts plus marqués pour la Vendée (- 37 % en 2012-2014) et le Maine-et-Loire (- 36 %) que pour les trois autres départements (Loire-Atlantique : - 13 %, Mayenne : - 11 %¹³, Sarthe : - 22 %).

Enfin, en Loire-Atlantique, une plus grande fréquence des admissions en ALD pour VIH/sida (ALD n°7¹⁴) est observée chez les enfants de moins de 5 ans (29 cas par an, + 51 % par rapport à la moyenne nationale sur la période 2012-2014).

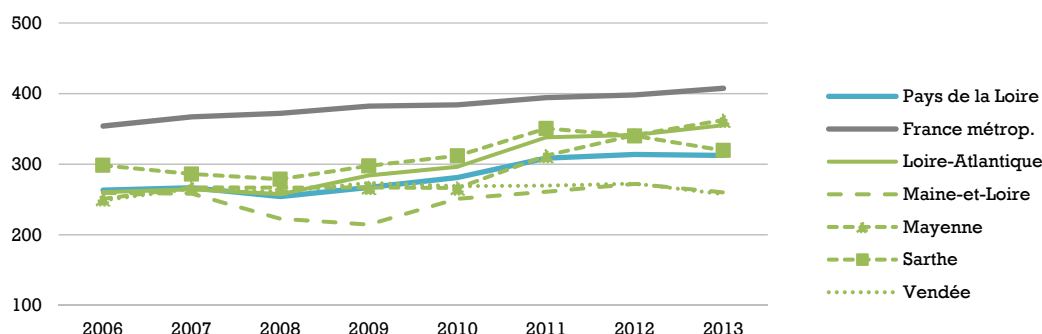
Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

¹³ Cet écart avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif.

¹⁴ Depuis 2011, les enfants nés de mère séropositive sont admis en ALD n° 7 pendant les deux années suivant leur naissance.



Fig1. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de moins de 5 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

2.3.3 PASSAGES AUX URGENCES

70 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 1 à 5 ans ont été dénombrés en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 300 pour 1 000, plus élevé chez les 1-2 ans (400) que chez les 3-5 ans (238). Comme dans les autres classes d'âge, les garçons sont plus souvent concernés que les filles (332 vs 268 pour 1 000).

Les diagnostics médicochirurgicaux représentent 50 % des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné. Il s'agit notamment de pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (12 %), de douleurs abdominales et de pathologies digestives (11 %), de fièvre et de problèmes d'infectiologie générale (7 %) et de dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures (6%).

47 % des diagnostics principaux sont de nature traumatologique, affectant notamment la tête et le cou (24 %) et les membres supérieurs (14 %).

Les passages aux urgences des enfants de 1-5 ans se concluent dans 13 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an).

2.3.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 25 000 enfants de 1 à 5 ans sont hospitalisés en court séjour¹⁵ au moins une fois dans l'année, soit près de 11 % des enfants de cette classe d'âge (11 % pour les 1-2 ans et 10 % pour les 3-5 ans). Ce taux est trois fois plus faible que celui observé chez les enfants de moins d'un an (28 %). Par ailleurs, entre 1 et 5 ans, les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles (12,5 % vs 8,7 %).

Les infections respiratoires et ORL et leurs complications, première cause d'hospitalisation

Les maladies de l'appareil respiratoire constituent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des enfants de 1-5 ans (6 400 enfants concernés chaque année), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (3 700) et l'asthme (1 000).

Les maladies de l'oreille et de l'apophyse se positionnent au second rang (5 000 enfants), avec essentiellement les otites moyennes et mastoïdites (4 800).

Arrivent ensuite parmi les diagnostics principaux les plus fréquents :

- les maladies génito-urinaire (2 000), dont principalement le phimosis (1 500),
- les maladies infectieuses et parasitaires (1 900 enfants), intestinales le plus souvent (1 560),
- les lésions traumatiques (1 800 enfants), et notamment les traumatismes crâniens (530), les fractures du membre supérieur (310) et les plaies ouvertes du poignet et de la main (270).

¹⁵ Médecine, chirurgie et obstétrique.



Un taux d'hospitalisations en recul et proche de la moyenne nationale

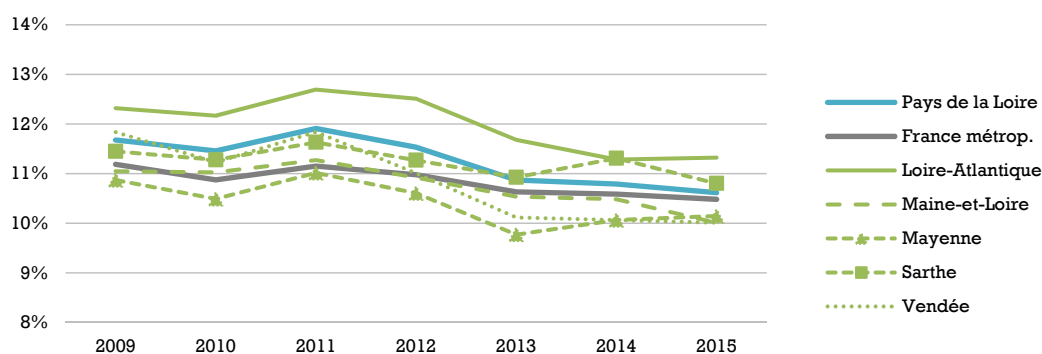
Entre 2009 et 2015, le taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour a diminué dans les Pays de la Loire (- 1,6 % par an en moyenne) comme en France métropolitaine (- 1,1 %) [Fig2]. Cette baisse étant un peu plus marquée dans la région, l'écart avec la moyenne nationale s'est réduit. Le taux d'enfants hospitalisés, qui était légèrement supérieur à la moyenne nationale en 2009 (11,7 % vs 11,2 %) est désormais très proche de cette moyenne (10,6 % vs 10,5 %).

Cette tendance à la baisse des taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour se retrouve globalement dans les cinq départements de la région. La Loire-Atlantique se distingue toutefois des autres départements, avec un taux qui reste plus élevé (11,3 % en 2015).

Cette baisse des hospitalisations en court séjour chez les enfants de 1-5 ans est liée principalement à un recul des séjours pour maladies de l'appareil respiratoire (- 3,6 % par an) et pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (- 3,1 % par an).

Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig2. Évolution du taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.3.5 BILANS DE SANTÉ EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE

Depuis la fin des années 1990, des enquêtes nationales de santé, pilotées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), sont menées régulièrement en milieu scolaire par les personnels de santé de l'Éducation nationale. Elles sont réalisées alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM), de CM2 et de troisième [ENCADRÉ 3]. Les trois enquêtes menées auprès des élèves de GSM en 1999-2000, 2005-2006 et 2012-2013 ont été réalisées auprès d'échantillons représentatifs d'environ 20 000 à 30 000 enfants. Cette taille d'échantillon, plus importante que pour les enquêtes menées auprès des élèves de CM2 ou de troisième (moins de 10 000), offre la possibilité de mener des analyses à l'échelle régionale (comparaisons des indicateurs régionaux avec la moyenne nationale, analyse des évolutions, croisement selon le milieu social de l'enfant par exemple).



ENCADRÉ 3. L'enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle 2012-2013

L'enquête menée auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM) est réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, en général en présence d'au moins un des parents (98 % des cas).

Les données sont recueillies à partir du carnet de santé de l'enfant (vaccinations notamment), de mesures réalisées lors de cet examen (poids, taille, vision, audition, santé buccodentaire) ou encore en interrogeant les parents sur les habitudes de vie des enfants, la santé respiratoire et les accidents de la vie courante par exemple.

L'enquête réalisée en 2012-2013 a concerné les élèves de grande section de maternelle des écoles publiques et privées sous contrat d'association avec l'État. Au plan national, 3 316 établissements sur 4 580 sélectionnés ont participé à l'enquête (72 %). Dans chaque établissement, au maximum huit élèves étaient tirés au sort. La Bretagne, la Corse et Mayotte n'ont pas participé à l'enquête. Au total, le nombre de questionnaires exploitables s'élève à 18 793 [26].

Dans l'Académie de Nantes, 267 écoles ont participé à cette enquête (90 % des écoles sélectionnées) et le nombre total de questionnaires exploitables s'élève à 1 372 [15].

Afin de prendre en compte la non-réponse et d'améliorer la représentativité des résultats de l'enquête, les données ont été pondérées et redressées. Pour les analyses régionales, le redressement repose sur un calage sur marge à partir des effectifs d'élèves selon l'appartenance à une zone d'éducation prioritaire (ZEP) et selon le secteur (public/privé).

Des analyses croisées ont été réalisées selon le milieu social de l'enfant, apprécié à partir de la profession déclarée par chacun des parents. Le groupe socioprofessionnel le plus élevé a été retenu, et l'étude a distingué deux catégories : ouvrier ou employé d'une part ; cadre, profession intermédiaire, agriculteur, commerçant ou chef d'entreprise d'autre part.

Des indicateurs qui semblent témoigner d'habitudes alimentaires plus favorables

3,5 % des Ligériens de 5-6 ans ne prennent pas tous les jours un petit-déjeuner et 16 % consomment tous les jours des boissons sucrées¹⁶ [15].

La situation régionale apparaît pour ces indicateurs plus favorable qu'en moyenne en France, où ces proportions sont respectivement égales à 7,5 et 18 % [26]. Le constat plus favorable sur la prise de petit-déjeuner était déjà observé dans l'enquête de 2005-2006 [28].

Ces comportements alimentaires sont comme en France socialement marqués, avec notamment une consommation quotidienne de boissons sucrées qui apparaît nettement plus fréquente chez les enfants appartenant aux classes sociales les moins favorisées (26 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 10 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise). Ce constat se retrouve pour la consommation quotidienne d'aliments sucrés (gâteaux, viennoiseries, barres chocolatées ou céréalières, desserts lactés, crème dessert, bonbons, chocolat...) avec toutefois un écart moins marqué (76 % vs 70 %). À l'inverse, chez les enfants appartenant aux groupes sociaux les moins favorisés apparaissent moins fréquentes la consommation quotidienne de fruits (41 % vs 52 %), de légumes crus et cuits (53 % vs 58 %) et de féculents (61 % vs 66 %), ainsi que la prise quotidienne d'un petit-déjeuner (94 % vs 98 %). En outre, la prise de déjeuner à la cantine apparaît moins répandue chez les enfants d'ouvriers ou d'employés (23 % ne le prennent "jamais ou rarement" vs 13 %).

13 % des enfants de 5-6 ans ont un écran dans leur chambre

La proportion d'enfants de GSM passant en dehors de l'école plus d'une heure par jour devant un écran¹⁷ s'élève à 81 % pour les jours sans école (mercredi, samedi, dimanche) et à 39 % pour les jours avec école. Si ce taux est relativement proche de la moyenne nationale pour les jours sans école (83 %), il est inférieur à cette moyenne pour les jours avec école (43 % en France) [Fig5]. Cet écart régional est notamment à rapprocher de la proportion nettement plus faible dans la région d'enfants disposant d'un écran dans leur chambre (13 % vs 23 % en France). Des écarts sont également observés selon le milieu social. Les enfants issus des groupes les moins favorisés (ouvriers ou employés), qui ont plus souvent un écran dans leur chambre (22 % vs 7 %), consacrent plus de temps sur écran les jours d'école (50 % plus d'une heure par jour vs 33 % des enfants) ainsi que les jours sans école (respectivement 85 % vs 80 %).

¹⁶ Sodas, sirop, nectar (hors jus de fruits sans sucres ajoutés et pur jus).

¹⁷ Télévision, DVD, console de jeux, jeux vidéo ou ordinateur.



Surpoids et obésité concernent respectivement 7 % et 2 % des enfants de 5-6 ans

Selon les données mesurées lors de l'enquête, 7,0 % des Ligériens de 5-6 ans sont en surpoids¹⁸ et 1,6 % sont obèses en 2012-2013 [Fig3]. Comme en France, les filles sont plus souvent en situation de surpoids ou d'obésité à cet âge (surpoids : 8,6 % vs 5,5 % des garçons ; obésité : 2,0 % vs 1,1 %).

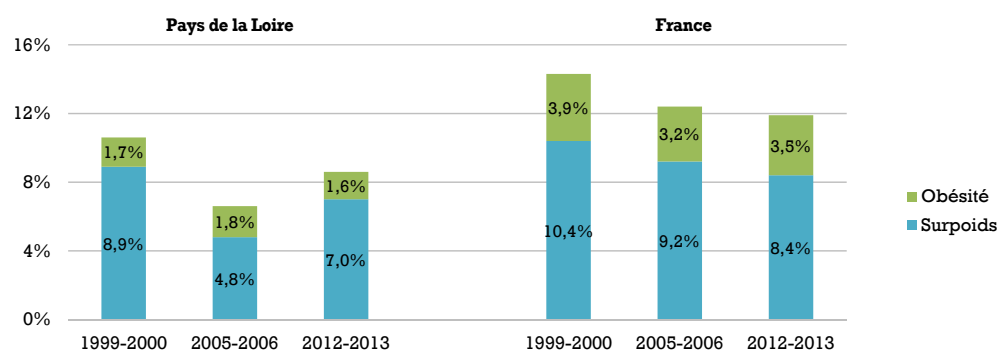
La prévalence de la surcharge pondérale¹⁹ est par ailleurs plus élevée chez les enfants appartenant aux milieux sociaux les moins favorisés (8,6 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont en surpoids et 2,4 % obèses contre respectivement 5,9 % et 1,0 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise) [Fig4].

Comme pour les enquêtes précédentes, les proportions d'enfants en surpoids et obèses sont dans la région plus faibles que celles estimées au plan national (respectivement 8,4 % et 3,5 %).

Après avoir connu un recul entre 2000 et 2006, la prévalence du surpoids semble avoir progressé chez les enfants de la région entre 2006 et 2013 : 8,9 % en 1999-2000, 4,8 % en 2005-2006 et 7,0 % en 2012-2013 [Fig3] [29] [30] [26]. Cette évolution régionale contraste avec la relative stabilité observée au plan national entre les deux dernières périodes (9,2 % en 2005-2006 et 8,4 % en 2012-2013) [26]. Elle doit donc être considérée avec précaution car l'hypothèse d'un biais de recueil dans l'enquête de 2005-2006 ne peut toutefois pas être exclue.

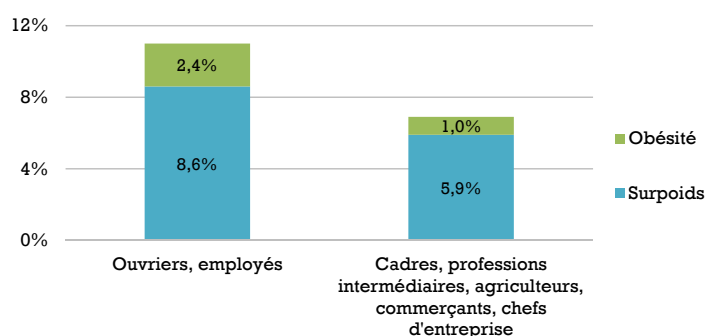
La prévalence de l'obésité est restée quant à elle relativement stable dans la région depuis le début des années 2000 (entre 1,5 et 2 %).

Fig3. Évolution de la proportion d'enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale
Pays de la Loire, France entière (2000, 2006, 2013)



Sources : Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

Fig4. Proportion d'enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale selon le groupe social des parents
Pays de la Loire (2012-2013)



Source : Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

¹⁸ Le terme « surpoids » correspond à une surcharge pondérale, hors obésité.

¹⁹ Le terme « surcharge pondérale » inclut le surpoids et l'obésité.



Sommeil

Le sommeil influence de façon importante la santé, le bien-être ainsi que l'équilibre physique et psychologique de l'enfant. Il participe notamment à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales, à l'activation des défenses immunitaires, au maintien de la température interne et de l'équilibre énergétique, ainsi qu'à la régulation de l'humeur. Les troubles du sommeil ont de ce fait des conséquences sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme [6]. Pour ces raisons, il est recommandé de coucher les enfants à heure régulière, et que leur durée quotidienne de sommeil soit de 10 à 13 heures entre 3 et 5 ans et de 9 à 11 heures entre 6 et 13 ans.

Le temps de sommeil des jeunes enfants apparaît dans la région un peu plus élevé qu'au plan national. Ainsi, selon les déclarations des parents, le temps de repos nocturne²⁰ des enfants de grande section maternelle de la région s'élève en moyenne à 10 heures et 53 minutes. Cette durée est supérieure de 10 minutes à la moyenne nationale [26].

Asthme et allergies alimentaires, des situations fréquentes

Selon les déclarations de leurs parents, 15 % des enfants de 5-6 ans ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie. Cette proportion régionale est supérieure à la moyenne nationale (11 %) [Fig5]. Cette différence était déjà observée lors de la précédente enquête de 2005-2006, et concernait plus largement la partie Ouest de la France [30].

Par contre, le taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour avec comme diagnostic principal l'asthme ainsi que le taux d'admissions en ALD pour cette pathologie dans cette classe d'âge, qui permettent d'apprécier la fréquence des cas les plus graves, sont inférieurs à ceux observés au plan national [7] [4].

Par rapport à l'enquête 2005-2006, la proportion d'enfants dont les parents déclarent qu'ils ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie et, qu'au cours des 12 derniers mois, ils ont présenté des sifflements dans la poitrine ou bénéficié d'un traitement contre l'asthme est restée stable (11 % en 2005-2006, 10 % en 2012-2013) [28].

Selon les déclarations de leurs parents, 3 % des enfants de 5-6 ans de la région présentent en 2012-2013 une allergie alimentaire. Cette proportion est notamment comparable à celle observée à l'échelle nationale (3 %) lors de l'enquête réalisée en 2005-2006 [30]. Un PAI pour allergie alimentaire est mis en place à l'école pour 17 % des enfants concernés et envisagé pour 6 % d'entre eux²¹.

Une santé buccodentaire qui continue à s'améliorer

La santé buccodentaire des enfants s'est améliorée au cours des dernières décennies, avec notamment le progrès de l'hygiène et les incitations à une consommation modérée d'aliments et boissons sucrées.

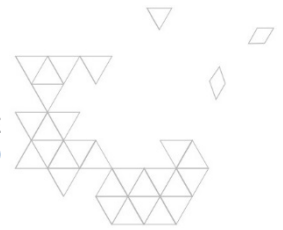
3 % des enfants de 5-6 ans de la région présentent au moins deux dents cariées non soignées en 2012-2013, contre 5 % en 2005-2006 et 7 % en 1999-2000 [26] [28] [29] [30].

Comme dans les enquêtes précédentes, l'état de santé buccodentaire des enfants de GSM apparaît dans la région plus favorable qu'au plan national. Ainsi, en 2012-2013, 11 % des Ligériens âgés de 5-6 ans présentent au moins une dent cariée (soignée ou non) vs 16 % en moyenne en France [Fig5].

Ce constat pourrait notamment être lié à une moindre consommation de produits sucrés (boissons sucrées), car la fréquence du brossage des dents chez les enfants de la région n'apparaît pas différente de la moyenne nationale (56 % se brossent les dents plusieurs fois par jour, 35 % une fois par jour, 8 % quelquefois par semaine et 1 % jamais contre respectivement 55 %, 37 %, 7 % et 1 % en France). De plus, selon les données de remboursement de l'assurance maladie, le recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral est dans la région supérieur à la moyenne nationale chez les enfants âgés de 5 à 9 ans (57 % vs 50 % en France) [31].

²⁰ Dans l'enquête, ont été recueillies les heures de lever et de coucher à partir desquelles a été calculée une durée de repos nocturne, celle-ci permettant d'approcher la durée de sommeil.

²¹ Effectif d'élèves concernés par un PAI = 43.



Les écarts entre groupes sociaux en matière de santé buccodentaire sont, comme au plan national, particulièrement marqués, avec des indicateurs nettement moins favorables chez les enfants des groupes sociaux les moins favorisés. Ainsi, le pourcentage d'enfants présentant au moins une dent cariée (soignée ou non), atteint 15 % chez les enfants d'ouvriers ou d'employés vs 8 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise. Ces proportions sont respectivement à 12 % et 4 % si l'on considère la présence d'au moins une dent cariée non soignée. Quant à la proportion d'enfants se brossant les dents plusieurs fois par jour, elle est respectivement de 51 % et 59 % pour ces deux groupes d'enfants.

Des troubles de la vue pas toujours corrigés

La proportion d'enfants de GSM portant des lunettes a fortement augmenté dans la région, passant de 12,5 % en 2000, à 15,5 % en 2006 pour atteindre 19 % en 2013 [Fig5]. Ce taux est proche de celui observé au plan national, qui a connu également une forte hausse (respectivement 12 %, 14 %, 18 %) [26] [30] [29].

Parmi les enfants non-porteurs de lunettes, près de 9 % présentent une anomalie de la vision de loin (myopie), soit un taux non significativement différent de la moyenne nationale (10,5 %). Cette proportion apparaît dans la région plus élevée chez les enfants issus des groupes sociaux les moins favorisés (11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 7 % des enfants appartenant à un autre groupe social).

6 % des élèves de GSM présentent un trouble de l'audition avec une perte de 30 décibels sur au moins une oreille pour au moins une des fréquences explorées (500, 1000, 2000 ou 4000 hertz)²². Ce pourcentage, similaire à la moyenne nationale (6 %), doit toutefois être considéré avec précaution car les otites séreuses, fréquentes à ces âges (mais difficiles à repérer car non douloureuses à la différence des otites aiguës) peuvent induire une surestimation de ce taux.

Difficultés de langage et troubles des apprentissages

La maîtrise du langage constitue un élément fondamental de l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future intégration professionnelle [32]. Les habiletés acquises dans le champ du langage oral vont notamment constituer le socle de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Elles jouent également un rôle important dans le développement de l'autonomie, de la socialisation et de l'estime de soi. La maîtrise du langage constitue donc à ce titre un déterminant de santé fondamental mais souvent sous-estimé.

10 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont une élocution qualifiée d'« anormale » par le médecin ou de l'infirmier qui a réalisé leur bilan de santé²³. Les garçons sont plus souvent concernés (12 % vs 9 % des filles), ainsi que les enfants issus des groupes sociaux les moins favorisés (13 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 8 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise).

Le repérage et le diagnostic précis de ces difficultés langagières sont essentiels pour permettre la mise en place d'une réponse précoce et adaptée, qui nécessite l'articulation des compétences pédagogiques et médicales. Ces difficultés peuvent en effet résulter de facteurs psychoaffectifs et pédagogiques, mais aussi dans certains cas, être révélatrices d'un processus pathologique. Elles peuvent ainsi être secondaires à une pathologie bien identifiée (surdité par exemple) ou bien relever de troubles spécifiques du langage, qui s'inscrivent dans le cadre général des troubles des apprentissages.

Selon l'Inserm, les troubles spécifiques des apprentissages (troubles « dys ») concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants, près de 40 % d'entre eux présentant plusieurs types de troubles associés :

- entre 3 et 5 % des enfants seraient concernés par une dyslexie (troubles de lecture),
- la dysphasie (troubles du langage oral), souvent prédictive d'une dyslexie ultérieure, concernerait environ 2 % des enfants,

²² Seuls ont été conservés les élèves pour lesquels le médecin a jugé que les conditions matérielles, sonores (absence de bruits) et médicales (absence de pathologies ORL aiguës détectables) n'étaient pas de nature à gêner le test de dépistage.

²³ Cette appréciation de l'élocution de l'enfant n'est pas établie à partir d'un test spécifique mais repose uniquement sur la perception du professionnel de santé au moment de l'enquête.



- les troubles de l'attention seraient présents chez 3 à 5 % des enfants,
- enfin 5 à 7 % des enfants âgés de 5 à 11 ans présenteraient une dyspraxie, c'est-à-dire des troubles spécifiques du développement moteur et de l'écriture [33] [34].

Ces troubles de l'apprentissage motivent une part importante des recours aux soins d'orthophonie. En 2015, 15 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral (14 % en France entière) [31].

Fig5. Habitudes de vie et état de santé des enfants en grande section de maternelle
Pays de la Loire, France (1999-2000 ; 2005-2006 ; 2012-2013)

	Pays de la Loire			France
	1999-2000	2005-2006	2012-2013	2012-2013
HABITUDES ALIMENTAIRES, ACTIVITÉS SÉDENTAIRES, SURCHARGE PONDÉRALE				
Prise d'un petit-déjeuner non quotidienne	-	-	3,5 %	7,5 %
Consommation quotidienne de boissons sucrées ¹	-	-	16 %	18 %
Plus d'une heure par jour devant un écran, les jours avec école (lundi, mardi, jeudi, vendredi)	-	-	39 %	43 %
Plus d'une heure par jour devant un écran, les jours sans école (mercredi, samedi, dimanche)	-	-	81 %	83 %
Écran ² dans la chambre	-	-	13 %	23 %
Surcharge pondérale (surpoids + obésité)	10,6 %	6,6 %	8,6 %	11,9 %
Dont : - surpoids	8,9 %	4,8 %	7,0 %	8,4 %
- obésité	1,7 %	1,8 %	1,6 %	3,5 %
ASTHME, ALLERGIE ALIMENTAIRE				
Crise d'asthme au cours de la vie	-	-	15 %	11 %
Crise d'asthme au cours de la vie et, au cours des 12 derniers mois, sifflements dans la poitrine ou traitement contre l'asthme	-	11 %	10 %	-
Allergie alimentaire	-	-	3 %	-
SANTÉ BUCCODENTAIRE				
Deux dents cariées non soignées	7 %	5 %	3 %	-
Au moins une dent cariée (soignée ou non)	-	-	11 %	16 %
Brossage des dents plusieurs fois par jour	-	-	56 %	55 %
TROUBLES DE LA VUE, DE L'AUDITION, DE L'ÉLOCUTION				
Port de lunettes	12,5 %	15,5 %	19 %	18 %
Anomalie de la vision de loin parmi les enfants ne portant pas de lunettes	-	-	9 %	10,5 %
Troubles de l'audition ³	-	-	6 %	6 %
Élocution qualifiée « anormale » ⁴	-	-	10 %	-
ACCIDENT				
Accident de la vie courante au cours des trois derniers mois	-	-	4 %	4 %

Sources : Enquêtes nationales auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

1. Sodas, sirop, nectar (hors jus de fruits sans sucres ajoutés et pur jus).

2. Télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo ou ordinateur.

3. Troubles de l'audition avec une perte de 30 décibels sur au moins une oreille pour au moins une des fréquences explorées (500, 1 000, 2 000 ou 4 000 hertz) parmi les élèves pour lesquels le médecin a jugé que les conditions matérielles, sonores (absence de bruits) et médicales (absence de pathologies ORL aiguës détectables) n'étaient pas de nature à gêner le test de dépistage.

4. L'appréciation de l'élocution de l'enfant n'est pas établie à partir d'un test spécifique mais repose uniquement sur la perception du professionnel de santé au moment de l'enquête.

4 % des enfants de 5-6 ans victimes d'un accident de la vie courante au cours des trois derniers mois

Selon les déclarations des parents, plus de 4 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont été victimes d'un accident ayant nécessité un recours à un professionnel ou à un établissement de santé au cours des trois mois précédant l'enquête (5 % des garçons ; 4 % des filles). Ce taux est proche de la moyenne nationale (4 %) [Fig5]. Un taux comparable avait été retrouvé à l'échelle nationale dans l'enquête de 2005-2006 témoignant d'une relative stabilité [30] [26].

La très grande majorité (98 %) de ces accidents sont des accidents de la vie courante²⁴, les autres étant des accidents de la circulation.

Les données nationales de l'enquête GSM permettent, grâce à des effectifs suffisants, de détailler les circonstances, mécanismes et lésions en cause. Les accidents de la vie courante chez les 5-6 ans sont le plus

²⁴ Comprend les accidents domestiques (domicile et aux abords), à l'école, de sport, de loisirs, sur la voie publique (trottoir, parking...).



souvent des accidents domestiques (dans près de la moitié des cas) ou survenus à l'école (dans un quart des cas). Le mécanisme accidentel est surtout la chute. Les lésions sont pour 40 % des plaies et 20 % des fractures. La tête est touchée dans plus d'un accident sur deux. Dans près de deux tiers des cas, l'accident a occasionné un recours aux urgences. Moins de la moitié des enfants ont été limités dans leurs activités après l'accident [35].

ENCADRÉ 4. Couverture vaccinale des enfants dans les Pays de la Loire

Plusieurs sources de données permettent d'apprécier la couverture vaccinale des enfants (certificat de santé du 24^e mois, enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle, données de remboursement de l'assurance maladie) [36] [26] [37] [38]. Pour les vaccins contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP), la coqueluche, et l'*Haemophilus influenzae* de type b, les taux de couverture sont élevés, dans la région comme en France. Ils avoisinaient les 95 % chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013, et atteignent 97-98 % chez les enfants de 2 ans en 2014.

Pour le pneumocoque, la couverture vaccinale est en augmentation au cours de la dernière décennie et s'élève à 84 % chez les 5-6 ans en 2012-2013 et à 88 % chez les enfants de 2 ans en 2014. Elle reste toutefois inférieure à l'objectif de 90 %.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B, qui poursuit sa progression, reste aussi à améliorer. Elle atteint 43 % chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013 (34 % en 2005-2006) et 82 % en 2014 chez les enfants de 2 ans (78 % en 2012). Chez les enfants de 5-6 ans, les taux régionaux restent inférieurs à la moyenne nationale (51 % en 2012-2013 ; 38 % en 2005-2006). Par contre, chez les enfants de 2 ans, la couverture vaccinale est proche de celle observée au plan national (83 % en 2014).

Pour le méningocoque C, recommandé depuis 2010 à l'âge d'un an et faisant l'objet d'un rattrapage chez les 1-24 ans, la couverture vaccinale demeure insuffisante. En 2016, 70 % des enfants de 2 ans étaient vaccinés, 67 % des 2-4 ans, 56 % des 5-9 ans, 36 % des 10-14 ans et 27 % des 15-19 ans.

La couverture vaccinale du ROR (rubéole-oreillons-rougeole), bien qu'en augmentation, reste aussi insuffisante, dans la région comme en France : 97 % pour une dose et 84 % pour deux doses chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013 ; 91 % à une dose et 76 % pour deux doses chez les enfants de 2 ans en 2014. Ces couvertures, proches de la moyenne nationale, n'atteignent pas en effet les objectifs définis par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole (≥ 95 % pour une dose et ≥ 80 % pour deux doses à l'âge de 2 ans).

Globalement, les données des certificats de santé du 24^e mois montrent relativement peu de disparités entre les cinq départements de la région en matière de couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans.

2.4 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 6 À 10 ANS

Dans la classe d'âge des 6-10 ans, qui correspond à la période de scolarisation à l'école primaire, la région des Pays de la Loire compte en 2012 environ 240 000 enfants. Dans les années à venir, cet effectif devrait légèrement progresser pour atteindre 248 000 en 2027.

Les données utilisées pour décrire l'état de santé des enfants de la région de cette classe d'âge sont essentiellement issues des systèmes d'information médico-administratifs (PMSI - Programme de médicalisation des systèmes d'information, causes médicales de décès, ALD, passages aux urgences).

Concernant les comportements et habitudes de vie des enfants de cette classe, l'enquête réalisée par la Drees et l'Éducation nationale auprès des élèves de CM2 en 2014-2015 offre des éléments récents dans ce domaine à l'échelle nationale [39]. L'échantillon régional de cette enquête n'est cependant pas de taille suffisante pour fournir des résultats représentatifs pour les Pays de la Loire.

2.4.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Accidents et cancers au premier plan

Entre 6 et 10 ans, les décès sont relativement rares. On a ainsi dénombré dans la population régionale en moyenne 16 décès annuels pour cette classe d'âge sur la période 2011-2013 (9 décès masculins, 7 décès féminins). Comme pour les 1-5 ans, ces décès sont le plus souvent d'origine accidentelle (4 décès annuels par accidents de la vie courante ou de la circulation) ou liés à un cancer (5 décès).



Une mortalité relativement proche de la moyenne nationale

Au plan national, le taux de mortalité générale chez les enfants de 5-9 ans suit une tendance à la baisse (- 3,2 % par an en moyenne entre 2001 et 2012). Dans la région, aucune tendance nette ne se dégage en raison des faibles effectifs de décès observés. Le taux de mortalité oscille ainsi entre 7 et 9 décès pour 100 000 enfants sur les années récentes et reste relativement proche de la moyenne nationale.

2.4.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Plus de 2 % des enfants de 5-9 ans sont en ALD

Selon les données du régime général, 2,4 % des Ligériens âgés de 5 à 9 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,0 %). Elle est en outre plus élevée chez les garçons (2,9 %) que chez les filles (2,1 %).

Les troubles mentaux et du comportement au premier rang

Environ 530 enfants âgés de 5 à 9 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif de ces admissions (40 %), les troubles envahissants du développement étant les plus souvent en cause (26 %).

Au total, 1 100 enfants de 5-9 ans de la région étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement. Plus de 70 % de ces enfants étaient des garçons (800 vs 300 filles).

Les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents sont ensuite :

- les maladies du système nerveux (13 %), et notamment épilepsie (7 %) et paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (4 %),
- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (9 %), et notamment le diabète (7 %),
- les maladies de l'appareil respiratoire (9 %), principalement l'asthme (8 %).

Une fréquence globale des admissions en ALD en hausse, mais qui reste inférieure à la moyenne nationale

Dans la région comme en France, la fréquence globale des admissions en ALD parmi les enfants de 5-9 ans est en augmentation. Cette hausse est toutefois deux fois moins marquée à l'échelle régionale qu'au plan national (+ 1,7 % vs + 3,4 % en moyenne par an entre 2006 et 2013).

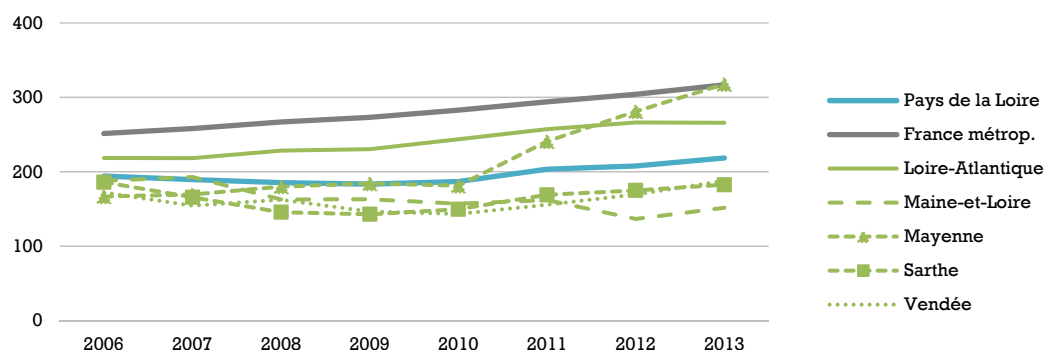
Au sein des Pays de la Loire, des évolutions différentes sont observées selon les départements. Le Maine-et-Loire se distingue des quatre autres par une tendance à la baisse (- 3 % par an). En Vendée et en Sarthe, la fréquence des admissions en ALD qui était en recul entre 2006 et 2009 suit une tendance à la hausse depuis 2010. La Loire-Atlantique a connu une augmentation continue sur la période 2006-2013 (+ 2,8 % par an), et la Mayenne se caractérise par une très forte augmentation sur les années récentes 2010-2014 [Fig6].

Les pathologies à l'origine de cette augmentation des admissions en ALD sont dans la région principalement les troubles mentaux et du comportement (dont essentiellement les troubles du développement psychologique) : + 3,2 % en moyenne par an entre 2006 et 2013.

Parmi les autres groupes fréquents d'affections, une augmentation du taux d'admissions des ALD est également observée : + 2,1 % par an pour maladies du système nerveux, + 4,5 % par an pour les maladies de l'appareil respiratoire. La fréquence des admissions pour maladies endocriniennes (principalement pour diabète de type 1), suit également une tendance à la hausse sur les années récentes 2011-2014 après avoir connu un recul entre 2006 et 2010.



Fig6. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Malgré ces augmentations, la fréquence des admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans est dans la région inférieure de 31 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale des admissions en ALD concerne les garçons comme les filles. Elle est liée à une sous-incidence des ALD pour troubles mentaux et du comportement (- 36 %) mais aussi pour les autres principaux groupes d'affections (maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, maladies du système nerveux et maladies respiratoires).

Au sein de la région, une moindre fréquence globale des admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans est observée dans quatre départements sur la période 2012-2014 ; avec des écarts marqués en Maine-et-Loire (- 52 %), Sarthe (- 42 %) et Vendée (- 41 %) et plus faible en Loire-Atlantique (- 16 %). Seule la Mayenne ne se différencie pas de la moyenne nationale sur cette période, en raison principalement d'une plus grande fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement (+ 37 %, 40 cas par an).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.4.3 PASSAGES AUX URGENCES

45 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 6 à 10 ans ont été dénombrés en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 183 pour 1 000. Parmi les moins de 18 ans, cette classe d'âge est la moins concernée par les recours aux urgences, les taux étant en effet supérieurs dans les groupes d'âge inférieur ou supérieur. Les garçons sont plus souvent concernés que les filles mais l'écart entre les deux sexes est moins marqué que chez les enfants de moins de 6 ans (192 vs 173 pour 1 000).

65 % des passages aux urgences, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné, présentent un diagnostic de nature traumatologique, le plus souvent du membre supérieur (27 %), du membre inférieur (20 %) ou de la tête et du cou (14 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (32 % du nombre total de passages) sont liés le plus à des douleurs abdominales et pathologies digestives (11 %), et dans une moindre mesure à des pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (5 %).

Les passages aux urgences se concluent dans 10 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an et 13 % chez les 1-5 ans).



2.4.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 13 300 enfants de 6 à 10 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (service de MCO), soit 5,5 % des enfants de cette classe d'âge (6,4 % des garçons ; 4,9 % des filles).

Des motifs d'hospitalisations variés

Les motifs d'hospitalisations en court séjour dans cette classe d'âge sont variés. Les groupes d'affections et problèmes de santé à l'origine de ces hospitalisations sont le plus souvent, par ordre de fréquence :

- les maladies de l'appareil digestif (1 850 enfants), dont les maladies des dents et du parodonte (850) et l'appendicite (540),
- les maladies de l'appareil respiratoire (1 820 enfants), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (1 200) et l'asthme (250),
- les lésions traumatiques (1 620), notamment fractures du membre supérieur (610) et traumatismes crâniens (270),
- les malformations congénitales (1 100), dont celles des organes génitaux (300),
- les maladies de l'appareil génito-urinaire (1 100), phimosis principalement (800),
- les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (1 100), avec le plus souvent en cause les otites moyennes et mastoïdites (820).

Un taux d'hospitalisations en léger recul mais, qui reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale

Le taux d'enfants de 6-10 ans hospitalisés en court séjour suit une tendance à la baisse dans les Pays de la Loire (- 1,6 % par an en moyenne entre 2009 et 2015) comme en France métropolitaine (- 1,3 %) [Fig7]. Ce constat est retrouvé dans les cinq départements de la région.

Dans les Pays de la Loire, cette baisse est liée principalement au recul des séjours pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (- 6,1 % par an), maladies de l'appareil respiratoire (- 3,1 % par an) et pour lésions traumatiques (- 2,1 %).

Même si l'écart semble se réduire, le taux global d'hospitalisations des 6-10 ans reste dans la région légèrement supérieur à la moyenne nationale (+ 2 % en 2015). Une surincidence marquée des hospitalisations pour otite moyenne et mastoïdite (+ 51 %) et pour maladies des dents et du parodonte (+ 48 %) est notamment retrouvée dans cette classe d'âge.

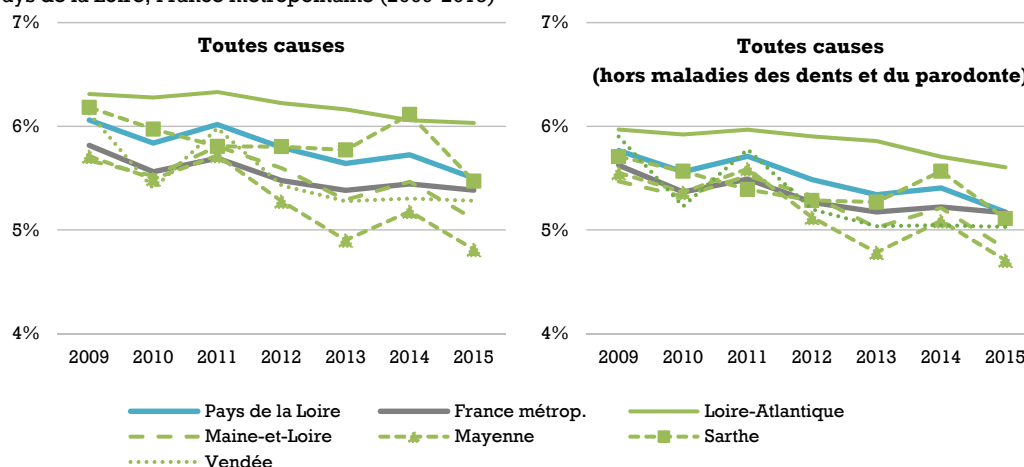
En 2015, seule la Loire-Atlantique présente un taux d'enfants hospitalisés de 6-10 ans en court séjour significativement supérieur à la moyenne nationale (6,0 % vs 5,4 %). Ce taux est proche de cette moyenne en Vendée. Un constat analogue est observé en 2015 pour la Sarthe, mais celui-ci mérite d'être conforté sur les années ultérieures, car le taux d'enfants hospitalisés était supérieur à la moyenne nationale sur les années précédentes 2009-2014. La Mayenne et le Maine-Loire présentent en 2015 un taux inférieur à la moyenne nationale (respectivement 4,8 % et 5,1 % vs 5,4 % en France).

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig7. Évolution du taux d'enfants de 6-10 ans hospitalisés en court séjour

Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.5 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS DE 11 À 14 ANS

Dans la classe d'âge de 11-14 ans, qui correspond à la période de scolarisation au collège, la région des Pays de la Loire compte 190 000 enfants âgés de 11 à 14 ans en 2012. Dans les années à venir, cet effectif devrait augmenter pour atteindre 202 000 en 2027.

Comme pour les 6-10 ans, les données disponibles pour décrire l'état de santé des enfants de cette classe d'âge sont essentiellement issues des systèmes d'information médico-administratifs (PMSI, causes médicales de décès, ALD, passages aux urgences).

Les dernières données régionales disponibles pour ce groupe d'âge sur les perceptions, les comportements en matière de santé (conduites addictives, santé mentale, nutrition...), qui constituent des déterminants majeurs de leur santé future, sont relativement anciennes. Elles ont été recueillies en 2005 dans le cadre de l'enquête régionale Baromètre santé jeunes réalisée auprès d'un échantillon de jeunes âgés de 12 à 25 ans. La dernière enquête régionale du Baromètre santé jeunes, réalisée en 2010, concernait uniquement les 15-25 ans.

Au plan national, l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée en 2014, offre toutefois des données actualisées pour cette classe d'âge (santé mentale et bien-être, habitudes alimentaires, activité physique, sédentarité, statut pondéral, handicap et maladie chronique, santé dentaire, relations amoureuses et sexualité, expérimentation de substances psychoactives, vécu scolaire, violences...) [40] [41].

2.5.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Cancers, accidents et suicides aux premiers rangs

Entre 11 et 14 ans, les décès sont relativement rares. On dénombre dans la population régionale en moyenne 16 décès par an dans cette classe d'âge, sur la période 2011-2013. Ces décès sont le plus souvent liés à un cancer (4 décès), à un accident de la vie courante ou de la circulation (3 décès) ou à un suicide (2 décès).

Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale

Le taux de mortalité générale chez les 10-14 ans a connu un fort recul au cours des dix dernières années dans la région (- 6,1 % par an en moyenne entre 2001 et 2012) comme en France métropolitaine (- 4,5 %). Sur la période 2011-2013, ce taux est dans la région relativement proche de la moyenne nationale.



2.5.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Environ 3 % des enfants de 10-14 ans sont en ALD

2,8 % des Ligériens âgés de 10 à 14 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,6 %). En outre, elle est plus élevée chez les garçons (3,1 %) que chez les filles (2,6 %).

Troubles mentaux et du comportement et scoliose aux premiers rangs

Environ 610 enfants âgés de 10 à 14 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif d'admission en ALD des enfants âgés de 10 à 14 ans (32 % du total des admissions), les troubles envahissants du développement étant les plus souvent en cause (14 %).

Au total, plus de 1 400 Ligériens de 10-14 ans étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement. Plus de deux tiers de ces enfants sont des garçons (990 garçons, 460 filles).

Les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif se positionnent au deuxième rang des motifs d'admissions en ALD (20 %), la scoliose étant la principale pathologie en cause (17 %).

Les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents dans cette classe d'âge sont ensuite :

- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (11 %), dont le diabète principalement (10 %),
- les maladies du système nerveux (8 %), dont l'épilepsie (5 %),
- les cancers (6 %),
- les maladies de l'appareil respiratoire (5 %), dont essentiellement l'asthme (5 %).

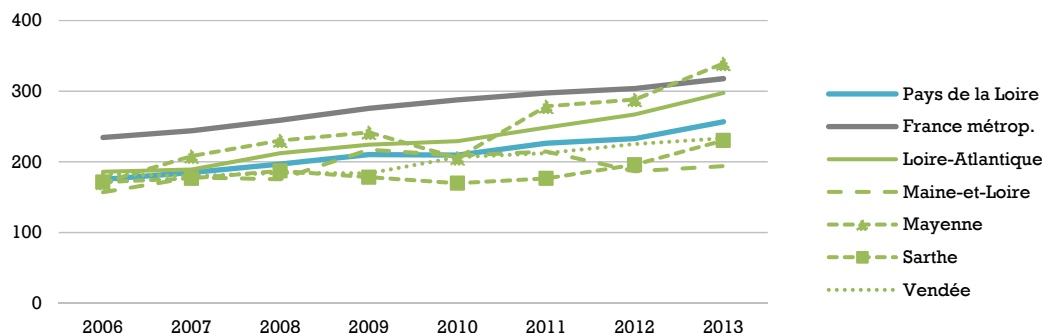
Des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation

La fréquence des admissions en ALD parmi les 10-14 ans est en forte augmentation dans la région (+ 5,6 % en moyenne par an entre 2006 et 2013), comme en France métropolitaine (+ 4,4 %) [Fig8].

Cette hausse est retrouvée dans les cinq départements de la région, mais est particulièrement marquée en Mayenne (+ 10,3 % par an) et en Loire-Atlantique (+ 6,9 %).

Les pathologies à l'origine de cette augmentation sont principalement les troubles mentaux et du comportement (en moyenne par an : + 9,5 % en Pays de la Loire ; + 25 % en Mayenne ; + 10 % en Loire-Atlantique). Dans une moindre mesure, une progression des admissions en ALD est également observée pour maladies du système ostéoarticulaire (+ 2,8 %) et pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (+ 3,6 %), principalement pour diabète de type 1.

Fig8. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de 10-14 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans



Une fréquence des admissions en ALD des 10-14 ans inférieure à la moyenne nationale

Malgré sa hausse, le taux d'admissions en ALD chez les 10-14 ans reste dans les Pays de la Loire inférieure à la moyenne nationale : - 19 % en 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale est retrouvée chez les garçons comme chez les filles. Elle est liée principalement à une moindre fréquence des admissions pour troubles mentaux et du comportement, maladies ostéoarticulaires (dont scoliose), maladies du système nerveux (dont épilepsie) et pour maladies de l'appareil respiratoire (dont asthme).

On n'observe par contre pas de différence significative avec la moyenne nationale pour les admissions pour cancers et pour maladies endocriniennes sur la période 2012-2014.

Au sein de la région, une sous-incidence des ALD est observée dans trois départements (Maine-et-Loire, Sarthe et Vendée). La Loire-Atlantique et la Mayenne, qui ont connu les plus fortes hausses d'admissions en ALD sur les années récentes en lien essentiellement avec des troubles mentaux et du comportement, présentent en 2012-2014 un taux d'admissions non significativement différent de la moyenne nationale. Pour ces deux départements et contrairement aux trois autres, la fréquence des admissions en ALD chez les 10-14 ans pour troubles mentaux et du comportement est nettement supérieure à la moyenne nationale sur les années récentes (respectivement + 16 % et + 65 % pour la période 2012-2014).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.5.3 PASSAGES AUX URGENCES

42 000 passages dans les services d'urgence de la région, concernent des enfants âgés de 11 à 14 ans en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 214 pour 1 000 (225 pour les garçons, 201 pour les filles).

C'est dans cette classe d'âge que la part des passages liés à la traumatologie est la plus élevée. Ainsi, 69 % des passages aux urgences, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné, présentent un diagnostic de nature traumatologique (contre 54 % chez les 1-10 ans, 37 % chez les 18-64 ans, 23 % chez les 65 ans et plus). Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (32 %) ou du membre inférieur (26 %).

Les diagnostics médicochirurgicaux (25 % du nombre total de passages) les plus fréquents sont les douleurs abdominales et pathologies digestives (8 %), et les douleurs de membres, affections rhumatologiques ou orthopédiques (4 %).

La part des passages aux urgences liés à des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques atteint 3 % et tend à augmenter à partir de cette classe d'âge (elle n'est que de 1 % chez les 6-10 ans, et passe à 5 % chez les 15-17 ans).

Les passages aux urgences se concluent dans 11 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an, 13 % chez les 1-5 ans).

2.5.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 12 300 enfants de 11 à 14 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO), soit 6,5 % des enfants de cette classe d'âge (6,6 % des garçons et 6,4 % des filles)

Les maladies des dents au premier plan, devant les traumatismes

Les maladies de l'appareil digestif représentent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des 11-14 ans (3 800 enfants). Ces séjours hospitaliers sont liés dans trois quarts des cas à des maladies des dents et du parodonte (2 830 enfants), qui correspondent essentiellement à l'extraction de dents de sagesse.

Comme dans les autres classes d'âge, les lésions traumatiques (y compris séquelles et complications) motivent une part importante des hospitalisations (1 700 enfants), avec le plus souvent en cause des fractures du membre supérieur (640).



À partir de cette classe d'âge, les hospitalisations en lien avec des troubles de la santé mentale émergent. Même si l'hospitalisation en établissement spécialisé en santé mentale est la plus fréquente, les troubles mentaux et du comportement constituent le diagnostic principal d'hospitalisation en court séjour de près de 700 Ligériens de 11-14 ans en 2015. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'hospitalisations dans les services de court séjour sont liées à une tentative de suicide : au moins 310 enfants de la région sont concernés en 2015²⁵, dont 85 % d'entre eux sont des jeunes filles.

Un taux d'hospitalisations stable, supérieur à la moyenne nationale en raison des recours pour affections dentaires

Comme au plan national, le taux d'adolescents de 11-14 ans hospitalisés en court séjour est resté relativement stable dans la région et dans les cinq départements [Fig9].

Ce constat masque toutefois des évolutions différentes selon les groupes de pathologies. Le taux d'enfants hospitalisés pour lésions traumatiques (y compris complications récentes et séquelles) suit notamment une tendance à la baisse. Un constat analogue est retrouvé pour les maladies de l'appareil digestif, en raison d'un recul des hospitalisations pour appendicite. Par contre, le taux d'enfants hospitalisés pour des affections dentaires est resté relativement stable.

Le taux global d'enfants de 11-14 ans hospitalisés reste dans la région supérieur à la moyenne nationale : + 9 % en 2015. Un tel constat est retrouvé en Loire-Atlantique (+ 24 %) et en Sarthe (+ 10 %).

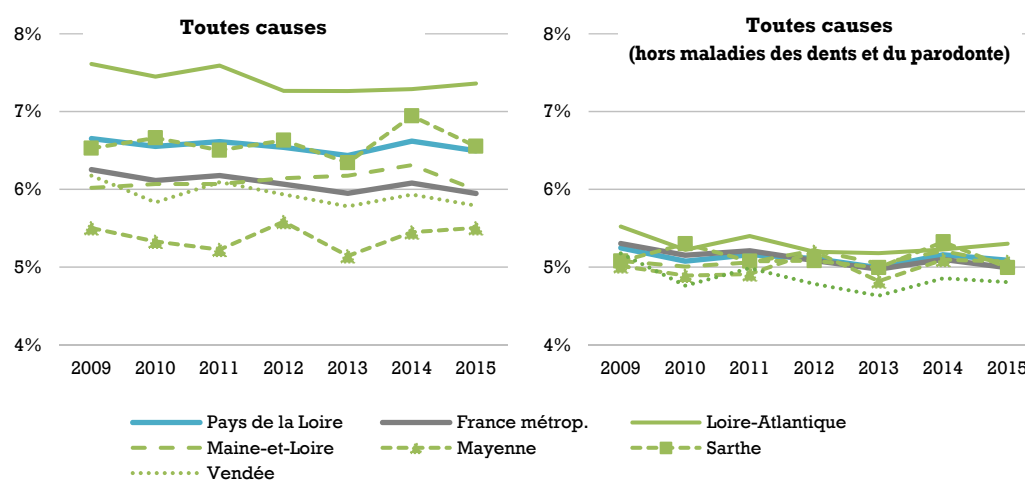
Cette position est liée principalement à une plus grande fréquence des hospitalisations pour maladies des dents et du parodonte (Pays de la Loire : + 47 % ; Loire-Atlantique : + 114 % ; Sarthe : + 63 %).

Une situation opposée est observée en Mayenne, le taux d'enfants de 11-14 ans hospitalisés est inférieur à la moyenne nationale (- 7 %), avec un écart particulièrement marqué pour les hospitalisations liées aux affections dentaires (- 54 %).

Si l'on ne prend pas en compte les hospitalisations liées aux affections dentaires, le taux d'adolescents de 11-14 ans hospitalisés en court séjour chaque année est proche de la moyenne nationale à l'échelle régionale et des cinq départements [Fig9].

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig9. Évolution du taux d'enfants de 11-14 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

²⁵ Cet effectif doit toutefois être considéré comme un minimum : le taux d'hospitalisations pour les enfants de Loire-Atlantique est très faible par rapport à la moyenne nationale et des autres départements de la région. Plusieurs hypothèses, concernant notamment des différences dans les modalités de prise en charge ou de codage, peuvent être avancées pour expliquer cette situation atypique de la Loire-Atlantique.



ENCADRÉ 5. Retard scolaire à l'entrée au collège et réussite au brevet national des collèges dans les Pays de la Loire

Le taux de retard à l'entrée en sixième (au moins une année) est dans l'Académie de Nantes proche de la moyenne nationale (10 % en 2014-2015). La Loire-Atlantique présente le taux départemental de retard le plus faible de la région (9 %) et à l'inverse la Sarthe le plus élevé (12 %). Cet indicateur, s'il permet d'apprécier la part d'élèves présentant des difficultés dans leurs apprentissages scolaires, est aussi le reflet des pratiques des établissements en matière de redoublement. Ces dernières années, les politiques mises en œuvre ont généré un fort recul du taux de redoublements. Ainsi en 2004, 17 % des élèves de l'Académie de Nantes présentaient un retard scolaire d'un an ou plus à l'entrée en 6^e (18 % au plan national).

Le retard scolaire à l'entrée au collège est dans la région plus fréquent chez les garçons, parmi les enfants des classes sociales les moins favorisées, ainsi que parmi les élèves vivant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville [42] [43].

Le taux de réussite au brevet national des collèges dans l'Académie de Nantes est relativement proche de la moyenne nationale sur les années 2012-2016 (en 2016 : 88 % vs 87 % en France) alors qu'il était supérieur de 3 à 5 points à cette moyenne sur la période 2006-2010. Au sein de la région, le taux de réussite au brevet reste le plus faible dans le département de la Sarthe (en 2016 : 85 % vs 88 à 90 % dans les autres départements) [44]. Ce constat est notamment à rapprocher de la situation sociale moins favorable dans ce département, les analyses régionales mettent en effet en évidence un taux de réussite à cet examen d'autant plus faible que le milieu social de l'enfant est défavorisé [45].

2.6 LA SANTÉ DES JEUNES DE 15 À 17 ANS

Dans cette classe d'âge des 15-17 ans qui correspond, pour la majorité des jeunes, à la période de scolarisation au lycée, la région des Pays de la Loire compte 135 000 jeunes en 2012. Dans les années à venir, leur effectif devrait fortement augmenter pour atteindre 155 000 en 2027.

L'analyse des données de mortalité et de morbidité (ALD, passages aux urgences, hospitalisations) permet de dégager les principaux problèmes de santé dans cette classe d'âge.

Les données recueillies lors des enquêtes régionales Baromètre santé jeunes et de l'enquête nationale Escapad permettent d'enrichir ce constat en apportant un regard sur les habitudes de vie, les comportements de ces jeunes qui sont susceptibles d'avoir un impact sur leur propre santé à moyen et long termes.

2.6.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Des décès le plus souvent masculins et évitables

Alors qu'entre 3 et 14 ans, le taux de mortalité générale est relativement stable, ce taux repart à la hausse à partir de 15 ans, avec l'émergence des décès liés aux accidents de la circulation et au suicide. On dénombre ainsi parmi les Ligériens âgés de 15 à 17 ans, en moyenne 30 décès par an sur la période 2011-2013. Sur ces 30 décès, 20 concernent des jeunes hommes. Dès cette classe d'âge, le taux de mortalité générale chez les hommes est 1,8 fois supérieur à celui des femmes. Cet écart de mortalité entre les deux sexes, qui restera élevé jusqu'à l'âge de 75 ans, sera maximal dans la classe d'âge suivante des 18-24 ans.

Plus de la moitié des 30 décès annuels peuvent être considérés comme évitables car ils résultent le plus souvent d'accidents de la circulation (8 décès) ou de la vie courante (3 décès), ou bien de suicide (7 décès). Comme chez les 1-5 ans et les 6-10 ans, les cancers, sont dans cette classe d'âge la principale cause de décès par maladie (4 décès annuels).

Une mortalité globale en recul, mais une surmortalité régionale par suicide

Le taux de mortalité générale chez les jeunes de 15-19 ans est en recul dans la région (- 4,3 % par an en moyenne entre 2001 et 2012) comme en France métropolitaine (- 5,1 %).

Si l'on considère les jeunes de 15-17 ans, la mortalité générale n'apparaît pas dans la région significativement différente de la moyenne nationale sur les dernières années 2011-2013. Ce résultat masque cependant une plus



grande fréquence des décès évitables chez les 15-17 ans de la région (+ 46 % par rapport à la moyenne nationale, correspondant à 5 décès excédentaires chaque année), en lien avec une surmortalité (significative) par suicide (+ 80 %). Il convient toutefois de noter que, même si l'écart n'est pas statistiquement significatif (+ 23 %), la mortalité par accident de la circulation semble également plus élevée dans la région qu'au plan national.

Dans les départements de la région, une surmortalité globale est retrouvée chez les 15-17 ans résidant en Vendée, qui enregistre en moyenne chaque année 8 décès de jeunes de cette classe d'âge dont 3 sont liés à un accident de la circulation. Cette situation s'inscrit plus globalement dans un contexte départemental défavorable en matière d'accidentologie routière chez les jeunes et les adultes d'âge moyen. En effet, chez les Vendéens de moins de 65 ans, la mortalité par accident de la circulation est supérieure de 60 % à la moyenne nationale.

2.6.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

3 à 4 % des jeunes de 15-19 ans sont en ALD

3,5 % Ligériens âgés de 15 à 19 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,8 %). Contrairement aux classes d'âge plus jeune, ce taux n'est pas différent entre les garçons et les filles.

Les troubles mentaux et du comportement au premier rang

Environ 650 Ligériens âgés de 15 à 19 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif de ces admissions (38 %). Contrairement aux classes d'âge inférieures, le taux d'admissions en ALD pour ces affections est relativement proche entre les garçons et les filles sur la période 2012-2014. Les troubles en cause sont toutefois différents selon le sexe.

Chez les garçons, les psychoses constituent le principal motif, devant les troubles spécifiques de la personnalité et les troubles envahissants du développement.

Chez les filles, les troubles de l'alimentation arrivent au premier rang, suivis par les troubles de l'humeur (épisodes dépressifs le plus souvent) et les troubles spécifiques de la personnalité.

Au total, 1 630 Ligériens de 15-19 ans étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement, dont 940 garçons et 690 filles.

Après les affections psychiatriques, les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents entre 15 et 19 ans sont :

- les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (12 %), scoliose principalement (8 %),
- les maladies du système nerveux (10 %), dont le plus souvent l'épilepsie (6 %),
- les cancers (9 %),
- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7 %), principalement le diabète (6 %),
- les maladies de l'appareil digestif (7 %), dont essentiellement la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.

Des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation

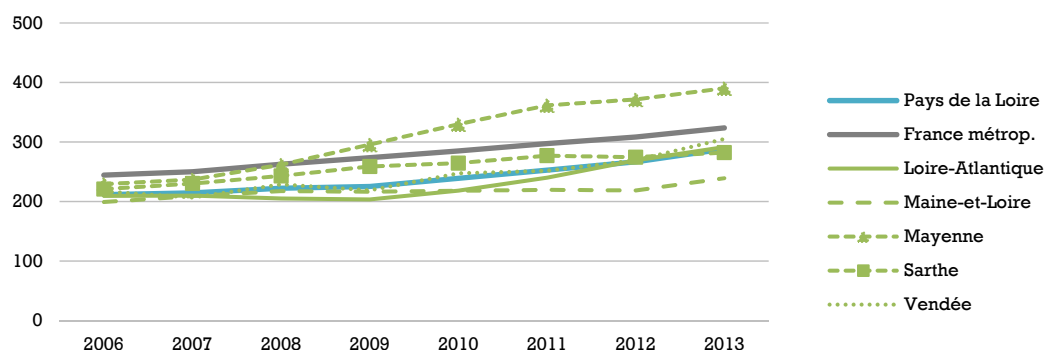
La fréquence des admissions en ALD parmi les 15-19 ans est en augmentation dans les Pays de la Loire (+ 4,5 % en moyenne par an entre 2006 et 2013) comme en France métropolitaine (+ 4,1 %) [Fig10].

Cette hausse est observée dans les cinq départements de la région, avec une évolution particulièrement marquée en Mayenne (+ 7,9 % par an vs + 2,7 % à + 5,0 % dans les autres départements).

Les pathologies à l'origine de cette augmentation sont principalement les troubles mentaux et du comportement (+ 6,8 % par an dans les Pays de la Loire ; + 5,0 % en France).



Fig10. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les jeunes de 15-19 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Une fréquence globale des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale

La fréquence des admissions en ALD chez les jeunes ligériens de 15-19 ans est inférieure de 11 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale, qui concerne les hommes comme les femmes, est toutefois moins marquée que celle observée dans les classes d'âge plus jeunes (écart avec la moyenne nationale d'au moins 20 %).

Cette situation résulte de la moindre fréquence régionale des admissions pour maladies ostéoarticulaires, maladies du système nerveux, maladies endocriniennes et maladies de l'appareil digestif.

Par contre, aucune différence significative avec la moyenne nationale n'est observée pour les admissions pour les troubles mentaux et du comportement, qui constituent le premier motif d'admission, ni pour les cancers.

Cette sous-incidence des ALD est retrouvée dans trois départements de la région (Maine-et-Loire, Sarthe, Loire-Atlantique). En Vendée, la fréquence des admissions en ALD chez les 15-19 ans, qui était inférieure sur les années précédentes, n'est pas significativement différente de la moyenne nationale sur la période 2012-2014. La Mayenne présente par contre un taux d'admissions supérieure à cette moyenne (+ 21 %), en lien principalement avec une fréquence plus marquée des admissions pour troubles mentaux et du comportement (+ 32 %, 27 admissions par an).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.6.3 PASSAGES AUX URGENCES

33 000 passages dans les services d'urgence de la région concernent des enfants âgés de 15 à 17 ans en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 237 pour 1 000 enfants (246 pour les garçons, 227 pour les filles).

58 % des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné présentent un diagnostic de nature traumatologique. Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (24 %) ou du membre inférieur (23 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (32 % du nombre total de passages) sont liés le plus souvent à des douleurs abdominales et des pathologies digestives (8 %), à des douleurs de membres, affections rhumatologiques ou orthopédiques (6 %).

Enfin, 5 % des passages aux urgences des jeunes de 15-17 ans sont liés à des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques. Cette proportion est comparable à celle observée pour les passages des personnes âgées de 18-64 ans (5 %).

Les passages aux urgences des 15-17 ans se concluent dans 14 % des cas par une hospitalisation.



2.6.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 17 600 Ligériens de 15 à 17 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour, soit 13 % des jeunes de cette classe d'âge. Contrairement à ce qui est observé pour les classes d'âge plus jeunes, les filles (13,7 %) sont un peu plus souvent concernées que les garçons (12,2 %).

Les affections dentaires motivent près d'une hospitalisation sur deux chez les 15-17 ans

Avec près de 8 300 jeunes hospitalisés chaque année, les maladies de dents et du parodonte (essentiellement les extractions des dents de sagesse) constituent le premier motif d'hospitalisation en court séjour chez les 15-17 ans (47 % des jeunes hospitalisés).

Les lésions traumatiques (y compris complications récentes et séquelles) sont à l'origine de l'hospitalisation de 1 700 jeunes Ligériens chaque année (10 %), avec le plus souvent en cause des fractures du membre supérieur (370) et des luxations ou entorses (340).

Les troubles mentaux et du comportement constituent en 2015 le diagnostic principal d'hospitalisation de 820 jeunes ligériens de 15-17 ans, dont 220 d'entre eux ont été hospitalisés pour des troubles liés à l'usage d'alcool. Par ailleurs, au moins 350 jeunes de la région - dont trois quarts de filles - ont été hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année en lien avec une tentative de suicide²⁶.

Augmentation et fréquence plus élevée des hospitalisations en région, liées aux affections dentaires

Entre 2009 et 2015, le taux de 15-17 ans hospitalisés en court séjour a augmenté dans les Pays de la Loire (+ 1,6 % par an en moyenne) comme en France métropolitaine (+ 1,2 %) [Fig11].

Ce taux reste dans la région nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 14 % en 2015). Cette situation régionale est liée à une plus grande fréquence des hospitalisations pour affections dentaires. Après exclusion de ces hospitalisations, le taux d'enfants hospitalisés est dans la région proche de cette moyenne sur les années récentes.

Au sein de la région, des écarts notables sont observés entre les départements. Les hospitalisations en court séjour pour affections dentaires étant peu fréquentes parmi les jeunes mayennais, ce département présente un taux global de jeunes hospitalisés inférieur de 19 % à la moyenne nationale. Si l'on exclut les hospitalisations pour affections dentaires, le taux de jeunes de ce département hospitalisés est proche de celui observé au plan national.

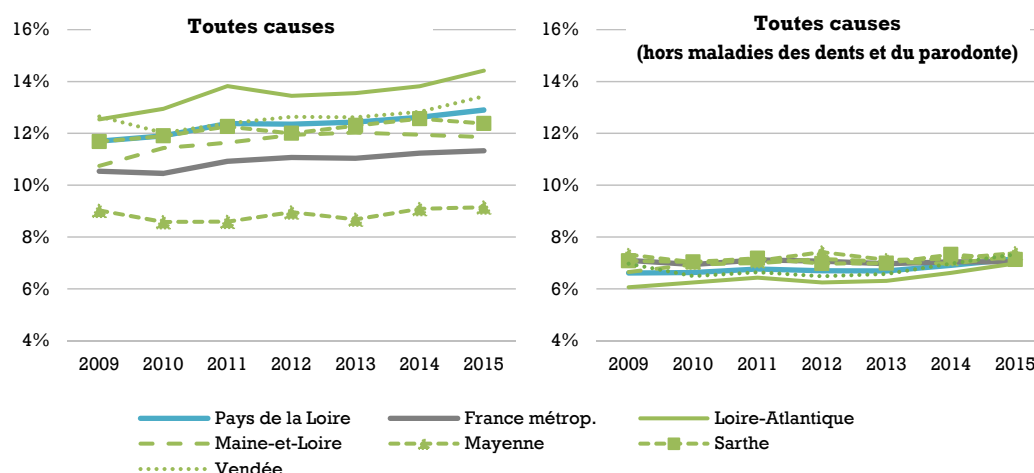
À l'inverse, dans les autres départements de la région, le taux de jeunes hospitalisés (toutes causes confondues) est supérieur à la moyenne nationale, avec des écarts allant de + 5 % en Maine-et-Loire à + 27 % pour la Loire-Atlantique, en raison d'une plus grande fréquence des hospitalisations pour affections dentaires. Si l'on exclut ces hospitalisations, les taux de 15-17 ans hospitalisés sont en 2015 proches de la moyenne nationale.

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

²⁶ Cet effectif doit toutefois être considéré comme un minimum. Le taux d'hospitalisations pour les enfants de Loire-Atlantique est très faible par rapport à la moyenne nationale et des autres départements de la région. Plusieurs hypothèses, concernant notamment des différences dans les modalités de prise en charge ou de codage, peuvent être avancées pour expliquer cette situation atypique de la Loire-Atlantique.



Fig11. Évolution du taux des jeunes de 15-17 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.6.5 ACCIDENTS

Les accidents constituent l'un des risques les plus importants pour la santé chez les adolescents comme chez les jeunes enfants, et sont à l'origine d'une part importante des recours aux soins hospitaliers, ainsi que des décès.

En 2010, 18 % des Ligériens de 15-17 ans déclarent avoir été victimes d'au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné un recours au médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois (19 % des garçons, 16 % des filles), dont 11 % d'un accident de sport et 4 % d'un accident de la circulation [46].

Selon les données de l'Observatoire régional de la sécurité routière²⁷ [47], en moyenne chaque année une dizaine de jeunes de 15-17 ans sont décédés²⁸ et environ 130 ont été blessés et hospitalisés (au moins 24 heures) à la suite d'un accident de la route survenu dans la région sur les années 2014-2015. La grande majorité de ces victimes se déplaçaient en deux-roues, motorisés ou non (59 % des tués et 67 % des blessés hospitalisés).

Après avoir connu une baisse sur les années 2012-2013, le nombre de jeunes de 15-17 ans victimes d'un accident sur les routes de la région a progressé sur les années 2014-2015. Il reste toutefois inférieur à celui observé sur les années 2009-2010, où l'on enregistrait chaque année 17 à 22 tués et au moins 170 blessés hospitalisés de cette classe d'âge.

En outre, un nombre important des jeunes blessés dans ces accidents de la route, estimé au moins équivalent au nombre de tués dans la littérature [48], garderont des séquelles majeures et resteront dans de nombreux cas lourdement handicapés (soit environ 5 à 10 Ligériens de 15-17 ans chaque année).

²⁷ Données concernant les accidents de la circulation survenus sur les routes des Pays de la Loire.

²⁸ Sur le coup ou dans les 30 jours qui ont suivi l'accident.



ENCADRÉ 6. Les jeunes sortis du système scolaire sans qualification dans les Pays de la Loire

Une part significative des jeunes sortent du système scolaire sans qualification. En 2013, parmi les 23 000 jeunes ligériens de 15-19 ans sortis du système scolaire, 10 300 n'ont pas de diplôme ou au mieux sont titulaires du brevet des collèges. Cet effectif représente ainsi 4,6 % des 225 000 jeunes de cette classe d'âge, soit un taux comparable à celui observé en 2006 (4,5 % ; 10 100 jeunes concernés).

La situation régionale est toutefois globalement plus favorable qu'au plan national, avec un taux de jeunes de 15-19 ans sortis du système scolaire « sans qualification » inférieur à la moyenne nationale (5,7 % en France entière). Ce constat se retrouve dans les générations plus âgées (10 % *vs* 12 % chez les 20-24 ans, 11 % *vs* 15 % chez les 25-39 ans).

Une étude régionale de l'Insee met en évidence de fortes disparités géographiques. Les territoires ruraux de la Sarthe, une moitié est de la Mayenne, l'Est du Maine-et-Loire et le Sud de la Vendée, présentent un taux élevé de jeunes sortis du système éducatif sans diplôme. Par ailleurs, selon cette étude, le sexe masculin et le faible niveau de diplôme des parents apparaissent comme les facteurs socioéconomiques les plus déterminants de ces situations [49].

2.6.6 SANTE PERÇUE ET PSYCHIQUE, COMPORTEMENTS ET HABITUDES DE VIE

Les comportements, les habitudes de vie adoptés pendant l'enfance et l'adolescence, sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé à court, moyen ou long termes. Ces comportements sont nombreux et variés.

Les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad [ENCADRÉ 7] permettent de décrire et de suivre dans le temps les comportements des jeunes de la région en matière de santé. Elles offrent également des éléments détaillés sur la perception des jeunes de leur santé et sur la santé psychique.

Une perception positive de leur santé

En 2014, 94 % des Ligériens âgés de 17 ans, déclarent que leur état de santé est « très » ou « plutôt » satisfaisant par rapport aux personnes de leur âge (42 % « très », 52 % « plutôt », 5 % « plutôt pas », < 1 % « pas du tout » satisfaisant), cette proportion étant relativement stable depuis 2008, selon les enquêtes Escapad.

Même si, à la fin de l'adolescence, la grande majorité des jeunes ont donc une perception de leur santé positive, l'adolescence constitue une étape de transition et de choix dans de nombreux domaines et peut constituer une période de fragilité [50]. Ainsi, certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au « travail psychique de l'adolescence ». Mais, elles peuvent aussi s'inscrire dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

ENCADRÉ 7. Éléments de méthode concernant les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad

Baromètre santé jeunes

Le Baromètre santé jeunes est une enquête sur les perceptions, conduites et habitudes de vie des jeunes de la région. Cette enquête téléphonique, qui constitue une déclinaison régionale du Baromètre santé national de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a été menée en 2000, 2005 et 2010. La dernière de ces enquêtes réalisée auprès d'un échantillon de 1 200 jeunes de 15 à 25 ans représentatif de la population des jeunes des Pays de la Loire. Elle a été mise en œuvre par l'ORS et a été cofinancée par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil régional des Pays de la Loire.

Escapad

Mise en œuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête Escapad se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté [51]. Cette enquête est réalisée en moyenne tous les trois ans, pendant quelques jours. Les jeunes qui y participent répondent à un questionnaire auto-administré anonyme sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives. Ces adolescents sont en majorité âgés de 17 ans. Pour la dernière enquête menée en 2014, 22 023 questionnaires ont été analysés au niveau national (métropole), dont 1 249 pour les Pays de la Loire. Les données présentées dans ce document sont redressées sur le département et le sex-ratio départemental.



Une souffrance psychique souvent exprimée, en particulier par les jeunes filles

Dans la région comme en France, les jeunes filles à l'adolescence expriment plus souvent que les garçons des signes de souffrance psychique et présentent plus souvent des troubles dépressifs.

Selon l'échelle *Adolescent depression rating scale*, 25 % des Ligériens de 17 ans présentent une tendance dépressive au moment de l'enquête Escapad de 2014 (dont 21 % modérée²⁹ et 4 % sévère³⁰). Cette proportion, qui est proche de celle observée au plan national (26 %³¹) [53], s'élève à 29 % chez les filles contre 20 % chez les garçons (dont sévère : 5 % des filles, 3 % des garçons).

Par ailleurs, les jeunes filles sont dans la région, comme en France, un peu plus nombreuses à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (13 % vs 9 % des garçons). L'écart est encore plus marqué pour les tentatives de suicide : à 17 ans, 4 % des Ligériennes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide qui les a conduites à l'hôpital, contre 1 % des garçons.

À l'inverse, les décès par suicide concernent plus souvent des garçons (5 décès sur 9 chez les 1-17 ans).

La marche s'est développée, mais la pratique sportive est restée stable entre 2005 et 2010

La marche est une activité physique qui semble s'être développée chez les jeunes de la région au cours des dernières années : en 2010, 58 % des 15-17 ans déclarent avoir marché la veille au moins trente minutes, dont au moins dix minutes d'affilée, vs 41 % en 2005.

La majorité des jeunes de la région font du sport en dehors des enseignements scolaires ou du travail. En 2010, 69 % des 15-17 ans déclaraient avoir pratiqué un sport (seul, avec des amis ou en club) au cours des sept derniers jours, les garçons plus souvent que les filles (78 % vs 59 %). Cette proportion est restée relativement stable entre 2005 et 2010, après avoir connu une tendance à la hausse entre 2000 et 2005. Mais on observe sur cette période une évolution des pratiques, la pratique sportive à titre individuel (seul ou avec des amis) est en augmentation (48 % en 2005, 61 % en 2010) alors que la pratique en club est plutôt en recul (45 %, 42 %) [54].

Une sédentarité croissante

Les activités sur écran ont connu un fort développement au cours des dernières années et contribuent à l'augmentation du comportement sédentaire observé chez les enfants comme chez les adultes au cours des dernières décennies. L'enquête Baromètre santé jeunes a mis en évidence une augmentation de plus de 10 points entre 2005 (20 %) et 2010 (31 %) de la proportion de Ligériens de 15-17 ans consacrant plus de trois heures par jour en semaine sur des écrans (télévision, ordinateur, console), dans le cadre de leur travail ou de leurs études [54].

Selon l'enquête Escapad qui offre des données plus récentes, en 2014, 30 % des Ligériens de 17 ans déclarent passer en semaine plus de trois heures par jour devant un écran (télévision, ordinateur ou console) dans le cadre de leurs loisirs, et ils sont 70 % à y consacrer plus de trois heures par jour le week-end. Les garçons consacrent en moyenne un peu plus de temps que les filles à ces activités. La situation régionale apparaît pour cet âge proche de la moyenne nationale (respectivement 29 % et 68 %).

Surpoids et obésité : une situation plus favorable dans la région mais qui reste préoccupante

Les résultats des enquêtes Baromètre santé jeunes 2010 [54] et Escapad 2014 mettent en évidence globalement une situation plus favorable en matière de surcharge pondérale chez les jeunes de la région qu'en moyenne en France.

Selon l'enquête Escapad, 7 % des Ligériens âgés de 17 ans présentent une surcharge pondérale en 2014 (5,3 % sont en surpoids et 1,6 % sont obèses). Cette prévalence est inférieure à la moyenne nationale qui s'élève à 9 % (respectivement 7,5 % et 1,8 %). Ces prévalences doivent être considérées comme minimales car elles sont

²⁹ Score compris entre 3 et 5 [52].

³⁰ Score compris ≥ 6.

³¹ 21 % modérée, 5 % sévère.



basées sur les déclarations des jeunes concernant leur poids et leur taille, qui induisent une sous-estimation de leur indice de masse corporelle (IMC). Les résultats d'enquêtes établis à partir de mesures anthropométriques mettent en évidence des prévalences de surpoids et d'obésité deux à trois fois supérieures à celles établies à partir de données déclaratives.

Dans la région comme en France, la prévalence de l'obésité semble suivre une tendance à la hausse au cours des dernières années chez les jeunes de 17 ans. Pour la prévalence du surpoids, une légère baisse est observée dans la région entre 2011 et 2014, mais celle-ci doit être considérée avec précaution car elle n'est pas retrouvée au plan national.

Un déficit de sommeil souvent rapporté par les adolescents

En semaine, le temps de sommeil journalier chez les 15-17 ans des Pays de la Loire s'élève en moyenne à 7h40, selon le Baromètre santé jeunes de 2010. Cette durée, proche de la moyenne nationale, apparaît insuffisante par rapport au temps de sommeil recommandé à cet âge, qui est au minimum de 8 à 9 heures [55]. Un manque de sommeil est d'ailleurs rapporté par une part importante des jeunes. En 2010, 29 % des Ligériens de 15-17 ans de la région déclaraient un temps effectif de sommeil inférieur d'au moins 1h30 au temps de sommeil dont ils estiment avoir besoin pour être en forme le lendemain, soit un taux proche de celui observé au plan national (30 %).

Si le temps de sommeil apparaît proche entre les garçons et les filles âgés de 15 à 17 ans, ces dernières expriment plus souvent un manque de sommeil ainsi que des problèmes de sommeil [46].

Ce déficit de sommeil chez les adolescents est notamment lié au développement des activités de loisirs en soirée, et plus particulièrement celles sur écran. L'usage d'outils électroniques audiovisuels le soir diminuerait en moyenne de 30 à 45 minutes le temps de sommeil [ENCADRÉ 9] [56].

Contraception et IVG : des indicateurs régionaux favorables

C'est bien avant l'adolescence qu'apparaissent les premiers sentiments amoureux et l'éveil de la sexualité. Mais c'est le plus souvent pendant cette période de la vie que se fait, plus ou moins précocement, le passage à une sexualité adulte. En 2010, 29 % des Ligériens âgés de 15 à 17 ans déclaraient avoir une relation amoureuse stable et près d'un tiers (32 %) avoir déjà eu un rapport sexuel.

En matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, l'usage d'un préservatif lors de leur premier rapport sexuel est rapporté en 2010 par 95 % des jeunes de cette classe d'âge, cette proportion est similaire à celle observée au plan national [57].

En matière de contraception, le recours à la pilule et aux autres méthodes hormonales apparaît en 2010 plus fréquent dans la région qu'au plan national chez les jeunes femmes de 15-17 ans ayant une relation amoureuse stable et *a priori* concernées (76 % vs 67 %).

Par ailleurs, le recours à la contraception d'urgence dans l'année est rapporté en 2010 par 18 % des Ligériennes de 15-19 ans ayant déjà eu un rapport sexuel. Ce taux est proche de la moyenne nationale (19 %) [57].

Environ 370 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en 2015 auprès de jeunes ligériennes âgées de moins de 18 ans. Comme en France, le taux de recours à l'IVG chez les 15-17 ans suit une tendance à la baisse dans la région depuis 2010 et reste en 2015 inférieur d'environ 30 % à la moyenne nationale (5,3 IVG pour 1 000 femmes de 15-17 ans vs 8,1) [7] [58].

En 2015, environ 110 naissances vivantes chez des Ligériennes de moins de 18 ans ont été enregistrées, ce nombre a fortement chuté au cours des dernières décennies (250 en 1981). Comme le taux de recours à l'IVG, le taux de naissances chez des jeunes mineures est dans la région inférieur d'environ 40 % à la moyenne nationale [59].



Consommation de substances psychoactives : une situation régionale préoccupante

L'adolescence est une période d'expérimentation, de prise de risque. La consommation de produits psychoactifs occupe à l'adolescence une place particulière. C'est notamment à cette période de la vie, qu'ont lieu plus souvent les premières expérimentations, et que des consommations durables, voire des usages problématiques ou dépendances, sont susceptibles de s'installer.

Les données témoignent au plan national d'une relative stabilité de l'âge d'entrée dans les consommations au cours des quinze dernières décennies [53].

Des usages de l'alcool qui restent particulièrement défavorables dans la région

Chez les jeunes de la région, les habitudes d'alcoolisation sont particulièrement préoccupantes. Elles semblent en effet s'installer plus tôt qu'au plan national, et les consommations excessives et régulières y sont plus fréquentes [60] [61] [62].

Selon l'enquête Escapad, chez les jeunes de 17 ans, les usages d'alcool ont poursuivi leur progression entre 2011 et 2014 dans la région alors que ceux-ci sont stables voire en recul au plan national. L'écart avec la moyenne nationale, qui s'est donc accru, est particulièrement marqué.

Ainsi, en 2014 :

- 22 % des jeunes ligériens âgés de 17 ans déclarent avoir consommé de l'alcool régulièrement (au moins 10 fois) dans le mois vs 12 % en France,
- 37 % déclarent trois ivresses ou plus dans l'année vs 25 % en France,
- et 34 % des alcoolisations ponctuelles importantes³² au moins une fois par mois vs 22 %.

Même si les écarts entre sexes tendent à se réduire, les consommations régulières ou excessives d'alcool sont nettement plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Les hospitalisations en court séjour liées à une intoxication éthylique aiguë (IEA)³³ sont également plus fréquentes chez les jeunes de la région, âgés de moins de 18 ans, qu'au niveau national, avec un écart qui atteint 9 % sur la période 2014-2015 [7].

Cependant, dans la région comme en France, le taux d'hospitalisations liées à une IEA est en recul³⁴. En 2015, près de 320 jeunes de la région âgés de 10 à 17 ans (dont 50 de 10-14 ans et 270 de 15-17 ans) ont été hospitalisés en court séjour en lien avec une intoxication éthylique aiguë contre 480 en moyenne chaque année sur la période 2009-2011. Ce résultat peut témoigner d'un recul des comportements d'alcoolisation excessive chez les jeunes, mais il peut aussi résulter d'une évolution de la propension à hospitaliser, à situation clinique identique. Ceci peut être lié à l'attitude de leur entourage ou à celle des professionnels extrahospitaliers lors de ces situations d'alcoolisation massives, mais aussi aux modes d'organisation et pratiques des services d'urgences qui les accueillent à l'hôpital. En outre, des différences en termes de modalités de codage des motifs de séjours hospitaliers ne peuvent être exclues.

Cette situation particulièrement mauvaise chez les jeunes de la région s'inscrit plus largement dans un contexte défavorable en matière de consommation d'alcool dans l'ensemble de la population ligérienne [voir chapitre [Consommation d'alcool](#)].

Un tabagisme régulier déjà installé : à 17 ans, un jeune sur trois fume tous les jours

Chez les jeunes, l'usage de tabac dans la région est orienté à la hausse entre 2011 et 2014. Le taux d'usagers quotidiens de tabac à 17 ans est ainsi passé de 31 % en 2011 à 36 % en 2014, selon les résultats de l'enquête Escapad. Ce taux, qui était proche de la moyenne nationale au milieu et à la fin des années 2000, serait même devenu plus élevé que cette moyenne en 2014 (32 % en France).

Les écarts entre les deux sexes en matière de tabagisme sont nettement moins marqués que pour la consommation d'alcool. Les garçons apparaissent toutefois un peu plus souvent fumeurs quotidiens (38 % vs 33 % des filles) [63] [62].

³² Consommer cinq verres et plus en une même occasion, au cours des 30 derniers jours.

³³ IEA : F10.0 "IEA" ou R78.0 "Présence d'alcool dans le sang" en DP/DAS, ou Y90 "Preuve du rôle de l'alcool confirmé par le taux d'alcoolémie" ou Y91 "Preuve du rôle de l'alcool confirmé par le degré d'intoxication" en DAS.

³⁴ Codes Cim (Classification internationale des maladies) à préciser.



Un usage du cannabis en hausse entre 2011 et 2014

Dans les Pays de la Loire comme en France, la consommation de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes depuis le début des années 2010, alors qu'elle était en recul au milieu des années 2000. Selon l'enquête Escapad, le taux de consommateurs réguliers est ainsi passé de 4 % en 2011 à 10 % en 2014 ; ce taux reste cependant inférieur à celui observé en 2003 (13 %). Comme en France, cette augmentation des usages du cannabis chez les jeunes âgés de 17 ans de la région concerne les garçons comme les filles, ces dernières restent toutefois moins souvent consommatrices de cannabis (15 % des garçons ont un usage régulier vs 6 % des filles).

Par rapport à la moyenne nationale, l'expérimentation du cannabis chez les jeunes est en 2014 plus fréquente dans les Pays de la Loire (51 % vs 48 % en France), mais l'usage régulier de cannabis n'y est pas plus répandu (10 % vs 9 %) [64] [62] [61].

L'usage des autres drogues illicites reste beaucoup plus rare que celui du cannabis. Pour les produits les plus consommés, on observe que l'expérimentation des poppers chez les adolescents de la région est en recul, mais reste plus fréquente qu'en moyenne en France (8 % vs 5 % en 2014). Par contre, comme au plan national, l'expérimentation de MDMA/ecstasy semble suivre une tendance à la hausse (4 % en 2014). L'expérimentation de cocaïne (4 %) semble aussi avoir progressé dans la région mais ce dernier constat, qui n'est pas retrouvé au plan national, doit être considéré avec précaution et méritera d'être conforté par les résultats de prochaines enquêtes.

Enfin, la diffusion des nouveaux produits de synthèse (cathinones et cannabinoïdes notamment), qui imitent les effets de certaines drogues, reste encore limitée chez les jeunes de la région comme en France (moins de 2 % d'expérimentateurs déclarés à 17 ans en 2014). L'usage de ces produits préoccupe actuellement les spécialistes régionaux de ces questions, en raison notamment de leur grande accessibilité sur Internet et des risques associés sur le plan psychique, physique et médicolégal.

ENCADRÉ 8. La santé des jeunes apprentis dans les Pays de la Loire

Les Pays de la Loire comptent 26 700 apprentis fin 2014. 6,3 % des jeunes ligériens de 16-25 ans sont apprentis, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (5,3 % en France métropolitaine) [65].

L'enquête Escapad menée par l'OFDT offre des éléments détaillés sur la santé et les comportements des adolescents âgés de 17 ans et notamment ceux en apprentissage [51]. En 2014, plus de 1 250 Ligériens ont participé à cette enquête, dont près de 180 apprentis (ou en formation alternée). Même si ce dernier effectif est restreint, l'analyse de ces données régionales réalisée par l'Observatoire régional de la santé met en évidence que les résultats observés pour les jeunes apprentis des Pays de la Loire sont globalement cohérents avec ceux observés au plan national [53].

Ainsi, dans les Pays de la Loire, les jeunes en apprentissage présentent des niveaux d'usage de substances psychoactives supérieurs à ceux des autres jeunes. À structure par sexe identique, la proportion de fumeurs quotidiens s'élève à 50 % chez les apprentis contre 32 % chez les jeunes en enseignement général ou professionnel. Concernant la consommation d'alcool, 29 % des apprentis déclarent un usage régulier, 45 % des alcoolisations ponctuelles importantes au moins trois fois dans le mois et 40 % trois ivresses ou plus dans l'année contre respectivement 20 %, 31 % et 35 % des jeunes en enseignement général ou professionnel. L'usage de drogues illicites est également plus fréquent chez les jeunes en apprentissage : 59 % ont déjà expérimenté le cannabis, 14 % ont un usage régulier de cannabis et 13 % ont déjà expérimenté au moins une autre drogue* (contre 50 %, 9 %, 9 %).

Concernant la santé mentale, même si on n'observe pas de différence concernant les pensées suicidaires répétées dans l'année, les jeunes en apprentissage déclarent plus fréquemment avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide avec recours à l'hôpital (9 % vs 2 %).

Par ailleurs, en cohérence avec ces indicateurs défavorables, à structure par sexe identique, les jeunes apprentis déclarent trois fois plus souvent que les autres jeunes scolarisés que leur état de santé est « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaisant par rapport aux personnes de leur âge (15 % vs 5 %).

Enfin, la proportion de jeunes en surcharge pondérale selon les données déclarées de poids et de taille lors de l'enquête, n'apparaît pas différente dans la région entre apprentis et élèves de l'enseignement général/professionnel, alors qu'au plan national, les apprentis semblent plus souvent concernés par des situations de surcharge pondérale [66].

* Champignons hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne.



Des troubles auditifs fréquemment rapportés

Bien que les troubles auditifs concernent en premier lieu les populations les plus âgées, les jeunes seraient de plus en plus nombreux à souffrir de troubles de l'audition. Environ 10 % des jeunes de moins de 25 ans présenteraient une perte auditive pathologique, la surdité concernerait 6 % des 15-24 ans. Les expositions sonores représentent une des causes majeures de déficit auditif chez les jeunes de moins de 25 ans [67] [68].

Avec le développement des supports nomades (smartphone, tablette, mp3...), le temps d'écoute de musique au casque est en augmentation notamment chez les jeunes générations [69]. Selon une étude menée dans les Pays de la Loire en 2014 [70], plus de la moitié des Ligériens de 12-19 ans écoutent au moins 1 heure de musique au casque par jour, dont 19 % plus de 2h30. Par ailleurs, la part de jeunes déclarant écouter la musique à un niveau sonore "très fort" est en augmentation (9 % en 2008, 15 % chez les 12-19 ans en 2014).

Des troubles auditifs sont fréquemment rapportés par les jeunes de la région : en 2014, 58 % des 12-19 ans (67 % des 18-19 ans) déclarent avoir déjà ressenti des acouphènes.

ENCADRÉ 9. Internet et les réseaux sociaux

Au cours de la dernière décennie, la diffusion massive de supports numériques et le développement considérable d'internet et des réseaux sociaux ont impacté de façon importante la vie sociale dans toutes les classes d'âge, mais en particulier chez les enfants et adolescents qui en sont grands utilisateurs. Si l'intérêt de ces nouvelles technologies de l'information et de la communication est indéniable, elles sont également susceptibles d'impacter de façon négative la santé, notamment lorsqu'elles se développent sans contrôle parental chez les plus jeunes ou lorsqu'elles sont trop investies. Selon les études internationales, 2 à 12 % des adolescents seraient concernés par une utilisation problématique d'internet [71].

L'usage et le temps consacré à internet ont fortement augmenté ces quinze dernières années chez les jeunes comme dans toutes les classes d'âge. La proportion des 16 ans qui vont quotidiennement sur internet est passé de 23 % en 2003 à 83 % en 2015 [53]. Selon une enquête en ligne réalisée par Ipsos en 2014, les 13-19 ans (qui ont accès à internet) y passent en moyenne 13h30 par semaine contre 12h20 en 2012. Cette augmentation est également retrouvée chez les plus jeunes : 5h30 pour les 7-12 ans contre 4h50 en 2012, et 3h40 pour les enfants de 1-6 ans contre 2h10 en 2012 [72].

Les adolescents surfent sur internet le plus souvent pour échanger/communiquer entre eux (messageries, réseaux sociaux, forum de discussion, blog...), rechercher des informations (actualités, recherche documentaire) et jouer à des jeux vidéo (jeux en réseau, jeux de rôle...), cette dernière activité étant plus souvent masculine [73].

Environ 90 % des adolescents de 13-18 ans sont inscrits sur les réseaux sociaux, en raison le plus souvent de la présence d'amis sur ces réseaux [74].

2.7 LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Il n'existe pas de définition unique du handicap et celui-ci peut être abordé selon différentes approches. Les données présentées dans ce rapport permettent d'apprécier de façon parcellaire la fréquence des situations de handicap chez les enfants et adolescents.

Plus de 18 000 enfants en situation de handicap scolarisés dans la région

À la rentrée 2015, 5 100 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans des établissements spécialisés³⁵ de la région. Cet effectif est resté relativement stable au cours des dix dernières années.

L'effectif d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (école, collège, lycée) a par contre fortement progressé depuis la loi de février 2005 accordant la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire, mais aussi plus largement une meilleure reconnaissance des situations de handicap. Il est ainsi passé de 6 500 en 2006 à 13 400 en 2015, soit une augmentation annuelle moyenne de plus de 8 %.

³⁵ Établissements hospitaliers et médico-éducatifs.



Près de la moitié (46 %) des élèves scolarisés en milieu ordinaire sont porteurs de déficiences intellectuelles ou cognitives³⁶, 21 % ont des troubles de la personnalité et du comportement, 12 % présentent des troubles du langage et de la parole (dont dyslexie, dysphasie...), et 21 % d'autres déficiences (motrices, associées, visuelles, auditives et autres) [75] [76].

