

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-vasculaires 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'agrèger 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].

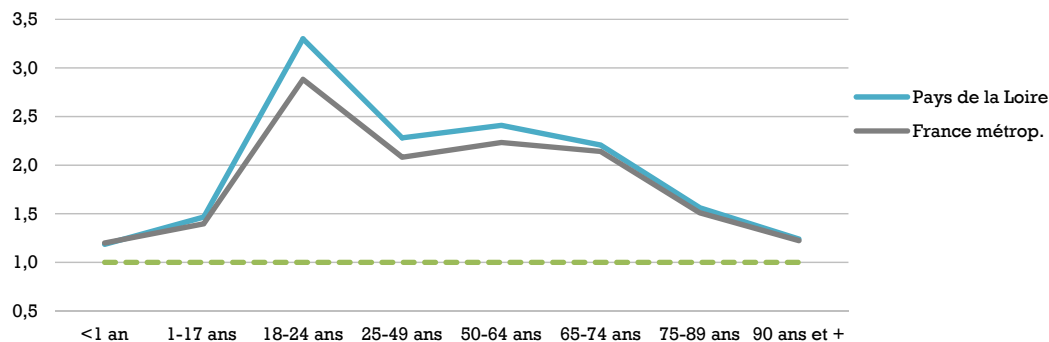
La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes tend à se réduire dans la région comme en France depuis une vingtaine d'années, sous l'effet de gains d'espérance de vie masculins légèrement supérieurs aux gains féminins.

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).

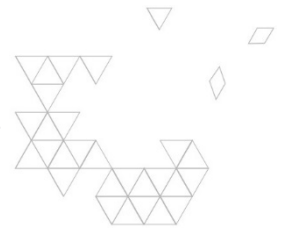
Une situation un peu moins favorable pour les hommes en Loire-Atlantique et en Sarthe

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.

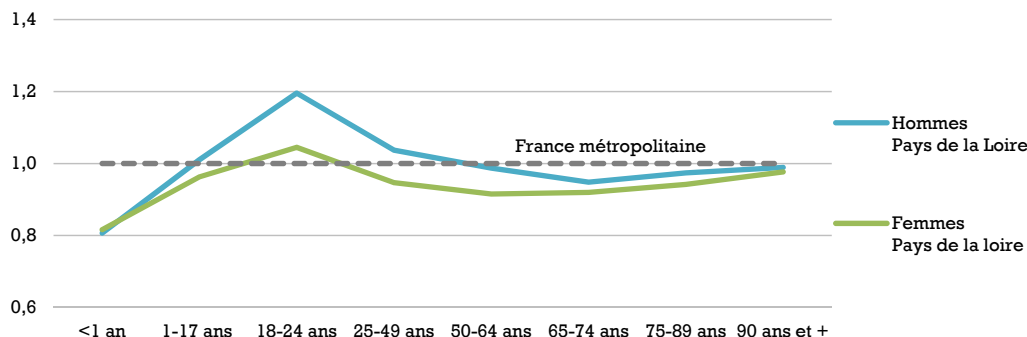
Par ailleurs, la mortalité des 20-24 ans est restée stable depuis le milieu des années 2000 dans la région, alors qu'elle conservait une tendance à la baisse au niveau national.

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

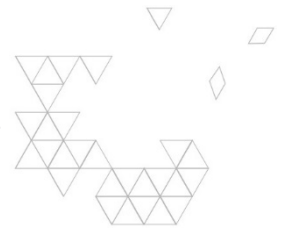
La situation spécifique de la France par rapport aux différents pays de l'Ouest de l'Europe, associant forte espérance de vie aux âgés élevés et forte mortalité avant 65 ans, a conduit au développement de l'utilisation du concept de mortalité prématurée. Actuellement, les indicateurs de mortalité prématurée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

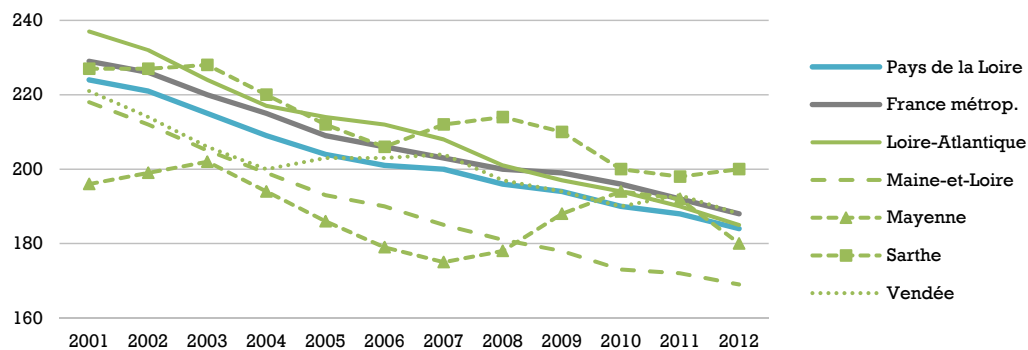
La baisse de la mortalité prématurée entre les périodes 2000-2002 et 2011-2013 a été plus forte en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire, permettant au premier de ce département longtemps mal placé pour cet