12 000 bénéficiaires de l'AEEH

Les enfants présentant les situations de handicap les plus graves bénéficient de prestations destinées à compenser les frais et les aides spécifiques qui leur sont apportées.

Environ 12 300 Ligériens âgés de moins de 20 ans perçoivent une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) fin 2014. Parmi eux, 1 500 ont moins de 6 ans, 4 700 sont âgés de 6 à 11 ans, 4 900 de 12-17 ans et 1 200 de 18-20 ans [77]. Rapporté à la population régionale totale des 0-19 ans, cet effectif correspond à un taux global de bénéficiaires d'environ 1,3 pour 100 enfants en Pays de la Loire. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (1,5 pour 100). Cette situation régionale masque des disparités départementales, avec un taux qui reste inférieur à la moyenne nationale en Loire-Atlantique (1,1) et Maine-et-Loire (1,0) et à l'inverse nettement supérieur en Mayenne (2,1), alors qu'il lui est relativement proche en Sarthe et en Vendée.

Dans la région comme en France, le nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH ne cesse de progresser, cette hausse étant toutefois moins marquée qu'au plan national : + 4,5 % en moyenne par an dans la région, + 6,6 % en France entre 2010 et 2016 [78]. Cette évolution traduit notamment une meilleure détection et une plus grande reconnaissance des handicaps, et vraisemblablement, une meilleure acceptation de ces situations par les familles.

³⁶ Les troubles envahissants du développement, dont l'autisme, sont notamment classés dans cette catégorie.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.
- [2] ARS Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. Synthèse. Projet régional de santé 2018-2022. 16 p.
- [3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Ashton K, Bellis MA, Davies AR, et al. (2016). Adverse Childhood Experiences and their association with chronic disease and health service use in the Welsh adult population. Public Health Wales NHS Trust. 28 p.
- [11] Pomarède R., Jeammet P. (2014). La santé : un capital en construction dès l'enfance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 86. pp. 9-57.
- [12] César C, du Roscoät E, Cardoso T. (2016). Accompagner le développement du jeune enfant. *La Santé en Action*. Santé publique France. n° 437. pp. 8-43.
- [13] Drees. Data.Drees : Aide et action sociale des départements. [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371.
- [14] Borzic M, Clausse A. (2015). Un taux de pauvreté régional relativement faible, des disparités territoriales. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 14. 4 p.
- [15] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [16] Bonnefoy V, Gicquaud N. (2014). Pauvreté dans les Pays de la Loire : la crise accentue les inégalités sociales et territoriales. *Étude*. Insee Pays de la Loire. n° 136. 4 p.
- [17] Acs M. (2013). Les spécificités régionales des modes de garde déclarés des enfants de moins de 3 ans. *Études et Résultats*. Drees. n° 839. 6 p.
- [18] Borderies F. (2016). L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de 3 ans. *Document de Travail, Série Statistiques*. Drees. n° 199. 86 p.
- [19] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2016). Repères et références statistiques 2016 sur les enseignements, la formation et la recherche. 395 p.
- [20] Abdouni S. (2016). La scolarisation à deux ans : en éducation prioritaire, un enfant sur cinq va à l'école dès deux ans. *Note d'information*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. n° 19. 4 p.
- [21] Rectorat de l'Académie de Nantes. Taux de scolarisation par âge dans l'Académie de Nantes.
- [22] Pliquet E. (2016). Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. *Études et Résultats*. Drees. n° 974. 6 p.
- [23] Oned (Observatoire national de la protection de l'enfance). (2016). Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. Éd. La Documentation française. 224 p.
- [24] Charrel M, Beauvais MC, Da Silva É. (2009). Étude sur les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance de Maine-et-Loire. Careps, Conseil général de Maine-et-Loire. 69 p.
- [25] Fedoru. Site de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences. [En ligne]. www.fedoru.fr.
- [26] Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T. (2015). La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*. Drees. n° 920. 6 p.
- [27] Académie de Nantes. Enquête DGESCO.
- [28] de Saint Pol T. (2011). Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 31. pp. 333-338.
- [29] Guignon N, Niel X. (2003). L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions. Les diversités régionales appréhendées à travers des bilans de santé scolaire. *Études et Résultats*. Drees. n° 250. 12 p.
- [30] Guignon N, Collet M, Gonzalez L, et al. (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats*. Drees. n° 737. 8 p.



- [31] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [32] Delahaie M. (2009). L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Éd. Inpes. 84 p.
- [33] Huron C, Ziegler J, Habib M, et al. (2014). Troubles des apprentissages : les troubles "dys". Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-des-apprentissages-les-troubles-dys>.
- [34] Inserm. (2007). Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Expertise collective. Les éditions Inserm. 842 p.
- [35] Paget LM, Perrine AL, Thélot B. (2015). Les accidents chez les élèves de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2012-2013. Enquête en milieu scolaire. InVS. 42 p.
- [36] Loury P. (2016). Les couvertures vaccinales en Pays de la Loire, 2014-2015. BVS. *Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 35. pp. 7-8.
- [37] Santé publique France. (2016). Couverture vaccinale. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees>.
- [38] Loury P, Hubert B. (2014). Couverture vaccinale de la population des Pays de la Loire concernant les maladies à prévention vaccinale, 2012. BVS. *Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 24. pp. 1-6.
- [39] Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L, et al. (2017). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études et Résultats*. Drees. n° 993. 6 p.
- [40] Santé publique France. (2016). Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014. [En ligne]. <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collégiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>.
- [41] Injep. (2016). La santé des ados au collège. Résultats de l'enquête HBSC 2014 France. *Agora Débats/Jeunesses*. n° Hors série. 192 p.
- [42] Ropers C. (2015). Le retard scolaire à l'entrée en 6ème à la rentrée 2014 dans l'Académie de Nantes. *Flash Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 3. 2 p.
- [43] Chesnel H. (2016). Éducation : des redoublements plus fréquents dans les quartiers de la politique de la ville. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 52. 2 p.
- [44] Rectorat de l'Académie de Nantes. Les examens. [En ligne]. http://www.ac-nantes.fr/les-examens-900799.kjsp?RH=AP_PREstat.
- [45] Ropers C. (2015). Le diplôme national du brevet dans l'académie de Nantes, session 2014. *Études Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 1. 6 p.
- [46] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [47] Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire, Dreal Pays de la Loire. Données de l'accidentalité en région Pays de la Loire. .
- [48] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. 157-160.
- [49] Fouchard C, Rodrigues A, Ropers C. (2014). Le décrochage scolaire dans les Pays de la Loire : facteurs de risque et territoires vulnérables. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee. n° 4. 4 p.
- [50] Moro MR, Brison JL. (2016). Mission Bien-être et santé des jeunes. Ministère des affaires sociales et de la santé. 198 p.
- [51] OFDT. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense). [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>.
- [52] Consoli A, Peyre H, Speranza M, et al. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. vol. 7, n° 1. 12 p.
- [53] Beck F, dir. (2016). Jeunes et addictions. OFDT. 208 p.
- [54] ORS Pays de la Loire. (2012). Surpoids et obésité, activités physiques et sédentaires. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 16 p.
- [55] Giordanella JP. (2006). Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la santé et des solidarités. 396 p.
- [56] Leger D, Beck F, Richard JB, et al. (2012). Total Sleep Time Severely Drops during Adolescence. *PLoS One*. vol. 7, n° 10. e45204.
- [57] ORS Pays de la Loire. (2012). Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 12 p.
- [58] Vilain A. (2016). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*. Drees. n° 968. 6 p.
- [59] Insee. État civil. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [60] ORS Pays de la Loire. (2015). La consommation d'alcool des jeunes dans les Pays de la Loire. 8 p.

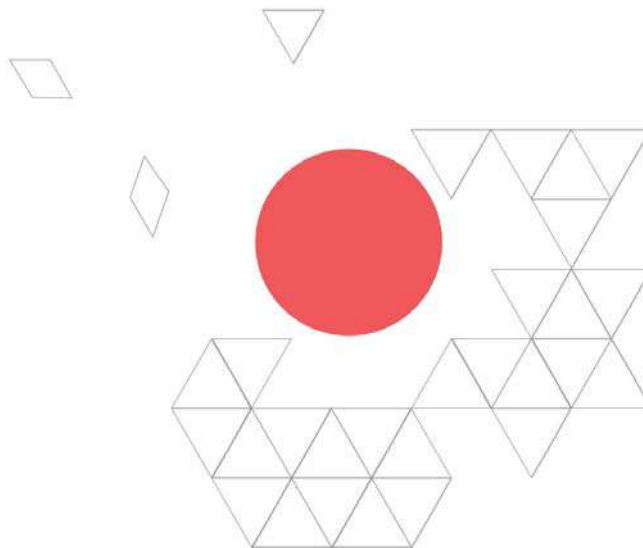


- [61] Le Nézet O, Gauduchon T, Spilka S. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 102. 4 p.
- [62] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, *et al.* (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 100. 8 p.
- [63] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de tabac des jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [64] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de cannabis et des autres drogues illicites chez les jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [65] Ores (Observatoire régional économique et social) Pays de la Loire. Effectifs en apprentissage. [En ligne]. <http://ores.paysdelaloire.fr/779-effectifs-en-apprentissage-et-lieux-de-formation.htm>.
- [66] Enquête Escapad 2014, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [67] Inpes. (2008). A force d'écouter de la musique trop fort, on finit par l'entendre à moitié. Dossier de presse. 10 p.
- [68] Puel JL, Inserm. (2016). Troubles de l'audition / surdités. Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-auditifs>.
- [69] ORS Pays de la Loire. (2014). Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014. 200 p.
- [70] Hannecart C, Crusson N, Fourrage H. (2015). Rapports des jeunes à la musique à l'ère numérique. Synthèse de l'enquête menée en Pays de la Loire. Pôle de coopération des acteurs pour les musiques actuelles en Pays de la Loire, Mus'Azik. 24 p.
- [71] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Expertise collective. Les éditions Inserm. 77 p.
- [72] Schmutz B. (2015). Junior Connect' 2015 : La conquête de l'engagement. Ipsos. 31 p. [Diaporama].
- [73] Le Nézet O, Spilka S. (2014). Usage d'Internet à la fin de l'adolescence en 2011. OFDT. 4 p. (Note de synthèse).
- [74] Jousselman C, Cosquer M, Hassler C. (2015). Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Inserm. 182 p.
- [75] Poutet C, Labbay JM. (2015). La scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'académie de Nantes. Évolution 2006-2014. *Études Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 3. 5 p.
- [76] Rectorat de l'Académie de Nantes. La scolarisation des élèves en situation de handicap. [En ligne]. http://www.ac-nantes.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-977652.kjsp?RH=AP_PREstat.
- [77] Bénéficiaires de l'AAH et de l'AAEH, Cnaf, MSA, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [78] Cnaf. Cafdata. [Online]. <http://data.caf.fr/site/>.



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)



SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 64 ANS

Marie-Christine Bournot, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	95
3.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 18-64 ANS	97
L'amplification importante du différentiel de mortalité entre hommes et femmes caractérise cette classe d'âge	97
Trois tranches d'âge se distinguent en termes de situations sociale et familiale, d'habitudes de vie et de problématiques de santé	98
3.2 LES JEUNES ADULTES DE 18-24 ANS	98
3.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 18-24 ANS	98
Une population très majoritairement en bonne santé	98
La mortalité masculine des 18-24 ans est plus de 3 fois supérieure à la mortalité féminine	99
Une mortalité supérieure, une incidence des ALD inférieure et une fréquence des hospitalisations proche de la moyenne nationale	99
3.2.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 18 ET 24 ANS	100
Accidents de la route : un décès sur trois entre 18 et 24 ans et une surmortalité régionale de 31 %	101
Les troubles mentaux et du comportement, autre grand enjeu de la santé des 18-24 ans	101
Une mortalité par suicide en recul chez les 18-24 ans mais qui reste supérieure de 49 % à la moyenne nationale	102
Les 18-24 ans, tranche d'âge la plus concernée par l'usage de substances psychoactives	102
Les motifs en lien avec la grossesse, première cause d'hospitalisation des femmes de 18-24 ans	103
3.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ	103
Les cancers à l'origine chaque année d'environ 100 admissions en ALD de jeunes de 20 à 24 ans	103
Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin affectent la qualité de vie de plusieurs centaines de jeunes ligériens	103
3.3 LES ADULTES ÂGÉS DE 25 À 49 ANS	104
3.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 25-49 ANS	104
Une période de la vie où émergent avec une relative fréquence les problèmes de santé	104
La mortalité masculine des 25-49 ans est 2 fois supérieure à la mortalité féminine	104
Une mortalité et une fréquence des hospitalisations proches de la moyenne nationale, et une incidence des ALD inférieure	104
3.3.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 25 ET 49 ANS	105
Émergence des cancers, principalement cancer du sein chez les femmes, et cancers des VADS et du poumon chez les hommes	106
Les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète commencent à peser dans la morbidité, notamment chez les hommes	107
Les troubles mentaux et du comportement restent fréquents, mais leur nature se transforme	107
La mortalité régionale par suicide, principalement masculine, dépasse de près de 40 % la moyenne nationale	108
Les pathologies directement liées à la consommation d'alcool apparaissent avant 50 ans	108
La grossesse et la maternité occupent une place centrale dans la santé des femmes de 25 à 49 ans	108



3.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ	109
Bien qu'en diminution, la mortalité par accident de la route dépasse toujours la moyenne nationale	109
Les affections ostéoarticulaires, motif fréquent d'hospitalisation des 25-49 ans	109
3.4 LES 50-64 ANS	110
3.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 50-64 ANS	110
Plus d'une personne âgée de 50 à 64 ans sur quatre est en affection de longue durée	110
L'écart hommes-femmes concerne la mortalité mais aussi désormais la morbidité	110
Une mortalité et une incidence des ALD inférieures à la moyenne nationale et une fréquence des hospitalisations qui en est proche	110
3.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 50 ET 64 ANS	111
Le poids des cancers est prépondérant chez les 50-64 ans	112
Les affections cardiovasculaires et le diabète deviennent particulièrement fréquents	113
Les conséquences sur la santé de la consommation de boissons alcoolisées s'amplifient	114
3.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ	114
Troubles mentaux et du comportement, suicides : des enjeux qui perdurent, un poids désormais prépondérant des troubles dépressifs	114
Les accidents de la vie courante sont en cause dans 80 % des décès accidentels	115
Les maladies ostéoarticulaires, second motif d'hospitalisation des 50-64 ans	115
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	117

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les motifs d'admissions en invalidité dans les Pays de la Loire	116
--	-----



3 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 64 ANS

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

La santé de la population ligérienne des 18-64 ans se caractérise, depuis le début des années 2000, par un taux d'admissions en affection de longue durée (ALD) inférieur de 10 % à la moyenne nationale, une mortalité en net recul et inférieure de 2 % à la moyenne nationale, et un taux de personnes hospitalisées en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) proche du taux moyen.

Cette situation régionale favorable en matière d'ALD, et proche de la moyenne nationale en matière de patients hospitalisés, se retrouve chez les jeunes adultes (18-24 ans), les adultes d'âge moyen (25-49 ans) comme chez les actifs vieillissants (50-64 ans). Par contre, en matière de mortalité, ces trois sous-groupes de population connaissent des situations très différentes, avec une situation de surmortalité chez les 18-24 ans, une mortalité proche de la moyenne nationale chez les 25-49 ans et une situation de sous-mortalité chez les 50-64 ans.

L'amplification de la surmortalité des hommes par rapport aux femmes constitue l'une des caractéristiques essentielles de la santé des 18-64 ans. Le ratio de surmortalité masculine est supérieur à 2 dans toute cette classe d'âge et dépasse même 3 entre 18 et 24 ans.

300 000 Ligériens sont actuellement âgés de 18-24 ans et leur nombre devrait croître de 1 % par an d'ici 2027. Les accidents de la route et les suicides, notamment chez les hommes, ainsi que les troubles mentaux et du comportement, constituent les principaux enjeux d'état de santé des Ligériens de cette classe d'âge. À ces enjeux majeurs en termes d'état de santé des 18-24 ans, s'ajoutent ceux non moins importants des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis.

Les accidents, et notamment les accidents de la route sont en cause dans près de la moitié des décès des jeunes et représentent également une source importante de morbidité grave et de handicap. La situation des Pays de la Loire dans ce domaine apparaît particulièrement défavorable par rapport à celle des autres régions, comme en témoigne la mortalité par accident de la route des 18-24 ans qui dépasse de 30 % la moyenne nationale, et le taux de personnes hospitalisées pour traumatisme, supérieur de 25 % à cette moyenne.

Pour les suicides, une surmortalité régionale encore plus marquée (+ 49 %) est observée, prolongeant le constat préoccupant porté à ce propos pour les 15-17 ans.

Cette situation ne tend pas à s'améliorer, et on assiste même depuis le milieu des années 2000 à une dégradation relative de la mortalité régionale des 18-24 ans, qui reste stable, alors que la moyenne nationale s'améliore. Globalement, la surmortalité des jeunes ligériens atteint actuellement 17 %, mais celle-ci n'est observée que pour les hommes, seuls concernés par la plus grande fréquence des décès par accident de la circulation et par suicide.

C'est ainsi dans cette classe d'âge que l'écart de mortalité entre les hommes et les femmes est maximum, avec un ratio de surmortalité qui atteint 3,3 (2,9 en France).

Cet enjeu en matière d'accidents, sources de mortalité et de morbidité évitables, ne concerne pas seulement les 18-24 ans. Il se retrouve avec une moindre ampleur chez les 25-49 ans, puis à nouveau de façon plus importante, notamment en termes de mortalité, chez les 50-64 ans. Mais l'accidentologie se transforme avec l'âge : si les accidents de la route sont prépondérants chez les plus jeunes, les accidents de la vie courante voient ensuite leur poids relatif augmenter et passent au premier plan chez les 50-64 ans.

Les suicides voient par contre leur fréquence augmenter de façon régulière entre 18 et 64 ans, même si leur poids relatif dans la mortalité diminue, en lien avec la croissance des décès liés aux maladies chroniques.

Les troubles mentaux et du comportement constituent l'autre grand enjeu de la santé des 18-24 ans. Représentant 33 % des admissions en ALD entre 20 et 24 ans, ils sont au premier plan des maladies graves dans cette classe d'âge. S'ajoutent en effet aux troubles du fonctionnement mental, du développement et du comportement qui ont émergé dans l'enfance ou l'adolescence, les troubles psychotiques et notamment la schizophrénie, qui se déclarent le plus souvent entre 15 et 25 ans.

Les troubles mentaux et du comportement continuent de peser de façon importante et même légèrement croissante dans la morbidité des 25-49 ans et des 50-64 ans, avec l'augmentation de la fréquence des troubles de l'humeur, et notamment des épisodes dépressifs qui deviennent prépondérants chez les 50-64 ans.

Les consommations de substances psychoactives constituent un enjeu de prévention essentiel chez les jeunes adultes. C'est en effet chez les 18-24 ans que les conduites d'alcoolisation massive et les ivresses sont les plus fréquentes, que l'usage du cannabis est le plus répandu, et entre 18 et 35 ans que le tabagisme quotidien est le plus fréquent. Ces consommations de substances psychoactives, qui peuvent parfois constituer des manifestations de mal-être ou de détresse psychologique, sont susceptibles d'impacter la santé des 18-24 ans à court terme. Ainsi, la consommation d'alcool lève l'inhibition et favorise donc la prise de risque, les comportements violents ou délictueux mais aussi le passage à l'acte suicidaire. Une part non négligeable des accidents de toutes natures est ainsi due à l'alcool. Ce produit est notamment en cause dans près d'un tiers des accidents mortels de la circulation. Le cannabis majore également le risque d'accident de la circulation, particulièrement en association avec l'alcool.



Par ailleurs, chez certains jeunes, ces consommations risquent de se pérenniser et de devenir addictives. Le tabac et l'alcool constituent en outre des facteurs de risque majeurs de certaines pathologies, qui vont émerger de façon significative dans la population dès la classe d'âge des 25-49 ans.

Dans ce domaine, il n'existe à ce jour aucune tendance régionale à la baisse qui pourrait laisser présager d'une amélioration de la situation. Il faut toutefois souligner que toute amélioration des comportements dans ce domaine aurait un impact rapide sur la surmortalité des jeunes de la région.

Les 25-49 ans sont actuellement 1,2 million dans les Pays de la Loire, et ce nombre restera globalement stable d'ici 2027. Outre les risques liés aux accidents, les troubles mentaux et du comportement et les suicides évoqués ci-dessus, cette classe d'âge se caractérise par l'émergence à un niveau de fréquence significatif des pathologies cancéreuses, et chez les hommes des affections cardiovasculaires et du diabète. Chez les femmes de cette classe d'âge, les motifs en lien avec la maternité occupent une place centrale.

Les cancers sont à l'origine de 27 % des décès dans cette classe d'âge (400 par an), et de 20 % des admissions en ALD (plus de 2 000 par an). Si de nombreuses localisations cancéreuses sont concernées, les plus fréquentes sont chez les hommes les voies aérodigestives supérieures (VADS) et le poumon, localisations à forte létalité et dont l'alcool et/ou le tabac constituent les principaux facteurs de risque. Chez les femmes, le poids du cancer du sein est considérable, tant en morbidité qu'en mortalité, et le cancer du poumon représente la deuxième cause de décès féminins par cancer.

Dans cette classe d'âge, la mortalité des hommes par cancer du poumon et des femmes par cancer du sein sont proches de la moyenne nationale, mais celle des hommes par cancer des VADS, dépasse encore aujourd'hui de 29 % cette moyenne, en lien avec les habitudes régionales d'alcoolisation. Pour chacune des différentes principales localisations cancéreuses des hommes et des femmes de 25-49 ans, la mortalité est en recul, sauf celle due au cancer du poumon chez les femmes qui est stable, en lien avec la diffusion des habitudes de consommation tabagique dans la population féminine.

Chez les hommes, les affections cardiovasculaires et le diabète commencent à peser dans la morbidité des 25-49 ans. Pour les affections cardiovasculaires, l'avantage régional en termes de fréquence tend à se réduire, mais pour le diabète, la situation régionale reste encore favorable.

Enfin, les motifs en lien avec la grossesse occupent une place centrale dans la santé des femmes entre 25 et 49 ans, puisque l'âge moyen des mères à la naissance avoisine 30 ans. Ces événements vont ainsi influencer la santé des femmes, mais aussi celle des enfants à naître, de façon directe et indirecte, et à court, moyen et long termes.

La région compte 700 000 personnes de 50 à 64 ans et cette tranche d'âge, désormais constituée majoritairement d'actifs vieillissants, devrait croître d'environ 0,4 % par an d'ici 2027. À côté des troubles mentaux et du comportement dont le poids reste important, les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète voient leur part s'accroître considérablement dans la morbidité.

Globalement, ce sont 22 % des personnes de cette classe d'âge qui souffrent d'une maladie chronique et sont en ALD (25 % pour les hommes, 19 % pour les femmes).

Les cancers, premier motif d'admission en ALD chez les 50-64 ans avec 5 700 admissions par an, sont à l'origine d'un décès sur deux dans cette tranche d'âge (2 000 décès). Chez les hommes, les principales localisations restent le poumon et les VADS. S'y ajoute le cancer de la prostate, très fréquent mais à la létalité bien moindre. Chez les femmes, le cancer du sein reste prépondérant, devant le cancer du poumon. Pour ces localisations, la situation de la région est globalement analogue à celle observée en moyenne en France, comme chez les 25-49 ans. Les tendances évolutives sont également comparables, sauf pour le cancer du poumon féminin dont le taux de mortalité est en progression expliquant le non-recul de la mortalité globale par cancer des femmes de cette tranche d'âge.

Les maladies cardiovasculaires et le diabète, pathologies pour lesquelles les facteurs nutritionnels jouent un rôle important, deviennent particulièrement fréquents. Les maladies cardiovasculaires constituent la seconde cause d'admissions en ALD des 50-64 ans (26 % des cas) et de mortalité (12 %). La proportion des Ligériens de cette tranche d'âge en ALD pour diabète atteint 5 %. Les prévalences du surpoids (obésité comprise) et de l'obésité, qui atteignent respectivement 40 et 7 % chez les Ligériens de 35 à 54 ans, donnent la mesure des enjeux dans ce domaine.

Enfin, chez les hommes, les atteintes hépatiques et les troubles mentaux, conséquences directes de la consommation chronique d'alcool, atteignent dans cette classe d'âge un niveau significatif.



Ce chapitre offre un regard global sur la santé des Ligériens âgés de 18 à 64 ans, à partir de l'analyse de données de mortalité et de morbidité issues de différents systèmes d'information médico-administratifs : causes médicales de décès, affections de longue durée (ALD), hospitalisations en court séjour, prises en charge en établissement psychiatrique [1] [2] [3] [4] [5] [6].

Ces sources de données et leurs limites sont décrites dans ce rapport [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] ou sur la page internet www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique. Sont présentés dans une première partie les principaux constats concernant la santé des 18-64 ans, puis ceux-ci sont détaillés pour chacune des classes d'âge : 18-24 ans, 25-49 ans et 50-64 ans.

À la fin de ce chapitre figure une analyse des motifs d'admission en invalidité prononcés pour les assurés relevant du régime général d'assurance maladie.

3.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 18-64 ANS

Les Pays de la Loire comptent actuellement 2,1 millions de personnes âgées de 18 à 64 ans, qui représentent 59 % de la population totale [7]. Le recul de la mortalité générale dans cette classe d'âge au cours de la dernière décennie - le taux standardisé de mortalité des Ligériens âgés de 20 à 64 ans a diminué de 1,7 % par an entre 2001 et 2012 - témoigne d'une amélioration globale de l'état de santé de cette population. En 2012, la mortalité régionale des 18-64 ans est inférieure de 2 % à la moyenne nationale.

En 2014, 83 % des Ligériens âgés de 15 à 64 ans déclarent que leur état de santé est bon ou très bon, 14 % assez bon et 3 % mauvais ou très mauvais.

28 % déclarent avoir une maladie, un problème de santé chronique ou durable, et 19 % se disent limités depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles, à cause d'un problème de santé, dont 6 % fortement. Ces trois indicateurs sont plus favorables dans la région qu'au plan national (respectivement 32 %, 22 % et 6 %) [8], ce qui apparaît cohérent avec les indicateurs objectifs existants dans ce domaine.

Ainsi, l'indice comparatif d'admissions en ALD pour une maladie nécessitant des soins longs et coûteux chez les 20-64 ans est inférieur dans la région de 10 % à la moyenne nationale (sur la période 2012-2014)¹. De façon globale, la part des Ligériens relevant du régime général en ALD, 11,7 %, est inférieure à la moyenne française (12,4 %)².

L'amplification importante du différentiel de mortalité entre hommes et femmes caractérise cette classe d'âge

Le ratio de surmortalité des hommes de la région par rapport aux femmes est supérieur à 2 dans toute cette classe d'âge et dépasse même 3 entre 18 et 24 ans.

Cet écart est plus marqué qu'au plan national, en lien avec la moindre mortalité des femmes de 18-64 ans des Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale (- 9 %), la mortalité régionale des hommes de cette classe d'âge étant proche de celle observée en France.

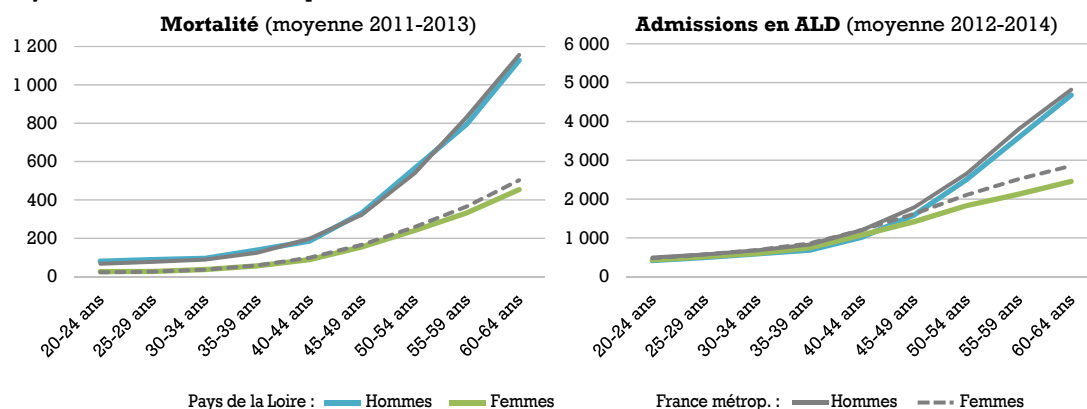
En matière d'admission en ALD, un différentiel hommes-femmes existe également, mais il se forme plus tardivement, autour de 50 ans [Fig1].

¹ Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

² Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig1. Taux de mortalité et d'admissions en ALD selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Trois tranches d'âge se distinguent en termes de situations sociale et familiale, d'habitudes de vie et de problématiques de santé

Entre 18 et 24 ans, la majorité des jeunes terminent leurs études, commencent leur vie professionnelle et acquièrent progressivement leur autonomie. L'environnement social joue un rôle prédominant et les comportements à risque observés à l'adolescence perdurent, voire s'amplifient, chez un certain nombre d'entre eux, notamment chez les hommes.

Les adultes âgés de 25 à 49 ans sont, pour la plupart, engagés dans une vie professionnelle mais aussi familiale, puisque c'est l'âge où l'on devient le plus souvent parent.

Entre 50 et 64 ans, les personnes vivent souvent une période de transition sur le plan personnel, avec notamment le départ des enfants de la cellule familiale. Du fait de l'allongement de la vie active, elles exercent encore dans leur majorité une activité professionnelle. Cette tranche d'âge constitue également une génération pivot qui s'implique vis-à-vis de deux générations, celle de ses parents âgés et celle de ses enfants, à travers un appui financier notamment [9].

3.2 LES JEUNES ADULTES DE 18-24 ANS

3.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 18-24 ANS³

Une population très majoritairement en bonne santé

300 000 jeunes ligériens sont actuellement âgés de 18 à 24 ans et leur nombre devrait dépasser 340 000 en 2027, soit une augmentation de 1 % par an [7] [10]. Cette population est, dans sa très grande majorité, en bonne santé. Les décès dans cette classe d'âge sont relativement rares (environ 150 par an). Certains jeunes sont atteints de maladies graves, mais ces dernières sont encore peu fréquentes. Ainsi, près de 900 jeunes de 20-24 ans sont admis chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie, et globalement, 4 % des personnes relevant du régime général sont, dans cette classe d'âge, en ALD. Cette proportion est équivalente chez les hommes et chez les femmes.

Enfin, environ 35 000 jeunes de 18 à 24 ans, soit 12 %, sont hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année, selon les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) MCO. Si l'on exclut les hospitalisations féminines liées à la grossesse, le taux de personnes hospitalisées est de 9 %.

³ Les données présentées concernent pour les causes médicales de décès actuelles les 18-24 ans, pour l'évolution des causes médicales de décès les 20-24 ans, pour les admissions en ALD les 20-24 ans, et pour les hospitalisations en court séjour les 18-24 ans.



La mortalité masculine des 18-24 ans est plus de 3 fois supérieure à la mortalité féminine

Cette classe d'âge se caractérise par son ratio de surmortalité entre hommes et femmes, plus élevé que pour les adultes plus âgés. Le taux de mortalité masculine y est en effet 3,3 fois supérieur au taux féminin (2,9 fois en France). Ce différentiel n'est pas retrouvé ni pour le taux d'admissions en ALD, ni pour le taux de personnes hospitalisées (hors motifs liés à la grossesse).

Une mortalité supérieure, une incidence des ALD inférieure et une fréquence des hospitalisations proche de la moyenne nationale

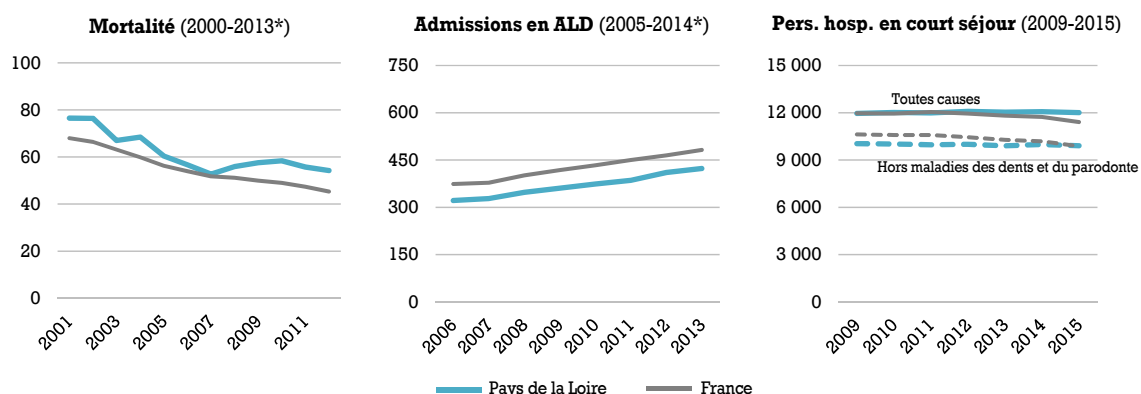
L'analyse du positionnement de la région par rapport à la situation nationale pour les fréquences de décès, d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année, permet d'établir le constat global suivant [Fig2] :

- la mortalité des Ligériens de 18-24 ans est supérieure de 17 % à la moyenne nationale (2012). La situation s'est nettement dégradée depuis le milieu des années 2000, le taux de mortalité générale dans cette classe d'âge étant resté globalement stable dans les Pays de la Loire, alors qu'il diminuait au plan national. La surmortalité régionale ne concerne que les hommes (+ 20 % par rapport à la moyenne nationale), aucun écart n'étant observé chez les femmes. Au sein de la région, trois départements présentent une mortalité plus élevée que la moyenne française : la Loire-Atlantique (+ 25 %), la Mayenne (+ 57 %) et la Vendée (+ 51 %).
- la fréquence des admissions en ALD des jeunes adultes ligériens de 20-24 ans est inférieure de 12 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014, une moindre incidence qui était déjà observée au milieu des années 2000. Au sein de la région, la situation diffère selon les départements : en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire, la fréquence des admissions en ALD est restée inférieure à la moyenne nationale (respectivement - 16 % et - 25 %), alors que dans les autres départements, elle s'en est rapprochée.
- la proportion de Ligériens de 18-24 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) est restée stable entre 2009 et 2015 et relativement proche de la moyenne nationale, autour de 12 % toutes causes confondues, et de 10 % si l'on exclut les affections dentaires (principalement les extractions de dents de sagesse) qui motivent une part importante des hospitalisations dans cette classe d'âge. Au sein de la région, la Sarthe, la Vendée et la Mayenne présentent des taux d'hospitalisation (hors affections dentaires, environ 11 %) plus élevés que la moyenne française, contrairement à la Loire-Atlantique et au Maine-et-Loire, où ils lui sont inférieurs (environ 9,5 %).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD et du PMSI MCO doivent toutefois être considérés avec précaution en raison notamment de leur caractère médico-administratif [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig2. Évolution des taux de mortalité et d'admissions en ALD chez les 20-24 ans, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 18-24 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, * moyenne sur 3 ans

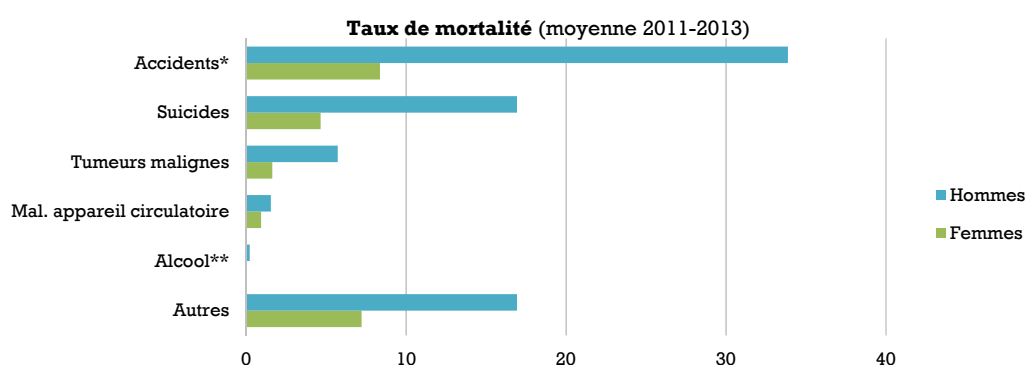


3.2.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 18 ET 24 ANS

L'analyse des principales causes médicales de décès, ainsi que des motifs les plus fréquents d'admissions en ALD et d'hospitalisations, qui figurent dans les trois graphiques, ci-dessous, et la confrontation des résultats ainsi obtenus permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour cette population des 18-24 ans [Fig3].

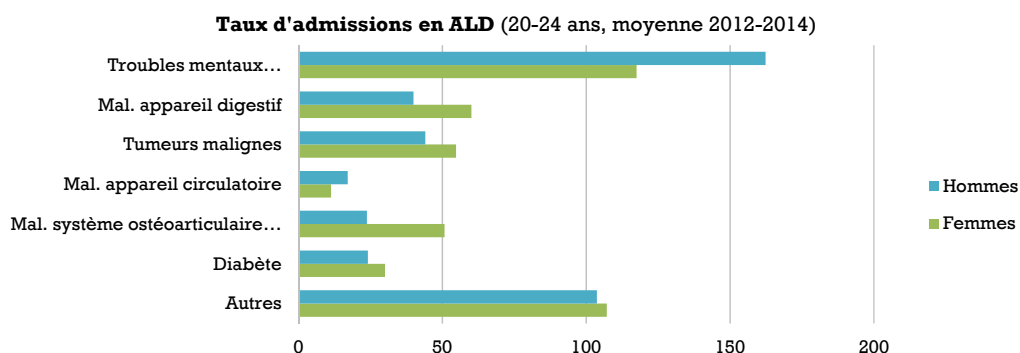
Les conséquences des accidents, les troubles mentaux et du comportement (depuis la détresse psychologique jusqu'aux affections psychiatriques caractérisées), le suicide, la consommation de substances psychoactives et, pour les femmes, les questions en lien avec la grossesse constituent les principaux enjeux de santé des jeunes ligériens âgés de 18 à 24 ans.

Fig3. Taux de mortalité, d'admissions en ALD et d'hospitalisations en court séjour chez les 18-24 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Pays de la Loire

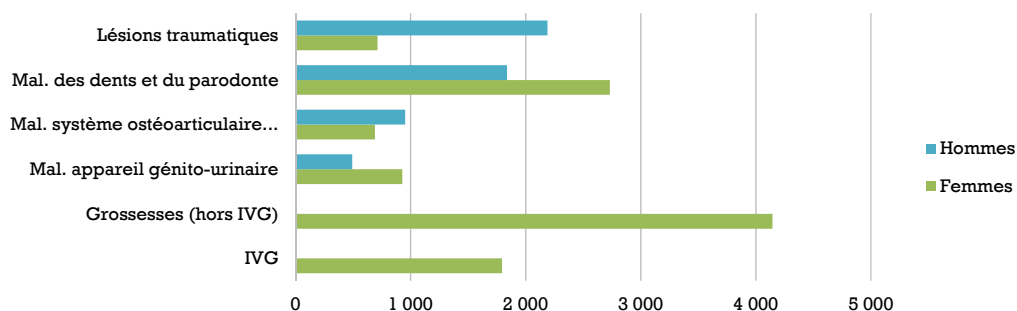


* Accidents de transport et de la vie courante.

** Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme.



Taux de personnes hospitalisées en court séjour (2015)



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000



Accidents de la route : un décès sur trois entre 18 et 24 ans et une surmortalité régionale de 31 %

De par leur mode de vie (activités sportives, alcoolisation, attitudes vis-à-vis du risque), les 18-24 ans sont particulièrement concernés par les accidents dont les conséquences sont de gravité très variable, depuis les lésions bénignes ne nécessitant aucun recours aux soins, jusqu'aux traumatismes lourds exigeant une hospitalisation voire provoquant un décès.

Les accidents constituent ainsi la principale cause de décès entre 18 et 24 ans, avec 64 décès par an dans la population régionale, ce qui représente 44 % des décès de cette classe d'âge. Les trois quarts de ces décès sont dus à un accident de transport, les autres étant liés à un accident de la vie courante.

Les lésions traumatiques, qui sont dans leur grande majorité d'origine accidentelle, constituent par ailleurs un motif fréquent d'hospitalisation : 1,5 % des jeunes ligériens de 18-24 ans ont été hospitalisés en 2015 pour ce motif. La moitié de ces personnes ont été hospitalisées au moins une fois pour fractures, luxations et entorses.

Certains jeunes conserveront de ces accidents des séquelles plus ou moins graves. Concernant les accidents de la circulation, le nombre de blessés qui garderont des séquelles majeures et resteront dans de nombreux cas lourdement handicapé, serait équivalent à celui des décès [11].

Les jeunes hommes, plus enclins à prendre des risques, à repousser les limites, à braver les interdits... sont plus concernés par les accidents que les filles, et leur consommation plus importante d'alcool en constitue l'un des déterminants majeurs [12]. Ainsi, les taux masculins de mortalité par accident et de patients hospitalisés pour lésions traumatiques sont trois à quatre fois plus élevés que les taux féminins.

La mortalité par accident de transport chez les 18-24 ans, en baisse d'environ 7 % par an dans la région comme en France entre 2001 et 2012, reste supérieure de 31 % au taux national (+ 25 % chez les hommes). Les accidents de transport expliquent à eux seuls la moitié de la surmortalité générale régionale observée pour l'ensemble des causes de décès dans cette classe d'âge.

Le taux de Ligériens de 18-24 ans hospitalisés pour lésions traumatiques dépasse de + 25 % la moyenne nationale en 2015.

Les troubles mentaux et du comportement, autre grand enjeu de la santé des 18-24 ans

La détresse psychologique des jeunes, en réponse aux situations éprouvantes ou aux difficultés existentielles peut se traduire de façons très diverses. Les principales manifestations en sont les états dépressifs, les conduites addictives, les conduites suicidaires, les prises de risque et les accidents, les comportements agressifs et violents. Il existe toutefois des spécificités très fortes selon le sexe. Chez les garçons, on se situe plutôt du côté de l'agi, avec des prises de risque dans différents domaines (addiction, conduite de véhicule, vie sexuelle), des violences contre autrui ou contre soi-même, ces comportements étant en outre souvent liés entre eux. Chez les filles, il s'agit plutôt de mal-être, de troubles dépressifs plus ou moins caractérisés, d'idées ou de tentatives de suicide. La gravité de ces situations réside dans leur durée, leur répétition, leur cumul, qui traduit leur fixation pathologique et risque de désorganiser la trajectoire d'insertion du jeune et de le faire basculer dans des états pathologiques plus lourds.

Les troubles mentaux et du comportement sont au premier plan des maladies graves entre 20 et 24 ans, constituant, avec 300 nouveaux cas chaque année, le principal motif d'admission en ALD (33 %) [Fig3]. Les psychoses et notamment la schizophrénie, pathologie qui se déclare le plus souvent entre 15 et 25 ans, sont les plus fréquemment à l'origine des admissions pour troubles mentaux (31 %). Celles-ci concernent le plus souvent les jeunes hommes avec un taux d'admissions en ALD trois fois plus élevé que pour les femmes.

Par rapport à la moyenne nationale, la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement des jeunes adultes des Pays de la Loire est inférieure de 15 % en 2013. Cette moindre fréquence, déjà observée au milieu des années 2000, se retrouve au niveau de leur taux de prise en charge en établissement ayant une autorisation de soins en psychiatrie, également plus faible que la moyenne nationale.

L'analyse en termes de prévalence, c'est-à-dire de la répartition de l'ensemble des ALD pour troubles mentaux et du comportement et non des seules admissions annuelles, offre un regard un peu différent sur les troubles



dont souffrent les jeunes de cette classe d'âge⁴. Elle montre que dans 32 % des cas, il s'agit d'un retard mental, de *troubles du développement psychologique*, ou de *troubles du comportement ou émotionnels apparaissant habituellement pendant l'enfance et l'adolescence*. Dans 23 % des cas, il s'agit de psychoses et dans 21 % de *troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte*.

Une mortalité par suicide en recul chez les 18-24 ans mais qui reste supérieure de 49 % à la moyenne nationale

Les suicides constituent, après les accidents, la deuxième cause de mortalité des 18-24 ans (22 % des décès). Comme aux autres âges de la vie, les jeunes hommes sont plus souvent concernés, avec un taux de mortalité par suicide quatre fois plus élevé que celui des femmes.

Les tentatives de suicide sont en revanche plus souvent rapportées par les jeunes femmes de cette classe d'âge. Selon le Baromètre santé jeunes régional 2010, 5 % d'entre elles déclarent avoir déjà tenté de se suicider (au cours de la vie) contre 3 % des jeunes hommes [13].

Le taux régional de mortalité par suicide des 18-24 ans, en baisse de 1 à 2 % par an entre 2001 et 2012, est actuellement supérieur de 49 % à la moyenne nationale. Cette surmortalité régionale par suicide s'observe chez les hommes comme chez les femmes de cette tranche d'âge (respectivement + 52 % et + 34 %). Les suicides expliquent pour moitié la surmortalité générale régionale observée pour l'ensemble des causes de décès dans cette classe d'âge, l'autre moitié étant liée aux accidents de transport.

Les 18-24 ans, tranche d'âge la plus concernée par l'usage de substances psychoactives

C'est dans la tranche d'âge des 18-24 ans que les conduites d'alcoolisation massive, le tabagisme quotidien, et l'usage de cannabis sont les plus répandus.

Ces consommations sont susceptibles tout d'abord d'impacter la santé des jeunes à court terme. Consommé en grande quantité, l'alcool peut en effet provoquer un coma, engageant le pronostic vital. Ainsi, 840 Ligériens âgés de 18 à 24 ans, dont les trois quarts étaient des hommes, ont été hospitalisés en 2015 pour un état en lien avec une intoxication éthylique aiguë (IEA) en service de court séjour. 6 % d'entre eux ont présenté des complications sévères ; ont été notifiés pour leur séjour, un coma, des soins de réanimation, des soins intensifs ou de surveillance continue.

Par ailleurs, en levant l'inhibition, la consommation d'alcool favorise la prise de risque, les accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...), les comportements violents ou délictueux, mais aussi le passage à l'acte suicidaire. Ce produit est notamment en cause dans près d'un tiers des accidents mortels de la circulation. Le cannabis majore également le risque d'accident de la circulation et constituerait un facteur de risque de schizophrénie chez des personnes présentant une certaine vulnérabilité [14] [15].

Chez certains jeunes, et d'autant plus qu'elles ont été plus précoces, les consommations de substances psychoactives peuvent se pérenniser et conduire à une addiction, influençant ainsi la santé à moyen et long termes. Le tabac et l'alcool constituent notamment des facteurs de risque majeurs dans la survenue de certaines pathologies, qui vont apparaître dès la classe d'âge des 25-49 ans.

Au cours des années récentes, la situation relative aux consommations de substances psychoactives ne s'est pas améliorée dans les Pays de la Loire.

⁴ Dans la mesure où un même individu peut être en ALD pour plusieurs pathologies et que les admissions sont prononcées pour plusieurs années, il ne peut être calculé de prévalence c'est-à-dire de fréquence des ALD dans la population.



Les motifs en lien avec la grossesse, première cause d'hospitalisation des femmes de 18-24 ans

Les motifs en lien avec la grossesse représentent la première cause de recours aux soins hospitaliers des femmes de 18-24 ans (40 % des patientes hospitalisées au moins une fois en 2015 dans les Pays de la Loire).

4,4 % des femmes âgées de 18-24 ans de la région ont été hospitalisées en 2015 pour un motif directement lié à la grossesse, l'accouchement, ou la puerpéralité, et 1,6 % pour une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Avec 2 600 IVG réalisées chez les jeunes femmes de 18-24 ans des Pays de la Loire en 2015, les taux de recours régionaux (1,4 % chez les 18-19 ans, 2,0 % chez les 20-24 ans) restent, comme les années précédentes, plus faibles qu'au plan national (respectivement 1,7 et 2,2 %) [16]. Le recours à l'IVG n'est pas spécifique à cette tranche d'âge, mais c'est entre 20 et 24 ans que le taux est le plus élevé.

Alors qu'il est resté stable au plan national, le taux régional de recours à l'IVG des 20-24 ans a augmenté de près de 4 % par an depuis 2009 en lien avec une propension plus importante à interrompre une grossesse lorsque celle-ci est imprévue.

3.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

Les cancers à l'origine chaque année d'environ 100 admissions en ALD de jeunes de 20 à 24 ans

Même s'ils sont nettement moins fréquents que dans les classes d'âge supérieures, environ 100 Ligériens âgés de 20 à 24 ans (46 hommes et 55 femmes) sont admis chaque année, en ALD pour un cancer. Ces pathologies sont à l'origine de 12 % des admissions en ALD de cette classe d'âge. Le taux régional d'admissions en ALD pour cancer chez les 20-24 ans dépasse de 26 % la moyenne nationale sur la période 2012-2014, et cet écart a eu tendance à s'accroître.

La maladie de Hodgkin est la pathologie cancéreuse la plus fréquemment en cause (19 % des admissions en ALD pour cancer).

La mortalité par cancer dans cette classe d'âge reste très faible, ces affections étant globalement à l'origine d'une dizaine de décès chaque année parmi les jeunes ligériens âgés de 18 à 24 ans.

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin affectent la qualité de vie de plusieurs centaines de jeunes ligériens

Les pathologies digestives, et principalement les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI, maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) ont un poids non négligeable dans la morbidité des jeunes. Ces affections se caractérisent par l'inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, liée à une hyperactivité du système immunitaire digestif. Il n'existe pas de traitement curatif de ces maladies, mais les médicaments actuels permettent la plupart du temps un contrôle durable de la maladie et une qualité de vie satisfaisante en dehors des poussées. Ces affections chroniques sont toutefois susceptibles d'altérer de façon importante la qualité de vie des personnes atteintes. Une centaine de jeunes de 20-24 ans sont admis chaque année en ALD pour les formes évolutives de ces affections (40 hommes, 60 femmes), ce qui représente 12 % des admissions de cette classe d'âge. Le taux régional de patients de cet âge admis en ALD pour une MICI est proche du taux national.

Le nombre total de jeunes de la région en ALD pour une MICI dépasse 450, et 260 jeunes adultes de la région ont été hospitalisés pour une affection de ce type en 2015.



3.3 LES ADULTES ÂGÉS DE 25 À 49 ANS

3.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 25-49 ANS

Une période de la vie où émergent avec une relative fréquence les problèmes de santé

Les Pays de la Loire comptent 1,2 million de personnes de 25 à 49 ans et leur nombre restera globalement stable d'ici 2027 [7] [10].

Cette classe d'âge se caractérise par une progression marquée de la fréquence des problèmes de santé graves, comme en témoignent les statistiques des causes médicales de décès et celles relatives aux admissions en affection de longue durée. Les taux de mortalité et d'admissions en ALD y sont en effet 2,1 à 2,5 fois plus élevés que chez les 18-24 ans.

1 400 décès surviennent chaque année parmi les Ligériens 25 et 49 ans, ce qui correspond à un taux de mortalité de 1,2 pour 1 000 personnes de cette tranche d'âge.

Les maladies graves, nécessitant des soins longs et coûteux, sont à l'origine de plus de 10 000 admissions en ALD chaque année dans cette population, ce qui représente près de 1 % des habitants. Globalement, ce sont 7 % des affiliés du régime général des 25-49 ans qui sont en ALD, cette proportion variant peu selon le sexe.

Enfin, 170 000 adultes de 25-49 ans, soit 15 % de cette tranche d'âge, ont été hospitalisés au moins une fois chaque année en court séjour (MCO). Si l'on exclut les hospitalisations féminines liées à la grossesse, ce taux est de 11 %.

La mortalité masculine des 25-49 ans est 2 fois supérieure à la mortalité féminine

Chez les 25-49 ans, la surmortalité masculine est un peu moins marquée que chez les 18-24 ans. Le taux de mortalité des hommes de cet âge est en effet deux fois supérieur au taux féminin. Ce différentiel hommes-femmes n'est retrouvé ni pour le taux d'admissions en ALD, ni pour le taux de personnes hospitalisées (hors motifs liés à la grossesse).

Une mortalité et une fréquence des hospitalisations proches de la moyenne nationale, et une incidence des ALD inférieure

L'analyse du positionnement de la région par rapport à la situation nationale pour les fréquences de décès, d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année, permet d'établir le constat global suivant [Fig4] :

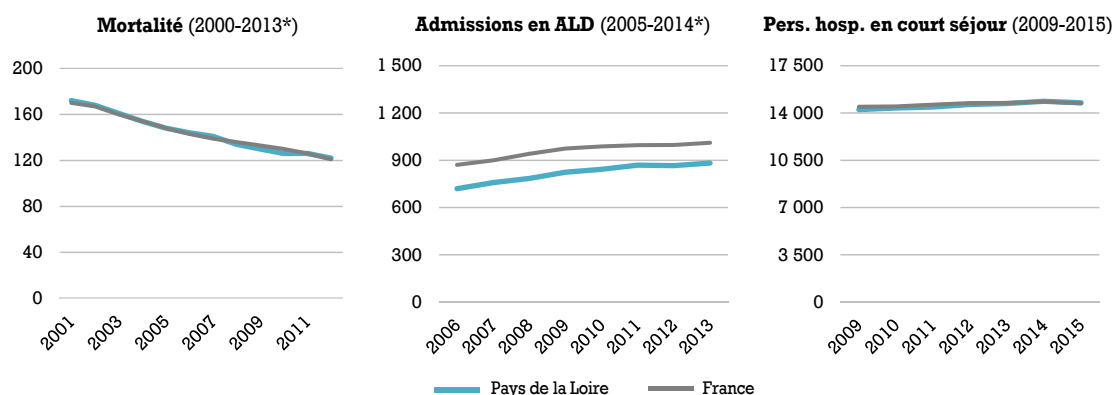
- le taux régional de mortalité des Ligériens de 25-49 ans est resté proche du taux national entre 2001 et 2012, et a connu comme lui une baisse marquée d'environ 3 % par an sur cette période. La situation diffère d'un département à l'autre : la baisse de la mortalité est observée dans les cinq départements des Pays de la Loire, mais la situation reste plus favorable en Maine-et-Loire (- 11 % par rapport à la moyenne nationale en 2012), et défavorable en Sarthe (+ 14 %). La Vendée semble connaître une dégradation de son positionnement ces dernières années, mais ce résultat reste à conforter.
- la fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 25-49 ans est inférieure de 13 % à la moyenne nationale en 2012. Cette sous-incidence se retrouve dans les cinq départements de la région, mais l'écart est moins marqué en Sarthe. Ces situations étaient déjà observées au milieu des années 2000. La fréquence des admissions en ALD a en effet augmenté de façon similaire depuis, dans la région, dans les cinq départements qui la composent et en France métropolitaine.
- la proportion de Ligériens de 25-49 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) est restée relativement stable entre 2009 et 2015, et proche de la moyenne nationale. Ce constat se retrouve dans l'ensemble des départements de la région, excepté en Mayenne, où le taux de personnes hospitalisées devient inférieur de 7 % à la moyenne nationale en 2015.

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent toutefois être considérés avec précaution en raison notamment de leur caractère médico-administratif [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig4. Évolution des taux standardisés de mortalité, d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées en court séjour chez les 25-49 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



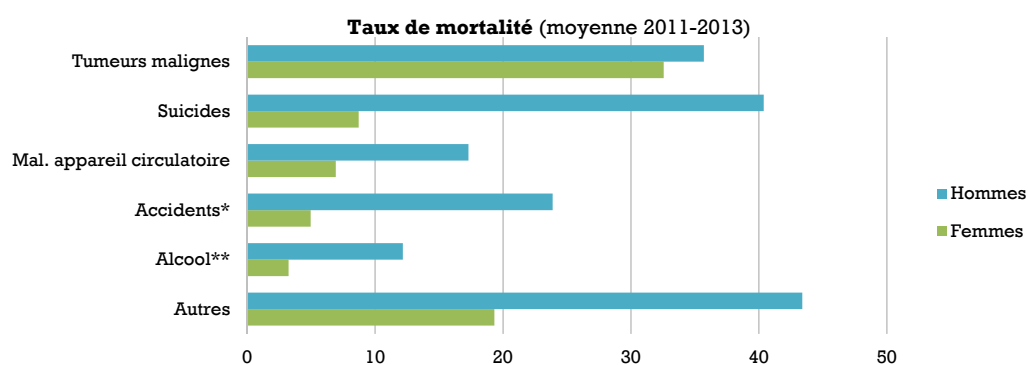
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, * moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

3.3.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 25 ET 49 ANS

L'analyse des principales causes médicales de décès, ainsi que des motifs les plus fréquents d'admissions en ALD et d'hospitalisations qui figurent dans les trois graphiques, ci-dessous, et la confrontation des résultats ainsi obtenus permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour les 25-49 ans [Fig5].

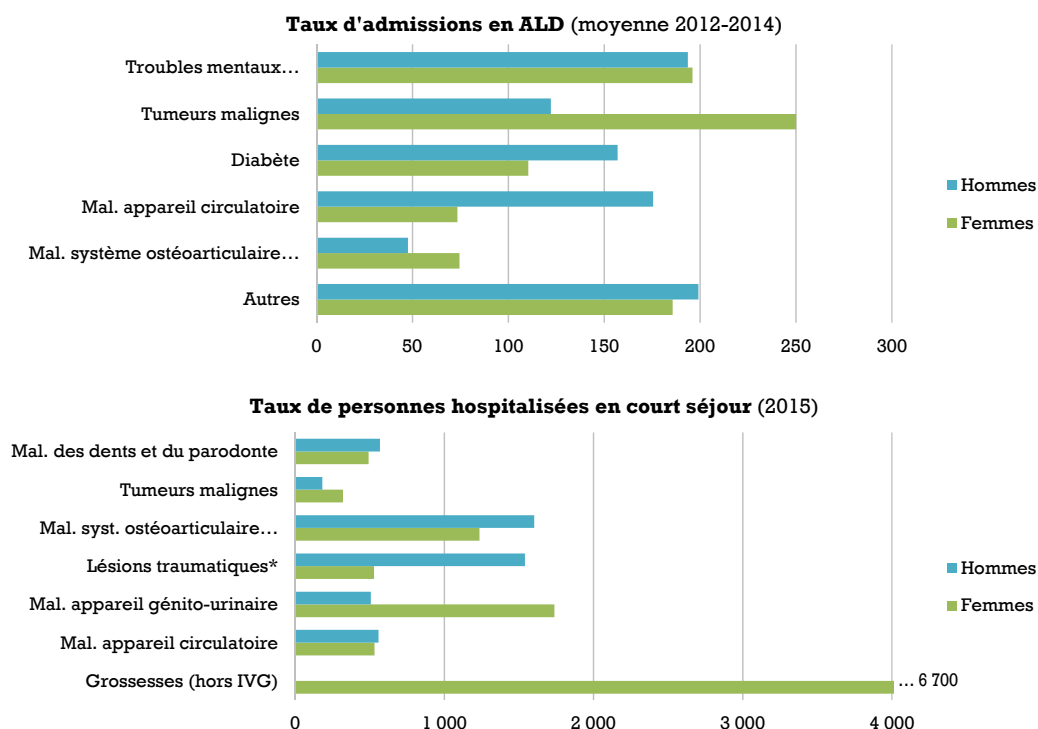
Chez les 25-49 ans, aux principaux enjeux observés chez les 18-24 ans (conséquences des accidents, troubles mentaux et du comportement et suicides et, pour les femmes, problèmes de santé en lien avec la grossesse), s'ajoutent principalement les cancers, ainsi que chez les hommes, les affections cardiovasculaires et le diabète. La consommation d'alcool et de tabac génère dès cette classe d'âge une morbidité non négligeable, en particulier chez les hommes.

Fig5. Taux de mortalité, d'admissions en ALD et d'hospitalisations en court séjour chez les 25-49 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Pays de la Loire



* Accidents de transport et de la vie courante.

** Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme.



* Y compris complications précoces et séquelles.

Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Émergence des cancers, principalement cancer du sein chez les femmes, et cancers des VADS et du poumon chez les hommes

La classe d'âge des 25-49 ans se caractérise par l'émergence à un niveau significatif des pathologies cancéreuses. Avec près de 400 décès par an, les cancers sont à l'origine de 27 % des décès et représentent la première cause de mortalité de cette population.

Ces affections constituent, avec les troubles mentaux et du comportement, l'un des deux premiers motifs d'admissions en ALD dans cette classe d'âge (2 150 admissions chaque année, soit 20 % des admissions en ALD des 25-49 ans).

Par rapport aux hommes de 25-49 ans, les femmes de cette classe d'âge ont une probabilité plus élevée de se voir diagnostiquer un cancer : les taux féminins d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées pour cancer sont deux fois plus élevés que les taux masculins. Par contre, les cancers masculins étant souvent de moins bon pronostic que les cancers féminins, les taux de mortalité par cancer sont globalement proches chez les hommes et chez les femmes.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez les hommes de 25-49 ans sont les voies aérodigestives supérieures⁵ (11 % des admissions en ALD pour cancer) et le poumon (9 %). Ces cancers à forte létalité et dont la consommation de tabac et/ou d'alcool constituent les principaux facteurs de risque, sont en cause dans respectivement 13 et 28 % des décès masculins par cancer de cette classe d'âge.

Chez les femmes de 25-49 ans, le poids du cancer du sein dans la morbidité est considérable : il est à lui seul à l'origine de la moitié des admissions en ALD pour cancer de cette population, et concerne 43 % des femmes hospitalisées au moins une fois en 2015 pour un cancer. Il constitue également la première cause de décès féminins par cancer dans cette classe d'âge (30 %), devant le cancer du poumon (15 %).

La fréquence des cancers dans les Pays de la Loire est globalement proche de la moyenne nationale en termes de mortalité et de morbidité pour la population des 25-49 ans. Si la morbidité incidente globale par cancer

⁵ Lèvres, bouche, larynx, pharynx et œsophage.



(mesurée à travers les admissions en ALD) a augmenté de 1,2 % par an entre 2006 et 2013 dans la région (+1,0 % en France), la mortalité a connu, un recul marqué entre 2001 et 2012, de près de 4 % par an.

Ce constat global diffère selon les localisations. Dans la classe d'âge des 25-49 ans, la mortalité des hommes et des femmes par cancer du poumon, et celle des femmes par cancer du sein, sont proches de la moyenne nationale. Mais la mortalité masculine par cancer des voies aérodigestives supérieures reste supérieure de 29 % à la moyenne nationale. Les constats sont similaires pour les admissions en ALD.

Le recul de la mortalité est observé pour ces trois principales localisations cancéreuses, à l'exception de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes, qui reste stable. À noter, pour le cancer du sein, une augmentation de la morbidité incidente deux fois plus rapide dans la région qu'au plan national.

Les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète commencent à peser dans la morbidité, notamment chez les hommes

À côté des cancers, les maladies cardiovasculaires commencent également à peser dans la morbidité des 25-49 ans. Ces pathologies sont, dans cette tranche d'âge, à l'origine de 10 % des décès (140 par an) et de 14 % des admissions en ALD (1 400 par an).

Les cardiopathies ischémiques (30 % des décès et 42 % des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires), et les maladies cérébrovasculaires (respectivement 23 % et 20 %) sont les plus fréquentes.

Dans cette tranche d'âge, les pathologies cardiovasculaires concernent plus souvent les hommes : les taux masculins d'admissions en ALD et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire sont 2,5 fois plus élevés que les taux féminins.

Pour ces pathologies de l'appareil circulatoire, l'avantage régional en termes de morbidité observé au cours des dernières décennies continue à se réduire. Le taux régional de mortalité baisse en effet moins rapidement qu'en France (respectivement - 3,1 % et - 3,8 % par an entre 2001 et 2012). Il reste inférieur de 8 % à la moyenne nationale, mais l'écart n'est plus statistiquement significatif. La fréquence régionale des admissions en ALD est inférieure de 5 % à la moyenne nationale en 2013, alors que l'écart atteignait 16 % en 2010.

La fréquence du diabète devient également significative chez les 25-49 ans. Cette affection représente alors, avec 15 % des cas, le troisième motif d'admission en ALD (1 500 nouvelles admissions par an) après les troubles mentaux et du comportement, et les cancers. Les hommes de cette tranche d'âge sont plus touchés que les femmes, avec un taux masculin d'admissions en ALD pour diabète 1,4 fois plus élevé que le taux féminin.

Les données de prévalence permettent d'estimer à 10 700 le nombre total de personnes de 25-49 ans en ALD pour diabète (5 900 chez les hommes, 4 800 chez les femmes).

La fréquence des admissions en ALD pour diabète est, dans les Pays de la Loire, inférieure de 22 % à la moyenne nationale. Ce positionnement relatif de la région était déjà observé au milieu des années 2000.

Les troubles mentaux et du comportement restent fréquents, mais leur nature se transforme

Les troubles mentaux et du comportement sont à l'origine, chaque année, de 22 % des admissions en ALD chez les adultes de 25-49 ans (2 200 admissions par an), et représentent, avec les cancers, l'un des deux premiers motifs d'admissions en ALD dans cette classe d'âge.

Ces troubles, qui concernent les hommes aussi souvent que les femmes, voient leur fréquence s'amplifier par rapport à la classe d'âge des 20-24 ans (le taux d'admissions en ALD devient 1,7 fois plus élevé). De plus, entre ces deux tranches d'âge, les pathologies à l'origine de ces admissions en ALD se transforment : la fréquence des admissions pour troubles de l'humeur et celle pour troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont respectivement multipliées par trois et quatre. Les épisodes dépressifs sont ainsi à l'origine de la moitié des admissions pour troubles mentaux et du comportement chez les 25-49 ans (49 % des cas). Viennent ensuite les psychoses (17 %), les troubles spécifiques de la personnalité (14 %), et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (12 %).

L'analyse en termes de prévalence, c'est-à-dire de la répartition de l'ensemble des ALD pour troubles mentaux et du comportement, et non des seules admissions annuelles, offre un regard un peu différent sur les pathologies



mentales dont souffrent les personnes de 25-49 ans⁶. Les psychoses, pathologies qui s'inscrivent dans la durée, et les épisodes dépressifs sont alors les affections les plus fréquentes, avec respectivement 31 % et 29 % des cas. La fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement chez les adultes de 25-49 ans est dans les Pays de la Loire inférieure de 17 % à la moyenne nationale en 2013. Ce positionnement relatif plus favorable était déjà observé au milieu des années 2000, mais l'écart tend à se réduire. La moindre fréquence des prises en charge des Ligériens de 25-49 ans en établissement ayant une autorisation de soins en psychiatrie vient conforter ce constat.

La mortalité régionale par suicide, principalement masculine, dépasse de près de 40 % la moyenne nationale

Les suicides sont à l'origine de 280 décès chaque année parmi les 25-49 ans, et constituent la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge (20 % des décès), après les cancers. Les suicides sont deux fois plus fréquents chez les adultes de 25-49 ans que chez les 18-24 ans et concernent cinq fois plus les hommes que les femmes.

Malgré sa baisse (- 1,7 % par an entre 2001 et 2012), le taux de mortalité régional par suicide des 25-49 ans reste très nettement supérieure à la moyenne nationale (+ 38 %). Cette surmortalité était déjà observée pour les 18-24 ans.

Les pathologies directement liées à la consommation d'alcool apparaissent avant 50 ans

Outre son rôle dans la survenue des accidents et des suicides, la consommation de boissons alcoolisées favorise la survenue de très nombreuses pathologies (cancéreuses, hépatiques, cardiovasculaires, psychiatriques...). Certaines de ces pathologies sont déjà très présentes chez les 25-49 ans, notamment les troubles mentaux liés à l'usage des substances psychoactives et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Les seules pathologies directement liées à la consommation d'alcool⁷, qui ne représentent qu'une faible part de la morbi-mortalité liée à ce produit, sont responsables en moyenne de 90 décès par an chez les 25-49 ans. Cela correspond à un taux de 8 décès pour 100 000 habitants, quatre fois plus élevé chez les hommes (12 pour 100 000) que chez les femmes (3 pour 100 000). Cette mortalité est toutefois en net recul, dans la région comme en France (- 6 % par an sur la période 2001-2012), et se situe à un niveau proche de la moyenne nationale. Ce constat se retrouve dans tous les départements sauf en Sarthe, où la mortalité directement liée à l'alcool dépasse fortement la moyenne nationale chez les hommes (+ 55 %) et plus encore chez les femmes (+ 97 %).

La grossesse et la maternité occupent une place centrale dans la santé des femmes de 25 à 49 ans

La grossesse et la maternité occupent une place centrale dans la santé des femmes entre 25 et 49 ans, puisque l'âge moyen des mères à la naissance avoisine 30 ans, et ce d'autant plus dans la région que la fécondité des femmes y est relativement élevée [17]. Les conditions tant médicales que sociales et psychoaffectives dans lesquelles vont se dérouler ces événements vont influencer de façon directe et indirecte, à court, moyen et long termes, à la fois la santé des femmes et celle des enfants.

Les motifs en lien avec la grossesse représentent la première cause pour laquelle les femmes de 25-49 ans ont recours aux soins hospitaliers. 40 % des patientes ayant été hospitalisées au moins une fois en 2015 dans les Pays de la Loire l'ont été pour l'un d'entre eux. Cette situation était déjà observée chez les femmes de 18-24 ans, mais pour les femmes de 25-49 ans les hospitalisations pour grossesses deviennent prépondérantes par rapport à celles pour IVG. 6,7 % des femmes de cette classe d'âge ont ainsi été hospitalisées en 2015 pour un motif directement lié à la grossesse, l'accouchement, et la puerpéralité et 0,9 % pour une IVG.

⁶ Dans la mesure où un même individu peut être en ALD pour plusieurs pathologies et que les admissions sont prononcées pour plusieurs années, il ne peut être calculé de prévalence c'est-à-dire de fréquence des ALD dans la population.

⁷ Maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.



3.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

Bien qu'en diminution, la mortalité par accident de la route dépasse toujours la moyenne nationale

Chez les 25-49 ans, les accidents sont responsables de 167 décès en moyenne chaque année, ce qui représente 12 % des décès dans cette classe d'âge. Dans la moitié des cas, ces décès font suite à un accident de la vie courante, et dans l'autre moitié des cas à un accident de transport.

En 2015, 1,0 % des Ligériens de 25-49 ans ont été hospitalisés pour lésions traumatiques, d'origine accidentelle le plus souvent, ce qui représente 9 % des personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année (hors hospitalisations féminines liées aux grossesses). 58 % des personnes hospitalisées pour lésions traumatiques l'ont été pour fractures, luxations ou entorses.

Les conséquences des accidents restent donc un enjeu important pour la santé des 25-49 ans, mais de façon moins marquée que chez les 18-24 ans. En effet, par rapport aux 18-24 ans, les 25-49 ans connaissent un moindre taux de mortalité par accident (respectivement 14 vs 21 pour 100 000 habitants, en lien avec la division de la mortalité par accident de la circulation entre ces deux tranches d'âge), et un moindre taux de personnes hospitalisées pour lésions traumatiques (respectivement de 1 et 1,5 %).

Par contre, comme chez les 18-24 ans, les hommes sont plus concernés que les femmes : les taux masculins de mortalité par accident et de personnes hospitalisées pour lésions traumatiques sont ainsi chez les 25-49 ans trois à cinq fois plus élevés que les taux féminins.

Par rapport à la moyenne nationale, les Pays de la Loire présentent en 2012 une surmortalité par accident de transport de 18 %, ceci malgré la baisse importante du taux de mortalité depuis le début des années 2000 (- 6,1 % par an dans la région, - 6,8 % en France). Ce positionnement régional défavorable n'est pas retrouvé pour les décès par accident de la vie courante, dont la fréquence est proche de la moyenne nationale.

En ce qui concerne les hospitalisations pour lésions traumatiques, le taux régional de personnes de 25-49 ans hospitalisées en service de MCO pour ce motif dépasse également de 14 % la moyenne nationale en 2015. Ce taux est en hausse dans la région depuis 2012, alors qu'il connaît une légère baisse au plan national.

Les affections ostéoarticulaires, motif fréquent d'hospitalisation des 25-49 ans

Les affections ostéoarticulaires, des muscles et du tissu conjonctif constituent chez les 25-49 ans l'un des premiers motifs de recours aux soins hospitaliers : 1,4 % des personnes de cette tranche d'âge ont ainsi été hospitalisées en 2015 pour ces motifs, ce qui représente 13 % des personnes de 25-49 ans hospitalisées au moins une fois dans l'année. Ces hospitalisations sont plus fréquentes chez les hommes (1,6 %) que chez les femmes (1,2 %).

22 % des personnes hospitalisées au moins une fois en 2015 pour un problème ostéoarticulaire l'ont été pour lésions internes du genou. Ces atteintes, trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, concernent principalement les ménisques et les ligaments et sont souvent consécutives à un traumatisme, notamment sportif. Viennent ensuite les atteintes des disques intervertébraux, qui concernent 10 % des personnes hospitalisées au moins une fois en 2015 pour un problème ostéoarticulaire.

Dans les Pays de la Loire, le taux de personnes hospitalisées pour une maladie du système ostéoarticulaire chez les adultes de 25-49 ans dépasse de 11 % la moyenne nationale en 2015. Cette fréquence connaît une hausse depuis 2009 dans la région, quatre fois plus marquée qu'au plan national.



3.4 LES 50-64 ANS

3.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 50-64 ANS

Plus d'une personne âgée de 50 à 64 ans sur quatre est en affection de longue durée

La région compte 700 000 personnes de 50 à 64 ans et dans cette tranche d'âge, qui devrait croître d'environ 0,4 % par an d'ici 2027 pour atteindre 740 000 [7] [10], les problèmes de santé graves deviennent fréquents.

Globalement, 22 % des personnes du régime général de cette classe d'âge souffrent d'une maladie chronique et sont en affection de longue durée en raison des soins longs et coûteux qu'elle nécessite.

Chaque année, 20 000 admissions en ALD sont prononcées pour des personnes de cette classe d'âge ce qui représente près de 3 % de la population, taux trois fois plus élevé que pour les 25-49 ans.

130 000 adultes de 50 à 64 ans, soit 18 % de la population de cette tranche d'âge, sont hospitalisés au moins une fois chaque année (11 % hors grossesses chez les 25-49 ans).

Enfin, le nombre annuel de décès parmi les 50-64 ans dépasse 4 000. Cela correspond à un taux de mortalité de 580 décès pour 100 000 habitants, cinq fois plus élevé que chez les 25-49 ans.

L'écart hommes-femmes concerne la mortalité mais aussi désormais la morbidité

La surmortalité masculine reste marquée chez les 50-64 ans (le taux de mortalité des hommes est deux fois plus élevé que le taux féminin), comme chez les 25-49 ans. Mais une différence nette entre les deux sexes s'installe aussi pour la fréquence des admissions en affection de longue durée, différence qui va ensuite perdurer dans les classes d'âge supérieures. D'où dès cette classe d'âge, une proportion de personnes en ALD est nettement plus élevée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (19%).

Une mortalité et une incidence des ALD inférieures à la moyenne nationale et une fréquence des hospitalisations qui en est proche

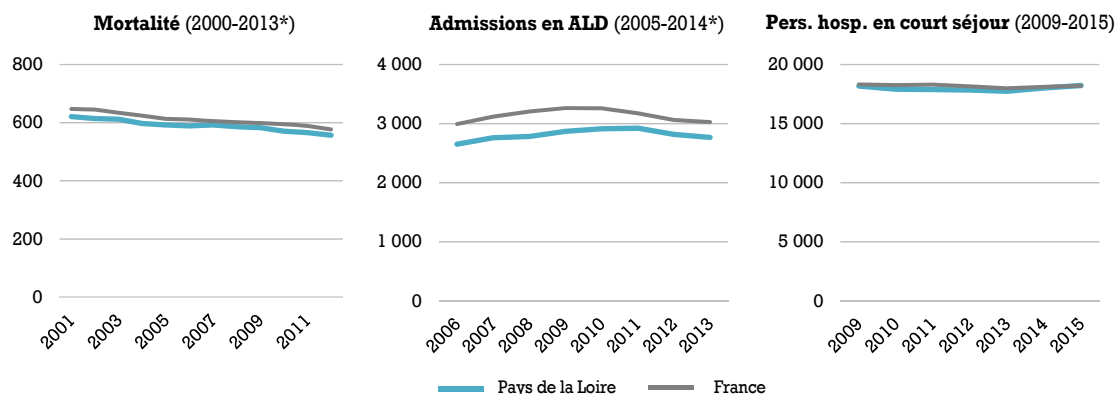
L'analyse du positionnement de la région par rapport à la situation nationale pour les fréquences de décès, d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année, permet d'établir le constat global suivant [Fig6] :

- le taux régional de mortalité des 50-64 ans est resté inférieur au taux national entre 2001 et 2012 (- 4 % en 2012), et a connu une baisse d'environ 1 % par an sur la période. Au sein de la région, cette sous-mortalité est retrouvée de façon significative en Maine-et-Loire (- 10 %), en Mayenne (- 7 %) et en Vendée (- 5 %). Dans les deux autres départements, la situation est proche de la moyenne nationale.
- la fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 50-64 ans est, dans les Pays de la Loire, inférieure de 8 % à la moyenne nationale en 2013. Cette moindre fréquence s'observe dans les cinq départements de la région, avec un écart particulièrement marqué en Maine-et-Loire (- 17 %) et en Mayenne (- 16 %). Cette situation de sous-incidence régionale était déjà observée au milieu des années 2000, la fréquence des admissions en ALD ayant connu une évolution similaire dans la région et en France métropolitaine. Celle-ci doit toutefois être analysée avec prudence, en raison de la nature médico-administrative des données d'ALD [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. La rupture de série observée en 2012 peut être rapprochée de la suppression en juin 2011 de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD, ce qui ne permet plus d'admissions pour cette pathologie, qui concerne un grand nombre de personnes.
- la proportion de Ligériens de 50-64 ans hospitalisés en 2015 en court séjour (MCO) est restée relativement stable entre 2009 et 2015, et proche de la moyenne nationale. Au sein de la région, cette situation est retrouvée dans tous les départements exceptés en Mayenne (- 9 %). Ces résultats doivent être considérés avec précaution car l'analyse des données du PMSI présente certaines limites [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig6. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD et de personnes hospitalisées en court séjour chez les 50-64 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, * moyenne sur 3 ans

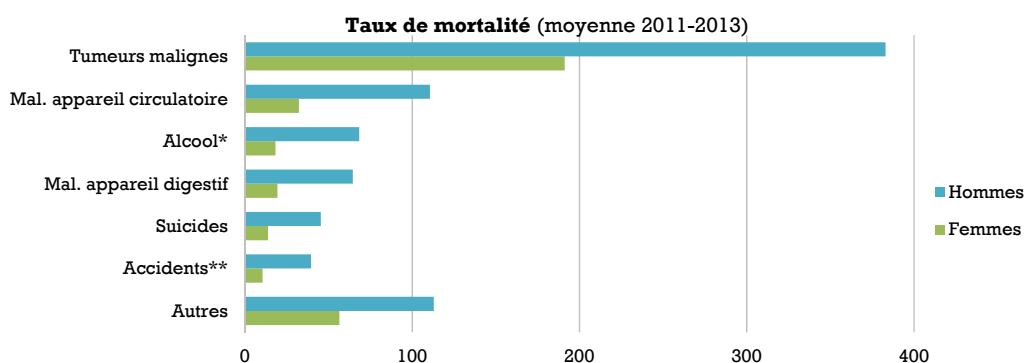
3.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ ENTRE 50 ET 64 ANS

L'analyse des principales causes médicales de décès, ainsi que des motifs les plus fréquents d'admissions en ALD et d'hospitalisations qui figurent dans les trois graphiques, ci-dessous, et la confrontation des résultats ainsi obtenus permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour cette population des 50-64 ans [Fig7].

Entre 50 et 64 ans, à côté des troubles de santé mentale et du comportement et du suicide dont l'importance perdure, le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète voient leur poids dans la morbidité devenir prépondérant. En outre, l'impact des conséquences sur la santé des consommations d'alcool et de tabac s'amplifie.

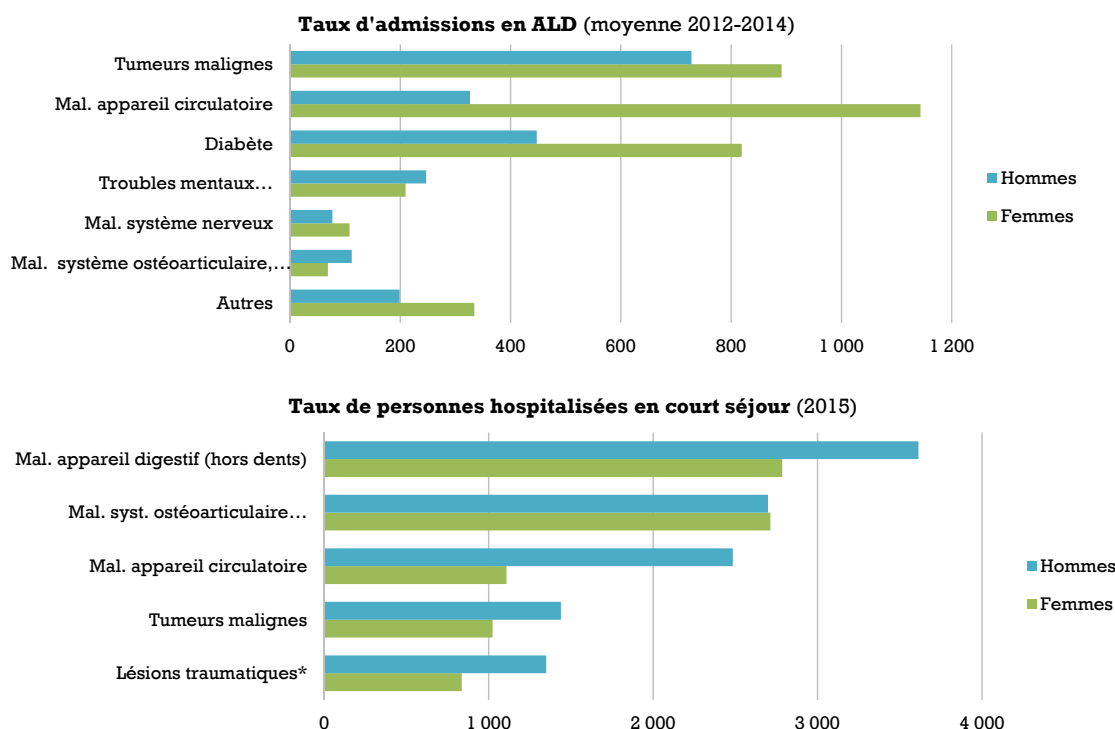
Fig7. Taux de mortalité, d'admissions en ALD et d'hospitalisations en court séjour chez les 50-64 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

Pays de la Loire



* Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme.

** Accidents de transport et de la vie courante.



* Y compris complications précoces et séquelles.

Hospit Tumeurs bénignes : 2041 Hom ; 1690 Fem pour 100 000

Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000

Le poids des cancers est prépondérant chez les 50-64 ans

Le poids des affections cancéreuses dans la mortalité des 50-64 ans devient très important : le taux annuel de mortalité pour ces affections est dans cette classe d'âge huit fois plus élevé que chez les 25-49 ans, et le taux annuel d'admissions en ALD, quatre fois. Les cancers provoquent le décès de 2 000 Ligériens de 50-64 ans chaque année, ce qui représente un décès sur deux dans cette tranche d'âge. Ces affections sont à l'origine de 5 700 admissions en ALD par an, et constituent le premier motif d'admissions en ALD dans cette population (28 % des cas).

Les taux d'admissions en ALD pour cancer des 50-64 ans sont proches chez les hommes et chez les femmes, mais les taux de mortalité masculins sont deux fois plus élevés que les taux féminins. Cette situation résulte du fait que les cancers masculins sont globalement de moins bon pronostic que les cancers féminins.

Les principales localisations sont, chez les hommes de cette classe d'âge comme chez les plus jeunes, le poumon (33 % des décès par cancer et 14 % des admissions en ALD) et les voies aérodigestives supérieures (respectivement 14 %, 13 %). Ces cancers, dont la consommation de tabac et/ou d'alcool constituent les principaux facteurs de risque, sont de mauvais pronostic. S'y ajoute le cancer de la prostate, à la létalité moindre, mais très fréquent (3 % des décès par cancer, et 25 % des admissions en ALD), puis le cancer du côlon-rectum (respectivement 8 et 10 %).

Chez les femmes de 50-64 ans, le cancer du sein reste prépondérant et est à l'origine de 47 % des admissions en ALD pour cancer et constitue le diagnostic principal de 34 % des femmes hospitalisées pour cancers en 2015. Cette localisation représente également la première cause de mortalité féminine par cancer (24 % des décès), devant le cancer du poumon (19 %). Le cancer du côlon-rectum représente 9 % des décès par cancer et 8 % des admissions en ALD.



La situation de la région par rapport à la moyenne nationale est analogue à celle observée chez les 25-49 ans. Ainsi, de façon globale, la fréquence des cancers dans la population des 50-64 ans des Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale en termes de mortalité et de morbidité, mais la situation diffère selon les localisations. Chez les hommes de cette classe d'âge, la région occupe une position proche de la moyenne nationale pour le cancer du poumon. Pour le cancer des VADS, la mortalité dépasse de 11 % cette moyenne, et le constat est analogue pour les admissions en ALD. Enfin, le taux d'admissions en ALD pour cancer de la prostate dépasse de 14 % la moyenne nationale.

Chez les femmes de 50-64 ans, les taux de mortalité et d'admissions en ALD sont, pour le cancer du sein, proches de la moyenne nationale, comme chez les femmes plus jeunes. Concernant le cancer du poumon féminin, le taux régional de mortalité est inférieur de 18 % à la moyenne nationale, et ce constat se retrouve pour les admissions en ALD.

Entre 2001 et 2012, la mortalité par cancer a, de façon globale, diminué d'environ 1 % par an dans les Pays de la Loire comme au plan national et cette baisse se retrouve pour le taux d'admissions en ALD entre 2006 et 2013. Chez les hommes, le recul de la mortalité globale par cancer atteint - 1,7 % par an, baisse qui se retrouve pour les principales localisations cancéreuses. Chez les femmes, la mortalité par cancer du sein est également en baisse de plus de 2 % par an, mais la mortalité par cancer du poumon connaît une hausse marquée (+ 6 % par an dans la région et en France entre 2001 et 2012) qui explique le non-recul de la mortalité globale par cancer des femmes de cette tranche d'âge.

Les affections cardiovasculaires et le diabète deviennent particulièrement fréquents

Les maladies de l'appareil circulatoire voient également leur fréquence augmenter fortement chez les 50-64 ans, avec des taux de mortalité et d'admissions en ALD six fois plus élevés que chez les 25-49 ans. Ces affections sont à l'origine de près de 500 décès en moyenne chaque année dans cette classe d'âge, et de 5 100 admissions en ALD. Elles constituent ainsi chez les 50-64 ans la deuxième cause de mortalité (12 % des décès) et d'admissions en ALD (26 % des cas).

Les cardiopathies ischémiques (37 % des décès et 40 % des admissions en ALD liés aux maladies cardiovasculaires), et les maladies cérébrovasculaires (21 %, 15 %) sont les plus fréquemment en cause.

Les hommes sont, chez les 50-64 ans comme chez 25-49 ans, nettement plus concernés par ces problèmes de santé. Les taux masculins de mortalité et d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires sont ainsi trois fois plus élevés que les taux féminins.

Le taux régional de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire des 50-64 ans est inférieur de 15 % au taux moyen national en 2012, et a connu comme lui une diminution de - 2,7 % par an sur la décennie. Cet écart région/France n'est pas retrouvé en termes de morbidité (taux d'admissions en ALD inférieur de - 3 % à la moyenne en France en 2013), contrairement au milieu des années 2000. L'évolution du taux d'admissions en ALD a en effet été moins favorable dans la région.

Le diabète connaît, comme les maladies cardiovasculaires une forte augmentation de sa fréquence chez les 50-64 ans avec un taux d'admissions en ALD cinq fois plus élevé que chez les 25-49 ans. Cette pathologie constitue le motif d'admission en ALD de 4 400 personnes de 50-64 ans chaque année, et représente, avec 22 % des cas, la troisième cause d'admissions en ALD dans cette tranche d'âge, après les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Comme pour les maladies cardiovasculaires, le diabète concerne plus souvent les hommes. Le taux masculin d'admissions en ALD est, dans la population des 50-64 ans, deux fois plus élevé que le taux féminin.

Les données de prévalence permettent d'estimer à 38 500, le nombre total de personnes de 50-64 ans en ALD pour diabète (23 600 chez les hommes, 14 900 chez les femmes). Cela représente 5 % de la population de cette tranche d'âge (7 % chez les hommes, 4 % chez les femmes).

Par rapport à la moyenne nationale 2013, la fréquence régionale des admissions en ALD pour diabète dans cette classe d'âge est inférieure de 16 %, une position favorable qui était déjà observée au milieu des années 2000. Mais dans la région comme au plan national, la situation dans ce domaine semble se détériorer, avec un taux régional d'admissions en ALD pour diabète qui augmente d'environ 2 % par an au cours des dernières années.



Cette hausse doit toutefois être considérée avec prudence en raison de la nature des données et des raisons de leur évolution [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Les maladies cardiovasculaires et le diabète sont des pathologies pour lesquelles les facteurs nutritionnels jouent un rôle important voire prépondérant. Les prévalences du surpoids (obésité comprise) qui atteint 40 % chez les 35-54 ans et 58 % chez les 55-75 ans, et de l'obésité, respectivement 7 % et 13 %, donnent la mesure des enjeux dans ce domaine [8].

Les conséquences sur la santé de la consommation de boissons alcoolisées s'amplifient

Les conséquences sur la santé de la consommation de boissons alcoolisées s'amplifient nettement chez les 50-64 ans et atteignent alors un niveau significatif. Pour les seules pathologies directement liées à cette consommation, c'est-à-dire les maladies alcooliques et cirrhose du foie et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool⁸, le taux de mortalité est cinq fois plus élevé dans cette tranche d'âge que chez les 25-49 ans.

Ces pathologies seraient ainsi responsables d'environ 300 décès par an chez les 50-64 ans, et le taux de mortalité est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Entre 2001 et 2012, la mortalité liée aux affections directement liées à l'alcool a reculé d'environ 2 % dans les Pays de la Loire comme en France, mais la situation régionale reste défavorable, avec une surmortalité de 17 %. Cette surmortalité se retrouve en Loire-Atlantique (+ 30 %) et en Sarthe (+ 28 %).

3.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

Troubles mentaux et du comportement, suicides : des enjeux qui perdurent, un poids désormais prépondérant des troubles dépressifs

Les troubles mentaux et du comportement restent un enjeu important pour les 50-64 ans, avec une fréquence des admissions en ALD proche de celle des 25-49 ans. Ces problèmes de santé ont motivé l'admission en ALD de 1 600 personnes de 50-64 ans de la région, ce qui représente 8 % du nombre total des admissions. Ils concernent un peu plus souvent les femmes de cette classe d'âge que les hommes (respectivement 2,5 et 2,1 pour 1 000).

Les épisodes dépressifs représentent le principal motif des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement entre 50 et 64 ans (58 % des cas).

L'analyse de la répartition des ALD offre un regard global sur les pathologies dont souffrent les personnes de 50-64 ans⁹. Elle montre que les épisodes dépressifs concernent 40 % des personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement, les psychoses, 21 %, et les troubles de la personnalité et du comportement, 17 %.

La fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement chez les adultes de 50-64 ans est, dans les Pays de la Loire, inférieure de 19 % à la moyenne nationale en 2013. Ce positionnement relatif plus favorable était déjà observé au milieu des années 2000. Cette moindre fréquence des troubles mentaux dans la région parmi les 50-64 ans se retrouve pour le taux de prise en charge en établissement ayant une autorisation de soins en psychiatrie.

Les suicides sont la cause de 205 décès chaque année chez les 50-64 ans, ce qui représente 5 % des décès dans cette tranche d'âge. Si son poids relatif dans la mortalité est moindre que pour les personnes plus jeunes, cette mort violente reste un enjeu de santé important pour les 50-64 ans, sa fréquence étant 1,2 fois plus élevée que chez les 25-49 ans.

La surmortalité masculine observée avant 50 ans se retrouve chez les 50-64 ans : les suicides concernent ainsi trois fois plus souvent les hommes de cette classe d'âge que les femmes.

⁸ Codes Cim10 : K70, K74.6, F10.

⁹ Dans la mesure où un même individu peut être en ALD pour plusieurs pathologies et que les admissions sont prononcées pour plusieurs années, il ne peut être calculé de prévalence c'est-à-dire de fréquence des ALD dans la population.



La fréquence régionale des décès par suicide de la population des 50-64 ans est comme pour les adultes plus jeunes nettement supérieure à la moyenne nationale. La surmortalité s'élève à 28 % en 2012. Cet écart était déjà observé au début des années 2000. Au cours de cette période, le taux de mortalité par suicide des 50-64 ans est resté stable, dans les Pays de la Loire et en France.

Les accidents de la vie courante sont en cause dans 80 % des décès accidentels

Chez les 50-64 ans, les accidents sont responsables de 174 décès en moyenne chaque année, ce qui représente 4 % des décès dans cette classe d'âge. Il s'agit dans huit cas sur dix d'un décès suite à un accident de la vie courante, la fréquence de ces derniers étant trois fois plus élevée que chez les 25-49 ans.

Les lésions traumatiques, d'origine accidentelle le plus souvent, ont entraîné l'hospitalisation de 1,1 % des adultes de 50-64 ans en 2015, ce qui représente 6 % des personnes de cette tranche d'âge hospitalisées au moins une fois dans l'année. Les diagnostics de ces hospitalisations sont principalement des fractures, des luxations ou des entorses (63 % des cas).

Chez les 50-64 ans, comme pour les tranches d'âge plus jeunes, les décès par accident sont quatre fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cet écart entre les deux sexes est par contre moins marqué pour les recours à l'hospitalisation. Le taux masculin de patients hospitalisés pour lésions traumatiques est en effet 1,6 fois plus élevé que le taux féminin chez les 50-64 ans contre 3 chez les adultes plus jeunes.

Les taux de mortalité par accident de transport et par accident de la vie courante sont, pour les Ligériens de 50-64 ans, proches de ceux observés au plan national. Comme pour celui des 25-49 ans, le taux de mortalité par accident de la circulation des 50-64 ans a été divisé par deux entre 2001 et 2012 dans la région comme en France, ce qui correspond à une diminution d'environ 7 % par an. Le taux de mortalité par accident de la vie courante a baissé de près de 1 % par an sur cette période dans la région alors qu'il restait stable au plan national.

Jusqu'en 2013, la position proche de la moyenne nationale observée pour la mortalité dans la région se retrouvait pour la fréquence des personnes hospitalisées pour lésions traumatiques. Sur la période récente, la situation relative des Pays de la Loire a eu tendance à se dégrader. En 2015, le taux régional de personnes hospitalisées pour lésions traumatiques dépasse de 10 % la moyenne nationale, en raison de son augmentation de 2,9 % par an, alors que le taux national restait stable.

Les maladies ostéoarticulaires, second motif d'hospitalisation des 50-64 ans

Les problèmes ostéoarticulaires constituent chez les 50-64 ans le deuxième motif de recours aux soins hospitaliers. 2,7 % des personnes de cette tranche d'âge ont ainsi été hospitalisées en 2015 pour ces motifs, soit 15 % des personnes de 50-64 ans hospitalisées au moins une fois dans l'année. Dans cette classe d'âge, le taux de personnes hospitalisées pour une maladie du système ostéoarticulaire est similaire chez les hommes et chez les femmes.

Les hospitalisations pour arthroses - du genou et de la hanche notamment - apparaissent massivement entre 50 et 64 ans, avec un taux de personnes hospitalisées pour ce motif multiplié par huit par rapport à celui observé chez les 25-49 ans. Ces pathologies constituent le motif d'hospitalisation pour maladies ostéoarticulaires le plus fréquent (19 % des personnes hospitalisées au moins une fois en 2015 pour une maladie du système ostéoarticulaire). Viennent ensuite les lésions internes du genou (11 %), puis les atteintes des disques intervertébraux (5 %), motifs pour lesquels les taux de personnes de 50-64 ans hospitalisées restent proches de ceux observés chez les 25-49 ans.

Le taux de personnes de 50-64 ans hospitalisées pour une maladie du système ostéoarticulaire dépasse dans les Pays de la Loire de 8 % la moyenne nationale en 2015. Ce positionnement relatif, qui concerne également les adultes plus jeunes (25-49 ans), n'était pas observé au début de la décennie. Il s'explique par une augmentation du taux de personnes hospitalisées pour ce motif deux fois plus marquée dans la région (+ 2,6 % par an entre 2009 et 2015) qu'en France (+ 1,3 %).



ENCADRÉ 1. Les motifs d'admissions en invalidité dans les Pays de la Loire

La survenue d'une maladie ou d'un accident peut entraîner une incapacité de travailler dans des conditions normales, voire une incapacité totale de travailler. Le dispositif d'invalidité couvre ce risque pour les maladies et accidents d'origine non professionnelle. Il consiste en l'attribution par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie d'une pension visant à compenser la diminution ou la perte du revenu d'activité. Le plus souvent, la mise en invalidité intervient en prolongement d'un arrêt maladie de longue durée, lorsque le salarié en fait la demande et que le médecin estime que son état de santé est stabilisé et ne lui permet pas d'exercer comme avant une activité professionnelle. Le médecin-conseil prend ainsi en considération l'état de santé du demandeur mais aussi la catégorie de l'emploi qu'il exerce et la situation de l'emploi dans la région [18]. Lorsque l'état de santé de la personne s'améliore, les personnes sortent de ce dispositif.

Les données présentées dans ce document concernent les assurés du régime général pour lesquels le médecin-conseil a émis un avis favorable au versement d'une pension d'invalidité une année donnée¹⁰.

Par souci de lisibilité, les termes « d'attribution d'une pension d'invalidité » et de « mise en invalidité » ont été utilisés ci-après. Ces données ont été mises à disposition par l'Échelon régional du service médical du régime général, et exploitées par l'Observatoire régional de la santé.

Dans les Pays de la Loire, environ 30 000 assurés du régime général d'assurance maladie perçoivent une pension d'invalidité en 2009, ce qui correspond à environ 2 % de la population protégée.

Sur la période 2011-2015, environ 5 100 salariés du régime général en moyenne chaque année se sont vus ainsi attribuer par les services médicaux une pension d'invalidité dans les Pays de la Loire, en tant que nouveau bénéficiaire ou dans le cadre d'une révision. La fréquence de ces situations croît logiquement avec l'âge, le taux de personnes de 50-59 ans bénéficiaires d'une pension d'invalidité¹¹ étant quatre fois plus élevé que parmi les 25-49 ans, et trente fois plus élevé que parmi les 20-24 ans.

Les causes médicales à l'origine de ces mises en invalidité par les médecins-conseils sont principalement les maladies du système ostéoarticulaire (36 % des cas sur la période 2011-2015) et les troubles psychiatriques (22 %). Viennent ensuite les cancers (11 %), les maladies de l'appareil circulatoire (9 %) et les maladies du système nerveux (6 %). Cette répartition évolue avec l'âge.

Chez les salariés de 20-24 ans, les troubles psychiatriques représentent le principal motif d'attribution d'une pension (37 % des cas). Viennent ensuite les maladies du système ostéoarticulaire (12 %), les maladies du système nerveux (12 %) et les conséquences d'un accident (lésions traumatiques, 10 %).

Le taux de nouveaux bénéficiaires d'une pension pour lésion traumatique augmente avec l'âge - à l'instar de l'ensemble des motifs -, mais sa part par rapport aux autres causes médicales diminue fortement (les lésions traumatiques représentent 3 % des nouvelles attributions chez les 25-49 ans comme chez les 50-59 ans).

Chez les 25-49 ans, les maladies du système ostéoarticulaire, qui connaissent à l'inverse une forte augmentation de leur poids relatif, représentent l'une des principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité, avec les troubles psychiatriques (respectivement 30 % et 31 % des cas). Apparaissent aussi, dans cette classe d'âge de façon significative, les mises en invalidité pour tumeurs malignes (9 % des cas), au même rang que les maladies du système nerveux.

Chez les 50-59 ans, les maladies du système ostéoarticulaire ont un poids prépondérant (39 % des nouvelles attributions), deux fois plus élevé que celui des troubles psychiatriques (17 %). Les problèmes de santé graves, tels que les cancers et les maladies cardiovasculaires, qui deviennent fréquents dans cette tranche d'âge, représentent également une part importante des motifs de mises en invalidité (respectivement 13 %, et 11 %).

Dans la majorité des cas (65%), les salariés de 20-59 ans à qui une pension d'invalidité est attribuée ont été considérés comme « absolument incapables d'exercer une activité quelconque »¹², et dans 35 % des cas comme capables d'avoir une activité en parallèle du bénéfice de la pension. Ces proportions varient peu selon les causes médicales.

¹⁰ Dans certains cas les conditions administratives ne sont pas remplies, et cette pension ne sera pas versée.

¹¹ Le taux de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité rapporte le nombre de mise en invalidité à l'effectif de la population protégée par le régime général d'assurance maladie.

¹² Trois catégories d'invalidité sont définies selon les capacités résiduelles d'activité professionnelle. L'invalidité de catégorie 1 est accordée aux assurés sociaux qui, bien qu'invalides, sont tout de même « capables d'exercer une activité rémunérée ». L'invalidité de catégorie 2 est accordée aux personnes dont l'état de santé les rend « absolument incapables d'exercer une activité quelconque ». L'invalidité de catégorie 3 concerne des personnes « qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » [19].

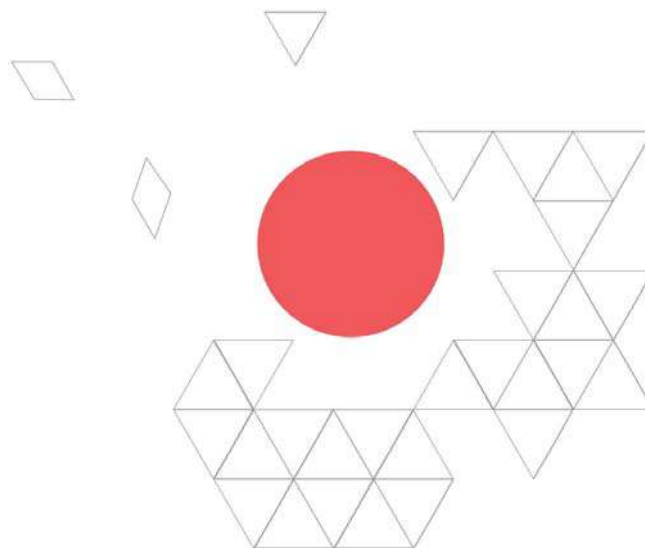


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.
- [8] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [9] CNSA, Eneis Conseil. (2015). Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget. 128 p.
- [10] Insee Pays de la Loire. Projections de population Pays de la Loire 2012-2027. Modèle Omphale.
- [11] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.
- [12] ORS Pays de la Loire. (2015). La consommation d'alcool des jeunes en Loire-Atlantique. 8 p.
- [13] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [14] Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL. (2011). Stupéfiants et accidents mortels (Projet SAM). Analyse épidémiologique. ODFT, IFSTTAR. 166 p.
- [15] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Expertise collective. Les éditions Inserm. 482 p.
- [16] Vilain A. (2016). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*. Drees. n° 968. 6 p.
- [17] ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. 192 p.
- [18] Cnamts. (2001). Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998. Données du Régime général de l'assurance maladie. 57 p.
- [19] Cuerq A, Païta M, Ricordeau P. (2008). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de Repère*. Cnamts. n° 16. 8 p.



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
Santé des personnes âgées de 18 à 64 ans



SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Dr Anne Tallec, Sandrine David, Dr Jean-François Buyck avec la contribution du Pr Gilles Berrut (CHU Nantes)

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	121
4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS	123
4.1.1 ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET À 75 ANS	123
Une espérance de vie à 65 ans proche de la moyenne nationale	123
L'espérance de vie à 65 ans progresse, reflétant le recul de la mortalité des générations âgées	124
Baisse ponctuelle de l'espérance de vie en 2015, en lien principalement avec un excès de mortalité des personnes très âgées	124
4.1.2 MALADIES CHRONIQUES	125
Près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont atteints de maladies chroniques	125
Des situations de multimorbidité et de comorbidité particulièrement fréquentes chez les personnes âgées	125
4.1.3 DES DÉFICIENCES À LA PERTE D'AUTONOMIE	127
64 000 bénéficiaires de l'Apa, soit environ un Ligérien de 75 ans et plus sur six	127
4 % des personnes âgées en Gir 1 et 21 % en Gir 2 vivent à domicile dans la région, contre respectivement 16 et 37 % au plan national	128
Environ 73 000 personnes âgées dépendantes dans la région, soit au moins une personne de plus de 60 ans sur dix	130
À l'horizon 2030, plus de 100 000 personnes âgées seraient dépendantes dans la région	131
4.1.4 UNE POPULATION DONT LA PRISE EN CHARGE MOBILISE FORTEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ	132
Plus d'un quart de l'activité des médecins généralistes libéraux concernant des personnes âgées de 65 ans et plus	132
Le recours aux soins bucco-dentaires recule au-delà de 80 ans, alors que les besoins paraissent importants	133
Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées	134
Près d'un passage aux urgences sur quatre concerne une personne de 65 ans et plus, près d'un sur cinq une personne de 75 ans et plus	136
Un tiers des Ligériens de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, et des taux d'hospitalisations en augmentation	136
Plus de 2 % des plus de 65 ans pris en charge au moins une fois dans l'année en psychiatrie	137
4.2 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 65 À 74 ANS	138
4.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS	138
Une population dont la croissance annuelle d'ici 2027 atteint 3 %	138
38 % des 65-74 ans sont en ALD, 29 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année	138
Une morbi-mortalité environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes	138
Légère sous-mortalité et sous-incidence des ALD, mais un taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année en augmentation et désormais proche de la moyenne nationale	139



4.2.2 PRINCIPALES PATHOLOGIES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS	139
Les cancers : prostate par sa fréquence, poumon par sa gravité, foie par la mauvaise situation régionale chez les hommes, sein par sa fréquence et sa gravité chez les femmes	141
Les affections cardiovasculaires : des maladies très fréquentes notamment chez les hommes, mais une mortalité près de trois fois inférieure à celle des cancers	142
15 % des hommes et 9 % des femmes de 65 à 74 ans en ALD pour diabète	142
4.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS	142
Hernies, arthrose, cataracte : des motifs fréquents d'hospitalisations pour une intervention chirurgicale	142
4.3 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 75 À 89 ANS	143
4.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS	143
Une population en progression d'environ 2 % par an d'ici 2027	143
57 % des personnes âgées de 75-89 ans sont en ALD, 34 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, 5 % décèdent dans l'année	143
Une morbidité 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes	144
Des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, d'admissions en ALD et de mortalité légèrement inférieurs à la moyenne nationale	144
4.3.2 PRINCIPALES AFFECTIONS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS	145
Les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes	146
13 % de la population des 75-89 ans en ALD pour diabète	147
Les cancers : prostate chez les hommes, sein chez les femmes, côlon-rectum pour les deux sexes	147
Les troubles mentaux et du comportement voient leur taux augmenter fortement, en lien notamment avec les démences	148
4.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS	148
Cataracte, hernies inguinales et abdominales, arthrose, fractures du col du fémur sont également des motifs fréquents d'hospitalisations en MCO des personnes de 75-89 ans	148
4.4 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS	149
4.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS	149
Une population dont l'effectif va presque doubler d'ici 2027	149
Les trois quarts des personnes de 90 ans et plus sont en ALD, la moitié sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, près de 20 % décèdent dans l'année	149
Les écarts hommes-femmes se réduisent, notamment en terme de mortalité	150
Des taux d'admissions en ALD inférieurs à la moyenne nationale, des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité proches de cette moyenne	150
4.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ DE LA POPULATION DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS	151
Les maladies de d'appareil circulatoire restent au premier plan	152
Les troubles mentaux, et en particulier les démences, prennent une place importante au-delà de 90 ans	153
Les cancers restent des pathologies fréquentes et graves, mais relativement moins présentes que dans les classes d'âge précédentes	153
Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles, seconde cause d'hospitalisation en MCO des personnes très âgées	153
7 % des Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une maladie de l'appareil respiratoire, pneumopathie infectieuse dans la moitié des cas	154
4.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS	154
Symptômes, occlusion intestinale, cataracte restent des motifs fréquents d'hospitalisation dans cette classe d'âge	154
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	155

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Le syndrome de fragilité	126
ENCADRÉ 2. Entre care et cure	127
ENCADRÉ 3. Éléments concernant le mode de vie et l'habitat des personnes âgées en Pays de la Loire	129
ENCADRÉ 4. Les résultats de l'enquête VQS 2014 chez les Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile	131
ENCADRÉ 5. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire	133
ENCADRÉ 6. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire	134
ENCADRÉ 7. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les infirmiers libéraux des Pays de la Loire	135
ENCADRÉ 8. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire	135
ENCADRÉ 9. Les hospitalisations des personnes âgées vivant en Ehpad	137
ENCADRÉ 10. L'alimentation et la nutrition des personnes âgées	143
ENCADRÉ 11. Les chutes des personnes âgées en Pays de la Loire	149



4 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Au cours de la dernière décennie, l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans et plus a progressé en moyenne de un à deux mois par an, et elle dépasse actuellement dans la région 19 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes. En lien avec cette augmentation, mais aussi avec l'avancée en âge des générations du baby-boom et les migrations en Pays de la Loire à l'âge de la retraite, le nombre de personnes âgées et notamment très âgées devrait continuer à progresser dans les années qui viennent, de même que leur poids dans la population totale. Selon les projections démographiques à l'horizon 2027, l'effectif des Ligériens âgés de 65 ans et plus devrait progresser de plus de 40 % entre 2012 et 2027, leur part dans la population totale passant de 18 à 21 % sur cette période. L'évolution serait encore plus forte pour les personnes très âgées, avec un quasi-doublement des effectifs de personnes de 90 ans et plus. Au-delà de cet horizon, l'augmentation du nombre de personnes très âgées s'accroîtra avec l'arrivée à l'âge de 80 ans entre 2026 et 2054 des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974.

En lien avec l'augmentation de la longévité, les personnes âgées constituent une population de plus en plus hétérogène, les besoins des jeunes retraités n'ayant rien de commun avec ceux des personnes de plus de 85 ou 90 ans. Actuellement, jusqu'à l'âge de 95 ans, la majorité des personnes âgées vivent à domicile. Elles y sont le plus souvent seules au-delà de 80 ans. L'âge moyen d'entrée en institution augmente et avoisine 85 ans au plan national en 2011. En Pays de la Loire, 11 % des personnes de plus de 75 ans vivent en maison de retraite ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ce taux, parmi les plus élevés des régions françaises, est stable depuis 2009 alors que la proportion de personnes dans cette tranche d'âge augmente. Cette tendance à privilégier autant que possible la vie à domicile devrait se poursuivre dans les années qui viennent. Dans ce contexte, l'adaptation des logements aux besoins des personnes vieillissantes, mais aussi des quartiers, des villes, des services, pour qu'ils offrent sécurité et qualité de vie, qu'ils favorisent la mobilité, le lien social, la mixité générationnelle constitue donc un enjeu majeur pour notre société.

Dans la population âgée, les maladies chroniques sont particulièrement fréquentes. Ainsi, près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont actuellement reconnus par l'assurance maladie comme atteints d'une affection de longue durée (ALD) en raison d'une maladie nécessitant un traitement long et coûteux. Cette proportion atteint 59 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus et 74 % chez celles de 90 ans et plus. L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la fréquence des situations de multimorbidité, dont la prise en charge est complexe, avec des exigences en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et des risques en termes d'interactions médicamenteuses.

Les déficiences liées à ces affections chroniques mais aussi au vieillissement peuvent toucher les fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques des individus. De plus en plus fréquentes et associées avec l'âge, elles génèrent progressivement des limitations d'activité et de participation sociale, voire une perte d'autonomie. Actuellement, les Pays de la Loire comptent au moins 75 000 personnes âgées dépendantes, et à l'horizon 2030, ce nombre dépasserait 100 000. D'où l'enjeu du développement de mesures et de dispositifs permettant le repérage des situations de fragilité, afin d'identifier les personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance et susceptibles de bénéficier d'interventions de prévention du déclin fonctionnel et d'une prise en charge adaptée précoce.

La proportion régionale de personnes âgées dépendantes vivant à domicile est nettement plus faible que la moyenne nationale. Ainsi, sur les 64 000 Ligériens bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), 41 % vivent à domicile contre 58 % au plan national. Si l'on considère les personnes les plus dépendantes, en Gir 1 et en Gir 2, respectivement 4 % et 21 % vivent à domicile dans la région, soit des proportions très inférieures à la moyenne nationale (respectivement 13 et 35 %).

Les personnes âgées mobilisent fortement le système de soins, en ville comme dans les établissements de santé. Les professionnels soignants de ville jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées, et leur activité auprès d'elles est essentielle pour limiter le recours aux hospitalisations non programmées, ainsi que pour permettre la vie à domicile. Globalement, 15 % des actes de médecins généralistes libéraux, 23 % des actes de kinésithérapie et 59 % des actes de soins infirmiers concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population régionale.

Par contre, alors que les besoins de soins bucco-dentaires des personnes âgées sont importants, et que les troubles dans ce domaine constituent un facteur de risque de dénutrition et altèrent souvent la vie sociale, le recours aux chirurgiens-dentistes ne progresse pas avec l'âge. De même, la prise en charge de la déficience auditive reste insuffisante, en lien notamment avec des restes à charge élevés.

Enfin, les altérations cognitives des personnes âgées sont largement sous-diagnostiquées et donc insuffisamment prises en charge sur le plan thérapeutique, alors qu'elles sont souvent en cause dans les chutes, la dénutrition, les problèmes sociaux et sont susceptibles de prolonger la durée des séjours hospitaliers.



Les passages aux urgences des personnes âgées sont fréquents, avec un taux de recours qui avoisine 360 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus et 630 pour 1 000 personnes de 90 ans et plus. Le taux d'hospitalisations après ces passages atteint 61 % chez les 75 ans et plus et 67 % au-delà de 90 ans.

Avec ou sans passage aux urgences, 36 % des Ligériens de 75 ans et plus sont hospitalisés en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) au moins une fois dans l'année. Au cours des années récentes, le taux comparatif de personnes âgées hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO a eu tendance à augmenter, témoignant de pratiques de soins de plus en plus actives vis-à-vis de cette population, mais aussi peut-être d'une évolution des prises en charge ambulatoires. Cette augmentation, conjuguée aux effets du vieillissement démographique, induit une augmentation de la part des personnes âgées dans les files actives hospitalières de MCO. Ainsi en 2015, 23 % des séjours et 41 % des journées en MCO concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, contre 21 et 38 % en 2009.

Les statistiques relatives aux ALD, aux hospitalisations en MCO, et aux causes médicales de décès, permettent de décrire les problèmes de santé les plus fréquents et les plus graves des plus de 65 ans.

Chez les 65 à 74 ans, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont à l'origine de 49 % des admissions en ALD. Le poids de ces affections dans la mortalité est encore modéré à cet âge (19 %), mais la prévention de leurs facteurs de risque (alimentation, sédentarité) et de leurs complications est alors essentielle pour préserver la santé physique et fonctionnelle des années à venir, et réduire les coûts liés aux complications.

Les cancers sont, par contre, à l'origine de la moitié des décès des 65-74 ans avec notamment un poids important des décès par cancers du poumon et du foie chez les hommes, du sein et du côlon-rectum chez les femmes. Les enjeux en termes de prévention primaire (alcool et tabac) et de dépistage (sein et côlon-rectum) sont donc très forts, pour cette classe d'âge comme pour celles qui précèdent.

À partir de 75 ans, les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes. Elles constituent la première cause d'admissions en ALD, d'hospitalisation en MCO et de mortalité des Ligériens de 75 ans et plus. La morbidité liée aux cancers reste également très importante après 75 ans, le cancer de la prostate et le cancer colorectal voyant notamment leur poids augmenter dans la mortalité. L'augmentation attendue du nombre de cancers chez les personnes âgées, en lien avec le vieillissement de la population, nécessitera une adaptation des prises en charge, en raison notamment des risques majorés de complications thérapeutiques.

Les troubles mentaux et du comportement apparaissent de façon marquée à partir de 75 ans. Chez les 75-89 ans, 4 % des Ligériens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence, et cette proportion atteint 13 % au-delà de 90 ans.

Les chutes, dont les systèmes d'information ne permettent pas d'apprécier l'importance dans la morbidité des personnes âgées, sont une source majeure de fragilisation et de perte d'autonomie dans cette population. Chez les 75 ans et plus, la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour fracture du col du fémur - pathologie qui constitue l'un des marqueurs de la morbidité par chutes des personnes âgées - a diminué de 1,6 % par an dans la région entre 2009 et 2015. Par contre, sur cette période, la mortalité par chute des 75 ans et plus est restée globalement stable.

Enfin, nombre d'hospitalisations des personnes âgées visent à limiter les conséquences fonctionnelles du vieillissement, notamment à travers la chirurgie orthopédique (arthrose de la hanche et du genou en particulier) et celle de la cataracte, et contribuent au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées.

Dans les années qui viennent, eu égard aux évolutions démographiques de la population âgée et de l'importance de ses besoins de soins et d'accompagnement, et dans un contexte marqué par des tensions sur les effectifs médicaux et en particulier sur ceux des médecins généralistes, une adaptation majeure des pratiques et de l'organisation du système de santé et médicosocial apparaît indispensable à anticiper.



Ce chapitre offre tout d'abord une vue d'ensemble de la santé des habitants des Pays de la Loire âgés de 65 ans et plus, en analysant successivement l'espérance de vie à 65 ans de la population régionale, les indicateurs de morbidité globale (maladies chroniques et multimorbidité), la problématique des aptitudes fonctionnelles et de la perte d'autonomie. Il présente à ce propos des données régionales sur le mode de vie et notamment l'habitat des personnes âgées. Enfin, il décrit, à l'aide de quelques indicateurs, l'importance de la mobilisation du système de santé de ville et hospitalier pour les soins aux personnes âgées.

En raison de la grande hétérogénéité de la population âgée de 65 ans et plus, tant en termes de mode de vie que de santé médicale ou fonctionnelle, trois groupes d'âge sont distingués (60-74 ans, 75-89 ans et 90 ans et plus), tout au long du chapitre, et notamment dans sa seconde partie où une approche détaillée de la morbidité pour chacune de ces trois classes d'âge.

Les analyses réalisées s'appuient notamment sur les données issues de différents systèmes d'information médico-administratifs : causes médicales de décès, affections de longue durée (ALD), hospitalisations en court séjour, prises en charge en établissement psychiatrique, passages aux urgences, système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram) [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8].

Ces sources de données et leurs limites sont décrites dans ce rapport [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] ou sur la page internet www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

Les Pays de la Loire comptent 645 000 habitants âgés de 65 ans et plus en 2012, qui représentent 18 % de la population régionale. Les enjeux de santé concernant cette population sont considérables, en lien avec l'importance des besoins de soins et d'accompagnement qui la caractérise, et avec l'augmentation prévisible de l'effectif de cette classe d'âge, et de son poids dans la population totale [9].

D'ici 2027, selon les projections établies par l'Insee des Pays de la Loire, l'effectif des 65 ans et plus devrait, en effet, progresser de plus de 40 %. La région compterait alors 925 000 personnes dans cette classe d'âge, qui représenterait 23 % de la population régionale. L'évolution serait encore plus forte pour les personnes très âgées, avec un taux de progression global à l'horizon 2027 qui atteindrait 90 % pour les personnes âgées de 90 ans et plus [10].

Au-delà de cet horizon, l'augmentation du nombre de personnes très âgées sera encore plus marquée avec l'arrivée à l'âge de 80 ans entre 2026 et 2054 des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et 1974 [11] [12].

4.1.1 ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET À 75 ANS

Une espérance de vie à 65 ans proche de la moyenne nationale

En Pays de la Loire, l'espérance de vie à 65 ans dépasse actuellement 19 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes. La situation régionale est, pour les deux sexes, proche de la moyenne nationale. Le constat est identique pour l'espérance de vie à 75 ans, qui atteint 12 ans pour les hommes de la région et près de 15 ans pour les femmes [Fig1].

Les départements connaissent des situations contrastées. Le Maine-et-Loire occupe une position très favorable, avec une espérance de vie à 65 ans qui dépasse d'une demi-année la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Le constat est identique en Mayenne, mais seulement pour les hommes. À l'inverse, la Loire-Atlantique se caractérise par une espérance de vie à 65 ans plutôt inférieure à la moyenne nationale chez les hommes, et plutôt supérieure chez les femmes.



Fig1. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans et à 75 ans selon le sexe en 2015

	Hommes		Femmes	
	à 65 ans	à 75 ans	à 65 ans	à 75 ans
Loire-Atlantique	18,8	11,7	23,2	14,7
Maine-et-Loire	19,7	12,3	23,5	14,9
Mayenne	19,6	12,3	22,9	14,6
Sarthe	19,2	12,2	23,0	14,6
Vendée	19,2	11,9	22,9	14,4
Pays de la Loire	19,2	12,0	23,1	14,6
France métropolitaine	19,1	12,0	23,0	14,6

Source : Insee

L'espérance de vie à 65 ans progresse, reflétant le recul de la mortalité des générations âgées

Depuis le début des années 1990, l'espérance de vie à 65 ans progresse régulièrement en France, en moyenne de un à deux mois par an, et de façon un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes, ce qui tend à réduire l'écart entre les deux sexes [13]. Cette progression reflète le recul de la mortalité des plus de 65 ans. Ainsi, entre la période 2000-2002 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité régional des personnes âgées de 65 ans et plus a diminué de façon très sensible : - 2,1 % par an. Cette baisse, identique à celle observée au plan national, est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes, et s'observe dans les cinq départements de la région. Le recul a toutefois été moindre en Sarthe (- 1,7 %). Cette baisse a, par ailleurs, été plus sensible chez les 65-74 ans (- 2,5 %) que chez les 75-89 ans (- 2,2 %) et les 90 ans et plus (- 1,6 %). Avec l'avancée en âge des générations du baby-boom et les migrations en région de personnes au moment de l'âge de la retraite, ce recul de la mortalité explique l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus vivant en Pays de la Loire observée au cours des années récentes (taux de croissance annuelle de près de 3 % sur la période 2012-2017) et prévue dans les prochaines années (plus de 2 % en moyenne par an sur la période 2017-2027) [9] [14].

Actuellement, la mortalité régionale des personnes âgées de 65 ans et plus est inférieure de 4 % à la moyenne nationale. Ce constat se retrouve pour les deux sexes et dans les cinq départements sauf pour les hommes de la Loire-Atlantique et de la Sarthe, la mortalité masculine des plus de 65 ans étant dans ces deux départements non significativement différente de la moyenne nationale. Cette sous-mortalité régionale se retrouve de façon significative chez les 65-74 ans comme chez les 75-89 ans et les 90 ans et plus.

Baisse ponctuelle de l'espérance de vie en 2015, en lien principalement avec un excès de mortalité des personnes très âgées

La hausse de l'espérance de vie est une tendance lourde, qui s'interrompt rarement. Toutefois, dans la région comme en France, une baisse de l'espérance de vie à la naissance, a été constatée en 2015 chez les femmes comme chez les hommes. Dans la région, ce recul a été de respectivement - 0,5 et - 0,3 an [13]. Cette diminution semble principalement conjoncturelle, s'expliquant pour l'essentiel par la hausse des taux de mortalité, particulièrement aux âges élevés, suite notamment à des conditions épidémiologiques et météorologiques peu favorables.

Au plan national, pour chaque mois de l'année 2015, le nombre de personnes décédées est supérieur à celui de l'année 2014, avec trois épisodes de surmortalité. Tout d'abord, durant les trois premiers mois de l'année 2015, une épidémie de grippe longue et intense a eu un impact relativement sévère chez les personnes de 65 ans ou plus. Un épisode de surmortalité par rapport au même mois de l'année précédente a également été constaté en juillet puis en octobre 2015 [15] [16]. Santé publique France estime à 18 300 l'excès de surmortalité lié à la grippe de l'hiver 2014-2015 [17].

Pour les Pays de la Loire, la Cire (antenne régionale de Santé Publique France) évalue cet excès de mortalité à 1 011 décès sur les onze premières semaines de 2015. Rapporté aux 5 645 décès attendus sur cette période, cela représente un excès de mortalité de 18 %. La majorité de cet excès (72 %) a concerné des personnes âgées de 85 ans ou plus [18].



4.1.2 MALADIES CHRONIQUES

Près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont atteints de maladies chroniques

La fréquence des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, et la situation régionale dans ce domaine peut être analysée soit à travers des données déclaratives, issues notamment de l'enquête filtre Vie quotidienne et santé (VQS) menée chez les personnes âgées de 60 ans ou plus dans le cadre de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) [ENCADRÉ 4], soit à travers les données concernant les admissions en affection de longue durée (ALD). Ces deux sources donnent d'ailleurs des résultats très cohérents.

Selon les résultats de l'enquête VQS, 47 % des Ligériens âgés de 60 ans ou plus déclarent un problème de santé chronique en 2014 (52 % en France). Cette proportion s'élève avec l'âge, passant de 41 % chez les 60-74 ans à 58 % chez les 75 ans ou plus. Pour ces deux classes d'âge, la situation des hommes apparaît moins favorable que celle des femmes [19].

Les maladies chroniques qui nécessitent un traitement prolongé et particulièrement coûteux, bénéficient d'une prise en charge dans le cadre du dispositif des ALD. En 2015, pour le seul régime général, 48 % des Ligériens de 65 ans et plus sont en ALD¹. Cette proportion atteint 59 % chez les 75 ans et plus, et 74 % chez les 90 ans et plus. Pour ces trois groupes d'âge, les proportions régionales sont inférieures aux moyennes nationales (respectivement 50, 62 et 77 %).

La proportion de personnes de plus de 65 ans en ALD est nettement plus élevée chez les hommes (56 %) que chez les femmes (42 %). Cet écart hommes-femmes se retrouve pour les différentes classes d'âge.

Des situations de multimorbidité et de comorbidité particulièrement fréquentes chez les personnes âgées

Les situations de multimorbidité c'est-à-dire l'association d'au moins deux pathologies chroniques en même temps, sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Les conséquences de ces situations concernent les personnes qui en sont atteintes, avec notamment une altération de leur qualité de vie, mais aussi les acteurs du système de santé. La prise en charge de ces personnes est en effet complexe, avec des exigences en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et des risques en termes d'interactions médicamenteuses.

Il convient de souligner à ce propos que le déficit majeur de prise en compte des diagnostics d'altération cognitive, qui ne relèvent pas toujours d'une démence, gêne la prévention et la mise en place d'une prise en charge de qualité. En effet, ces altérations cognitives sont souvent considérées comme une problématique de dépendance, c'est-à-dire comme un problème social, et ne font de ce fait l'objet d'aucune prise en charge médicale ou thérapeutique.

Par ailleurs, les comorbidités à type de dénutrition, de troubles cognitifs, d'états infectieux sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, et constituent autant de facteurs d'aggravation des états pathologiques et de complexification des prises en charge.

L'approche par pathologie ne permet pas de prendre en compte ces situations de multimorbidité et de comorbidité.

La prévalence de la multimorbidité diffère selon les études, en raison des problèmes méthodologiques complexes que pose sa mesure, et aucune donnée épidémiologique n'est disponible à ce propos pour les habitants des Pays de la Loire.

¹ Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Toutefois, dans la mesure où le nombre moyen d'ALD par personne de 75 ans et plus est proche dans la région et en France, on peut faire l'hypothèse que la situation régionale en matière de multimorbidité n'est pas très différente de la moyenne nationale.

Selon la cartographie des pathologies prises en charge au plan national par le régime général d'assurance maladie, la fréquence des pathologies multiples augmente fortement à partir de 50 ans, et plus encore chez les hommes que chez les femmes [20]. Chez les personnes âgées entre 70 et 74 ans, 29 % des hommes et 17 % des femmes cumulent au moins deux pathologies chroniques. Entre 75 et 79 ans, 18 % des hommes et 9 % des femmes cumulent au moins trois pathologies. Entre 85 et 89 ans, ces dernières proportions atteignent respectivement 30 % et 18 % [21].

ENCADRÉ 1. Le syndrome de fragilité

Face à l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes, les enjeux liés à la prévention du déclin fonctionnel et à l'anticipation de la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance sont aujourd'hui essentiels. L'intérêt d'identifier une population cible susceptible de bénéficier de ces interventions de prévention et de cette prise en charge a conduit à l'élaboration du concept de fragilité.

La Société française de gériatrie et de gérontologie a adopté en 2011 la définition suivante [22] :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrées en institution.

L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.

La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences.

Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible (Rolland 2011) ».

Les critères de Fried sont le plus souvent utilisés pour évaluer la fragilité. Ces critères sont au nombre de cinq signes ou symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Ils sont habituellement appréciés chez les personnes de 65 ans et plus ne présentant pas d'altération des capacités fonctionnelles de base de la vie quotidienne telles que l'on peut les apprécier par l'échelle ADL (Activity Daily living) de Katz.

Une personne est considérée comme fragile si elle présente trois ou plus de ces critères, et préfragile si elle en présente un ou deux.

Selon les travaux menés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) dans le cadre des études ESPS 2012 et SHARE 2011, plus de 10 % des hommes et plus de 20 % des femmes de 65 ans et plus peuvent être considérés comme fragiles. Ces proportions augmentent fortement avec l'âge. Au-delà de 80 ans, elles atteignent respectivement 32 et 40 % [23] [24].

Comme pour d'autres problèmes ou déterminants de santé, les inégalités sociales sont fortement associées à la fragilité. En particulier, les femmes seules de faible niveau socioculturel représentent une forte proportion des personnes âgées fragiles.

La rigueur dans l'utilisation des critères de fragilité est essentielle à l'utilisation de ce repérage dans une politique régionale, et des actions ciblant les groupes les moins favorisés pourraient être développées.



4.1.3 DES DÉFICIENCES À LA PERTE D'AUTONOMIE

64 000 bénéficiaires de l'Apa, soit environ un Ligérien de 75 ans et plus sur six

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est versée par les conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (appartenant aux Gir 1 à 4²), qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

64 200 personnes bénéficient de l'Apa en Pays de la Loire à la fin de l'année 2014 [25]. Le nombre de bénéficiaires a connu une forte progression au cours des premières années de mise en place de ce dispositif, instauré au début des années 2000. Sur les années récentes, sa croissance s'infléchit avec une augmentation annuelle de 1,4 % (+ 1,6 % en France métropolitaine). Ce taux régional de progression annuel du nombre de bénéficiaires de l'Apa est nettement inférieur au taux régional de progression annuel du nombre total de personnes âgées de 65 ans et plus, qui atteignait 2,9 % entre 2012 et 2017 [9] [10].

L'Apa peut être accordée à partir de 60 ans, mais environ 90 % de ses bénéficiaires sont âgés de 75 ans ou plus. Ils sont même plus de la moitié à être âgés de 85 ans ou plus³. Par ailleurs, plus de 70 % des bénéficiaires sont des femmes³[26].

Rapporté à l'effectif de la population des 75 ans et plus, le taux régional de bénéficiaires de l'Apa s'élève à 18 pour 100 personnes fin 2014. Sur les années 2009-2014, ce taux régional est resté relativement stable, entre 18 et 19 pour 100, et inférieur d'environ 10 % à la moyenne nationale (21 pour 100, fin 2014) [25]. Différentes hypothèses peuvent être mises en avant pour expliquer cette situation régionale, parmi lesquelles une pauvreté moins marquée⁴, un état de santé plus favorable des seniors, ou encore des solidarités familiales plus longtemps effectives qui conduisent à une demande tardive de l'Apa le plus souvent à l'occasion de l'entrée en établissement.

Au sein de la région, les cinq départements présentent fin 2014 un taux de bénéficiaires inférieur de 17 à 19 % à la moyenne nationale [25].

ENCADRÉ 2. Entre care et cure

Les personnes âgées les plus dépendantes sont le plus souvent en affection de longue durée. Selon les travaux menés par la Drees à partir de l'enquête Handicap-Santé 2008, 90 % des personnes en Gir 1 et 2 vivant à domicile sont en ALD, contre 35 % des personnes en Gir 6. En institution, la majorité des personnes sont en ALD quel que soit le Gir (90 % en Gir 1 et 2, 70 % en Gir 6). Pour les personnes très âgées, la frontière entre la nécessité de soigner la maladie (cure) et celle de prendre soin (care) est donc souvent très ténue [27].

² La grille Aggir (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Les personnes qui se situent dans les Gir 1 à 4 ont 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'habillage 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'habillage 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'habillage. 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.

³ Données calculées pour les trois départements : 44, 72 et 85.

⁴ L'Apa n'est pas soumise à condition de ressources. Mais, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond.



4 % des personnes âgées en Gir 1 et 21 % en Gir 2 vivent à domicile dans la région, contre respectivement 16 et 37 % au plan national

Dans la région comme dans les cinq départements, la majorité des bénéficiaires de l'Apa vivent en établissement alors qu'au plan national, les bénéficiaires de l'Apa vivent plus souvent à domicile. Ainsi dans les Pays de la Loire, 38 000 bénéficiaires de l'Apa vivant en établissement, soit 59 % du nombre total de bénéficiaires contre 42 % en France métropolitaine.

Les Pays de la Loire présentent, avec la Bretagne, les taux régionaux de bénéficiaires de l'Apa vivant en établissement les plus élevés de France (11 % contre 9 % en France métropolitaine) [26].

Par contre, la région se caractérise par le taux de bénéficiaires de l'Apa à domicile le plus faible des régions françaises (7 vs 12 % en France métropolitaine) [26]. Cette spécificité régionale est notamment liée au fort taux d'équipement en structures d'hébergement et de soins des personnes âgées (Ehpad : 133 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus vs 101 en France métropolitaine fin 2015) [25] [28].

Parmi les 26 000 bénéficiaires de l'Apa vivant à domicile dans la région, 14 % sont en situation de forte dépendance, relevant du Gir 1 (1 %) ou 2 (13 %). Des pourcentages relativement comparables sont retrouvés dans les cinq départements de la région (14 à 15 % de Gir 1 ou 2), la moyenne nationale étant de 19 %.

En établissement, 19 % des bénéficiaires de l'Apa relèvent des Gir 1 et 35 % de Gir 2 (18 et 41 % en France).

Globalement, la proportion régionale de personnes en Gir 1 vivant à domicile est très faible (4 %), et elle atteint 21 % pour les Gir 2⁵ [Fig2]. Ces proportions sont très inférieures à celles constatées au plan national (respectivement 15 et 37 %) ⁶, en lien avec l'offre importante d'Ehpad qui caractérise la région [26].

Dans les années qui viennent, l'enjeu du maintien à domicile des personnes en Gir 2, voire en Gir 1 apparaît donc essentiel, ce qui nécessitera un renforcement des compétences des professionnels du domicile, notamment dans le champ de la cognition. Par ailleurs, il sera également nécessaire d'adapter les Ehpad à la prise en charge des troubles cognitifs sévères avec troubles du comportement, voire de poser la question de leur médicalisation, dans un contexte marqué par des tensions en matière de démographie médicale, notamment en médecine générale.

Fig2. Répartition des bénéficiaires de l'Apa selon le mode de résidence

Pays de la Loire, France métropolitaine (31/12/2014)

	Pays de la Loire			France		
	Domicile	Établissement*	% de bénéficiaires vivant à domicile *	Domicile	Établissement**	% de bénéficiaires vivant à domicile **
Gir 1	1 %	19 %	4 %	2 %	18 %	15 %
Gir 2	13 %	35 %	21 %	17 %	41 %	37 %
Gir 3	19 %	19 %	42 %	23 %	18 %	65 %
Gir 4	67 %	27 %	65 %	58 %	23 %	78 %
Ensemble	100 %	100 %	-	100 %	100 %	-

Source : Enquête annuelle aide sociale (Drees)

* Calculé sur 3 départements (Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée).

** Calculé sur 62 départements.

⁵ Pour les départements de Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée, ces données n'étant pas disponibles pour les deux autres départements de la région.

⁶ Calculé sur 62 départements.



ENCADRÉ 3. Éléments concernant le mode de vie et l'habitat des personnes âgées en Pays de la Loire

Parmi les multiples déterminants de santé et de l'autonomie des personnes âgées, les questions de l'habitat et de l'accompagnement jouent un rôle majeur. Ces problèmes sont au cœur des préoccupations des personnes âgées elles-mêmes et de leur entourage, mais aussi de multiples acteurs. Au cours des dernières décennies, l'autonomie résidentielle des seniors s'est accrue, pour des raisons sociologiques et économiques mais aussi en lien avec l'amélioration de leur santé. L'amélioration progressive de l'organisation de la vie à domicile des personnes âgées, notamment depuis le début des années 2000, est à la fois cause et conséquences de ces évolutions : développement des dispositifs d'aides à domicile, Apa versée non plus aux personnes mais liée aux aides, centres locaux d'information et de coordination (Clic)... Dans les années qui viennent, cette tendance ne peut que se poursuivre tant pour des raisons de choix des personnes que de soutenabilité économique.

L'adaptation aux besoins des personnes vieillissantes des logements mais aussi des quartiers, des villes, des services, pour qu'ils offrent sécurité et qualité de vie, qu'ils favorisent la mobilité, le lien social, la mixité générationnelle constitue donc un enjeu majeur pour notre société. Dans ce domaine, de multiples initiatives se développent en région, notamment dans le cadre du Gérontopôle [29].

Les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile, et le plus souvent seules après 80 ans

Jusqu'à l'âge de 90 ans, les personnes âgées vivent majoritairement à domicile seules, en couple ou bien chez un proche. Dans la région, 93 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en logement ordinaire, c'est-à-dire en dehors d'une communauté, en 2013. Cette proportion diminue progressivement avec l'âge, passant de 99 % chez les 65-74 ans à 94 % chez les 75-84 ans, 80 % chez les 85-89 ans, 62 % chez les 90-94 ans et 40 % chez les 95 ans et plus [9].

Environ deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile sont en couple (avec ou sans enfant) et un tiers sont seules [30].

La proportion de Ligériens vivant seuls chez eux s'élève à 30 % parmi les 65 ans et plus, et s'accroît avec l'âge : 22 % des 65-74 ans, 34 % des 75-84 ans et 42 % des 85 ans et plus.

Dans la région, les personnes âgées vivent moins souvent seules qu'au plan national (36 % vs 39 % chez les 75 ans et plus), mais plus fréquemment en institution (13 % vs 10 %).

Au cours des dernières décennies, l'autonomie résidentielle des personnes âgées s'est accrue [31]. La part des personnes de 85 ans et plus vivant seules chez elles a en effet progressé au cours des vingt dernières années (35 % en 1990, 42 % en 2013), ainsi que celle des personnes vivant en couple, alors que l'hébergement par un membre de la famille (le plus souvent par les enfants) a fortement reculé (3 % des 85 ans et plus sont concernés en 2013 contre 15 % en 1990) [32].

Les femmes, du fait d'une espérance de vie plus longue, vivent plus souvent seules à leur domicile que les hommes. Dans la région, 39 % des femmes de 65 ans et plus vivent seules dans leur logement et 46 % vivent en couple contre respectivement 17 % et 76 % des hommes de cette classe d'âge. Chez les 85 ans, la moitié des femmes (49 %) sont dans ce cas contre un quart (26 %) des hommes [30].

Une personne âgée de 75 ans et plus sur neuf vit en maison de retraite ou en Ehpad

L'entrée en institution a lieu de plus en plus tardivement (environ 84,5 ans en moyenne au plan national en 2011, contre 82 ans en 1994) [33]. Selon les données du recensement de la population, les 43 800 personnes vivant en maison de retraite ou en Ehpad dans les Pays de la Loire en 2013 ont en moyenne 86 ans, soit deux ans de plus que la moyenne nationale [32].

La proportion de personnes de 75 ans ou plus vivant en institution est restée stable entre 1990 et 2013, alors que leur poids dans la population globale a progressé. Dans la région, 11 % des personnes de 75 ans et plus vivent en maison de retraite ou en Ehpad en 2013 [32]. Ce taux est l'un des plus élevés des régions françaises, en lien notamment avec une offre d'hébergement permanent importante. Les Pays de la Loire comptent en effet 133 places en Ehpad pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (vs 101 en France) ; par contre, le taux d'équipement régional en structure non Ehpad est identique à la moyenne française (25 pour 1 000) [25]. Ces disparités d'offre sont également observées entre les départements de la région se traduisant par un taux de personnes de 75 ans vivant en institution plus élevé en Vendée (13 %) et à l'inverse plus faible en Sarthe (9 %) [32].



Environ 73 000 personnes âgées dépendantes dans la région, soit au moins une personne de plus de 60 ans sur dix

La population des personnes âgées dépendantes (au sens de la grille Aggir) est plus large que celle des seuls bénéficiaires de l'Apa. En effet, certaines personnes, bien qu'éligibles, ne demandent pas à bénéficier de cette aide notamment par méconnaissance, parce qu'elles bénéficient d'une prestation liée à un handicap, ou par crainte des récupérations sur héritage.

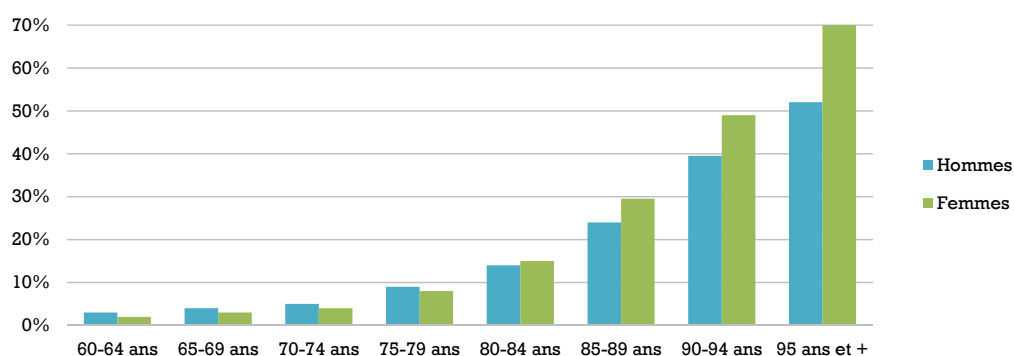
Pour les Pays de la Loire, une étude menée par l'Insee et l'Agence régionale de santé (ARS) et publiée en 2012 estime le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes en 2010, ainsi que sa projection à l'horizon 2016 et 2030, à partir des données des enquêtes nationales Handicap-Santé 2008-2009 [34].

En 2010, les Pays de la Loire comptaient selon cette étude environ 73 000 personnes de 60 ans et plus en situation de dépendance. Le taux estimé de dépendance augmente fortement avec l'âge, passant de 2 % pour les 60-64 ans à 15 % pour les 80-84 ans, 28 % pour les 85-89 ans et 46 % pour les 90-94 ans [Fig3].

En 2016, cette étude estime à 12 300 personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes supplémentaires par rapport à 2010, soit au total 85 000 personnes âgées en situation de dépendance en Pays de la Loire.

Comme en France, près des deux tiers des personnes âgées dépendantes sont des femmes. Cette situation résulte à la fois de la plus grande espérance de vie féminine, et du niveau plus élevé des taux de dépendance chez les femmes à partir de 80 ans, avec notamment pour ces dernières une prévalence plus importante des troubles mentaux, maladie d'Alzheimer en particulier, et des atteintes ostéoarticulaires, souvent source d'incapacités. Ainsi, le gain d'espérance des femmes est terni pour nombre d'entre elles par des années de qualité de vie médiocre avec des douleurs ostéoarticulaires, des troubles cognitifs, et une situation de dépendance dont la gestion est d'autant plus complexe qu'elles ont souvent de faibles revenus.

Fig3. Taux de dépendance estimés par sexe et âge quinquennal
Pays de la Loire (2010)



Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009, scénario intermédiaire - Recensement de la population 2007 - Omphale 2010 scénario central.

Lecture : 2 % des hommes de 60 à 64 ans sont considérés comme dépendants en 2010.



ENCADRÉ 4. Les résultats de l'enquête VQS 2014 chez les Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile

L'enquête nationale Vie quotidienne et santé, menée fin 2014 auprès d'un échantillon représentatif de grande ampleur, permet d'apprécier la perte d'autonomie, les difficultés rencontrées dans les actes de la vie quotidienne des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile, à l'échelle régionale mais aussi des départements [19] [35].

Cette enquête est basée sur un questionnaire succinct, composé notamment de questions sur les limitations d'activités (voir, entendre, lever le bras, se laver seul, se concentrer plus de 10 minutes, sortir, se pencher et ramasser un objet, se souvenir des choses importantes...), qui permettent de classer les individus en fonction de leur âge selon quatre groupes d'autonomie (groupe VQS).

Le groupe I correspond aux personnes déclarant n'avoir aucune difficulté dans les actes de la vie quotidienne. Il est composé d'individus autonomes (Gir estimé à 5 et 6). Le groupe II est composé de personnes déclarant quelques difficultés, le groupe III celles déclarant plusieurs difficultés. Le groupe IV correspond aux personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés. Ce groupe est composé majoritairement d'individus dépendants (Gir 1 à 4).

En 2014, 5 % des Ligériens de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent de nombreuses difficultés pour réaliser des actes de la vie quotidienne et sont donc classés dans le groupe IV (6 % en France), correspondant à une perte d'autonomie marquée/sévère. Cette proportion s'élève à 2 % chez les 60-74 ans et à 9 % chez les 75 ans et plus.

La situation en Pays de la Loire apparaît plus favorable qu'au plan national, où 3 % des 60-74 ans et 12 % des 75 ans et plus font partie du groupe IV. Ce constat est cohérent avec le moindre taux de bénéficiaires de l'Apa dans la région.

Comme en France, la proportion régionale de personnes avec perte d'autonomie sévère/marquée (groupe IV) ne varie pas selon le sexe parmi les 60-74 ans. Ce constat vaut également pour les 75 ans et plus, contrairement à ce qui est observé au plan national (14 % chez les femmes vs 9 % des hommes).

À l'horizon 2030, plus de 100 000 personnes âgées seraient dépendantes dans la région

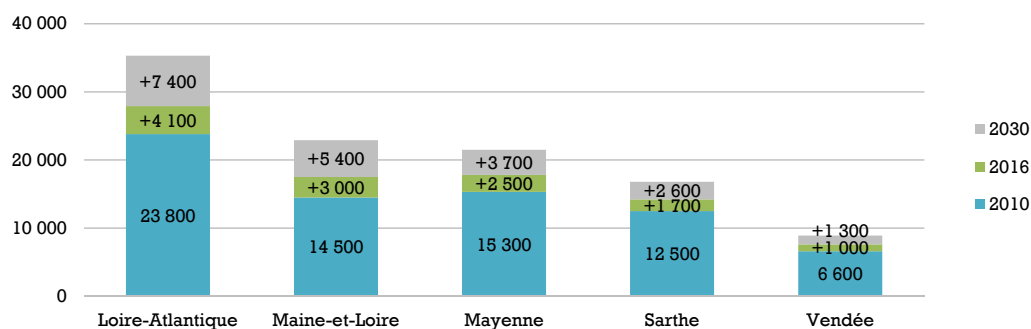
D'ici 2030, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans la région serait comprise entre 22 000 et 40 000. Le scénario intermédiaire estime cette augmentation à 33 000 personnes, dont 12 500 sévèrement dépendantes. Le nombre total de Ligériens de 60 ans et plus en situation de dépendance atteindrait ainsi 106 000 en 2030.

L'augmentation attendue n'est toutefois pas uniforme sur la période 2010-2030 avec une progression soutenue jusqu'en 2020, une relative stagnation entre 2020 et 2027 sous l'effet de l'arrivée aux âges de la dépendance des classes creuses nées pendant les années 1930, puis à partir de 2027, une accélération très marquée avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 80 ans, âge à partir duquel les taux de dépendance progressent nettement.

La Loire-Atlantique et la Vendée seraient les départements les plus confrontés à la montée de la dépendance [Fig4]. Les territoires côtiers, à l'exception de Saint-Nazaire, connaîtraient notamment une croissance de la dépendance plus forte que l'ensemble de la région.

Fig4. Projection du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030

Pays de la Loire (2010, 2016, 2030)



Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009, scénario intermédiaire - RP2007 Omphale 2010 scénario central

Lecture : En Loire-Atlantique en 2010, le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 23 800 ; ce département en compterait 11 500 de plus en 2030.



4.1.4 UNE POPULATION DONT LA PRISE EN CHARGE MOBILISE FORTEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les personnes âgées mobilisent fortement les professionnels soignants de la région, en ville comme en établissement de santé, qu'il s'agisse de prendre en charge les maladies chroniques, fréquentes et souvent multiples dans cette population, les complications aiguës de ces maladies chroniques, les maladies aiguës susceptibles d'engendrer une entrée en dépendance notamment chez les personnes âgées fragiles, ou encore les déficiences ou limitations d'activité.

Dans de nombreux domaines, les progrès thérapeutiques, l'innovation et les pratiques de soins plus actives ont permis d'améliorer la longévité, la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées. En revanche, les thérapeutiques s'avèrent jusqu'à présent peu efficaces pour préserver les capacités cognitives qui déclinent avec l'avancée en âge.

Les professionnels soignants de ville jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées, et leur activité auprès d'elles est indispensable pour limiter le recours aux urgences et les hospitalisations. Par ailleurs, avec l'avancée en âge, le maintien à domicile nécessite l'intervention de nombreux professionnels, du secteur sanitaire et social (médecin généraliste, infirmier, aide-soignant, service d'aide à domicile, masseur-kinésithérapeute ...), sur des périodes parfois très longues. La coordination entre ces professionnels est donc essentielle pour garantir l'efficacité et la sécurité de leurs interventions, tout en offrant aux personnes âgées la confiance, indispensable à leur bien-être.

Plus d'un quart de l'activité des médecins généralistes libéraux concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

En 2015, 27 % des actes⁷ réalisés par les médecins généralistes libéraux de la région (hors mode d'exercice particulier - MEP -) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, ces proportions sont respectivement de 15 et 10 % [Fig5].

Le nombre d'actes de médecins généralistes libéraux est en moyenne de 3,6 par an et par habitant chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Il passe à 4,6 chez les 65-74 ans puis à 6,0 chez les 75-89 ans, pour atteindre 6,4 chez les 90 ans et plus [8]. Globalement, ce nombre est de 5,3 actes par an et par habitant chez les 65 ans et plus, et de 6 chez les 75 ans ou plus.

Le nombre annuel moyen d'actes de médecin généraliste libéral par habitant de 90 ans et plus est donc seulement 1,8 fois supérieur à celui observé pour les moins de 65 ans. Eu égard à l'importance de la morbidité des personnes âgées, cet écart ne paraît pas considérable. Mais le besoin des personnes très âgées pourrait s'amplifier avec le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires et le recul de l'hébergement en institution.

Fig5. Proportions d'actes réalisés par les professionnels de santé libéraux selon l'âge des bénéficiaires
Pays de la Loire, France (2015)

	Poids dans l'activité des professionnels de santé libéraux								Poids dans la population (RP 2013)	
	Médecins généralistes ¹		Infirmiers ²		Masseurs-kinésithérapeutes ³		Chirurgiens-dentistes ¹			
	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France	Pays de la Loire	France
65 ans et plus	27 %	28 %	75 %	78 %	38 %	44 %	19 %	19 %	18 %	18 %
75 ans et plus	15 %	16 %	59 %	62 %	23 %	30 %	9 %	8 %	10 %	9 %
90 ans et plus	2 %	2 %	10 %	13 %	4 %	6 %	0,7 %	0,6 %	1 %	1 %

Sources : Sniiram - Offre de soins, Univers BEN (Cnamts), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. C, V ; 2. AMI, AIS, DI ; 3. AMK, AMC, AMS.

⁷ Consultations et visites.



ENCADRÉ 5. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire

Dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux, porté depuis 2007 dans les Pays de la Loire par l'ORS et l'Union régionale des médecins libéraux (URML), une enquête a été réalisée en 2012 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile d'une part, et en institution d'autre part.

Selon cette enquête, la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (Pad) vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient, ainsi qu'un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long.

La majorité des prises en charge décrites par les médecins (67 % des visites à domicile, 82 % des consultations au cabinet) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (y compris le renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de poussées aiguës de maladies chroniques (9 %) ou d'affections aiguës (11 %) sont quant à elles moins fréquentes.

La dimension sociale fait partie intégrante de la prise en charge des Pad telle qu'elle est perçue par une majorité de médecins généralistes. Six praticiens sur dix déclarent notamment avoir participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne, et plus d'un médecin sur deux pense que son rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques.

Dans leurs missions de coordination sanitaire et sociale, les médecins généralistes rencontrent toutefois de nombreuses difficultés, liées notamment à la diversité des professionnels impliqués (infirmiers libéraux, aides-soignants, aides à domicile...), et à leur disponibilité hétérogène selon les territoires. À cet égard, plus de 40 % des praticiens déclarent participer à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile pour la dernière Pad vue, et la très grande majorité estiment qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Près de 85 % des médecins généralistes ligériens suivent au moins une Pad vivant en institution, et ils interviennent alors le plus souvent dans plusieurs établissements différents. Près de deux praticiens sur trois déclarent continuer à suivre une Pad après son entrée en institution. Les conditions d'exercice en institution des médecins généralistes libéraux sont très variables, et dépendent en partie des modalités d'organisation des établissements. S'agissant de la dernière Pad vue en institution, 34 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir été rémunérés par l'établissement (21 % en France). Un praticien sur quatre indique avoir une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient (38 % en France).

La majorité des visites décrites par les médecins ligériens (61 %) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (y compris le renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de complications aiguës de maladies chroniques (16 %) ou d'affections aiguës (13 %) représentent tout de même une part relativement importante de leur activité au sein des établissements [36] [37].

Le recours aux soins buccodentaires recule au-delà de 80 ans, alors que les besoins paraissent importants

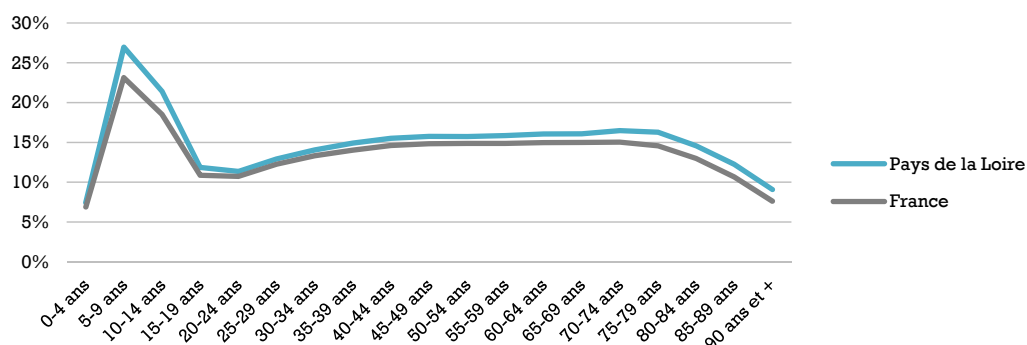
Les troubles de la santé buccodentaire constituent un facteur de risque de la dénutrition des personnes âgées, et sont également susceptibles d'altérer leur vie sociale [ENCADRÉ 10]. Or, selon l'enquête nationale Handicap-Santé menée en 2008-2009, la santé buccodentaire des personnes âgées apparaît particulièrement dégradée puisque, 56 % des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en institution et 42 % de celles vivant à domicile déclarent avoir perdu toutes leurs dents ou presque [38].

Dans la région, 19 % des actes⁸ réalisés par les chirurgiens-dentistes libéraux concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, ces proportions sont respectivement égales à 9 et 10 % [Fig5], [8]. Ce moindre recours des personnes âgées, malgré leurs besoins plus importants, est également mis en évidence par la proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral, relativement stable autour de 16 % entre 40 et 80 ans, puis qui recule nettement au-delà de cet âge [Fig6].

⁸ Consultations et visites des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes en orthodontie (ODF), chirurgie orale et médecine buccodentaire.



Fig6. Taux de recours à un chirurgien-dentiste libéral^{1,2} selon l'âge
Pays de la Loire, France (2015)



Sources : Sniiram - Offre de soins, Univers BEN (Cnamts), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Nombre de bénéficiaires pour lesquels au moins un acte pratiqué par un chirurgien-dentiste libéral en 2015 a été remboursé par l'assurance maladie / Effectif de la population (Insee).

2. Chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes en orthodontie (ODF), chirurgie orale et médecine buccodentaire.

ENCADRÉ 6. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire [39]

Selon les résultats du Panel régional de chirurgiens-dentistes libéraux, la quasi-totalité de ces praticiens ont pris en charge en 2012 des personnes âgées de plus de 75 ans dépendantes vivant à domicile, ou vivant en Ehpad ou maison de retraite. 28 % d'entre eux ont vu en 2012 plus de 20 personnes âgées dépendantes vivant à domicile, et 21 % plus de 20 personnes vivant en institution.

92 % des praticiens déclarent ainsi avoir réalisé des consultations auprès de personnes vivant en établissement, 90 % déclarent avoir effectué des soins buccodentaires. Ils ont notamment assuré auprès d'elles des retouches ou ajustements de prothèses (87 %), des soins conservateurs (85 %), des extractions dentaires (73 %) et des poses de nouvelles prothèses (64 %). Des proportions analogues sont retrouvées pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

La prise en charge buccodentaire des personnes âgées dépendantes se fait le plus souvent au cabinet des chirurgiens-dentistes. Dans un certain nombre de cas, des consultations peuvent avoir lieu au sein des établissements (19 % des praticiens en ont réalisé) ou au domicile particulier (14 %). Mais la réalisation de soins buccodentaires sur le lieu de résidence des personnes âgées est peu fréquente (6 % des praticiens ont réalisé des soins en établissement et 6 % au domicile).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite plus de temps que celle des patients valides. Environ 80 % des chirurgiens-dentistes ayant vu des personnes âgées dépendantes vivant en institution estiment avoir consacré au moins 25 % de temps supplémentaire par rapport aux patients valides. Un constat similaire est retrouvé pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées

Le recours aux soins de kinésithérapie et aux soins infirmiers est particulièrement fréquent chez les personnes âgées, et augmente fortement avec leur âge et leur degré de dépendance. Les actes de kinésithérapie et les actes infirmiers, avec les médicaments, constituent notamment l'un des principaux postes de dépenses de soins de ville chez les personnes âgées [27].

Si l'on considère les seuls actes délivrés en secteur libéral en 2015 et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, 38 % des actes de kinésithérapie concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, qui représentent 10 % de la population régionale en 2015, cette proportion est égale à 23 % [Fig5].



Pour les soins de kinésithérapie⁹, on compte en 2015 dans la région 2,7 actes en moyenne par personne chez les moins de 65 ans contre 6,4 actes chez les 65 ans et plus. Ce nombre moyen d'actes annuel par personne atteint 7,8 chez les 75 ans et plus, et 10,4 chez les 90 ans et plus [8].

Concernant les actes de soins infirmiers délivrés en secteur libéral en 2015 et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, 75 % concernent des personnes âgées de 65 ans alors que cette classe d'âge représente 18 % de la population régionale. Pour les plus de 75 ans, qui représentent 10 % de la population régionale en 2015, cette proportion atteint 59 % [Fig5].

On dénombre deux actes de soins infirmiers en moyenne par personne en 2015 chez les moins de 65 ans contre 23 chez les 65 ans et plus. Ce nombre moyen d'actes annuel par personne atteint 36 chez les 75 ans ou plus, et 53 chez les 90 ans et plus.

Par rapport à la moyenne nationale, le nombre moyen annuel d'actes par habitant réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus de la région est nettement plus faible. Il est en effet de respectivement 8 et 36 dans la région contre 13 et 77 au plan national. Un écart moins important est également observé pour les médecins généralistes libéraux (respectivement 6 et 7 actes par an et par habitant dans la région et en France). Ce constat est notamment à rapprocher du taux élevé d'équipement en Ehpad dans la région. S'y ajoute, la forte implantation des centres de soins infirmiers en Pays de la Loire. Ces professionnels y étant salariés, leur activité n'est donc pas prise en compte par les données concernant l'activité libérale.

ENCADRÉ 7. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les infirmiers libéraux des Pays de la Loire [40]

Selon les résultats du Panel régional d'infirmiers libéraux réalisé en 2013, 74 % des infirmiers déclarent avoir assuré, pour la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont vue, des soins infirmiers (pansements, perfusions...), 75 % des actes en lien avec la prise du traitement médicamenteux (préparation, administration, suivi), 68 % des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention. 69 % ont prodigué des soins d'hygiène, associés à d'autres actes dans la quasi-totalité des cas. De façon moins fréquente, ils ont assuré la pose et le retrait de bas de contention (38 %), les transferts - lit/chaise par exemple - (31 %), ou encore la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé (30 %).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile repose sur de nombreux intervenants, et 81 % des infirmiers libéraux déclarent, pour la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont vue, assurer une coordination entre les différents professionnels concernés.

ENCADRÉ 8. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire [41]

Selon les résultats du Panel régional des masseurs-kinésithérapeutes libéraux réalisé en 2013, l'essentiel de leur activité s'effectue en cabinet. Toutefois, la grande majorité d'entre eux interviennent aussi au domicile des patients (86 %) et dans les Ehpad (67 %). Concernant le dernier patient dépendant âgé de plus de 75 ans vu à son domicile, 42 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région déclarent avoir eu des échanges avec le médecin généraliste, lorsque ce dernier est prescripteur, et 38 % avec l'infirmier. La grande majorité considèrent qu'il est facile (69 %) ou plutôt facile (16 %) de se coordonner avec les différents professionnels.

⁹ Ce dénombrement inclut l'activité réalisée dans les cabinets, au domicile des patients et dans une partie des établissements de soins, lorsque les praticiens sont rémunérés "à l'acte". Les interventions dans les établissements de soins sous "dotation globale" sont exclues.



Près d'un passage aux urgences sur quatre concerne une personne de 65 ans et plus, près d'un sur cinq une personne de 75 ans et plus

Plus de 180 000 passages, soit 23 % des 778 000 passages dénombrés en 2015 dans les services d'urgences de la région concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. Cela correspond à un taux de passages annuel de 259 pour 1 000. Ce taux augmente fortement avec l'âge, atteignant 357 chez les 75 ans et plus et dépassant 620 pour les personnes âgées de 90 ans et plus.

Le taux d'hospitalisations après ces passages est de 56 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et lui aussi augmente fortement avec l'âge, atteignant 67 % chez les 90 ans et plus [Fig7].

Fig7. Passages dans les services d'urgences des personnes âgées de 65 ans et plus
Pays de la Loire (2015)

	Nombre de passages	% de passages	Taux pour 1 000 habitants	Part de patients hospitalisés
65-74 ans	54 622	7 %	158	44 %
75-89 ans	100 350	13 %	320	59 %
90 ans et plus	27 104	3 %	627	67 %
65 ans et plus	182 076	23 %	259	56 %
75 ans et plus	127 454	16 %	357	61 %
Tous âges	777 627	100 %	209	28 %

Sources : ORU Pays de la Loire, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : Patients pris en charge dans les services d'urgences des Pays de la Loire et domiciliés dans les Pays de la Loire (hors CH Mangers et Château-Gontier).

Un tiers des Ligériens de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, et des taux d'hospitalisations en augmentation

La fréquence des hospitalisations est élevée au-delà de 65 ans. En 2015, 33 % des personnes de cette classe d'âge ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année dans un service hospitalier de MCO (médecine-chirurgie-obstétrique). La situation est globalement comparable dans les cinq départements, mais l'écart est significatif entre les hommes (36 %) et les femmes (30 %) [Fig8].

Entre 2009 et 2015, le nombre de Ligériens de plus de 65 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année est passé de 180 500 à 217 000 soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1 %. Pour les 75 ans et plus, cette augmentation atteint 2,6 % par an.

Cette augmentation résulte seulement pour partie de la croissance et du vieillissement de la population régionale. En effet, les taux comparatifs de patients hospitalisés en MCO, qui permettent de gommer ces effets démographiques ont augmenté de 1,5 % par an pour les Ligériens âgés de 65 ans et plus, de 1,0 % pour ceux âgés de 75 ans et plus et de 4,9 % pour les 90 ans ou plus.

Ces progressions, qui concernent les hommes comme les femmes, sont un peu plus marquées que celles observées pour la moyenne nationale, mais les taux régionaux restent pour ces trois groupes d'âge légèrement inférieurs à cette moyenne.

Cette augmentation du taux de personnes hospitalisées au-delà de 65 ans est à l'origine de la quasi-totalité de l'augmentation du taux de recours de la population globale (tous âges confondus).

Ces pratiques de soins plus actives, conjuguées aux effets du vieillissement démographique induisent une augmentation de la part des personnes âgées dans les files actives hospitalières en secteur MCO. Ainsi en 2015, 23 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO et 41 % de l'ensemble des journées concernent des personnes âgées de 75 ans, contre respectivement 21 % et 38 % en 2009.

Ces différents résultats établis à partir des données du PMSI doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig8. Hospitalisations dans les services de court séjour des personnes âgées de 65 ans et plus
Pays de la Loire (2009, 2015)

	% de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année		% des séjours		% des journées d'hospitalisation	
	2009	2015	2009	2015	2009	2015
65-74 ans	26 %	29 %	14 %	16 %	15 %	16 %
75-89 ans	33 %	34 %	20 %	20 %	33 %	33 %
90 ans et plus	36 %	49 %	2 %	3 %	4 %	8 %
65 ans et plus	30 %	33 %	35 %	39 %	53 %	57 %
75 ans et plus	34 %	36 %	21 %	23 %	38 %	41 %
Tous âges	17 %	17 %	-	-	-	-

Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Plus de 2 % des plus de 65 ans pris en charge au moins une fois dans l'année en psychiatrie

Environ 17 000 Ligériens âgés de 65 ans et plus ont été pris en charge au moins une fois en 2015 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie¹⁰. Cela correspond à un taux brut de personnes prises en charge en psychiatrie de 2,4 pour 100 habitants, proche de la moyenne nationale.

Ce résultat recouvre toutefois une situation différente selon les classes d'âge. Le taux régional est inférieur à la moyenne nationale chez les 65-74 ans mais il lui est supérieur pour les personnes âgées de 75 ans ou plus.

En outre, les Pays de la Loire se distinguent de la moyenne nationale par une plus grande fréquence des prises en charge ambulatoires individuelles et, à l'inverse, par une fréquence plus faible de prises en charge à temps complet, plus particulièrement chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Ces constats pourraient en partie être rapprochés du fait que les Pays de la Loire présentent une forte densité d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les personnes âgées hébergées dans ces établissements peuvent plus fréquemment bénéficier de prises en charge de type ambulatoire.

Dans la région comme en France, le taux de personnes prises en charge en psychiatrie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, entre 65 et 89 ans (1,4 à 1,5 fois supérieur dans la région), au-delà de cet âge, aucune différence n'est observée selon le genre.

ENCADRÉ 9. Les hospitalisations des personnes âgées vivant en Ehpad [42]

L'étude Pleiad, menée récemment au plan national auprès de 300 Ehpad de 50 lits ou plus a permis de mettre en évidence l'importance des transferts entre ces établissements et les services hospitaliers.

Sur les trois mois de l'étude, un quart des résidents ont été entrants ou sortants de l'Ehpad (hors décès), et les mouvements vers ou depuis l'hôpital sont en cause dans 70 % des cas. Cette proportion n'était influencée ni par la taille de l'Ehpad, ni par son organisation (unité Alzheimer, infirmière de nuit) et ni par son éloignement de l'hôpital.

75 % de ces hospitalisations ont été décidées en urgence (65 % de jour, 10 % de nuit), le plus souvent par le médecin traitant (32 %) ou le médecin de garde (22 %). Dans 58 % des cas, ces patients sont passés par les urgences. Les motifs d'hospitalisation sont dans 68 % une pathologie somatique, dans 14 % une pathologie traumatique et dans 11 % une pathologie neuropsychiatrique. Dans 46 % des cas, la durée du séjour hospitalier a été inférieure ou égale à 8 jours.

¹⁰ Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), ces dénombrements incluent les personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte.



4.2 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 65 À 74 ANS

4.2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

Une population dont la croissance annuelle d'ici 2027 atteint 3 %

La région compte 300 000 personnes de 65 à 74 ans en 2012, dont 53 % de femmes. Cela représente 8 % de la population régionale totale. 22 % de ces personnes vivent seules, et seulement 1 % vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cet effectif devrait croître pour atteindre 450 000, ce qui représente une progression annuelle d'environ 3 % [9] [10].

38 % des 65-74 ans sont en ALD, 29 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en MCO et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge.

Chaque année, près de 16 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge atteints de problèmes de santé chroniques nécessitant des soins longs et coûteux¹¹. Cela représente cinq admissions pour 100 habitants.

Globalement, selon les données du régime général, 38 % des personnes de cette classe d'âge sont en ALD¹². Cette proportion est plus élevée chez les hommes (46 %) que chez les femmes (31 %).

54 600 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de 65-74 ans. Cela représente 7 % des passages, et correspond à un taux de seize passages pour 100 habitants. 44 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation et 56 % par un retour à domicile.

91 000 adultes de 65-74 ans, soit 29 % de la population de cette tranche d'âge, sont hospitalisés au moins une fois en service de court séjour (MCO) au cours de l'année 2015. Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre cette même année, 152 000 séjours de personnes de 65-74 ans, soit en moyenne 1,7 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent 475 000 journées d'hospitalisation. La classe d'âge des 65-74 ans est ainsi à l'origine de 16 % du nombre total de séjours et de 16 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, 3 800 Ligériens âgés de 65-74 ans décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de 1 240 décès pour 100 000 habitants (1,2 %).

En comparaison à la classe d'âge des 50-64 ans, les 65-74 ans présentent un taux de passages aux urgences peu différent, un taux de patients hospitalisés en court séjour multiplié par 1,6 et des taux d'admissions en ALD et de mortalité multipliés par deux.

Une morbidité environ deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins de cette classe d'âge sont 1,8 fois plus élevés pour les admissions en ALD, 1,2 fois plus élevés pour les patients hospitalisés, et 2,2 fois plus élevés pour la mortalité. Ainsi, deux tiers des décès dans cette classe d'âge concernent des hommes.

¹¹ Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

¹² Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

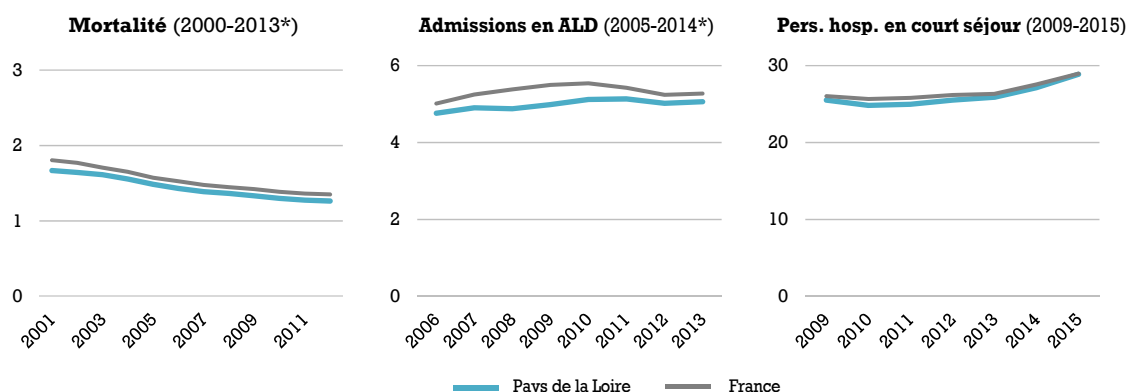


Légère sous-mortalité et sous-incidence des ALD, mais un taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année en augmentation et désormais proche de la moyenne nationale

Le taux régional de mortalité des 65-74 ans, après une baisse assez marquée et équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 2,5 % par an), reste inférieur de 6 % à la moyenne nationale [Fig9]. Au sein de la région, une sous-mortalité est retrouvée de façon significative en Maine-et-Loire (- 12 %), Mayenne (- 10 %), Vendée (- 7 %) et Loire-Atlantique (- 4 %). En Sarthe, la situation est proche de la moyenne nationale. La fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 65-74 ans a connu une légère progression entre 2006 et 2013, et est restée légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 4 % en 2013) [Fig9]. Cette moindre fréquence régionale des admissions en ALD est retrouvée dans le Maine-et-Loire (- 13 %), en Mayenne (-10 %) et en Sarthe (- 5 %). Dans les deux autres départements, cette fréquence est proche de la moyenne nationale. La proportion de Ligériens de 65-74 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) a progressé de 2,1 % par an entre 2009 et 2015, comme la moyenne nationale, et a eu tendance à se rapprocher de cette dernière [Fig9]. Cette tendance évolutive s'observe pour les hommes comme pour les femmes. Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig9. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 65-74 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



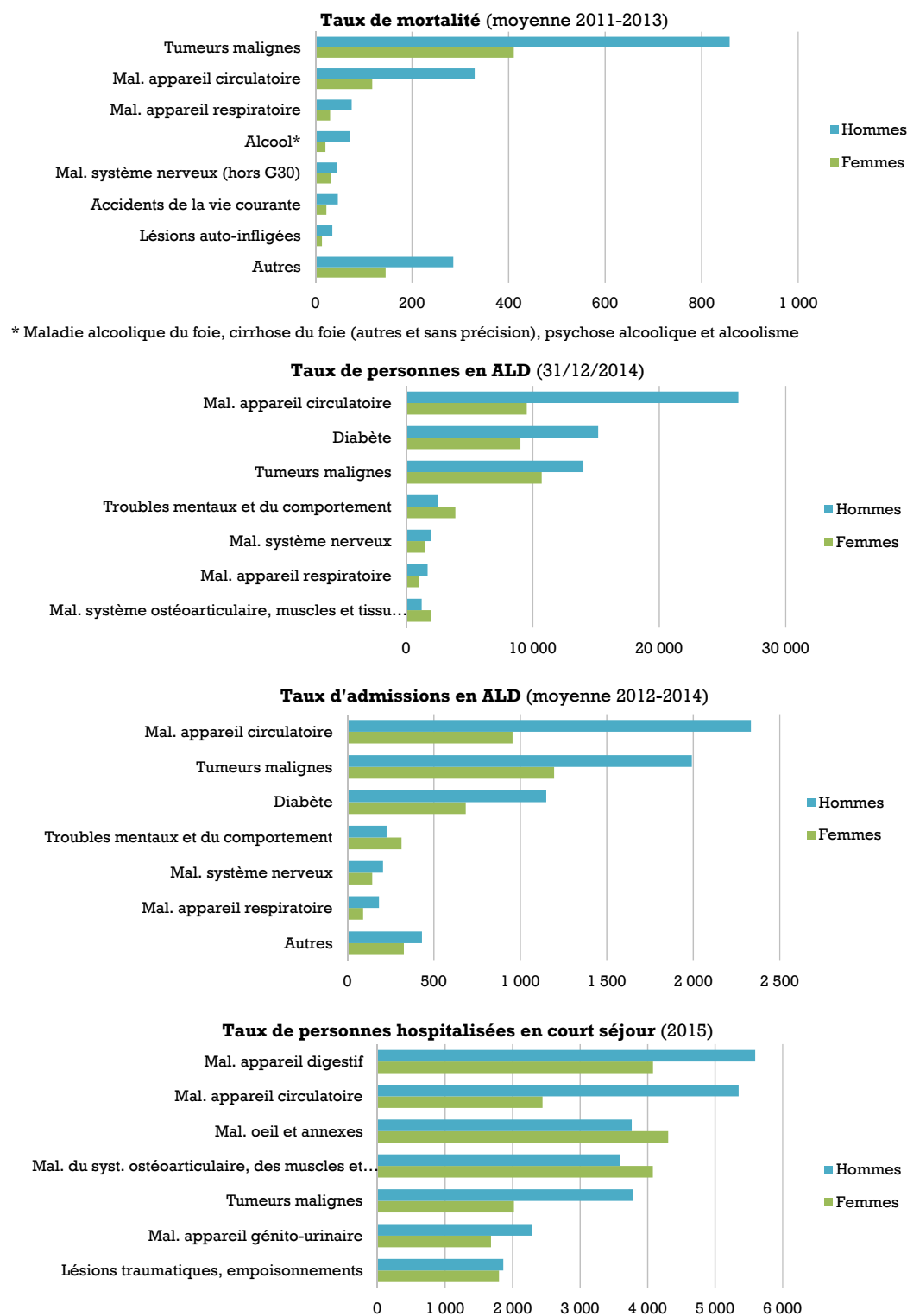
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100, * moyenne sur 3 ans

4.2.2 PRINCIPALES PATHOLOGIES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

L'analyse des statistiques relatives aux affections de longue durée, aux diagnostics principaux d'hospitalisations et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 65-74 ans [Fig10].



Fig10. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 65-74 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Pays de la Loire



Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000



Les cancers : prostate par sa fréquence, poumon par sa gravité, foie par la mauvaise situation régionale chez les hommes, sein par sa fréquence et sa gravité chez les femmes

Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est prépondérant, puisqu'elles constituent la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes et la seconde cause d'admissions en ALD, à niveau très proche des maladies cardiovasculaires.

Par rapport à la classe d'âge des 50-64 ans, les taux d'admissions en ALD et de mortalité liés aux cancers chez les personnes de 65-74 ans sont multipliés par deux. Dans cette classe d'âge, les cancers sont en cause dans 31 % des admissions en ALD (4 900 par an) et 50 % des décès (1 900 par an). 10 % des patients de cette classe d'âge hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année l'ont été pour un cancer en diagnostic principal.

Les hommes sont beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés et de mortalité deux fois supérieurs.

Les localisations en cause sont nombreuses, mais quelques-unes ont un poids important dans la morbidité et dans la mortalité :

- chez les hommes, la prostate est de loin la localisation la plus fréquente. Elle représente en effet 34 % des admissions en ALD pour cancer, loin devant le poumon et le côlon-rectum (10 % chacun), les voies aérodigestives supérieures (8 %) et la vessie (7 %). Au total, 6 % des hommes de 60-74 ans sont en ALD pour un cancer de la prostate.

Par contre, en raison de son mauvais pronostic, le cancer du poumon est à l'origine de 24 % des décès, devant le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (12 %). À l'inverse, le cancer de la prostate, de meilleur pronostic, représente 7 % des décès masculins par cancer dans cette tranche d'âge.

- chez les femmes, le cancer du sein est prépondérant : il est à l'origine de 41 % des admissions en ALD et de 21 % des décès par cancer. Globalement, 6 % des femmes de 60-74 ans sont en ALD pour cancer du sein. Le cancer colorectal arrive au second rang en terme de morbidité (11 % des admissions en ALD) et de mortalité (11 % des décès par cancer). Le cancer du poumon est également à l'origine de 11 % des décès féminins par cancer dans cette classe d'âge.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux d'admissions en ALD pour cancer entre 65 et 74 ans sont supérieurs de 4 % pour les hommes et proches pour les femmes. Pour les hommes, ce constat est à rapprocher d'une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancers des VADS (+ 11 %), du foie (+ 60 %) de la prostate (+ 9 %) et pour le myélome et les maladies immunoprolifératives malignes (+ 30 %). Pour les deux sexes, on observe également des taux régionaux significativement supérieurs à la moyenne nationale pour le mélanome malin de la peau (+ 22 %) et pour le lymphome malin de Hodgkinien (+ 23 %).

Les taux de patients hospitalisés en MCO au moins une fois en 2015 pour un cancer sont supérieurs de 12 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes. L'analyse par localisation met en évidence des taux de Ligériens hospitalisés particulièrement élevés pour les cancers du foie (+ 55 % par rapport à la moyenne française) et de la prostate (+ 28 %) chez les hommes, et pour tumeurs malignes de la peau non mélaniques pour les deux sexes (+ 33 %).

La mortalité par cancer des 65-74 ans est proche de la moyenne nationale, et les deux seules localisations pour laquelle on observe une situation régionale défavorable sont chez les hommes le cancer du foie (+ 48 %).

La situation très défavorable des Pays de la Loire concernant l'incidence et la mortalité masculines par cancer du foie entre 65 et 74 ans est à mettre en lien avec leurs habitudes des hommes de la région en matière de consommation d'alcool, ce constat étant conforté par la surmortalité par maladies alcooliques du foie ou psychose alcoolique (+ 48 %) des hommes de cette classe d'âge.

À noter enfin le fort taux régional de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année pour tumeurs bénignes colorectales et anales (2 % des hommes et 3 % des femmes), qui dépasse de 59 % la moyenne nationale.



Les affections cardiovasculaires : des maladies très fréquentes notamment chez les hommes, mais une mortalité près de trois fois inférieure à celle des cancers

Le nombre d'admissions en ALD de 65-74 ans pour maladies de l'appareil circulatoire est proche de celui des admissions pour cancer (5 000 admissions annuelles, 32 % des admissions). Mais avec 700 décès annuels, les maladies cardiovasculaires pèsent près de trois fois moins lourd que les cancers dans la mortalité de cette classe d'âge (17 % vs 50 %).

Par rapport à la classe d'âge des 50-64 ans, le taux d'admissions en ALD pour ces affections est multiplié par deux et le taux de mortalité par trois.

Les hommes de 65-74 ans sont, comme dans les classes d'âge précédentes, nettement plus concernés par ces pathologies. Leurs taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés en MCO (au moins une fois) dans l'année et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire sont 2,2 à 2,5 fois supérieurs à ceux des femmes.

Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire sont principalement liées aux cardiopathies ischémiques (32 % des admissions en ALD), devant les troubles de la conduction et du rythme (21 %), puis les maladies cérébrovasculaires et les atteintes artérielles (15 % chacun).

La prévalence des maladies de l'appareil circulatoire est importante chez les 65-74 ans, notamment chez les hommes. Ainsi, 10 % des hommes de 65-74 ans sont en ALD pour cardiopathies ischémiques (contre 2 % des femmes), 4 % pour hypertension artérielle (HTA), 4 % pour atteintes artérielles et 3 % pour troubles de la conduction et du rythme cardiaque.

En terme de mortalité, les cardiopathies ischémiques sont le plus souvent en cause, à l'origine de 31 % des décès par maladies cardiovasculaires de cette classe d'âge (35 % chez les hommes, 21 % chez les femmes). Viennent ensuite les maladies cérébrovasculaires, responsables de 25 % des décès par maladies cardiovasculaires (22 % chez les hommes, 33 % chez les femmes).

Par rapport à la moyenne nationale, la mortalité cardiovasculaire des ligériens de 65-74 ans est très nettement inférieure (- 10 %), cette sous-mortalité régionale s'observant chez les hommes (- 7 %) et surtout chez les femmes (- 16 %). Cette sous-mortalité atteint 13 % pour les cardiopathies ischémiques (9 % pour les hommes, 25 % pour les femmes).

Cet écart région-France se retrouve en matière d'hospitalisations. Le taux de patients hospitalisés en MCO pour maladies de l'appareil circulatoire, bien qu'ayant progressé de 1,4 % par an alors qu'il est resté relativement stable au plan national, reste inférieur de 9 % à la moyenne nationale. L'écart est encore plus marqué pour les cardiopathies ischémiques (- 21 %). Ce constat est identique pour chacun des deux sexes.

Enfin, le taux d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est inférieur à la moyenne nationale chez les femmes (- 6 %) et proche chez les hommes.

15 % des hommes et 9 % des femmes de 65 à 74 ans en ALD pour diabète

Le diabète constitue comme en France le 3^e motif d'admissions en ALD des personnes de 65-74 ans, après les maladies cardiovasculaires et les cancers. 18 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge sont dues à cette pathologie. Dans cette classe d'âge, la prévalence des personnes en ALD pour diabète augmente de façon considérable puisque 12 % des 65-74 ans sont en ALD pour diabète (contre 5 % des 50-64 ans). Les hommes (15 %) sont plus touchés que les femmes (9 %).

4.2.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS

Hernies, arthrose, cataracte : des motifs fréquents d'hospitalisations pour une intervention chirurgicale

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes de 65-74 ans sont également retrouvés avec une fréquence notable par l'analyse des motifs d'hospitalisations en MCO des Ligériens.



Les maladies de l'appareil digestif sont une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de 65-74 ans, 5 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Les pathologies les plus souvent en cause sont les hernies, principalement chez les hommes, et la diverticulose intestinale.

Les maladies ostéoarticulaires motivent également une part importante des hospitalisations dans cette classe d'âge. Près de 4 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Les pathologies liées à l'arthrose sont en cause dans 38 % des cas (principalement coxarthrose et gonarthrose).

3,5 % des personnes de 65-74 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour une cataracte, expliquant le 3^e rang des maladies de l'œil et de ses annexes en terme de taux de patients hospitalisés.

1,4 % des personnes âgées de 65-74 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour lésions traumatiques ou leurs complications et séquelles. Les fractures du membre supérieur sont le plus souvent en cause (24 % des cas), et sont 3 fois plus fréquentes chez les femmes.

Enfin, 2 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires.

ENCADRÉ 10. L'alimentation et la nutrition des personnes âgées

L'alimentation des personnes âgées est un sujet essentiel parce que pour elles comme à tout âge, manger permet de maintenir, voire pour les malades de retrouver une bonne santé physique, et aussi parce que les repas jouent un rôle essentiel en santé mentale, par le plaisir qu'ils procurent, notamment à travers le lien ainsi entretenu avec les autres et avec son environnement [43]. En outre, les maladies chroniques, particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, accélèrent la sarcopénie, c'est-à-dire la diminution de la masse musculaire qui apparaît avec l'âge.

La dénutrition protéino-énergétique est fréquente chez les personnes âgées. À domicile, elle toucherait 3 à 4 % des personnes âgées, et concernerait 25 à 30 % des personnes en situation de perte d'autonomie [44]. En Ehpad, selon une étude menée en 2011, 46 % des résidents présentaient une dénutrition sur la base des critères de la Haute Autorité de Santé (HAS), dont 12 % une dénutrition sévère. Les facteurs qui discriminaient le plus les personnes dénutries de celles qui ne le sont pas sont une dépendance pour l'alimentation, une dépendance pour la mobilité, un score Gir 1 et des troubles de la mastication [45].

Les conséquences de la dénutrition protéino-énergétique sont multiples et bien documentées : augmentation du risque de mortalité en ville comme à l'hôpital, augmentation de la durée de séjour à l'hôpital (en court séjour et en soins de suite), du risque d'infection nosocomiale et d'escarre, de chute et de fracture, de dépendance [44]. Dans ce contexte, le développement de conditions permettant de prévenir la dénutrition des personnes âgées, à domicile, à l'hôpital, en établissement d'hébergement reste d'actualité.

4.3 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 75 À 89 ANS

4.3.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS

Une population en progression d'environ 2 % par an d'ici 2027

La région compte 310 000 personnes de 75-89 ans en 2012, dont 61 % de femmes. Cela représente 9 % de la population régionale totale. Les personnes de cette classe d'âge sont une petite minorité (9 %) à vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cet effectif devrait croître pour atteindre 400 000, ce qui représente une progression annuelle d'environ 2 % [9] [10].

57 % des personnes âgées de 75-89 ans sont en ALD, 34 % sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, 5 % décèdent dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge [Fig11].



Chaque année, 24 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge atteints de problèmes de santé chroniques nécessitant des soins longs et coûteux, ce qui représente près de huit admissions pour 100 habitants. Globalement, 57 % des personnes âgées de 75 à 89 ans sont en ALD. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (68 %) que chez les femmes (51 %).

Plus de 100 000 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de cette classe d'âge. Cela représente 13 % du nombre total des passages, et un taux de 32 passages pour 100 habitants. 59 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation et 40 % par un retour à domicile.

Plus de 105 000 personnes de 75-89 ans, soit 34 % de la population de cette tranche d'âge, ont été hospitalisées en service de court séjour (MCO) au moins une fois au cours de l'année 2015.

Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre, cette même année, 190 000 séjours en MCO de personnes de 75-89 ans, ce qui correspond en moyenne à 1,8 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent près de 980 000 journées d'hospitalisations. La population des 75-89 ans est ainsi à l'origine de 20 % du nombre total de séjours et de 33 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, près de 15 000 Ligériens âgés de 75-89 ans décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de cinq décès pour 100 habitants.

Par rapport à ceux observés pour la classe d'âge des 65-74 ans, les taux d'admissions en ALD et de passages aux urgences des 75-89 ans sont multipliés par deux, le taux de patients hospitalisés en court séjour par 1,2 et celui de mortalité par 3,8.

Une morbidité 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins des 75-89 ans sont 1,4 fois plus élevés pour les admissions en ALD, 1,2 fois plus élevés pour les patients hospitalisés, et 1,6 fois plus élevés pour la mortalité. Mais en raison du poids plus important des femmes dans cette classe d'âge en effectif, la moitié des décès concernent des hommes.

Des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, d'admissions en ALD et de mortalité légèrement inférieurs à la moyenne nationale

Le taux régional de mortalité des 75-89 ans, après une évolution à la baisse assez marquée et équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 2,2 % par an), reste inférieur de 4 % à la moyenne nationale [Fig11]. Au sein des Pays de la Loire, une sous-mortalité est retrouvée dans tous les départements, plus marquée en Maine-et-Loire (- 8 %) et en Mayenne (- 10 %) qu'en Sarthe (- 3 %), Vendée (- 3 %), et Loire-Atlantique (- 2 %).

La fréquence des admissions en ALD des Ligériens de 75-89 ans est également inférieure de 4 % à la moyenne nationale en 2013. Cette situation était déjà observée au milieu des années 2000. La moindre fréquence des admissions en ALD observée dans les Pays de la Loire est retrouvée en Maine-et-Loire (- 6 %), en Mayenne (- 8 %), et en Sarthe (- 10 %).

Depuis 2000, la fréquence des admissions en ALD a connu une tendance évolutive similaire dans la région (augmentation jusqu'en 2011, suivi d'une baisse entre 2011 et 2013) et en France métropolitaine. La rupture de série observée en 2012 peut être rapprochée de la suppression en juin 2011 de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD, ce qui ne permet plus d'admissions dans ce dispositif pour cette pathologie, qui concerne un grand nombre de personnes [Fig11].

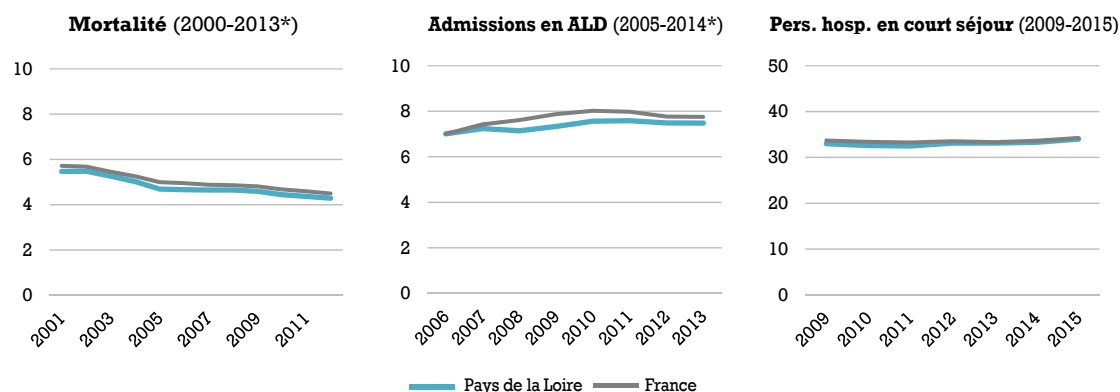
La proportion de Ligériens de 75-89 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) est restée relativement stable entre 2009 et 2015, et très légèrement en dessous de la moyenne nationale [Fig11].

Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig11. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 75-89 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine



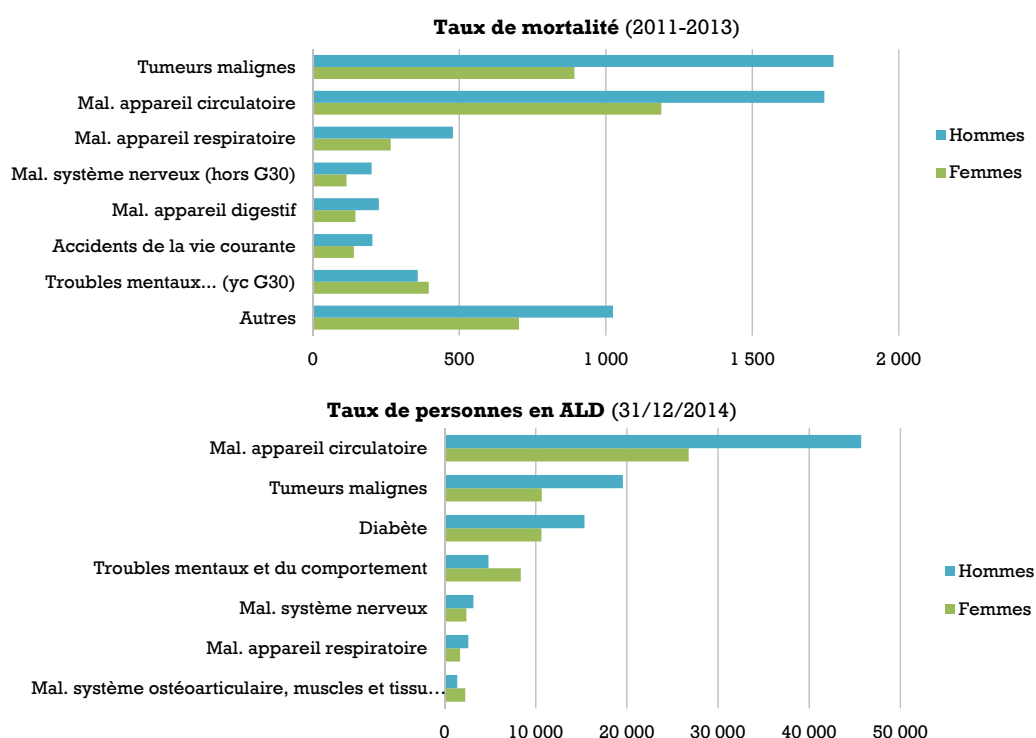
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100, * moyenne sur 3 ans

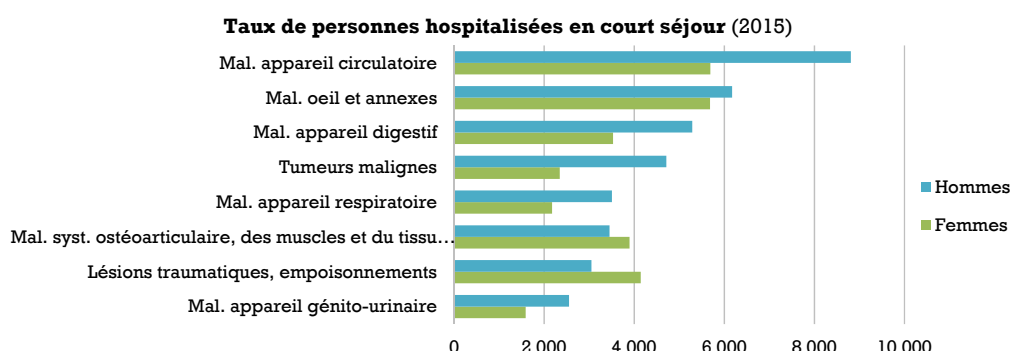
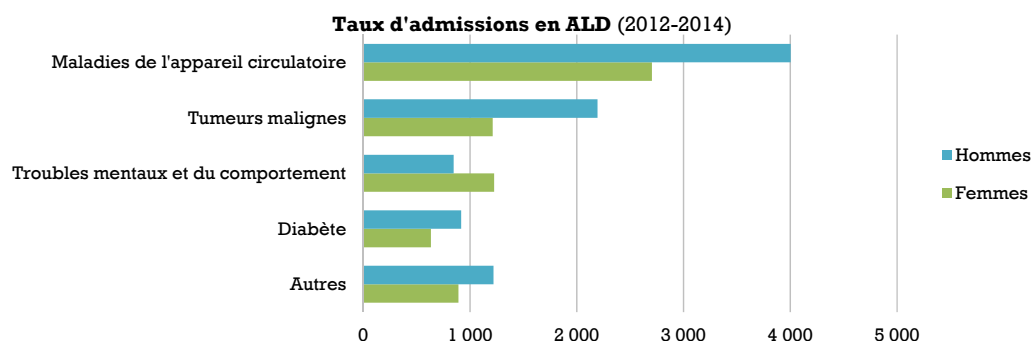
4.3.2 PRINCIPALES AFFECTIONS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS

L'analyse des statistiques relatives aux ALD les plus fréquentes, aux diagnostics principaux d'hospitalisations et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 75-89 ans [Fig12].

Fig12. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 75-89 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

Pays de la Loire





Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes

Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD, d'hospitalisation au moins une fois dans l'année et de mortalité des Ligériens de 75 à 89 ans.

Par rapport à la classe d'âge des 65-74 ans, le taux d'admissions en ALD et le taux de patients hospitalisés sont multipliés par deux, et le taux de mortalité est multiplié par sept.

Le nombre annuel d'admissions en ALD de Ligériens de 75-89 ans pour maladies de l'appareil circulatoire dépasse 10 000, ce qui représente 42 % des admissions de cette classe d'âge. Les principales pathologies à l'origine de ces admissions sont les troubles de la conduction et du rythme, les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires, chez les hommes comme chez les femmes.

Globalement, 10 % des Ligériens âgés de 75 à 89 ans sont en ALD pour cardiopathies ischémiques, 6 % pour les maladies hypertensives, autant pour troubles de la conduction et du rythme, 3,5 % pour atteintes artérielles et pour maladies cérébrovasculaires, et 3 % pour insuffisance cardiaque.

Près de 7 % des Ligériens de 75 à 89 ans ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de MCO avec pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire. Le diagnostic principal est une fois sur quatre l'insuffisance cardiaque (1,8 % des Ligériens), devant les troubles de la conduction et du rythme (1,3 %) et les cardiopathies ischémiques (1,2).

Enfin les maladies cardiovasculaires constituent la cause initiale de 4 400 décès annuels des 75-89 ans, soit 30 % des décès (cancers, 26 %). Les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques pèsent d'un poids équivalent en matière de mortalité, à l'origine chacune d'environ un quart des décès cardiovasculaires dans cette classe d'âge.

Les hommes de 75-89 ans sont plus concernés par les problèmes de santé cardiovasculaires, avec des taux d'admissions en ALD, de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire 1,5 fois supérieurs à ceux des femmes, mais l'écart est nettement moins marqué que dans les classes d'âge précédentes.



Cet écart hommes-femmes s'observe pour tous les indicateurs sauf pour la prévalence des maladies, hypertensives, et il est particulièrement marqué pour les cardiopathies ischémiques. Ainsi, 16 % des hommes sont en ALD pour ces dernières, contre 6 % des femmes.

13 % de la population des 75-89 ans en ALD pour diabète

10 % des admissions en ALD des personnes âgées de 75 à 89 ans sont dues à cette pathologie. Cette classe d'âge est celle où la prévalence des personnes en ALD pour diabète est la plus élevée, approchant 13 %. Les hommes (15 %) sont plus touchés que les femmes (11%).

Les cancers : prostate chez les hommes, sein chez les femmes, côlon-rectum pour les deux sexes

Les taux d'admissions en ALD des 75-89 ans et des patients de cet âge hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO pour cancer sont relativement proches de ceux des 65-74 ans, mais leur taux de mortalité est multiplié par deux. Toutefois, en raison de la croissance très marquée de la morbidité des maladies cardiovasculaires, le poids relatif des cancers recule ainsi considérablement, en cause dans 21 % des admissions en ALD (5 000 par an) et 26 % des décès (3 900 par an), contre respectivement 31 % et 50 % chez les 65-74 ans. Les hommes restent beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, d'hospitalisations et de mortalité deux fois supérieurs.

Certaines localisations ont un poids particulièrement important dans la morbidité et dans la mortalité cancéreuse de cette classe d'âge.

- Chez les hommes, la prostate reste de loin la localisation la plus fréquente. Elle représente en effet 25 % des admissions en ALD pour cancer, devant le côlon-rectum (14 %), la vessie (9 %) et le poumon (8 %). Globalement, 9 % des hommes de 75-89 ans sont en ALD pour cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate se place également au premier rang pour la mortalité par cancer (16 % des décès), devant le cancer du poumon (14 %) et du côlon-rectum (12 %).

- Chez les femmes de 75-89 ans, le cancer du sein est prépondérant en terme de morbidité, puisqu'il est à l'origine de 26 % des admissions en ALD pour cancer et que globalement, 4,6 % des femmes de cette classe d'âge sont en ALD pour cette pathologie. Mais le cancer colorectal, dont le poids en termes d'ALD est moindre (16 % des admissions, 1,5 % des femmes en ALD) pèse d'un poids quasi équivalent au cancer du sein dans la mortalité (environ 14 %).

Par rapport à la moyenne nationale, les taux de personnes de 75-89 ans hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO sont supérieurs d'environ 10 %, pour les hommes comme pour les femmes. L'analyse par localisation met en évidence des taux régionaux particulièrement élevés chez les hommes pour le cancer du foie (+ 33 % par rapport à la moyenne française) et de la prostate (+ 17 %). Pour les deux sexes, on observe des taux supérieurs pour les tumeurs malignes de la peau hors mélanome (+ 38 %). À noter également le fort taux régional de patients hospitalisés en région pour tumeurs bénignes colorectales et anales, supérieur de 47 % à la moyenne nationale.

Le taux d'admissions en ALD pour cancer des 75-89 ans est proche de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes, mais plusieurs localisations connaissent une situation de surmortalité significative. On constate ainsi une plus grande fréquence des admissions en ALD des hommes de 75-89 ans pour les cancers des VADS (+ 10 %) et de l'estomac (+ 30 %) ainsi que pour leucémie (+ 18 %). Pour les hommes comme pour les femmes, les taux régionaux sont également significativement supérieurs pour les cancers du foie (+ 57 %), le mélanome malin de la peau (+ 21 %) le lymphome malin non hodgkinien (+ 23 %) et myélome et les maladies immunoprolifératives malignes (+ 29 %).

Les données de mortalité confortent globalement ces résultats. Ainsi, la mortalité par cancer des 75-89 ans est proche de la moyenne nationale, mais plusieurs localisations connaissent une situation de surmortalité significative. Il s'agit pour les deux sexes du lymphome malin non hodgkinien (+ 20 %), et pour les hommes du



cancer de l'estomac (+ 24 %), du foie (+ 41 %), de la prostate (+ 7 %) et du myélome et des maladies immuno-prolifératives malignes (+ 24 %).

Les troubles mentaux et du comportement voient leur taux augmenter fortement, en lien notamment avec les démences

Les troubles mentaux et du comportement constituent un motif d'admission en ALD pour près de 3 300 personnes de 75 à 89 ans chaque année, ce qui représente 14 % des admissions en ALD dans cette tranche d'âge. La fréquence des taux d'admissions en ALD, qui reste entre deux et trois pour 1 000 entre les classes 25-49, 50-64 et 65-74 ans augmente très nettement, pour atteindre 11 pour 1 000 chez les 75-89 ans. Elle est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 8 et 12 pour 1 000).

Cette montée en charge des troubles mentaux résulte de l'émergence marquée dans cette classe d'âge de la maladie d'Alzheimer et des autres démences, en cause dans plus de 80 % de ces admissions en ALD. Viennent ensuite les troubles de l'humeur, à l'origine de 12 % des admissions pour troubles mentaux dans cette classe d'âge.

Dans cette classe d'âge, 14 000 personnes soit 4 % des Ligériens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autres démences. 10 000 sont des femmes, ce qui représente 5 % de la population féminine de 75-89 ans, et 4 000 sont des hommes (3 %).

4.3.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 À 89 ANS

Cataracte, hernies inguinales et abdominales, arthrose, fractures du col du fémur sont également des motifs fréquents d'hospitalisations en MCO des personnes de 75-89 ans

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes de 75-89 ans sont également retrouvés avec une fréquence notable par l'analyse des motifs d'hospitalisations des Ligériens de cette classe d'âge.

Ainsi, plus de 5 % des habitants de la région âgés de 75-89 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une cataracte, plaçant les maladies de l'œil et de ses annexes au second rang en termes de taux de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année.

Les maladies de l'appareil digestif sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de 75-89 ans, 4 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Le plus souvent en cause : les hernies inguinales et abdominales (16 % des cas) principalement chez les hommes, puis les diverticuloses abdominales, les lithiases biliaires et les occlusions sans mention de hernie.

Les maladies ostéoarticulaires sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation en MCO des personnes de 75-89 ans. Chez les hommes et les femmes, près de 4 % des Ligériens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Pour les deux sexes, les pathologies liées à l'arthrose sont en cause dans plus de 40 % des cas (principalement coxarthrose et gonarthrose).

3,2 % des personnes âgées de 75-89 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année pour lésions traumatiques ou leurs complications et séquelles. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont le plus souvent en cause (26 % des cas), et sont deux fois plus fréquentes chez les femmes, en lien avec l'ostéoporose dont l'incidence augmente particulièrement chez les femmes après la ménopause.

Enfin, 3,6 % des Ligériens de cette classe d'âge sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires.



ENCADRÉ 11. Les chutes des personnes âgées en Pays de la Loire

Les chutes sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées, mais l'incidence et la prévalence de ces événements varient fortement selon les études. Par contre, il y a consensus sur le fait que la fréquence des chutes augmente avec l'âge, et qu'elle est plus élevée chez les personnes âgées vivant en institution.

Les chutes résultent en général de l'intrication de plusieurs facteurs prédisposants et précipitants, liés à la personne elle-même et à son environnement. Les facteurs de risque intrinsèques sont principalement les troubles de l'équilibre, de la posture et de la marche, la sédentarité, la faiblesse musculaire, la dénutrition, l'obésité, les déficits sensoriels, les troubles cognitifs, la dépression, l'arthrose, l'incontinence urinaire, l'hypotension orthostatique, la prise de psychotropes. L'ostéoporose constitue quant à elle un facteur de gravité, en favorisant la survenue de fracture.

L'existence d'une chute antérieure constitue le meilleur facteur prédictif d'une nouvelle chute, et les chutes répétées constituent d'ailleurs un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les personnes âgées.

La peur de tomber, qui est plus présente chez les personnes vivant seules, constitue également un facteur de risque de chute, conduisant à la restriction d'activité. Ainsi, même en l'absence de blessure grave - ce qui est le plus souvent le cas - la chute peut avoir des conséquences psychologiques importantes entraînant un déclin accéléré des capacités fonctionnelles [46] [47].

Les chutes donnant lieu à un recours aux soins sont mal repérées dans les bases de données médico-administratives, et notamment dans les diagnostics de passage aux urgences et d'hospitalisation, en l'absence fréquente de codage des causes extérieures, mais aussi en raison de la fréquence des situations de comorbidité.

Dans les Pays de la Loire, la traumatologie constitue le diagnostic principal de 20 000 passages aux urgences de personnes âgées de 75 ans et plus en 2015, soit 23 % du nombre total des passages concernant cette classe d'âge. Les atteintes les plus fréquentes concernent les membres inférieurs et supérieurs, et la tête et le cou [7].

Près de 4 000 Ligériens âgés de 75 ans et plus ont été hospitalisés en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur au moins une fois en 2015, dont 3 000 femmes. A structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour fracture du col de fémur est inférieure de 7 % à la moyenne nationale. Au cours de la période 2009-2015, elle a diminué de manière un peu plus prononcée en région (-1,6 % par an) qu'en France (-1,1 %) [5].

300 décès directement liés aux chutes sont recensés chaque année dans la population régionale âgée de 75 ans et plus. Cela correspond à une mortalité proche de la moyenne nationale. Le taux de mortalité féminins sont nettement inférieurs aux taux masculins et ils ont diminué depuis le début des années 2000 (-1,0 % par an dans la région), alors que les taux masculins sont restés globalement stables sur cette période [1].

4.4 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS

4.4.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS

Une population dont l'effectif va presque doubler d'ici 2027

La région compte 35 000 personnes de 90 ans et plus en 2012, dont 74 % de femmes. Cela représente 1 % de la population régionale totale. 42 % des personnes de cette classe d'âge vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. D'ici 2027, cette population devrait voir son effectif quasiment doubler pour atteindre 66 000, ce qui représente une progression de plus de 90 % [9] [10].

Les trois quarts des personnes de 90 ans et plus sont en ALD, la moitié sont hospitalisées en MCO au moins une fois dans l'année, près de 20 % décèdent dans l'année

Les données d'admissions en ALD et de prévalence globale des ALD dans la population, ainsi que celles concernant les hospitalisations en MCO et la mortalité illustrent l'importance de la morbidité dans cette classe d'âge.



Chaque année, près de 4 000 admissions en ALD sont prononcées pour des Ligériens de cette classe d'âge, ce qui représente plus de 10 admissions pour 100 habitants. Globalement, 74 % des personnes de cette classe d'âge sont en ALD. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (87 %) que chez les femmes (70 %).

27 000 passages dans les services d'urgences des Pays de la Loire ont concerné en 2015 des personnes de 90 ans et plus. Cela représente 3 % du nombre total de passages, et un taux de 63 passages pour 100 habitants. 67 % de ces passages se sont terminés par une hospitalisation.

18 600 personnes de 90 ans et plus, soit 49 % de la population de cette tranche d'âge, ont été hospitalisées en MCO au moins une fois au cours de l'année en 2015. Certains de ces patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises car on enregistre, cette même année, 30 500 séjours en MCO de personnes de 90 ans et plus, soit en moyenne 1,6 séjour par patient. Et globalement, ces séjours représentent près de 220 000 journées d'hospitalisation. La population des 90 ans et plus est ainsi à l'origine de 13 % du nombre total de séjours et de 8 % du nombre total de journées en MCO des habitants de la région.

Enfin, près de 7 000 Ligériens âgés de 90 ans et plus décèdent en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité de 19 décès pour 100 habitants.

Par rapport à la classe d'âge des 75-84 ans, le taux de patients hospitalisés est multiplié par 1,4, celui des admissions en ALD par 1,3, celui des passages aux urgences par 2 et le taux de mortalité par 4.

Les écarts hommes-femmes se réduisent, notamment en terme de mortalité

Par rapport aux taux féminins, les taux masculins de cette classe d'âge sont 1,3 fois plus élevés pour les admissions en ALD et pour les patients hospitalisés, et 1,2 fois plus élevés pour la mortalité.

Des taux d'admissions en ALD inférieurs à la moyenne nationale, des taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité proches de cette moyenne

Le taux régional de mortalité des 90 ans et plus, après une évolution à la baisse équivalente à celle observée en France métropolitaine entre 2001 et 2012 (- 1,6 % par an), reste légèrement inférieur de 2 % à la moyenne nationale [Fig13]. Au sein de la région, une sous-mortalité est retrouvée de façon significative en Maine-et-Loire (- 4 %). Dans les quatre autres départements, la situation est proche de la moyenne nationale.

La fréquence régionale des admissions en ALD des Ligériens de 90 ans et plus ans est inférieure de 9 % à la moyenne nationale en 2013. Cette situation était déjà observée au milieu des années 2000. Cette moindre fréquence des admissions en ALD en Pays de la Loire est retrouvée dans les cinq départements de la région, avec un écart qui atteint 17 % en Sarthe, 10 % en Mayenne et en Vendée, 7 % en Maine-et-Loire et 6 % en Loire-Atlantique.

Depuis 2000, la fréquence des admissions en ALD a augmenté de façon importante dans la région comme en France. Cette hausse atteint 4,8 % par an en Pays de la Loire entre 2006 et 2013 [Fig13].

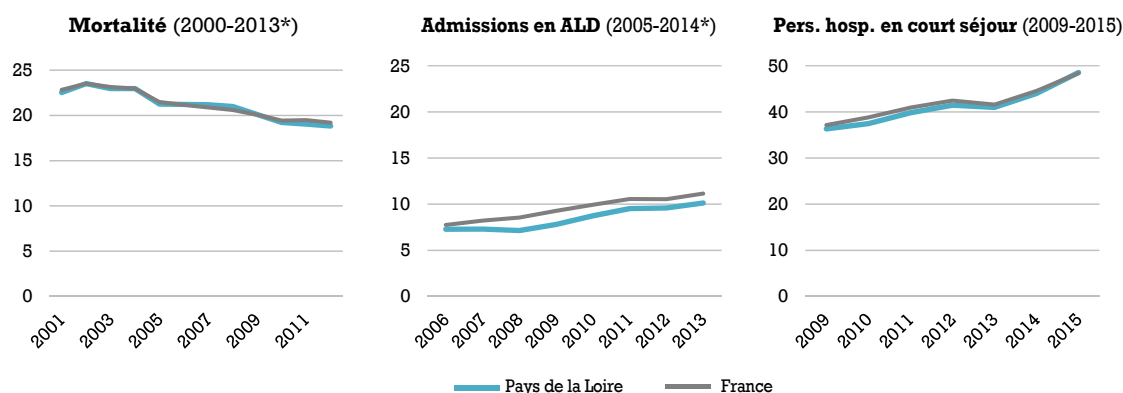
La proportion de Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO) a également fortement augmenté entre 2009 et 2015 (+ 4,9 % par an). En lien avec cette progression, un peu plus marquée qu'au niveau national, le taux de patients de 90 ans et plus hospitalisés en MCO est désormais proche de la moyenne nationale [Fig13].

Ces résultats établis à partir des données d'ALD et du PMSI doivent être toutefois considérés avec précaution, au regard des limites de ces sources [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig13. Évolution des taux de mortalité, d'admissions en ALD, de personnes hospitalisées en court séjour chez les 90 ans et plus

Pays de la Loire, France métropolitaine



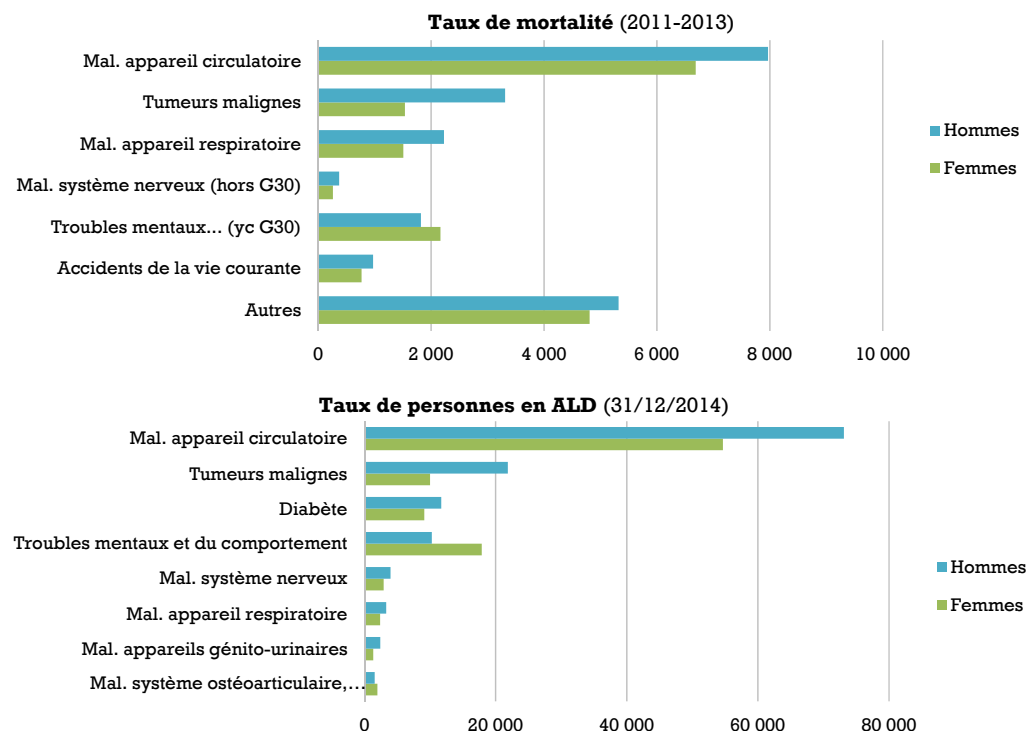
Sources : Inserm Cépidc ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100, * moyenne sur 3 ans

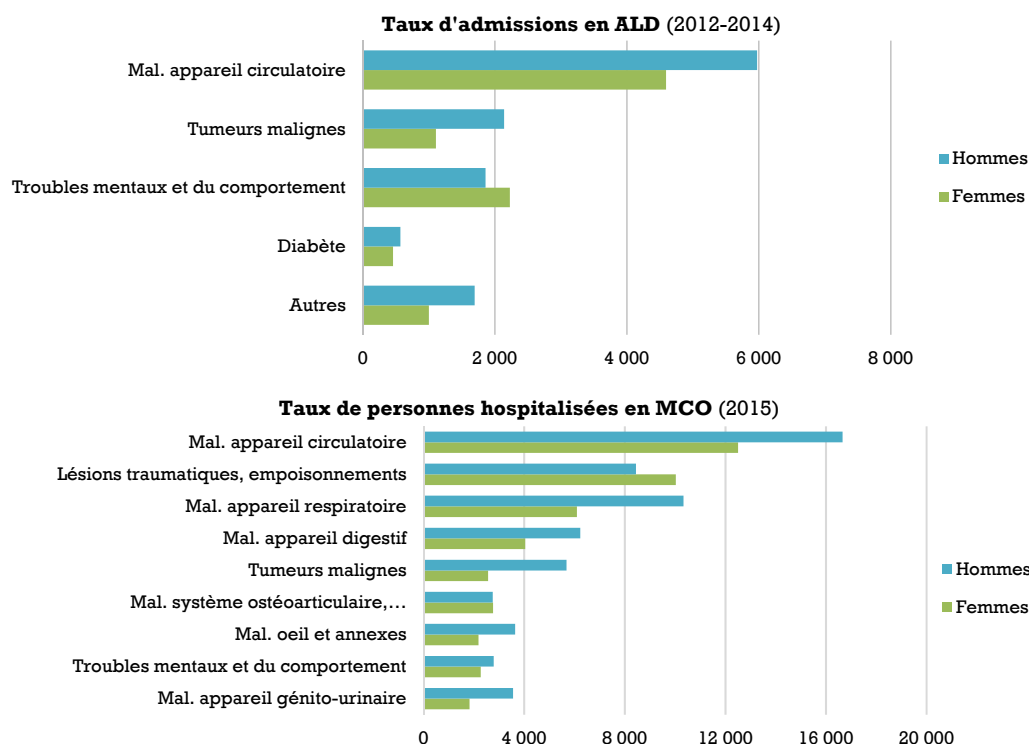
4.4.2 PRINCIPAUX ENJEUX DE SANTÉ DE LA POPULATION DES PERSONNES DE 90 ANS ET PLUS

L'analyse des statistiques relatives aux ALD les plus fréquentes, aux diagnostics principaux d'hospitalisation et aux causes médicales de décès, ainsi que la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 90 ans et plus [Fig14].

Fig14. Taux de mortalité, d'ALD (prévalence et incidence) et d'hospitalisations en court séjour chez les 90 ans et plus selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

Pays de la Loire





Sources : Inserm Cépidec ; Cnamts, MSA, RSI ; PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Les maladies de d'appareil circulatoire restent au premier plan

Chez les personnes âgées de 90 ans et plus, les maladies cardiovasculaires restent prépondérantes tant en terme de morbidité que de mortalité.

Elles constituent la première cause d'admissions en ALD, concernant 49 % des personnes de cette classe d'âge admises dans ce dispositif. Les principales pathologies à l'origine de ces admissions sont l'insuffisance cardiaque et les troubles de la conduction et du rythme, chez les hommes comme chez les femmes.

Globalement, 15 % des Ligériens de 90 ans et plus sont en ALD pour cardiopathies ischémiques, 10 % pour les maladies hypertensives, 9 % pour troubles de la conduction et du rythme et 8 % pour insuffisance cardiaque. À l'exception des maladies hypertensives, plus souvent en cause chez les femmes, les hommes sont plus souvent en ALD pour ces différentes pathologies, notamment pour cardiopathies ischémiques (21 % contre 13 % des femmes).

Les maladies cardiovasculaires constituent également le motif le plus fréquent d'hospitalisation pour cette classe d'âge. Près de 14 % des personnes âgées de 90 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2015 avec pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire, et dans près d'un cas sur deux (6 % de la population), il s'agit d'une insuffisance cardiaque.

Enfin, ces pathologies pèsent d'un poids considérable dans la mortalité de cette classe d'âge, globalement en cause dans 37 % des décès chez les hommes comme chez les femmes.

Le diabète reste également fréquent chez les personnes de 90 ans et plus, puisque près de 10 % d'entre elles sont en ALD pour cette affection. Les hommes sont plus souvent concernés que les femmes (respectivement 12 et 9 %).



Les troubles mentaux, et en particulier les démences, prennent une place importante au-delà de 90 ans

La fréquence des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement est deux fois plus élevée chez les Ligériens de 90 ans et plus que chez les 75-89 ans, atteignant 21 pour 1 000 (vs 11 pour 1 000). Ces affections constituent le motif d'admission en ALD d'environ 800 personnes de 90 ans et plus chaque année, ce qui représente 21 % des admissions en ALD dans cette tranche d'âge, au second rang derrière les maladies de l'appareil circulatoire. La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont en cause dans 90 % de ces admissions.

Globalement, environ 5 000 personnes soit 13 % des Ligériens de 90 ans et plus sont en ALD pour une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence. 4 200 sont des femmes, ce qui représente 15 % de la population féminine de 75-89 ans, et 800 des hommes (9 %).

Les cancers restent des pathologies fréquentes et graves, mais relativement moins présentes que dans les classes d'âge précédentes

Par rapport à la classe d'âge des 75-89 ans, les admissions en ALD pour cancer des personnes âgées de 90 ans et plus sont moins fréquentes, mais les taux de patients hospitalisés en MCO pour ces pathologies sont proches et le taux de mortalité est 1,6 fois plus élevé.

Toutefois, en raison de la croissance très marquée des autres pathologies, le poids relatif des cancers recule considérablement dans la morbidité. Ils sont ainsi en cause dans 14 % des admissions en ALD dans cette classe d'âge et dans 11 % des décès.

Les hommes restent beaucoup plus atteints que les femmes, avec des taux d'admissions en ALD, de mortalité et de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année, deux fois supérieurs.

Chez les hommes de plus de 90 ans, la morbidité cancéreuse est largement dominée par le cancer de la prostate, en cause dans 29 % des admissions en ALD, devant le côlon-rectum (16 %), la vessie (8 %) et le poumon (4 %). Globalement, 11 % des hommes de 90 ans et plus sont en ALD pour cancer de la prostate. Ce cancer se place également au premier rang pour la mortalité (33 % des décès masculins par cancer), avec toujours une surmortalité régionale significative (+ 21 %). Vient ensuite le cancer du côlon-rectum (12 % des décès par cancer). Chez les femmes de 90 ans et plus, le cancer du sein et le cancer colorectal sont les deux cancers les plus fréquents en termes d'admissions en ALD (respectivement 23 et 17 %), mais contrairement à ce qui est observé dans les autres classes d'âge, la mortalité par cancer colorectal dépasse la mortalité par cancer du sein (respectivement 19 et 16 % des décès par cancer).

S'y ajoutent, pour les deux sexes, les cancers non mélaniques de la peau, qui concernent la moitié des personnes de 90 ans et plus hospitalisées au moins une fois dans l'année pour un cancer. Le taux de patients de 90 ans et plus hospitalisés en MCO en 2015 pour ce type de cancer dépasse de 50 % la moyenne nationale, expliquant le fort taux régional de patients de cette classe d'âge hospitalisés en MCO au moins une fois dans l'année pour cancer (+ 20 % par rapport à la moyenne nationale).

Par contre, les taux d'admissions en ALD et de mortalité par cancer des 90 ans et plus sont proches de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes.

Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles, seconde cause d'hospitalisation en MCO des personnes très âgées

Les lésions traumatiques et leurs complications et séquelles constituent la seconde cause d'hospitalisation des personnes âgées de 90 ans et plus, en lien avec la fréquence des chutes et la fragilité osseuse dans cette population. 3 500 personnes de cette classe d'âge, soit 9 % sont hospitalisées chaque année pour ce motif. Les fractures du col du fémur sont le plus souvent en cause (36 % des cas), devant les traumatismes crâniens (13 %), les fractures des vertèbres, côtes et bassin (11 %), et celles des membres supérieurs (11 %).



Les taux de patients hospitalisés pour lésions traumatiques et notamment fractures du col du fémur sont plus élevés chez les femmes.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux régionaux de patients hospitalisés pour lésions traumatiques et notamment fractures du col du fémur sont inférieurs de respectivement 5 % et 7 % pour les femmes, et proche pour les hommes.

Les décès par accidents de la vie courante (chutes principalement) sont en cause dans 8 % des décès des Ligériens de 90 ans et plus, la mortalité régionale étant proche de la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes.

7 % des Ligériens de 90 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une maladie de l'appareil respiratoire, pneumopathie infectieuse dans la moitié des cas

Les maladies respiratoires constituent la 3^e cause d'hospitalisation en MCO des personnes âgées de 90 ans et plus, après les maladies de l'appareil circulatoire et les lésions traumatiques. 2 800 personnes, de cette classe d'âge, soit 7 % de cette population (10 % des hommes et 6 % des femmes) sont hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO pour une maladie de l'appareil respiratoire. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'une pneumopathie infectieuse.

Les taux de personnes hospitalisées pour maladies de l'appareil respiratoire sont 1,7 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Par rapport à la moyenne nationale, les taux régionaux de patients hospitalisés pour maladies de l'appareil respiratoire sont inférieurs de 11 % pour les femmes, et proches pour les hommes.

Enfin, les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 9 % des décès (3,6 % pour les pneumopathies infectieuses), cette mortalité étant globalement proche de la moyenne nationale.

4.4.3 AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 90 ANS ET PLUS

Symptômes, occlusion intestinale, cataracte restent des motifs fréquents d'hospitalisation dans cette classe d'âge

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé des personnes très âgées sont également retrouvées par l'analyse des motifs d'hospitalisation des Ligériens âgés de 90 ans et plus.

Les symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires se placent au 4^e rang des motifs les plus fréquents, avec 6 % des Ligériens hospitalisés de 90 ans et plus au moins une fois dans l'année pour un tel motif.

Les maladies de l'appareil digestif sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de plus de 90 ans, 5 % des Ligériens (6 % des hommes et 4 % des femmes sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif). Les pathologies en cause sont une fois sur cinq une occlusion intestinale sans mention de hernie.

Enfin, 2 % des Ligériens de 90 ans et plus ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une cataracte.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.
- [10] Insee Pays de la Loire. Projections de population Pays de la Loire 2012-2027. Modèle Omphale.
- [11] 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.
- [12] Charpin JM. (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. 60 p.
- [13] Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [14] ARS Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. Synthèse. Projet régional de santé 2018-2022. 16 p.
- [15] Insee. (2016). Espérance de vie - Mortalité. In *Tableaux de l'économie française. Édition 2016*. Éd. Insee. 34-35.
- [16] Aguer O, Goin A. (2016). Une démographie dynamique malgré un léger ralentissement. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 27. 4 p.
- [17] Bonmarin I, Raguenaud MÉ, Brouard C, et al. (2015). Grippe 2014-2015 : une épidémie de forte intensité. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 32-33. pp. 591-616.
- [18] Hubert B, Fortin N, Barataud D, et al. (2016). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2014-2015. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 32. pp. 2-7.
- [19] Drees. (2016). Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014. Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors. 218 p.
- [20] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [21] Cnamts. (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). 189 p.
- [22] Vellas B, Iglesia Gomez M, Jeandel C, et al. (2015). Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc. Société française de gériatrie et gérontologie. 226 p.
- [23] Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE. *Irdes*. 20 p. (Document de travail n° 60).
- [24] Sirven N. (2013). Fragilité et prévention de la perte d'autonomie Une approche en économie de la santé. *Questions d'Économie de la Santé*. *Irdes*. n° 184. 6 p.
- [25] Drees. STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>.
- [26] Drees. Data.Drees : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,546.
- [27] Calvet L, Montaut A. (2013). Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Des dépenses comparables en institution et à domicile. *Dossiers Solidarité et Santé*. Drees. n° 42. 28 p.
- [28] Legendre D. (2016). Six bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sur dix vivent en établissement. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 53. 2 p.
- [29] Gérontopôle autonomie longévité des Pays de la Loire. (2016). Habiter et avancer en âge : nouvelles formes de logement. *Bleu*. n° 5. 12 p.



- [30] Chaillot P, Hamzaoui L. (2017). Inégalités femmes-hommes du baccalauréat à la retraite. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 65. 2 p.
- [31] Trabut L, Gaymu J. (2016). Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. *Population & Sociétés*. Ined. n° 539. 4 p.
- [32] Besnard S, Loizeau P. (2016). 101 600 personnes vivent en communauté, principalement en maison de retraite et en internat. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 55. 2 p.
- [33] Volant S. (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et Résultats*. Drees. n° 899. 6 p.
- [34] Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. (2012). Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. *Études*. Insee Pays de la Loire. n° 101. 6 p.
- [35] Drees. Data.Drees : L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS). [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,2060.
- [36] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.
- [37] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.
- [38] Calvet L, Pradines N. (2016). État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. *Études et Résultats*. Drees. n° 988. 4 p.
- [39] ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2013). Conditions d'exercice et activité des chirurgiens-dentistes omnipraticiens des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire. 64 p.
- [40] ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- [41] ORS Pays de la Loire, URPS masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. 70 p.
- [42] Rolland Y. (2010). Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvements... Présentation de la 1ère étude française quantifiant l'importance des transferts hospitaliers dans les maisons de retraite médicalisées et leurs conséquences. Nouvelles données, nouveaux profils, vers quelles perspectives ? Étude Pleiad, Gérotopôle Toulouse. 37 p. [Diaporama].
- [43] Gérotopôle autonomie longévité des Pays de la Loire. (2015). Alimentation et nutrition chez la personne âgée. *Bleu*. n° 4. 12 p.
- [44] HAS. (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Argumentaire. 159 p.
- [45] Blin P, Ferry M, Maubourguet-Ake N, et al. (2011). Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *La Revue de Gériatrie*. vol. 36, n° 3. pp. 127-134.
- [46] Inserm. (2014). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Synthèse et recommandations. Expertise collective. Les éditions Inserm. 95 p.
- [47] Podvin-Deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, et al. (2015). Prévention des chutes en EHPAD. *La Revue de Gériatrie*. vol. 40, n° 6. pp. 355-362.

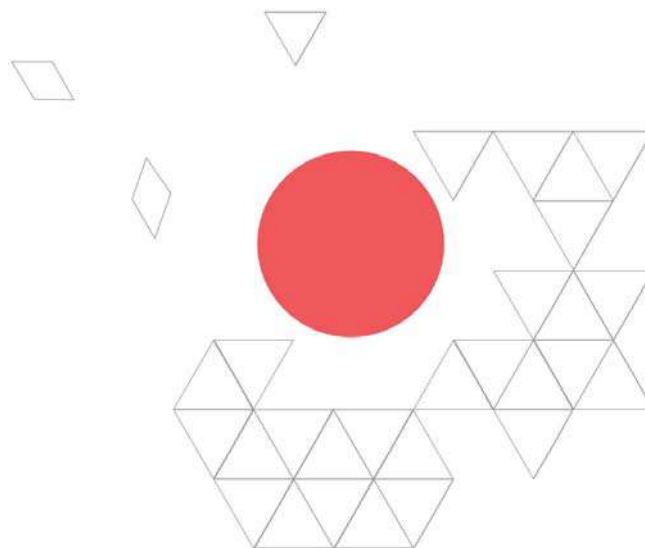


PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES

1. Cancers	159
2. Maladies cardiovasculaires	181
3. Diabète, surpoids et obésité	197
4. Troubles mentaux et du comportement	213
5. Maladies respiratoires	249
6. Enjeux actuels et à venir liés aux infections	261



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES



CANCERS

*Dr Jean-François Buyck, Lise Mandigny, Dr Anne Tallec
avec la contribution du Pr Mario Campone (Institut de cancérologie de l'Ouest) et
du Dr Florence Molinié (Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée)*

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	161
1.1 ENSEMBLE DES CANCERS	162
Près de 4 % des Ligériens sont atteints d'une maladie cancéreuse	162
Stabilité du taux d'incidence mais augmentation du nombre de cas de cancers	163
Un taux de Ligériens hospitalisés en court séjour pour cancer relativement stable	165
Les cancers à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans	166
1.2 LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET GRAVES	168
2 000 nouveaux cas de cancer colorectal chaque année dans la région	168
Cancer du poumon : une situation en forte dégradation chez les femmes mais les Ligériens restent globalement moins touchés	170
Environ 230 Ligériennes de moins de 65 ans décèdent chaque année d'un cancer du sein	171
Une morbidité régionale par cancer de la prostate supérieure à la moyenne nationale	172
1.3 CANCERS AFFECTANT PARTICULIÈREMENT LES LIGÉRIENS	174
Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes de la région et sa morbidité tend à augmenter	174
Une situation régionale également défavorable pour les cancers des VADS chez les hommes, en particulier en Loire-Atlantique	175
Environ 160 décès par cancer de la peau dans la région en 2015	176
Certaines hémopathies malignes plus fréquentes en Pays de la Loire	176
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	178

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Des inégalités sociales face au cancer de plus en plus marquées	162
ENCADRÉ 2. Sources et méthodes permettant d'estimer l'incidence des cancers	164
ENCADRÉ 3. Le Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée	165
ENCADRÉ 4. Dépistage individuel et dépistage organisé du cancer colorectal	170
ENCADRÉ 5. Problématique de l'utilisation du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate	173



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Cancers



1 CANCERS

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les cancers affectent plus de 136 600 personnes dans la région, soit près de 4 % des Ligériens. Ces pathologies représentent la première cause de décès tous âges confondus, et sont à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans, constituant ainsi la première cause de mortalité prématurée. Le taux de survie, 5 ans après un diagnostic de cancer, est désormais proche de 60 % et s'améliore pour la plupart des localisations cancéreuses.

La mortalité par cancer des Ligériens tend comme en France à diminuer et est actuellement proche de celle de la moyenne nationale. Le taux régional d'admissions en affection de longue durée (ALD), qui permet une approche de l'incidence, et le taux de personnes hospitalisées en service de court séjour pour cancer sont par contre relativement stables et un peu plus élevés dans la région. Enfin, en lien également avec le vieillissement de la population, le nombre annuel d'admissions en ALD pour cancer parmi les habitants des Pays de la Loire est en nette augmentation, proche de 18 500 en 2014 contre 16 500 en 2005.

Ce constat régional global masque toutefois une situation plus favorable chez les femmes que chez les hommes. Chez ces derniers, la fréquence des admissions en ALD pour cancer dépasse en effet la moyenne nationale de 4 %, la fréquence des hospitalisations lui est supérieure de 10 %.

Les cancers du poumon, du côlon-rectum, du sein et de la prostate constituent les cancers les plus fréquents et les plus graves dans les Pays de la Loire, comme au plan national. L'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont moindres dans la région, mais alors que la morbidité pour cette affection semble se stabiliser, voire reculer ces dernières années chez les hommes, elle s'est comme en France accrue de manière considérable chez les femmes, en lien avec l'augmentation de la fréquence du tabagisme. Concernant les cancers colorectaux, la mortalité régionale est sensiblement identique à la moyenne nationale, malgré une incidence masculine légèrement plus élevée dans la région. Le cancer du sein, dont le poids est majeur chez les femmes, ne présente pas de spécificité régionale par rapport à la population française. En revanche, la situation des Pays de la Loire semble défavorable pour le cancer de la prostate, avec une incidence et une mortalité nettement supérieures à la moyenne nationale.

La fréquence de certains autres cancers apparaît également plus importante dans la région. La population ligérienne masculine est notamment particulièrement affectée par les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et les cancers du foie, localisations pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque bien établi. Enfin les cancers cutanés, et certaines hémopathies malignes apparaissent plus fréquents dans la région qu'au plan national.

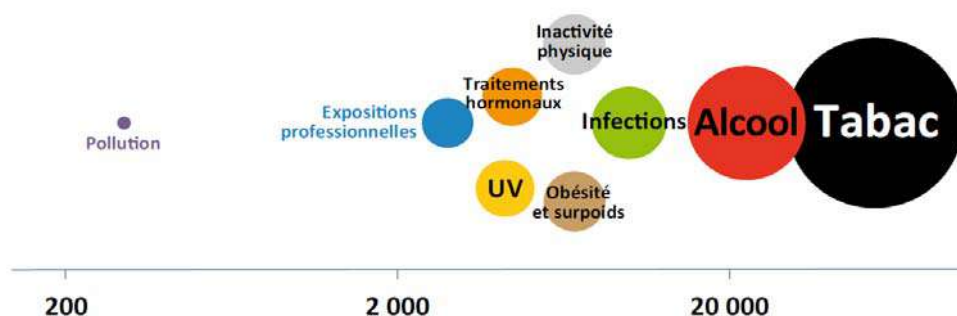
En Pays de la Loire, le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation du tabagisme et des consommations excessives d'alcool et à la dégradation relative des habitudes nutritionnelles laissent présager une augmentation de l'incidence régionale du cancer dans les années à venir. L'augmentation de la survie liée aux progrès thérapeutiques conduira en outre à une augmentation de la prévalence des cancers. Enfin, l'augmentation du nombre de cancers touchant des personnes âgées nécessitera une adaptation des prises en charge, en raison notamment des risques majorés de complications thérapeutiques.

Le cancer correspond à une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe pouvant être situé dans toute partie de l'organisme. À la différence des tumeurs bénignes, les cancers ou tumeurs malignes ont une aptitude à disséminer à distance du cancer primitif en créant des foyers secondaires (métastases).

Le risque de cancer augmente avec l'âge et présente dans certains cas un caractère héréditaire. En dehors de ces situations, les principaux facteurs de risque de cancer sont liés aux comportements et à l'environnement. Parmi les comportements à risque, le tabagisme est un grand pourvoyeur de cancer (un cas de cancer sur cinq lui serait attribuable), de même que la consommation d'alcool. Le rôle des facteurs nutritionnels est désormais bien établi (facteurs de risque pour la surcharge pondérale et l'inactivité physique, facteurs de risque ou de protection pour certains aliments ou types d'alimentation), comme celui des infections. Au niveau environnemental, les expositions professionnelles, les rayonnements ultraviolets, et à un moindre degré de la pollution atmosphérique sont également des facteurs de risque bien identifiés [Fig1] [1] [2]. Le taux de survie, 5 ans après un diagnostic de cancer, est désormais proche de 60 % et s'améliore pour la plupart des localisations cancéreuses [3].



Fig1. Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer
France (2000)



Source : INCa. (2015). La prévention primaire des cancers en France. 8 p.
Infections : *Helicobacter pylori*, Papillomavirus, Hépatites B et C, Epstein-Barr

Ce chapitre décrit l'état de santé de la population ligérienne relatif à l'ensemble des cancers, puis fait un focus sur les localisations cancéreuses les plus fréquentes (côlon-rectum, poumon, sein et prostate) ainsi que sur les localisations affectant particulièrement la population ligérienne (foie, VADS¹, peau, et certaines hémopathies malignes).

1.1 ENSEMBLE DES CANCERS

Près de 4 % des Ligériens sont atteints d'une maladie cancéreuse

Le nombre total de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour tumeur maligne par les trois principaux régimes d'assurance maladie est utilisé ci-après pour approcher la prévalence régionale des cancers, c'est-à-dire le nombre total de cas de ces affections parmi les habitants des Pays de la Loire, à un moment donné.

Plus de 136 600 personnes, soit 3,7 % de la population des Pays de la Loire, étaient en ALD pour cancer à la fin de l'année 2014 dans la région. 49 000 de ces personnes étaient âgées de moins de 65 ans, ce qui représente 1,6 % des Ligériens de cette classe d'âge. Ces proportions sont très proches de la moyenne nationale (respectivement 3,6 et 1,6 %).

Au sein de la région, la Sarthe et la Vendée sont les départements où la part des habitants en ALD pour cancer est la plus importante (4,2 % de la population). Viennent ensuite la Mayenne (3,9 %), la Loire-Atlantique (3,5 %), puis le Maine-et-Loire (3,3 %).

ENCADRÉ 1. Des inégalités sociales face au cancer de plus en plus marquées

L'impact des inégalités sociales est visible tout au long du parcours du patient atteint de cancer, avec un gradient social en défaveur des catégories socioéconomiques les plus modestes. Les comportements favorisant la survenue d'un cancer, comme le tabagisme ou certaines habitudes nutritionnelles, sont notamment plus fréquents dans les classes sociales les moins favorisées, parfois en raison d'une mauvaise perception des effets cancérigènes liés à ces comportements à risque [4] [5]. *A contrario*, des pratiques de prévention comme la vaccination (contre les papillomavirus humains ou HPV) et le dépistage sont moins fréquentes parmi ces populations [6]. Après un diagnostic de cancer, les soins peuvent être contraints par des difficultés de remboursement (restes à charge persistants malgré le statut d'ALD) ou par des inégalités territoriales d'accès à certaines offres de soins [7]. Ces différents aspects expliquent les fortes inégalités sociales observées en France en matière de mortalité liée au cancer, ces inégalités ayant eu tendance à se creuser au fil du temps [8].

¹ Voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx.



Stabilité du taux d'incidence mais augmentation du nombre de cas de cancers

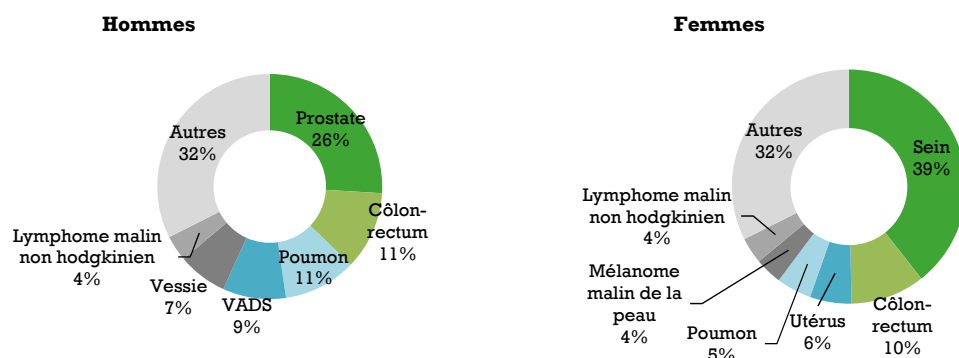
Les données relatives aux admissions annuelles en ALD ont été choisies dans cette étude pour analyser l'incidence des cancers (c'est-à-dire le nombre annuel de nouveaux cas) à l'échelle régionale et départementale, les autres données disponibles étant un peu anciennes ou ne couvrant pas l'intégralité du territoire régional [ENCADRÉ 2]. Les résultats ainsi obtenus doivent toutefois être interprétés avec précaution. En effet, les données d'ALD peuvent dans certains cas sous-estimer l'incidence réelle des cancers (personnes non diagnostiquées, demandes d'admissions en ALD non systématiques, personnes déjà admises en ALD pour une autre affection), ou au contraire la surestimer (renouvellement d'admission). De plus, l'évolution des taux d'admissions en ALD n'est pas uniquement liée aux variations épidémiologiques ou démographiques. Le nombre d'admissions est en effet très sensible aux modifications des règles médico-administratives, mais aussi à toute nouvelle action visant à dépister plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Dans les Pays de la Loire, environ 18 500 personnes ont été admises en ALD pour cancer chaque année en moyenne en 2012-2014. Ces affections sont ainsi à l'origine de 24 % de l'ensemble des admissions en ALD pour cette période. En 2005-2007, le nombre annuel de personnes admises en ALD pour cancer était nettement moins important, proche de 16 500.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est particulièrement fréquent, à l'origine de 26 % des admissions en ALD pour cancer et de façon globale de 7 % de l'ensemble des admissions en ALD chez les hommes. Viennent ensuite le cancer colorectal (11 % des admissions en ALD pour cancer), le cancer du poumon (11 %) et le cancer des VADS (9 %).

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin le plus fréquent (39 % des admissions en ALD pour cancer et 13 % de l'ensemble des admissions chez les femmes), devant le cancer colorectal (10 %) [Fig2].

Fig2. Répartition des admissions en ALD pour cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).
Utérus : col et corps de l'utérus.



ENCADRÉ 2. Sources et méthodes permettant d'estimer l'incidence des cancers

Santé publique France utilise une méthodologie basée sur les données d'admissions en ALD, les séjours hospitaliers et la mortalité pour obtenir des estimations d'incidence par localisation cancéreuse, notamment grâce à une confrontation de l'incidence ainsi estimée aux données des registres des cancers. Étant donné les limites de cette modélisation, ces estimations ne sont calculées que pour les localisations cancéreuses les plus fréquentes. De plus, en raison notamment de la complexité de mise en œuvre de cette méthode, les publications les plus récentes de Santé publique France donnent des estimations d'incidence concernant la période 2008-2010 [9].

Les registres des cancers fournissent les résultats d'incidence les plus fiables, car ils recueillent de manière exhaustive tous les cas de cancers survenant sur le territoire qu'ils couvrent. En Pays de la Loire, un registre bi-départemental couvre la Loire-Atlantique et la Vendée. Des données d'incidence plus précises sont donc disponibles pour ces deux départements [10].

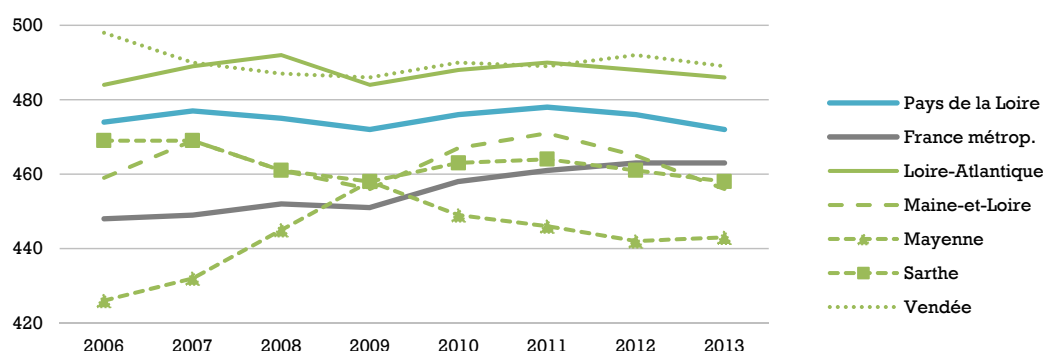
Par rapport à la moyenne nationale, la fréquence régionale des admissions en ALD pour cancer est supérieure de 2 %, en lien avec une incidence masculine supérieure de 4 %, alors qu'il n'y a pas d'écart région-France pour les femmes.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour cancer est resté stable (- 0,1 % par an en moyenne) alors que le taux national a eu légèrement tendance à augmenter (+ 0,5 % par an en moyenne), ce qui a progressivement réduit la surincidence régionale.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique et la Vendée se distinguent par un taux d'admissions en ALD pour cancer stable et au-dessus de la moyenne régionale de 2005 à 2014. Les taux d'admissions en Sarthe et dans le Maine-et-Loire sont également assez stables mais en-dessous de la moyenne régionale. Enfin, sur cette période, le taux d'admissions en Mayenne a fortement augmenté, puis nettement diminué, tout en restant inférieur à la moyenne régionale [Fig3].

La situation des départements en termes d'incidence et de prévalence des ALD est donc sensiblement différente, puisque ce sont la Sarthe et la Vendée qui connaissent la plus forte prévalence des cancers, alors que leur plus forte incidence est observée en Loire-Atlantique et en Vendée. Outre des différences de pratiques d'attribution des ALD, cette situation pourrait résulter d'une moindre chronicité des cancers en Loire-Atlantique, en lien avec une plus grande fréquence dans ce département des cancers de moins bon pronostic, liés à la consommation d'alcool notamment.

Fig3. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



ENCADRÉ 3. Le Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée

Ce Registre couvre environ 1,9 million d'habitants, soit plus de la moitié de la population ligérienne. Il recense depuis le 1^{er} janvier 1998 tout nouveau cas de cancer survenu chez une personne habitant en Loire-Atlantique ou en Vendée au moment du diagnostic. Du fait du territoire couvert, les résultats du Registre ne sont pas directement extrapolables à l'ensemble de la région. Chaque année en moyenne en 2011-2013, le Registre de Loire-Atlantique a enregistré environ 7 000 nouveaux cas de cancers et celui de Vendée plus de 4 000 [11].

Un taux de Ligériens hospitalisés en court séjour pour cancer relativement stable

La prise en charge multidisciplinaire des cancers est le plus souvent réalisée en milieu hospitalier. Selon la localisation et le stade de sévérité, différents types de traitements anticancéreux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie...) sont utilisés, le plus souvent en association. Ces traitements spécifiques sont complétés par une prise en charge globale visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) utilisées ci-après concernent les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de cancer. Elles ne prennent pas en compte les hospitalisations où le cancer constitue un diagnostic associé, ni les séances pour chimio ou radiothérapie [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Environ 32 000 habitants des Pays de la Loire ont eu au moins une hospitalisation en court séjour avec pour diagnostic principal un cancer en 2015 (30 000 en 2009). Certaines personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois au cours de l'année principalement pour ce motif, le nombre total de séjours pour cancer de la population ligérienne avoisine 43 000.

Chez les hommes, les cancers cutanés (hors mélanomes) constituent le premier motif d'hospitalisation pour cancer (environ 3 300 Ligériens, soit 18 % des hommes hospitalisés pour cancer). Viennent ensuite le cancer de la prostate (17 %), le cancer de la vessie et le cancer colorectal (9 % chacun), le cancer du poumon (8 %) et le cancer des VADS (7 %).

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin le premier motif (environ 3 700 Ligériennes, soit 26 % des femmes hospitalisées pour cancer), devant les cancers cutanés hors mélanomes (18 %) et le cancer colorectal (9 %).

Par rapport à la moyenne nationale, la fréquence de patients hospitalisés pour cancer est supérieure de 7 % dans la région, à structure d'âge comparable (+ 10 % chez les hommes, + 3 % chez les femmes).

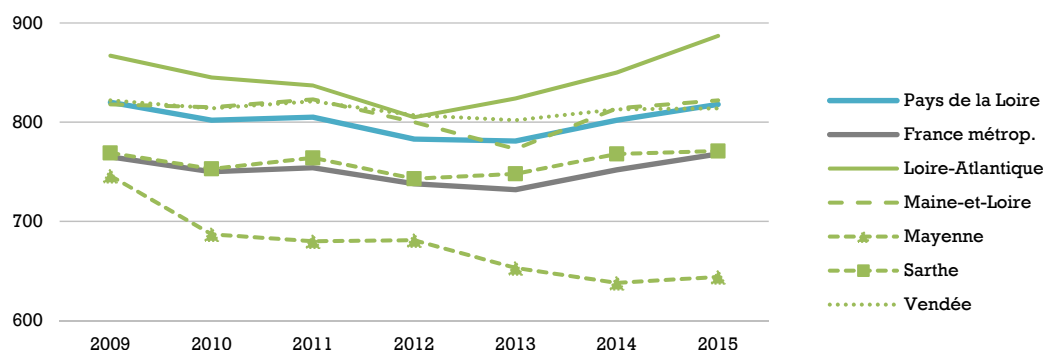
Au niveau régional, le taux standardisé de patients hospitalisés pour cancer a légèrement diminué entre 2009 et 2013 pour augmenter à nouveau et revenir à son niveau de 2009, suivant ainsi la tendance nationale.

Parmi les départements de la région, la Loire-Atlantique se distingue par une fréquence d'hospitalisation beaucoup plus élevée que la moyenne nationale et un écart qui tend à s'amplifier, alors que la Mayenne connaît au contraire une fréquence particulièrement faible et en constante diminution [Fig4].

Outre d'éventuels effets du codage des diagnostics dans le cadre du PMSI et des différences dans les pratiques de soins, l'épidémiologie, et notamment le poids relatif des différentes localisations cancéreuses, explique vraisemblablement ces écarts.



Fig4. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

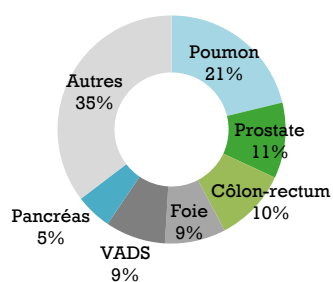
Les cancers à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans

Les cancers constituent la première cause de décès dans les Pays de la Loire, à l'origine de 29 % de l'ensemble des décès sur la période 2011-2013². Chez les hommes, cette proportion atteint 33 %, ce qui place le cancer au premier rang des causes de décès. Chez les femmes, elle est de 24 %, et les cancers constituent la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires. Sur cette période, environ 8 900 Ligériens (5 200 hommes et 3 700 femmes) sont décédés d'un cancer.

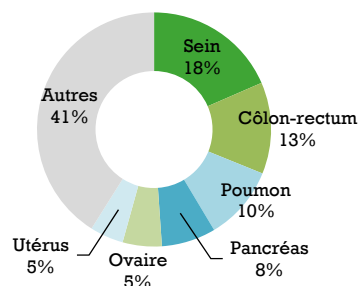
Chez les hommes, le poumon est la localisation à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer dans la région (21 % de la mortalité masculine liée au cancer), devant la prostate (11 %), le côlon-rectum (10 %), et le foie (9 %). Chez les femmes, c'est le sein qui est le plus fréquemment en cause (18 % de la mortalité féminine liée au cancer), devant le côlon-rectum (13 %), et le poumon (10 %) [Fig5].

Fig5. Répartition des décès par cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)

Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Foie : foie et voies biliaires intra-hépatiques.
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).
Utérus : col et corps de l'utérus.

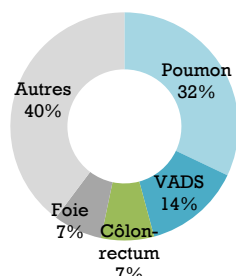
La mortalité prématurée liée au cancer est très importante. Avec 41 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans, le cancer est de loin la première cause de mortalité prématurée, et ce constat concerne les hommes (38 % des décès prématurés) comme les femmes (49 %). Par rapport à celles observées dans la mortalité tous âges, la part dans la mortalité prématurée du cancer du poumon chez les hommes est encore plus marquée (32 % des décès par cancer avant 65 ans), tout comme celle du cancer du sein chez les femmes (25 %) [Fig6].

² Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

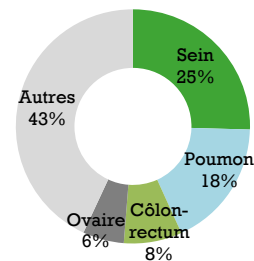


Fig6. Répartition des décès prématurés par cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)

Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Foie : foie et voies biliaires intrahépatiques.

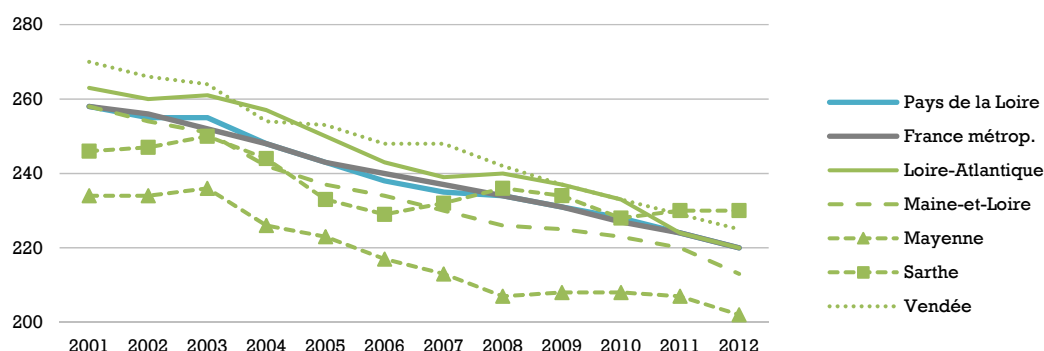
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

La mortalité par cancer tous âges, comme la mortalité prématurée, sont dans la région proches de la mortalité nationale [Fig7]. Ce constat global masque toutefois une situation plus favorable chez les femmes, pour la mortalité tous âges comme pour la mortalité prématurée (respectivement - 2 % et - 5 % par rapport à la moyenne nationale). Chez les hommes en revanche, la mortalité tous âges et la mortalité prématurée dépassent légèrement la moyenne nationale (respectivement + 1 et + 2 %).

Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale liée au cancer a diminué de manière constante et marquée (- 1,4 % en moyenne par an), tout en restant très proche de la mortalité nationale [Fig7]. Cette diminution a été plus prononcée chez les hommes (- 2,0 % par an) que chez les femmes (- 0,7 % par an). Chez les hommes, ce recul s'explique notamment par la diminution de l'incidence des cancers liés à la consommation d'alcool, et au début du recul de l'incidence du cancer du poumon.

Au sein de la région, la Mayenne se distingue avec une mortalité nettement plus faible que les autres départements durant toute la période 2000-2013. Par ailleurs, la Sarthe connaît une diminution de la mortalité plus lente et plus irrégulière que dans les autres départements, avec une relative stabilité du taux de mortalité depuis 2005 [Fig7].

Fig7. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

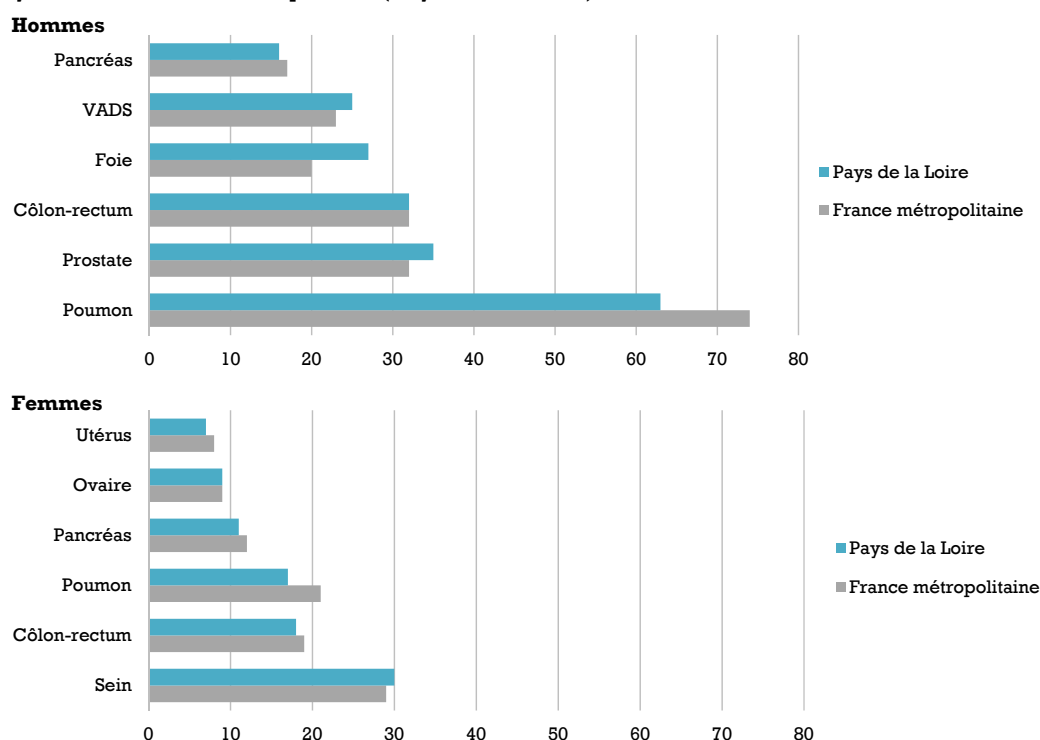
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



1.2 LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET GRAVES

Dans la région comme en France, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez les hommes, mais le cancer du poumon, particulièrement grave est la première cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le sein est à la fois le cancer le plus fréquent et le plus grave. La morbidimortalité du cancer colorectal est également particulièrement élevée [Fig8].

Fig8. Taux standardisés de mortalité par cancer selon la localisation
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux standardisés pour 100 000 habitants

Foie : foie et voies biliaires intrahépatiques.

VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

Utérus : col et corps de l'utérus.

2 000 nouveaux cas de cancer colorectal chaque année dans la région

Le cancer du côlon-rectum est lié à des facteurs constitutionnels comme l'âge et l'hérédité (antécédents familiaux et prédisposition génétique), mais aussi à certaines habitudes de vie (consommation d'alcool et de tabac, inactivité physique et surcharge pondérale, consommation excessive de viande rouge et de charcuterie...) [12] [13]. De pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, sa survie tend à s'améliorer depuis plusieurs années [3]. Ce cancer est susceptible d'être dépisté, tant lors d'un dépistage individuel que dans le cadre du programme de dépistage organisé qui concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans.



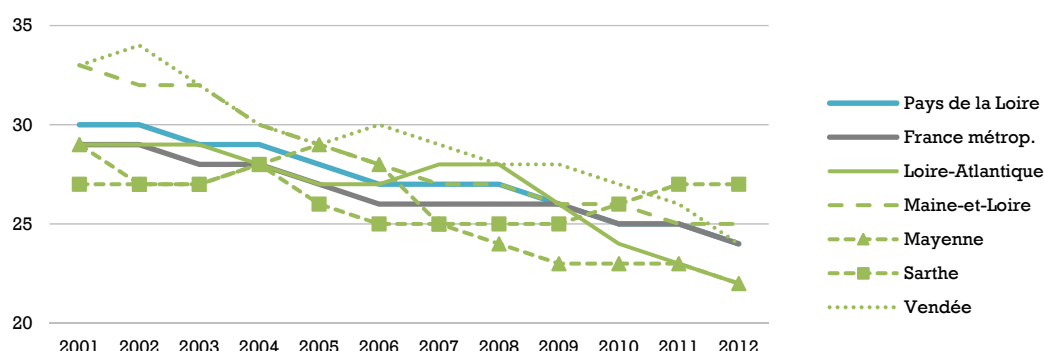
Environ 9 100 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer colorectal sous surveillance³ et 6 000 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer colorectal actif⁴, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cela représente 0,5 % des assurés du régime général de la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 10 000 Ligériens ont été pris en charge pour un cancer colorectal sous surveillance et environ 7 000 pour un cancer colorectal actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, près de 2 000 Ligériens (1 100 hommes et 900 femmes) ont été admis en ALD pour cancer colorectal chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. À structure d'âge comparable, cette incidence régionale est supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 4 %), mais proche chez les femmes. Elle est restée stable entre 2006 et 2013 (+ 0,3 % par an en moyenne en Pays de la Loire comme en France).

La fréquence régionale de patients hospitalisés pour cancer colorectal est, à structure d'âge comparable, proche de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. Entre 2009 et 2015, elle a diminué de façon un peu plus prononcée dans la région qu'en France (respectivement - 3,4 % et - 1,9 % par an).

Près de 1 000 Ligériens (500 hommes et 500 femmes) sont décédés suite à un cancer colorectal chaque année en moyenne entre 2011 et 2013. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est proche de la moyenne nationale. Entre 2000 et 2013, la mortalité régionale et la mortalité nationale ont diminué de façon régulière (respectivement - 2,0 % et - 1,7 % par an) [Fig9].

Fig9. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer colorectal
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Le cancer colorectal touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 32 % des admissions en ALD pour cancer colorectal et 19 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Le dépistage organisé est ainsi proposé à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation à ce dépistage est plus élevé dans la région (38 %) qu'en France (29 %) en 2015-2016. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements et atteint même 40 % en Loire-Atlantique et 41 % en Maine-et-Loire. Environ 4 % des tests immunologiques réalisés dans le cadre de ce dépistage se sont révélés positifs (5 % en France) [15].

Globalement, les Pays de la Loire connaissent donc pour le cancer colorectal une situation épidémiologique relativement proche de la moyenne française, avec toutefois une légère surincidence masculine, et une morbidité stable, voire en recul.

³ Personnes admises en ALD pour cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) avant 2014 et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du côlon actif en 2013-2014.

⁴ Personnes admises en ALD pour cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) en 2013 ou en 2014, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs en 2013-2014 (DP ou DR).



ENCADRÉ 4. Dépistage individuel et dépistage organisé du cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal peut se faire selon deux modalités distinctes en fonction de la situation du patient. Le dépistage individuel opportuniste est réalisé chez les personnes ayant des symptômes spécifiques, ou des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de maladie augmentant le risque de cancer colorectal. Chez ces personnes, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée. En dehors de ces situations spécifiques, un programme de dépistage organisé communautaire est proposé aux personnes âgées de 50 ans à 74 ans. Le test du dépistage organisé recherche la présence de sang dans les selles. Depuis 2015, il est réalisé par méthode immunologique, méthode moins contraignante qui pourrait favoriser l'augmentation des taux de participation au dépistage du cancer colorectal [16].

Cancer du poumon : une situation en forte dégradation chez les femmes mais les Ligériens restent globalement moins touchés

Le cancer du poumon est un cancer au pronostic particulièrement sombre : moins de 20 % des personnes sont encore en vie 5 ans après le diagnostic [3]. Il s'agit pour une large part d'un cancer évitable. En effet, le tabagisme actif en constitue le principal facteur de risque, puisque 80 % des cancers du poumon lui sont imputables. Mais d'autres facteurs jouent également un rôle, notamment les expositions professionnelles, avec une multiplication des risques quand elles sont associées au tabac [13] [17].

Environ 1 700 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer du poumon sous surveillance⁵ et 3 400 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer du poumon actif⁶, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 0,2 % des assurés du régime général de la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer qu'environ 2 000 Ligériens ont été pris en charge chaque année pour un cancer du poumon sous surveillance et environ 4 000 pour un cancer du poumon actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, plus de 1 400 Ligériens (1 000 hommes et 400 femmes) ont été admis en ALD pour cancer du poumon chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Et près de 1 500 Ligériens (1 100 hommes et 400 femmes) sont décédés suite à un cancer du poumon chaque année en moyenne entre 2011 et 2013.

Par rapport à la moyenne nationale, l'incidence régionale du cancer du poumon est inférieure dans la région, à structure d'âge comparable (- 11 % chez les hommes, - 17 % chez les femmes). Il en est de même pour la fréquence de patients hospitalisés (- 10 % chez les hommes, - 18 % chez les femmes) et pour la mortalité (- 14 % chez les hommes, - 18 % chez les femmes).

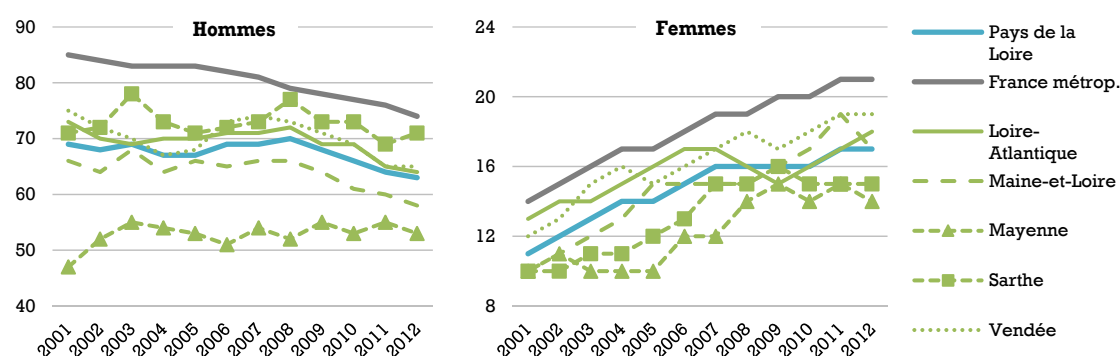
Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale par cancer du poumon est en recul chez les hommes dans la région comme en France (respectivement - 0,8 % et - 1,3 % par an en moyenne entre 2001 et 2012). Par contre, chez les femmes, cette mortalité a progressé sur la même période de + 4,0 % par an dans la région (+ 3,8 % en France). Des tendances analogues sont observées pour la fréquence régionale d'admissions en ALD (+ 0,5 % par an chez les hommes et + 6,0 % chez les femmes, en moyenne entre 2006 et 2013) et pour la fréquence de patients hospitalisés (+ 1,1 % par an chez les hommes et + 5,8 % chez les femmes en moyenne entre 2009 et 2015) [Fig10].

⁵ Personnes admises en ALD pour cancer du poumon ou des bronches avant 2014 et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du poumon actif en 2013-2014.

⁶ Personnes admises en ALD pour cancer du poumon ou des bronches en 2013 ou en 2014, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs en 2013-2014 (DP ou DR).



Fig10. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du poumon selon le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Le cancer du poumon touche souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 51 % des admissions en ALD pour cancer du poumon et 44 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, pour ce cancer qui touche souvent des moins de 65 ans et dont le pronostic est très sombre, les Pays de la Loire connaissent une situation épidémiologique moins défavorable que la moyenne nationale. Mais dans la région comme en France, alors que la morbidité des hommes par cancer du poumon semble se stabiliser, voire reculer, celle des femmes s'est fortement dégradée au cours de la dernière décennie. Ce constat peut être rapproché de la situation régionale en matière de consommation de tabac [voir chapitre [Consommation de tabac](#)].

Environ 230 Ligériennes de moins de 65 ans décèdent chaque année d'un cancer du sein

La survenue d'un cancer du sein est liée à des facteurs constitutifs dans la plupart des cas : âge, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, et prédisposition génétique, avec notamment des mutations des gènes BRCA 1 et BRCA 2 [18]. Le risque de cancer du sein est également lié à l'imprégnation hormonale en œstrogènes, qu'il s'agisse d'une augmentation de l'imprégnation naturelle par puberté précoce ou ménopause tardive par exemple, ou bien d'une augmentation de l'imprégnation exogène notamment en cas de prise de traitement hormonal de la ménopause [19]. Les cancers du sein sont plutôt de bon pronostic, et ce pronostic tend à s'améliorer depuis une vingtaine d'années notamment en raison de progrès thérapeutiques majeurs et d'une augmentation du nombre de cas diagnostiqués précocement [3].

Environ 22 200 Ligériennes ont été prises en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer du sein sous surveillance⁷ et 9 800 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer du sein actif⁸, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 1,0 % des femmes assurées du régime général dans la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 26 000 Ligériennes sont prises en charge chaque année pour un cancer du sein sous surveillance et plus de 11 000 pour un cancer du sein actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, près de 3 500 Ligériennes ont été admises en ALD pour cancer du sein chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, ce qui correspond - à structure d'âge comparable - à une incidence très proche de la moyenne nationale.

⁷ Femmes admises en ALD pour cancer du sein avant 2014 et/ou femmes hospitalisées pour ce même motif au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du sein actif en 2013-2014.

⁸ Femmes admises en ALD pour cancer du sein en 2013 ou en 2014, et/ou femmes hospitalisées pour ce même motif en 2013-2014 (DP ou DR).



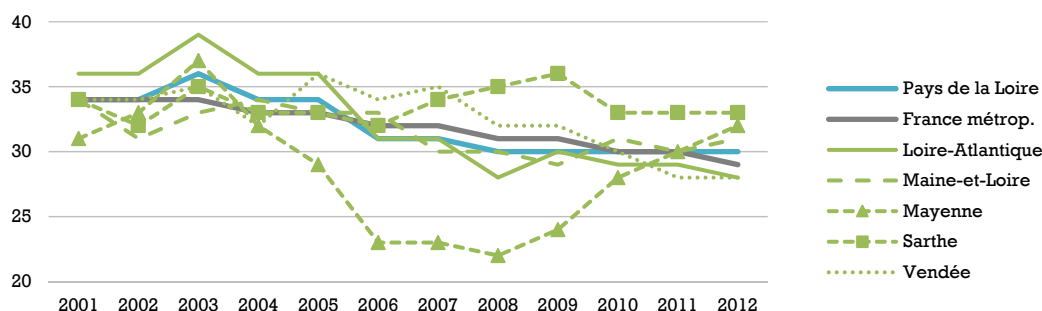
La fréquence régionale de patientes hospitalisées pour cancer du sein est également, à structure d'âge comparable, proche de la moyenne nationale, et tend à diminuer légèrement dans la région (- 0,5 % par an en moyenne contre + 0,4 % en France).

Le nombre de Ligériennes qui décèdent chaque année d'un cancer du sein atteint 680 en moyenne entre 2011 et 2013, dont 34 % sont âgées de moins de 65 ans. Le cancer du sein est ainsi la première cause de mortalité prématurée chez la femme. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est comparable à la moyenne nationale.

Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale, comme la mortalité nationale, ont eu tendance à diminuer (respectivement - 1,1 % et - 1,4 % par an) [Fig11].

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est plus élevé en Pays de la Loire qu'en France, et ce, depuis plusieurs années. En 2015-2016, il s'élevait à 60 % dans la région, contre 51 % en France. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements et atteint même 63 % en Loire-Atlantique et 61 % en Maine-et-Loire [20].

Fig11. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du sein chez les femmes
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Globalement, le cancer du sein est un cancer particulièrement fréquent et grave, qui touche souvent des femmes relativement jeunes. Sa morbidité régionale tend à reculer, comme la moyenne nationale dont elle reste proche.

Une morbidité régionale par cancer de la prostate supérieure à la moyenne nationale

Le cancer de la prostate est un cancer très fréquent chez le sujet âgé. Parmi l'ensemble des facteurs de risque, l'âge est de loin le plus important, avec un diagnostic posé après l'âge de 70 ans dans la majorité des cas. Les antécédents familiaux et certaines origines ethniques et géographiques sont également liés à la survenue de cette maladie [18]. Suite à une amélioration considérable de la survie au cours des trente dernières années, le cancer de la prostate est désormais de très bon pronostic [3].

Environ 13 800 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer de la prostate sous surveillance⁹ et 8 900 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour cancer de la prostate actif¹⁰, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 0,7 % des hommes assurés du régime général dans la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 16 000 Ligériens ont été pris en charge chaque année pour un cancer de la prostate sous surveillance et plus de 10 000 pour un cancer de la prostate actif.

⁹ Hommes admis en ALD pour cancer de la prostate (y compris formes in situ) avant 2014 et/ou hommes hospitalisés pour ce même motif au cours des dernières années (DP ou DR entre 2009 et 2014, ou DA en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer de la prostate actif en 2013-2014.

¹⁰ Hommes admis en ALD pour cancer de la prostate (y compris formes in situ) en 2013 ou en 2014, et/ou hommes hospitalisés pour ce même motif en 2013-2014 (DP ou DR), et/ou hommes âgés de 40 ans ou plus, ayant reçu au moins 3 délivrances de traitement anti-androgénique par an en 2013-2014.



Tous régimes d'assurance maladie confondus, plus de 2 500 Ligériens ont été admis en ALD pour cancer de la prostate chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Près de 560 Ligériens sont décédés à la suite de ce type de pathologie chaque année en moyenne entre 2011 et 2013.

Le cancer de la prostate touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 31 % des admissions en ALD pour cancer de la prostate concernent des personnes de moins de 65 ans (et 6 % des décès liés à cette pathologie).

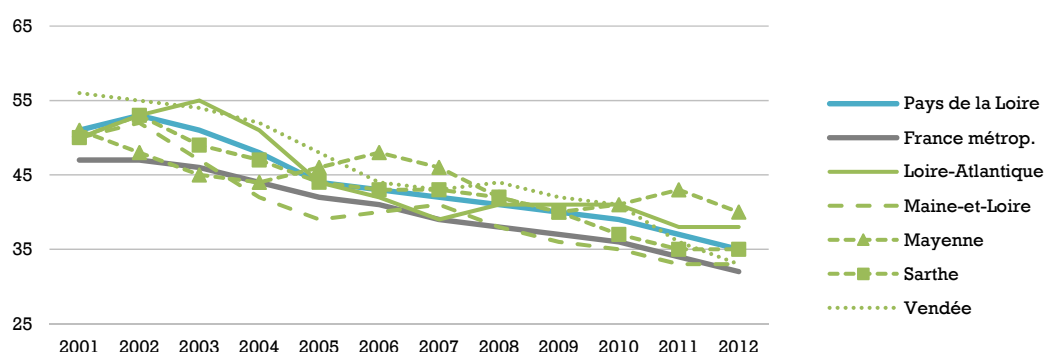
Par rapport à la moyenne nationale, l'incidence du cancer de la prostate, mais aussi la fréquence de patients hospitalisés et la mortalité associée à ce cancer sont, à structure d'âge comparable, nettement plus élevées dans la région qu'au plan national (respectivement + 6 %, + 25 % et + 9 %) [Fig12].

La fréquence d'admissions en ALD diminue de manière un peu plus marquée dans la région qu'en France (respectivement - 6,3 % et - 4,9 % par an en moyenne entre 2006 et 2013). La fréquence de patients hospitalisés est également en baisse (respectivement - 1,4 %, contre - 3,3 % par an en moyenne en France entre 2009 et 2015). Et le recul de la mortalité régionale suit un même rythme que celui de la mortalité nationale (- 3,4 % par an en moyenne sur la période 2001-2012).

Au sein des Pays de la Loire, la situation semble encore plus défavorable en Loire-Atlantique et en Mayenne : ces deux départements ont en effet une mortalité particulièrement élevée et diminuant moins rapidement que dans le reste de la région [Fig12].

Globalement, les Pays de la Loire connaissent une morbidimortalité supérieure à la moyenne nationale pour le cancer de la prostate, mais comme en France, celle-ci tend à reculer.

Fig12. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer de la prostate
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

ENCADRÉ 5. Problématique de l'utilisation du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage systématique de l'antigène spécifique prostatique (PSA) est pratiqué en France et dans plusieurs autres pays depuis plusieurs dizaines d'années. Ceci a entraîné une augmentation importante à la fois de l'incidence et de la survie, liée à une augmentation globale de cas diagnostiqués, et plus spécifiquement à une augmentation des cas diagnostiqués très précocement. Cependant, cette pratique a été questionnée en raison de possibles surdiagnostics et surtraitements. La Haute Autorité de Santé (HAS) estime désormais que la balance bénéfices-risques n'est pas en faveur de la poursuite systématique de ce dosage pour le dépistage de cancer de la prostate [21].



1.3 CANCERS AFFECTANT PARTICULIÈREMENT LES LIGÉRIENS

Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes de la région et sa morbidité tend à augmenter

Le cancer hépatique apparaît le plus souvent sur un foie préalablement atteint de cirrhose. La consommation d'alcool est le principal facteur de risque de cancer, mais il existe d'autres facteurs, notamment les hépatites virales chroniques B et C [13] [22]. Le pronostic du cancer du foie est parmi les plus péjoratifs, même si la survie tend à s'améliorer depuis quelques dizaines d'années [3].

La situation des Pays de la Loire pour les cancers du foie chez l'homme est particulièrement défavorable, avec notamment une surincidence et une surmortalité majeures.

Plus de 320 hommes de la région ont été admis en ALD pour cancer du foie, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Cela correspond à une incidence supérieure de 49 % à la moyenne nationale, à structure d'âge comparable. La fréquence régionale d'admissions en ALD a augmenté légèrement entre 2006 et 2013 (+ 1,7 % par an en moyenne, contre + 2,6 % en France).

Cette surincidence masculine s'observe également en matière d'hospitalisation. À structure d'âge comparable, la fréquence de patients hommes hospitalisés pour cancer du foie dépasse de 36 % la moyenne nationale. À l'instar de l'incidence, elle tend à augmenter dans la région comme au niveau national (respectivement + 1,5 % et + 2,1 % par an en moyenne au cours de la période 2009-2015).

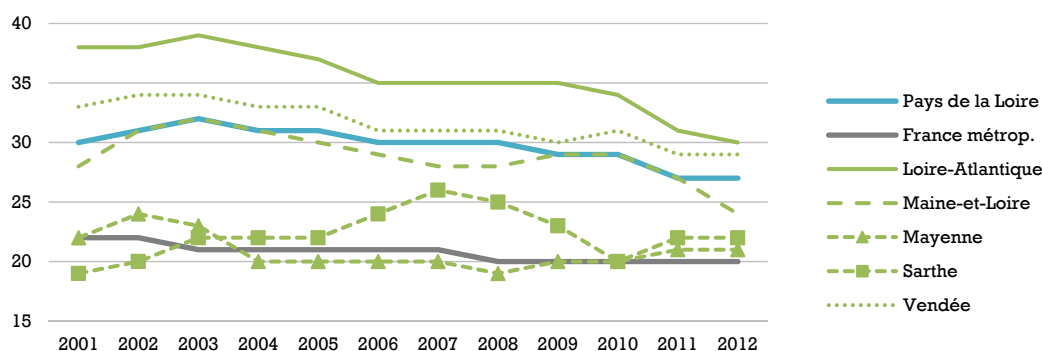
Environ 450 décès masculins liés au cancer du foie sont survenus chaque année en moyenne entre 2011 et 2013. L'écart entre la mortalité régionale et la moyenne nationale, à structure d'âge comparable, dépasse 30 %. La mortalité régionale a par contre diminué entre 2001 et 2012 (- 1,0 % chaque année en moyenne, contre - 0,9 % en France), tout en restant très largement supérieure à la moyenne nationale [Fig13].

Au sein de la région, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée se démarquent par une surincidence et une surmortalité masculines par cancer du foie très marquées par rapport à la moyenne nationale, et persistantes au fil du temps.

Le cancer du foie touche majoritairement des hommes âgés, mais aussi nombre de jeunes. Ainsi, 30 % des admissions en ALD et 24 % des décès pour cancer du foie chez les hommes concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, les Pays de la Loire se caractérisent par une morbidimortalité masculine très nettement supérieure à la moyenne nationale pour le cancer du foie, dont la consommation d'alcool constitue dans la région le principal facteur de risque. Comme en France, on constate au cours des années récentes une tendance à la hausse de la morbidité, alors que la mortalité tend à diminuer.

Fig13. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du foie chez l'homme
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



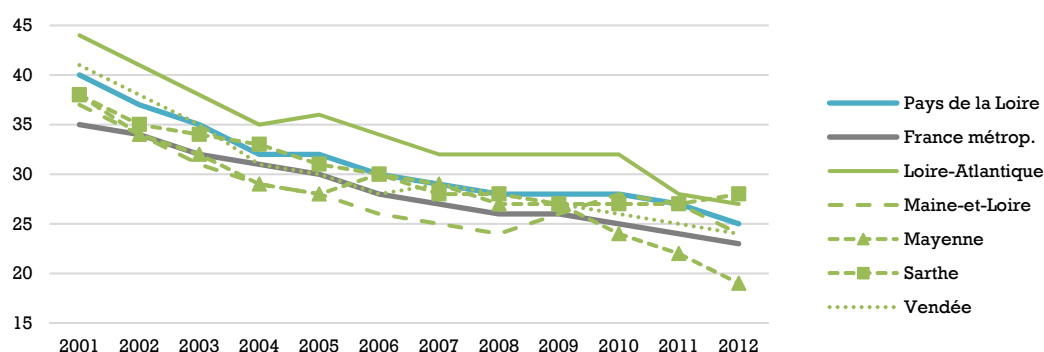
Une situation régionale également défavorable pour les cancers des VADS chez les hommes, en particulier en Loire-Atlantique

Les voies aérodigestives supérieures (VADS) comprennent les lèvres, la cavité buccale, le pharynx, le larynx, et l'œsophage. Les facteurs de risque de ces cancers sont principalement la consommation de tabac et d'alcool. À l'exception du cancer de l'œsophage, ces cancers sont également favorisés par l'infection par papillomavirus [23] [24]. En dehors du cancer de la langue et du cancer du larynx qui sont souvent de pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, les cancers des VADS sont généralement de mauvais pronostic [3].

Plus de 880 hommes ont été admis en ALD pour cancer des VADS dans la région, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, soit une incidence supérieure de 10 % à la moyenne nationale (à structure d'âge comparable). Entre 2006 et 2013, la fréquence régionale d'admissions en ALD a sensiblement diminué (- 2,1 % chaque année en moyenne, contre - 1,5 % en France).

Avec environ 1 350 Ligériens hospitalisés pour ce motif en 2015, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour cancer des VADS est - à structure d'âge comparable - supérieure de 8 % à la moyenne nationale. La fréquence régionale de patients hospitalisés est également en recul, comme au niveau national (respectivement - 2,6 % et - 2,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2015).

Fig14. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer des VADS chez l'homme
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

La mortalité régionale masculine par cancer des VADS dépasse également la moyenne nationale. Sur la période 2011-2013, environ 450 Ligériens sont décédés d'un cancer des VADS en moyenne chaque année. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est supérieure de 10 % à la mortalité nationale. Elle semble toutefois avoir diminué de manière plus prononcée que cette moyenne entre 2001 et 2012 (- 4,2 % par an en moyenne en Pays de la Loire et - 3,7 % en France) [Fig14].

Au sein de la région, la Loire-Atlantique se démarque par une situation nettement défavorable par rapport aux autres départements, avec une surincidence (+ 24 %) et une surmortalité masculine (+ 18 %) très élevées par rapport à la moyenne nationale et persistant au fil du temps. La Sarthe se démarque également par une mortalité masculine par cancer des VADS supérieure à la moyenne nationale (+ 21 %).

Le cancer des VADS touche majoritairement des hommes relativement jeunes puisque 56 % des admissions en ALD et 47 % des décès masculins liés à ce cancer concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, les Pays de la Loire se caractérisent par une morbidité masculine très nettement supérieure à la moyenne nationale pour le cancer des VADS, dont la consommation de tabac et d'alcool constitue le principal facteur de risque. Comme en France, cette morbidité est en recul au cours des dernières années.



Environ 160 décès par cancer de la peau dans la région en 2015

Les cancers cutanés comprennent d'une part les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires qui sont des tumeurs malignes développées à partir des cellules de l'épiderme, et d'autre part les mélanomes qui concernent les cellules de la peau fabriquant la mélanine. En dehors des facteurs de risque constitutionnels comme la pigmentation de la peau et les antécédents familiaux, le facteur de risque prépondérant des cancers de la peau est l'exposition au soleil. Les mélanomes sont plutôt favorisés par les coups de soleil dans l'enfance et l'adolescence, alors que les carcinomes sont plus en lien avec un effet cumulatif dans le temps des expositions solaires (agriculteurs, marins, métiers d'extérieur...). Alors que l'évolution des carcinomes basocellulaires reste exclusivement locale, les carcinomes spinocellulaires et les mélanomes sont susceptibles de métastaser [25]. Globalement, les cancers cutanés sont plutôt de bon pronostic, surtout lorsqu'ils sont diagnostiqués précocement [3].

Les données disponibles dans les bases médico-administratives concernent d'une part le mélanome, et d'autre part les autres cancers de la peau.

Dans la région, environ 620 personnes (300 hommes et 320 femmes) ont été admises en ALD pour mélanome chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. La fréquence régionale d'admissions en ALD a nettement augmenté entre 2006 et 2013 (+ 7,9 % chaque année en moyenne, + 6,0 % en France) et elle est actuellement supérieure de 13 % la moyenne nationale.

Avec environ 110 Ligériens (60 hommes et 50 femmes) décédés d'un mélanome en 2015, la mortalité régionale est également supérieure à la moyenne nationale, de 12 %. En raison des faibles effectifs concernés, la tendance évolutive de cette mortalité est difficilement interprétable, mais elle semble globalement stable au fil du temps.

Par contre, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour mélanome est proche de la moyenne nationale (environ 510 Ligériens en 2015).

Le mélanome touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 46 % des admissions en ALD et 34 % des décès pour mélanome concernent des personnes de moins de 65 ans.

Dans la région, plus de 500 personnes (270 hommes et 240 femmes) ont été admises en ALD pour cancers cutanés hors mélanomes chaque année en moyenne entre 2012 et 2014.

Près de 5 900 Ligériens ont été hospitalisés en 2015 pour des cancers cutanés hors mélanomes. La fréquence de ces hospitalisations progresse légèrement dans la région (+ 0,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2015) et dépasse actuellement de 35 % la moyenne nationale.

Près de 50 Ligériens sont décédés d'un cancer de la peau non mélanique en 2015, ce qui correspond à une mortalité régionale supérieure de 13 % à la moyenne nationale. En raison des faibles effectifs concernés, la tendance évolutive est difficilement interprétable, mais elle semble globalement stable au cours de la dernière décennie.

Le cancer de la peau non mélanique touche surtout des personnes âgées, mais il concerne parfois des moins de 65 ans. Ainsi, 19 % des admissions en ALD et 10 % des décès pour cancer de la peau non mélanique concernent des personnes de cette classe d'âge.

Certaines hémopathies malignes plus fréquentes en Pays de la Loire

Le myélome multiple et les maladies immunoprolifératives malignes sont caractérisés par la prolifération anormale d'un unique type de cellule sanguine productrice d'immunoglobuline (protéine constituant les anticorps), entraînant ainsi la production d'une unique immunoglobuline « monoclonale ». Les principaux facteurs de risque identifiés sont l'âge et les antécédents familiaux [26]. Ces pathologies ont un pronostic sévère, en particulier chez les sujets âgés [27].



Les Pays de la Loire connaissent une surincidence (+ 22 %) et une surmortalité (+ 16 %) pour myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne par rapport à la France, à structure d'âge identique. Chaque année en moyenne, environ 340 Ligériens (190 hommes et 150 femmes) ont été admis en ALD pour ces affections entre 2012 et 2014, et près de 200 (100 hommes et 100 femmes) en sont décédés entre 2011 et 2013. L'évolution régionale de l'incidence et de la mortalité est difficilement interprétable en raison des faibles effectifs en cause, mais elle semble relativement stable au cours des dernières années.

Le myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 28 % des admissions en ALD pour myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne et 12 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Les lymphomes malins non hodgkiniens sont causés par une prolifération anormale de certaines cellules du système immunitaire (cellules lymphoïdes). Hormis l'âge, les principaux facteurs de risque sont les infections chroniques, notamment au VIH, et l'immunodépression chronique. Il s'agit d'un groupe de maladies très hétérogènes, le pronostic étant très variable selon le type précis de pathologie [28].

Pour ces affections, la région présente une surincidence (+ 15 %) et une surmortalité (+ 14 %) par rapport à la moyenne nationale, à structure d'âge identique. Chaque année en moyenne, environ 650 Ligériens (340 hommes et 310 femmes) ont été admis en ALD pour ces pathologies, et 300 (160 hommes et 140 femmes) en sont décédés. La fréquence d'admissions en ALD a légèrement augmenté entre 2006 et 2013, dans les Pays de la Loire comme en France (respectivement + 2,8 % et + 3,2 % par an en moyenne).

Les lymphomes malins non hodgkiniens touchent majoritairement des personnes âgées, mais ils concernent souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 41 % des admissions en ALD et 17 % des décès pour lymphomes malins non hodgkiniens concernent des personnes de moins de 65 ans.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

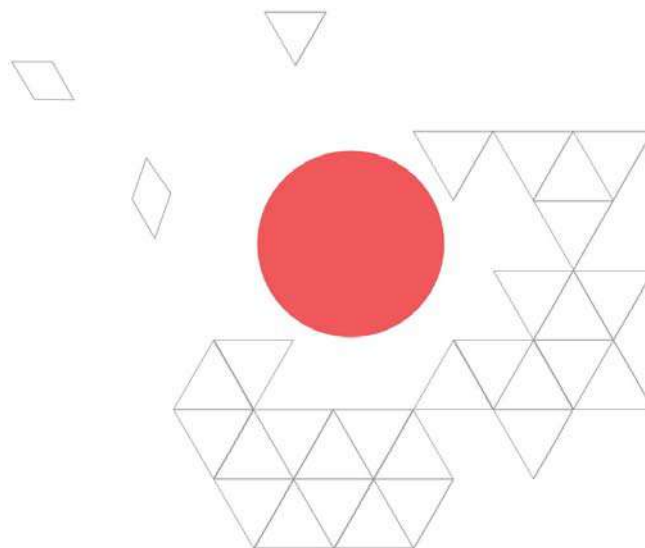
- [1] International Agency for research on cancer. (2007). Attributable Causes of Cancer in France in the year 2000. OMS. 177 p.
- [2] INCa. (2016). Principaux facteurs de risque de cancer. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>.
- [3] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides. InVS. 274 p.
- [4] Beck F, Bessette D, Gautier A. (2012). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'enquête Baromètre cancer Inpes/INCa. *La Santé de l'Homme*. Inpes. n° 419. pp. 4-6.
- [5] Bricard D, Jusot F, Beck F, et al. (2015). L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours de la vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Économie et Statistique*. Insee. n° 475-476. pp. 89-112.
- [6] Guthmann JP, Pelat C, Parent du Chatelet I, et al. (2016). Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. InVS. 48 p.
- [7] HCSP. (2016). Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014. 261 p.
- [8] Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, et al. (2008). Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 33. pp. 289-292.
- [9] Santé publique France. (2015). Estimations de l'incidence régionale et départementale des cancers en France métropolitaine, 2008-2010. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie/Estimations-de-l-incidence-regionale-et-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>.
- [10] Présentation du Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée. [En ligne]. <http://www.santepaysdelaloire.com/registre-des-cancers/content/presentation-du-registre-des-cancers>.
- [11] Registre général des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée. (2016). Épidémiologie du cancer en Loire-Atlantique et en Vendée. Résultats 2011-2013. *Bulletin d'Information*. n° 5. p. 2.
- [12] INCa. Cancer du côlon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Facteurs-de-risque>.
- [13] Centre de lutte contre le cancer Léon Bernard. Cancer Environnement : Portail sur les risques de cancer en lien avec des expositions environnementales, professionnelles ou des comportements individuels. [En ligne]. <http://www.cancer-environnement.fr/>.
- [14] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [15] Santé publique France. (2017). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>.
- [16] HAS. (2013). Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 64 p.
- [17] INCa. Cancer du poumon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque>.
- [18] INCa. Les cancers. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/>.
- [19] HAS, Commission de la transparence. (2014). Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Rapport d'évaluation. 91 p.
- [20] Santé publique France. (2017). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>.
- [21] Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, et al. (2016). Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 39-40. pp. 700-706.



- [22] INCa. Cancer du foie. Facteurs de risque. [En ligne].
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-foie/Facteurs-de-risque>.
- [23] INCa. Cancer des voies aérodigestives supérieures. Facteurs de risque. [En ligne].
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-des-voies-aerodigestives-superieures>.
- [24] Loomis D, Huang W, Chen G. (2014). The International Agency for Research on Cancer (IARC) evaluation of the carcinogenicity of outdoor air pollution: focus on China. *Chinese Journal of Cancer*. vol. 33, n° 4. pp. 189-196.
- [25] Dermato-info. (2015). Site de la Société française de dermatologie.
[En ligne]. <http://dermato-info.fr/peau/malade>.
- [26] Alexander DD, Mink PJ, Adami HO, *et al.* (2007). Multiple myeloma: a review of the epidemiologic literature. *International Journal of Cancer*. vol. 120, Suppl 12. pp. 40-61.
- [27] Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, *et al.* (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Partie 2 : Hémopathies malignes. InVS. 144 p.
- [28] HAS. (2012). Guide affection de longue durée : Lymphomes non hodgkiniens de l'adulte. 48 p.



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Cancers



MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Dr Jean-François Buyck, Lise Mandigny, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	183
2.1 ENSEMBLE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	184
6 % de la population régionale prise en charge pour maladies cardiovasculaires	184
Près d'une admission en ALD sur trois est liée à une maladie cardiovasculaire, un taux d'admissions qui se rapproche de la moyenne nationale	185
Le taux régional de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires ne diminue quasiment plus...	186
... sauf parmi les Ligériens âgés de moins de 65 ans	186
Une mortalité cardiovasculaire régionale qui se rapproche de la moyenne nationale...	187
... malgré une mortalité cardiovasculaire prématurée toujours très faible	188
2.2 PRINCIPAUX GROUPES DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES	188
2.2.1 CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES	188
Une fréquence régionale de prises en charge inférieure à la moyenne nationale...	188
... mais un taux d'admissions en ALD proche de la moyenne nationale et en forte hausse	189
Le recours régional aux hospitalisations augmente également sur les années les plus récentes, et se rapproche de la moyenne nationale	189
Une mortalité régionale par cardiopathies ischémiques en baisse et moindre qu'au plan national, en lien avec une faible mortalité prématurée	190
2.2.2 MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES	191
Une fréquence régionale de prises en charge proche de la moyenne nationale	191
Une tendance évolutive particulièrement préoccupante, avec un taux d'admissions en ALD en très forte hausse	191
Une augmentation du taux de patients hospitalisés trois fois plus marquée dans la région qu'en France, et un avantage régional qui a disparu	192
Une surmortalité régionale importante, mais qui concerne uniquement les femmes âgées de plus de 75 ans et les hommes de plus de 85 ans	192
2.2.3 INSUFFISANCE CARDIAQUE	193
Une fréquence régionale de prises en charge inférieure à la moyenne nationale	193
Une forte augmentation du taux d'admissions en ALD depuis 2011, dont l'ampleur doit être interprétée avec prudence	193
Le taux de patients hospitalisés augmente au plan national comme dans la région, qui conserve ainsi une situation plutôt favorable...	193
... sauf en Sarthe où le taux de patients hospitalisés est stable à un niveau élevé	194
Une surmortalité régionale importante, mais qui concerne uniquement les hommes âgés de plus de 75 ans et les femmes de plus de 85 ans	194
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	195



TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Évaluation du risque cardiovasculaire : recommandations HAS	184
ENCADRÉ 2. La réadaptation cardiovasculaire après un infarctus du myocarde en Pays de la Loire	187



2 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les maladies cardiovasculaires constituent les problèmes de santé parmi les plus fréquents dans la population ligérienne. Elles représentent près d'une admission en affection de longue durée (ALD) sur trois parmi les assurés relevant des différents régimes d'assurance maladie. Chez les affiliés au seul régime général, les maladies cardiovasculaires concernent 216 000 Ligériens en 2014, soit près de 6 % de la population. 2,3 % sont pris en charge pour une cardiopathie ischémique chronique, 0,9 % pour les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC), et 0,7 % pour une insuffisance cardiaque chronique.

Les hommes restent les premiers concernés par les cardiopathies ischémiques puisqu'ils représentent deux tiers des personnes prises en charge pour ce type de pathologie. La répartition est par contre plus équilibrée pour les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque, qui concernent autant d'hommes que de femmes dans la région.

Ces maladies mettent souvent en jeu le pronostic vital et constituent de ce fait la deuxième cause de mortalité dans la région, derrière les cancers. En lien notamment avec les importants progrès thérapeutiques, cette mortalité s'est nettement réduite au cours des dernières années, à un rythme presque aussi soutenu dans la région qu'en France (près de - 4 % par an en moyenne depuis le début des années 2000).

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité avant 65 ans. La part des décès prématurés reste toutefois très minoritaire par rapport aux décès survenant au-delà de 65 ans (92 % dans la région). Les Pays de la Loire bénéficient en outre sur ce plan d'un positionnement assez favorable, puisque la fréquence régionale des décès cardiovasculaires est, chez les hommes comme chez les femmes, globalement inférieure à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge jusqu'à 85 ans.

Ces tendances concernant la mortalité s'inscrivent dans un positionnement régional qui reste assez privilégié, avec un taux de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires nettement inférieur à la moyenne nationale, et un taux d'admissions en ALD légèrement plus faible qu'en France.

Toutefois, la situation régionale en matière de morbidités vasculaire cérébrale et cardio-ischémique semble se dégrader, avec une augmentation supérieure à la moyenne nationale de la fréquence des admissions en ALD de personnes âgées de moins de 65 ans ainsi que des hospitalisations pour ces pathologies. En outre, dans la région comme en France, on observe pour l'insuffisance cardiaque une augmentation des admissions en ALD et, chez les 65 ans et plus, des personnes hospitalisées.

L'avantage régional en matière de maladies cardiovasculaires pouvait par le passé être rapproché du moindre tabagisme longtemps observé dans les Pays de la Loire, et d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables. Sur les années les plus récentes, il tend à se réduire vraisemblablement en lien avec l'évolution des comportements de santé des Ligériens (hausse du tabagisme et des consommations d'alcool excessives, homogénéisation des habitudes nutritionnelles qui se traduisent notamment par l'augmentation de la prévalence du surpoids et jusqu'à une période récente, du diabète).

En termes de prospective, même si les progrès thérapeutiques dans ce domaine devraient se poursuivre, l'exposition croissante de la population régionale à ces différents facteurs de risque mais aussi l'impact de plus en plus évoqué des conditions de travail (et notamment du stress et de l'insécurité professionnels), conjugués au vieillissement de la population, laissent présager que les maladies cardiovasculaires continueront de peser fortement sur l'état de santé des Ligériens et de nécessiter une mobilisation importante du système de soins.

Les maladies cardiovasculaires regroupent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Ces maladies fréquentes sont souvent graves, liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas notamment des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, et de l'insuffisance cardiaque, mais aussi des cardiopathies valvulaires et des troubles du rythme cardiaque. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, sauf lorsqu'elles se compliquent d'une embolie pulmonaire.

Ce chapitre décrit l'état de santé de la population ligérienne relatif à l'ensemble des maladies cardiovasculaires, puis fait un focus sur les trois principaux groupes de maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales et insuffisance cardiaque.



2.1 ENSEMBLE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

6 % de la population régionale prise en charge pour maladies cardiovasculaires

En utilisant une méthode d'identification de patients assez globale, prenant en compte non seulement les personnes en affection de longue durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires mais aussi celles suivies en établissement de santé pour ce type d'affections, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) estime à 184 000 le nombre de personnes prises en charge pour maladies cardiovasculaires en 2014 dans les Pays de la Loire, pour les seuls assurés du régime général [1]. Cela représente 5,9 % des Ligériens concernés.

À cette population s'ajoutent, selon la Cnamts, 420 100 Ligériens affiliés du régime général (13,5 %) faisant l'objet d'un traitement du risque vasculaire [ENCADRÉ 1] par un médicament antihypertenseur ou hypolipémiant.

Appliquées à l'ensemble de la population régionale, ces deux proportions correspondent à respectivement 216 000 et 495 000 Ligériens.

Après standardisation sur l'âge, le taux régional d'affiliés du régime général pris en charge pour maladies cardiovasculaires est légèrement inférieur à la moyenne nationale et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine. Cette situation favorable peut notamment être rapprochée du moindre tabagisme longtemps observé dans les Pays de la Loire, et d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables, dont témoigne en particulier la fréquence régionale plus faible des situations de surpoids et d'obésité.

À l'inverse, le taux standardisé de Ligériens traités pour le risque vasculaire est légèrement supérieur à la moyenne nationale (14,1 % vs 13,7 %).

La plupart des personnes sont prises en charge dans le cadre d'une maladie cardiovasculaire d'évolution chronique, ou suite aux séquelles d'un épisode aigu. Près de 40 % des Ligériens concernés par une maladie cardiovasculaire en 2014 le sont ainsi pour une maladie coronaire chronique (soit 2,3 % du nombre total d'affiliés au régime général). Suivent les troubles du rythme et de la conduction cardiaque (1,8 %), l'artériopathie oblitérante du membre inférieur (0,9 %), les séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC) (0,9 %) et l'insuffisance cardiaque chronique (0,7 %).

Les hommes restent globalement les premiers concernés par les maladies cardiovasculaires. Ceci est plus particulièrement le cas pour les cardiopathies ischémiques puisqu'ils représentent les deux tiers des personnes prises en charge pour ces pathologies. Ces dernières concernent en outre majoritairement des personnes de 65 ans ou plus (56 % concernant les syndromes coronaires aigus et 72 % les maladies coronaires chroniques).

La répartition selon le sexe est par contre plus équilibrée pour d'autres maladies cardiovasculaires et notamment pour celles d'apparition plus tardive, comme l'insuffisance cardiaque chronique (85 % des personnes prises en charge sont âgées de 65 ans ou plus), en raison de leur caractère secondaire par rapport à d'autres atteintes cardiovasculaires.

ENCADRÉ 1. Évaluation du risque cardiovasculaire : recommandations HAS

« Le risque cardiovasculaire est la probabilité de survenue chez une personne d'un événement cardiovasculaire majeur (infarctus du myocarde, infarctus cérébral, décès cardiovasculaire) sur une période donnée.

L'hypercholestérolémie, la dyslipidémie mixte et certaines hypertriglycéridémies constituent avec le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme, des facteurs de risque majeurs d'athérosclérose impliqués dans la survenue des maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux ischémiques, artériopathies périphériques, etc. Ces facteurs de risque sont souvent associés entre eux, ainsi que notamment à l'obésité abdominale et aux facteurs comportementaux comme la sédentarité, une alimentation déséquilibrée ou le stress. S'y ajoute la consommation d'alcool, avec une fraction attribuable du risque de décès cardiovasculaire qui atteint 8 %.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande ainsi d'évaluer le risque cardiovasculaire en prévention primaire chez les personnes âgées de 40 ans à 65 ans, à l'aide de l'outil Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) qui estime ce risque à 10 ans. Le risque cardiovasculaire est divisé en quatre niveaux de risque (faible, modéré, élevé, très élevé). En cas de maladie cardiovasculaire documentée, le risque cardiovasculaire est d'emblée considéré très élevé (prévention secondaire). » [2]



Près d'une admission en ALD sur trois est liée à une maladie cardiovasculaire, un taux d'admissions qui se rapproche de la moyenne nationale

Les maladies cardiovasculaires constituent le motif le plus fréquent d'admission en ALD. Dans les Pays de la Loire, environ 23 600 personnes ont été admises en ALD pour ces maladies chaque année en moyenne en 2012-2014, ce qui correspond à près du tiers (31 %) de l'ensemble des demandes d'admissions pour cette période [3]. 59 % de ces admissions concernent des hommes, et 72 % des personnes âgées de 65 ans ou plus.

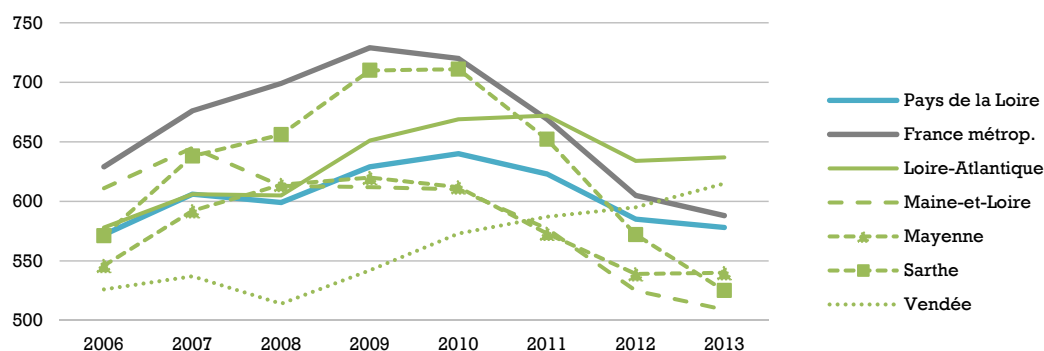
29 % des personnes admises en ALD pour maladies cardiovasculaires le sont pour cardiopathies ischémiques, 16 % pour maladies vasculaires cérébrales, et 10 % pour insuffisance cardiaque. Les autres admissions correspondent en grande partie à des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (21 %).

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD est à peine inférieure à la moyenne nationale (- 1,6 %). Ce positionnement est lié à une fréquence régionale d'admissions inférieure à la moyenne nationale chez les femmes (- 4,9 %), alors qu'elle est quasiment identique chez les hommes (+ 0,7 %).

Entre 2005 et 2014, les taux régionaux et nationaux d'admissions en ALD ont évolué de manière similaire : après avoir nettement augmenté de 2005 à 2009-2010, ces taux ont régressé jusqu'en 2014 [Fig1]. L'interprétation de cette tendance évolutive est complexe et peut pour partie être rapprochée d'importantes modifications réglementaires apportées en 2011 au dispositif des ALD [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. Il peut être fait l'hypothèse que ces modifications ont eu un impact assez similaire dans la région et en France. Ainsi l'analyse de l'évolution du positionnement des Pays de la Loire par rapport à la moyenne française garde tout son sens. À cet égard on observe, depuis 2010, une diminution du taux d'admissions en ALD moins marquée dans la région qu'en France. L'avantage régional en matière d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires s'est ainsi réduit.

Cette situation régionale pouvait par le passé être rapprochée du moindre tabagisme longtemps observé chez les Ligériens, ainsi que d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables, mais ces spécificités ont eu tendance à disparaître en lien avec l'homogénéisation des comportements de santé.

Fig1. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Il convient d'être prudent dans l'interprétation des évolutions des taux d'admissions en ALD, qui en raison du caractère médico-administratif de ces données, ne peuvent s'expliquer sous un angle purement épidémiologique ou démographique [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Concernant plus particulièrement les maladies cardiovasculaires, l'ALD pour hypertension artérielle (HTA) a en outre été supprimée de la liste des ALD en 2011 (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011). Cette suppression a concerné les admissions, mais pas les patients déjà en ALD pour HTA.

Cette évolution réglementaire a pu avoir deux types de répercussions sur la fréquence des admissions en ALD, provoquant une rupture de séries en 2012 : d'une part, une diminution du nombre total d'admissions pour maladies cardiovasculaires en lien avec la réduction du champ des critères d'admissions ; d'autre part, une



augmentation du nombre d'admissions pour certaines maladies cardiovasculaires pour partie causées par une HTA (insuffisance cardiaque par exemple).

Le taux régional de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires ne diminue quasiment plus...

Près de 58 800 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en court séjour pour une maladie cardiovasculaire en 2015, selon les données du PMSI MCO [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. De la même façon que pour les admissions en ALD, ces patients sont majoritairement des hommes (56 %) [4].

Certaines personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois au cours de l'année pour une maladie cardiovasculaire, on dénombre près de 77 400 séjours hospitaliers pour ce type de pathologie en 2015 dans la région.

À structure d'âge comparable, les Pays de la Loire conservent une situation favorable avec une fréquence régionale d'hospitalisations inférieure à la moyenne nationale (- 5 %). Cet écart est observé chez les hommes comme chez les femmes.

Le taux régional de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires a toutefois diminué de manière nettement moins marquée qu'au plan national (respectivement - 0,2 % et - 0,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2015) [Fig2].

À l'instar de ce qui est observé pour la fréquence des admissions en ALD, l'écart entre les Pays de la Loire et la France en termes de prises en charge hospitalières s'est ainsi légèrement réduit au cours des années 2010.

Au sein de la région, le Maine-et-Loire et la Sarthe se distinguent par des taux de patients hospitalisés nettement supérieurs à la moyenne régionale sur l'ensemble de la période 2009-2015. Ces taux ayant très peu diminué au cours de cette période, ils se retrouvent maintenant au niveau de la moyenne nationale, alors que les taux de Loire-Atlantique, Mayenne et Vendée lui sont inférieurs.

... sauf parmi les Ligériens âgés de moins de 65 ans

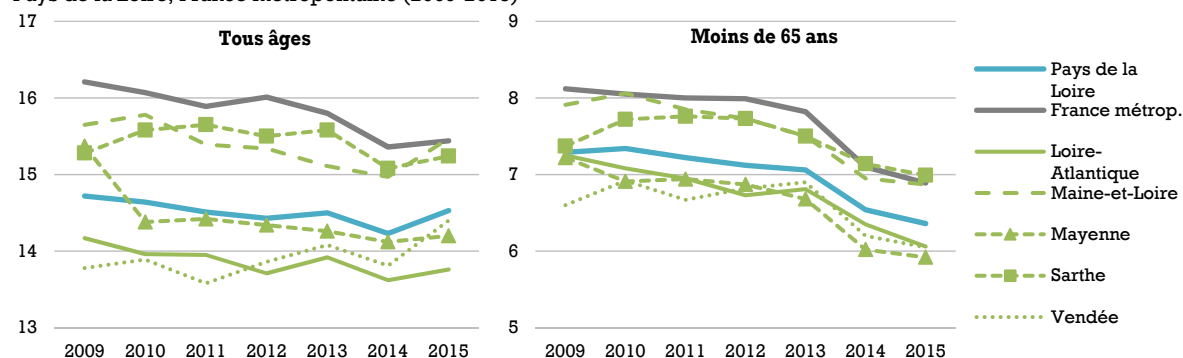
Une personne hospitalisée pour maladie cardiovasculaire sur trois est âgée de moins de 65 ans dans la région. Dans ce groupe d'âge, les patients restent très majoritairement des hommes (62 %).

La fréquence régionale de patients hospitalisés à cet âge est nettement inférieure à la moyenne nationale (de l'ordre de - 8 % chez les hommes comme chez les femmes).

En outre, au cours des années récentes, le taux régional de patients de moins de 65 ans hospitalisés pour maladies cardiovasculaires a diminué de manière importante (- 2,2 % par an en moyenne), bien qu'à un rythme légèrement moins soutenu qu'au plan national (- 2,7 %) [Fig2].

Fig2. Évolution du taux de patients hospitalisés en court séjour pour maladies cardiovasculaires

Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



ENCADRÉ 2. La réadaptation cardiovasculaire après un infarctus du myocarde en Pays de la Loire

Suite à un épisode cardiovasculaire aigu, la mise en place rapide d'une réadaptation cardiovasculaire est recommandée. Elle doit associer réadaptation physique, optimisation du traitement, éducation thérapeutique du patient, et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires [5]. Cette réadaptation peut s'effectuer dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent ou spécialisé en cardiologie.

Les Pays de la Loire font partie en 2014 des régions françaises ayant les plus faibles taux standardisés de recours à la réadaptation cardiovasculaire après un infarctus du myocarde (en finalité principale de prise en charge) dans un service de soins de suite et de réadaptation. Près de 23 % des hommes et 17 % des femmes ayant été hospitalisés au premier semestre de cette année pour ce motif ont bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire dans les six mois suivants la sortie de l'hôpital (contre respectivement 30 % et 25 % au niveau national).

La fréquence régionale de cette prise en charge a toutefois nettement progressé dans les Pays de la Loire depuis 2010 (+ 88 % chez les hommes et + 43 % chez les femmes, contre respectivement + 20 et + 27 % au plan national), cette tendance s'inscrivant dans un contexte de forte progression du recours à la réadaptation cardiovasculaire dans l'Ouest et le Sud de la France [6].

Une mortalité cardiovasculaire régionale qui se rapproche de la moyenne nationale...

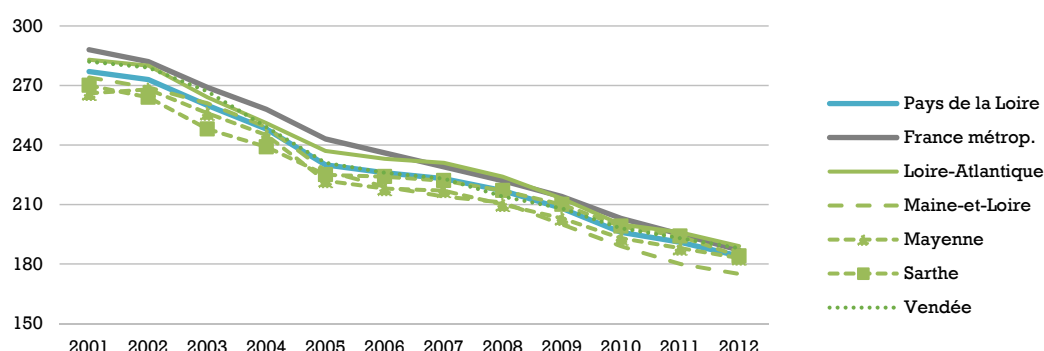
À l'origine de 26 % des décès de Ligériens en 2011-2013 (24 % des décès masculins et 29 % des décès féminins), les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité dans la région, après les tumeurs malignes (29 % des décès)¹ [7].

Environ 8 200 Ligériens (3 800 hommes et 4 400 femmes) sont décédés de maladies cardiovasculaires chaque année en moyenne au cours de cette période, dont 24 % pour maladies vasculaires cérébrales, 23,5 % pour cardiopathies ischémiques, et 15 % pour insuffisance cardiaque.

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée aux maladies cardiovasculaires est quasiment identique à la moyenne nationale (- 0,4 %), ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

En lien notamment avec les importants progrès thérapeutiques, la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires diminue de manière constante et marquée depuis de nombreuses années, et ce recul s'est poursuivi au cours de la période 2000-2013, dans les Pays de la Loire comme en France [Fig3]. Mais l'écart entre la mortalité régionale et la moyenne nationale a eu tendance à se réduire, en lien avec une diminution annuelle de la mortalité légèrement moins prononcée dans les Pays de la Loire qu'en France (de l'ordre de - 3,7 à - 3,8 % par an).

Fig3. Évolution du taux standardisé de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

¹ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



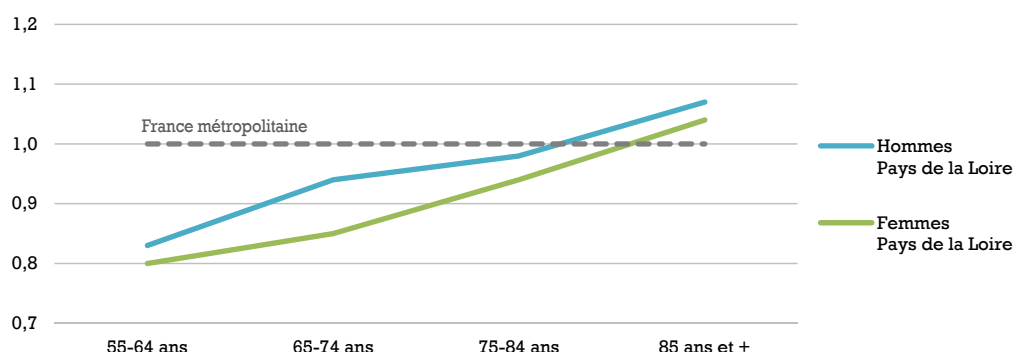
... malgré une mortalité cardiovasculaire prématurée toujours très faible

L'érosion de l'avantage régional en termes de mortalité cardiovasculaire peut être rapprochée d'une fréquence un peu plus marquée qu'en France des décès aux âges les plus élevés (85 ans et plus) [Fig4], qui pèsent fortement sur cette mortalité.

La mortalité régionale prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans), qui concerne 8 % des décès pour maladies cardiovasculaires (13 % chez les hommes, 4 % chez les femmes), reste par contre très inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 13 %) comme chez les femmes (- 16 %).

La fréquence régionale des décès d'origine cardiovasculaire est notamment très nettement inférieure à la moyenne française chez les hommes et les femmes âgés de 55 à 64 ans, et dans une moindre mesure chez les femmes âgées de 65 à 74 ans.

Fig4. Ratio du taux régional de mortalité cardiovasculaire par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.2 PRINCIPAUX GROUPES DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES

2.2.1 CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Les cardiopathies ischémiques sont liées à une souffrance du muscle cardiaque (myocarde) causée par l'obstruction d'une artère coronaire. Cette souffrance peut se traduire par une atteinte ischémique chronique (maladie coronaire chronique), ou par un infarctus aigu du myocarde (syndrome coronarien aigu) pouvant entraîner des troubles du rythme cardiaque voire une mort subite.

Une fréquence régionale de prises en charge inférieure à la moyenne nationale...

Selon la Cnamts, 72 200 Ligériens affiliés au régime général ont été pris en charge en 2014 pour une maladie coronaire chronique. Cela correspond à un taux de 2,3 % (3,4 % chez les hommes et 1,4 % chez les femmes). Par ailleurs, 2 700 Ligériens ont été hospitalisés au cours de la même année pour un syndrome coronaire aigu, soit moins de 0,1 % de la population concernée (0,13 % chez les hommes et 0,05 % chez les femmes).

Appliquées à l'ensemble de la population ligérienne, ces deux proportions correspondent respectivement à 85 000 et 3 200 Ligériens.

Après standardisation sur l'âge, les Pays de la Loire font partie des régions qui présentent les plus faibles taux de patients pris en charge pour une cardiopathie ischémique chronique ou pour un épisode aigu.



... mais un taux d'admissions en ALD proche de la moyenne nationale et en forte hausse

Près de 6 800 Ligériens ont été admis en ALD pour cardiopathies ischémiques chaque année en moyenne en 2012-2014. La majorité des admissions concernent des hommes (68 %) et des personnes âgées de 65 ans ou plus (61 %).

La fréquence régionale de ces admissions est très proche de la moyenne nationale (+ 1 %). Ce constat concerne aussi bien les hommes que les femmes, et les personnes âgées de moins de 65 ans que celles plus âgées.

Le taux d'admissions en ALD pour cardiopathies ischémiques a augmenté de manière marquée depuis le milieu des années 2000, dans la région (+ 2,8 % par an en moyenne entre 2005 et 2014) comme en France (+ 2,5 %). Cette tendance évolutive concerne aussi bien les hommes (+ 2,9 %) que les femmes (+ 2,4 %). Elle concerne également tous les départements.

Par contre, on constate en Pays de la Loire une augmentation des admissions en ALD de personnes âgées de moins de 65 ans nettement plus très marquée qu'au plan national (+ 2,9 % vs + 1,9 %). La hausse des admissions en ALD après 65 ans y est par contre moindre (+ 2,7 % vs + 3,1 %).

Cette tendance à l'augmentation des admissions en ALD est complexe à interpréter. De multiples facteurs liés à l'épidémiologie (notamment l'augmentation de la prévalence du diabète, de la surcharge pondérale et du tabagisme), mais aussi aux pratiques des professionnels de santé (dans un contexte réglementaire marqué par l'évolution importante des critères d'admissions en ALD touchant aux maladies cardiovasculaires en 2011), peuvent expliquer cette évolution.

Le recours régional aux hospitalisations augmente également sur les années les plus récentes, et se rapproche de la moyenne nationale

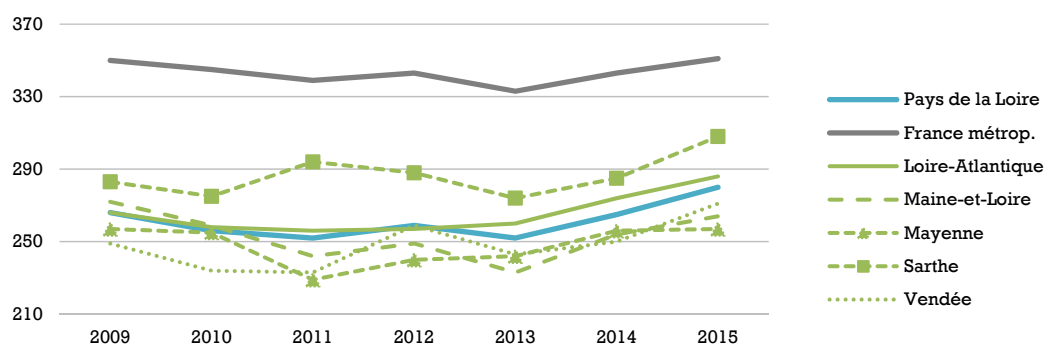
Près de 11 200 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour pour cardiopathies ischémiques en diagnostic principal, dont 71 % d'hommes et 64 % de personnes âgées de 65 ans ou plus.

La fréquence régionale de ces hospitalisations est nettement inférieure à la moyenne nationale (- 20 %). Cet écart, qui concerne aussi bien les hommes (- 19 %) que les femmes (- 21 %), est un peu plus marqué chez les personnes âgées de moins de 65 ans (- 23 %) que chez celles plus âgées (- 18 %).

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques a augmenté de 0,9 % par an en moyenne (et a notamment fortement progressé depuis 2013), alors que le taux national est resté stable [Fig5]. L'avantage régional passé en matière de fréquence des hospitalisations tend ainsi à diminuer.

Au sein des Pays de la Loire, la Sarthe se distingue par un taux de patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques nettement supérieur à celui des autres départements de la région, conjugué à une tendance à la hausse de la fréquence de ces hospitalisations (+ 1,4 % par an en moyenne).

Fig5. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour cardiopathies ischémiques
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



Une mortalité régionale par cardiopathies ischémiques en baisse et moindre qu'au plan national, en lien avec une faible mortalité prématurée

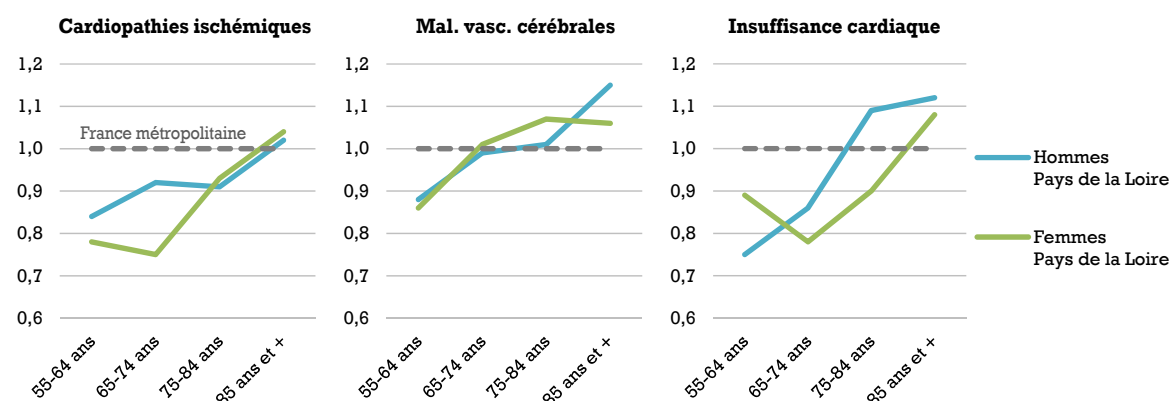
Près de 2 000 Ligériens sont décédés d'une cardiopathie ischémique, chaque année en moyenne en 2011-2013, dont 57 % d'hommes et une très grande majorité de personnes âgées de 65 ans ou plus (88 %).

En lien avec les importants progrès thérapeutiques, cette mortalité a diminué de manière marquée depuis le début des années 2000, dans la région (- 4,8 % par an en moyenne) comme en France (- 4,7 %).

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée aux cardiopathies ischémiques est actuellement inférieure à la moyenne nationale (- 4 %). Elle est assez marquée chez les hommes (- 6 %, contre - 2 % chez les femmes).

Cette sous-mortalité est particulièrement marquée chez les hommes âgés de 55 à 64 ans et les femmes de 55 à 74 ans [Fig6]. Seuls les Ligériens les plus âgés (85 ans ou plus) présentent une fréquence de décès par cardiopathie ischémique supérieure à la moyenne nationale.

Fig6. Ratio du taux régional de mortalité cardiovasculaire par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Globalement, les Pays de la Loire connaissent toujours pour les cardiopathies ischémiques une mortalité nettement inférieure à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge avant 85 ans. De plus cette mortalité suit une nette tendance à la baisse, analogue à celle observée au plan national. Mais la situation régionale en matière de morbidité cardio-ischémique semble se dégrader, avec une augmentation supérieure à la moyenne nationale de la fréquence des admissions en ALD de personnes âgées de moins de 65 ans ainsi que des hospitalisations pour ces pathologies.



2.2.2 MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES

Les maladies vasculaires cérébrales sont causées par une altération de la circulation sanguine cérébrale, se manifestant le plus souvent subitement sous forme d'AVC. La plupart des AVC sont ischémiques (c'est-à-dire liés à l'obstruction ou au rétrécissement d'un vaisseau sanguin), les autres sont hémorragiques. La souffrance cérébrale se traduit par un déficit neurologique, pouvant fréquemment causer le décès, et pouvant également persister sous forme de séquelles invalidantes. Les accidents ischémiques transitoires sont des AVC ischémiques caractérisés par une régression précoce et complète des symptômes et des anomalies radiologiques.

Une fréquence régionale de prises en charge proche de la moyenne nationale

Selon la Cnamts, 5 100 Ligériens affiliés au régime général ont été hospitalisés en 2014 pour un AVC aigu, soit moins de 0,2 % de la population concernée chez les hommes comme chez les femmes. Par ailleurs, 27 200 Ligériens ont été pris en charge pour séquelles d'un accident vasculaire cérébral, soit un taux de 0,9 % (1,0 % chez les hommes et 0,8 % chez les femmes).

Appliquées à l'ensemble de la population ligérienne, ces deux proportions correspondent à respectivement 6 000 et 32 000 Ligériens.

Après standardisation sur l'âge, les Pays de la Loire se situent au niveau de la moyenne nationale, pour la fréquence des hospitalisations pour AVC aigu, comme pour celle des prises en charge de séquelles d'AVC.

Une tendance évolutive particulièrement préoccupante, avec un taux d'admissions en ALD en très forte hausse

Un peu plus de 3 700 Ligériens ont été admis en ALD pour maladies vasculaires cérébrales chaque année en moyenne en 2012-2014. Ces admissions concernent presque autant de femmes (48 %) que d'hommes, et impliquent majoritairement des personnes âgées de 65 ans ou plus (71 %).

La fréquence régionale de ces admissions est quasiment identique à la moyenne nationale, chez les hommes (+ 1 %) comme chez les femmes (- 1 %).

Les admissions avant l'âge de 65 ans sont toutefois nettement moins fréquentes dans la région qu'en France (- 9 %), alors que celles de personnes plus âgées la dépasse de 4 %.

Le taux d'admissions en ALD pour maladies vasculaires cérébrales a augmenté de manière importante depuis le milieu des années 2000 dans la région (+ 8,8 % par an en moyenne entre 2005 et 2014). Cette augmentation a été encore plus marquée qu'au plan national (+ 7,8 %), ce qui explique que l'avantage régional dans ce domaine ait progressivement disparu. Cette tendance régionale à la hausse concerne aussi bien les hommes (+ 8,2 %) que les femmes (+ 8,8 %), et est présente dans chacun des départements de la région.

Par contre, on constate en Pays de la Loire une augmentation des admissions en ALD pour maladies vasculaires cérébrales de personnes âgées de moins de 65 ans nettement plus marquée qu'au plan national (+ 9,9 % vs + 7,9 %). Un écart analogue, mais moins marqué est observé pour les admissions en ALD après 65 ans (+ 8,2 % vs + 7,8 %).

À l'instar des données d'admissions en ALD pour cardiopathies ischémiques, la tendance évolutive concernant les maladies vasculaires cérébrales peut être rapprochée de facteurs épidémiologiques et notamment de l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, surcharge pondérale, tabagisme, consommation d'alcool). L'augmentation des admissions en ALD pour ce type d'affection pourrait aussi en partie être liée, au moins sur les dernières années, à une évolution des pratiques de prise en charge par les professionnels de santé (dans un contexte réglementaire marqué par les modifications importantes apportées en 2011 aux critères d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires).



Une augmentation du taux de patients hospitalisés trois fois plus marquée dans la région qu'en France, et un avantage régional qui a disparu

Un peu plus de 7 500 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour pour maladies vasculaires cérébrales en diagnostic principal, dont presque autant de femmes (48 %) que d'hommes et une large majorité (77 %) de personnes âgées de 65 ans ou plus.

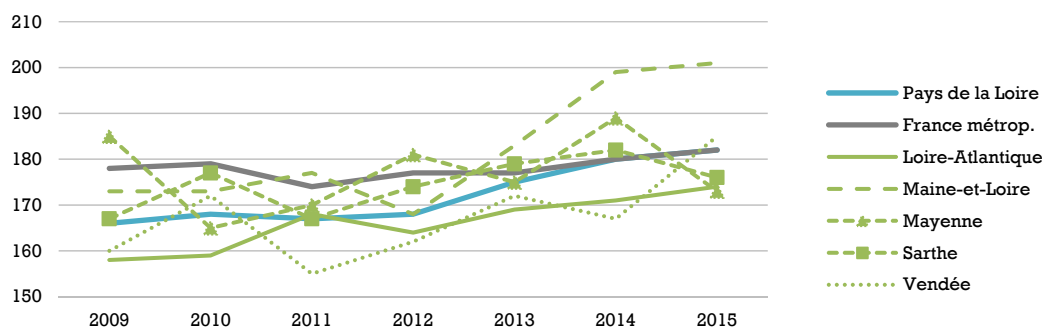
La fréquence régionale de ces hospitalisations est quasiment identique à la moyenne nationale, chez les hommes (- 1 %) comme chez les femmes (+ 2 %).

Les hospitalisations avant l'âge de 65 ans sont moins fréquentes dans la région qu'en France (- 4 %), alors que celles de personnes plus âgées est proche de la moyenne nationale (+ 2 %).

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés pour maladies vasculaires cérébrales a augmenté de manière trois fois plus marquée dans la région (- 1,5 % par an en moyenne) qu'en France (+ 0,4 %) [Fig7]. À l'instar des données d'admissions en ALD, l'avantage régional passé en matière de fréquence des hospitalisations a ainsi progressivement disparu. Cette augmentation concerne de façon plus marquée les personnes âgées de moins de 65 ans en France (+ 1,3 %) et plus encore en pays de la Loire (+ 2,3 %)

Au sein de la région, cette augmentation concerne tous les départements sauf la Mayenne (- 1,1 %), et est particulièrement marquée dans le Maine-et-Loire (+ 2,5 %) et en Vendée (+ 2,4 %). Les tendances évolutives doivent toutefois être interprétées avec précaution à ce niveau territorial en raison d'importantes fluctuations annuelles.

Fig7. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour maladies vasculaires cérébrales
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Une surmortalité régionale importante, mais qui concerne uniquement les femmes âgées de plus de 75 ans et les hommes de plus de 85 ans

Près de 2 000 Ligériens sont décédés d'une maladie vasculaire cérébrale, chaque année en moyenne en 2011-2013, dont 58 % de femmes et une très grande majorité de personnes âgées de 65 ans ou plus (93 %).

Cette mortalité a diminué de manière marquée depuis le début des années 2000, dans la région (- 3,7 % par an en moyenne) comme en France (- 4,1 %).

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée aux maladies vasculaires cérébrales est nettement supérieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes (+ 5 %).

Cette surmortalité régionale n'apparaît qu'à partir de 65 ans chez les femmes, et n'est réellement marquée qu'au-delà de 75 ans [Fig6]. Chez les hommes, elle n'apparaît qu'à partir de 75 ans, et n'est majeure qu'au-delà de 85 ans.

Globalement, les Pays de la Loire connaissent pour les maladies vasculaires cérébrales une mortalité nettement inférieure à la moyenne nationale avant 65 ans. De plus, cette mortalité suit une nette tendance à la baisse, analogue à celle observée au plan national. Mais la situation régionale en matière de morbidité vasculaire cérébrale semble se dégrader, avec une augmentation supérieure à la moyenne nationale de la fréquence des admissions en ALD de personnes âgées de moins de 65 ans, ainsi que des hospitalisations pour ces pathologies.



2.2.3 INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque correspond à une incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant par rapport aux besoins de l'organisme en oxygène. La forme la plus fréquente est l'insuffisance cardiaque chronique entrecoupée d'épisodes aigus. Cette pathologie est souvent secondaire à une maladie coronaire, mais elle peut aussi être due à d'autres maladies cardiaques ou pulmonaires.

Une fréquence régionale de prises en charge inférieure à la moyenne nationale

Selon la Cnamts, 22 600 Ligériens affiliés au régime général sont pris en charge en 2014 pour une insuffisance cardiaque chronique. Cela correspond à un taux de 0,7 % (équivalent chez les hommes et les femmes). Par ailleurs, 6 700 Ligériens ont été hospitalisés en 2014 pour un épisode d'insuffisance cardiaque aiguë, soit 0,2 % de la population concernée chez les hommes comme chez les femmes.

Appliquées à l'ensemble de la population ligérienne, ces deux proportions correspondent respectivement à 26 700 et 8 000 Ligériens.

Après standardisation sur l'âge, les Pays de la Loire font partie des régions qui présentent les plus faibles taux de patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque chronique ou pour un épisode aigu.

Une forte augmentation du taux d'admissions en ALD depuis 2011, dont l'ampleur doit être interprétée avec prudence

Près de 2 500 Ligériens ont été admis en ALD pour insuffisance cardiaque chaque année en moyenne en 2012-2014. Ces admissions concernent un peu plus fréquemment des femmes (53 %), et très majoritairement des personnes âgées de 65 ans ou plus (87 %).

La fréquence régionale de ces admissions est globalement supérieure à la moyenne nationale (+ 4 %).

Cette tendance est liée à une fréquence importante des admissions chez les Ligériens âgés de 65 ans ou plus (+ 6 % par rapport à la moyenne nationale), alors que les admissions sont à l'inverse moins fréquentes (- 6 %) chez les Ligériens plus jeunes.

Le taux d'admissions en ALD pour insuffisance cardiaque a augmenté de manière importante depuis le milieu des années 2000, dans la région (+ 2,8 % par an en moyenne entre 2005 et 2014) comme en France (+ 2,9 %).

Dans la région, cette tendance à la hausse concerne particulièrement les femmes (+ 3,9 %, contre + 1,8 % chez les hommes). Elle est aussi bien observée pour les personnes âgées de moins de 65 ans (+ 3,2 %) que pour celles plus âgées (+ 2,8 %), avec des évolutions régionales proches de la moyenne nationale (respectivement 2,8 et 3,0 %).

Cette tendance n'est pas uniquement liée à l'évolution de la morbidité, et doit être interprétée avec prudence. L'augmentation du taux d'admissions en ALD pour insuffisance cardiaque s'est en effet nettement accélérée à partir de 2011, année marquée par d'importantes évolutions réglementaires concernant les critères d'admissions en ALD. L'ALD pour hypertension artérielle (HTA) a notamment été supprimée (cette suppression n'ayant concerné que les admissions et pas les patients déjà en ALD pour HTA). L'insuffisance cardiaque étant la conséquence directe de l'HTA chronique, il est possible qu'une partie des patients qui auraient été autrefois admis en ALD pour HTA, le sont depuis 2011 en ALD pour insuffisance cardiaque.

Le taux de patients hospitalisés augmente au plan national comme dans la région, qui conserve ainsi une situation plutôt favorable...

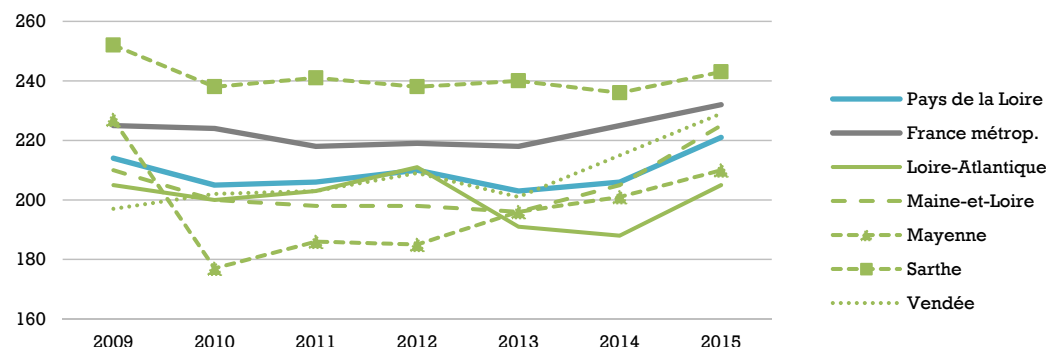
Près de 9 900 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour pour insuffisance cardiaque en diagnostic principal, dont autant de femmes (51 %) que d'hommes et une très large majorité (93 %) de personnes âgées de 65 ans ou plus.



La fréquence régionale de ces hospitalisations est inférieure de 4 % à la moyenne nationale, en lien avec des séjours nettement moins fréquents chez les personnes âgées de moins de 65 ans (- 24 %, contre - 1 % chez les plus de 65 ans).

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque a légèrement progressé, de 0,5 % par an en moyenne dans la région comme en France. Toutefois, cette tendance à la hausse ne concerne, dans les Pays de la Loire comme au plan national, que les personnes âgées de 65 ans et plus [Fig8].

Fig8. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour insuffisance cardiaque
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee ; exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

... sauf en Sarthe où le taux de patients hospitalisés est stable à un niveau élevé

Au sein de la région, le taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque tend à augmenter dans le Maine-et-Loire, en Mayenne et en Vendée, alors qu'il est resté assez stable en Loire-Atlantique et en Sarthe.

La Sarthe présente toutefois une situation assez préoccupante puisque ce département conserve un niveau d'hospitalisation nettement plus élevé que dans les autres départements, et même supérieur à la moyenne nationale (+ 5 %).

Une surmortalité régionale importante, mais qui concerne uniquement les hommes âgés de plus de 75 ans et les femmes de plus de 85 ans

1 200 Ligériens sont décédés d'une insuffisance cardiaque, chaque année en moyenne en 2011-2013, dont une majorité de femmes (58 %). Ces décès concernent essentiellement des personnes âgées de 75 ans ou plus (94 %). Cette mortalité a diminué de manière importante depuis le début des années 2000, dans la région (- 4,1 % par an en moyenne) comme en France (- 4,8 %).

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée à l'insuffisance cardiaque est nettement supérieure à la moyenne nationale (+ 6 %).

Cette surmortalité régionale n'apparaît toutefois qu'à partir de 75 ans chez les hommes, et de 85 ans chez les femmes [Fig6].

Globalement, les Pays de la Loire connaissent toujours pour l'insuffisance cardiaque une mortalité nettement inférieure à la moyenne nationale avant 75 ans. Cette mortalité suit une nette tendance à la baisse, mais un peu moins marquée que celle observée au plan national. Toutefois dans la région comme en France, on observe une augmentation des admissions en ALD et chez les 65 ans et plus, des personnes hospitalisées pour cette pathologie.

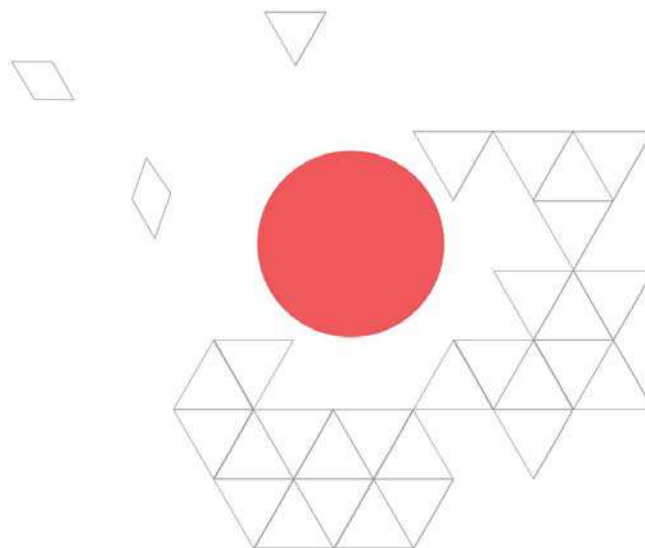


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne].
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [2] HAS. Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire. [En ligne].
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire.
- [3] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Pavy Bruno, Iliou MC, Vergès-Patois B, *et al.* (2012). French Society of Cardiology guidelines for rehabilitation in adults. *Archives of Cardiovascular Disease*. vol. 105, n° 5. pp. 309-328.
- [6] Gabet A, de Peretti C, Nicolau J, *et al.* (2016). Évolution temporelle du recours à la réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde, France, 2010-2014. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 43. pp. 764-774.
- [7] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Maladies cardiovasculaires



DIABÈTE, SURPOIDS ET OBÉSITÉ

Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	199
1.1 DIABÈTE	200
Plus de 150 000 personnes prises en charge pour un diabète dans la région, soit environ 4 % de la population	200
Une prévalence régionale inférieure à la moyenne nationale, hormis en Sarthe	201
11 500 Ligériens sont admis chaque année en affection de longue durée pour un diabète	201
3 600 Ligériens hospitalisés au moins une fois en 2015 pour un diabète	202
Les complications du diabète pèsent fortement sur les prises en charge hospitalières	202
Des marges de progression possible dans le suivi des patients diabétiques	203
Une mortalité régionale liée au diabète en recul et inférieure de 18 % à la moyenne nationale	204
1.2 SURPOIDS ET OBÉSITÉ	206
Près de 9 % des enfants de 5-6 ans sont en surcharge pondérale, dont 1,6 % sont obèses	206
38 % des adultes de la région, soit près d'un million de personnes présentent une surcharge pondérale	207
Entre 55 et 75 ans, le surpoids concerne plus d'un Ligérien sur deux	207
Des tendances évolutives qui diffèrent selon l'âge	208
Un recours des Ligériens à la chirurgie de l'obésité en très forte augmentation	209
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	211

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. De nouvelles technologies pour améliorer le suivi et la qualité de vie des personnes diabétiques	204
ENCADRÉ 2. Diabète et niveau socioéconomique en France	205
ENCADRÉ 3. Les liens entre nutrition et santé	206
ENCADRÉ 4. Surcharge pondérale et niveau socioéconomique dans les Pays de la Loire	208
ENCADRÉ 5. Niveau d'activité physique dans les Pays de la Loire	210



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES

Diabète, surpoids et obésité



1 DIABÈTE, SURPOIDS ET OBÉSITÉ

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les données les plus récentes en matière d'affections métaboliques (diabète, surpoids et obésité) continuent de positionner les Pays de la Loire dans une situation relativement favorable par rapport à la moyenne nationale. Les enjeux régionaux dans ce domaine n'en demeurent pas moins importants au regard du nombre de Ligériens concernés par ces affections et leurs complications. On peut en effet estimer qu'actuellement, plus de 150 000 personnes sont prises en charge pour un diabète dans la région (environ 4 % de la population), et près d'un million de Ligériens de 15-75 ans présentent une surcharge pondérale (38 %), dont plus de 200 000 sont obèses.

Ces affections ont de nombreux impacts, tant sur la qualité de vie que sur l'état de santé des personnes atteintes, et pèsent ainsi de manière importante sur le système de soins, en ville principalement mais aussi en établissement de santé. En 2015, 3 600 Ligériens ont eu au moins un séjour à l'hôpital ayant pour diagnostic principal un diabète. Plus de 400 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde en 2013, et plus de 800 l'ont été pour un accident vasculaire cérébral. Près de 1 000 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour une plaie du pied, et près de 500 ont eu une amputation du membre inférieur. Enfin 40 % des Ligériens qui ont commencé en 2014 un traitement de suppléance pour une insuffisance rénale chronique terminale étaient diabétiques. En cohérence avec la moindre prévalence régionale du diabète en Pays de la Loire, ces recours hospitaliers y sont pour la plupart moins fréquents. Toutefois, des marges de progression perdurent dans le suivi des patients diabétiques, qui permettraient de faire reculer la fréquence de ces complications.

Les disparités sociales et économiques sont majeures dans ce domaine. Le diabète et la surcharge pondérale sont plus fréquents chez les hommes et augmentent avec l'âge, mais ils se distinguent surtout par un gradient socioéconomique particulièrement marqué. Dans la région, la part des enfants de 5-6 ans obèses est deux fois plus élevée parmi les classes sociales les moins favorisées. L'obésité est également deux fois plus fréquente chez les Ligériens de 15-75 ans ayant les plus faibles niveaux de diplômes.

Au sein de la région, la situation de la Sarthe, particulièrement préoccupante en matière de diabète, doit être distinguée de celle des autres départements. Le taux d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour diabète y est le plus élevé des départements des Pays de la Loire, le taux de patients hospitalisés pour cette affection augmente, contrairement aux autres départements, et le taux de mortalité directement liée à cette affection s'est à peine réduit aux cours des dernières années. Ce constat pourrait notamment être rapproché d'indicateurs de pauvreté parmi les plus défavorables des départements des Pays de la Loire.

En termes de tendances évolutives, la situation régionale demeure préoccupante, avec une augmentation continue du nombre de personnes prises en charge pour un diabète : chaque année, près de 12 000 Ligériens sont ainsi nouvellement admis en ALD pour cette affection. Cette augmentation semble néanmoins marquer le pas depuis quelques années, suivant ainsi la tendance nationale. Au plan régional, cette tendance peut en partie être rapprochée d'une stabilisation de la prévalence de l'obésité (un des principaux facteurs de risque du diabète), autour de 8 % de la population depuis plus de 10 ans.

Dans les années qui viennent, l'amélioration progressive de la qualité du suivi biologique et clinique des personnes diabétiques, en lien notamment avec de nouvelles technologies médicales, et à un moindre degré, la chirurgie bariatrique, dont les indications resteront forcément limitées, est susceptible de limiter la charge de morbidité liée à ces affections métaboliques. Les efforts menés dans le champ de la prévention pourraient également y contribuer.

Toutefois, dans la prochaine décennie, en raison des niveaux élevés et croissants avec l'âge de la prévalence du diabète et de la surcharge pondérale, ces affections continueront de peser de façon de plus en plus importante sur la santé d'une population régionale en augmentation et vieillissante, et sur ses besoins de soins.



1.1 DIABÈTE

Plus de 150 000 personnes prises en charge pour un diabète dans la région, soit environ 4 % de la population

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline par le pancréas et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Les deux formes principales sont le diabète de type 1, maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide, voire brutale, et le diabète de type 2, qui présente une forte prédisposition familiale et dont l'émergence est notamment favorisée par la sédentarité et la surcharge pondérale chez l'adulte après 40 ans. Le diabète de type 2, qui représente plus de 90 % des cas, s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. Le traitement par insuline injectable est indispensable aux diabétiques de type 1, alors que le diabète de type 2 est traité par des mesures hygiénodététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées dans un second temps à des médicaments antidiabétiques oraux ou injectables [1].

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement, estimée à partir des consommations d'antidiabétiques oraux et d'insuline au cours de l'année¹, atteint 3,8 % en 2013 dans les Pays de la Loire (4,4 % chez les hommes et 3,3 % chez les femmes). Cela correspond à 140 300 habitants de la région (79 000 hommes et 61 300 femmes) [2].

En utilisant une méthode de sélection des cas plus large prenant en compte non seulement les personnes traitées pharmacologiquement pour diabète, mais aussi celles qui ont été admises en affection de longue durée (ALD) ou hospitalisées pour cette affection et ses complications², la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) estime à 132 300 le nombre de Ligériens pris en charge pour un diabète en 2014 parmi les seuls assurés du régime général (qui représentent environ 85 % de la population régionale). Cela correspond à une prévalence de 4,3 %, logiquement plus élevée que celle des seules personnes traitées pharmacologiquement. Appliquée à l'ensemble de la population ligérienne, cette fréquence aboutit à une estimation de 156 000 personnes prises en charge [3].

Enfin, l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) a estimé en 2006-2007 qu'environ 20 % des personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées, et 10 % ne seraient pas traitées pharmacologiquement au plan national [4]. Appliquées aux Pays de la Loire, ces proportions permettent d'estimer le nombre total de personnes diabétiques à plus de 200 000 habitants.

Dans la suite de ce chapitre, pour des raisons de disponibilité des données, seule sera utilisée la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, bien qu'elle conduise à sous-estimer le nombre de personnes prises en charge pour diabète, principalement parmi les personnes âgées de 70 ans [5].

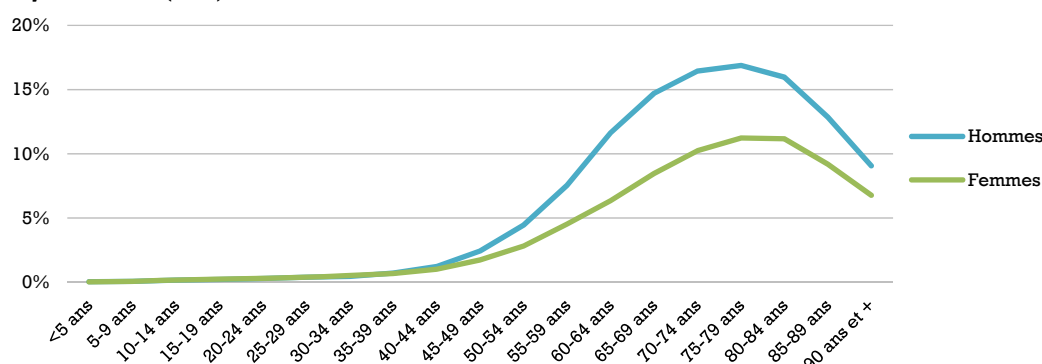
La prévalence du diabète traité pharmacologiquement augmente nettement avec l'âge à partir de 40-44 ans et en particulier chez les hommes, pour atteindre un pic à 17 % des Ligériens âgés de 75-79 ans et 11 % des Ligériennes âgées de 75-84 ans [Fig1]. Les personnes diabétiques sont âgées en moyenne de 66,8 ans dans la région.

¹ Personnes, tous régimes d'assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année (deux dates si au moins un grand conditionnement délivré). Algorithme de repérage défini par Santé publique France.

² La prise en compte des bénéficiaires en ALD pour diabète et des remboursements de l'année précédente permet notamment d'inclure des personnes n'ayant pas eu le nombre de remboursements d'antidiabétiques requis parce qu'hospitalisées ou vivant en institution (psychiatrique, pour personnes âgées dépendantes...).



Fig1. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2013)



Source : Sniiram - exploitation Santé publique France

Une prévalence régionale inférieure à la moyenne nationale, hormis en Sarthe

Les Pays de la Loire présentent une prévalence du diabète traité pharmacologiquement nettement inférieure à la moyenne nationale (3,8 % vs 4,7 % en 2013) et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine. Seule la Bretagne présente en effet une prévalence inférieure, estimée à 3,2 %.

Ce constat s'inscrit plus globalement dans un contexte ligérien caractérisé par une situation relativement protégée vis-à-vis de certaines pathologies cardiovasculaires, qui pourrait notamment être rapprochée d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables qu'ailleurs, mais aussi être liée à des facteurs génétiques.

La situation régionale n'en demeure pas moins préoccupante, avec une tendance évolutive à la hausse de la prévalence du diabète. Ainsi, en 2007, la prévalence extrapolée à partir des données du régime général de l'assurance maladie s'établissait à 3,2 % dans les Pays de la Loire [6]. Cette évolution s'inscrit dans la même tendance qu'au plan national. La progression du diabète enregistrerait toutefois un ralentissement sur les années les plus récentes en France (+ 2,3 % par an en moyenne sur la période 2009-2013, contre + 5,4 % en 2006-2009) [2].

Au sein de la région, quatre des cinq départements présentent une prévalence du diabète traité pharmacologiquement inférieure à la moyenne nationale (3,3 % en Loire-Atlantique, 3,5 % en Mayenne, 3,9 % en Maine et Loire et 4,3 % en Vendée). La Sarthe présente la prévalence la plus élevée, identique à la moyenne nationale (4,7 %).

11 500 Ligériens sont admis chaque année en affection de longue durée pour un diabète

En 2012-2014, 11 500 habitants de la région (6 700 hommes et 4 800 femmes) ont été admis en ALD pour un diabète en moyenne chaque année [7]. Un peu plus d'une personne admise en ALD sur sept l'est donc pour un diabète dans la région. Près de la moitié (46 %) des Ligériens admis en ALD pour diabète sont âgés de 65 ans ou plus.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale d'admissions en ALD pour diabète est inférieure de 15 % à la moyenne nationale (- 13 % chez les hommes, et - 19 % chez les femmes).

Cet écart est stable par rapport à celui observé sur la période 2005-2007 [6], le taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète ayant augmenté dans des proportions relativement similaires dans les Pays de la Loire et en France au cours des dernières années. Entre 2005 et 2014, le taux régional standardisé d'admissions en ALD pour diabète est ainsi passé de 249 à 297 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de + 2,6 % par an en moyenne (contre + 2,7 % en France métropolitaine). Après une progression particulièrement marquée entre 2006 et 2010, le taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète est relativement stable depuis 2011, dans la région comme en France [Fig2].

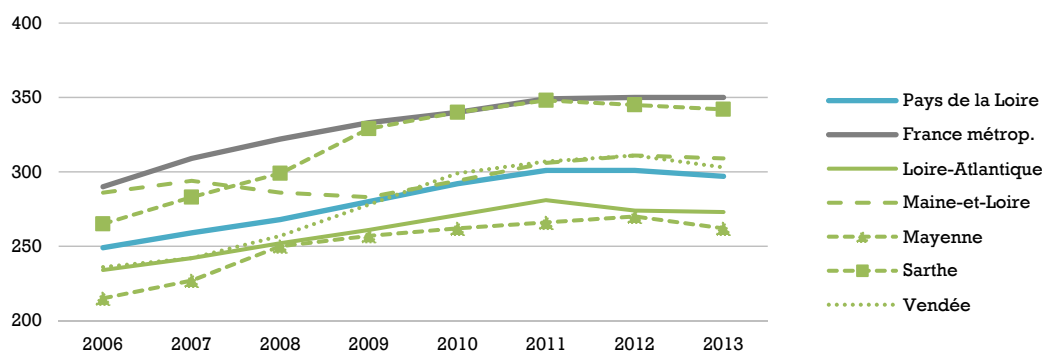
Au sein de la région, la Sarthe se distingue par une augmentation particulièrement marquée du taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète (+ 3,7 % par an en moyenne entre 2006 et 2013). La fréquence des admissions



en ALD pour diabète devient ainsi, dans ce département, à peine inférieure à la moyenne nationale sur la période 2012-2014 (- 2 %).

Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des évolutions des taux d'admissions en ALD, qui en raison du caractère médico-administratif de ces données, ne peuvent s'expliquer sous un angle purement épidémiologique ou démographique [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig2. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

3 600 Ligériens hospitalisés au moins une fois en 2015 pour un diabète

Près de 3 600 habitants des Pays de la Loire (2 000 hommes et 1 600 femmes) ont été hospitalisés en court séjour au moins une fois au cours de l'année 2015 avec pour diagnostic principal un diabète, selon les données du PMSI MCO [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. Certains Ligériens ayant été hospitalisés plusieurs fois pour ce motif au cours de l'année, le nombre total de séjours avec un diabète pour diagnostic principal avoisine 3 900 [8].

À structure d'âge comparable, la proportion des Ligériens hospitalisés pour un diabète est très nettement inférieure à la moyenne nationale (- 32 % chez les hommes et - 34 % chez les femmes).

Le taux régional standardisé de patients hospitalisés pour un diabète a très nettement diminué entre 2009 et 2015, passant de 129 à 93 patients pour 100 000 habitants, soit une baisse de - 5,3 % par an en moyenne (contre - 4,8 % en France métropolitaine).

Tous les départements de la région présentent une diminution du taux standardisé de patients hospitalisés pour un diabète, qui varie de - 4,2 % à - 8,0 % par an en moyenne, hormis la Sarthe. Dans ce dernier département, ce taux a progressé de + 2,5 % par an et se rapproche ainsi de la moyenne nationale en 2015, tout en lui restant inférieure (respectivement 125 et 140 patients hospitalisés pour 100 000).

Les complications du diabète pèsent fortement sur les prises en charge hospitalières

Les complications du diabète sont principalement de nature vasculaire. Elles peuvent toucher les microvaisseaux de la rétine (risque de cécité), du rein (à l'origine d'insuffisance rénale et de mise en dialyse) ou des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation. Le principal déterminant de ces complications microvasculaires est la durée d'exposition à l'hyperglycémie. Les atteintes des gros vaisseaux peuvent se traduire par un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une artérite des membres inférieurs. Dans de plus rares cas, le diabète peut être responsable de désordres métaboliques sévères constituant une urgence thérapeutique (acidocétose, coma hyperosmolaire). Les traitements du diabète, et notamment l'insuline, peuvent également causer des complications potentiellement graves (hypoglycémies, acidose lactique).



Plus de 400 Ligériens diabétiques ont été hospitalisés en 2013 pour un infarctus du myocarde et près de 850 pour un AVC. Cela correspond à des taux régionaux standardisés de patients hospitalisés de respectivement 296 et 495 pour 100 000 diabétiques³ [9]. Ces taux sont inférieurs aux moyennes nationales incluant les départements d'outre-mer (respectivement 382 et 559 pour 100 000). Les Pays de la Loire présentent notamment un des taux de patients diabétiques hospitalisés pour infarctus du myocarde parmi les plus faibles de France métropolitaine. S'agissant des complications des membres inférieurs, la situation régionale est encore plus contrastée. Avec respectivement près de 1 000 et plus de 400 Ligériens hospitalisés, les taux régionaux standardisés de patients hospitalisés pour plaie du pied et pour amputation du membre inférieur s'établissent respectivement à 619 et 270 pour 100 000 personnes diabétiques. Ces valeurs sont inférieures à la moyenne en France entière (668 pour 100 000) pour la première, et légèrement supérieure (252 pour 100 000) pour la seconde. L'interprétation de ces écarts doit toutefois rester prudente au vu d'une possible hétérogénéité des pratiques de codage des actes d'amputation dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est l'une des complications les plus graves du diabète. 175 patients, soit 40 % des Ligériens qui ont initié en 2014 un traitement de suppléance d'une IRCT étaient diabétiques [10]. Parmi eux, après ajustement sur l'âge et le sexe, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles proportions de personnes diabétiques. L'incidence de l'IRCT associée à un diabète est estimée à 48 pour un million de Ligériens (contre 66 pour un million en France métropolitaine). Au total, fin 2014, près de 630 Ligériens diabétiques étaient traités par dialyse pour une IRCT, soit un taux standardisé de 165 pour un million d'habitants, nettement inférieur à la moyenne en France métropolitaine (240 pour un million).

Des marges de progression possible dans le suivi des patients diabétiques

Les complications du diabète peuvent être retardées, voire évitées grâce à une surveillance et un contrôle stricts de l'évolution de la maladie. À cet égard, la Haute autorité de santé (HAS) préconise un suivi biologique au rythme d'un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) tous les trois à six mois (soit deux à quatre dosages annuels selon le niveau de contrôle du diabète), et d'un bilan lipidique, un dosage de la microalbuminurie, et un dosage de la créatininémie par an. Un examen cardiovasculaire (consultation de cardiologie et/ou réalisation d'un électrocardiogramme [ECG]) et un bilan dentaire doivent être effectués chaque année, ainsi qu'un examen ophtalmologique au moins une fois tous les deux ans [11].

La moindre fréquence régionale des hospitalisations de patients diabétiques pour la plupart des complications de cette pathologie peut notamment être rapprochée de certains indicateurs de qualité du suivi des personnes diabétiques, eux-mêmes assez favorables.

En effet, selon une récente étude s'appuyant sur les données du Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), les Pays de la Loire se situent parmi les régions ayant les proportions les plus élevées de personnes diabétiques³ ayant bénéficié d'au moins trois dosages annuels de l'hémoglobine glyquée en 2013 (58 %, contre 51 % au plan national), d'au moins une consultation dentaire libérale annuelle (39 % contre 36 %), et d'au moins une consultation en ophtalmologie libérale dans les deux ans (66 % contre 62 %) [9].

La région se situe au niveau de la moyenne nationale pour les proportions de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins un dosage annuel de microalbuminurie (31 %, contre 30 % au plan national) et d'au moins un dosage annuel de créatininémie (82 % contre 84 %).

La situation régionale est par contre moins favorable s'agissant des proportions de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins un bilan lipidique annuel (69 %, contre 74 % au plan national) et d'au moins une consultation en cardiologie libérale ou d'un ECG annuel (31 % contre 35 %).

Dans les Pays de la Loire comme en France, l'objectif de 80 % de personnes diabétiques surveillées conformément aux recommandations, fixé par la Loi de santé publique de 2004 [12], n'est donc pas atteint pour les différents indicateurs de suivi du diabète, hormis pour le dosage annuel de la créatininémie. Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) note toutefois, au plan national, la progression lente des différents actes de

³ Personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète.



surveillance, qui présentaient pour la plupart (et notamment les dosages de microalbuminurie et d'hémoglobine glyquée) des niveaux initiaux très bas. Par ailleurs, le niveau de ces indicateurs tel qu'il est actuellement mesuré à partir des données du Sniiram sous-estime la proportion réelle des personnes diabétiques qui bénéficient des examens de surveillance, étant donné que seuls sont considérés les examens effectués en libéral, soumis à remboursement, écartant les examens effectués en centres de santé ou à l'hôpital [13].

ENCADRÉ 1. De nouvelles technologies pour améliorer le suivi et la qualité de vie des personnes diabétiques

Deux nouvelles technologies de santé destinées aux patients diabétiques insulino-traités ont reçu récemment un avis favorable de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la HAS pour leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables [14].

La première technologie permet d'apprécier le taux de glucose interstitiel sans piqûre (Freestyle libre). Le glucose est mesuré, via un filament inséré en sous-cutané, par un capteur placé sur le bras. La valeur du glucose interstitiel et l'historique des mesures pendant 8 heures s'affichent, en précisant la tendance vers l'hypo ou l'hyperglycémie. Cette technologie est susceptible d'améliorer la prise en charge du diabétique avec le confort de ne plus avoir à se piquer de façon répétée. Sous réserve d'une formation à l'utilisation de ce dispositif, il devrait bénéficier aux diabétiques de type 1 ou 2 nécessitant plus de trois mesures quotidiennes.

La seconde technologie est destinée à faciliter la gestion du traitement grâce à un logiciel couplé à une télésurveillance médicale (Diabeo). Ce logiciel est connecté à une application smartphone à la disposition des diabétiques de type 1 qui ont des difficultés pour équilibrer leur traitement. Le patient saisit sur l'application son taux de glycémie, ses données d'activité physique et le nombre de portions glucidiques qu'il a l'intention de consommer. Le logiciel calcule alors la dose d'insuline adaptée. Ces données sont également transmises au groupement de médecins et infirmiers spécialisés qui suivent la cohorte de diabétiques connectés. Cet accompagnement des diabétiques permet d'améliorer leur équilibre glycémique lorsqu'ils maîtrisent cette technologie.

Une mortalité régionale liée au diabète en recul et inférieure de 18 % à la moyenne nationale

La mortalité liée au diabète est particulièrement difficile à quantifier. Cette maladie peut en effet être impliquée soit directement dans un décès (le diabète doit alors être codé en cause initiale dans les statistiques nationales des causes médicales de décès⁴), soit indirectement en tant que pathologie aggravant le pronostic d'autres maladies ou complications, comme un infarctus du myocarde par exemple (le diabète doit alors être codé en cause associée). Dans les faits, la distinction entre ces deux cas de figure n'est pas toujours évidente, et il apparaît que le diabète est sous-déclaré dans les certificats de décès, tout particulièrement dans les situations où il intervient secondairement en tant que cause associée⁵.

Si l'on considère les seuls décès directement liés au diabète, cette pathologie a été à l'origine de 538 décès de Ligériens, chaque année en moyenne en 2011-2013 [15]. Cette mortalité concerne autant d'hommes que de femmes, et touche essentiellement des personnes âgées de 65 ans ou plus (89 %).

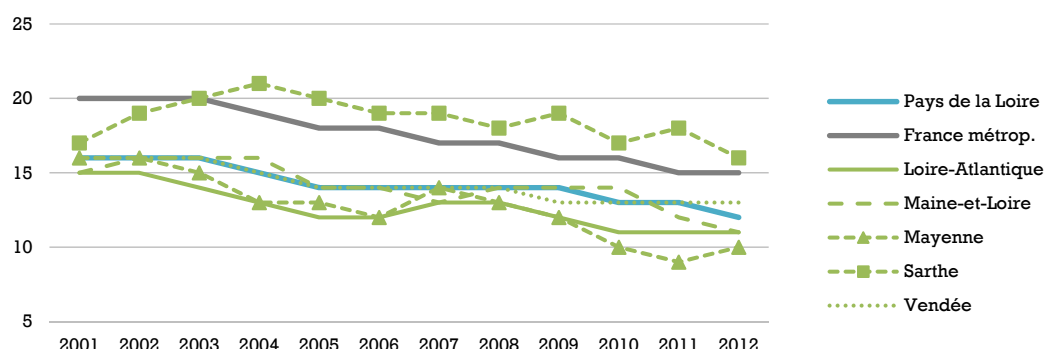
À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée au diabète est inférieure de 18 % à la moyenne nationale (- 16 % chez les hommes, et - 20 % chez les femmes). Cet écart est assez stable depuis le début des années 2000, en lien avec une importante diminution de la mortalité, au rythme de - 2,6 % par an en moyenne entre 2000-2002 et 2011-2013 dans les Pays de la Loire comme en France [Fig3].

⁴ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

⁵ Les statistiques de mortalité liée au diabète présentées dans ce document n'incluent pas, pour cette raison, les décès par diabète en cause associée.



Fig3. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au diabète
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Au sein de la région, la mortalité a diminué dans tous les départements mais à un rythme nettement moins soutenu en Sarthe (- 0,5 % par an en moyenne entre 2000-2002 et 2011-2013, contre - 1,9 à - 4,2 % dans les autres départements). La Sarthe est ainsi, depuis les années 2000, le seul département de la région qui présente une mortalité liée au diabète plus élevée que la moyenne nationale (de + 7 % en 2011-2013 à structure par âge identique).

ENCADRÉ 2. Diabète et niveau socioéconomique en France [16]

“Le niveau socioéconomique joue un rôle majeur sur le risque de diabète, la qualité du suivi des personnes diabétiques, et la fréquence des complications. La prévalence du diabète est deux fois plus élevée chez les personnes de faible niveau d'études que chez celles de plus haut niveau, avec des écarts davantage marqués chez les femmes que chez les hommes.

L'analyse des données du Sniiram met ainsi en évidence une prévalence plus élevée du diabète traité dans les communes les plus défavorisées sur le plan socioéconomique. En 2012, la prévalence du diabète traité augmente significativement avec l'indice territorial de désavantage social de la commune de résidence, le ratio de prévalence entre le quintile le plus défavorisé et le quintile le moins défavorisé étant plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 1,7 et 1,3).

Les résultats de l'étude Entred 2007 montrent que la population diabétique de type 2 est moins aisée financièrement. Plus de la moitié (53 %) des personnes diabétiques déclarent notamment rencontrer des difficultés financières. Les revenus mensuels du foyer (incluant salaires, allocations, aides...) sont inférieurs à 1 200 euros pour un tiers des personnes, et inférieurs à ceux de la population générale, quel que soit l'âge, avant 75 ans. Selon cette étude, les personnes de plus faible niveau socioéconomique découvrent plus fréquemment leur diabète lors de complications qu'après un dépistage. Elles sont plus fréquemment obèses, fument davantage et ont un moins bon contrôle glycémique. Elles présentent également une plus forte prévalence des complications podologiques et coronaires, à niveau de risque vasculaire équivalent.

Enfin, l'incidence des complications du diabète est plus élevée chez les personnes les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique. En 2013, les taux d'hospitalisation pour amputation d'un membre inférieur, plaie du pied, infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral étaient 1,3 à 1,6 fois plus élevés chez les personnes diabétiques de moins de 60 ans bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire que chez les non bénéficiaires.”



1.2 SURPOIDS ET OBÉSITÉ

La surcharge pondérale, qui correspond au fait d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille en raison d'un excès de masse grasse⁶, a pour principale origine un déséquilibre de la balance énergétique résultant d'une suralimentation relative et/ou d'une insuffisance d'activité physique. Ces comportements résultent de nombreux facteurs individuels et environnementaux d'ordre nutritionnel ou métabolique, psychologique, social ou encore culturel. Des facteurs génétiques modulent également la capacité de stockage du surplus énergétique. Enfin, des travaux suggèrent le rôle possible de déterminants précoces, *in utero* et postnataux. Une fois acquise, la surcharge pondérale est difficilement réversible, et le risque d'une reprise pondérale après un régime d'amaigrissement est élevé [17].

L'obésité est une maladie qui, outre son retentissement sur le bien-être psychique et social des individus, augmente le risque de mortalité. Elle augmente également le risque de diabète de type 2, d'hypertension artérielle et de maladies cardiovasculaires, de certains cancers (sein, utérus, côlon notamment), de pathologies biliaires, ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthrose... Chez l'enfant, un des principaux risques de l'obésité est sa persistance à l'âge adulte.

ENCADRÉ 3. Les liens entre nutrition et santé [18]

“L'alimentation et l'activité physique sont impliquées dans l'apparition et le développement de la plupart des maladies chroniques les plus fréquentes aujourd'hui. De nombreux travaux ont par exemple montré l'impact de la nutrition sur la survenue de certains cancers, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de l'ostéoporose, ou encore de troubles métaboliques comme le diabète de type 2 ou l'hypercholestérolémie. La recherche s'est dans un premier temps focalisée sur ces problèmes de santé publique. Mais elle s'élargit aujourd'hui à d'autres domaines : des travaux suggèrent en effet l'existence de liens entre la nutrition et certaines maladies inflammatoires auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde ou les maladies intestinales chroniques inflammatoires (MICI), ou encore les allergies, la dépression, les troubles du sommeil, le déclin cognitif et la dégénérescence oculaire (DMLA, cataracte)...

Par ailleurs, une alimentation suffisante, équilibrée et diversifiée est nécessaire à la croissance, au maintien de l'immunité, à la fertilité (les études épidémiologiques retrouvent une relation dose-effet entre l'indice de masse corporelle et l'hypofertilité masculine) ou encore à un vieillissement réussi (performances cognitives, entretien de la masse musculaire, lutte contre les infections...).

Enfin, si des aliments, des nutriments et des comportements augmentent le risque de développer certaines pathologies, d'autres vont au contraire avoir une action préventive.”

Près de 9 % des enfants de 5-6 ans sont en surcharge pondérale, dont 1,6 % sont obèses

Les enquêtes visant à mesurer la prévalence du surpoids et de l'obésité en population générale s'appuient soit sur des données de poids et de taille mesurées, soit, plus fréquemment, sur des données déclarées par les individus. Le principal biais des données déclaratives est la sous-estimation des fréquences de surpoids et d'obésité en raison d'une sous-estimation du poids, et/ou d'une surestimation de la taille, plus marquées chez les femmes que chez les hommes [19].

À 5-6 ans, d'après les données mesurées dans le cadre de l'enquête auprès des enfants de grandes sections de maternelle, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont estimées à respectivement 7,0 et 1,6 % chez les enfants ligériens de 5-6 ans en 2012-2013 [20]. Ces proportions sont nettement plus faibles que celles estimées au plan national (8,4 et 3,5 %) [21].

À 17 ans, d'après les données déclarées dans le cadre de l'enquête Escapad [22], 5,3 % des Ligériens sont en surpoids, et 1,6 % sont obèses en 2014, mais ces proportions sont largement sous-estimées. Elles sont également inférieures aux moyennes nationales (respectivement 7,5 et 1,8 %).

⁶ Chez l'adulte, le surpoids est défini par un indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille² (m²)) compris entre 25 et 29,9, et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30. Chez l'enfant, les seuils varient selon l'âge et le sexe et sont ceux des courbes de corpulence du Plan national nutrition santé (PNNS) 2010, issues de références françaises et de l'International obesity task force (IOTF).



38 % des adultes de la région, soit près d'un million de personnes présentent une surcharge pondérale

D'après les données du Baromètre santé 2014, 38 % de la population régionale âgée de 15 à 75 ans présente une surcharge pondérale : 30 % un surpoids et 8 % une obésité [23], ce qui correspondrait respectivement à plus de 788 000 et 210 000 Ligériens. Ces effectifs doivent être considérés comme des valeurs minimales car ils sont basés sur les déclarations des individus.

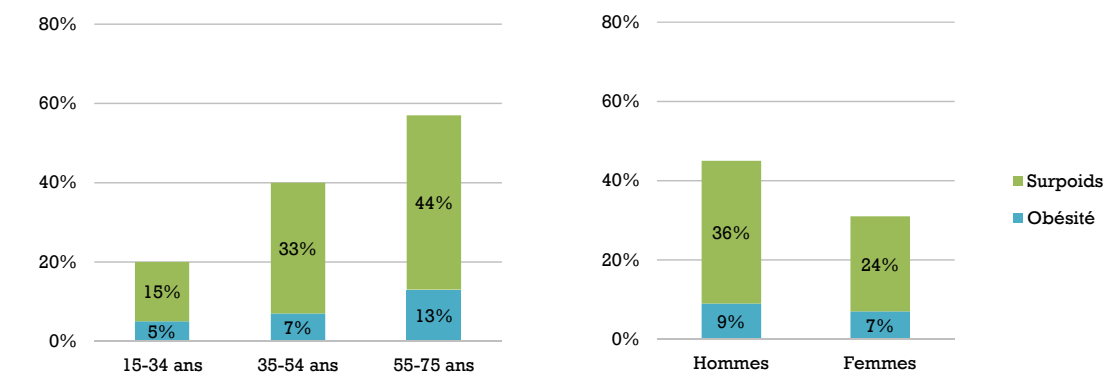
La prévalence régionale du surpoids (hors obésité) est proche de la moyenne nationale (29 %), alors que celle de l'obésité est dans les Pays de la Loire lui est nettement inférieure (12 %). Ces résultats apparaissent cohérents avec ceux de l'enquête ObÉpi, basés sur des données de poids et de taille semi-déclarées, qui mettent en évidence une prévalence de l'obésité inférieure à la moyenne nationale dans les Pays de la Loire pour l'année 2012 [24].

Entre 55 et 75 ans, le surpoids concerne plus d'un Ligérien sur deux

La fréquence du surpoids (hors obésité) augmente avec l'âge, passant du simple au triple entre les 15-34 ans (15 %) et les 55-75 ans (44 %) [Fig4]. Un constat du même type est observé si l'on considère la prévalence de l'obésité, cette dernière passant de 5 % chez les 15-34 ans à 13 % chez les 55-75 ans. Entre 55 et 75 ans, plus de la moitié (57 %) de la population régionale est donc en situation de surcharge pondérale.

La prévalence du surpoids (hors obésité) est plus élevée chez les hommes (36 %) que chez les femmes (24 %). Ce constat se retrouve également quelle que soit la classe d'âge. On n'observe par contre pas de différence statistiquement significative selon le sexe pour la prévalence de l'obésité.

Fig4. Proportion de personnes en surcharge pondérale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2014)



Source : Baromètre santé 2014 (Inpes) - exploitation ORS Pays de la Loire



ENCADRÉ 4. Surcharge pondérale et niveau socioéconomique dans les Pays de la Loire

Quelle que soit la façon de mesurer la situation sociale (niveau de revenu, de diplôme, catégorie socioprofessionnelle), la prévalence de la surcharge pondérale est d'autant plus élevée que le statut socioéconomique des personnes est faible. Plusieurs études suggèrent que ce gradient social s'aggrave en France. Cette aggravation s'explique par le fait que l'obésité progresse dans la plupart des catégories sociales mais pas dans les catégories les plus aisées, où la prévalence stagne, voire diminue [25].

À 5-6 ans, selon l'enquête auprès des enfants de grandes sections de maternelle en 2012-2013, la fréquence du surpoids est plus élevée parmi les enfants issus des milieux sociaux les moins favorisés (8,6 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont en surpoids et 2,4 % obèses contre respectivement 5,9 % et 1,0 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise) [20].

À 15-75 ans, selon le Baromètre santé 2014, les situations d'obésité sont significativement plus fréquentes parmi les Ligériens ayant un faible niveau de diplôme (11 %, contre 5 % des personnes ayant un niveau de diplôme supérieur ou équivalent au baccalauréat). Ce constat est retrouvé au niveau national, où l'on observe également un gradient au détriment des groupes les moins favorisés en termes de catégorie socioprofessionnelle et de niveau de revenus [23]. Concernant la prévalence du surpoids (hors obésité), on n'observe pas dans la région de différence statistiquement significative selon le milieu social après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, alors qu'au plan national est mis en évidence un risque de surpoids plus élevé chez les personnes les moins diplômées.

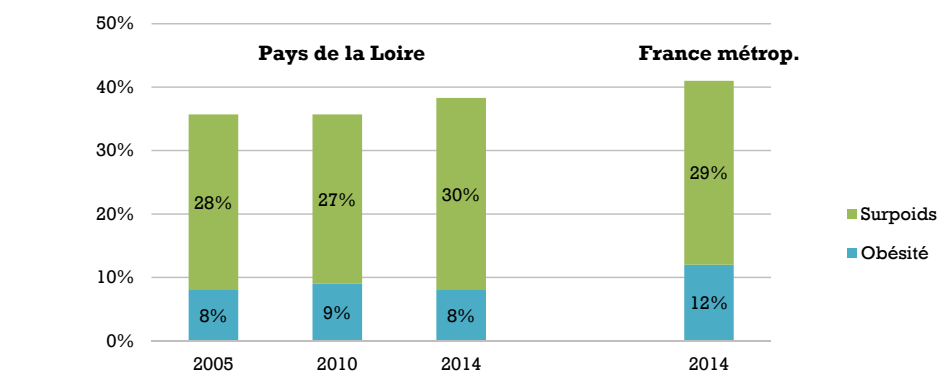
Des tendances évolutives qui diffèrent selon l'âge

À 5-6 ans, la prévalence du surpoids (hors obésité) a connu un recul entre 1999-2000 (8,9 %) et 2005-2006 (4,8 %), puis a nettement progressé pour atteindre 7,0 % en 2012-2013. Cette évolution contraste avec sa relative stabilité au plan national au cours de ces années. La prévalence de l'obésité est restée quant à elle relativement stable dans la région au cours de la même période (autour de 1,7 %).

À 17 ans, la prévalence du surpoids a légèrement baissé dans la région entre 2011 (6,3 %) et 2014 (5,3 %), mais cette tendance doit être considérée avec précaution, car elle n'est pas retrouvée au plan national (respectivement 7,3 et 7,5 %). La prévalence de l'obésité semble par contre suivre une tendance à la hausse au cours des dernières années, dans la région (1,6 % en 2014 contre 1,3 % en 2011) comme en France (1,8 et 1,6 %).

Enfin parmi l'ensemble des personnes âgées de 15 à 75 ans, la prévalence du surpoids a plutôt augmenté dans la région (30 % en 2014 contre 28 % en 2005) [Fig5], suivant la tendance nationale [23]. Mais la région se distingue par une prévalence de l'obésité relativement stable (autour de 8 %) alors que la part des personnes obèses n'a cessé d'augmenter au niveau national. L'écart entre la région et la France semble ainsi s'être creusé pour cet indicateur.

Fig5. Évolution de la proportion de personnes en surcharge pondérale chez les 15-75 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005, 2010, 2014)



Sources : Baromètre santé 2005, 2010, 2014 (Inpes) - exploitation ORS Pays de la Loire



Un recours des Ligériens à la chirurgie de l'obésité en très forte augmentation

Les progrès importants des techniques opératoires ont ouvert la possibilité d'un traitement chirurgical de l'obésité à une part croissante de patients. De nouveaux types d'interventions (irréversibles : sleeve gastrectomie, bypass gastrique) se sont rapidement développés, et constituent maintenant la majorité des actes de chirurgie bariatrique effectués, devant la pose d'un anneau gastrique (technique réversible ayant initialement fait référence) [26].

Selon les recommandations établies par la HAS en 2009, la chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale pluridisciplinaire, chez les patients adultes ayant un IMC ≥ 40 , ou un IMC ≥ 35 associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères et en particulier diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique). Cette intervention est proposée en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 mois à un an, chez des patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme. Une évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit à cet égard être effectuée chez tous les patients candidats à la chirurgie, afin notamment d'évaluer leurs motivation et capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires [27].

La chirurgie bariatrique a un impact positif non seulement sur la réduction de la surcharge pondérale (et l'amélioration de la qualité de vie qui en découle), mais également sur le plan métabolique. Des études récentes ont ainsi montré que certaines techniques opératoires permettaient également la rémission d'un diabète de type 2 [28].

En 2015, un peu plus de 1 300 Ligériens (1 100 femmes et 220 hommes) ont été hospitalisés en court séjour pour chirurgie bariatrique⁷ [8]. Les femmes opérées sont généralement plus jeunes : 46 % ont moins de 40 ans, contre 32 % parmi les hommes. Le taux de Ligériens hospitalisés atteint 3,6 pour 10 000 habitants (5,9 chez les femmes, 1,2 chez les hommes), soit une valeur deux fois moins élevée que celle observée au plan national (7,4 pour 10 000).

Le nombre annuel de Ligériens hospitalisés pour chirurgie bariatrique est en constante augmentation (de près de 13 % chaque année en moyenne) et a été multiplié par plus de deux en 6 ans (639 Ligériens avaient été opérés en 2009). Cette progression suit la tendance observée au plan national, tout en lui restant légèrement inférieure (+ 15 % chaque année en moyenne en France métropolitaine).

⁷ Séjours ayant pour racine GHM le code 10C09 (gastroplasties pour obésité) ou 10C13 (interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité).



ENCADRÉ 5. Niveau d'activité physique dans les Pays de la Loire

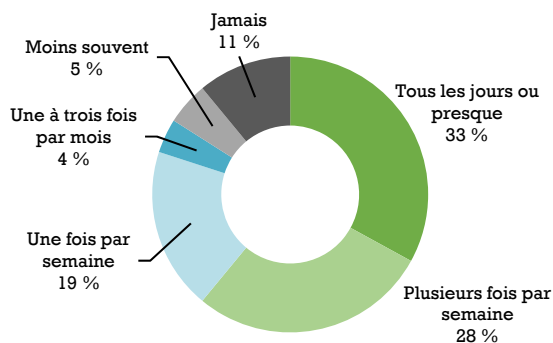
L'activité physique se définit, au sens large, comme "tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos". Elle recouvre donc un domaine bien plus étendu que la seule pratique d'une activité sportive, et inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et au travail, et lors de déplacements ou de loisirs.

Les bienfaits de l'activité physique sur la santé sont scientifiquement établis : prévention du surpoids et de l'obésité, diminution du risque de diabète, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, certains cancers (avec un niveau de preuve "convaincant" pour le cancer du côlon, et "probable" pour les cancers du sein, de l'endomètre et du poumon), amélioration de la santé mentale (en termes d'anxiété et de troubles dépressifs).

Le niveau d'activité physique des Ligériens a été apprécié, dans le cadre du Baromètre santé 2014, à partir de la question : "À quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique pendant au moins trente minutes d'affilée, que ce soit dans le cadre de votre travail, de vos déplacements ou de vos loisirs ?"⁸. Cette question permet d'évaluer l'adhésion de la population au repère du PNNS "Pour la santé, il est recommandé de pratiquer l'équivalent d'au moins trente minutes de marche rapide par jour".

En 2014, un Ligérien de 15-75 ans sur trois déclare pratiquer "tous les jours ou presque" une activité physique pendant au moins trente minutes d'affilée, soit un niveau d'activité physique équivalent à celui recommandé [Fig6]. Ces proportions sont proches de celles déclarées au plan national [23].

Fig6. Fréquence de la pratique d'une activité physique chez les 15-75 ans pendant au moins trente minutes d'affilée, que ce soit dans le cadre du travail, des déplacements ou des loisirs



Source : Baromètre santé 2014 (Inpes) - exploitation ORS Pays de la Loire

La pratique régulière ("tous les jours ou presque") d'une activité physique est significativement plus fréquente chez les hommes (37 %, contre 29 % des femmes) et tend également à être plus fréquente chez les personnes en activité professionnelle (36 %, contre 29 % des inactifs ou actifs non occupés). On n'observe par contre pas de différence significative pour cet indicateur selon la classe d'âge.

La pratique régulière d'une activité physique diminue en outre, toutes choses égales par ailleurs, avec le niveau de diplôme. Les personnes ayant un niveau supérieur au baccalauréat sont ainsi deux fois moins nombreuses que celles ayant un niveau inférieur à déclarer pratiquer "régulièrement" une activité physique dans le cadre de leur travail, de leurs déplacements ou de leurs loisirs (21 %, contre 39 %). Un constat identique est retrouvé au plan national, où l'on observe une moindre fréquence de l'activité physique régulière parmi les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées.

⁸ L'appréciation fine du niveau global d'activité physique, incluant toutes ses dimensions (travail, activités domestiques, déplacements, loisirs...), repose sur des questionnaires relativement longs et complexes (International physical activity questionnaire, Global physical activity questionnaire...). Ces questionnaires spécifiques, très détaillés, n'ont pas été utilisés dans le cadre du Baromètre santé 2014.

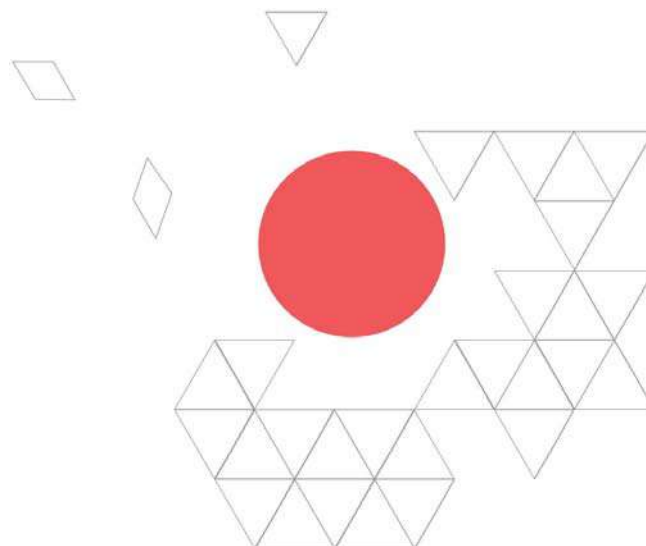


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Simon D. (2016). Épidémiologie du diabète. In *EMC Endocrinologie-Nutrition*.
- [2] Santé publique France. (2015). Diabète : Données épidémiologiques. [En ligne].
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques>.
- [3] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne].
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [4] Bonaldi C, Vernay M, Roudier C, *et al.* (2011). A first national prevalence estimate of diagnosed and undiagnosed diabetes in France in 18- to 74-year-old individuals: the French Nutrition and Health Survey 2006/2007. *Diabetic Medicine*. vol. 28, n° 5. pp. 583-589.
- [5] Fosse-Edorh S, Bloch J, Gagnière B, dir. (2014). Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2014. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 30-31. pp. 491-529.
- [6] ORS Pays de la Loire. (2012). Diabète. In *La santé observée dans les Pays de la Loire. Édition 2012*. 3 p.
- [7] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Fosse-Edorh S, Tuppin P, Bloch J, Rey S, dir. (2015). Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 34-35. pp. 617-654.
- [10] Agence de la biomédecine. (2015). Rapport annuel REIN 2014 : Réseau épidémiologie, information, néphrologie. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. 369 p.
- [11] HAS. (2014). Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 98 p.
- [12] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [13] HAS. (2010). Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. 284 p.
- [14] HAS. (2016). Diabète : deux nouvelles technologies pour faciliter le suivi et la prise en charge. Brève presse. [En ligne].
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2664181/fr/diabete-nouvelles-technologies-pour-ameliorer-le-suivi-et-la-qualite-de-vie.
- [15] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [16] Santé publique France. (2015). Diabète et niveau socio-économique. [En ligne].
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Diabete-et-niveau-socio-economique>.
- [17] Inserm. (2006). Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Expertise collective. Les éditions Inserm. 232 p.
- [18] Hercberg S, Inserm. (2013). Nutrition et santé. Dossier. [En ligne].
<https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/nutrition-et-sante>.
- [19] 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.
- [20] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [21] Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T. (2015). La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*. Drees. n° 920. 6 p.
- [22] Enquête Escapad 2014, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [23] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [24] Institut Roche de l'Obésité, Inserm, Kantar Health. (2012). ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 60 p.



- [25] Darmon N. (2012). Le gradient socio-économique de l'obésité. Séance « Alimentation et précarité » de l'Académie d'Agriculture de France, 25 janvier 2012 (Communication orale). 2 p.
- [26] Cnamts. (2013). Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence. Point d'information. 15 p.
- [27] HAS. (2009). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 21 p.
- [28] Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, *et al.* (2014). Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA*. vol. 311, n° 22. pp. 2297-2304.



TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec avec la contribution du Dr Denis Leguay, psychiatre

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	215
4.1 SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	217
Une proportion de Ligériens en état de détresse psychologique qui atteint 16 %, en nette hausse depuis 2010	217
Une détresse plus fréquemment exprimée par les femmes	217
4.2 PRISES EN CHARGE ET MORTALITÉ LIÉES AUX TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	218
Moins de patients pris en charge par les psychiatres libéraux dans la région, surtout parmi les adultes d'âge moyen et les personnes âgées	218
Un contexte régional marqué par une offre de psychiatrie libérale assez faible et inégalement répartie	219
109 000 Ligériens pris en charge en 2015 par un établissement de soins psychiatriques...	220
... dont plus du tiers pour troubles névrotiques ou pour troubles de l'humeur	222
4 900 Ligériens pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement	224
Près de la moitié des passages aux urgences pour troubles psychiatriques se concluent par une hospitalisation	224
17 500 Ligériens hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, dont un tiers pour troubles liés à l'usage d'alcool	225
Une moindre fréquence des hospitalisations en MCO pour démences, mais un recours plus élevé pour les autres troubles mentaux	226
Près de 90 000 Ligériens sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale	227
3 % des Ligériens pris en charge pour maladie psychiatrique parmi les assurés du régime général, et 10 % traités par psychotropes	228
Une augmentation des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, notamment de celles liées aux troubles de l'humeur	228
Une mortalité régionale par troubles mentaux et du comportement qui augmente depuis le milieu des années 2000	229
Une nette surmortalité par troubles liés à la consommation d'alcool et par démences dans la Sarthe	229
4.3 PRINCIPALES AFFECTIONS CARACTÉRISÉES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE	230
4.3.1 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	231
Des admissions en ALD pour TED moins fréquentes en région, mais en forte augmentation depuis le milieu des années 2000	231
Une fréquence également moindre des prises en charge en établissement de soins psychiatriques	231
De fortes disparités territoriales	232
4.3.2 SCHIZOPHRÉNIE	234
Plus de 6 700 Ligériens en ALD pour schizophrénie, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale	234
1 200 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement pour une schizophrénie	234
La surmortalité des patients schizophrènes, notamment par suicide, est difficile à quantifier au plan régional	235



4.3.3 TROUBLES DÉPRESSIFS	236
17 000 Ligériens en ALD pour troubles dépressifs, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale mais en forte augmentation	237
Une fréquence régionale des suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs moindre qu'au plan national...	237
... mais une fréquence de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs plus élevée qu'en France	238
4.3.4 MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES	239
28 000 Ligériens sont pris en charge pour une démence, dont 70 % de femmes...	239
... parmi lesquels 14 000 personnes de 65 ans ou plus sont en ALD pour maladie d'Alzheimer	240
Des suivis en établissement psychiatrique plus fréquents dans la région, mais des hospitalisations en court séjour nettement moindres	240
Une mortalité liée à la maladie d'Alzheimer inférieure à la moyenne nationale	241
4.4 PENSÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET MORTALITÉ PAR SUICIDE	242
Des pensées suicidaires en augmentation et plus fréquentes qu'au plan national...	242
... et une prévalence des tentatives de suicide déclarées en hausse entre 2010 et 2014	242
Près de 750 suicides chaque année dans la région, dont plus des trois quarts concernent des hommes	244
Les Pays de la Loire conservent une fréquence de suicides qui dépasse nettement la moyenne nationale	245
Une mortalité en recul, notamment chez les femmes et les personnes âgées	245
La Sarthe, et dans une moindre mesure la Mayenne, sont particulièrement touchées par le suicide	246
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	247

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les liens entre crise économique, chômage et santé mentale	218
ENCADRÉ 2. Implication des médecins généralistes et infirmières libérales de la région dans la prise en charge des troubles psychiatriques	220
ENCADRÉ 3. Comment expliquer la diminution de fréquence des prises en charge en établissement psychiatrique entre 45 et 75 ans ?	222
ENCADRÉ 4. Les principales évolutions des soins psychiatriques sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011	225
ENCADRÉ 5. L'étude de la transformation avec l'âge des affections en lien avec la santé mentale, par le prisme des données d'ALD	230
ENCADRÉ 6. Autisme : présentation clinique, étiologie, prise en charge et évolution	232
ENCADRÉ 7. Schizophrénie : présentation clinique, prise en charge, évolution	236
ENCADRÉ 8. Les mises en invalidité liées aux troubles psychiatriques dans les Pays de la Loire	239
ENCADRÉ 9. Des inégalités sociales de plus en plus marquées	241
ENCADRÉ 10. Patients hospitalisés en court séjour pour tentative de suicide	244



4 TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les indicateurs relatifs à la fréquence de la souffrance psychologique et de certaines affections en lien avec la santé mentale convergent pour décrire une situation régionale moins favorable que par le passé. Il est toutefois difficile d'estimer dans quelle proportion l'état de santé mentale des Ligériens s'est dégradé, dans la mesure où les tendances évolutives à la hausse peuvent aussi résulter d'autres phénomènes (rattrapage de sous-diagnostic en lien notamment avec une meilleure reconnaissance de certains troubles psychiques, modification de la perception d'un état de souffrance psychologique...).

En 2014, 16 % des 15-75 ans expriment des symptômes qui correspondent à un état de détresse psychologique, et 7 % déclarent avoir pensé à se suicider. En 2010, ces proportions étaient nettement moindres, respectivement égales à 9 et 4 %.

3 % de la population régionale bénéficie de soins pour un problème de santé mentale (3,2 % au plan national). La très grande majorité des Ligériens concernés (près de 89 000) sont en affection de longue durée (ALD) pour des troubles mentaux ou du comportement. Le taux de personnes admises dans ce type d'ALD a augmenté de 3,4 % par an en moyenne depuis 2005, et ces admissions concernent maintenant 10 000 Ligériens chaque année.

Les problèmes psychiatriques pèsent fortement sur les prises en charge en établissement de santé. En 2015, près de 110 000 Ligériens ont été suivis par les équipes de soins des établissements psychiatriques (- 12 % par rapport à la moyenne nationale), dont 20 000 au moins une fois à temps complet (- 12 %). 15 600 Ligériens ont en outre été hospitalisés au moins une fois en court séjour de médecine-chirurgie-obstétrique pour troubles mentaux et du comportement hors démences (+ 16 % par rapport à la moyenne nationale), dont notamment plus d'un tiers pour troubles liés à la consommation d'alcool (+ 16 %).

Les enjeux en termes de repérage et de prise en charge précoce et spécialisée des troubles mentaux et du comportement sont considérables, au regard notamment de leur impact important sur le développement psychique, la qualité de vie et l'état de santé, mais aussi de leur progression marquée au sein de la population régionale. Les problèmes les plus fréquemment en cause ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie.

Chez les enfants, les admissions en ALD pour troubles envahissants du développement (TED, dont l'autisme) sont en très forte progression dans la région (+ 16 % par an en moyenne entre 2005 et 2014), suivant ainsi la tendance nationale (+ 13 %). Actuellement, près de 2 600 Ligériens (dont 72 % de garçons) sont en ALD pour TED, et 2 100 sont suivis au moins une fois dans l'année par les équipes des établissements de soins psychiatriques pour ces troubles. Les fréquences régionales de ces admissions en ALD et de ces suivis, globalement moindres qu'au plan national, sont toutefois très variables selon les départements. Outre des facteurs épidémiologiques, ces écarts pourraient résulter de disparités de reconnaissance mais aussi de prise en charge des affections neuro-développementales, en lien peut-être avec les questions d'offre en structures de soins adaptées.

Les troubles schizophréniques pèsent fortement sur les prises en charge psychiatriques, à partir de l'adolescence et particulièrement chez les jeunes adultes. Actuellement, près de 7 000 Ligériens, dont deux tiers d'hommes et la moitié de personnes âgées de 15 à 44 ans, sont suivis au moins une fois dans l'année par les établissements psychiatriques pour une schizophrénie. La prise en charge de cette maladie particulièrement invalidante est difficile et repose sur une approche à la fois psychosociale et médicamenteuse. 10 à 30 % des patients sont toutefois peu ou non répondeurs aux traitements antipsychotiques. À cet égard, cette affection requière souvent une prise en charge à temps complet (un tiers des patients schizophrènes suivis en 2015 ont été concernés au moins une fois dans l'année par cette forme de suivi), voire, dans certains cas, une prise en charge sans consentement (près d'un patient schizophrène suivi sur cinq).

Le poids des troubles dépressifs parmi l'ensemble des affections psychiatriques croît de manière importante avec l'âge chez les adultes. Actuellement, 2 400 Ligériens sont admis chaque année en moyenne en ALD pour ce type de troubles, ce qui correspond au quart des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement. Le taux régional d'admissions correspondant, bien qu'inférieur de 21 % à la moyenne nationale, augmente comme en France à un rythme très soutenu (de l'ordre de + 9 % par an). Pour ce type d'affection, la région se distingue de la moyenne nationale par un recours aux prises en charge en établissement psychiatrique moins élevé (- 21 %), mais à l'inverse par des hospitalisations en court séjour plus fréquentes (+ 35 %).

Chez les personnes vieillissantes, les troubles mentaux et du comportement sont essentiellement liés aux démences (et notamment à la maladie d'Alzheimer). Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), près de 1 % des Ligériens assurés du régime général sont actuellement pris en charge pour une affection de ce type. Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population régionale, ce sont donc environ 28 000 Ligériens qui seraient concernés.



Les Pays de la Loire se caractérisent par une offre peu importante et inégalement répartie en psychiatres libéraux. La Sarthe et la Vendée se distinguent notamment par une densité de ces praticiens particulièrement faible. Dans ces deux départements, la part de la population recourant au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral est inférieure à 2 %, contrairement aux trois autres départements de la région.

En Sarthe, les taux particulièrement élevés de patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques et en médecine-chirurgie-obstétrique pour troubles mentaux et du comportement, pourraient trouver en partie leur origine dans cette moindre offre en soins de ville spécialisés. Mais d'autres facteurs, liés notamment aux conditions socioéconomiques plus défavorables (qui constituent un facteur de risque bien établi de troubles mentaux) de la population sarthoise, peuvent également expliquer ce constat.

En termes de prospective, les constats sur la santé mentale des Ligériens sont d'autant plus préoccupants que les Pays de la Loire conservent une situation nettement défavorable en matière de consommation d'alcool. Les habitudes d'alcoolisation (usage régulier, alcoolisation ponctuelle importante), connus pour impacter de manière importante le pronostic et la mortalité de nombreuses affections psychiatriques, ne sont effectivement pas en voie de régression dans la région, comme en témoigne leur fréquence élevée chez les jeunes ligériens par rapport à la moyenne nationale.

Si les troubles mentaux et du comportement ne sont pas au premier plan en termes de mortalité directe, ils constituent souvent un déterminant décisif d'autres causes de décès (en particulier des suicides). La région continue à cet égard de présenter une situation nettement défavorable pour cette mortalité, avec près de 750 décès par an en moyenne, et une surmortalité de 32 % par rapport à la moyenne nationale. Au sein de la région, le positionnement de la Sarthe reste particulièrement préoccupant avec une surmortalité par suicide majeure (+ 84 %) et en moindre recul (- 1,0 % par an en moyenne depuis le début des années 2000) par rapport aux tendances régionale (- 1,3 %) et nationale (- 1,6 %).

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme "un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté".

Elle s'étend sur un champ très vaste qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier domaine est difficile à cerner sur le plan épidémiologique parce que sa reconnaissance dépend du contexte culturel ou sociétal, et en particulier du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale par les personnes concernées et les soignants. En référence à différents travaux¹, sont habituellement distinguées :

- *la santé mentale positive, qui recouvre l'épanouissement personnel, et dont l'interdépendance avec la santé physique est de mieux en mieux identifiée,*
- *la détresse psychologique réactionnelle, qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,*
- *les maladies psychiatriques caractérisées, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques établies sur des critères précis.*

Les limites entre ces différentes notions sont toutefois complexes à poser dans la mesure où elles comportent chacune plusieurs degrés de gravité et s'inscrivent dans un continuum allant de la bonne santé mentale aux pathologies les plus lourdes. En outre, hormis pour les psychoses chroniques comme la schizophrénie, il est parfois difficile de statuer sur le caractère pathologique de certains troubles, et de faire la distinction entre simple mal-être passager, trouble de la personnalité (du « caractère »), et authentique symptôme morbide.

¹ Ces distinctions sont notamment établies en référence aux travaux de Santé publique France et au plan Psychiatrie et santé mentale mis en place en 2005 par le Ministère chargé de la santé pour la période 2005-2008 [1] [2].



4.1 SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Une proportion de Ligériens en état de détresse psychologique qui atteint 16 %, en nette hausse depuis 2010

L'échelle Mental Health 5 (MH5) permet d'apprécier les états de détresse psychologique, qui correspondent à un état de santé mentale dégradé associé à des symptômes d'allure anxiodépressive. Ces symptômes, relativement communs, apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne nécessitent pas de soins spécialisés. Toutefois, mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut faire basculer la personne dans la maladie ou multiplier les difficultés sociales [1] [2].

Selon le Baromètre santé 2014, 16 % des Ligériens de 15-75 ans présentent un score MH5 inférieur au seuil de 55 points, soit une valeur proche de la moyenne nationale (17 %) [3]. Ce seuil, qui peut varier selon les études, permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour être considérée en un état de détresse psychologique.

La proportion de Ligériens ayant un score MH5 inférieur à 55 points a fortement augmenté depuis 2010, où elle s'établissait alors à 9 %. Cette hausse marquée de la prévalence des états de détresse psychologique suit la tendance observée au plan national, et est retrouvée quel que soit le seuil de MH5 retenu.

Une détresse plus fréquemment exprimée par les femmes

Les situations de souffrance psychologique se traduisent de façons très diverses. Elles peuvent s'exprimer sous la forme d'états de détresse psychologique, voire dépressifs, mais également sous la forme de conduites addictives et suicidaires, de prises de risque et d'accidents, ainsi que de comportements agressifs et violents. Ces manifestations diffèrent nettement selon le sexe. Chez les hommes, elles se situent plutôt du côté de l'agi, avec des comportements de prises de risque (notamment en termes de conduites addictives), des violences contre autrui, voire des suicides. Chez les femmes, ces manifestations se caractérisent plus fréquemment par l'expression d'un mal-être, de troubles dépressifs plus ou moins caractérisés, ou de pensées suicidaires.

Chez les 15-75 ans, la probabilité de présenter un état de détresse psychologique est ainsi plus de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes [3]. Les personnes vivant seules étant par ailleurs nettement plus souvent concernées que celles vivant en couple, l'écart entre les femmes vivant seules et les hommes vivant en couple est particulièrement marqué.

À l'adolescence, les jeunes filles expriment également plus souvent que les garçons des signes de souffrance psychique et présentent plus souvent des troubles dépressifs, dans la région comme en France.

Selon l'échelle *Adolescent depression rating scale*, 25 % des Ligériens de 17 ans présentent une tendance dépressive au moment de l'enquête Escapad de 2014 (dont 21 % d'intensité modérée et 4 % d'intensité sévère²). Cette proportion globale, comparable à celle observée au plan national (26 %), s'élève à 29 % chez les filles contre 20 % chez les garçons [4] [5].

Par ailleurs, les jeunes filles sont, dans la région comme en France, un peu plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (13 % vs 9 %). L'écart est encore plus marqué pour les tentatives de suicide : à 17 ans, 4 % des Ligériennes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide qui les a conduits à l'hôpital, contre 1 % des garçons.

² Intensité modérée : score compris entre 3 et 5 ; intensité sévère : score supérieur ou égal à 6.



Outre cet effet de genre, d'autres facteurs peuvent influencer sur l'expression d'une souffrance psychologique. Une plus grande fréquence des épisodes de détresse psychologique est ainsi retrouvée chez les personnes déclarant une maladie chronique, ou être limitées dans leurs activités habituelles à cause d'un problème de santé. Les fumeurs quotidiens et les personnes présentant une consommation d'alcool à risque chronique sont également plus souvent concernés par ces états de détresse psychologique. À l'inverse, le fait de vivre en zone rurale est associé à une moindre fréquence des états de détresse psychologique [3].

ENCADRÉ 1. Les liens entre crise économique, chômage et santé mentale

Sous l'effet de la crise économique qui a débuté en 2007, l'Europe et la France ont connu une hausse du chômage et du taux de pauvreté. Ces situations peuvent être préjudiciables à la santé mentale. Des recherches montrent effectivement que les personnes connaissant ces conditions présentent un risque significativement augmenté de présenter des troubles mentaux et du comportement comme la dépression, la consommation excessive d'alcool et le suicide [6].

La consommation d'antidépresseurs a sensiblement augmenté dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis le début des années 2000, et notamment en France où elle est passée de 40 à 50 doses quotidiennes définies³ pour 1 000 habitants entre 2000 et 2011 [7]. Cette hausse peut être partiellement expliquée par le sentiment d'insécurité provoqué de la crise économique, mais peut également être liée à d'autres facteurs comme l'extension des indications des traitements antidépresseurs et l'allongement de leur durée.

En France, une récente étude basée sur le panel *Santé et itinéraire professionnel* s'est attachée à analyser plus précisément l'effet causal du chômage sur la santé mentale. Ce travail a mis en évidence que l'expérience du chômage aurait un effet sur les hommes alors que ce ne serait pas le cas pour les femmes. L'effet observé se concentre chez les hommes en deuxième partie de carrière, et est robuste aux différentes mesures de santé mentale analysées (dépression majeure, anxiété généralisée) [8].

4.2 PRISES EN CHARGE ET MORTALITÉ LIÉES AUX TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Moins de patients pris en charge par les psychiatres libéraux dans la région, surtout parmi les adultes d'âge moyen et les personnes âgées

La prise en charge en ville des patients atteints de troubles mentaux et du comportement repose sur plusieurs types d'acteurs : d'une part les professionnels spécialisés (médecins psychiatres libéraux et psychologues), et d'autre part les professionnels de premier recours : médecins généralistes libéraux, mais aussi infirmiers pour les soins délivrés dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

En 2015, plus de 82 000 Ligériens (dont 62 % de femmes) ont consulté au moins une fois un psychiatre libéral au cours de l'année, ce qui correspond à 2,2 % de la population régionale (1,8 % des hommes et 2,7 % des femmes)⁴ [9].

Le profil évolutif du recours au psychiatre libéral selon l'âge diffère selon le sexe

Fig1]. Chez les hommes, on observe un premier pic de consultations chez les garçons de 5 à 9 ans, puis une diminution autour de l'adolescence et une réascension du taux de consultants à partir de 20 ans. Ce taux atteint son maximum entre 40 et 59 ans, autour de 2,5 à 3 % des hommes de ce groupe d'âge, et diminue par la suite. Chez les femmes, le taux de consultantes augmente de manière plus régulière avec l'âge, et est plus marquée que chez les hommes à partir de l'adolescence. Ce taux atteint son maximum entre 40 et 59 ans autour de 4,5 % des femmes de ce groupe d'âge, et diminue par la suite.

La fréquence globalement plus élevée du recours à un psychiatre parmi les femmes est un constat déjà bien connu et décrit en France [10]. La surreprésentation des garçons parmi les enfants consultant entre 5 et 14 ans

³ La dose quotidienne définie correspond à la dose supposée moyenne de traitement par jour du médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

⁴ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

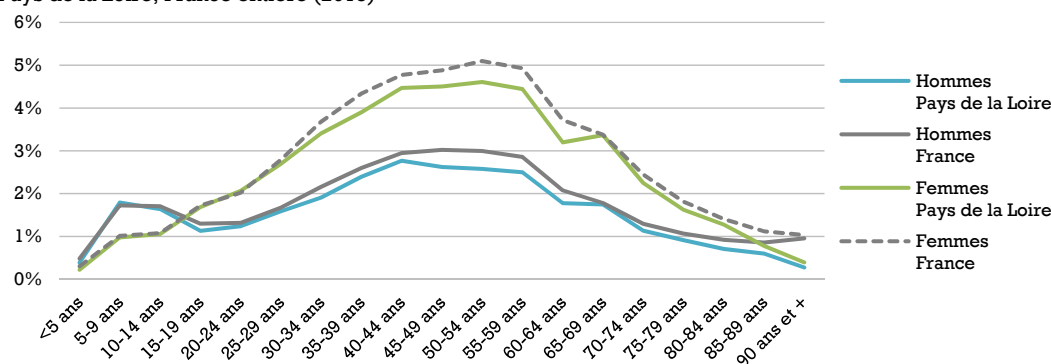


est plus complexe à interpréter. Au-delà de facteurs épidémiologiques (notamment la prévalence plus élevée des troubles envahissants du développement - TED - chez les garçons), cette surreprésentation pourrait également traduire une vigilance particulière des parents autour des troubles du comportement et de l'attention chez les garçons à cet âge (s'appuyant sur le caractère souvent plus externalisé et perturbateur de ces troubles chez eux que chez les filles) [11].

Chez les hommes comme chez les femmes, on observe un net décrochage du taux de personnes consultant un psychiatre à 60-64 ans (avec néanmoins un rattrapage dès 65-69 ans, notamment chez les femmes). Ce constat rejoint celui observé dans le cadre d'une étude sur la santé physique et mentale des Français au moment de la retraite : cette période de transition se traduit, sur les premières années, par une nette diminution des prévalences de fatigue psychique et de symptomatologie dépressive [12], cette association pouvant être rapprochée de la chute des risques psychosociaux liés au travail.

Fig1. Pourcentage de personnes ayant consulté au moins une fois un psychiatre libéral au cours de l'année selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France entière (2015)



Sources : Sniiram, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Quelle que soit la classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes, le taux de personnes consultant un psychiatre libéral est moins élevé parmi les Ligériens qu'en moyenne en France. Ce moindre recours régional apparaît particulièrement marqué chez les adultes d'âge moyen (45 à 59 ans) et les personnes très âgées (85 ans et plus).

Au sein de la région, le plus faible taux de personnes consultant un psychiatre libéral est observé en Vendée (1,6 %), devant la Sarthe (1,9 %), la Mayenne (2,2 %), le Maine-et-Loire (2,3 %) et la Loire-Atlantique (2,7 %).

Un contexte régional marqué par une offre de psychiatrie libérale assez faible et inégalement répartie

Le recours aux différentes modalités de prises en charge en psychiatrie, et notamment à un psychiatre libéral, est étroitement lié aux caractéristiques territoriales de l'offre de soins. À ce titre, la faible densité de psychiatres libéraux dans les Pays de la Loire (au nombre de 250 début 2016, soit 6,7 pour 100 000 habitants [13]) par rapport à la moyenne en France métropolitaine (10,1 pour 100 000) peut en partie expliquer le taux moins élevé de Ligériens consultant ces praticiens. La Vendée, dont la population connaît le plus faible taux de recours aux psychiatres libéraux, se distingue par une présence particulièrement faible de ces praticiens (au nombre de 18 début 2016, soit 2,7 pour 100 000 habitants contre 4,5 en Sarthe, 4,9 en Mayenne, et 8,8 en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire).

Dans ce contexte, les médecins généralistes de la région jouent vraisemblablement un rôle important dans les prises en charge psychiatriques [ENCADRÉ 2]. Une partie des personnes qui souhaitent ou nécessitent de consulter un professionnel spécialisé dans les soins de santé mentale peuvent également solliciter un



psychologue⁵, notamment libéral. Toutefois la non prise en charge par l'assurance maladie de ces soins constitue un frein à ce type de recours.

Les Pays de la Loire comptent début 2016 près de 2 800 psychologues dont près de 1 000 ont une activité libérale. Cela correspond à des densités respectives de 75 et 27 pour 100 000 habitants (88 et 28 au plan national). Cette offre est très hétérogène sur le territoire, se concentrant essentiellement en Loire-Atlantique : 40 psychologues pour 100 000, contre 11 et 14 pour 100 000 en Mayenne et en Sarthe. La Vendée et le Maine-et-Loire présentent une situation intermédiaire avec des densités de respectivement 20 et 25 psychologues libéraux pour 100 000 habitants.

La fréquence du recours spécifique à ce type de professionnels est difficile à quantifier, dans la mesure où les consultations auprès de psychologues ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Selon le Baromètre santé 2010, 4 % des jeunes Ligériens âgés de 15 à 25 ans (5 % des filles, 3 % des garçons) déclarent avoir consulté un psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute⁶ au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion est moins élevée qu'au plan national (7 %) [14].

ENCADRÉ 2. Implication des médecins généralistes et infirmières libérales de la région dans la prise en charge des troubles psychiatriques

Dans la région, les enquêtes issues des Panels médecins généralistes et infirmières libérales permettent d'apporter un éclairage sur la fréquence à laquelle ces professionnels sont confrontés à des personnes atteintes de troubles psychiatriques, et sur leurs pratiques de prise en charge.

En 2011, la majorité des médecins généralistes de la région disent prendre en charge chaque semaine des patients présentant une souffrance psychique (77 %), des troubles anxieux (83 %) ou un état dépressif (61 %). Pour l'addiction à l'alcool ou à une substance illicite, ces proportions sont nettement moins élevées : respectivement 20 % et 14 %. Enfin, seulement 7 % des médecins prennent en charge chaque semaine des patients présentant des troubles bipolaires et 5 % des patients souffrant de schizophrénie [15].

La dépression constitue un facteur de risque majeur des conduites suicidaires. Ces dernières sont une problématique très présente dans la pratique des médecins généralistes. En effet, au cours des cinq années précédant l'enquête, la moitié des médecins généralistes ligériens ont eu au moins un de leurs patients qui s'est suicidé (contre 43 % au plan national, et près de neuf généralistes sur dix ont été confrontés à une tentative de suicide dans leur patientèle (81 % au plan national) [16]. Ces données confirment que les problèmes de santé mentale occupent une place importante dans la pratique des médecins généralistes de ville et soulignent le rôle essentiel de ces praticiens dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles (incluant les prescriptions médicamenteuses), notamment dans les Pays de la Loire.

93 % des infirmiers libéraux de la région déclarent avoir pris en charge au moins une fois en 2012 un patient atteint d'une pathologie psychiatrique (pour la distribution de médicaments, les injections-retard ou autres soins infirmiers délivrés dans le cadre de la pathologie psychiatrique) [17]. Près d'un infirmier libéral sur cinq (18 %) déclare avoir vu au moins cinq patients différents pour des pathologies psychiatriques au cours de la semaine précédant l'enquête.

109 000 Ligériens pris en charge en 2015 par un établissement de soins psychiatriques...

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent, outre le dénombrement des patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, le dénombrement des patients pris en charge dans les établissements ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (via le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie, Rim-P).

Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), le dénombrement du Rim-P inclut l'ensemble des personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte. Les actes ambulatoires réalisés dans ces établissements relevant du secteur libéral ne font

⁵ Le psychologue est un universitaire diplômé au minimum d'un master en psychologie (bac +5). Il prend en charge des personnes présentant des difficultés personnelles ou psychiques, mais ne peut prescrire de médicaments dans ce cadre. Le psychiatre, en tant que médecin, peut prescrire des médicaments pour traiter les maladies mentales et les troubles psychiques.

⁶ Les praticiens ont été regroupés dans la mesure où les personnes interrogées ont pu ne pas savoir faire la différence entre ces quatre types de professionnels.



en effet pas l'objet d'un recueil dans le Rim-P [18]. Il est d'usage de distinguer cinq grands types de prises en charge en établissement psychiatrique :

- temps complet : hospitalisation à temps plein ou alternatives (placement familial thérapeutique et accueil en centre de postcure notamment),
- temps partiel : hospitalisation de jour ou de nuit,
- domicile : hospitalisation à domicile (HAD) ou prise en charge ambulatoire à domicile,
- groupe : prise en charge ambulatoire de groupe ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP),
- ambulatoire individuel : prise en charge ambulatoire autre qu'à domicile ou en groupe.

Près de 108 900 Ligériens (dont autant d'hommes que de femmes) ont été pris en charge au moins une fois par un établissement psychiatrique au cours de l'année 2015 [19]. Cela correspond à près de 3 % de la population régionale.

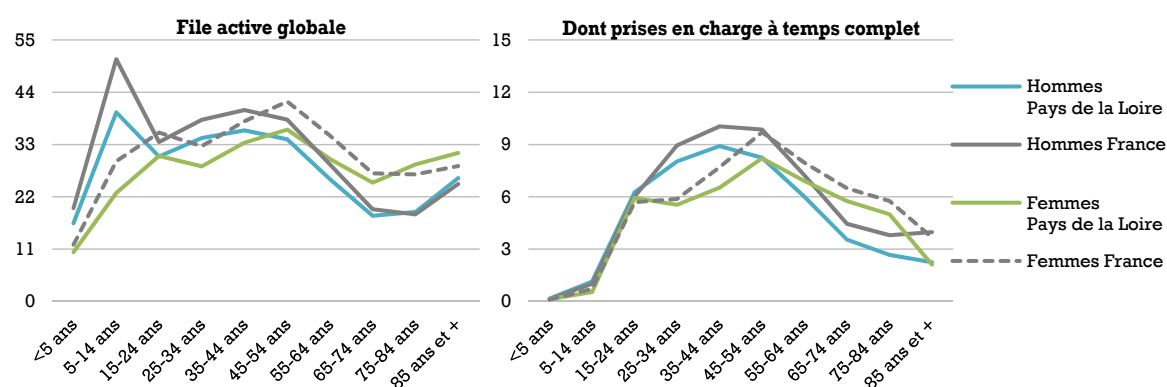
Parmi eux, 19 600 (soit 18 % de la file active globale) ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge à temps complet⁷ [18]. L'ambulatoire individuel représente en outre le mode de prise en charge le plus fréquent (90 % de la file active globale en ayant bénéficié au moins une fois). Les prises en charge de groupe, à temps partiel et à domicile sont nettement moins fréquentes (respectivement 12 %, 7 % et 5 % de la file active globale en ayant bénéficié au moins une fois dans l'année).

Les courbes des taux par sexe et âge des patients pris en charge en établissement psychiatrique [Fig2] adoptent un profil évolutif très différent de ceux classiquement observés en soins aigus (où les taux de patients hospitalisés augmentent généralement de manière exponentielle avec l'âge).

En effet, parmi l'ensemble des patients pris en charge en établissement psychiatrique, le taux connaît - en dehors d'un pic autour de 5-14 ans présent uniquement chez les garçons, similaire au pic du taux observé pour le recours à un psychiatre libéral [Fig1] - une augmentation jusqu'à 40 ans environ pour les hommes, et 50 ans pour les femmes. Ce taux décline ensuite, et se remet à progresser à partir de 75 ans pour les hommes comme pour les femmes [ENCADRE 3]. Ces tendances sont identiques dans les Pays de la Loire et en France.

Pour les patients pris en charge à temps complet, le constat est assez analogue, mais il n'y a pas d'inversion de tendance à 75 ans, les taux de patients pris en charge continuant à baisser après cet âge.

Fig2. Taux de patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

⁷ Ce champ du Rim-P apparaît comme l'un des plus robustes, en termes d'exhaustivité et de qualité des données renseignées. Par ailleurs, le recueil d'informations concernant le temps complet est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires), permettant ainsi des comparaisons territoriales plus fiables.



ENCADRÉ 3. Comment expliquer la diminution de fréquence des prises en charge en établissement psychiatrique entre 45 et 75 ans ?

Si l'augmentation des taux de patients pris en charge au-delà de 75 ans dans la file active globale s'explique par le poids croissant des détériorations psychiques de toutes origines (notamment celles liées à la maladie d'Alzheimer), la diminution marquée des taux entre 45 et 75 ans est moins documentée et plus complexe à interpréter. Plusieurs facteurs ou hypothèses, susceptibles d'être liés entre eux, pourraient expliquer ce phénomène.

La première explication tient au risque de décès particulièrement élevé des jeunes adultes atteints de pathologies psychiatriques (notamment par suicide), qui conduit à la disparition prématurée de certains patients. De nombreuses études décrivent notamment une espérance de vie des personnes souffrant de troubles schizophréniques inférieure de 15 ans par rapport au reste de la population. Par ailleurs, le moindre recours des personnes âgées de 45 à 75 ans peut refléter le cours naturel de la maladie psychique, qui apparaît chez l'adulte jeune, et finit parfois par se compenser/s'apaiser quand la personne "apprend" à vivre avec sa maladie.

Ce phénomène pourrait aussi résulter d'évolutions du parcours de soins, et en particulier du transfert de certaines prises en charge vers le secteur libéral (médecins généralistes, psychiatres, psychologues...).

Il pourrait également être lié à des spécificités épidémiologiques de cette classe d'âge, et notamment de l'émergence massive au-delà de 45 ans des pathologies somatiques, qui focalisent les prises en charge.

Enfin, l'existence d'un effet de cohorte, en lien notamment avec les évolutions considérables de la psychiatrie au cours des 30 à 40 dernières années, tant en termes de diagnostic que de prises en charge, est également envisageable.

Les taux régionaux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique sont inférieurs à la moyenne nationale pour la plupart des classes d'âge, hormis chez les patients de plus de 75 ans dans la file active globale [Fig2]. Ce dernier constat pourrait en partie être rapproché du fait que les Pays de la Loire sont l'une des régions qui présentent la plus forte densité d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le taux de prises en charge plus élevé au-delà de 75 ans pourrait refléter le développement par les établissements psychiatriques de prises en charge en ambulatoire auprès des résidents en Ehpad.

Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale des patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques reste néanmoins inférieure de 12 % à la moyenne nationale, s'agissant de la file active globale comme du sous-groupe des patients pris en charge au moins une fois à temps complet, et chez les hommes comme chez les femmes.

Au sein de la région, la fréquence des patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques est inférieure à la moyenne nationale dans tous les départements (de - 19 % en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire à - 11 % en Vendée et - 4 % en Mayenne) sauf en Sarthe où elle la dépasse de 8 %.

S'agissant des patients pris en charge au moins une fois à temps complet, les fréquences sont inférieures à la moyenne nationale dans chacun des départements (de l'ordre de - 15 à - 12 % en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée, mais de - 3 % seulement en Sarthe).

... dont plus du tiers pour troubles névrotiques ou pour troubles de l'humeur

Les groupes de pathologies les plus fréquemment suivies en établissement psychiatriques sont les troubles névrotiques : 18 % des Ligériens pris en charge en 2015 l'ont été au moins une fois pour ce type de pathologies (renseigné en diagnostic principal), dont 5 % pour troubles anxieux d'origine non phobique [Fig3]. Suivent les troubles de l'humeur (17 %, dont 13 % pour troubles dépressifs), « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (11 %, dont 6 % pour schizophrénie) et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (7 %, dont 6 % pour troubles liés à l'usage d'alcool).

Les troubles névrotiques et les troubles de l'humeur sont plus fréquemment rencontrés chez les femmes : respectivement 21 % et 22 % ont été prises en charge au moins une fois pour ces types de pathologies, contre 14 % et 12 % chez les hommes. À l'inverse, les hommes sont plus fréquemment pris en charge pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » et pour troubles liés à l'usage de substances psychoactives : respectivement 13 % et 11 %, contre 9 % et 4 % chez les femmes.



Les prises en charge pour troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique, et troubles mentaux organiques pèsent moins, parmi l'ensemble des patients pris en charge tous âges confondus. Toutefois si l'on s'intéresse aux deux extrêmes de la vie, les deux premiers types de troubles sont les plus fréquents parmi les 1-17 ans (respectivement 27 % et 18 % des enfants pris en charge), et les troubles mentaux organiques dominés par les démences sont parmi les plus fréquents parmi les personnes âgées, notamment au-delà de 75 ans.

Les taux régionaux de patients pris en charge sont inférieurs ou similaires à la moyenne nationale pour la plupart des groupes de pathologies. Seuls les taux de prises en charge pour troubles liés à la consommation d'alcool chez les hommes, et dans une moindre mesure, pour démences et pour troubles du développement psychologique chez les femmes, sont légèrement supérieurs dans la région par rapport à ceux observés en moyenne en France.

Si l'on se restreint à l'étude des prises en charge à temps complet, la répartition des groupes de pathologies diffère sensiblement. Chez les hommes, le groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » prend une place prépondérante avec 26 % des patients pris en charge au moins une fois à temps complet dans l'année pour ce type de pathologies, dont 16 % pour schizophrénie. Chez les femmes, les troubles de l'humeur dominent largement, puisque 40 % ont été prises en charge au moins une fois à temps complet pour ce type de pathologies, dont 30 % pour troubles dépressifs.

Fig3. Personnes prises en charge en établissement de soins psychiatriques par groupe de pathologies
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	Hommes				Femmes			
	Pays de la Loire			France	Pays de la Loire			France
	Nombre	% ¹	Taux ²	Taux ²	Nombre	% ¹	Taux ²	Taux ²
File active globale	54 518	100 %	30,1	34,2	54 350	100 %	28,5	32,5
Troubles mentaux organiques (F00-F09, G30)	987	2 %	0,5	0,5	1 400	3 %	0,7	0,7
dont démences ³ (F00-F03, G30)	550	1 %	1,8	1,8	945	2 %	2,3	2,2
dont maladie d'Alzheimer ³ (F00, G30)	274	1 %	0,9	0,8	535	1 %	1,3	1,1
Troubles liés à l'usage de substances psycho-act. (F10-F19)	5 927	11 %	3,3	3,3	2 079	4 %	1,1	1,3
dont troubles liés à l'alcool (F10)	4 707	9 %	2,6	2,4	1 699	3 %	0,9	1,0
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)	7 249	13 %	4,0	4,6	5 015	9 %	2,6	2,9
dont schizophrénie (F20)	4 658	9 %	2,6	3,1	2 323	4 %	1,2	1,4
Troubles de l'humeur (F30-F39)	6 480	12 %	3,6	4,6	11 717	22 %	6,2	7,9
dont troubles dépressifs (F32-F39)	5 055	9 %	2,8	3,6	9 346	17 %	4,9	6,3
Troubles névrotiques (F40-F48)	7 806	14 %	4,3	5,0	11 271	21 %	5,9	6,9
dont troubles anxieux non phob. (F41)	2 221	4 %	1,2	1,7	3 670	7 %	1,9	2,6
Syndr. comportementaux (F50-F59)	277	1 %	0,2	0,3	1 193	2 %	0,6	0,8
Troubles de personnalité (F60-F69)	3 423	6 %	1,9	2,1	2 726	5 %	1,4	1,8
Retard mental (F70-F79)	930	2 %	0,5	0,6	678	1 %	0,4	0,4
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	3 575	7 %	2,0	2,2	1 588	3 %	0,8	0,7
dont troubles envahissants dev. (F84)	1 695	3 %	0,9	1,1	449	1 %	0,2	0,3
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	4 446	8 %	2,5	3,0	2 122	4 %	1,1	1,4
Autre code CIM-10 ou non renseigné	20 246	37 %	11,2	11,4	20 873	38 %	11,0	10,9

Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Proportion au sein de la file active globale

2. Taux brut pour 1 000

3. Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus



4 900 Ligériens pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement

Si le plus souvent les prises en charge pour troubles mentaux sont réalisées avec le consentement de la personne concernée (soins psychiatriques libres), certains patients peuvent souffrir de troubles qui rendent impossible leur consentement. Une prise en charge peut alors être réalisée sans ce consentement, à la demande d'un tiers, ou à la demande d'un représentant de l'État⁸.

L'année 2011 marque une transition importante dans le domaine des soins sans consentement. En effet, la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ouvre les soins sans consentement aux modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation à temps plein, et prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention [ENCADRÉ 4].

En 2015, 4 870 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement. Cela représente 4,5 % de la file active globale en établissement de soins psychiatriques. Ces Ligériens sont plus fréquemment des hommes (59 %), et les classes d'âge les plus représentées sont celles des 25-34 ans (21 %), 35-44 ans (22 %) et 45-54 ans (20 %).

Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, le taux brut de patients pris en charge sans leur consentement s'élève à 1,6 pour 1 000 dans la région (contre 1,9 en moyenne en France). À structure d'âge comparable, la fréquence de ces prises en charge est ainsi inférieure de 14 % à la moyenne nationale (- 17 % chez les hommes et - 10 % chez les femmes).

Les pathologies de type « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » sont de loin les plus fréquemment en cause : 48 % des hommes et 38 % des femmes pris en charge sans leur consentement en 2015 l'ont été au moins une fois pour un trouble de ce type (dont respectivement 32 % et 16 % pour schizophrénie). Suivent les troubles de l'humeur, avec 14 % des hommes et 27 % des femmes pris en charge sans leur consentement pour ce type de pathologies.

Près de la moitié des passages aux urgences pour troubles psychiatriques se concluent par une hospitalisation

Dans les services d'urgences de la région en 2015, 3,7 % des passages de Ligériens pour lesquels le résumé de passage aux urgences (RPU) mentionne un diagnostic⁹ sont en lien avec un trouble du psychisme ou une pathologie psychiatrique¹⁰ [21]. Ces passages concernent autant d'hommes que de femmes, et majoritairement des personnes âgées de 18 à 64 ans (75 %, dont 14 % de 18-24 ans et 18 % de 50-64 ans). Les diagnostics les plus fréquemment retenus lors de ces passages sont les troubles anxieux non phobiques (27 %), « réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation » (19 %) et épisodes dépressifs (16 %). Les troubles liés à la consommation d'alcool représentent quant à eux 6 % des passages.

Les passages aux urgences pour trouble ou pathologie psychiatrique se concluent fréquemment, dans 45 % des cas, par une hospitalisation (contre 29 % parmi autres passages aux urgences).

⁸ En dehors de ces deux situations, il existe d'autres modes de prises en charge sans consentement, concernant un faible nombre d'individus : détenus ayant fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique (article D.398 du code de procédure pénale), patients jugés pénalement irresponsables (PJPI), et mineurs ayant fait l'objet d'une ordonnance provisoire de placement (OPP).

⁹ Soit 61 % des RPU transmis par 28 des 30 services d'urgences de la région. Les passages de Ligériens dans les services d'urgences d'autres régions ne sont pas comptabilisés.

¹⁰ Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).



ENCADRÉ 4. Les principales évolutions des soins psychiatriques sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011

Modalités de prise en charge

Les conditions et modalités de ces prises en charge ont été modifiées par la loi du 5 juillet 2011 [20], avec le souci de préserver les libertés ou du moins de maîtriser l'atteinte qui peut y être portée.

- *Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) :*

Une personne de la famille ou agissant dans l'intérêt du malade peut faire demander une hospitalisation sur demande d'un tiers si les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade, et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

La demande de la personne qui la formule doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours qui constatent l'état mental du patient et la nécessité de l'hospitalisation (un seul certificat médical en cas de demande d'un tiers en urgence). Le procureur de la République est tenu informé de cette prise en charge par le directeur de l'établissement.

- *Soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPP) :*

En cas de péril imminent pour la santé du patient et lorsque la recherche d'un tiers s'avère impossible, l'hospitalisation peut se faire sur la base d'un seul certificat médical. Le certificat doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, contrairement à la SPDT urgente. Le certificat doit faire apparaître l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. Le directeur de l'établissement prononce l'admission ou non au vu du certificat.

- *Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE, ex-hospitalisation d'office) :*

Sur le fondement d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre, le préfet prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public. Avant l'expiration d'un délai de 15 jours, le juge de la détention et des libertés doit être saisi. En cas de saisine après ce délai, le juge constate que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Déroulement des soins

Lorsqu'une personne est admise sans consentement en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous forme d'hospitalisation complète. Dans les 24 heures de l'admission, elle doit être examinée par un psychiatre qui établit un certificat médical constatant son état mental et confirme ou non la nécessité de maintenir les soins. Dans les 72 heures, un nouveau certificat doit être établi et le psychiatre détermine, si nécessaire, le programme de soins. L'hospitalisation complète ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait statué sur cette mesure dans un délai de 15 jours à compter de l'admission.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet peut être prise en charge soit sous la forme d'une hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant des soins ambulatoires (pouvant comporter des soins à domicile et des séjours effectués dans un établissement spécialisé).

Dans ce dernier cas, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui participe à la prise en charge de la personne. Ce programme définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. L'avis de la personne est recueilli au cours d'un entretien qui précède l'élaboration du programme dans la mesure où son état le permet.

Fin de l'hospitalisation

L'hospitalisation prend fin si le psychiatre de l'établissement constate la disparition des troubles chez la personne, ou si le juge des libertés et de la détention agissant notamment sur demande de la personne, d'un membre de sa famille ou du procureur de la République l'ordonne, ou si le préfet agissant sur demande d'un tiers ou du psychiatre qui suit la personne l'ordonne.

17 500 Ligériens hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, dont un tiers pour troubles liés à l'usage d'alcool

Qu'ils aient été pris en charge au préalable dans un service d'urgences ou non, environ 17 500 Ligériens (dont 51 % d'hommes) ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour non spécialisé en psychiatrie (MCO) pour troubles mentaux et du comportement en diagnostic principal [22].

Parmi les 15 600 patients hospitalisés pour un trouble sans lien avec une démence, plus d'un tiers l'ont été pour troubles mentaux liés à l'usage d'alcool (5 600).

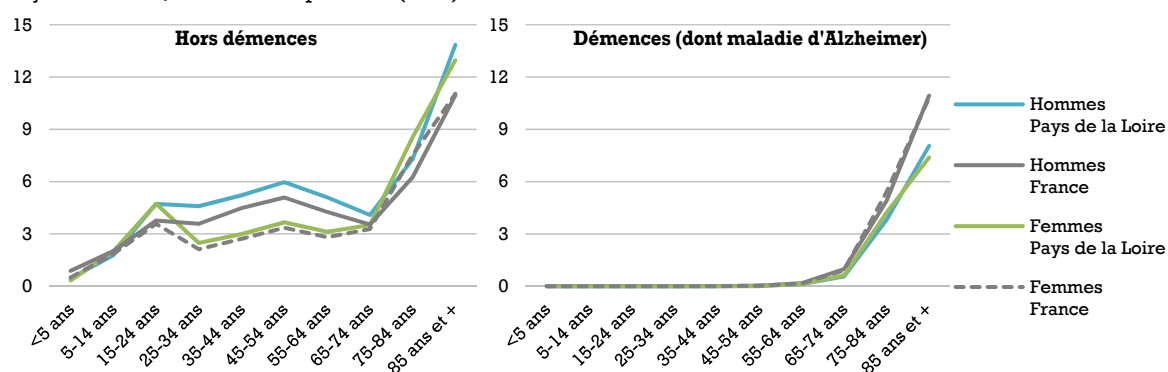
La courbe par âge des taux de patients hospitalisés pour troubles sans lien avec une démence adopte un profil différent selon le sexe [Fig4]. Chez les femmes, le taux connaît un premier pic à 15-24 ans (en lien notamment avec des hospitalisations pour troubles de l'humeur), puis une diminution et une stabilisation autour de 0,3 % des



femmes. Chez les hommes, le taux augmente également dès 15-24 ans, mais continue de croître pour atteindre un pic à 45-54 ans (0,6 % des hommes de cette classe d'âge, en raison notamment d'une fréquence élevée d'hospitalisations en lien avec la consommation d'alcool). Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de patients hospitalisés augmente de manière très marquée à partir de 75-84 ans.

Un peu plus de 2 100 Ligériens ont par ailleurs été hospitalisés pour une démence (maladie d'Alzheimer ou autre). Les taux de patients hospitalisés sont négligeables avant 65 ans, et augmentent de manière particulièrement marquée à partir 75-84 ans, chez les hommes comme chez les femmes [Fig4].

Fig4. Taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

Une moindre fréquence des hospitalisations en MCO pour démences, mais un recours plus élevé pour les autres troubles mentaux

Dès 15-24 ans, les taux régionaux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux hors démences sont supérieurs à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est supérieure de 16 % à la moyenne française, en lien notamment avec une fréquence élevée de séjours pour troubles liés à la consommation d'alcool (+ 16 % également) qui peut être rapprochée de la situation régionale particulièrement défavorable pour ce comportement [voir chapitre Consommation d'alcool].

Entre 2009 et 2015, le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux hors démences a augmenté de 1,9 % par an en moyenne dans la région, alors qu'il est resté stable au niveau national [Fig5].

Au sein de la région, la Sarthe et la Mayenne, et, dans une moindre mesure, le Maine-et-Loire, se distinguent par des taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux hors démences nettement supérieurs à la moyenne nationale (respectivement + 69 %, + 50 % et + 33 % à structure d'âge comparable). La situation de la Sarthe est d'autant plus défavorable que le taux tend à s'accroître assez nettement (+ 2,3 % par an en moyenne), dans un contexte marqué par une faible offre en psychiatres et psychologues libéraux.

Concernant les démences, les taux par âge de patients hospitalisés sont moins élevés dans les Pays de la Loire qu'en France. La fréquence régionale de ces hospitalisations chez les plus de 65 ans est notamment inférieure de 27 % à la moyenne nationale. L'origine de ce moindre recours est sans doute multifactorielle, et il est difficile de savoir quelle part de cet écart résulte de l'épidémiologie, des pratiques de soins des différents professionnels de santé concernés, mais aussi de l'organisation des prises en charge des personnes âgées présentant une démence, à domicile et en institution.

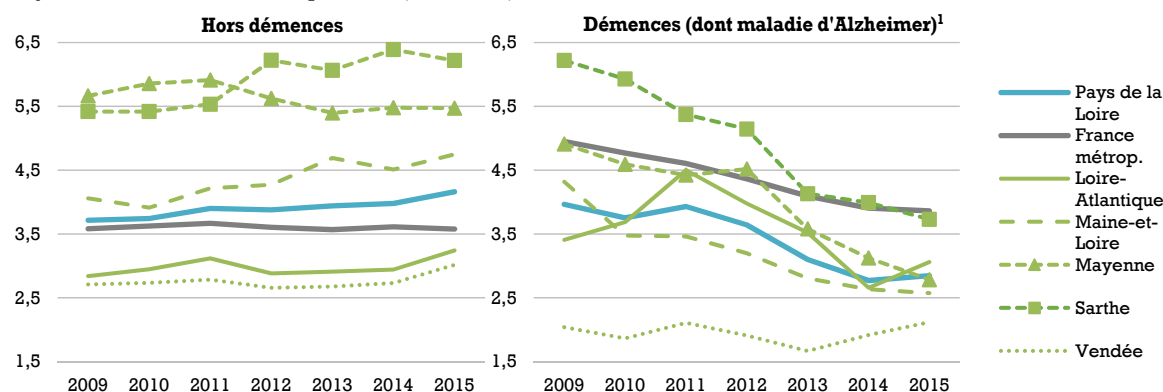
Depuis 2009, le taux de patients hospitalisés pour démence a diminué de manière marquée, de 5,4 % par an en moyenne chez les Ligériens de 65 ans ou plus (- 4,1 % au plan national).

Au sein de la région, tous les départements présentent des taux de patients hospitalisés inférieurs à la moyenne nationale, hormis la Sarthe dont la situation tend toutefois à se normaliser sur les années les plus récentes. La



Vendée se distingue par un taux particulièrement faible et stable autour de 0,2 % de plus de 65 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année pour démence.

Fig5. Évolution du taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)
1. Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus

Près de 90 000 Ligériens sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale

Les troubles mentaux et du comportement sont le plus souvent des maladies chroniques au cours desquelles les patients bénéficient de multiples formes de prises en charge spécialisées, successives et/ou parallèles, et de natures diverses (traitement médicamenteux, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, hospitalisation à temps complet ou partiel, réhabilitation psychosociale...).

À cet égard, une part importante des personnes concernées bénéficient d'une admission en affection de longue durée (soit en ALD n° 23 pour « Affections psychiatriques de longue durée » - incluant les psychoses, les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance, et les troubles névrotiques sévères et troubles graves de la personnalité et du comportement - soit en ALD n° 15 pour « Maladie d'Alzheimer et autres démences ») [23].

Tous régimes d'assurance maladie confondus, 88 500 personnes (dont 60 % de femmes) sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement (dont maladie d'Alzheimer et autres démences) fin 2014 dans la région, soit 2,4 % des Ligériens [24].

43 % de ces personnes sont âgées de 65 ans ou plus. Dans ce groupe d'âge, les Ligériens présentant une démence (liée à la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type) comptent pour plus de la moitié (53 %) des personnes en ALD, soit plus de 20 200 individus dans la région (dont 14 000 sont atteints de la maladie d'Alzheimer). Les troubles de l'humeur (dont la dépression) constituent le deuxième groupe de pathologies de ce groupe d'âge (23 %, soit près de 8 700 Ligériens en ALD).

Parmi les Ligériens âgés de moins de 65 ans en ALD pour troubles mentaux et du comportement, les deux principaux types de pathologies représentés sont les troubles de l'humeur (31 %, soit près de 15 600 personnes), devant les maladies du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (24 %, soit 12 200 personnes).

À structure d'âge comparable, la part des personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement est inférieure de 10 % à la moyenne nationale (- 11 % chez les hommes, et - 9 % chez les femmes). Ce constat est également observé, dans une moindre mesure, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus : - 6 % chez les hommes comme chez les femmes.

Au sein de la région, la Mayenne est le département où la fréquence des habitants en ALD pour troubles mentaux et du comportement est la plus importante (+ 10 % par rapport à la moyenne nationale), devant la Sarthe (- 3 %),



la Loire-Atlantique (- 7 %), la Vendée (- 18 %) et le Maine-et-Loire (- 20 %). Cette hiérarchie est identique lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement aux personnes âgées de 65 ans ou plus.

3 % des Ligériens pris en charge pour maladie psychiatrique parmi les assurés du régime général, et 10 % traités par psychotropes

En utilisant une méthode d'identification de patients plus large, prenant en compte non seulement les personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement, mais aussi celles prises en charge en établissement de santé et/ou ayant des consommations médicamenteuses en lien avec ces affections, la Cnamts estime à 93 600 le nombre de personnes prises en charge pour « maladie psychiatrique » en 2014 dans les Pays de la Loire, pour les seuls assurés du régime général [25]. Cela représente 3,0 % des Ligériens concernés, soit une proportion très proche de celle observée au plan national (3,2 %).

Appliquée à l'ensemble de la population ligérienne, cette fréquence aboutit à une estimation de 110 000 personnes prises en charge pour maladie psychiatrique.

À cette population s'ajoutent, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), 298 300 Ligériens affiliés du régime général (9,6 %, contre 9,7 % au plan national) faisant l'objet d'un traitement psychotrope mais non identifiés comme étant atteints d'une maladie psychiatrique, soit environ 350 000 personnes tous régimes d'assurance maladie confondus dans la région.

Une augmentation des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, notamment de celles liées aux troubles de l'humeur

Un peu plus de 10 000 Ligériens ont été admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement chaque année en moyenne en 2012-2014, dont 59 % de femmes et 50 % de personnes âgées de 65 ans ou plus [26]. Parmi ces admissions, 39 % sont en lien avec une maladie d'Alzheimer ou autres démences, 29 % avec un trouble de l'humeur, et 8 % avec une maladie du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ». Les démences représentent, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, plus des trois quarts (76 %) des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement.

À structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement est inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Ce constat est également observé, dans une moindre mesure, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus : - 9 % chez les hommes et - 13 % chez les femmes. Ces fréquences régionales moins élevées concernent les admissions en ALD en lien avec une démence (- 10 %) comme celles en lien avec une affection hors démence (- 18 %).

Entre 2005 et 2014, les taux régionaux et nationaux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement ont augmenté de manière marquée et constante, dans des proportions relativement similaires (respectivement + 3,4 % et + 3,5 % par an en moyenne). L'écart entre les Pays de la Loire et la France est donc resté relativement stable sur cette période [Fig6].

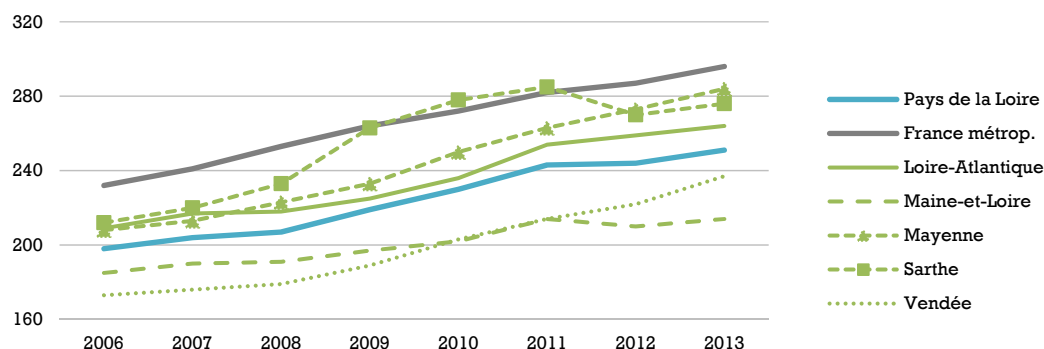
L'augmentation des admissions en ALD a été particulièrement marquée pour les affections hors démences (+ 4,9 % par an en moyenne, contre + 1,2 % pour les démences). Cette tendance est liée pour une large part à la forte progression des admissions pour troubles de l'humeur (+ 8,6 % par an). L'augmentation des admissions d'enfants de moins de 15 ans pour TED incluant l'autisme (+ 16 % par an) participe également à cette tendance, bien qu'elle concerne nettement moins de Ligériens (un peu plus de 300 chaque année, contre près de 3 000 s'agissant des troubles de l'humeur).

Au sein de la région, le taux d'admissions en ALD a augmenté dans chacun des départements. Cette augmentation a été un peu moins marquée dans le Maine-et-Loire (+ 2,1 % par an en moyenne, contre + 3,4 % à + 4,6 % dans les quatre autres départements). Ce département présente ainsi un taux d'admissions sensiblement inférieur à la moyenne régionale sur l'ensemble de la période 2005-2014.



Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des évolutions des taux d'admissions en ALD, qui en raison du caractère médico-administratif de ces données, ne peuvent s'expliquer sous un angle uniquement épidémiologique ou démographique [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig6. Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Une mortalité régionale par troubles mentaux et du comportement qui augmente depuis le milieu des années 2000

Les troubles mentaux et du comportement ont été à l'origine de 2 128 décès (hors suicides) de Ligériens chaque année en moyenne en 2009-2013 [27]. Cette mortalité concerne essentiellement des personnes âgées de 65 ans ou plus (91 %) et des femmes (64 %).

À structure d'âge comparable, cette mortalité est inférieure de 7 % à la moyenne nationale. Entre 2004 et 2013, elle a toutefois progressé de 0,7 % par an en moyenne, soit un rythme un peu plus soutenu qu'en France (+ 0,4 %). L'avantage régional dans ce domaine s'est ainsi réduit.

Les décès par démence incluant la maladie d'Alzheimer, qui pèsent très fortement sur la mortalité par troubles mentaux et du comportement (83 %), expliquent en grande partie ces tendances. La mortalité régionale par démence chez les 65 ans et plus est ainsi inférieure de 9 % à la moyenne nationale, et a progressé de 1,0 % par an en moyenne dans la région (+ 0,9 % en France) [Fig7].

Les décès hors démences sont causés pour moitié par des troubles liés à la consommation d'alcool. Cette mortalité a plutôt eu tendance à diminuer au cours des dernières années, mais à un rythme trois fois moins soutenu dans la région (- 0,4 % par an en moyenne) qu'en France. Ainsi, la fréquence régionale des décès hors démences, autrefois comparable à la moyenne nationale, lui est maintenant légèrement supérieure (+ 4 %) [Fig7].

Une nette surmortalité par troubles liés à la consommation d'alcool et par démences dans la Sarthe

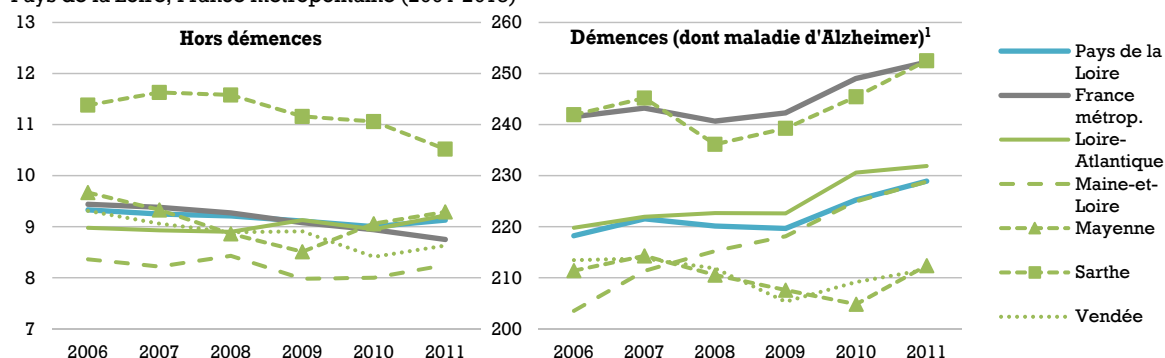
Au sein de la région, la Sarthe se distingue des autres départements par un taux de mortalité par troubles mentaux hors démences très nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 18 %) en grande partie expliquée par les causes liées à la consommation d'alcool (+ 20 %).

La Sarthe présente en outre une mortalité importante par démence. Celle-ci est en effet identique à la moyenne nationale, alors que dans les autres départements de la région elle varie de - 8 à - 17 % par rapport à cette moyenne.



Fig7. Évolution du taux standardisé de mortalité liée aux troubles mentaux et du comportement

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

1. Pour 100 000 personnes âgées de 65 ans ou plus

4.3 PRINCIPALES AFFECTIONS CARACTÉRISÉES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE

Les chapitres relatifs à l'approche populationnelle de la santé des Ligériens [voir [Santé des populations aux différents âges de la vie](#)] ont identifié les principaux enjeux autour des troubles mentaux et du comportement aux différents âges de la vie. Cette approche est complétée ici d'une étude plus détaillée des affections caractérisées les plus fréquentes et qui impactent le plus fortement la santé mentale, le développement et la qualité de vie dans l'enfance (affections neuro-développementales incluant l'autisme), chez les adolescents et les adultes (troubles psychiatriques liés à la schizophrénie et troubles dépressifs), et chez les personnes âgées vieillissantes (affections neurodégénératives essentiellement dominées par la maladie d'Alzheimer) [ENCADRÉ 5].

ENCADRÉ 5. L'étude de la transformation avec l'âge des affections en lien avec la santé mentale, par le prisme des données d'ALD

L'analyse des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement et de la part de la population en ALD de ce type selon l'âge apporte, malgré les limites inhérentes à ce type de recueil médico-administratif, un éclairage unique sur la manière dont les grandes entités pathologiques neuro-développementales, psychiatriques et neurodégénératives impactent progressivement la santé des Ligériens tout au long de leur vie.

Dans l'enfance et dès avant l'âge de 5 ans, les premières admissions dans ces ALD sont, plus de 6 fois sur 10, liées à des TED (dont fait partie l'autisme) devant les retards mentaux (28 %). La prédominance des TED se poursuit chez les 5-9 ans (65 % des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement), puis décline au-delà de cet âge (45 % à 10-14 ans, 14 % à 15-19 ans).

À l'adolescence apparaissent les admissions pour troubles schizophréniques : 6 % des Ligériens admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement à 10-14 ans le sont pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (dont 2 % pour schizophrénie). Ces proportions continueront d'augmenter avec l'âge pour atteindre respectivement 22 % et 9 % chez les 15-19 ans. L'adolescence est également marquée par la nette augmentation des admissions pour troubles dépressifs (12 % des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement à 15-19 ans). Au total, près d'un quart des Ligériens de 15-19 ans dans ce type d'ALD le sont pour TED, un sur cinq pour retard mental, et un sur huit pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ».

L'âge adulte est marqué par l'augmentation continue et massive de la part des admissions en ALD pour troubles dépressifs, de 15 % chez les 20-24 ans à plus de 50 % chez les 50-59 ans (plus de 60 % chez les femmes). Au total, trois Ligériens âgés de 50-59 ans sur dix en ALD pour troubles mentaux et du comportement le sont pour troubles dépressifs.

Chez les personnes vieillissantes, le poids des admissions pour troubles dépressifs décroît progressivement dès 60-64 ans, et les admissions pour démences prennent le relais (13 %, dont 7 % pour maladie d'Alzheimer). La part des admissions pour démences ne cesse ensuite d'augmenter, pour atteindre 50 % à 70-74 ans, 72 % à 75-79 ans, et 90 % au-delà de 90 ans. Au total, huit Ligériens de plus de 90 ans sur dix en ALD pour troubles mentaux et du comportement le sont pour démence (dont 55 % pour maladie d'Alzheimer), et moins de 10 % le sont pour troubles dépressifs.



4.3.1 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Les « troubles envahissants du développement » (TED) sont une dénomination utilisée dans la classification internationale des maladies Cim-10 et la classification DSM-IV¹¹, qui correspond en grande partie aux « troubles du spectre autistique » (TSA) dans la DSM-V. Ces troubles se caractérisent par des altérations de certaines fonctions cognitives qui affectent les capacités de communication et la socialisation de l'individu, associées à des intérêts restreints et des comportements stéréotypés. Ils comprennent :

- l'autisme [ENCADRÉ 6],
- le syndrome de Rett : ces enfants se développent normalement jusqu'à l'âge de 6-18 mois puis leur développement stagne, voire régresse et des symptômes autistiques apparaissent,
- le trouble désintégratif de l'enfance : ces enfants se développent normalement jusqu'à 2-4 ans avant de manifester des symptômes autistiques,
- le syndrome d'Asperger : ces enfants n'ont pas de retard dans le développement du langage mais ont des difficultés à l'utiliser de manière adéquate,
- les troubles envahissants du développement non spécifiés : sont regroupés dans cette catégorie les enfants ayant des troubles qui n'ont pas toutes les caractéristiques pour appartenir à l'un des quatre groupes précédents, mais qui manifestent des troubles caractérisés des apprentissages et de l'adaptation sociale.

L'hétérogénéité des TED est déterminée par la sévérité des symptômes, leur âge d'apparition et leur mode d'évolution, les troubles associés, l'existence ou non d'un retard mental, etc. L'autisme est la forme la plus typique et la plus complète de TED.

Des admissions en ALD pour TED moins fréquentes en région, mais en forte augmentation depuis le milieu des années 2000

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 365 Ligériens (74 % de garçons et 85 % d'enfants de moins de 15 ans) ont été nouvellement admis en ALD pour TED. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,1 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, est maximale à 5-9 ans où elle atteint 0,6 pour 1 000 (0,9 chez les garçons et 0,3 chez les filles).

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions d'enfants de moins de 15 ans en ALD pour TED est inférieure de 23 % à la moyenne nationale (- 25 % chez les garçons et - 14 % chez les filles). Le taux régional d'admissions en ALD pour TED a toutefois augmenté de manière particulièrement marquée (+ 16 % par an en moyenne entre 2005 et 2014, contre + 13 % au plan national), et l'écart avec la France tend ainsi à se réduire.

Au total, près de 2 600 Ligériens sont en ALD pour TED fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des garçons (72 %) et âgés de moins de 15 ans (54 %). Le taux de personnes en ALD correspondant est de 0,7 pour 1 000 Ligériens, et est maximal entre 5 et 14 ans, où il atteint 2,6 pour 1 000 (3,8 chez les garçons et 1,2 chez les filles).

Une fréquence également moindre des prises en charge en établissement de soins psychiatriques

2 100 Ligériens ont été pris en charge en établissement de soins psychiatriques au moins une fois en 2015 pour TED. La grande majorité sont des garçons (79 %) et sont âgés de moins de 25 ans (79 %).

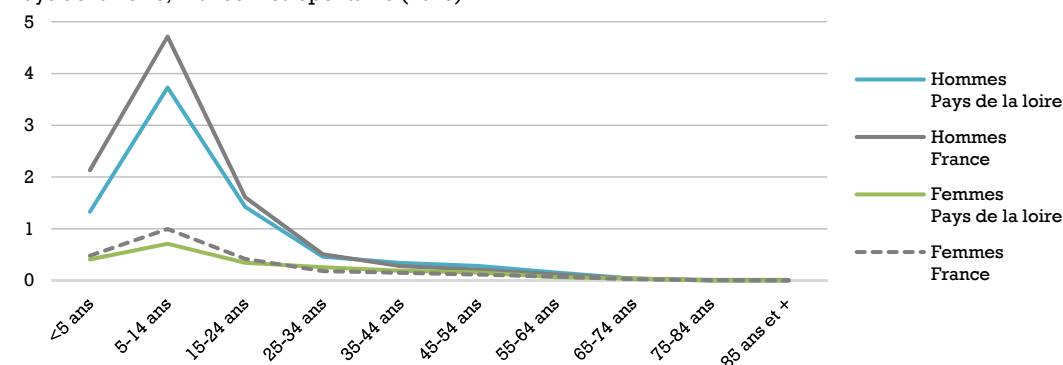
Le taux de Ligériens pris en charge pour TED s'établit à 0,9 pour 1 000 hommes et 0,2 pour 1 000 femmes, et varie fortement selon l'âge [Fig8]. Chez les hommes, le taux augmente de manière marquée chez les enfants pour atteindre un pic à près de 4 pour 1 000 à 5-14 ans, puis diminue au-delà de cet âge. Chez les femmes, le pic de prise en charge à 5-14 ans est nettement moins prononcé (moins de 1 pour 1 000).

¹¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.



Chez les hommes comme chez les femmes, les taux de Ligériens pris en charge sont inférieurs aux moyennes nationales chez les moins de 25 ans, classe d'âge qui regroupe la majorité des personnes suivies. Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale des prises en charge en établissement de soins psychiatriques pour TED chez les moins de 25 ans est inférieure de 22 % à la moyenne française (- 21 % chez les hommes et - 24 % chez les femmes).

Fig8. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour TED selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

De fortes disparités territoriales

La fréquence des admissions d'enfants de moins de 15 ans en ALD pour TED varie de manière très importante selon les départements. Ces admissions apparaissent nettement moins fréquentes en Sarthe (- 68 % en par rapport à la moyenne nationale), en Vendée (- 64 %) et dans le Maine-et-Loire (- 62 %), qu'en Loire-Atlantique (+ 12 %) et en Mayenne (+ 88 %).

Des disparités départementales très importantes sont également observées en termes de fréquence des prises en charge en établissement de soins psychiatriques. Ces écarts convergent en partie avec les données d'admissions en ALD puisque la Sarthe (- 54 %), la Vendée (- 30 %) et le Maine-et-Loire (- 19 %) présentent de plus faibles fréquences de prises en charge que la Mayenne (- 12 %) et la Loire-Atlantique (- 9 %).

Ces disparités territoriales sont complexes à interpréter. De multiples facteurs liés à l'épidémiologie, mais aussi aux pratiques des professionnels de santé (reconnaissance des troubles de type neuro-développemental, modes de prises en charge), et à l'offre et l'organisation territoriale des structures de soins concernées, pourraient expliquer ces écarts.

ENCADRÉ 6. Autisme : présentation clinique, étiologie, prise en charge et évolution [28]

L'autisme est un trouble dont la description est relativement récente. C'est dans les années 1940 qu'un psychiatre américain d'origine autrichienne, Leo Kanner, décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants : tendance à l'isolement, besoin d'immuabilité et retard de langage. Dans les années 1950-1970 les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme. L'autisme était alors relié aux "psychoses infantiles", terme employé dans les classifications officielles jusqu'en 1980. Par la suite, d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives... La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles. En 1980, le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de « troubles envahissants du développement ».

L'autisme est un trouble neuro-développemental (et non une maladie psychiatrique)

Ses origines sont multifactorielles, notamment génétiques. Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » qui tend à devenir le plus utilisé.



Présentation clinique

L'autisme apparaît au cours des 3 premières années de vie. Il est réputé durer toute la vie, et interfère avec le développement et les apprentissages de tous ordres. L'hétérogénéité du développement est caractéristique de l'autisme, c'est-à-dire que certains domaines de développement vont être très atteints, d'autres beaucoup plus légèrement ou pas du tout. Des compétences cognitives particulières sont également fréquemment retrouvées chez les personnes avec autisme. Les tableaux cliniques présentés par les personnes avec autisme sont donc très variables.

Il n'existe pas de moyen objectif pour faire le diagnostic d'autisme. Un certain nombre de symptômes doivent être associés (altération des interactions sociales, altérations qualitatives de la communication, caractère restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités principalement) pour pouvoir poser le diagnostic. Différentes classifications ont été mises au point pour permettre ces diagnostics.

Les anomalies, troubles ou maladies associés à l'autisme sont fréquents, et doivent être recherchés systématiquement : retard mental plus ou moins sévère, déficits sensoriels, auditifs ou visuels, épilepsie, syndromes génétiques notamment.

Étiologie

À ce jour, il n'a pas été trouvé de cause unique à l'autisme et il est probable que plusieurs causes différentes entraînent son développement. Les recherches actuelles suggèrent qu'il existe des bases neurologiques et génétiques. L'idée selon laquelle l'autisme trouverait son origine dans des troubles de la relation parent-enfant (même s'il peut les induire) doit être maintenant totalement abandonnée. Le risque d'autisme ne dépend ni du niveau social ou éducatif de la famille ni de l'origine ethnique.

Les nombreuses recherches actuelles sur les causes de l'autisme font appel à des spécialités différentes et à des approches très variées : abords neuropsychologique, neurobiologique, génétique et psychanalytique, étude des particularités dans le traitement des perceptions...

Prise en charge et évolution

Il n'y a pas à ce jour de traitement capable de guérir l'autisme, et il est très difficile de ne pas se perdre devant la multiplicité des modes de prises en charge proposées pour répondre aux difficultés des personnes autistes. Un accord existe cependant autour des points suivants :

- il est recommandé que la prise en charge des personnes autistes repose sur trois grands volets dont la part relative est à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne : un volet éducatif avec pour objectif l'autonomie ; un volet pédagogique avec pour objectif les apprentissages ; un volet thérapeutique, avec pour objectif la santé mentale et physique ;
- la prise en charge doit être précoce, suffisamment intensive, et individualisée c'est-à-dire adaptée aux particularités de chaque personne et régulièrement réévaluée en fonction de l'évolution ;
- il n'existe pas une prise en charge de l'autisme mais des modalités différentes qui peuvent être plus indiquées pour certaines personnes, pour certaines difficultés, ou à certains moments de l'évolution de la personne autiste. Les modèles souples, ouverts, coordonnant plusieurs modalités de prise en charge sont à privilégier ;
- l'utilisation de médicaments visant à réduire certains symptômes (agitation, anxiété, stéréotypies ou rituels envahissants, troubles du sommeil...) peut être indiquée. Ces traitements peuvent avoir un impact positif indirect sur les apprentissages, la communication ou la socialisation ;
- il faut toujours porter une grande attention à la santé physique de la personne autiste, dont les problèmes somatiques peuvent être occultés par la symptomatologie autistique.

La plupart des symptômes de l'autisme s'améliorent avec le temps. Le pronostic dépend notamment de l'existence et de l'importance d'un retard mental associé, de la présence d'une épilepsie, de l'apparition du langage avant 6 ans. Une aggravation pendant la puberté est fréquente, qui peut durer un à deux ans, avec retour à l'état antérieur. Au total, l'évolution est très variable d'une personne autiste à une autre. Certaines d'entre elles restent très handicapées toute leur vie, n'accèdent pas au langage, alors que d'autres vont arriver à une autonomie relativement bonne. La très grande majorité des personnes atteintes d'autisme ont besoin d'un accompagnement important tout au long de la vie.



4.3.2 SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives [ENCADRÉ 7]. La pathologie se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, et touche aussi bien les femmes que les hommes. Toutefois, d'après certains travaux, elle pourrait être plus précoce et plus invalidante chez ces derniers.

Selon la littérature récente, la consommation régulière de cannabis, en particulier pendant l'adolescence, pourrait constituer un facteur de risque de cette affection, chez des personnes présentant une certaine vulnérabilité. Le fait de vivre en milieu urbain ou encore d'être enfant issu de l'immigration semble également jouer un rôle.

Plus de 6 700 Ligériens en ALD pour schizophrénie, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 260 Ligériens (75 % d'hommes et 57 % de jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans) ont été nouvellement admis en ALD pour schizophrénie. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,1 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, est maximale à 20-24 ans où elle atteint alors 0,4 pour 1 000 chez les hommes et 0,1 chez les femmes.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD pour schizophrénie est inférieure de 24 % à la moyenne nationale (- 21 % chez les hommes et - 33 % chez les femmes). Au sein de la région, chacun des départements se situe également en dessous de cette moyenne (de - 30 % dans le Maine-et-Loire à - 18 % en Vendée).

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour schizophrénie est en outre resté stable (contre + 2,1 % par an en moyenne au plan national).

Au total, plus de 6 700 personnes sont en ALD pour schizophrénie fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des hommes (64 %) et la moitié sont âgés de 35 à 54 ans. Le taux de personnes en ALD correspondant est de 1,3 pour 1 000 Ligériens. Il est maximal à 35-39 ans chez les hommes où il atteint alors 5,5 pour 1 000, et à 45-49 ans chez les femmes où il atteint 2,6 pour 1 000.

1 200 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement pour une schizophrénie

Près de 7 000 Ligériens ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour schizophrénie¹². La grande majorité sont des hommes (67 %) et la moitié sont âgés de 15 à 44 ans.

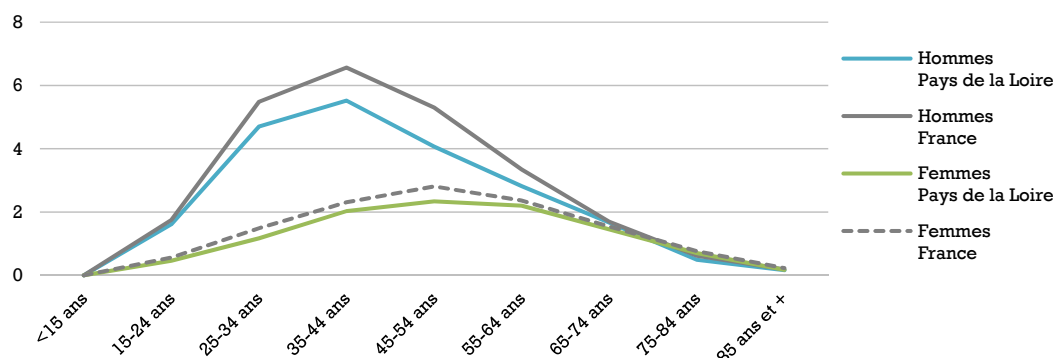
Le taux de Ligériens pris en charge pour schizophrénie s'établit à 2,6 pour 1 000 hommes et 1,2 pour 1 000 femmes, et varie fortement selon l'âge [Fig9]. Chez les hommes, le taux augmente de manière marquée chez les jeunes adultes pour atteindre un pic à plus de 5 pour 1 000 à 35-44 ans, puis diminue au-delà de cet âge. Chez les femmes, le taux augmente de manière plus progressive pour plafonner à près de 2,3 pour 1 000 entre 45 et 64 ans, puis diminue au-delà.

¹² Cet effectif issu du Rim-P sous-estime probablement le nombre de patients réellement pris en charge pour une schizophrénie, dans la mesure où certaines équipes pourraient renseigner des codes diagnostiques différents de ceux spécifiques à la schizophrénie (troubles bipolaires par exemple), jugés trop stigmatisants.

Aux suivis en établissements psychiatriques peuvent s'ajouter un certain nombre d'hospitalisations en court séjour ayant pour diagnostic principal une schizophrénie. Ces prises en charge sont néanmoins assez rares, puisqu'elles concernent à peine plus de 110 Ligériens en 2015.



Fig9. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour schizophrénie selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

À l'instar de ce qui est observé pour les ALD, les taux de Ligériens pris en charge en établissement psychiatrique pour schizophrénie sont inférieurs aux moyennes nationales, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âge. À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces prises en charge est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne française (- 16 % chez les hommes, - 13 % chez les femmes).

Au sein de la région, chacun des départements se situe également en dessous de cette moyenne (de - 17 % en Mayenne à - 11 % en Vendée).

La schizophrénie fait partie des pathologies psychiatriques qui nécessitent fréquemment de recourir à une prise en charge à temps complet (dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein le plus souvent). En 2015, 2 300 patients ont bénéficié de ce type de prise en charge dans la région, ce qui équivaut à un tiers des Ligériens suivis pour schizophrénie. Cette proportion, identique à celle observée au plan national, est nettement plus élevée que pour l'ensemble des personnes prises en charge en établissement psychiatrique toutes pathologies confondues (18 % dans la région comme en France).

La schizophrénie représente également la principale pathologie responsable de prises en charge sans consentement. Plus de 1 200 patients en ont fait l'objet en 2015, soit 18 % des Ligériens suivis pour schizophrénie (17 % au plan national). Là encore, cette proportion est nettement plus élevée que pour l'ensemble des personnes prises en charge en établissement psychiatrique toutes pathologies confondues (autour de 4,5 % dans la région comme en France).

La surmortalité des patients schizophrènes, notamment par suicide, est difficile à quantifier au plan régional

La surmorbidity majeure des patients schizophrènes (maladies du système nerveux, cardiovasculaires, infectieuses, traumatismes et insuffisance rénale entre autres, liés pour partie à une fréquence plus élevée des comportements à risque et aux effets secondaires des traitements médicamenteux) est maintenant bien documentée par de nombreux travaux épidémiologiques [29].

Les patients schizophrènes présentent aussi une surmortalité considérable, en lien avec ces différentes pathologies, mais aussi et surtout en raison d'un risque très augmenté de décès par suicide, et dans une moindre mesure de décès de cause accidentelle ou liés à des intoxications médicamenteuses. Selon une récente méta-analyse dans ce domaine, l'espérance de vie des patients schizophrènes serait réduite de 10 à 20 ans par rapport à celle de la population générale [30].

À l'instar d'autres troubles psychiatriques comme la dépression, il est difficile d'estimer le nombre de décès liés à la schizophrénie. Moins de dix décès ayant pour cause initiale cette affection sont dénombrés chaque année en moyenne dans les Pays de la Loire en 2011-2013.



Ce nombre correspond très certainement à une faible part des décès de personnes présentant des troubles schizophréniques, notamment par rapport aux décès par suicide où la notion de schizophrénie est peu documentée.

ENCADRÉ 7. Schizophrénie : présentation clinique, prise en charge, évolution

La schizophrénie est une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, puis qui se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets. Dans 35 % à 40 % des cas, la maladie débute de façon aiguë, avec des bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode. Pendant les phases aiguës de la maladie, les patients ont une qualité de vie très altérée. Environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide dans leur vie et 10 % en meurent. En dépit de l'emphase donnée à certains faits divers, les patients dangereux pour la société sont une minorité. Seuls de rares cas donnent lieu à des accès de violence au cours d'une crise, et cette agressivité est le plus souvent tournée vers le patient lui-même.

La prise en charge de la maladie est difficile, en raison de la multiplicité et de la diversité des symptômes, et essentiellement symptomatique, du fait du manque de connaissances relatives aux bases biologiques et environnementales de la maladie. Cette prise en charge est à la fois médicamenteuse et psychosociale.

Le traitement de la schizophrénie repose tout d'abord sur les médicaments antipsychotiques, qui atténuent les symptômes de la maladie et réduisent les taux de rechute. L'observance du traitement est essentielle au contrôle de la maladie, mais souvent difficile à obtenir dans le temps.

La réhabilitation psychosociale vise à permettre au patient de retrouver une vie la plus normale possible. Elle déploie un certain nombre de programmes ponctuant le parcours du patient et associant des actions de psychoéducation, d'entraînement aux habiletés sociales, de remédiation cognitive, de travail avec les familles. Elle se prolonge par des démarches de mises en situation et d'insertion portées par les acteurs du champ social et médicosocial qui doivent intervenir précocément dans ce parcours.

Aujourd'hui, une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des patients après quelques années de traitement : ils reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. Chez les autres, la maladie persiste dans le temps avec des symptômes à peu près contrôlés grâce à un suivi médical, mais avec des rechutes possibles. Restent malheureusement 10 à 30 % de sujets peu ou non répondeurs aux traitements antipsychotiques [31].

4.3.3 TROUBLES DÉPRESSIFS

La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit.

La forme la plus fréquente de dépression, appelée épisode dépressif caractérisé, se définit par la présence d'un certain nombre de ces symptômes, présents toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines. La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers est estimée en 2010 à 7,5 % en France parmi les 15-85 ans (2,8 % ont subi un épisode sévère, 4,3 % un épisode d'intensité et 0,7 % un épisode léger), selon le Baromètre santé [32]. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes et tend à s'élever avec l'âge, atteignant 9 % parmi les 35-54 ans.

Le risque de récurrence (survenue d'un nouvel épisode) est important : on parle alors de troubles dépressifs récurrents. Dans certains cas plus rares, la dépression s'installe dans le temps (dysthymie ou dépression chronique). Les troubles bipolaires¹³ constituent quant à eux un trouble spécifique qui alterne phases de dépression et phases de surexcitation.

Les troubles dépressifs ont des nombreuses conséquences, tant sur la vie affective, familiale et sociale que sur le plan professionnel. Chez les adultes en âge de travailler, ces troubles sont notamment responsables d'un taux important de mises en invalidité, notamment parmi les salariés les plus âgés [ENCADRÉ 8]. La dépression est également fréquente chez les personnes âgées, et alors fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution). Cette maladie est

¹³ Ces troubles particuliers ne sont pas inclus dans les exploitations ALD, RIM-P, PMSI-MCO portant sur la dépression.



néanmoins insuffisamment diagnostiquée et traitée chez eux. La présence fréquente de signes anxieux conduit effectivement souvent à la prescription de benzodiazépines, médicaments qui ne sont pas efficaces pour traiter la dépression.

17 000 Ligériens en ALD pour troubles dépressifs, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale mais en forte augmentation

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 2 400 Ligériens (66 % de femmes et 52 % d'adultes âgés de 35 à 59 ans) ont été admis en ALD pour troubles dépressifs¹⁴. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,6 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, connaît un premier pic entre 50 et 59 ans où elle atteint alors 1,2 pour 1 000, puis un second pic à 85-89 ans où elle atteint 1,4 pour 1 000.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD pour troubles dépressifs est inférieure de 21 % à la moyenne nationale (- 17 % chez les hommes et - 23 % chez les femmes). Au sein de la région, le Maine-et-Loire (- 41 %), la Loire-Atlantique (- 23 %) et la Vendée (- 19 %) présentent les fréquences d'admissions les plus faibles, alors que la Sarthe et la Mayenne sont plus proches de la moyenne nationale.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour troubles dépressifs a augmenté de manière marquée (de l'ordre de + 9% par an en moyenne), suivant ainsi la tendance nationale.

Au total, 16 800 personnes étaient en ALD pour troubles dépressifs fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des femmes (70 %) et âgés de 40 à 64 ans (54 %). Le taux de personnes en ALD correspondant est de 4,5 pour 1 000 Ligériens. Il connaît un premier pic à 55-59 ans où il atteint alors 12,6 pour 1 000 chez les femmes et 6,0 chez les hommes, diminue ensuite légèrement, et remonte enfin pour atteindre un maximum à près de 13 pour 1 000 femmes et 6 pour 1 000 hommes chez les plus de 80 ans.

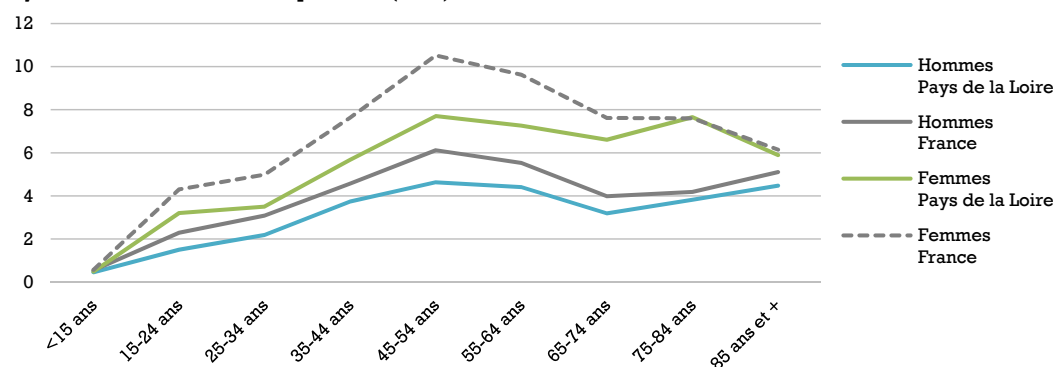
Une fréquence régionale des suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs moindre qu'au plan national...

Plus de 14 400 Ligériens ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour troubles dépressifs. La grande majorité sont des femmes (65 %) et sont âgés entre 35 et 64 ans (56 %).

Le taux de Ligériens pris en charge pour troubles dépressifs s'établit à 4,9 pour 1 000 femmes et 2,8 pour 1 000 hommes, et varie fortement selon l'âge [Fig10]. Chez les femmes, le taux augmente de manière continue jusqu'à 45-54 ans où il atteint près de 8 pour 1 000, et évolue peu par la suite. Chez les hommes, le profil évolutif est à peu près similaire, mais les taux sont moins élevés.

Fig10. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

¹⁴ Précisions sur les données d'ALD [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



À l'instar de ce qui est observé pour les ALD, les taux de Ligériens pris en charge en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs sont inférieurs aux moyennes nationales, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âge. À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces prises en charge est ainsi inférieure de 21 % à la moyenne française.

Au sein de la région, seule la Sarthe présente une fréquence de prises en charge plus élevée que la moyenne nationale (+ 6 %, contre - 34 % en Loire-Atlantique, - 25 % en Vendée, - 21 % dans le Maine-et-Loire, et - 13 % en Mayenne).

Après les troubles schizophréniques, les troubles dépressifs constituent le 2^e motif de prises en charge sans consentement. Près de 520 patients en ont fait l'objet en 2015, soit 3,6 % des Ligériens suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs (3,0 % au plan national).

... mais une fréquence de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs plus élevée qu'en France

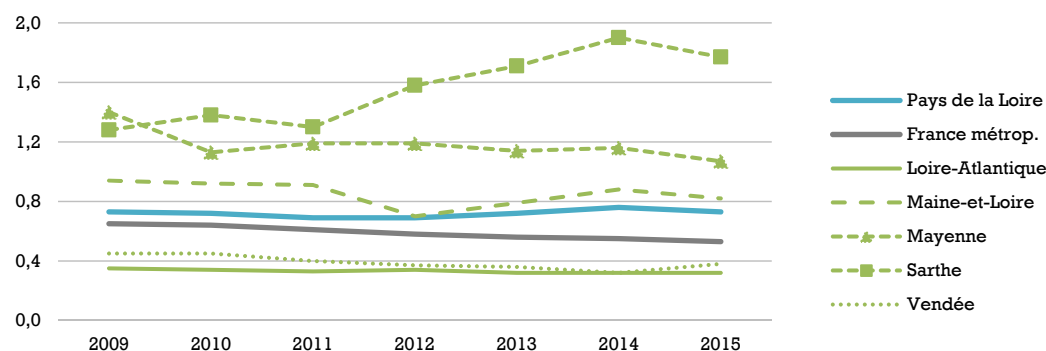
Un certain nombre d'hospitalisations en court séjour ayant pour diagnostic principal un trouble dépressif. En 2015, 2 700 patients (dont 61 % de femmes) ont été hospitalisés dans ce cadre¹⁵.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est, à l'opposé de ce qui est observé pour les prises en charge en établissement psychiatrique, nettement supérieure à la moyenne en France : + 37 % chez les hommes et + 34 % chez les femmes.

De multiples facteurs liés à l'épidémiologie, aux pratiques des différents professionnels de santé concernés, mais aussi à l'offre et l'organisation territoriale des soins, peuvent expliquer ce recours régional plus important aux prises en charge en court séjour pour les troubles dépressifs. Ce constat interroge notamment sur les conséquences directes et indirectes d'une faible offre régionale en psychiatres libéraux.

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs est resté relativement stable [Fig11]. Cette évolution, qui suit une tendance différente de celle observée au plan national (- 3,3 %), est liée à une forte augmentation du taux de patients hospitalisés en Sarthe (+ 5,5 %), qui représentent plus du tiers des personnes concernées dans la région. Dans les quatre autres départements, le taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs tend à diminuer (de - 4,6 % par an en Mayenne, à - 1,6 % en Loire-Atlantique).

Fig11. Évolution du taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

¹⁵ Précisions sur les données du PMSI MCO [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



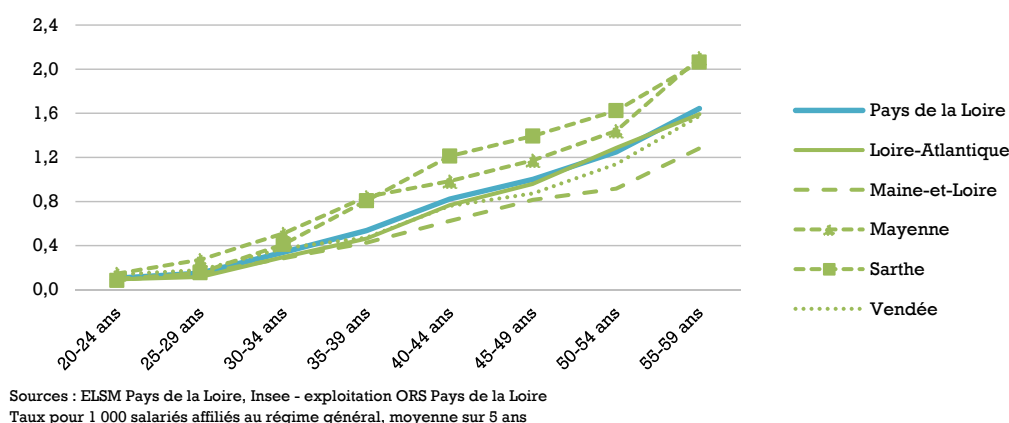
ENCADRÉ 8. Les mises en invalidité liées aux troubles psychiatriques dans les Pays de la Loire

Les troubles psychiatriques représentent, après les maladies ostéoarticulaires, le second groupe de causes médicales de mises en invalidité. Plus de 1 100 salariés des Pays de la Loire affiliés au régime général ont fait l'objet d'une mise en invalidité pour un motif de ce type, chaque année en moyenne en 2011-2015. Parmi eux, la majorité (57 %) l'ont été pour troubles de l'humeur (englobant principalement les troubles dépressifs, ainsi que les troubles affectifs bipolaires), 11 % pour une pathologie de type « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants », 11 % pour troubles de la personnalité et du comportement, et 9 % pour troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

La très grande majorité (71 %) des salariés mis en invalidité pour troubles psychiatriques sont en catégorie 2, c'est-à-dire qu'ils sont incapables d'exercer une profession. Les autres sont en catégorie 1, c'est-à-dire qu'ils sont capables d'exercer une activité rémunérée. Le taux de mise en invalidité pour troubles psychiatriques augmente de manière continue avec l'âge, de 0,1 pour 1 000 à 20-24 ans, à 1,6 pour 1 000 à 55-59 ans [Fig12].

Au sein de la région, les fréquences départementales de mise en invalidité sont, à structure d'âge comparable, significativement supérieures à la moyenne régionale en Sarthe (+ 33 %) et en Mayenne (+ 27 %) et significativement inférieure dans le Maine-et-Loire (- 21 %). Les situations en Loire-Atlantique et en Vendée ne diffèrent pas de la moyenne régionale (respectivement - 5 % et - 6 %).

Fig12. Taux de mises en invalidité pour troubles psychiatriques selon l'âge
Pays de la Loire (2011-2015)



4.3.4 MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES

Les syndromes démentiels sont dus à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, et sont caractérisés par une perturbation durable de nombreuses fonctions corticales supérieures telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation.

Le syndrome démentiel peut survenir au décours de maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement (par exemple maladie de Huntington, dégénérescences lobaires fronto-temporales, démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, maladie de Creutzfeldt-Jakob, intoxications chroniques à des substances psychotropes, traumatisme crânien, infection par le VIH, etc.).

Ce syndrome survient néanmoins le plus fréquemment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, qui constitue la forme la plus connue de démence [ENCADRÉ 9].

28 000 Ligériens sont pris en charge pour une démence, dont 70 % de femmes...

En utilisant une méthode d'identification assez large, prenant en compte non seulement les personnes en ALD, mais aussi celles prises en charge en établissement de santé et/ou ayant des consommations médicamenteuses en lien avec une démence (y compris maladie d'Alzheimer), la Cnamts estime à 24 000 le nombre de personnes (dont 70 % de femmes) prises en charge pour ce type d'affection en 2014 dans les Pays de la Loire, pour les



seuls assurés du régime général [25]. Cela représente 0,8 % des Ligériens concernés (0,5 % des hommes et 1,0 % des femmes). À structure d'âge comparable, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux de patients pris en charge.

Appliquée à l'ensemble de la population ligérienne, cette fréquence aboutit à une estimation de 28 000 personnes prises en charge pour démence.

... parmi lesquels 14 000 personnes de 65 ans ou plus sont en ALD pour maladie d'Alzheimer

Tous régimes d'assurance maladie confondus, 2 400 Ligériens (dont 71 % de femmes) ont été admis en ALD pour maladie d'Alzheimer, chaque année en moyenne en 2012-2014. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,7 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, augmente avec l'âge pour atteindre 9,3 pour 1 000 chez les personnes âgées de 90 ans ou plus.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD de personnes âgées de 65 ans ou plus pour maladie d'Alzheimer est inférieure de 9 % à la moyenne nationale.

Au sein de la région, la Mayenne (- 23 %) et la Vendée (- 22 %) présentent les fréquences d'admissions les plus faibles, alors que le Maine-et-Loire (- 9 %) présente une situation intermédiaire, et que la Sarthe (- 3 %) et la Loire-Atlantique (+ 0 %) sont au niveau de la moyenne nationale.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer a légèrement diminué, de 0,5 % par an en moyenne. Au plan national, ce taux a peu évolué (+ 0,2 %) sur l'ensemble de la période, mais tend plutôt à diminuer sur les années les plus récentes.

Ces évolutions sont en accord avec les données de récents travaux épidémiologiques, qui convergent pour décrire une tendance à la diminution de l'incidence des démences. Cette évolution assez rapide, sur quelques décennies, pourrait notamment être rapprochée de la baisse de la prévalence de certains facteurs de risque cardiovasculaires (hors diabète et obésité), mais aussi de l'élévation du niveau d'éducation [33].

Au total, plus de 14 100 personnes âgées de 65 ans ou plus (dont 75 % de femmes) étaient en ALD pour maladie d'Alzheimer fin 2014 dans la région. Le taux de personnes en ALD correspondant est de 20 pour 1 000 Ligériens (26 chez les femmes et 12 chez les hommes). Il croît de manière continue avec l'âge pour atteindre près de 80 pour 1 000 chez les personnes âgées de 90 ans ou plus.

Des suivis en établissement psychiatrique plus fréquents dans la région, mais des hospitalisations en court séjour nettement moindres

Près de 800 Ligériens (dont 67 % de femmes) ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour maladie d'Alzheimer. Les taux de Ligériens correspondant s'établissent à 1,3 pour 1 000 femmes et 0,9 pour 1 000 hommes âgés de 65 ans ou plus, et augmentent de manière continue avec l'âge pour atteindre plus de trois personnes âgées de plus de 85 ans pour 1 000.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des prises en charge en établissement psychiatrique est supérieure de 16 % à la moyenne française.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique (+ 65 %), la Mayenne (+ 12 %) et le Maine-et-Loire (+ 11 %) présentent des fréquences de prises en charge plus élevées que la moyenne nationale, alors que la Sarthe (- 22 %) et la Vendée (- 23 %) sont dans une situation inverse.

L'évolution de la maladie et de ses complications nécessitent fréquemment de recourir à une hospitalisation en services de soins aigus. En 2015, un peu plus de 1 000 Ligériens ont été hospitalisés dans ce cadre au moins une fois dans l'année.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est inférieure de 32 % à la moyenne française. Ce constat pourrait en partie être rapproché de la part importante des personnes âgées prises en charge en Ehpad dans la région, cette forme d'hébergement pouvant participer à la réduction du risque d'hospitalisation.



Au sein de la région, la situation varie fortement selon le département, avec une fréquence d'hospitalisations inférieure de 66 % à la moyenne nationale en Vendée, contre - 32 % en Loire-Atlantique, - 27 % en Mayenne et - 26 % dans le Maine-et-Loire. Seule la Sarthe présente un taux de patients hospitalisés peu différent de la moyenne nationale (-4 %).

Une mortalité liée à la maladie d'Alzheimer inférieure à la moyenne nationale

La maladie d'Alzheimer a été à l'origine de 1 028 décès de Ligériens chaque année en moyenne en 2009-2013. La quasi-totalité (99 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus, et 72 % des femmes.

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale due à la maladie d'Alzheimer est inférieure de 9 % à la moyenne nationale (- 9 % chez les femmes et - 11 % chez les hommes).

Au sein de la région, la Loire-Atlantique et la Sarthe se distinguent des autres départements par des taux de mortalité par maladie d'Alzheimer identiques à la moyenne nationale (contre - 21 % en Mayenne, - 20 % dans le Maine-et-Loire et - 18 % en Vendée).

ENCADRÉ 9. Des inégalités sociales de plus en plus marquées [34]

"La maladie d'Alzheimer est une pathologie du cerveau caractérisée par un déclin progressif de la mémoire associé à d'autres manifestations cognitives ainsi que neurologiques, avec un retentissement majeur sur les activités de la vie quotidienne. Des troubles du comportement sont fréquents et aggravent les troubles cognitifs. En l'absence d'intervention, l'état de santé du malade évolue progressivement vers la perte totale de mémoire, d'autonomie et l'état grabataire.

C'est une pathologie à évolution lente et continue, avec un délai de latence élevé : des examens de cerveaux prélevés sur des personnes saines décédées ont montré que, dès 47 ans, 50 % d'entre elles présentent déjà des lésions cérébrales caractéristiques. Pendant la période de latence, le cerveau est capable de compenser les lésions qui se créent. C'est lorsque les capacités de compensations sont dépassées que les symptômes apparaissent.

Aujourd'hui, il n'existe pas de médicaments contre la maladie ni de vaccin capables de la guérir. La prévention des maladies vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle et le diabète, ainsi que la promotion d'une hygiène de vie adaptée pourraient retarder l'apparition de la maladie. Pour les malades diagnostiqués à un stade débutant, des traitements et des actions sur les fonctions cognitives permettraient d'en retarder la progression.

Bien plus que le trouble mnésique méconnu et faussement attribué au vieillissement, ce sont généralement les troubles psychiatriques associés à la maladie d'Alzheimer, à l'origine de changements de comportement (dépression, agitation, agressivité...), qui déclenchent la visite médicale et le diagnostic. Ce retard au diagnostic, estimé à deux ans en France après les premiers symptômes caractéristiques, est préjudiciable pour la personne malade, qui vit au quotidien les effets d'une maladie dont elle ignore qu'elle est atteinte, mais aussi pour l'entourage familial.

La prise en charge pluridisciplinaire repose sur des compétences et des interventions médicosociales ainsi que sanitaires. Près de la moitié du coût global reste à la charge du malade et/ou de la famille (valorisation du temps passé par l'aidant à domicile, forfait hébergement en maison de retraite). L'investissement familial pour pallier la perte d'autonomie des malades et gérer l'étendue des variations d'intensité des troubles du comportement, est à l'origine de conséquences déléteres pour les proches, qui font de la maladie d'Alzheimer une « maladie de la famille ». Aux effets directs de détresse psychique, de dépression et de troubles du sommeil s'ajoute le fait que les aidants, dans la situation psychologique et sociale difficile qui est la leur - leur isolement souvent - négligent fréquemment leur propre santé et s'exposent alors à certains risques."



4.4 PENSÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET MORTALITÉ PAR SUICIDE

Les personnes présentant des troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression, troubles affectifs bipolaires, etc.) ou des conduites addictives sont particulièrement à risque de passage à l'acte suicidaire. D'autres facteurs sont bien identifiés. Les liens familiaux et plus généralement le support social jouent notamment un rôle majeur : les suicides sont plus fréquents chez les hommes vivant seuls, divorcés ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, l'instabilité dans le travail ou la dépendance financière représentent également des situations à risque. Il est ainsi établi que l'alcool est un facteur de risque bien établi du passage à l'acte suicidaire, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Le risque de décès par suicide peut aussi être majoré en présence de certaines pathologies somatiques (cancer, infection par le VIH, maladies du système nerveux central, etc.), par le biais des troubles psychiques que ces maladies et leurs traitements peuvent induire.

Des pensées suicidaires en augmentation et plus fréquentes qu'au plan national...

Selon le Baromètre santé 2014, 7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours de l'année précédant l'enquête [3]. Cette proportion a nettement augmenté depuis 2010, où elle s'établissait alors à 4 %. Cette hausse est plus marquée que celle observée au plan national (de 4 % en 2010 à 5 % en 2014).

La plus grande fréquence régionale des pensées suicidaires par rapport à la moyenne nationale s'observe chez les hommes et chez les personnes âgées entre 35 et 54 ans.

Trois quarts des personnes qui ont pensé à se suicider dans l'année déclarent que ces pensées suicidaires étaient plutôt en rapport avec leur vie personnelle, et la moitié des actifs (avec ou sans emploi) concernés mentionnent leur situation ou vie professionnelle.

43 % indiquent en avoir parlé à quelqu'un, et 72 % déclarent avoir été jusqu'à imaginer comment s'y prendre. 14 % déclarent être passés à l'acte au cours de cette période.

Contrairement à ce qui est observé au plan national, la prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année n'est pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans la région (7 % pour les deux sexes).

Par contre, cette prévalence est deux fois plus élevée chez les 35-54 ans que chez les autres classes d'âge (10 % vs 5 % chez les 15-34 ans et 55-75 ans). Par ailleurs, les ouvriers ligériens sont les plus nombreux à déclarer avoir pensé à se suicider dans l'année (11 % contre 5 % des autres catégories socioprofessionnelles). Ces constats doivent toutefois être considérés avec précaution car de tels écarts ne sont pas observés au plan national.

Déclarer des pensées suicidaires dans l'année apparaît en outre, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquent chez les personnes en situation de détresse psychologique et chez celles vivant seules. Les personnes souffrant d'une maladie chronique, ou de limitations fonctionnelles, ainsi que les fumeurs quotidiens, déclarent aussi plus souvent des idées suicidaires. Ces constats sont retrouvés au niveau national, où l'on observe également une plus grande fréquence des pensées suicidaires chez les consommateurs d'alcool à risque chronique¹⁶ (en particulier les femmes), et chez les personnes en situation de maigre [35].

... et une prévalence des tentatives de suicide déclarées en hausse entre 2010 et 2014

Selon le Baromètre santé 2014, 7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie [3]. Cette prévalence est similaire à la moyenne nationale.

¹⁶ Dans le Baromètre santé 2014, la consommation d'alcool à risque chronique (y compris à risque de dépendance) est définie par le fait de déclarer avoir consommé, au cours des 12 derniers mois, six verres ou plus en une occasion "une fois par semaine" ou "tous les jours ou presque", ou avoir consommé quinze verres ou plus d'alcool par semaine pour les femmes et vingt-deux verres ou plus pour les hommes.



Comme en France, une hausse de la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie est observée dans la population ligérienne entre 2010 et 2014 (respectivement 4 % en 2010, 7 % en 2014). Globalement, cette augmentation concerne les hommes comme les femmes, et l'ensemble des classes d'âge.

Les Ligériens qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont été interrogés sur cette tentative¹⁷. Au sujet de la signification donnée à leur acte, 53 % des suicidants répondent qu'il s'agissait d'un appel à l'aide mais qu'ils n'avaient pas l'intention de mourir. 17 % indiquent qu'ils souhaitaient mourir mais qu'ils savaient que le moyen n'était pas le plus efficace. Enfin, 30 % déclarent qu'ils étaient vraiment décidés à mourir et que c'était seulement par chance qu'ils ont survécu.

Concernant les motifs de ce passage à l'acte, 60 % des suicidants Ligériens ont invoqué des raisons familiales, 52 % des raisons sentimentales, 19 % des raisons professionnelles (pour les actifs, avec ou sans emploi) et 27 % d'autres raisons.

Comme en France, la proportion de personnes déclarant une tentative de suicide au cours de leur vie est, dans la région, nettement plus élevée chez les femmes (10 %) que chez les hommes (5 %), et ce constat se retrouve quelle que soit la classe d'âge considérée.

La probabilité de déclarer une tentative de suicide au cours de la vie semble augmenter avec la taille de l'agglomération de domicile. Ce constat - qui mérite toutefois d'être conforté car il n'était pas observé dans le Baromètre santé 2010 - est retrouvé au plan national.

On observe également au niveau national une plus grande fréquence des tentatives de suicide déclarées chez les personnes les moins favorisées (en terme de niveau de diplôme ou de revenu). De tels écarts selon le milieu social sont également observés parmi les Ligériens, mais ils ne sont toutefois pas statistiquement significatifs.

La probabilité de déclarer une tentative de suicide est par ailleurs plus élevée chez les personnes vivant seules, et chez celles connaissant une détresse psychologique. Déclarer être limité dans ses activités semble également associé à une plus grande fréquence des tentatives de suicide.

Les consommateurs d'alcool à risque chronique et les fumeurs quotidiens déclarent en outre plus souvent être passés à l'acte.

Parmi les 15-75 ans qui ont accepté de parler de leur tentative, 85 % déclarent avoir bénéficié d'une prise en charge par un professionnel à la suite de leur tentative :

- 71 % disent être allés à l'hôpital, parmi lesquels 55 % indiquent avoir été hospitalisés **[ENCADRÉ 10]** et suivis par un médecin ou un « psy » après leur tentative, et 16 % avoir été hospitalisés mais pas suivis par un médecin ou un « psy » par la suite.
- 14 % disent ne pas avoir été hospitalisés mais avoir été suivies par un médecin ou un « psy ».

Entre 2010 et 2014, dans la région comme en France, la proportion globale de 15-75 ans qui déclarent avoir bénéficié d'une prise en charge par un professionnel à l'hôpital ou en ville à la suite de leur tentative, semble suivre une tendance à la hausse, avec une augmentation de la fréquence des prises en charge associant hospitalisation et suivi par un médecin ou un « psy ». Ce constat doit être considéré avec précaution car il repose sur des faibles effectifs en région et ne prend pas en compte le niveau d'antériorité de la tentative de suicide.

¹⁷ 6 % des suicidants n'ont alors pas souhaité poursuivre l'interview sur ce sujet.



ENCADRÉ 10. Patients hospitalisés en court séjour pour tentative de suicide

Le PMSI permet de dénombrer 4 119 séjours hospitaliers dans les unités de soins aigus MCO liés à une tentative de suicide en 2015, concernant 3 619 Ligériens (dont 61 % de femmes).

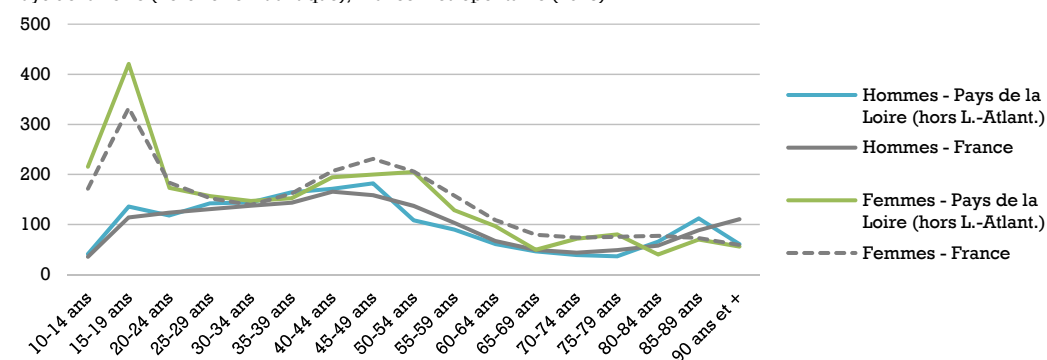
Au sein de la région, la situation des départements par rapport à la moyenne nationale diffère très nettement entre le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée d'une part, qui présentent des taux de patients hospitalisés relativement proches de la moyenne nationale (variant de - 6 % à + 3 %), et la Loire-Atlantique d'autre part, qui présente un taux largement inférieur à cette moyenne (- 46 %). Plusieurs hypothèses concernant des différences dans les modalités et filières de prises en charge, mais aussi dans les pratiques de codage des hospitalisations pour tentative de suicide, peuvent être avancées pour expliquer cette situation très atypique de la Loire-Atlantique.

À l'exclusion de la Loire-Atlantique, le taux de patients hospitalisés pour une tentative de suicide atteint 134 pour 100 000 dans la région, soit une valeur proche de la moyenne nationale (136).

Les courbes par âge et sexe des taux de patients hospitalisés dans la région (hors Loire-Atlantique) et en France [Fig13] adoptent un profil très différent de celles des taux de mortalité par suicide, avec des fréquences d'hospitalisations globalement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (sauf à partir de 80 ans), notamment dans la classe d'âge 15-19 ans, dans la région comme en France.

Fig13. Taux de patients hospitalisés en court séjour pour une tentative de suicide selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (hors Loire-Atlantique), France métropolitaine (2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Près de 750 suicides chaque année dans la région, dont plus des trois quarts concernent des hommes

Le nombre de suicides identifiés dans les statistiques nationales des causes médicales de décès sous-estime la fréquence réelle de ce type de décès, du fait notamment de la difficulté d'affirmer la nature intentionnelle d'un certain nombre de morts violentes. Par ailleurs, plusieurs instituts de médecine légale ne transmettent pas systématiquement les résultats des autopsies au CépiDc. De ce fait, un certain nombre de suicides sont comptabilisés en tant que décès de « causes inconnues » ou décès par « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention ». En France, la sous-estimation du nombre de suicides serait actuellement de près de 10 %, avec d'importantes variations selon les régions¹⁸ [35].

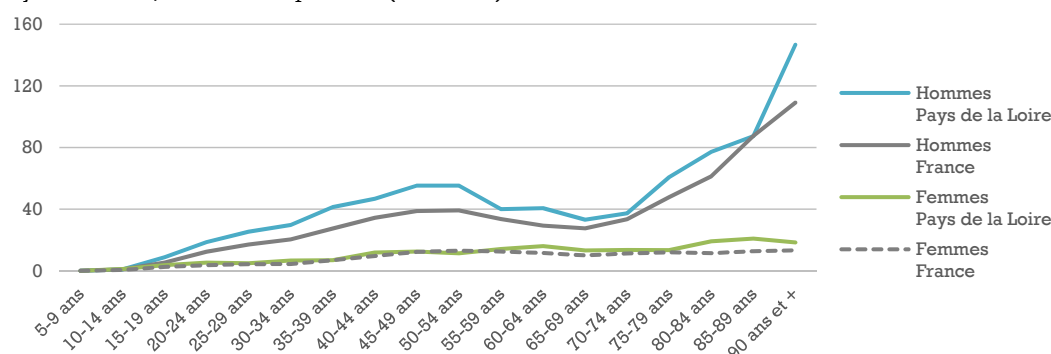
742 Ligériens se sont suicidés chaque année en moyenne au cours de la période 2011-2013. Après avoir sensiblement augmenté au début des années 1980, ce nombre fluctue entre 700 et 750 depuis plusieurs années. La très grande majorité des personnes concernées sont des hommes (77 %). Cette surmortalité masculine s'observe dans toutes les classes d'âge, mais elle est plus marquée avant 55 ans et après 75 ans [Fig14].

¹⁸ La hiérarchie des régions les plus concernées par le suicide (dont notamment les Pays de la Loire) n'est cependant pas modifiée après corrections des taux de suicides tenant compte de cette sous-estimation.



Le taux de mortalité par suicide varie fortement avec l'âge, notamment chez les hommes. Avant 15 ans, le suicide reste un événement rare : 2 décès chaque année en moyenne en 2011-2013. À partir de 15 ans, la courbe du taux de suicide par âge adopte un profil très différent selon le sexe. Chez les femmes, le taux augmente progressivement tout au long de la vie. Chez les hommes, le taux connaît une première augmentation très marquée jusqu'à 45-49 ans, puis se stabilise et recule entre 55 et 69 ans. Au-delà de cet âge, le taux de suicide augmente à nouveau, cette fois très fortement, pour dépasser 80 décès pour 100 000 habitants après 85 ans. Si le risque de suicide est plus important parmi les personnes âgées, c'est parmi les adultes d'âge moyen que l'on compte le plus grand nombre de décès : près de 40 % des suicides touchent des personnes âgées de 35 à 54 ans.

Fig14. Taux de suicide selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Les modes de suicide les plus fréquents dans la région sont la pendaison (60 %), l'utilisation d'une arme à feu (10 %), la prise de médicaments (8 %), la précipitation¹⁹ (7 %) et la noyade (7 %). Ces modes diffèrent nettement selon le sexe : la pendaison est plus fréquente chez les hommes (64 % contre 47 % chez les femmes), tout comme l'utilisation d'arme à feu (13 % et 2 %). La prise de médicaments est à l'inverse plus fréquente chez les femmes (17 % contre 5 % chez les hommes), tout comme la précipitation (10 % et 6 %) et la noyade (15 % et 4 %).

Les Pays de la Loire conservent une fréquence de suicides qui dépasse nettement la moyenne nationale

La mortalité régionale par suicide est toujours restée supérieure d'au moins 25 % à la moyenne nationale au cours des deux dernières décennies. Cet écart n'a pas diminué sur les années les plus récentes : à structure d'âge comparable, la fréquence des suicides est 32 % plus importante dans la région qu'en France en 2011-2013. Cette surmortalité régionale est globalement plus élevée chez les hommes (+ 34 %) que chez les femmes (+ 22 %), et tout particulièrement parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans (respectivement + 40 % et + 14 %). Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, la surmortalité régionale est, à l'inverse, plus importante chez les femmes (+ 37 %) que chez les hommes (+ 19 %).

Une mortalité en recul, notamment chez les femmes et les personnes âgées

Entre 2000 et 2013, la mortalité régionale par suicide a diminué de 1,3 % par an en moyenne, suivant ainsi la tendance observée au plan national (- 1,6 %) [Fig15].

Cette diminution est deux fois plus marquée chez les femmes que chez les hommes (respectivement - 2,6 % et - 1,3 % par an en moyenne).

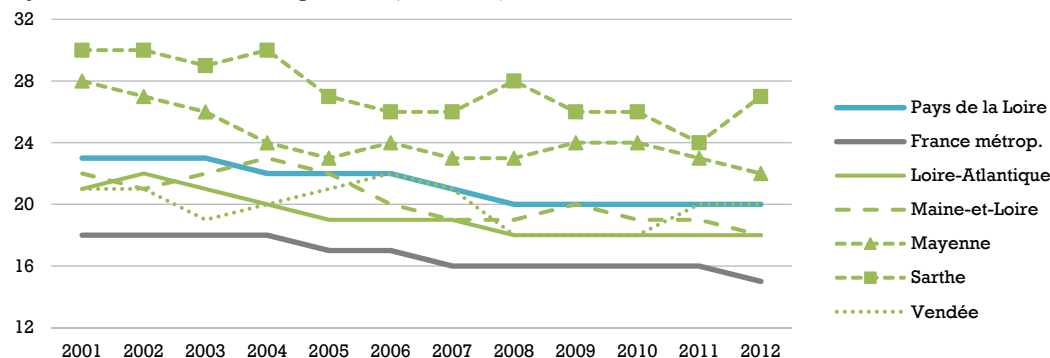
¹⁹ Saut dans le vide d'un lieu élevé, saut devant un véhicule en mouvement, collision d'un véhicule.



Cette diminution est également plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (- 2,7 % par an en moyenne) que chez les adultes de 25-49 ans (- 1,7 %). Le taux de suicide chez les personnes âgées de 50 à 64 ans est quant à lui stable sur l'ensemble de la période 2000-2013.

Fig15. Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

La Sarthe, et dans une moindre mesure la Mayenne, sont particulièrement touchées par le suicide

Au sein de la région, tous les départements présentent une fréquence de suicides nettement supérieure à la moyenne nationale [Fig15]. La situation est particulièrement défavorable en Sarthe (+ 84 % par rapport au taux national en 2011-2013) et dans une moindre mesure en Mayenne (+ 37 %). La Vendée (+ 24 %), le Maine-et-Loire (+ 21 %) et la Loire-Atlantique (+ 17 %) présentent des positionnements toujours préoccupants, mais un peu moins défavorables.

La surmortalité par suicide en Sarthe est majeure parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus. Avec près de 60 décès chaque année en moyenne, la mortalité y est plus de deux fois plus élevée que la moyenne nationale (+ 106 %, contre + 74 % pour les personnes de moins de 65 ans).

La situation reste d'autant plus préoccupante en Sarthe que la mortalité par suicide y diminue à un rythme moins élevé (- 1,0 % par an en moyenne) qu'au plan régional ou national, tout comme en Vendée (- 0,4 % par an).

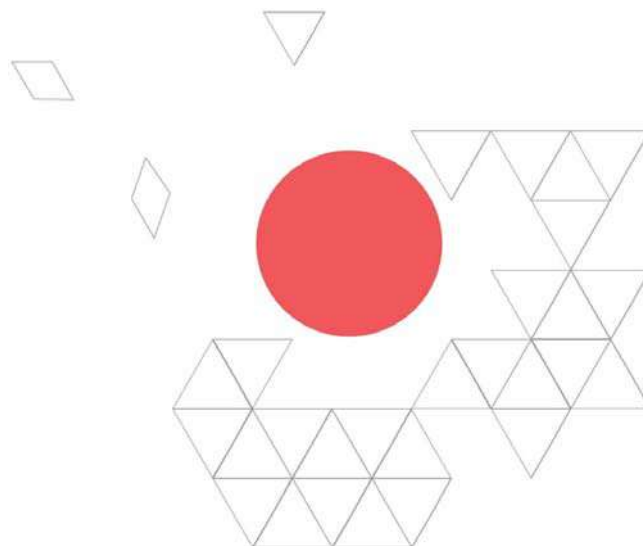


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Kovess-Masfety V, Boisson M, Godot C, *et al.* (2009). La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Centre d'analyse stratégique. 254 p.
- [2] Leplège A, Ecosse E, Verdier A, *et al.* (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*. vol. 51, n° 11. pp. 1013-1023.
- [3] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [4] Enquête Escapad 2014, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Beck F, dir. (2016). Jeunes et addictions. OFDT. 208 p.
- [6] OMS. (2011). La santé mentale en période de crises économiques. [En ligne]. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2011/4/mental-health-in-economic-crises>.
- [7] OCDE. (2013). Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE. 214 p.
- [8] Blasco S, Brodaty T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et Statistique*. Insee. n° 486-487. pp. 17-44.
- [9] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Chapiereau F. (2006). Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. *Études et Résultats*. Drees. n° 533. 8 p.
- [11] Chevallier P. (1988). Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population*. Ined. vol. 43, n° 3. pp. 611-638.
- [12] Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, *et al.* (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *British Medical Journal*. vol. 341. 7 p.
- [13] Drees. Data.Drees : Professions de santé et du social. [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,.
- [14] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [15] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2013). La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire. N° 5. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.
- [16] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2013). Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire. N° 6. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 4 p.
- [17] ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- [18] ORS Pays de la Loire. (2015). Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. Nouvelle édition décembre 2015. 91 p.
- [19] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [20] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- [21] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [22] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [23] Cnamts, MSA, RSI. (2016). Critères médicaux. Admission et prolongation d'une affection de longue durée exonérante du ticket modérateur. 55 p.
- [24] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [25] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [26] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [27] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [28] Centre de ressources Autisme Île-de-France. Qu'est-ce que l'autisme ? [En ligne]. <http://www.craif.org/6-generalites.html>.
- [29] Laprévotte V. (2009). Problématiques somatiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. Santé du corps - Santé mentale : aspects épidémiologiques. CHRU de Lille. 14 p.



- [30] Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. vol. 13, n° 2. pp. 153-160.
- [31] De Nayer A, Masson A, Domken MA, *et al.* (2014). La résistance de la schizophrénie au traitement. *Supplément à Neurone*. vol. 19, n° 4. 24 p.
- [32] Beck F, Guignard R. (2012). La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'Homme*. Inpes. n° 421. pp. 43-45.
- [33] Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, *et al.* (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *The New England Journal of Medicine*. vol. 374, n° 6. pp. 523-532.
- [34] ORS Pays de la Loire. (2012). Maladie d'Alzheimer et démences associées. In « La santé observée dans les Pays de la Loire. Edition 2012 ». 3 p.
- [35] Observatoire national du suicide. (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. 481 p.



MALADIES RESPIRATOIRES

Dr Jean-François Buyck, Lise Mandigny, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	251
5.1 ENSEMBLE DES MALADIES RESPIRATOIRES	252
Une proportion de Ligériens pris en charge pour une maladie respiratoire chronique qui atteint 5 %, mais reste inférieure à la moyenne nationale	252
Une fréquence régionale des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en augmentation	252
Un taux de patients hospitalisés qui fluctue en lien avec les épidémies virales saisonnières, mais reste inférieur à la moyenne nationale	253
Une mortalité respiratoire régionale inférieure à la moyenne nationale et qui diminue peu depuis le milieu des années 2000	254
5.2 PRINCIPALES AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES	255
5.2.1 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE	255
Une augmentation très forte du taux régional d'admissions en ALD pour BPCO, notamment chez les femmes, qui suit la tendance nationale	255
La fréquence régionale des hospitalisations pour BPCO diminue chez les hommes, mais augmente chez les femmes	256
Au sein de la région, des tendances évolutives plus préoccupantes pour la Loire-Atlantique	256
La mortalité régionale par BPCO diminue chez les hommes et augmente chez les femmes	257
5.2.2 ASTHME	257
Une prévalence régionale de l'asthme chez les enfants assez stable et supérieure à la moyenne nationale	257
Une part moindre des formes d'asthme les plus sévères, objectivée par des taux régionaux d'admissions en ALD et d'hospitalisations moins élevés qu'au plan national	257
Les admissions en ALD et hospitalisations en lien avec l'asthme augmentent à un rythme plus soutenu dans la région qu'en France	258
Une cinquantaine de décès liés à l'asthme chaque année dans la région, survenant le plus souvent au-delà de 75 ans	259
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	260
TABLE DES ENCADRÉS	
ENCADRÉ 1. Les liens entre pollution atmosphérique et santé	259



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Maladies respiratoires



5 MALADIES RESPIRATOIRES

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections aiguës et chroniques très diverses par leur histoire naturelle, facteurs de risque, âge de survenue, impact sur la qualité de vie et pronostic. Les maladies respiratoires chroniques, aux premiers rangs desquels figurent la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme, concernent 170 600 Ligériens en 2014 soit près de 5 % de la population. Les Pays de la Loire présentent pour ces affections un positionnement plutôt favorable par rapport à la moyenne nationale, cette situation pouvant notamment être rapprochée du moindre tabagisme qui a longtemps caractérisé la région.

Certaines tendances évolutives sont toutefois préoccupantes. Le taux d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour les formes les plus sévères de maladies respiratoires (responsables d'une insuffisance respiratoire chronique grave - IRCG) a nettement augmenté au cours des dernières années, de manière plus marquée dans la région (+ 2,8 % par an en moyenne) qu'en France (+ 2,3 %). L'avantage régional dans ce domaine tend ainsi à s'estomper. Par ailleurs, après avoir nettement baissé jusqu'au milieu des années 2000, la mortalité liée aux maladies respiratoires diminue maintenant assez peu.

La BPCO, dont 80 % des cas est attribuable à la consommation de tabac, est en grande partie responsable de cette évolution. Le taux régional d'admissions en ALD pour IRCG liée à cette affection a en effet doublé entre 2005 et 2014 (soit une progression de + 10,4 % par an en moyenne, contre + 9,2 % au plan national). Cette tendance, qui peut notamment être rapprochée de l'évolution des comportements en matière de tabagisme, est particulièrement forte parmi les Ligériennes. Leur taux d'hospitalisations et de mortalité liés à la BPCO sont en outre en augmentation, contrairement aux hommes. La situation régionale demeure toutefois plutôt favorable par rapport à la moyenne nationale. Actuellement, plus de 5 100 Ligériens sont pris en charge en ALD (- 16 % par rapport à la moyenne en France), près de 3 900 sont hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année pour cette affection (- 22 %), et environ 640 en décèdent chaque année (- 10 %).

La prévalence de l'asthme est plutôt stable à un niveau élevé dans les Pays de la Loire, ce constat s'inscrivant dans un contexte de plus forte fréquence de cette affection dans les régions de l'Ouest de la France, en lien notamment avec certains facteurs météorologiques. En 2012-2013, 15 % des enfants ligériens de 5-6 ans ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie selon les déclarations de leurs parents, contre 11 % au plan national. Les formes d'asthme les plus sévères (symptômes ou exacerbations fréquentes, activité physique limitée...) nécessitant un traitement polymédicamenteux à hautes doses et un suivi clinique rapproché, apparaissent toutefois moins fréquentes dans les Pays de la Loire. Le taux régional d'admissions en ALD pour IRCG liée à un asthme persistant sévère est ainsi nettement inférieur à la moyenne nationale (- 35 %), mais il tend toutefois à augmenter à un rythme plus soutenu qu'en France (+ 3,5 % par an, contre + 1,5 %). Actuellement, 6 700 Ligériens sont en ALD (- 32 % par rapport à la moyenne en France), et 2 400 sont hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année pour cette affection (- 20 %). La mortalité liée à l'asthme s'est nettement réduite dans la région comme en France, en lien avec les progrès thérapeutiques et l'amélioration du suivi des patients. On dénombre actuellement un peu plus de 50 décès liés à l'asthme chaque année en moyenne dans les Pays de la Loire, cette mortalité concernant essentiellement des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les affections respiratoires aiguës, notamment infectieuses, sont fréquemment responsables d'hospitalisations en court séjour. En 2015, un peu plus de 36 300 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois pour une maladie respiratoire, dont un quart l'ont été pour une pneumopathie infectieuse. Ces séjours concernent principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus (40 %) et les moins de 6 ans (25 %). Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés pour maladie respiratoire est toujours resté inférieur à la moyenne nationale (aux alentours de - 10 % actuellement), mais il fluctue de manière importante selon les années. Ces variations, et plus particulièrement les pics d'hospitalisations de 2009, 2012 et 2015, sont à rapprocher des épidémies saisonnières virales et notamment des épidémies de grippe qui ont été virulentes au cours de ces années.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique présente, pour certains indicateurs, une situation moins favorable que les autres départements. Le taux d'admissions en ALD pour IRCG liée à un asthme persistant sévère y est relativement élevé et maintenant proche de la moyenne nationale. La Loire-Atlantique présente en outre une des plus fortes progressions départementales de la fréquence des admissions en ALD pour IRCG liée à une BPCO, et est le seul département des Pays de la Loire à présenter un taux d'admissions pour ce motif maintenant supérieur à la moyenne nationale.

En termes de prospective, si les tendances actuelles se poursuivent, la hausse du tabagisme dans les Pays de la Loire ainsi que le vieillissement de la population laissent présager que les maladies respiratoires, et plus particulièrement les affections chroniques comme la BPCO, pèseront de plus en plus fortement sur l'état de santé des Ligériens.



Les maladies respiratoires regroupent des affections très diverses, notamment en termes de gravité, affectant les voies aériennes supérieures (nez, fosses nasales, bouche, pharynx et larynx) et inférieures (trachée, bronches et bronchioles). Ces maladies peuvent être aiguës et sont alors souvent d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumopathie infectieuse...). D'autres sont d'évolution plus chronique, et peuvent être sources d'exacerbations et de décompensations aiguës (asthme, bronchites chroniques et autres maladies pulmonaires obstructives chroniques¹...).

Ces affections, qui relèvent du chapitre « Maladies de l'appareil respiratoire » de la Classification internationale des maladies (Cim), n'incluent pas le cancer du poumon [voir chapitre Cancers], le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire et la mucoviscidose.

Ce chapitre décrit l'état de santé de la population ligérienne pour l'ensemble des maladies respiratoires, puis fait un focus sur deux types d'affections chroniques affectant de manière importante la qualité de vie et pouvant mettre en jeu le pronostic vital : d'une part la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), et d'autre part l'asthme.

5.1 ENSEMBLE DES MALADIES RESPIRATOIRES

Une proportion de Ligériens pris en charge pour une maladie respiratoire chronique qui atteint 5 %, mais reste inférieure à la moyenne nationale

En utilisant une méthode d'identification de patients assez globale, prenant en compte non seulement les personnes en ALD mais aussi celles prises en charge en établissement de santé et/ou ayant des consommations médicamenteuses en lien avec une maladie respiratoire chronique², la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) estime à 144 800 le nombre de personnes prises en charge pour ce type d'affection en 2014 dans les Pays de la Loire (dont autant d'hommes que de femmes), pour les seuls assurés du régime général [1]. Cela représente 4,7 % des Ligériens concernés.

Appliquée à l'ensemble de la population régionale, cette proportion aboutit à une estimation de 170 600 Ligériens pris en charge.

Toutefois, après standardisation sur l'âge, le taux régional d'affiliés du régime général, pris en charge pour maladies respiratoires chroniques, est inférieur à la moyenne nationale et parmi les plus faibles des régions de France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes. Cette situation favorable peut notamment être rapprochée du moindre tabagisme qui a longtemps caractérisé les Pays de la Loire.

Une fréquence régionale des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en augmentation

Les affections respiratoires les plus sévères peuvent aboutir au développement d'une insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG), c'est-à-dire une incapacité de l'appareil respiratoire à assurer les échanges gazeux, causant de nombreux troubles en lien avec une diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang. Cette situation, qui nécessite la mise en place d'une surveillance clinique rapprochée et un traitement souvent lourd et coûteux (oxygénothérapie à domicile, traitements pharmacologiques à fortes doses ...), relève d'une admission en ALD. Les formes de BPCO et d'asthme les plus sévères sont les principales affections concernées par ces admissions.

¹ Par souci de simplicité du propos, le terme de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sera utilisé dans la suite du document.

² Bronchite chronique, emphysème et autres maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme dont l'état de mal asthmatique, bronchectasies, insuffisance respiratoire chronique, autres troubles respiratoires chroniques.



Tous régimes d'assurance maladie confondus, près de 18 700 Ligériens (0,5 % de la population) étaient en ALD pour IRCG grave fin 2014 dans la région [2]. Cette prévalence est nettement moindre que celle observée au plan national (- 25 %).

L'IRCG a en outre constitué, chaque année en moyenne en 2012-2014, le motif d'admission en ALD de près de 2 100 Ligériens dont une majorité d'hommes (54 %) et de personnes âgées de 65 ans ou plus (58 %) [3]. Les jeunes âgés de moins de 20 ans représentent 7 % de ces admissions. La BPCO (42 %) et l'asthme (27 %) constituent à eux seuls les trois quarts des motifs de ces admissions.

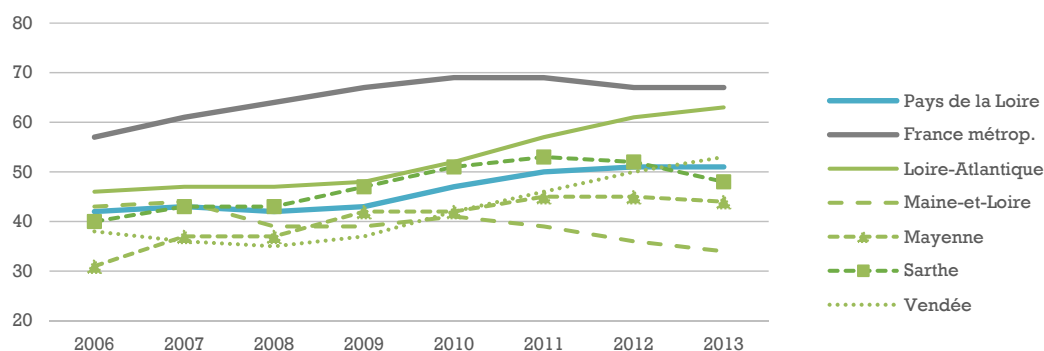
À structure d'âge comparable, l'incidence est très nettement inférieure à la moyenne nationale (- 25 %). Cet écart, qui concerne aussi bien les hommes que les femmes, est un peu plus marqué chez les personnes âgées de moins de 65 ans (- 32 %) que chez celles plus âgées (- 19 %).

Entre 2005 et 2014, l'incidence a augmenté de 2,8 % par an en moyenne dans la région [Fig1]. Cette augmentation a été plus de deux fois plus marquée chez les femmes (+ 4,4 %) que chez les hommes (+ 2,0 %). Elle a aussi été plus importante que celle observée au plan national (+ 2,3 %), et l'avantage régional pour ces admissions en ALD s'est ainsi réduit, notamment depuis 2011.

Cet avantage pouvait par le passé être rapproché du moindre tabagisme longtemps observé chez les Ligériens, mais cette spécificité a eu tendance à disparaître, en lien avec l'homogénéisation des comportements de santé. La Loire-Atlantique présente, au sein de la région, la situation départementale la moins favorable avec une augmentation particulièrement marquée du taux d'admissions en ALD (+ 4,6 % par an), qui est maintenant très proche de la moyenne nationale.

Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des évolutions des taux d'admissions en ALD, qui en raison du caractère médico-administratif de ces données, ne peuvent s'expliquer sous un angle uniquement épidémiologique ou démographique [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig1. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies respiratoires
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Un taux de patients hospitalisés qui fluctue en lien avec les épidémies virales saisonnières, mais reste inférieur à la moyenne nationale

Un peu plus de 36 300 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en court séjour en 2015 pour une maladie respiratoire en diagnostic principal, dont 55 % hommes, selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information - Médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI MCO) [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. Un patient sur trois était âgé de moins de 18 ans (dont 25 % de moins de six ans), et 40 % avaient 65 ans ou plus [4].

Certaines personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois au cours de l'année pour une maladie respiratoire, le nombre total de séjours pour maladie respiratoire avoisine 42 100.



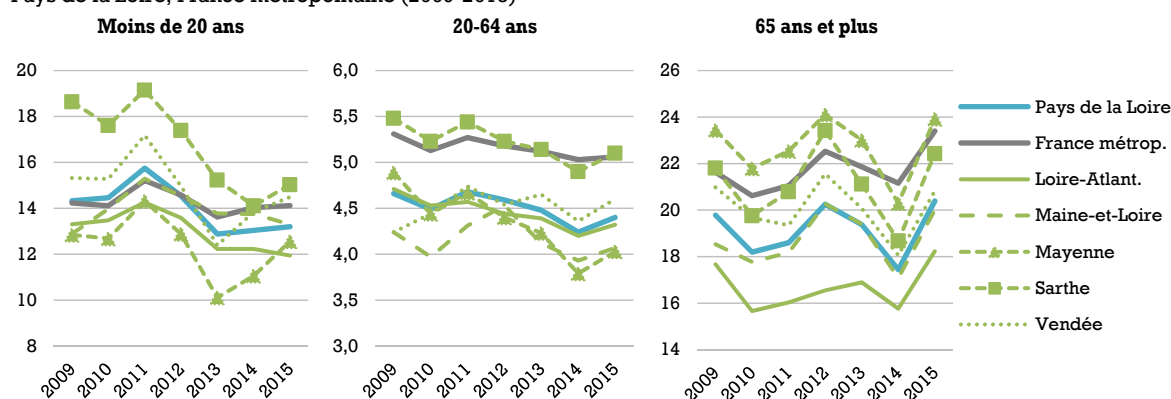
Ces séjours sont fréquemment liés à des affections respiratoires aiguës (25 % des Ligériens hospitalisés pour maladie respiratoire l'ont été au moins une fois pour pneumopathie, et 11 % pour bronchite ou bronchiolite aiguë notamment). Ils sont aussi causés par des exacerbations ou décompensations d'affections chroniques (17 % des Ligériens hospitalisés pour maladie respiratoire l'ont été au moins une fois pour maladie chronique des amygdales, 11 % pour BPCO, et 7 % pour asthme).

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés pour maladie respiratoire a globalement diminué de 0,6 % par an en moyenne (contre + 0,2 % au plan national). Cette tendance doit être interprétée avec précaution compte tenu de fluctuations annuelles particulièrement marquées chez les personnes âgées [Fig2]. Ces variations peuvent notamment être rapprochées de l'ampleur plus ou moins importante des épidémies virales saisonnières. Chez les jeunes (principalement concernés par les maladies chroniques des amygdales, les bronchites et bronchiolites aiguës, l'asthme et les affections aiguës des voies respiratoires supérieures), le taux de patients hospitalisés a diminué dans les Pays de la Loire (- 1,4 % par an en moyenne) alors qu'il est resté stable en France. La région qui se situait à la fin des années 2000 au niveau de la moyenne nationale, présente maintenant un taux de patients hospitalisés inférieur de 6 %. La Sarthe conserve toutefois une situation assez défavorable.

Chez les adultes (concernés plus particulièrement par les pneumopathies infectieuses et la BPCO), le taux régional de patients hospitalisés a diminué de 1 % par an, suivant ainsi la tendance nationale (- 0,8 %). Les Pays de la Loire conservent ainsi, par rapport à la France, une situation assez favorable (- 13 %), sauf en Sarthe où la fréquence des hospitalisations est équivalente à la moyenne nationale.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (essentiellement concernées par des pneumopathies infectieuses, mais aussi dans une moindre mesure par la BPCO et les bronchites aiguës), le taux de patients hospitalisés est resté nettement inférieur à la moyenne nationale (- 12 %). Il a suivi les mêmes pics qu'en France en 2009, 2012 et 2015, en lien avec les importantes épidémies grippales et/ou foyers d'infections respiratoires aiguës survenus en collectivité de personnes âgées au cours de ces années.

Fig2. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour maladies respiratoires
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Une mortalité respiratoire régionale inférieure à la moyenne nationale et qui diminue peu depuis le milieu des années 2000

Avec un peu plus de 2 000 Ligériens (dont autant d'hommes que de femmes) décédés de maladies respiratoires chaque année en moyenne en 2011-2013, ces affections sont responsables d'une mortalité nettement moins importante que celle liée aux cancers et aux maladies cardiovasculaires³ [5].

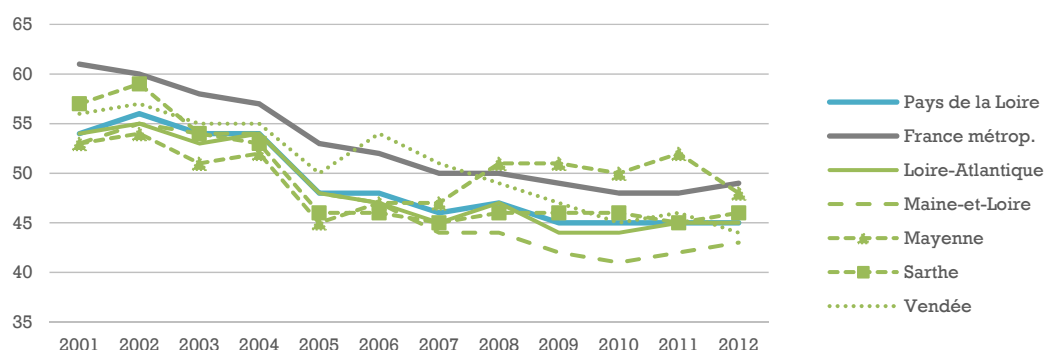
³ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



Les personnes âgées représentent la très grande majorité des personnes décédées pour ce type de motif : 93 % ont plus de 65 ans, et 85 % plus de 75 ans. En lien avec l'âge élevé de ces personnes, les deux principales causes de décès par maladie respiratoire sont la BPCO (32 %) et les pneumopathies infectieuses (31 %).

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale liée aux maladies respiratoires est inférieure de 7 % à la moyenne nationale, et est un peu plus marquée chez les hommes (- 10 %) que chez les femmes (- 4 %). Cette mortalité a diminué de 1,6 % par an en moyenne dans les Pays de la Loire entre 2000 et 2013, soit une baisse un peu moins forte qu'au plan national (- 2,0 %) [Fig3]. Toutefois, cette diminution semble marquer le pas, dans la région comme en France, depuis le milieu des années 2000, en lien avec une stabilisation du taux de mortalité par maladie respiratoire chez les femmes. Cette tendance peut notamment être rapprochée de l'évolution de leurs comportements en matière de tabagisme.

Fig3. Évolution du taux standardisé de mortalité liée aux maladies respiratoires
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

5.2 PRINCIPALES AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES

5.2.1 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

La BPCO est caractérisée par une obstruction lente et progressive des voies aériennes pulmonaires en lien avec une inflammation chronique, amenant à la distension permanente des alvéoles pulmonaires et à la destruction de leurs parois. Cette affection se traduit par une diminution, pour partie irréversible du débit expiratoire, et à terme par une insuffisance respiratoire chronique. Les personnes atteintes de BPCO présentent un risque augmenté de pneumopathies infectieuses, qui constituent la forme la plus fréquente de décompensation de cette affection. Le principal facteur de risque de la BPCO est la consommation de tabac : 80 % des cas de cette pathologie lui sont attribuables [6].

Une augmentation très forte du taux régional d'admissions en ALD pour BPCO, notamment chez les femmes, qui suit la tendance nationale

Les personnes ayant une forme avancée de BPCO caractérisée par une dégradation importante de la qualité des échanges gazeux (à distance d'un épisode aigu), et/ou par une diminution importante du débit expiratoire, sont concernées par une admission en ALD pour IRCG [7].

Plus de 5 100 Ligériens, dont une majorité d'hommes (63 %) et de personnes âgées de 65 ans ou plus (69 %), étaient en ALD pour IRCG liée à une BPCO fin 2014.



Cette prévalence est nettement inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 17 %) comme chez les femmes (-15 %), et chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (- 14 %) comme les personnes plus jeunes (- 19 %).

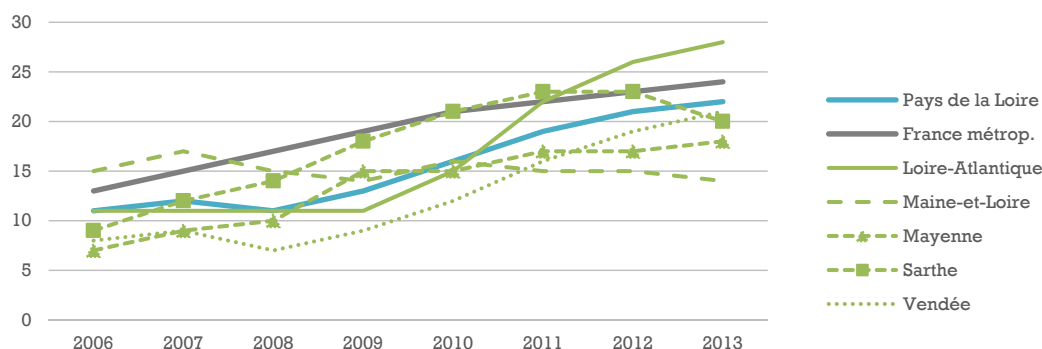
En outre, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, environ 860 Ligériens ont été admis en ALD pour ce motif. Cette incidence est également inférieure à la moyenne nationale (- 11 %).

La situation régionale pour cette affection n'en demeure pas moins préoccupante, puisque la fréquence des admissions en ALD a augmenté de manière particulièrement importante, à hauteur de + 10,4 % par an en moyenne (soit un taux qui a globalement doublé entre 2005 et 2014) [Fig4]. Cette augmentation a été encore plus forte que la tendance observée au plan national (+ 9,2 %).

Cette tendance évolutive, considérable chez les Ligériennes (+ 12,9 % par an, contre + 9,0 % chez les hommes), doit principalement être rapprochée de la progression du tabagisme dans la population régionale.

Fig4. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour IRCG liée à une bronchopneumopathie chronique obstructive

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee ; exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

La fréquence régionale des hospitalisations pour BPCO diminue chez les hommes, mais augmente chez les femmes

Près de 3 900 Ligériens ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour pour BPCO en diagnostic principal, dont 59 % d'hommes et trois quarts de personnes âgées de 65 ans ou plus.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des personnes hospitalisées pour BPCO est inférieure de 22 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, et est un peu plus marquée chez les personnes âgées de moins de 65 ans (- 31 %) que chez celles plus âgées (- 19 %).

La fréquence des patients hospitalisés pour BPCO a assez peu évolué au plan régional entre 2009 et 2015 (- 0,2 % par an en moyenne, contre + 0,8 % au plan national). Toutefois, cette tendance régionale globale recouvre des évolutions différentes selon le sexe, avec une augmentation du taux de femmes hospitalisées (+ 0,3 % par an), et à l'inverse à une diminution du taux d'hommes hospitalisés (- 0,4 %).

Au sein de la région, des tendances évolutives plus préoccupantes pour la Loire-Atlantique

Avec une augmentation qui a atteint 11,6 % par an en moyenne chez les hommes et 17,9 % chez les femmes entre 2004 et 2013, la Loire-Atlantique est le seul département des Pays de la Loire qui présente maintenant un taux d'admissions en ALD pour IRCG liée à une BPCO supérieur à la moyenne nationale (+ 17 %) [Fig4].

De manière convergente, la Loire-Atlantique est le seul département à présenter une augmentation sensible des hospitalisations pour BPCO (+ 1,4 % par an entre 2009 et 2015 chez les hommes, + 2,0 % chez les femmes).



La mortalité régionale par BPCO diminue chez les hommes et augmente chez les femmes

Environ 640 Ligériens (dont 58 % d'hommes) sont décédés d'une BPCO chaque année en moyenne en 2011-2013. La très grande majorité (92 %) de ces décès concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

La mortalité régionale liée à la BPCO est inférieure de 10 % à la moyenne nationale, et est un peu plus marquée chez les hommes (- 13 %) que chez les femmes (- 6 %).

Cette mortalité est restée stable dans les Pays de la Loire entre 2000 et 2013, alors qu'elle a plutôt diminué au plan national (- 1,1 % par an en moyenne). Cette tendance régionale est notamment liée à une légère progression de la mortalité par BPCO chez les femmes, venant contrebalancer une diminution chez les hommes. À l'instar des données d'admissions en ALD et d'hospitalisations, cette tendance préoccupante chez les femmes peut être rapprochée de l'évolution de leurs comportements en matière de tabagisme.

5.2.2 ASTHME

L'asthme est une maladie chronique inflammatoire qui se caractérise par une réactivité excessive des bronches (œdème, contraction des muscles bronchiques, sécrétion de mucus) à certains facteurs déclenchants comme l'exercice physique, ce qui provoque une difficulté à respirer. Cette maladie apparaît généralement pendant l'enfance, et son origine multifactorielle est liée à des facteurs environnementaux (exposition au tabac, à des allergènes comme les acariens ou les moisissures, à la pollution de l'air,...) associés à une prédisposition génétique.

La crise d'asthme, épisode de gêne respiratoire sifflante, constitue la manifestation clinique la plus typique, mais parfois la crise peut se manifester uniquement par une toux. Dans certains cas, l'asthme peut être d'origine professionnelle en raison d'une exposition à des produits irritants sur le lieu de travail.

Une prévalence régionale de l'asthme chez les enfants assez stable et supérieure à la moyenne nationale

Selon l'enquête auprès des élèves de grande section de maternelle réalisée en 2012-2013, 15 % des enfants ligériens de 5-6 ans ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie [8]. Cette proportion régionale est supérieure à la moyenne nationale (11 %). Cette différence était déjà observée lors de la précédente enquête de 2005-2006, et concernait plus largement la partie Ouest de la France [9].

Ce gradient croissant vers les régions de la façade atlantique peut notamment être rapproché de facteurs météorologiques, ces régions présentant un climat plus humide et propice au déclenchement de crises d'asthme.

En utilisant une définition un peu plus restrictive et précise de l'asthme (enfant ayant déjà eu une crise d'asthme au cours de sa vie, et ayant présenté des sifflements dans la poitrine ou bénéficié d'un traitement contre l'asthme au cours des 12 derniers mois), la prévalence de l'asthme apparaît stable dans la région entre 2005-2006 et 2012-2013, autour de 10 à 11 % [10].

Une part moindre des formes d'asthme les plus sévères, objectivée par des taux régionaux d'admissions en ALD et d'hospitalisations moins élevés qu'au plan national

Les personnes ayant un asthme persistant sévère sont concernées par une admission en ALD pour IRCG. Cette forme d'asthme est définie par l'association de critères de sévérité clinique (symptômes quotidiens, exacerbations et/ou symptômes d'asthme nocturne fréquents, activité physique limitée par les symptômes avec débits expiratoires diminués et/ou très variables), et de critères thérapeutiques (nécessité de hautes doses de corticostéroïdes inhalés, associées à d'autres traitements pharmacologiques : bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée, antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes, théophylline et ses dérivés...) [7].



Tous régimes d'assurance maladie confondus, plus de 6 700 Ligériens (dont 59 % de femmes et 13 % de jeunes âgés de moins de 20 ans) étaient en ALD pour IRCG liée à un asthme persistant sévère fin 2014 dans la région. Cette prévalence est nettement inférieure à la moyenne nationale (de l'ordre de - 32 % chez les femmes comme chez les hommes), tout particulièrement chez les moins de 20 ans (- 54 %).

En outre, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, environ 550 Ligériens ont été admis en ALD. Cette incidence est également nettement inférieure à la moyenne nationale (- 35 %).

Au sein de la région, la Loire-Atlantique se distingue toutefois par un taux d'admissions plus élevé que dans les autres départements, et se rapprochant nettement de la moyenne nationale [Fig5].

2 400 Ligériens ont en outre été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour pour asthme en diagnostic principal, dont 54 % d'hommes. Ces séjours concernent très majoritairement des jeunes âgés de moins de 18 ans (68 %).

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des personnes hospitalisées pour asthme est inférieure de près de 20 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, et chez les moins de 18 ans comme chez les Ligériens plus âgés.

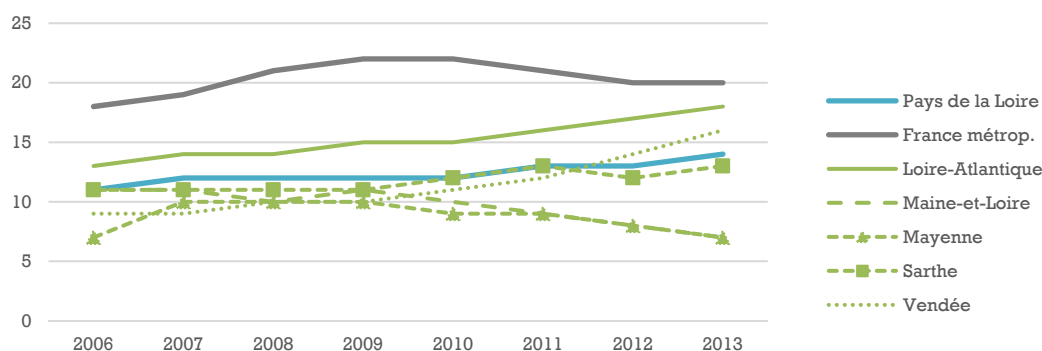
Les admissions en ALD et hospitalisations en lien avec l'asthme augmentent à un rythme plus soutenu dans la région qu'en France

Si le positionnement régional reste donc plutôt favorable pour les formes d'asthme les plus sévères, les tendances évolutives récentes sont préoccupantes. La fréquence régionale des admissions en ALD [Fig5], comme celle des patients hospitalisés pour asthme ont ainsi progressé à un rythme plus soutenu dans les Pays de la Loire (+ 3,5 % par an en moyenne concernant les ALD, + 1,7 % concernant les hospitalisations) qu'au plan national (respectivement + 1,5 % et + 1,3 %). L'avantage régional tend ainsi à se réduire.

Ces augmentations touchent principalement les jeunes de moins de 20 ans, et dans une moindre mesure les adultes. Les personnes âgées de 65 ans ou plus ne sont par contre pas concernées par ces tendances.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique se distingue par un taux d'admissions en ALD à la fois élevé et en forte progression (+ 4,8 % par an). L'incidence départementale se rapproche ainsi fortement de la moyenne nationale. La Loire-Atlantique présente également la plus forte progression départementale du taux de patients hospitalisés pour asthme (+ 2,5 % par an).

Fig5. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour IRCG liée à un asthme persistant sévère
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



Une cinquantaine de décès liés à l'asthme chaque année dans la région, survenant le plus souvent au-delà de 75 ans

La sévérité de l'asthme réside d'une part dans le risque de développement de lésions bronchiques irréversibles causant une insuffisance respiratoire chronique, et d'autre part dans la survenue possible d'un asthme aigu grave (crise résistant au traitement habituel et mettant en jeu le pronostic vital). Les décès liés à l'asthme restent toutefois des événements rares.

Dans la région, 53 décès liés à l'asthme sont dénombrés chaque année en moyenne en 2011-2013. Ces décès se rapportent majoritairement à des formes particulières d'asthme du sujet âgé (pour lequel la frontière avec la BPCO est souvent floue) [11], puisque 75 % de cette mortalité survient après 75 ans.

Si aucun jeune de moins de 18 ans n'est décédé d'un asthme en 2011-2013, on dénombre toutefois chaque année en moyenne trois décès d'adultes de 18 à 49 ans.

La mortalité par asthme s'est nettement réduite au cours des dernières décennies, en lien avec les progrès thérapeutiques et l'amélioration du suivi des patients asthmatiques. Entre 2000 et 2013, le taux de mortalité a ainsi diminué de près de 10 % par an en moyenne, dans la région comme en France.

ENCADRÉ 1. Les liens entre pollution atmosphérique et santé

L'existence de liens entre une exposition à des polluants de l'air et le développement de maladies chroniques graves (notamment respiratoires et cardiovasculaires) est aujourd'hui établie. Santé publique France estime notamment que si la qualité de l'air dans la région était identique à celle des communes les moins polluées de France, 2 530 décès pourraient être évités chaque année [12].

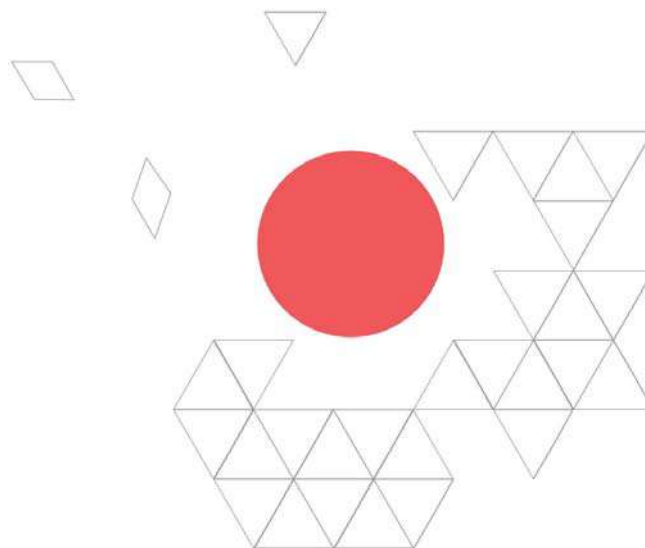
En Pays de la Loire, la qualité de l'air tend à s'améliorer. Néanmoins, des dépassements des seuils d'information et d'alerte pour les particules, l'ozone et le soufre sont encore enregistrés localement en lien avec diverses activités humaines (trafic routier mais aussi chauffage, activités agricoles et industrielles) [13].

Malgré les progrès technologiques réalisés dans le secteur du transport routier (renouvellement du parc automobile, normes d'émissions, pots catalytiques), le trafic automobile reste notamment responsable de la majeure partie des émissions de dioxydes d'azote et de particules fines et contribue aux émissions de métaux (plomb, arsenic, nickel, cadmium). Le trafic routier et particulièrement celui des véhicules légers a légèrement augmenté dans les Pays de la Loire région entre 2010 et 2012. Le recours à la voiture, qui représente le premier mode de transport, est élevé dans la région : 78,5 % des actifs en emploi utilisent leur voiture pour aller à leur travail contre 70 % en France [14].



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Bases nationales PMSI MCO, ATI, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Santé publique France. (2016). Broncho-pneumopathie chronique obstructive et insuffisance respiratoire chronique. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique/>.
- [7] Cnamts, MSA, RSI. (2016). Critères médicaux. Admission et prolongation d'une affection de longue durée exonérante du ticket modérateur. 55 p.
- [8] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Guignon N, Collet M, Gonzalez L, *et al.* (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats*. Drees. n° 737. 8 p.
- [10] de Saint Pol T. (2011). Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 31. pp. 333-338.
- [11] Radenne F, Verkindre C, Tonnel AB. (2003). L'asthme du sujet âgé. *Revue des Maladies Respiratoires*. vol. 20, n° 1. 95-104.
- [12] Liébert AH. (2016). Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Pays de la Loire. *Cire des Pays de la Loire, Santé publique France*. 2 p.
- [13] Air Pays de la Loire. (2016). Rapport annuel 2015. La qualité de l'air dans les Pays de la Loire. 56 p.
- [14] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.



ENJEUX ACTUELS ET À VENIR LIÉS AUX INFECTIONS

*Dr Jean-François Buyck, Lise Mandigny, Dr Anne Tallec
avec la contribution du Dr Bruno Hubert (Cire Pays de la Loire, Santé publique France)*

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	263
6.1 RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES	264
Des situations de résistances bactériennes moins fréquentes dans les Pays de la Loire	264
6.2 ÉPIDÉMIES DE GRIPPE	265
Une épidémie grippale d'ampleur en 2014-2015, responsable d'un excès de mortalité de 18 % dans la région	265
Des pandémies grippales qui surviennent en moyenne tous les 25 ans, la dernière datant de 2009	266
6.3 PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	266
Le risque de pneumopathie infectieuse s'élève nettement à partir de 65 ans	266
Les personnes âgées vivant en institution sont particulièrement exposées au risque d'infection respiratoire aiguë	267
6.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (HORS VIH ET HÉPATITES)	267
Une progression importante de la fréquence des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France	267
Un taux régional de patients hospitalisés pour infections sexuellement transmissibles en augmentation et proche de la moyenne nationale	268
6.5 IMPORTATION DE MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES	269
Le moustique-tigre est désormais implanté dans les Pays de la Loire	269
Certaines épidémies internationales présentent un faible risque de diffusion en France	269
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	271

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les mécanismes de résistances bactériennes aux antibiotiques	265
---	-----



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Enjeux actuels et à venir liés aux infections



6 ENJEUX ACTUELS ET À VENIR LIÉS AUX INFECTIONS

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Dans les Pays de la Loire comme dans le reste de la France, les infections sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité relativement modérées par rapport à d'autres pathologies comme les cancers ou les maladies cardiovasculaires. Certains enjeux liés aux infections n'en demeurent pas moins importants, en lien notamment avec leur impact auprès de populations fragiles – personnes âgées notamment – et leur dynamique d'évolution.

L'émergence depuis plusieurs dizaines d'années de nouvelles souches de bactéries résistantes aux antibiotiques et notamment à certains traitements de dernier recours, est hautement préoccupante. Il est à craindre que d'ici 2050 les maladies infectieuses redeviennent l'une des premières causes de mortalité si la tendance en matière de résistance bactérienne se poursuit. Dans ce domaine, la situation régionale reste néanmoins un peu moins défavorable qu'au plan national, dans un contexte de plus faible consommation d'antibiotiques.

Certaines infections se manifestent par des événements épidémiques récurrents et/ou fréquents. C'est notamment le cas de la grippe et des autres pneumopathies infectieuses qui pèsent fortement sur les prises en charge hospitalières et sur la mortalité des personnes très âgées, en particulier en institution. Cet enjeu, déjà présent depuis de nombreuses années, reste néanmoins particulièrement fort dans un contexte régional marqué par le vieillissement de la population et un taux très élevé de personnes en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La fréquence des infections sexuellement transmissibles (IST, hors VIH et hépatites), et plus particulièrement des infections à *Chlamydia trachomatis*, gonococcies, syphilis et lymphogranulomatoses vénériennes rectales, augmente de manière importante en France. Cette tendance est particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), mais est également présente chez les hétérosexuels quel que soit leur sexe. Un des principaux risques de ces infections, essentiellement chez les femmes, est celui de l'infertilité, notamment lorsque l'infection n'est pas traitée ou l'est tardivement.

Plusieurs cas importés (voire plus rarement des cas autochtones) de maladies infectieuses ayant émergé à l'international ont été recensés au cours des dernières années en France. Pour la plupart de ces maladies, la probabilité d'une diffusion épidémique sur l'ensemble du territoire français est très faible. L'implantation récente et progressive du moustique-tigre en France – et notamment en Vendée depuis 2015 – pose néanmoins, et continuera de poser à l'avenir, la question de la maîtrise du risque infectieux lié aux arboviroses (dengue, chikungunya, maladie à virus zika).

Plus globalement et de façon prospective, un certain nombre de ces enjeux sont liés à des modifications sociétales, environnementales et climatiques (intensification des flux populationnels, des échanges de marchandises, concentration et urbanisation des populations, réchauffement climatique...) dont on peut difficilement penser que l'impact décroîtra dans les années à venir.



6.1 RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES

L'émergence de résistances bactériennes aux antibiotiques progresse de manière considérable depuis plusieurs décennies. Il est à craindre que d'ici 2050 les maladies infectieuses redeviennent l'une des premières causes de mortalité si la tendance en matière de résistance bactérienne se poursuit [1].

Les enjeux actuels liés aux maladies infectieuses bactériennes concernent à la fois les situations d'infection stricto sensu (et leurs conséquences directes sur l'état de santé de la population), et les situations de colonisation bactérienne - c'est-à-dire la présence de bactéries, découverte de façon fortuite ou lors d'un dépistage, sans aucun signe infectieux - qui constitue souvent une étape préalable à la survenue d'infections, notamment chez des patients immunodéprimés ou faisant l'objet de procédures médicales invasives (cathéter vasculaire, sonde vésicale...).

Les bactéries multirésistantes (BMR) comprennent notamment le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) résistant à la méticilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu ou EBLSE, dont *Escherichia coli* (*E. coli*) et *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*).

Ces BMR apparues en France à partir des années 1960 sont désormais devenues endémiques dans l'ensemble du pays. En ville, la proportion de SARM représente environ 17 % des prélèvements des laboratoires d'analyse médicale faisant partie du réseau Medqual (proportion restée stable durant la période 2005-2013) [1]. En milieu hospitalier, la proportion de SARM est importante mais tend à diminuer : en 2015, 16 % des souches de *S. aureus* isolées d'infections invasives (bactériémies) étaient résistantes à la méticilline (contre 27 % en 2005).

En revanche, la proportion d'*E. coli* résistantes aux céphalosporines de troisième génération¹ semble augmenter en milieu hospitalier puisque 12 % des souches montraient ce type de résistance en 2015, contre 1 % en 2005. Globalement, il est estimé qu'environ 158 000 personnes ont été infectées par des BMR et que 12 500 décès étaient liés à ces infections en France en 2012 [2].

Au cours des années 2000 sont apparues de nouvelles souches de bactéries dites hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes (BHRe), comme l'*Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides et les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). Même si la fréquence des EPC semble encore relativement limitée en France, l'émergence de cette résistance est préoccupante car elle entraîne une inefficacité des traitements antibiotiques de dernier recours [1].

Très récemment, en 2015-2016, une nouvelle résistance bactérienne a été identifiée : la résistance plasmidique à la colistine. La colistine est un antibiotique de dernier recours qui est notamment actif sur les souches d'EPC. Plusieurs cas de patients porteurs de souches résistantes à la colistine ont été rapportés en France et dans d'autres pays [3].

Des situations de résistances bactériennes moins fréquentes dans les Pays de la Loire

La région semble légèrement moins affectée par les questions de résistances bactériennes, par rapport à la moyenne nationale.

La fréquence régionale d'*E. Coli* de type BLSE était ainsi notamment de 2,9 % parmi les infections urinaires liées à cette bactérie et traitées en ville en 2013, contre 3,3 % en France [4].

En milieu hospitalier, les Pays de la Loire avaient une incidence des infections à SARM parmi les plus basses en France en 2008 (0,25 cas vs 0,44 pour 1 000 journées d'hospitalisation) [5].

¹ Dans la grande majorité des cas (80 %), la résistance aux céphalosporines de troisième génération est liée à la production de BLSE.



S'agissant des EPC, deux épidémies hospitalières majeures, survenues au CHU de Nantes (environ 140 cas) et au CHU d'Angers (environ 60 cas), ont été signalées en Pays de la Loire entre 2012 et 2015 [6].

La moindre fréquence des résistances bactériennes s'inscrit dans une situation régionale relativement favorable quant à la consommation d'antibiotiques. Les Pays de la Loire font en effet partie des régions françaises ayant les consommations les plus faibles : moins de 26 doses² pour 1 000 habitants par jour en ville en 2015 (contre 30 en France), et moins de 330 doses pour 1 000 journées d'hospitalisation (contre 383 en France) [1]. Durant la période 2010-2014, la consommation régionale d'antibiotiques en milieu hospitalier est toujours restée inférieure à la moyenne nationale [7].

ENCADRÉ 1. Les mécanismes de résistances bactériennes aux antibiotiques

Deux mécanismes peuvent expliquer l'acquisition d'une résistance bactérienne aux antibiotiques : la mutation chromosomique, et l'intégration de plasmides (petits brins d'ADN circulaires) dans le génome de la bactérie. L'utilisation d'antibiotiques ne déclenche pas ces mécanismes, mais induit une sélection des bactéries ayant acquis une résistance, en éliminant progressivement les bactéries non résistantes.

La résistance liée à une mutation chromosomique est peu fréquente et apparaît de façon aléatoire. Elle fragilise généralement la bactérie, qui a tendance à disparaître en l'absence d'exposition à un antibiotique.

La résistance plasmidique se transmet facilement d'une espèce bactérienne à l'autre et peut se disséminer de manière importante dans les différentes populations bactériennes. Il s'agit d'un mécanisme de résistance fréquent qui entraîne souvent une résistance de la bactérie à plusieurs antibiotiques.

La propagation croissante des résistances bactériennes est largement due à l'utilisation des antibiotiques et à la transmission de bactéries résistantes entre l'environnement, l'animal et l'homme [1] [2].

6.2 ÉPIDÉMIES DE GRIPPE

Une épidémie grippale d'ampleur en 2014-2015, responsable d'un excès de mortalité de 18 % dans la région

Des épidémies grippales surviennent chaque année en France entre les mois de septembre et avril. D'une année sur l'autre, les souches des virus grippaux présentent de légères modifications de leur génome, ce qui nécessite d'adapter la composition du vaccin antigrippal mis sur le marché.

En France, pendant la période 2012-2016, les épidémies grippales ont duré entre 5 et 13 semaines chaque année. Le nombre annuel de consultations médicales pour syndromes grippaux au cours de la période épidémique a varié de 1,1 à 4,3 millions par an. De 660 à 1 600 cas de formes graves (grippe sévère avec hospitalisation en service de réanimation) ont été recensés chaque année [8] [9] [10] [11].

Dans les Pays de la Loire, durant la même période, environ 50 à 160 cas graves ont été recensés chaque année, soit un taux de formes graves compris entre 15 et 42 par million d'habitant [12]. La dernière épidémie (hiver 2015-2016) a duré 12 semaines. Durant cet épisode épidémique, 110 cas graves, dont 12 décédés par la suite, ont été recensés en région.

L'impact de la grippe sur la mortalité a été particulièrement marqué lors de la saison précédente (hiver 2014-2015), avec 1 600 cas graves et un excès de décès de 18 % par rapport à la mortalité attendue dans la région [13]. La majorité de cet excès (72%) a concerné des personnes âgées de 85 ans ou plus. L'ampleur singulièrement élevée de cette épidémie était liée à la circulation dominante du virus grippal de type H3N2, qui a atteint les personnes âgées de façon particulièrement sévère.

² Dose journalière moyenne d'antibiotiques pour un adulte.



Des pandémies grippales qui surviennent en moyenne tous les 25 ans, la dernière datant de 2009

De manière récurrente, de nouveaux virus grippaux apparaissent suite à des modifications considérables des génomes, pouvant résulter de remplacements de segments entiers de génome à partir de matériel génétique pouvant provenir de virus grippaux animaux (virus aviaire par exemple). L'apparition d'un nouveau virus dans une population non protégée contre celui-ci est susceptible de causer une propagation mondiale de la maladie (pandémie). Depuis le début du 20^e siècle, une pandémie grippale s'est produite en moyenne tous les 25 ans, la dernière datant de 2009 [14] [15].

En France, l'épidémie grippale de 2009 liée au virus A (H1N1) a duré 16 semaines, de septembre 2009 à janvier 2010. En tenant compte des personnes infectées n'ayant pas présenté de symptôme grippal (ces personnes pouvant représenter près de deux tiers de l'ensemble des personnes infectées), le virus aurait touché entre 13 % et 24 % de la population française. Environ 1 300 cas graves et 310 décès ont été dénombrés, soit un taux de létalité de 24 % parmi ces formes graves [16].

En Pays de la Loire, l'épidémie de grippe est apparue plus tardivement et a été plus brève (8 semaines, de novembre 2009 à janvier 2010). Plus de 168 000 Ligériens ont présenté sur cette période une grippe ayant été diagnostiquée par un médecin. Environ 70 cas graves et 14 décès ont été recensés, soit un taux de létalité de 20 % parmi ces formes graves [17].

6.3 PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

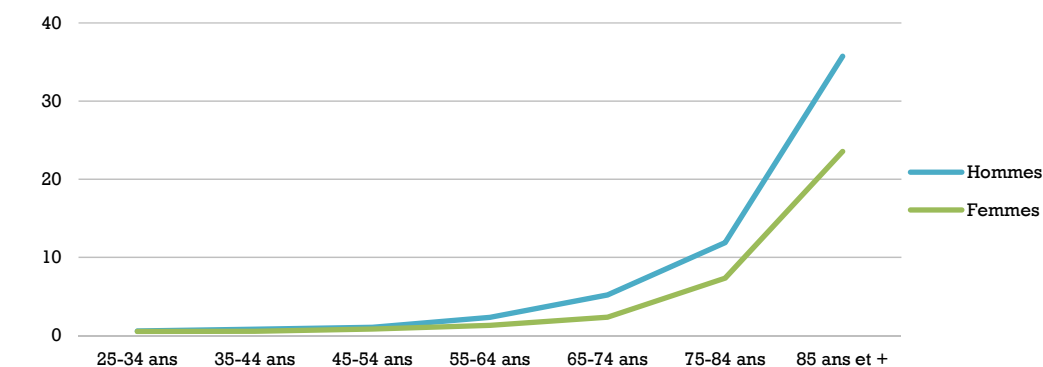
Ces pneumopathies correspondent essentiellement à une infection aiguë des poumons, d'origine bactérienne ou virale. Il s'agit parfois de la surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe notamment). Les personnes âgées, et notamment celles vivant en institution, sont particulièrement sensibles à ce risque infectieux.

Le risque de pneumopathie infectieuse s'élève nettement à partir de 65 ans

Près de 6 400 Ligériens âgés de 65 ans et plus (dont autant d'hommes que de femmes) ont été hospitalisés en court séjour au moins une fois en 2015 pour pneumopathie infectieuse en diagnostic principal³ [18]. Par ailleurs, 600 Ligériens du même groupe d'âges (260 hommes et 340 femmes) sont décédés par une infection de ce type chaque année en moyenne en 2011-2013 [19].

Les taux de patients hospitalisés et de mortalité liés à une pneumopathie infectieuse augmentent nettement avec l'âge dès 65 ans, et sont particulièrement élevés au-delà de 85 ans, notamment chez les hommes [Fig1, Fig2].

Fig1 Taux de personnes hospitalisées en court séjour pour pneumopathie infectieuse selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2015)

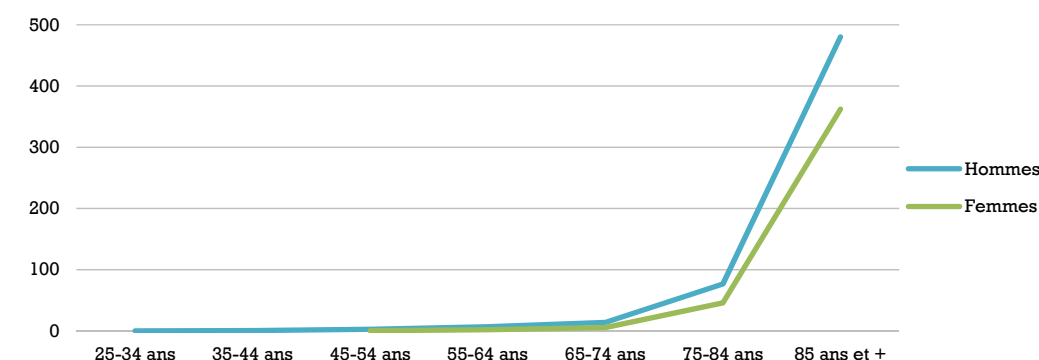


Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

³ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



Fig2 Taux de mortalité par pneumopathie infectieuse selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des patients hospitalisés comme celle des décès par pneumopathie infectieuse est inférieure de 7 % à la moyenne nationale.

Les personnes âgées vivant en institution sont particulièrement exposées au risque d'infection respiratoire aiguë

Au cours de la saison 2012-2013, près de 180 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës⁴ ont été signalés par les Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) des Pays de la Loire [20]. Certains établissements ayant pu signaler plusieurs épisodes au cours de la saison, le nombre d'Ehpad concernés avoisine 140.

Ces signalements ont permis d'identifier plus de 2 700 personnes âgées malades, soit un taux d'attaque 22 % parmi l'ensemble des résidents des Ehpad impliqués (proportion assez stable par rapport à celles observées au cours des deux saisons précédentes). 190 personnes âgées infectées ont été hospitalisées (7 %), et un peu plus de 70 sont décédées, soit un taux de létalité de près de 3 %.

6.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (HORS VIH ET HÉPATITES)

Les infections sexuellement transmissibles (IST) comprennent notamment, au-delà de l'infection par le VIH et des hépatites qui ne seront pas étudiées dans ce chapitre, la syphilis, les infections à gonocoque et à Chlamydia trachomatis (C. trachomatis), et la lymphogranulomatose vénérienne rectale qui a émergé au début des années 2000. Hormis l'infection par le VIH qui met en jeu le pronostic vital, les IST menacent principalement le pronostic fonctionnel, avec notamment des risques d'infertilité.

Une progression importante de la fréquence des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France

La fréquence de la plupart des IST augmente de manière importante en France. Cette tendance est particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), mais est également présente chez les hétérosexuels, quel que soit leur sexe.

⁴ Au moins 5 cas d'infection respiratoire aiguë dans un délai de 4 jours parmi les personnes résidentes de l'établissement.



Selon les réseaux de surveillance des IST bactériennes (médecins cliniciens et/ou laboratoires d'analyses biologiques selon les pathologies), l'infection à *C. trachomatis* constitue l'IST bactérienne la plus fréquemment déclarée, avec une incidence estimée⁵ de 257 cas pour 100 000 personnes de 15 à 49 ans en France en 2012 (soit environ 77 000 cas par an) [21]. Entre 2013 et 2015, le nombre des déclarations d'IST à *C. trachomatis* a augmenté de 10 % [22]. La majorité des personnes diagnostiquées sont des femmes, alors que la symptomatologie est souvent plus discrète chez elles que chez les hommes. Le principal risque chez les femmes (comme chez les hommes, dans une moindre mesure) est alors celui de l'infertilité, notamment lorsque l'infection n'est pas traitée ou traitée tardivement.

Les gonococcies ont une incidence estimée de 39 pour 100 000 personnes de 15 à 49 ans en France en 2012 (soit environ 15 000 cas par an). Entre 2013 et 2015, le nombre d'infections déclarées a doublé chez les HSH, augmenté de 32 % chez les femmes hétérosexuelles, et de 8 % chez les hommes hétérosexuels.

Les syphilis précoces et les lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV) sont deux IST qui touchent majoritairement voire quasi-exclusivement les HSH. Au plan national entre 2013 et 2015, le nombre de syphilis précoces déclarées a augmenté de 56 % dans cette population, et le nombre de LGV rectales a augmenté de 47 % à 92 % (selon le type de bactérie impliquée) [21] [22].

Un taux régional de patients hospitalisés pour infections sexuellement transmissibles en augmentation et proche de la moyenne nationale

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]) permettent d'étudier la situation des Pays de la Loire concernant les IST les plus sévères, nécessitant une hospitalisation en court séjour. Toutefois, pour la quasi-totalité des patients hospitalisés le diagnostic précis d'infection (et plus particulièrement l'agent infectieux en cause) n'est pas précisé.

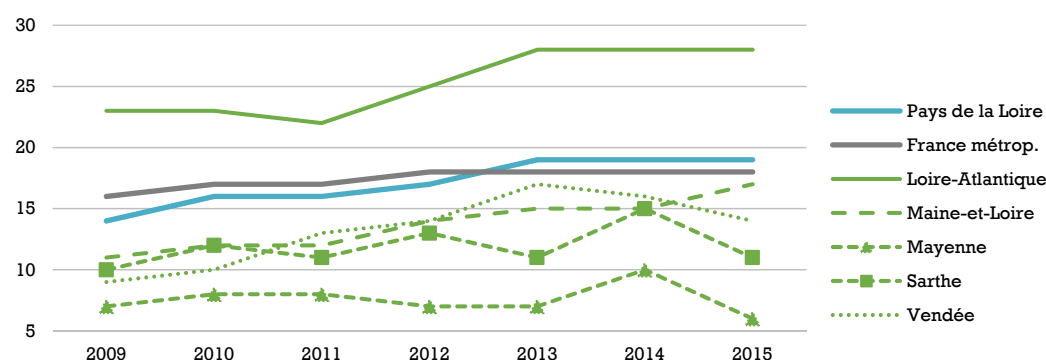
Ces données permettent toutefois de mettre en évidence une tendance évolutive analogue à celle observée au plan national par les réseaux de surveillance des IST.

Ainsi, 640 Ligériens (dont autant d'hommes que de femmes) ont eu au moins une hospitalisation en court séjour pour IST en 2015. Le taux standardisé de patients hospitalisés a nettement augmenté dans la région, de 5 % par an en moyenne entre 2009 et 2015 (contre + 2 % au plan national) [Fig3].

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés reste toutefois proche de la moyenne nationale (+3 %). Au sein de la région, la Loire-Atlantique se démarque par une fréquence de patients hospitalisés pour IST nettement plus élevée que dans les autres départements, sur toute la période 2009-2015.

Fig3 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour IST
(hors VIH et hépatites)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

⁵ Les incidences des IST sont calculées à partir des données des réseaux de surveillances auxquelles sont appliquées des méthodes statistiques de redressement en raison de la non-exhaustivité des données.



6.5 IMPORTATION DE MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES

Les enjeux en matière de maîtrise du risque lié aux maladies infectieuses émergentes reposent sur deux axes : d'une part la prévention de l'importation des agents pathogènes via des personnes infectées et contagieuses (notamment à certains points d'entrée sur le territoire français : aéroports, zones portuaires...), et d'autre part la prévention de l'implantation de leur éventuel vecteur animal.

Le moustique-tigre est désormais implanté dans les Pays de la Loire

*La maladie à virus zika, la dengue et le chikungunya sont dus à une même famille de virus (les arbovirus) et sont principalement transmis par des piqûres de moustiques, notamment par *Aedes albopictus* (« moustique-tigre »). En France métropolitaine, les voyageurs ayant été au préalable infectés dans des zones de forte circulation des arboviroses peuvent constituer des réservoirs viraux susceptibles de contaminer les moustiques tigres, dont l'implantation sur le territoire est maintenant bien documentée [23]. Des mesures de lutte antivectorielle peuvent limiter le risque de transmission virale par les moustiques-tigres, notamment des opérations insecticides autour du lieu de résidence d'une personne infectée par un arbovirus.*

Les modifications climatiques ainsi que la grande facilité d'acclimatation du moustique-tigre favorisent l'extension de son implantation, et notamment sa progression vers le Nord. Entre 2004 et 2015, il s'est ainsi progressivement implanté dans 30 départements français. Au sein de la région Pays de la Loire, le moustique-tigre est implanté en Vendée depuis 2015, et a été intercepté de manière ponctuelle dans le Maine-et-Loire [24].

Des cas importés de personnes françaises infectées par un arbovirus en dehors du territoire métropolitain sont régulièrement recensés depuis plusieurs années. Entre le 1^{er} mai et le 30 novembre⁶ 2016, 450 cas importés de maladie à virus zika, 18 cas de chikungunya et 170 cas de dengue ont ainsi été identifiés parmi l'ensemble des départements où le moustique-tigre est implanté.

En revanche, depuis 2010 en France métropolitaine, seuls quelques cas autochtones (c'est-à-dire non importés et survenant en dehors de tout voyage) de dengue et de chikungunya ont été rapportés, uniquement dans le sud du pays. Aucun cas de transmission autochtone de maladie à virus zika n'est connu sur le territoire métropolitain.

En Vendée (seul département des Pays de la Loire ayant fait l'objet d'une surveillance saisonnière renforcée en 2016, en raison de l'implantation documentée du moustique-tigre), 13 cas confirmés de maladie à virus zika et 4 cas de dengue ont été confirmés entre mai et novembre 2016. Il s'agissait exclusivement de cas importés.

Certaines épidémies internationales présentent un faible risque de diffusion en France

Le virus Mers-Cov a été identifié lors d'une épidémie particulièrement grave ayant débuté en Arabie Saoudite en 2012. À ce jour, 1 800 cas ont été confirmés, avec une létalité proche de 38 %. L'épicentre de l'infection reste localisé en péninsule arabique. Les rares cas notifiés hors de cette région avaient tous séjourné dans la zone à risque dans les jours précédant la maladie, ou faisaient partie d'une chaîne de transmission générée à partir d'un cas importé [25].

Le virus Ebola, connu depuis une quarantaine d'années, a quant à lui été à l'origine d'une épidémie d'une ampleur sans précédent en Afrique de l'Ouest en 2013-2015 avec plus de 28 400 cas rapportés et 11 300 décès, soit une létalité proche de 40 % [26].

En mai 2013, deux cas d'infection à Mers-CoV ont été confirmés en France : un voyageur revenant d'un séjour touristique aux Émirats Arabes Unis, décédé par la suite, et une personne ayant été hospitalisée dans la même chambre que le premier cas [25].

⁶ Période de surveillance saisonnière renforcée du chikungunya, de la dengue, et de la maladie à virus zika depuis 2016, dans les départements métropolitains où l'implantation du moustique-tigre a été documentée.



Des signalements de suspicions d'infections à Mers-CoV ont lieu régulièrement sur le territoire français. Au cours de l'année 2015 en France, plus de 500 cas suspects ont été signalés, dont 160 ont été classés en cas possibles. Dans les Pays de la Loire, au cours de la même année, 29 cas suspects ont été signalés, dont 11 ont été classés en cas possibles. Pour l'ensemble de ces cas, des prélèvements biologiques ont finalement permis d'exclure la possibilité d'infection [27].

Aucun cas de maladie à virus Ebola n'a été recensé en France. Deux cas confirmés, diagnostiqués respectivement en Sierra Leone et en Guinée en 2014, ont néanmoins été pris en charge sur le territoire français après un rapatriement sanitaire [26].

Dans les Pays de la Loire entre 2013 et 2015, 81 cas suspects ont été signalés (représentant 7 % de l'ensemble des cas au niveau national), dont 2 ont été classés en cas possibles. L'analyse des prélèvements biologiques a finalement permis d'exclure la possibilité d'infection.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Maugat S, Berger-Carbonne A, Colomb-Cotin M, *et al.* (2016). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Santé publique France. 20 p.
- [2] Colomb-Cotin M, Lacoste J, Coignard B, *et al.* (2015). Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en 2012. Étude Burden BMR, rapport - Juin 2015. InVS. 21 p.
- [3] HCSP. (2016). Avis relatif aux mesures à prendre en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (mcr-1) chez les entérobactéries. 5 p.
- [4] Martin D, Thibaut Jovelin S, Fougnot S, *et al.* (2016). Prévalence régionale de la production de bêta-lactamase à spectre élargi et de la résistance aux antibiotiques au sein des souches de *Escherichia coli* isolées d'infections urinaires en ville en 2013 en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 24-25. pp. 424-418.
- [5] 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 infections nosocomiales. InVS. 40 p.
- [6] CClin Ouest, Arlin des Pays de la Loire. (2015). Épisodes impliquant des bactéries productrices de carbapénémases (EPC) en région Pays de Loire. Situation épidémiologique actualisée au 12 juin 2015. 2 p.
- [7] Omedit Pays de la Loire. (2016). Consommations antibiotiques. Résistances bactériennes. Données 2014. 24 p. [Diaporama].
- [8] Belchior E, Bonmarin I, Bousquet V. (2013). Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2012-2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 32. pp. 394-401.
- [9] Belchior É, Bonmarin I, Bousquet V. (2014). Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France métropolitaine, saison 2013-2014. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 28. pp. 460-465.
- [10] Équipes de surveillance de la grippe. (2015). Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 32-33. pp. 593-598.
- [11] Bonmarin I, Campèse C, Savitch Y. (2016). Surveillance de la grippe en France métropolitaine, saison 2015-2016. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 32-33. pp. 558-563.
- [12] Fortin N, Barataud D, Ollivier R. (2016). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2015-2016. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 36. pp. 3-7.
- [13] Hubert B, Fortin N, Barataud D, *et al.* (2016). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2014-2015. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 32. pp. 2-7.
- [14] Institut Pasteur. (2014). Grippe. [En ligne]. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe>.
- [15] Santé publique France. (2017). Grippe. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/>.
- [16] Therre H, Gouffé-Benadiba L, Chaussonot P. (2013). La veille et la surveillance pendant la pandémie grippale à virus A(H1N1)2009 : bilan de l'InVS. InVS. 86 p.
- [17] Loury P, Hubert B, Ollivier R, *et al.* (2010). Bilan épidémiologique de la grippe A(H1N1)2009 dans les Pays de la Loire. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 3. 12 p.
- [18] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [19] Inserm CépIdc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [20] Chiron E, Barataud D, Hubert B. (2014). Surveillance des épidémies d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des Pays de la Loire, 2010-2013. InVS. 78 p.
- [21] La Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, *et al.* (2015). Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. *Eurosurveillance*. vol. 20, n° 32. 20 p.
- [22] Santé publique France. (2016). Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 41-42. pp. 738-744.
- [23] Jourdain F, Paty MC, Perrin Y, *et al.* (2015). *Aedes albopictus* et le risque arbovirus en France métropolitaine: la nécessité d'une surveillance intégrée. *Bulletin Épidémiologique Santé Animale-Alimentation*. Anses. n° 66. pp. 30-33.



- [24] Santé publique France. (2017). Chikungunya, dengue et zika. Données de la surveillance renforcée en France métropolitaine en 2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Donnees-epidemiologiques/France-metropolitaine/Chikungunya-dengue-et-zika-Donnees-de-la-surveillance-renforcee-en-France-metropolitaine-en-2016>.
- [25] Santé publique France. (2016). Infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV). [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV>.
- [26] Santé publique France. (2016). Fièvre hémorragique virale (FHV) à virus Ebola. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola>.
- [27] Cire des Pays de la Loire. (2016). Rapport annuel 2015. 27 p.



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déterminants de santé	274
1. Consommation de tabac	275
2. Consommation d'alcool	283
3. Santé et travail	293



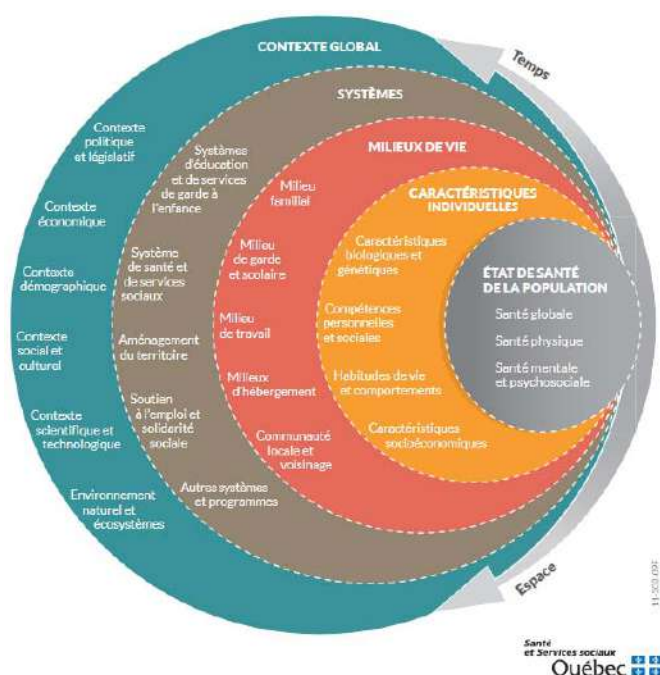
Les déterminants de santé

Les déterminants de santé ont été définis en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».

Ces déterminants sont donc multiples et de différentes natures : intrinsèques à l'individu (sexe, âge, patrimoine génétique...), liés à ses comportements (alimentation, activité physique, consommation d'alcool, de tabac...), à sa situation et son environnement social (niveau d'éducation, emploi, revenus, support et réseau social...), à son environnement physique personnel et professionnel (habitat, bruit, exposition aux polluants...), au système de santé (accès à la prévention et aux soins, qualité des soins...)...

De nombreuses typologies de ces différents déterminants de santé ont été développées au cours des dernières décennies : toutes s'accordent sur le fait que l'état de santé des individus et des populations résulte de combinaisons de ces multiples déterminants et d'interactions entre eux, et ce, tout au long de la vie [Fig1].

Fig1. Carte de la santé et de ses déterminants



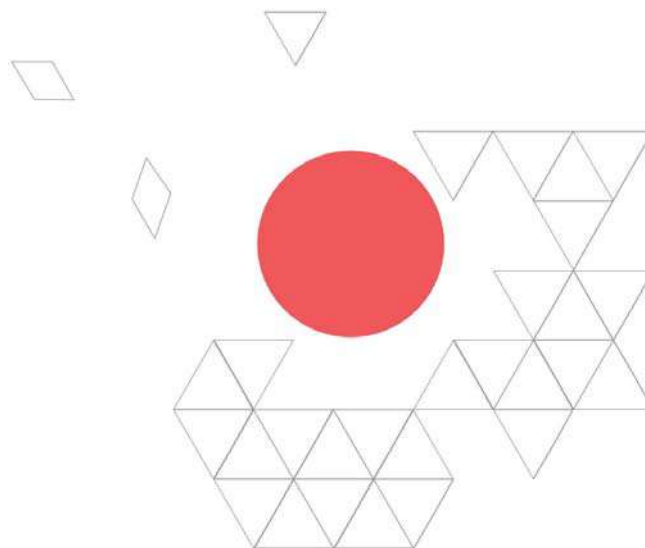
Source : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec¹

Sans ignorer cette complexité, l'analyse des déterminants de santé de la population des Pays de la Loire développée dans ce rapport s'est concentrée autour de quelques-uns de ces déterminants. Y sont ainsi étudiés les habitudes de vie en termes de consommation de tabac et d'alcool, d'alimentation et d'activité physique [voir chapitre diabète et obésité], qui conditionnent fortement la morbidité, même s'il convient de garder à l'esprit l'influence des conditions de vie et des facteurs sociaux sur ces comportements « individuels ». Les liens entre travail et santé, ainsi que les conditions de vie dans l'enfance et l'habitat des personnes âgées font également l'objet de développements particuliers.

Les déterminants socio-démographiques de la santé, et notamment le vieillissement de la population dont les conséquences en terme de prospective sont primordiales, font l'objet d'une étude spécifique, produite de façon concomitante par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire. Cette étude de l'ARS analyse également un certain nombre de facteurs environnementaux, dont les effets sur la santé sont bien établis.

En revanche, les éléments relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système de soins et médico-social, aux pratiques des professionnels soignants, ainsi qu'aux traitements et aux modalités de prise en charge des patients dont les évolutions seront vraisemblablement considérables dans les années qui viennent, ne sont abordés que de façon indirecte dans ces travaux.

¹ Jobin L, Pigeon M, Ancil H. (2012). La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 26 p.



CONSOMMATION DE TABAC

Sandrine David, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	277
Une prévalence du tabagisme quotidien en hausse, en particulier chez les adolescents	278
Un tabagisme quotidien plus fréquent chez les hommes et dans les groupes sociaux les moins favorisés	278
Une femme enceinte sur cinq déclare avoir fumé au troisième trimestre de sa grossesse	279
Près d'un fumeur quotidien sur trois a le projet d'arrêter de fumer dans les six prochains mois	279
Cancer du poumon : une situation régionale favorable mais qui se dégrade fortement chez les hommes de moins de 65 ans et chez les femmes	279
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	281

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Cigarette électronique dans les Pays de la Loire : un usage qui reste marginal	279
---	-----



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ
Consommation de tabac



1 CONSOMMATION DE TABAC

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Comme en France, les enjeux liés au tabac sont particulièrement importants dans les Pays de la Loire, en raison de la fréquence élevée de son usage quotidien, dû à son extrême pouvoir addictif, et du poids considérable des conséquences du tabagisme sur la santé, souvent mal identifiées car survenant à moyen et long termes.

Au cours de la dernière décennie, la fréquence du tabagisme a augmenté de façon globale dans toutes les classes d'âge et plus rapidement dans les Pays de la Loire qu'au plan national. La région perd ainsi progressivement la situation favorable qui a longtemps été la sienne dans ce domaine. Si le tabagisme quotidien reste encore globalement un peu moins répandu dans la région (25 % des 15-75 ans *vs* 28 % en France), sa fréquence chez les jeunes de 17 ans dépasse désormais la moyenne nationale (36 % en Pays de la Loire *vs* 32 % en France), qui est elle-même l'une des plus élevées d'Europe.

En lien avec le moindre tabagisme qui l'a longtemps caractérisée, la plus faible morbidité régionale pour les pathologies fortement liées au tabac est en passe de disparaître, comme en témoigne le niveau proche de la moyenne nationale des admissions en affection de longue durée et des décès par cancer du poumon chez les hommes de la région âgés de moins de 65 ans. Chez les femmes, une forte hausse de la morbidité par cancer du poumon est également observée en Pays de la Loire comme en France.

Dans les années à venir, les conséquences du tabagisme sur la santé sont donc susceptibles de s'amplifier fortement dans la région, sauf si les Ligériens modifient rapidement leurs habitudes de consommation, car le sevrage est bénéfique à tout âge et offre un bénéfice rapide, notamment en matière de santé cardiovasculaire.

Il est trop tôt pour savoir si l'usage de la cigarette électronique, dont on connaît encore mal l'impact sur les habitudes tabagiques mais également sur la santé à long terme, pourra contribuer à ce bénéfice. Les questions qui se posent quant à une éventuelle évolution défavorable des indicateurs de santé mentale et la montée des risques psychosociaux au travail ne constituent pas des facteurs favorables au recul de la consommation de tabac [voir chapitres **Troubles mentaux et du comportement** et **Santé et travail**]. Mais le fait que 29 % de Ligériens fumeurs quotidiens déclarent vouloir arrêter de fumer dans les six prochains mois, doit être considéré comme un point d'appui essentiel aux politiques de prévention.

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables. Le nombre total de décès attribuables au tabac a été estimé en France à 78 000 pour l'année 2010, dont 47 000 par cancer, 20 000 par maladies cardiovasculaires et 11 000 par maladies respiratoires. Plus de 1 000 décès annuels seraient par ailleurs liés au tabagisme passif. Chez les 35-69 ans, un décès masculin sur trois et un décès féminin sur sept seraient attribuables au tabagisme [1] [2].

Les risques du tabac pour la santé sont proportionnels à la dose consommée mais plus encore à la durée de la consommation. Le sevrage tabagique est donc bénéfique à tout âge : il offre notamment un bénéfice très rapide en matière de santé cardiovasculaire (amélioration de la dyspnée par diminution du monoxyde de carbone sanguin, baisse du risque d'infarctus du myocarde). Arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans [3].

Par ailleurs, le tabac diminue la fertilité masculine et féminine [4]. En cas de grossesse, il augmente le risque de fausse couche et d'accouchement prématuré. Les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère présentent plus fréquemment un retard de croissance intra-utérin et un petit poids de naissance. Ils ont également un risque plus élevé de mort subite du nourrisson. Enfin, les enfants exposés au tabagisme de leurs parents souffrent plus souvent d'affections de la sphère ORL et respiratoire (otite, asthme...) [5].



Une prévalence du tabagisme quotidien en hausse, en particulier chez les adolescents

Malgré l'importance des risques pour la santé liés à cette consommation, le tabagisme reste particulièrement répandu dans la population : 25 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement selon le Baromètre santé 2014 [6]. Chez les jeunes de 17 ans, cette prévalence atteint 36 % selon l'enquête Escapad 2014 [voir Encadré 7, chapitre Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)] [7] [8] [9].

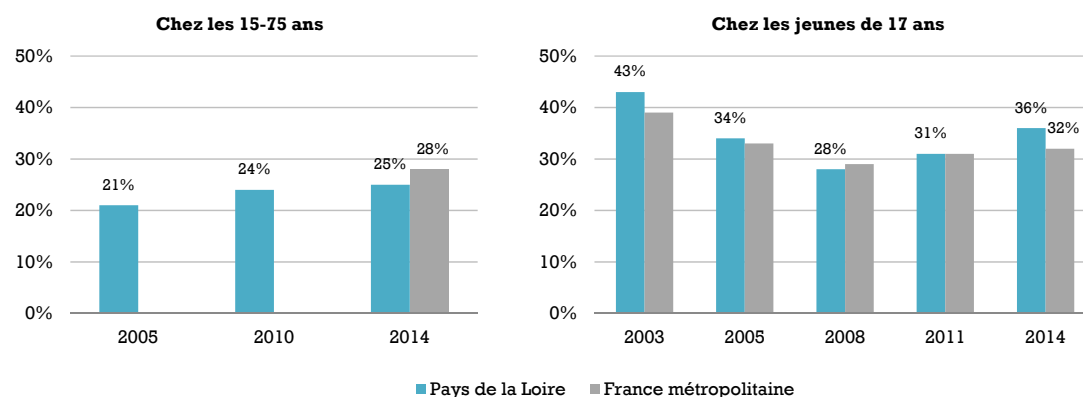
Au cours de la dernière décennie, la fréquence du tabagisme a augmenté plus rapidement dans les Pays de la Loire qu'au plan national, la région perdant ainsi progressivement la situation favorable qui a longtemps été la sienne dans ce domaine. Chez les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme quotidien est passée de 21 % en 2005, à 24 % en 2010, et à 25 % en 2014 [Fig1]. Cette augmentation est retrouvée dans tous les groupes d'âge de la population (15-34 ans, 35-54 ans, 55-75 ans).

Chez les jeunes ligériens âgés de 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien a également progressé, de 28 % en 2008, à 31 % en 2011 pour atteindre 36 % en 2014 [Fig1]. Cette augmentation est plus marquée que celle observée au plan national (29 %, 31 %, 32 %).

Si l'on considère la population dans son ensemble, la situation régionale reste en 2014 plus favorable qu'en moyenne en France, avec 25 % de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans vs 28 % au plan national. Mais l'écart Pays de la Loire/France s'est réduit au cours des dix dernières années, en particulier chez les jeunes générations. En effet en 2014, la prévalence régionale du tabagisme quotidien est proche de la moyenne nationale chez les 15-34 ans. Et chez les adolescents âgés de 17 ans, elle est même devenue supérieure à la moyenne nationale (36 % en Pays de la Loire vs 32 % en France), qui est l'une des plus élevées d'Europe.

L'historique des données de vente de cigarettes et de tabac conforte ce rapprochement à la moyenne nationale du comportement tabagique des Ligériens [10].

Fig1. Évolution de la fréquence du tabagisme quotidien chez les 15-75 ans et chez les jeunes de 17 ans



Sources : Baromètre santé 2005, 2010, 2014 (Inpes) - exploitation ORS Pays de la Loire ; Enquête Escapad 2003, 2005, 2008, 2011, 2014 (OFDT)

Un tabagisme quotidien plus fréquent chez les hommes et dans les groupes sociaux les moins favorisés

Comme en France, le tabagisme quotidien reste en population adulte plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (29 % vs 20 %, parmi les 15-75 ans). Mais les écarts sont moins marqués chez les jeunes générations : à 17 ans, 38 % des garçons et 33 % des filles de la région se déclarent fumeurs quotidiens. Au plan national, le niveau de tabagisme quotidien est même proche entre les deux sexes dans cette classe d'âge.

Des différences sont également observées selon le milieu social, avec une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée parmi les populations les moins favorisées.



ENCADRÉ 1. Cigarette électronique dans les Pays de la Loire : un usage qui reste marginal

Selon le Baromètre santé 2014, près d'un quart des Ligériens de 15-75 ans ont déjà expérimenté la cigarette électronique. Son usage reste toutefois relativement peu fréquent : 4 % l'utilisent en 2014, dont 3 % quotidiennement [6].

La proportion régionale d'expérimentateurs de la cigarette électronique et celle d'usagers quotidiens parmi les 15-75 ans apparaissent relativement proches de la moyenne nationale.

Un constat analogue est retrouvé pour l'expérimentation de cette cigarette chez les adolescents de 17 ans en 2014 (55 % en Pays de la Loire *vs* 53 % en France) [7].

Une femme enceinte sur cinq déclare avoir fumé au troisième trimestre de sa grossesse

La consommation de tabac pendant la grossesse est relativement fréquente malgré les effets négatifs qu'elle peut engendrer sur son déroulement et le développement du fœtus. Entre 2003 et 2010, la fréquence du tabagisme maternel a connu un recul dans la région comme en France, mais cette baisse a été moins marquée en Pays de la Loire. En 2010, 18 % des Ligériennes ayant accouché déclarent avoir consommé du tabac au cours du troisième trimestre de la grossesse (17 % en France) [11].

Près d'un fumeur quotidien sur trois a le projet d'arrêter de fumer dans les six prochains mois

Les bénéfices sur la santé de l'arrêt tabagique sont indéniables et les enjeux dans ce domaine sont donc particulièrement importants. En 2014, dans la région, 60 % des fumeurs quotidiens de 15-75 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, dont 29 % dans les prochains mois [6].

Ce projet d'arrêt est moins souvent partagé par les ouvriers que les autres catégories socioprofessionnelles, selon les données nationales du Baromètre santé 2014 [12].

Cancer du poumon : une situation régionale favorable mais qui se dégrade fortement chez les hommes de moins de 65 ans et chez les femmes

Le cancer du poumon, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, est à l'origine en moyenne chaque année de l'admission en ALD de 1 400 Ligériens (1 000 hommes et 400 femmes), et cause 1 500 décès par an (1 100 hommes et 400 femmes)^{1,2} [13] [14] [15].

Ce cancer, plus fréquent chez les hommes, touche globalement des personnes relativement jeunes : 51 % des admissions en ALD et 44 % des décès concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.

En Pays de la Loire, la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon est, à structure d'âge comparable, inférieure à la moyenne nationale (- 11 % chez les hommes, - 17 % chez les femmes sur la période 2012-2014). Un constat analogue est retrouvé pour la mortalité attribuable à ce cancer (- 14 % chez les hommes, - 18 % chez les femmes, sur la période 2011-2013).

En outre, si l'on considère les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives ainsi que le cancer de la vessie, pathologies dont le tabac constitue également un facteur de risque important, les indicateurs d'admissions en ALD et de mortalité mettent également en évidence une situation régionale plus favorable qu'au plan national.

En cohérence avec l'homogénéisation des comportements tabagiques, cette situation régionale favorable ne concerne plus les hommes de moins de 65 ans. En effet, pour le cancer du poumon, la fréquence des admissions en ALD (incidence), le taux de personnes en ALD (prévalence) et la mortalité attribuable à ce cancer sont proches de ceux observés au plan national. Au début des années 1980, les Pays de la Loire présentaient notamment une sous-mortalité masculine par cancer du poumon d'environ 30 %.

¹ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

² Précisions sur les données d'ALD [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Consommation de tabac

Chez les femmes de moins de 65 ans, la morbidimortalité par cancer du poumon reste par contre moins fréquente dans la région qu'au plan national.

La progression de la morbidimortalité liée à ce cancer est particulièrement marquée dans la population féminine. Ainsi, dans les Pays de la Loire, la mortalité des femmes par cancer du poumon a augmenté de 4,0 % par an en moyenne entre 2001 et 2012, et celle des admissions en ALD pour cette affection de 6 % par an entre 2006 et 2013 (respectivement + 3,8 et + 5,7 % en France).

Chez les hommes, la mortalité régionale par le cancer du poumon suit par contre une tendance à la baisse (- 0,8 % en moyenne par an entre 2001 et 2012, - 1,3 % en France) et le taux d'admissions en ALD pour ce cancer semble plutôt stable.

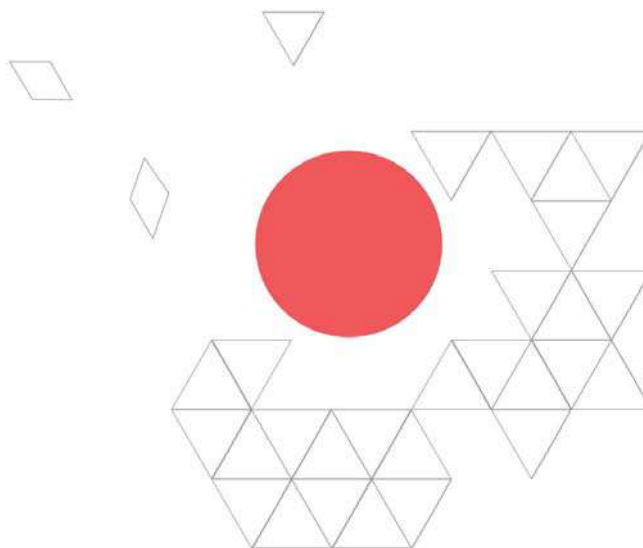


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Ribassin-Majed L, Hill C. (2015). Trends in tobacco-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*. vol. 25, n° 5. pp. 824-828.
- [2] Hill C. (2011). Les effets sur la santé du tabagisme passif. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 2021. pp. 233-235.
- [3] HCSP. (2015). Santé en France. Problèmes et politiques. Éd. La Documentation française. 175 p.
- [4] Inserm, Agence de la biomédecine. (2012). Les troubles de la fertilité. État des connaissances et pistes pour la recherche. 135 p.
- [5] Dautzenberg B. (2001). Tabagisme passif. Rapport du groupe de travail. Direction générale de la santé. 109 p.
- [6] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [7] Le Nézet O, Gauduchon T, Spilka S. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 102. 4 p.
- [8] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, et al. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 100. 8 p.
- [9] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de tabac des jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [10] OFDT. Base de données ODICER. [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>.
- [11] ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. 192 p.
- [12] Guignard R, Beck F, Richard JB, et al. (2015). La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*. Inpes. n° 31. 10 p.
- [13] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [14] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ
Consommation de tabac



CONSOMMATION D'ALCOOL

Sandrine David, Dr Anne Tallec

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	285
Des habitudes de consommation d'alcool, notamment excessives, plus ancrées dans la région qu'au plan national	286
Une problématique régionale dès l'adolescence	286
Des consommations à risque plus souvent masculines	286
Des habitudes qui diffèrent selon le milieu social	287
Des consommations excessives en hausse	287
Des consommations d'alcool pendant la grossesse fréquemment déclarées	288
Des intoxications aiguës liées à l'alcool qui motivent de nombreux passages aux urgences et hospitalisations en court séjour	289
L'alcool plus souvent retrouvé dans les accidents de la route survenus dans les Pays de la Loire	289
Des hospitalisations pour des pathologies liées à l'alcool plus fréquentes chez les hommes de la région	290
Des admissions en ALD pour des pathologies liées à la consommation d'alcool plus fréquentes chez les hommes de la région	290
Une mortalité en baisse, mais toujours supérieure à la moyenne nationale chez les hommes de la région	291
3 000 décès de Ligériens dus à l'alcool chaque année ?	291
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	292



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ
Consommation d'alcool



2 CONSOMMATION D'ALCOOL

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les indicateurs relatifs aux usages de l'alcool et à la fréquence des pathologies directement liées à sa consommation mettent en évidence une situation particulièrement défavorable en Pays de la Loire, surtout chez les hommes. On peut estimer que 3 000 décès de Ligériens seraient attribuables à l'alcool chaque année, dont trois quarts concerneraient des hommes.

Cette problématique régionale est d'autant plus préoccupante que la fréquence des consommations excessives est orientée à la hausse au cours des dernières années chez les adultes, jeunes et d'âge moyen, mais aussi chez les adolescents. La proportion de Ligériens déclarant au moins une alcoolisation ponctuelle importante dans le mois est passée entre 2005 et 2014 de 21 à 34 % chez les 15-34 ans, de 18 à 23 % chez les 35-54 ans et de 53 à 63 % chez les adolescents âgés de 17 ans.

Cette augmentation des consommations excessives est susceptible d'engendrer une hausse dans les prochaines années de la morbidité liée à l'alcool chez les générations d'âge intermédiaire (maladies cardiovasculaires, hépatiques et neuro-psychiatriques, cancers...)

Même si les hommes restent plus souvent concernés par des alcoolisations massives que les femmes, l'augmentation de ces situations chez ces dernières, en particulier chez les plus jeunes, implique également une vraie vigilance quant aux problématiques d'alcoolisation en cas de grossesse.

Chez les adolescents, les enjeux sont particulièrement importants car les alcoolisations massives ont des effets délétères sur leur cerveau (neurogénèse, apprentissage, mémorisation). De plus, l'alcool se caractérise par un potentiel addictif d'autant plus important que sa consommation a été précoce. Certains usages adoptés pendant la jeunesse sont donc susceptibles de se pérenniser et favoriser la survenue, à moyen et long termes, d'une dépendance à l'alcool ainsi que de multiples autres problèmes de santé, mais aussi sociaux.

La France reste l'un des pays de l'Union européenne où la consommation d'alcool est la plus élevée, bien que celle-ci ait connu un recul considérable au cours des dernières décennies, avec une consommation annuelle par adulte qui est passée de 20 litres d'alcool pur en 1970 à 11,5 litres en 2014 [1].

Les conséquences sanitaires liées à la consommation excessive d'alcool sont nombreuses et peuvent apparaître à court, moyen ou long termes.

Consommé en très forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique et ainsi engager le pronostic vital. En lien avec la levée de l'inhibition et les troubles de l'attention et de la coordination que provoque sa consommation, l'alcool favorise et aggrave dans leurs conséquences, les prises de risque dans tous les domaines (conduite de véhicule, sexualité), les conduites violentes contre soi ou autrui, les comportements délictueux...

À moyen et long termes, la consommation de boissons alcoolisées favorise la survenue de très nombreuses pathologies : maladies du foie, troubles mentaux et du comportement (y compris dépendance), cancers (foie, voies aérodigestives supérieures, œsophage, côlon-rectum, sein) [2]. Concernant les affections cardiovasculaires, si le rôle protecteur d'une faible consommation d'alcool paraît établi, les consommations plus importantes augmentent le risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral hémorragique, et de certains troubles du rythme cardiaque [3].

L'usage d'alcool peut par ailleurs avoir des effets sur l'évolution des maladies, par l'altération de l'état général qu'il favorise.

La consommation d'alcool constitue la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabagisme. Le nombre total de décès attribuables à l'alcool a été estimé en France à 49 000 décès pour l'année 2009, dont 36 500 décès masculins et 12 500 décès féminins (soit 9 % des décès au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins). La fraction des décès attribuables à l'alcool est estimée à 10 % pour les décès par cancer, 8 % pour les décès par maladies cardiovasculaires, 33 % pour les décès par pathologies digestives (maladies alcooliques du foie, cirrhose et fibrose du foie...) et 22 % pour les décès par accident, suicide ou homicide [4].

Outre les dommages sanitaires, l'usage nocif d'alcool a des conséquences importantes sur le plan social, avec notamment des répercussions sur la famille et l'entourage du consommateur, mais aussi sur le plan professionnel (accident du travail, moindre performance, absentéisme, perte d'emploi...)... [5].



Des habitudes de consommation d'alcool, notamment excessives, plus ancrées dans la région qu'au plan national

Les différentes enquêtes (régionales et nationales) menées en population au cours des quinze dernières années mettent en évidence que les habitudes de consommation d'alcool, et plus particulièrement celles excessives, restent nettement plus fréquentes dans les Pays de la Loire qu'au plan national.

Selon le Baromètre santé 2014, 52 % Ligériens âgés de 15 à 75 ans consomment des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine contre 48 % en France. La proportion de consommateurs quotidiens (10 %) et celle d'usagers à risque chronique¹ (9 %) sont par contre proches de celles observées au plan national (respectivement 10 % et 8 %) [6].

L'écart Pays de la Loire/France est surtout marqué pour les consommations excessives : 23 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent une alcoolisation ponctuelle importante (API²) au moins une fois par mois et 13 % au moins trois ivresses dans l'année contre respectivement 17 et 9 % en France [Fig1]. Ainsi, 36 % des Ligériens ont une consommation d'alcool à risque ponctuel³ contre 31 % en France.

Cette situation régionale défavorable concerne plus particulièrement les hommes.

Une problématique régionale dès l'adolescence

Ces habitudes défavorables d'alcoolisation dans les Pays de la Loire concernent tous les groupes d'âge de la population, mais la situation est particulièrement préoccupante chez les jeunes générations, pour les consommations régulières comme les usages excessifs. Dès l'âge de 17 ans, les usages de l'alcool sont déjà plus ancrés dans la région qu'en moyenne en France.

Ainsi, selon l'enquête Escapad 2014 [voir Encadré 7, chapitre Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)], la proportion régionale de jeunes de 17 ans déclarant un usage régulier⁴ d'alcool est près de deux fois plus élevée que la moyenne nationale (22 % vs 12 % en France) [7] [8].

Les alcoolisations excessives sont également nettement plus fréquentes : 63 % des Ligériens âgés de 17 ans déclarent au moins une API dans le mois et 37 % déclarent au moins trois ivresses dans l'année contre respectivement 49 et 25 % en France [Fig1]. Cette situation régionale défavorable est retrouvée chez les garçons comme chez les filles.

Ce constat concernant les jeunes de la région n'est pas nouveau, il avait déjà été retrouvé dans l'enquête régionale Baromètre santé jeunes réalisée en 2000 auprès des 12-25 ans [9] [10].

Des consommations à risque plus souvent masculines

Dans la région comme en France, les consommations régulières et excessives d'alcool restent nettement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, 16 % des hommes de la région de 15-75 ans déclarent un usage quotidien d'alcool, 34 % une API mensuelle et 18 % au moins trois ivresses dans l'année contre respectivement 3 %, 12 % et 7 % des femmes. Les hommes présentent ainsi deux à trois fois plus souvent une consommation à risque pour leur santé : 50 % à risque ponctuel et 13 % à risque chronique contre respectivement 22 % et 5 % des femmes [6].

Chez les jeunes, des écarts hommes-femmes sont également observés même s'ils semblent se réduire, en particulier pour les API. À 17 ans, 33 % des garçons déclarent un usage régulier d'alcool, 71 % au moins une API dans le mois et 48 % au moins trois ivresses dans l'année, contre respectivement 10 %, 54 % et 25 % des filles [11].

¹ Consommation à risque chronique (y compris à risque de dépendance) – test audit-C : déclarer, au cours des douze derniers mois, avoir consommé six verres ou plus en une occasion "une fois par semaine" ou "tous les jours ou presque", ou avoir consommé quinze verres ou plus d'alcool par semaine pour les femmes et vingt-deux verres ou plus pour les hommes.

² API : Boire, au cours d'une même occasion, 6 verres ou plus pour les 15-75 ans (Baromètre santé), et 5 verres ou plus pour les jeunes de 17 ans (Escapad).

³ Consommation à risque ponctuel : déclarer, au cours des douze derniers mois, avoir consommé six verres ou plus en une occasion "une fois par mois" ou "moins d'une fois par mois", et avoir consommé entre 1 et 14 verres par semaine pour les femmes et entre 1 et 21 verres pour les hommes.

⁴ Usage régulier : déclarer avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois au cours du mois.



Des habitudes qui diffèrent selon le milieu social

Les habitudes de consommation d'alcool sont par ailleurs liées au milieu social, avec globalement, chez les adultes, des épisodes ponctuels d'alcoolisation excessive (API, ivresse) plus fréquents dans les milieux favorisés, mais des usages quotidiens et à risque chronique qui semblent plus ancrés dans les groupes sociaux les moins favorisés. Dans la région, à caractéristiques comparables, les personnes de 15-75 ans ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat ont une probabilité significativement plus élevée de présenter un usage d'alcool à risque ponctuel que celles ayant un niveau inférieur au baccalauréat (50 % vs 29 %). À l'inverse, la probabilité de présenter un usage d'alcool à risque chronique est nettement plus élevée chez les personnes les moins diplômées (12 % si niveau inférieur au baccalauréat vs 5 % si niveau supérieur au baccalauréat) [6].

Chez les jeunes, ces constats sont globalement retrouvés. Selon des travaux nationaux, si l'expérimentation de produits psychoactifs, dont l'alcool, est plus fréquente chez les jeunes des milieux sociaux favorisés, l'entrée et l'installation dans des consommations régulières ou problématiques sont plus fréquentes chez les adolescents connaissant une situation sociale défavorable [12].

Des consommations excessives en hausse

Si la consommation régulière d'alcool est en recul, la fréquence des ivresses est en augmentation dans les Pays de la Loire, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, la proportion de Ligériens de 15-75 ans déclarant des ivresses répétées (trois ou plus dans l'année) a plus que doublé entre 2005 et 2014 : 6 % en 2005, 13 % en 2014. De même, la fréquence des ivresses régulières (dix ou plus dans l'année) est passée de 2 % en 2005 à 5 % en 2014 [Fig1] [6].

Concernant les API chez les femmes, une augmentation est également retrouvée (API une fois par mois ou plus : 5 % en 2005, 12 % en 2014). Chez les hommes, la fréquence des API en 2014 est également supérieure à celle observée en 2005, mais celle-ci semble se stabiliser, voire reculer depuis 2010. Cette évolution différente selon le genre peut refléter une tendance au rapprochement des comportements des femmes en direction vers celui des hommes, tendance qui est notamment observée au plan national comme dans d'autres pays [13] [14].

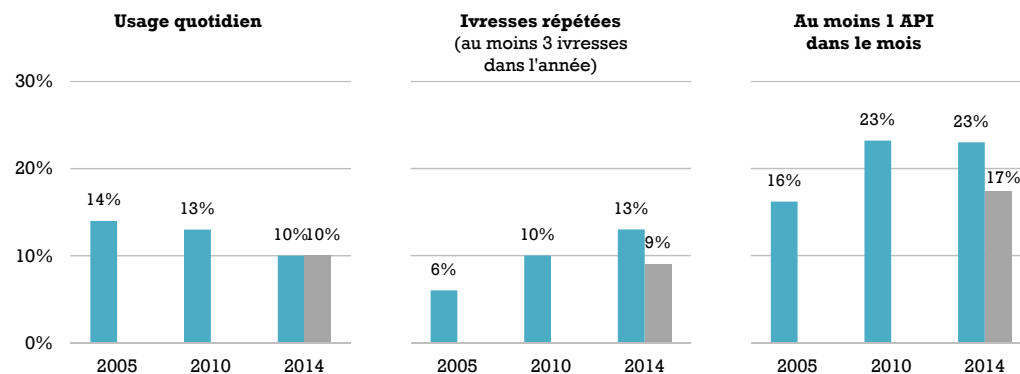
De façon globale, cette augmentation des alcoolisations excessives concerne, dans la région comme en France, les jeunes adultes mais aussi les adultes d'âge moyen. Ainsi, la proportion de Ligériens déclarant au moins une API dans le mois est passée entre 2005 et 2014 de 21 à 34 % chez les 15-34 ans, et de 18 à 23 % chez les 35-54 ans. Le taux de personnes déclarant des ivresses répétées a même doublé au cours de cette période dans ces deux classes d'âge : de 14 à 28 % chez les 15-34 ans, et de 4 à 8 % chez les 35-54 ans.

Chez les adolescents âgés de 17 ans, une forte augmentation des alcoolisations massives et de l'usage régulier d'alcool sont également retrouvées entre 2011 et 2014 dans la région. Cette évolution régionale contraste cependant avec celle observée au plan national (baisse des API et des ivresses, légère hausse de l'usage régulier), conduisant à un accroissement de l'écart Pays de la Loire/France [Fig1].

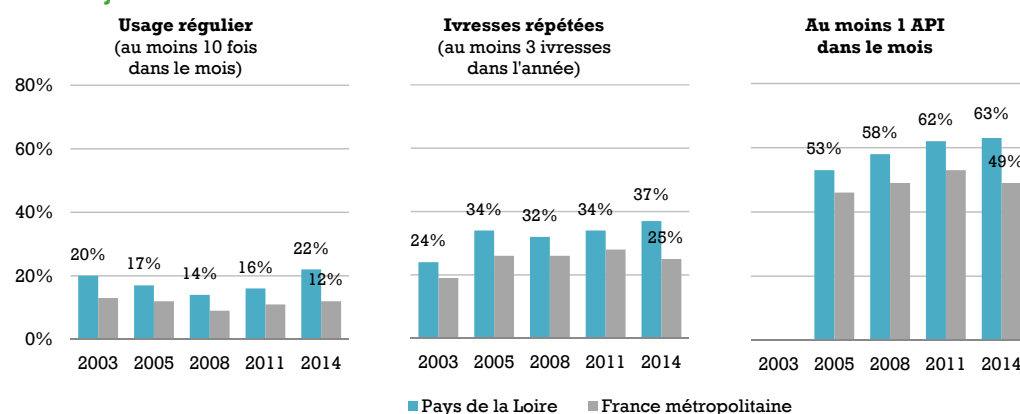


Fig1. Évolution de la fréquence des usages de l'alcool chez les 15-75 ans et chez les jeunes de 17 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine

Chez les 15-75 ans



Chez les jeunes de 17 ans



Sources : Baromètre santé 2005, 2010, 2014 (Inpes) - exploitation ORS Pays de la Loire ; Escapad 2003, 2005, 2008, 2011, 2014 (OFDT)

Des consommations d'alcool pendant la grossesse fréquemment déclarées

La consommation d'alcool pendant la grossesse, qui peut avoir des conséquences néfastes sur le développement du fœtus (syndrome d'alcoolisation fœtale pour les cas les plus graves), apparaît fréquente chez les femmes enceintes.

21 % des femmes de la région ayant accouché en 2010 ont consommé de l'alcool au cours de leur grossesse alors qu'elles se savaient enceintes, dont 3 % déclarent une consommation élevée en une même occasion (trois verres ou plus). Ces taux sont proches de ceux observés au plan national (respectivement 20 % et 3 %).

Par ailleurs, près de 8 % des Ligériennes disent avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse uniquement avant de se savoir enceinte, dont 2 % une consommation élevée (trois verres ou plus en une même occasion). Ces taux régionaux sont par contre significativement supérieurs à la moyenne nationale (respectivement 3 % et 1 %), en cohérence avec le constat établi concernant les habitudes régionales [15].



Des intoxications aiguës liées à l'alcool qui motivent de nombreux passages aux urgences et hospitalisations en court séjour

Les alcoolisations aiguës et leurs conséquences motivent une part non négligeable des recours aux soins en établissements hospitaliers, qu'il s'agisse de passages aux urgences ou d'hospitalisations en court séjour^{5,6}.

Les indicateurs de recours présentés ci-après sont toutefois complexes à interpréter car si leur niveau est bien sûr lié aux comportements d'alcoolisation de la population, il résulte aussi de la propension à adresser aux urgences ou à hospitaliser les personnes concernées à situation clinique identique. Cette propension, qui peut varier dans le temps mais aussi selon les territoires, dépend de nombreux facteurs comme l'attitude de l'entourage des personnes concernées par ces situations d'alcoolisation massives ou de celle des professionnels extrahospitaliers qui les prennent en charge, mais aussi des modes d'organisation et des pratiques des services hospitaliers.

Ainsi, en 2015, une intoxication éthylique aiguë (IEA) constitue le diagnostic principal de 6 900 passages dans les services d'urgences de la région. Les IEA sont vraisemblablement à l'origine d'un nombre de passages aux urgences beaucoup plus important. En effet, le taux de recueil du diagnostic principal dans les résumés de passage aux urgences (RPU) n'est pas exhaustif dans l'ensemble des services d'urgences de la région. En outre, les modalités de codage de ces situations peuvent être différentes selon les services (notamment codage des conséquences de l'IEA, telles que les lésions traumatiques, et non de l'IEA en tant que diagnostic principal). Trois quart de ces passages aux urgences pour une IEA concernent des hommes et près de 90 % des personnes âgées de 18 à 64 ans (dont 15 % de 18-24 ans, 48 % de 25-49 ans et 26 % de 50-64 ans) [16].

7 300 Ligériens ont été hospitalisés au moins fois en 2015 dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour un état en lien avec une IEA [17]. Un tiers d'entre eux ont été hospitalisés plusieurs fois dans l'année. 72 % des personnes concernées sont des hommes et 84 % d'entre elles sont âgées entre 18 et 64 ans.

Parmi ces Ligériens, plus de 500 ont été hospitalisés avec des complications sévères (7 %), c'est-à-dire qu'ont été notifiés à leur propos un coma, des soins de réanimation, ou bien des soins intensifs ou de surveillance continue.

Le taux comparatif régional de patients hospitalisés pour un état en lien avec une IEA est supérieur de plus de 10 % à la moyenne nationale.

En terme d'évolution, ce taux, qui avait connu globalement une hausse entre 2009 et 2011, est en recul sur les années récentes.

Plus particulièrement chez les jeunes, une baisse continue de ces hospitalisations est observée pour les moins de 18 ans sur la période 2009-2015 alors que chez les 18-24 ans, ce taux, en augmentation progressive sur les années 2009-2014, semble avoir amorcé une baisse en 2015. Cette dernière doit toutefois être confortée sur les années suivantes.

L'alcool plus souvent retrouvé dans les accidents de la route survenus dans les Pays de la Loire

Une part non négligeable des accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...) est attribuable à l'alcool. Concernant les accidents survenus sur les routes des Pays de la Loire, la proportion de personnes tuées dans un accident pour lequel une alcoolémie supérieure au taux légal a été retrouvée chez au moins un des conducteurs impliqués atteint 34 % en moyenne sur les années 2013-2015. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (29 %) [17].

Outre les accidents, l'alcool est aussi un facteur de risque bien établi du suicide, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Ainsi, la surmortalité des Ligériens de 18-24 ans, qui est liée aux accidents de la route et aux suicides, peut être en partie expliquée par la situation régionale défavorable en matière de consommation d'alcool.

⁵ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

⁶ Précisions sur le PMSI MCO [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]



Des hospitalisations pour des pathologies liées à l'alcool plus fréquentes chez les hommes de la région

Outre les intoxications éthyliques aiguës et leurs conséquences, les affections chroniques/graves liées à la consommation excessive d'alcool génèrent un nombre important d'hospitalisations.

Dans les services de MCO, les troubles mentaux liés à l'alcool (hors intoxication éthylique aiguë) ont constitué en 2015 le diagnostic principal d'hospitalisation de 1 500 Ligériens, et les maladies alcooliques du foie de celui de 900 Ligériens [18]. Les personnes hospitalisées pour ces affections sont dans environ 65 % des cas des hommes âgés de moins de 65 ans.

Chez les moins de 65 ans, le taux de personnes hospitalisées en court séjour pour des troubles mentaux liés à l'alcool connaît une légère baisse sur les années récentes 2014-2015, et celui pour maladie alcoolique du foie est en net recul depuis 2009 (- 5,9 % par an en Pays de la Loire ; - 5,8 % en France).

Chez les 65 ans et plus, le taux de personnes hospitalisées pour troubles mentaux liés à l'alcool ou pour maladie alcoolique du foie apparaissent plutôt stables.

En cohérence avec des habitudes d'alcoolisation plus fréquentes dans la région, le taux de personnes hospitalisées en MCO pour des pathologies directement liées à l'alcool reste plus élevé chez les hommes de la région qu'en moyenne en France (+ 16 % pour des troubles mentaux liés à l'alcool, hors IEA ; + 10 % pour maladie alcoolique du foie).

Concernant le recours aux services de psychiatrie, les troubles mentaux liés à l'usage d'alcool (hors IEA) ont motivé la prise en charge au moins une fois dans l'année de 5 300 Ligériens (dont 4 000 hommes). Cela correspond à un taux brut de 1,4 pour 1 000 habitants. Le taux standardisé de patients pris en charge en établissements psychiatriques pour de tels troubles est chez les hommes de la région supérieur de 9 % à la moyenne nationale [19].

Des admissions en ALD pour des pathologies liées à la consommation d'alcool plus fréquentes chez les hommes de la région

Les données d'admissions en ALD illustrent également la fréquence plus élevée chez les hommes des pathologies liées à l'alcool [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens]. Sur la période 2012-2014, plus de 70 % des 1 230 admissions en ALD enregistrées dans la population ligérienne pour des troubles mentaux liés à l'usage d'alcool ou une maladie du foie d'origine alcoolique ou non précisée concernent des hommes [20].

Les admissions en ALD pour des troubles mentaux liés à l'alcool concernent le plus souvent des personnes âgées entre 35 et 64 ans (77 % des cas) et celles pour maladies alcooliques du foie, des personnes âgées entre 45 et 74 ans (80 %) [Fig2].

En terme d'évolution, le taux comparatif d'admissions en ALD pour des troubles mentaux liés à l'usage d'alcool a connu sur les dernières années une forte hausse dans la région (+ 5,4 % en moyenne par an entre 2006 et 2013), comme en France (+ 3,8 %).

Le taux d'admissions en ALD est par contre resté relativement stable pour les maladies (alcooliques) du foie, chez les hommes comme chez les femmes. Ce résultat masque toutefois une augmentation des admissions en ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

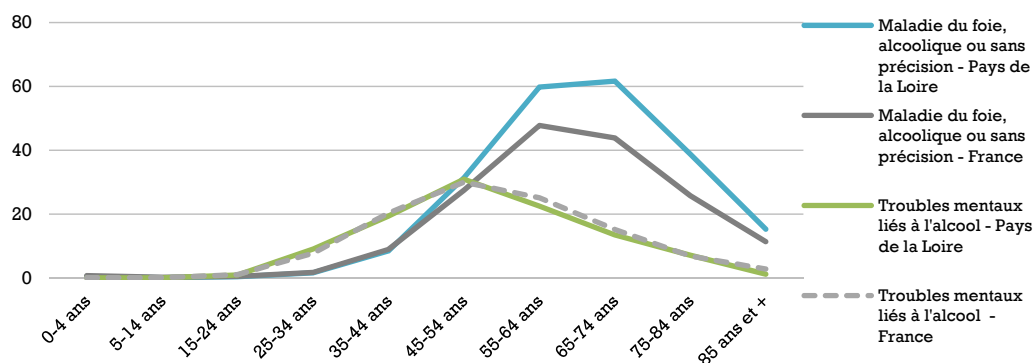
Dans la population ligérienne, la fréquence des admissions en ALD pour des pathologies liées à la consommation d'alcool reste globalement supérieure à la moyenne nationale : + 14 % sur les années 2012-2014. Cette situation régionale défavorable concerne spécifiquement les hommes (+ 17 %), et se retrouve chez ceux âgés de moins de 65 ans (+ 11 %) comme chez ceux de plus de 65 ans où l'écart est marqué (+ 39 %).

Ces constats sont confortés par les données de prévalence d'ALD.



Fig2. Taux d'admissions en ALD pour des maladies attribuables à la consommation d'alcool selon la pathologie en cause et l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2012-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

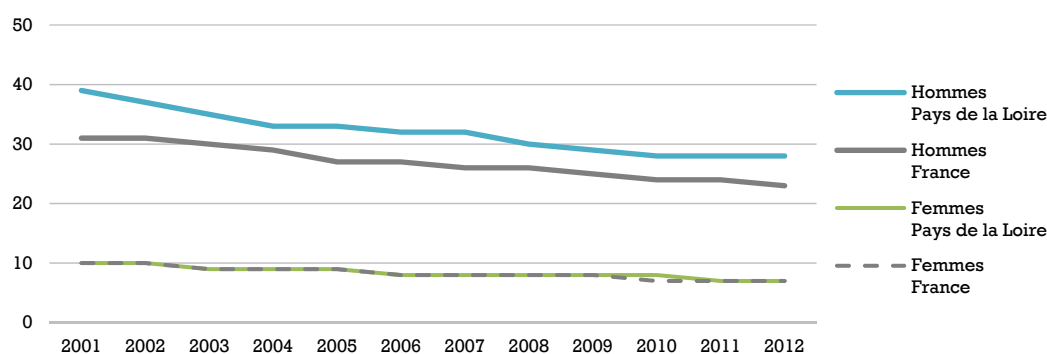
Une mortalité en baisse, mais toujours supérieure à la moyenne nationale chez les hommes de la région

Malgré une baisse en moyenne de 2,7 % par an depuis le début des années 2000 (- 3,2 % en France), la mortalité des habitants des Pays de la Loire liée à des pathologies directement attribuables à la consommation d'alcool reste supérieure à la moyenne nationale : + 17 % sur les années récentes 2011-2013 [21]. Cette surmortalité régionale concerne uniquement les hommes (+ 20 %), et se retrouve chez les moins de 65 ans (+ 18 %) comme chez les plus de 65 ans (+ 25 %).

Pour les femmes, la mortalité régionale est relativement proche de la moyenne nationale [Fig3].

Fig3. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies liées à la consommation d'alcool

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

3 000 décès de Ligériens dus à l'alcool chaque année ?

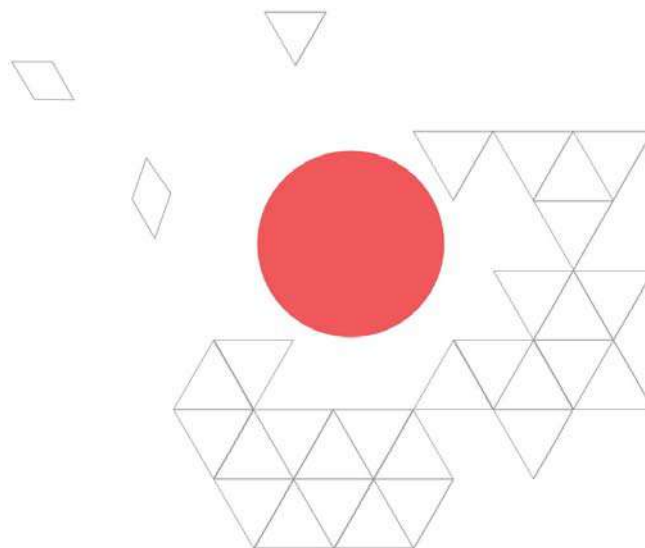
Selon des travaux nationaux, 49 000 des 535 000 décès survenus au plan national en 2009 étaient attribuables à l'alcool : 36 500 décès chez les hommes et 12 500 chez les femmes, ce qui représentait respectivement 13 % et 5 % du total des décès [4].

Si l'on applique ces estimations aux Pays de la Loire en majorant de 15-20 % la part des décès attribuables à l'alcool chez les hommes de la région en raison de la surmortalité régionale, 2 300 à 2 400 décès masculins et 700 à 800 décès féminins seraient attribuables dans la région chaque année à l'alcool, soit au total au moins 3 000 décès.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] OCDE. (2017). Consommation d'alcool. [En ligne]. <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/consommation-d-alcool.htm>.
- [2] INCa. (2011). Alcool et cancers (Fiches repère). 8 p.
- [3] Inserm. (2001). Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Les éditions Inserm. 358 p.
- [4] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, et al. (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 16-17-18. pp. 163-168.
- [5] Inserm. (2003). Alcool : dommages sociaux : abus et dépendance. Expertise collective. Les éditions Inserm. 550 p.
- [6] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [7] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, et al. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 100. 8 p.
- [8] Le Nézet O, Gauduchon T, Spilka S. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 102. 4 p.
- [9] ORS Pays de la Loire. (2006). Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Loire-Atlantique 2005. 24 p.
- [10] ORS Pays de la Loire. (2012). Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [11] OFDT. Base de données ODICER. [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>.
- [12] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Expertise collective. Les éditions Inserm. 482 p.
- [13] Beck F, Obradovic I, Palle C, et al. (2017). Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? *Tendances*. OFDT. n° 117. 8 p.
- [14] Slade T, Chapman C, Swift W, et al. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*. vol. 6, n° 10. 13 p.
- [15] ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire. (2013). La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. 192 p.
- [16] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2016). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2015. 179 p.
- [18] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [19] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [20] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [21] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.



SANTÉ ET TRAVAIL

Marie-Christine Bournot, Dr Anne Tallec,

avec la contribution de Cécile Jaffré, du Dr Véronique Tassy (Directe Pays de la Loire) et du Pr Yves Roquelaure (CHU Angers)

SOMMAIRE

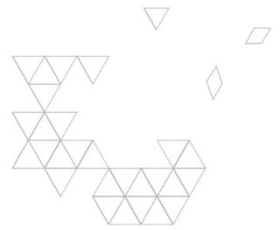
FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	295
3 % des salariés hommes et 5 % des salariées femmes concernés par les troubles musculosquelettiques	296
Des situations de souffrance psychique en lien avec le travail en progression	297
4 à 8 % des nouveaux cas de cancers seraient d'origine professionnelle	298
Pathologies cardiovasculaires : un risque de plus en plus évoqué en milieu professionnel	299
Des accidents du travail avec séquelles plus fréquents chez les salariés les plus âgés, le BTP reste particulièrement exposé	299
Réflexion prospective	300
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	302

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les contraintes physiques	297
ENCADRÉ 2. Les facteurs psychosociaux de risque au travail	297
ENCADRÉ 3. Les risques chimiques	298
ENCADRÉ 4. Santé du monde agricole	298
ENCADRÉ 5. Chômage et santé	301



FOCUS SUR CERTAINS DÉTERMINANTS DE SANTÉ
Santé et travail



1. SANTÉ ET TRAVAIL

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les relations entre le travail et la santé sont multiples et complexes. L'état de santé peut tout d'abord influencer de façon importante les trajectoires professionnelles. Par ailleurs, le travail constitue souvent un facteur de réalisation personnelle et contribue ainsi à la santé, notamment psychique. Mais la charge physique et mentale liée au travail, les expositions professionnelles à différents facteurs physicochimiques, biomécaniques ou psychosocio-organisationnels peuvent aussi altérer l'état de santé des personnes, et être à l'origine d'accidents et d'affections de nature et de gravité très diverses. Le travail constitue ainsi un facteur d'inégalités sociales de santé.

Les troubles musculosquelettiques, qui semblent plus fréquents dans les Pays de la Loire qu'au plan national, représentent environ 90 % des 5 400 maladies professionnelles nouvellement indemnisées en 2015 par le régime général.

Ils constituent, avec les troubles psychiques, dont la prévalence a augmenté au cours de la dernière décennie, les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés par les médecins du travail, avec respectivement 4 % et 3 % des salariés concernés en 2013-2014 selon l'enquête Maladies à caractère professionnel (MCP).

Selon des estimations nationales, 4 à 8 % des nouveaux cas de cancers seraient d'origine professionnelle, ce qui dans la région représenterait 700 à 1 600 personnes par an.

Les conditions de travail peuvent par ailleurs favoriser la survenue de maladies cardiovasculaires.

Enfin, avec 1 880 cas en moyenne par an, les accidents du travail ayant donné lieu à la reconnaissance d'un taux d'incapacité concernent environ 0,2 % des salariés chaque année.

De façon prospective, les questions santé et travail seront dominées dans les années à venir par deux enjeux majeurs : l'augmentation de l'âge des actifs et avec elle la question du maintien dans l'emploi de personnes présentant un moins bon état de santé global, et les changements organisationnels et technologiques susceptibles d'augmenter les facteurs de risque psychosociaux. Ils nécessiteront notamment d'appréhender la prévention des risques professionnels, aujourd'hui axée surtout sur la prévention primaire, de façon plus globale, et de l'orienter vers toutes les catégories professionnelles.

Le travail constitue un déterminant important de la santé des personnes actives et parfois de leur entourage, et ses effets sur la santé peuvent survenir tout au long de la vie professionnelle ou plusieurs années après la cessation de celle-ci.

Les relations entre travail et santé sont multiples et complexes. L'état de santé peut tout d'abord influencer de façon importante les trajectoires professionnelles [voir Encadré 1, chapitre Santé des personnes âgées de 18 à 64 ans]. Par ailleurs, le travail constitue souvent un facteur de réalisation personnelle et de santé, au sens de la définition de Canguilhem « Je me porte bien, dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles ». La psychodynamique du travail va jusqu'à soutenir la thèse de la centralité du travail dans l'économie psychique [1]. Mais les conditions de travail sont aussi susceptibles d'affecter l'état de santé. Ainsi, la charge physique et mentale liée au travail, les expositions professionnelles à différents facteurs physicochimiques, biomécaniques ou psychosocio-organisationnels peuvent altérer la qualité de vie et la santé des personnes, et être à l'origine d'accidents et d'affections de nature et de gravité très diverses [2] [3] [4] [5]. Le travail constitue ainsi l'un des facteurs en cause dans les inégalités sociales de santé.



Ce focus Santé et travail aborde uniquement la question de la mortalité et de la morbidité liées à l'exercice professionnel. Les altérations de la santé liées au travail sont toutefois complexes à apprécier en raison de la connaissance souvent imparfaite de la nature exacte et de la durée des différentes expositions professionnelles à risque, à la non-spécificité des problèmes de santé concernés, au cumul possible de différents facteurs de risque professionnels et non professionnels, au délai souvent important entre l'exposition et la survenue de la maladie (cancers professionnels notamment).

Les données présentées sur la thématique « santé et travail » pour les Pays de la Loire proviennent principalement :

- du recensement des accidents du travail et des maladies professionnelles reconnus par le régime général de la sécurité sociale (branche « maladies, accidents du travail et maladies professionnelles »), données transmises par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) des Pays de la Loire et exploitées par l'Observatoire régional de la santé,
- et d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel (MCP) menée annuellement par les médecins du travail auprès d'un échantillon de salariés.

Plusieurs enquêtes nationales permettent toutefois d'enrichir l'analyse de la situation régionale en apportant des informations sur les conditions de travail et les risques professionnels. Il s'agit notamment des enquêtes Conditions de travail (1978, 1984, 1991, 1998, 2005, 2013), et Surveillance médicale des Expositions aux risques professionnels (Sumer) (1994, 2003, 2010), menées par la Dares et de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), réalisée par la Dares et la Drees (2007, 2010).

L'encadré chômage et santé complète ces éléments [\[ENCADRÉ 5\]](#).

3 % des salariés hommes et 5 % des salariées femmes concernés par les troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) des membres et du rachis constituent la première cause de morbidité liée au travail [\[6\]](#). Outre les facteurs individuels, deux grands types de facteurs professionnels jouent un rôle dans leur survenue : les facteurs biomécaniques (force, répétitivité des gestes, postures extrêmes, vibrations...) et les contraintes psychosociales et organisationnelles [\[7\]](#).

Ces affections représentent 92 % des 5 600 cas de maladies professionnelles (MP) « nouvellement indemnisées » au régime général dans les Pays de la Loire en moyenne chaque année sur la période 2012-2014, et 86 % des 2 300 cas d'incapacités permanentes partielles consécutives à une MP attribuées. Les TMS des membres supérieurs, syndrome du canal carpien et tendinite de l'épaule notamment sont les plus fréquents.

L'incidence annuelle des TMS « nouvellement indemnisés » est en hausse (4,0 pour 1 000 salariés en 2007-2009, 5,0 pour 1 000 en 2012-2014), et est le double de la moyenne nationale (2,2 pour 1 000 en 2012-2014). L'importance de cet écart région/France s'explique du moins en partie, par l'implantation dans la région d'industries de main-d'œuvre, source d'exposition (travail de la viande, électronique...), mais aussi par une meilleure identification des cas et une plus forte incitation à leur déclaration [\[8\]](#).

Ce positionnement régional est retrouvé pour la fréquence des interventions de chirurgie du canal carpien, supérieure à la moyenne nationale dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et surtout de la Sarthe [\[9\]](#). L'interprétation de ces écarts doit toutefois rester prudente ; d'une part les facteurs professionnels ne constituent pas la seule étiologie du syndrome du canal carpien (la majorité des cas sont en effet de nature idiopathique, et les facteurs endocriniens comme le diabète, inégalement réparti sur le territoire, sont des facteurs de risque connus) ; d'autre part, comme l'ont mis en évidence différents travaux, il existe d'un territoire à l'autre des variations de stratégies diagnostiques et thérapeutiques et notamment du recours à la chirurgie [\[10\]](#).

Ces données d'indemnisations ne reflètent qu'imparfaitement l'importance des TMS. Le recensement des maladies à caractère professionnel (MCP) réalisé par les médecins du travail permet d'estimer leur prévalence à 2,8 pour 100 salariés pour les hommes et 4,8 pour 100 salariés pour les femmes en 2013-2014, contre respectivement 2,4 et 3,5 pour 100 salariés en 2006 [\[11\]](#) [\[12\]](#). Les ouvriers sont les salariés les plus exposés.



ENCADRÉ 1. Les contraintes physiques [13]

« En 2010, 8,3 % des salariés (soit 1,8 million) sont soumis à des gestes répétitifs à une cadence élevée au moins 20 heures par semaine, et 10,1 % à la manutention manuelle de charges (enquête Sumer). En 2013, 35 % des salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » (enquête conditions de travail). Plus élevés chez les jeunes, les ouvriers, et très variables entre secteurs d'activité, ces indicateurs ne se sont pas améliorés d'une édition à l'autre de ces enquêtes. »

Des situations de souffrance psychique en lien avec le travail en progression

La souffrance psychique, dont le nombre de signalements par les médecins du travail a augmenté depuis le début des années 2000, représente aujourd'hui l'un des problèmes de santé liés au travail les plus fréquents. Le recensement des MCP réalisé par les médecins du travail lors des quinzaines MCP montre ainsi que leur prévalence a été multipliée par trois entre 2006 et 2013-2014, pour les hommes comme pour les femmes. Ces taux atteignent désormais un niveau élevé : 2,5 pour 100 salariés chez les hommes et 4,5 pour 100 salariés chez les femmes en 2013-2014 [11] [12].

Les troubles mentaux et du comportement constituent également le deuxième motif de recours aux centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) de Nantes et d'Angers après les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif. Il s'agit le plus souvent de troubles dépressifs (y compris le syndrome d'épuisement professionnel) et de troubles anxieux¹ [14].

Phénomènes récents, les suicides et les tentatives de suicide en lien avec le travail sont aujourd'hui reconnus, mais ces situations restent complexes à interpréter [1] [15].

ENCADRÉ 2. Les facteurs psychosociaux de risque au travail

Les facteurs psychosociaux de risque au travail ou « risques psychosociaux » sont définis comme les risques « engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Le collège d'expertise des risques psychosociaux les répartit en six axes relatifs aux exigences du travail (intensité du travail, temps de travail...), aux exigences émotionnelles, à l'autonomie et aux marges de manœuvre, à la qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs, et à la situation économique.

L'exposition à ces risques est susceptible d'altérer la santé mentale. Ces facteurs ont également des effets sur la santé physique (décompensations somatiques, TMS et pathologies cardiovasculaires notamment) et augmentent le risque d'accidents du travail.

Les risques psychosociaux concernent l'ensemble des professions. 15 % des salariés sont exposés à un travail exigeant et intensif, les cadres, les professions intermédiaires administratives et commerciales étant le plus souvent concernés. 13 % des salariés déclarent à la fois un manque de reconnaissance professionnelle et des relations de travail difficiles, proportion plus élevée pour les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, et de la fonction publique. Enfin, 9 % des salariés sont exposés à plusieurs facteurs de risque, les ouvriers non qualifiés, et les employés notamment (SIP 2010). Les salariés des établissements « en crise » ou aux conditions de travail plus « flexibles » seraient particulièrement concernés par les risques psychosociaux.

L'exposition à certains de ces facteurs aurait augmenté au cours des années 2000, notamment le manque de reconnaissance mais aussi les conflits de valeurs, le manque d'autonomie, les comportements hostiles. Les contraintes de rythme de travail, qui touchent toutes les catégories socioprofessionnelles même si les ouvriers y demeurent les plus fréquemment soumis, connaîtraient également une tendance à la hausse la fin des années 2000² [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24].

¹ D'après les rapports d'activité de 2015 des centres de consultation de pathologies professionnelles de Nantes et d'Angers.

² Ce résultat apparaît toutefois contrasté selon les enquêtes.



4 à 8 % des nouveaux cas de cancers seraient d'origine professionnelle

De nombreuses substances chimiques, rayonnements ionisants, radiations, pesticides³, identifiés actuellement comme cancérogènes se retrouvent pour une large part dans l'environnement professionnel [9]. Par ailleurs, le travail de nuit a été classé comme cancérogène probable en 2007 par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ).

L'imputabilité d'un cancer à une exposition étant difficile à établir en raison des durées de latence et de la difficulté à identifier les expositions professionnelles des personnes concernées, seule une faible partie d'entre eux serait actuellement reconnue au titre des maladies professionnelles par la sécurité sociale [26].

Santé publique France estime que pour 4 à 8,5 % de tous les nouveaux cas de cancers, il existe de façon avérée une relation causale avec une nuisance professionnelle [26] [27]. Ainsi, dans les Pays de la Loire, entre 700 et 1 600 nouveaux cas de cancers seraient chaque année d'origine professionnelle, sur les 17 500 nouveaux cas de cancers annuels. Une majorité sont des cancers bronchopulmonaires.

Parmi les cancers professionnels, ceux liés à l'amiante occupent une place particulière dans la région. Les salariés ligériens y ont été exposés dans le passé, notamment dans les chantiers navals en Loire-Atlantique et dans les industries de produits contenant de l'amiante en Sarthe⁴. En raison de l'importance de la durée de latence entre l'exposition et la survenue des maladies liées à l'amiante⁵, la région recense encore de nouveaux cas chaque année.

Les cancers liés à l'amiante représentent ainsi environ 110 cas sur les 130 cas annuels de cancers reconnus d'origine professionnelle et donnant lieu à une première indemnisation au régime général dans les Pays de la Loire (période 2012-2014). Il s'agit majoritairement de cancers bronchopulmonaires primitifs (57 %), et de mésothéliomes de la plèvre (20 %).

Avec 51 décès par mésothéliome en moyenne chaque année (2011-2013), la mortalité pour ce cancer dans la région est globalement proche de la moyenne nationale, mais deux départements sont plus particulièrement concernés, la Loire-Atlantique et la Sarthe, avec une surmortalité d'environ 50 %.

ENCADRÉ 3. Les risques chimiques [13]

En 2010, 10 % des salariés sont exposés à au moins un produit chimique classé comme cancérogène certain ou probable par le Centre international de recherche contre le cancer (Circ) (enquête Sumer). Les produits auxquels les salariés sont les plus fréquemment exposés sont les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois, la silice cristalline, et les secteurs de la construction et de l'industrie sont les plus concernés⁶.

ENCADRÉ 4. Santé du monde agricole

Afin de mieux caractériser le niveau d'exposition et les risques liés aux pesticides, l'enquête Agrican (AGRIculture et CANcer) suit, depuis 2005, une cohorte de 180 000 assurés agricoles actifs et retraités (affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) au moins trois ans avant inclusion) sur douze départements de France métropolitaine, disposant d'un registre de cancers, dont la Loire-Atlantique et la Vendée.

Les premiers résultats ont montré que cette population est globalement moins touchée par les cancers, notamment en raison d'un tabagisme plus faible que dans le reste de la population... Mais certains cancers sont plus fréquents en milieu agricole : le mélanome de la peau chez les femmes, le myélome multiple et le cancer de la lèvre chez les hommes, certains cancers du sang (lymphomes de Hodgkin et certains types de lymphomes non hodgkiniens).

Le suivi de la cohorte apportera des résultats complémentaires dans les années à venir [28].

³ Le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) a classé comme cancérogène probable l'herbicide glyphosate en 2015 [25].

⁴ Des mesures réglementaires de protection des travailleurs vis-à-vis de ce matériau ont été adoptées à partir de la fin des années 1970, et son usage est interdit depuis 1997.

⁵ Entre 10 et 20 ans pour le cancer du poumon et entre 30 et 40 ans pour le mésothéliome.

⁶ En appliquant mécaniquement ces résultats à la population des Pays de la Loire, on peut estimer à environ 130 000 le nombre de salariés exposés à un agent chimique cancérogène dans le cadre de son activité professionnelle dans la région.



Pathologies cardiovasculaires : un risque de plus en plus évoqué en milieu professionnel

L'impact des conditions de travail, et notamment du stress et de l'insécurité professionnels mais aussi de la charge physique, sur le risque de survenue de maladies cardiovasculaires est de plus en plus souvent évoqué. Cet impact peut être direct via les facteurs neuro-endocriniens ou liés au système nerveux. Il peut aussi être indirect à travers l'impact des conditions de travail sur certains comportements (consommations d'alcool, de tabac, alimentation et activité physique), qui agissent eux-mêmes sur le risque de certaines affections métaboliques (surpoids et obésité, diabète). Certains cas de maladies cardiovasculaires sont reconnus comme maladies professionnelles par la sécurité sociale, mais leur nombre, relativement stable ces dernières années, reste faible (une centaine par an en France) [29] [19] [30] [31].

Des accidents du travail avec séquelles plus fréquents chez les salariés les plus âgés, le BTP reste particulièrement exposé

Dans les Pays de la Loire, 40 200 accidents du travail (plaies, contusions, malaises, accidents de la route, chutes...) survenus pendant la durée de travail⁷ et ayant occasionné un arrêt de travail ont été reconnus au régime général en moyenne chaque année sur la période 2012-2014, soit un taux de 3,9 pour 100 salariés. Près de 5 % de ces accidents (soit un effectif de 1 880 et un taux de 1,8 pour 1 000 salariés en moyenne annuelle) ont généré des séquelles et donné lieu à la reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente⁸.

Les accidents du travail sont globalement plus fréquents chez les jeunes, mais les salariés plus âgés sont plus concernés par les accidents avec séquelles, probablement en raison de la réduction avec l'âge des capacités de résistance et de récupération [33].

La fréquence régionale des accidents avec séquelles, en baisse (- 1,3 % par an au cours des cinq dernières années), reste inférieure à la moyenne nationale (- 14 % en 2012-2014). Contrairement à la fréquence de l'ensemble des accidents, qui dépasse le taux national (+ 13 %), cette situation peut s'expliquer par une plus grande propension des entreprises et salariés ligériens à déclarer les accidents du travail, démarche qui pourrait favoriser la mise en place précoce d'actions préventives et limiter la survenue d'accidents graves [34] [35].

Les données sur les circonstances des accidents du travail⁹ permettent d'identifier que la manutention manuelle (manipulation, bris, chute, ou transport d'objets) et les chutes de personnes sont à l'origine de la majorité des accidents. Ces deux risques représentent respectivement 48 % et 17 % des accidents avec séquelles dans les Pays de la Loire en 2015. Dans la moitié des cas, les chutes sont des chutes de hauteur.

Plusieurs études ont démontré un lien entre consommation de substances psychoactives, alcool notamment, et accidents du travail [36] [37] [29]. La prévention dans ce domaine constitue un enjeu d'autant plus important que la région présente des indicateurs de consommation excessive d'alcool défavorables [voir chapitre [Consommation d'alcool](#)].

Le nombre annuel de victimes d'un accident du travail mortel s'élève à 33 en moyenne sur la période 2012-2014 dans la région, soit un taux annuel de mortalité de 3,1 pour 100 000 salariés, proche de la moyenne nationale - à titre de comparaison, le taux régional de mortalité par accident de la circulation est de 7 pour 100 000 chez les 20-64 ans en moyenne annuelle en 2011-2013. Ces décès sont le plus souvent la conséquence de « malaises » et « d'accidents liés à un véhicule » [32].

La fréquence des accidents du travail varie fortement selon le secteur d'activité, et au régime général, le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) apparaît particulièrement exposé. Dans les Pays de la Loire, le taux d'accidents avec séquelles y est deux fois plus élevé que dans l'ensemble des secteurs économiques et le taux

⁷ Hors accidents du trajet.

⁸ Les accidents ayant occasionné des séquelles permanentes donnent lieu à l'attribution, par un médecin-conseil de la sécurité sociale, d'un taux d'incapacité partielle permanente (IPP). Ce taux peut s'échelonner entre 1 et 100 % et augmente avec la gravité des séquelles [32]. Le dénombrement des accidents avec séquelles d'une année donnée concerne ceux ayant fait l'objet d'un premier versement d'une réparation (IPP) au cours de cette période.

⁹ Depuis 2013, les circonstances des accidents du travail sont décrites selon la codification européenne SEAT III. Les données présentées dans ce document se rapportent à la variable « déviation (ce qui a dysfonctionné) », la rubrique « manutention manuelle » regroupant les codes d30, d44, d60 et d70) et les chutes les codes d51 et d52 (la donnée est « manquante » dans plus de 20 % des cas).



d'accidents mortels atteint 8 pour 100 000 salariés. Toutefois, la situation s'améliore¹⁰, et est plus favorable dans la région qu'au plan national¹¹.

Réflexion prospective

Les liens entre santé et travail se transforment continuellement sous l'influence de multiples facteurs, et notamment de l'évolution de l'appareil productif, des métiers, des formes d'emplois, des connaissances sur les risques professionnels et leur prévention, des caractéristiques de la population active et de ses comportements et habitudes de vie, dans la sphère professionnelle comme dans la sphère privée. Ces différents facteurs sont susceptibles de se potentialiser.

L'identification de ces tendances, de leurs effets positifs sur la santé et à l'inverse l'anticipation de leur éventuel impact négatif permet d'avoir un regard prospectif sur les enjeux de la prochaine décennie dans le champ de la santé-travail.

Les expositions professionnelles évoluent avec l'utilisation de nouveaux produits, la mise en place de nouveaux process et de nouvelles organisations.

En matière de risque physicochimique, l'exposition aux risques chimiques a diminué au cours des années 2000 et les contraintes physiques se sont stabilisées. La période actuelle se caractérise par la fréquence des multi-expositions, l'usage croissant des nanomatériaux, dont les effets sur la santé sont encore mal connus, l'exposition à des perturbateurs endocriniens potentiels. Les innovations technologiques, tels que la robotisation des chaînes de production, le recours à des dispositifs d'aide à la production de type « exosquelette », qui pourraient permettre de limiter la survenue des TMS dans certains secteurs, sont aussi susceptibles d'engendrer de nouveaux risques, stress notamment.

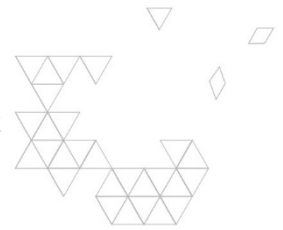
Les organisations et les rythmes de travail évoluent également. On observe notamment le développement d'horaires de travail ayant un impact sur le rythme circadien, l'utilisation croissante des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), la poursuite de l'intensification du travail, et le développement de l'éloignement géographique entre sites. À l'instar des risques physicochimiques, ces modifications peuvent avoir des effets positifs sur la santé mais aussi des impacts négatifs, notamment en ce qui concerne les « facteurs psychosociaux » à risque. L'augmentation de l'exposition à ces derniers, dont témoigne l'augmentation des troubles psychiques liés au travail ces dernières années, est ainsi susceptible de perdurer voire de s'accroître, d'autant plus que ces facteurs sont difficilement accessibles aux actions de prévention dite « primaire ». En outre, ces risques présentent la particularité de concerner tous les actifs.

L'accroissement de la part des personnes âgées de 55 à 64 ans dans la population active dans les prochaines années, du fait du recul de l'âge de départ à la retraite et du vieillissement général de la population adulte constitue un facteur essentiel. Cette part passera de 14,1 % en 2014 à 16,8 % en 2020, et atteindra 17,7 % en 2040 [38]. Cette transformation de la pyramide des âges de la population active entraînera de façon mécanique une augmentation du nombre de personnes actives présentant une altération de leur état de santé, maladies chroniques notamment, avec les questions de leur maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle. Elle interroge également l'impact de l'allongement de la durée d'exposition à certaines conditions de travail sur la santé des individus et plus généralement, la soutenabilité des conditions de travail tout au long de la vie.

Les questions santé et travail seront ainsi dominées dans les années à venir par deux enjeux majeurs, ceci pour l'ensemble des catégories professionnelles : l'augmentation de l'âge des actifs et avec elle la question du maintien dans l'emploi de personnes présentant un moins bon état de santé global, et l'augmentation des risques psychosocio-organisationnels, en lien notamment avec les changements organisationnels et technologiques. Ils nécessiteront une approche plus intégrée de la prévention des risques professionnels, allant de la prévention primaire à la prévention tertiaire, et une articulation des politiques de santé publique et de santé au travail.

¹⁰ La fréquence des accidents avec séquelles a diminué deux fois plus rapidement dans le secteur du BTP que pour l'ensemble de l'économie au cours des années récentes.

¹¹ Le taux régional d'accidents avec séquelles dans le BTP est de 332 pour 100 000 salariés dans les Pays de la Loire vs 476 pour 100 000 en France.



ENCADRÉ 5. Chômage et santé

De nombreuses études montrent l'impact négatif du chômage sur la santé perçue, le risque de troubles de la santé physique et mentale et sur la mortalité en général. Ainsi, le Baromètre santé [39] qui évalue l'état de santé ressenti et déclaré par des individus, montre que les personnes au chômage présentent des scores de santé mentale et générale inférieurs (respectivement de 5,2 points et de 2,7 points) aux personnes déclarant travailler. L'analyse des données de l'enquête *Santé et itinéraires professionnels* montre également des effets négatifs significatifs du chômage sur la dépression et l'anxiété généralisée notamment chez les hommes de plus de 40 de ans [4].

Cependant, d'un point de vue populationnel, cet effet pénalisant du chômage pour la santé des individus est compensé par la réduction des expositions aux risques professionnels physiques et psychosociaux. Ainsi, certaines études portant sur des données agrégées de l'état de santé d'une population montrent une baisse de la mortalité concomitante à une augmentation du chômage [19].



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Dejours C, Gernet I. (2012). Psychopathologie du travail. Éd. Elsevier Masson. 155 p.
- [2] Goldberg M. (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 57. pp. 17-70.
- [3] Mesrine A. (2000). La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Économie et Statistique*. Insee. n° 334. pp. 33-48.
- [4] Blasco S, Brodaty T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et Statistique*. Insee. n° 486-487. pp. 17-44.
- [5] HCSP. (2015). Santé en France. Problèmes et politiques. Éd. La Documentation française. 175 p.
- [6] Ha C, Roquelaure Y. (2010). Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ? *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 526. pp. 35-37.
- [7] Brière J, Fouquet N, Ha C, et al. (2015). Des indicateurs en santé travail. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France. InVS. 51 p.
- [8] Roquelaure Y, Chazelle E, Gautier L, et al. (2017). Time trends in incidence and prevalence of carpal tunnel syndrome over eight years according to multiple data sources: Pays de la Loire study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. vol. 43, n° 1. pp. 75-85.
- [9] Le Bail M, Or Z. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. Édition 2016. Irdes. 56 p.
- [10] HAS. (2011). Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. Note de cadrage. 38 p.
- [11] Chiron É, Touranchet A, Valenty M. (2008). Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire. Résultats 2006. DRTEFP Pays de la Loire. 4 p. (Études et dossiers).
- [12] Gautier L, Tassy V, Plaine J, et al. (2015). Surveillance des maladies à caractère professionnel. Quinzaine MCP. Résultats 2013 et 2014. MCP. *Les maladies à caractère professionnel en région Pays de la Loire*. Direccte Pays de la Loire, InVS. n° 9.
- [13] DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Prost T., Rey S. (2015). Les déterminants liés aux conditions de travail. In *L'état de santé de la population en France. Rapport 2015*. Ministère chargé de la santé. pp. 125-135.
- [14] Anses. (2015). Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnvp3p). Rapport d'activité 2013-2014. 8 p.
- [15] Brière J, Chevalier A, Charbotel B, et al. (2011). Des indicateurs en santé travail. Les accidents mortels d'origine professionnelle en France. InVS. 24 p.
- [16] Gollac M, Bodier M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 223 p.
- [17] Fontaine R, Lengagne P, Sauze D. (2016). L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ? *Économie et Statistique*. Insee. n° 486-487. pp. 103-128.
- [18] Coutrot T. (2015). Risques psychosociaux et situation économique des entreprises. *Dares Analyses*. Dares. n° 044. 9 p.
- [19] HCSP. (2016). Crise économique, santé et inégalités sociales. Éd. La Documentation française. 104 p.
- [20] Roussel É, Tassy V. (2014). Un regard croisé sur les effets possibles des pratiques managériales. Partie 2. Direccte Pays de la Loire. 6 p.
- [21] Bègue M. (2014). Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. *Dares Analyses*. Dares. n° 031. 11 p.
- [22] Algava É, Davie E, Loquet J, et al. (2014). Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. *Dares Analyses*. Dares. n° 049. 11 p.
- [23] Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, et al. (2012). L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer. *Dares Analyses*. Dares. n° 023. 10 p.
- [24] Cohidon C, Rabet G, Murcia M, et al. (2016). Surveillance de la santé mentale au travail. Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Santé publique France. 134 p.
- [25] Drees. (2015). L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 324 p.
- [26] INCa. (2012). Cancers professionnels (Fiches repère). 8 p.
- [27] Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels. InVS. 32 p.
- [28] Centre de lutte contre le cancer François Baclesse, Université de Caen Basse-Normandie, Inserm. (2014). Enquête Agrican. Agriculture et cancer. *Bulletin Agrican*. n° 2. 32 p.
- [29] Bensadon AC, Barbezieux P. (2013). Interactions entre santé et travail. Igas. 130 p.
- [30] Inserm. (2011). Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Expertise collective. Les éditions Inserm. 483 p.



- [31] Barnay T, Defebvre E. (2016). L'effet des contraintes physiques du travail sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes. Enquête Santé et itinéraire professionnel, vagues 2006 et 2010, France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 7-8. pp. 148-153.
- [32] Garoche B. (2016). Les accidents du travail et les accidents de trajet. Toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse. *Dares Résultats*. Dares. n° 039. 9 p.
- [33] Perrier E. (2015). Les accidents du travail et les maladies professionnelles en Pays de la Loire 2010. *Directe Analyses Pays de la Loire*. Direccte Pays de la Loire. n° 1. 40 p.
- [34] INRS. (2013). L'analyse de l'accident du travail. La méthode de l'arbre des causes. 28 p. (ED 6163).
- [35] INRS. (2008). Face aux accidents : analyser, agir. 15 p. (ED 833).
- [36] Inserm. (2003). Alcool : dommages sociaux : abus et dépendance. Expertise collective. Les éditions Inserm. 550 p.
- [37] INRS. (2013). Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention. 36 p. (ED 6147).
- [38] Insee. (2016). Population active. In *Tableaux de l'économie française. Édition 2016*. Éd. Insee. pp. 42-43.
- [39] Ménard C, Léon C. (2007). Activité professionnelle et santé, quels liens ? In *Baromètre Santé 2005*. Sous la direction de Beck F, Guilbert P, Gautier A. Éd. Inpes. pp. 415-445.

La santé des habitants

des Pays de la Loire

Cet ouvrage a pour objectif de décrire les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire, grâce à l'analyse des données statistiques directement mobilisables, qui se sont particulièrement enrichies au cours de la dernière décennie. Il ne traite pas de toutes les maladies - bien qu'à l'échelle des individus, chacune soit importante - mais seulement de celles qui, au niveau de la population, apparaissent particulièrement fréquentes et graves.

La description proposée est organisée selon une double perspective. Populationnelle tout d'abord, avec une analyse de l'état de santé des Ligériens aux différents âges de la vie. Par pathologie ensuite, afin de décrire la situation régionale pour les principales causes de morbi-mortalité, et leur tendance évolutive.

Pour chacune des populations et pathologies étudiées, une attention particulière est portée aux inégalités sociales de santé. Par ailleurs, l'analyse des données a été menée avec le souci de pouvoir dégager quelques éléments de prospective à 10 ans, selon un scénario s'appuyant à la fois sur les tendances épidémiologiques récentes et sur l'évolution des principaux facteurs de risque et de protection susceptibles d'infléchir ces tendances. Parmi ces facteurs, la consommation de tabac et d'alcool dont l'impact est majeur, et les expositions professionnelles qui connaissent de profonds changements, sont abordées en dernière partie de ce document.

La réalisation de cette étude a été cofinancée par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional des Pays de la Loire. Elle contribuera à l'orientation, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques développées en région, Plan régional d'accès à la santé du Conseil régional et Projet Régional de Santé 2018-2022. En particulier, il répond à une demande de l'ARS et fait partie des documents constitutifs du Projet Régional de Santé 2018-2022 (PRS2). Les acteurs concernés, décideurs ou professionnels de la santé, du champ médicosocial ou de l'éducation, usagers, élus... pourront y trouver matière à enrichir leur pratique et à l'orienter pour mieux répondre aux enjeux de la santé des Ligériens, aujourd'hui et demain.



Observatoire régional de la santé (ORS) 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 75
accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com