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 signant 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 :

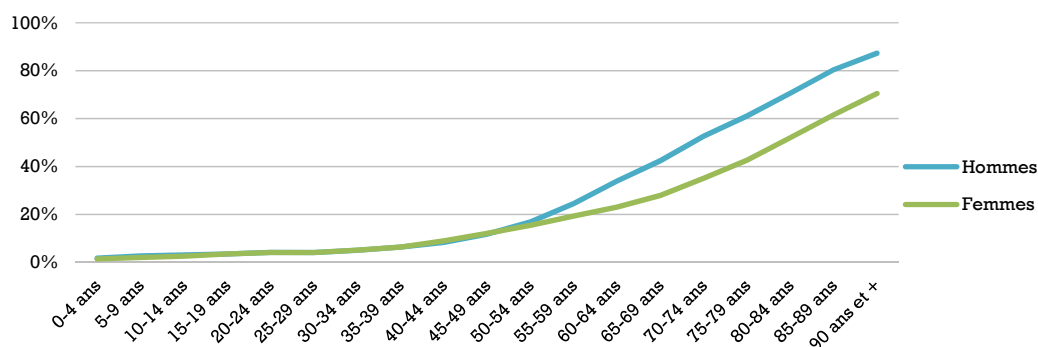
- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants : existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue et englobant la prise en charge de la nouvelle affection (ex : patient initialement exonéré pour diabète et développant une maladie 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 hémiparésie 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].

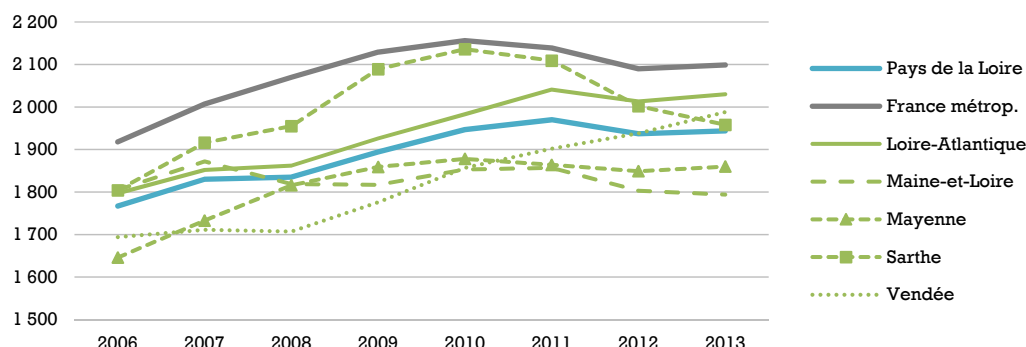
Cette moindre fréquence des admissions en ALD par rapport à la moyenne nationale se retrouve dans tous les départements de la région, avec un écart particulièrement marqué en Mayenne et en Maine-et-Loire [Fig6].

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.

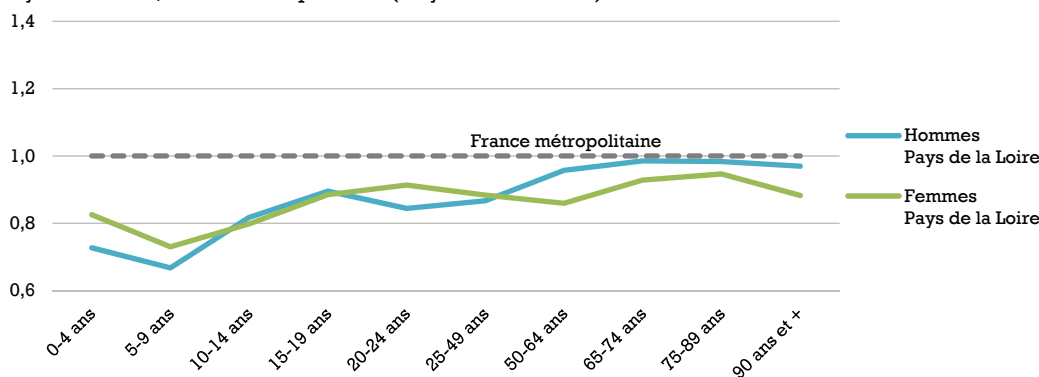


Fig6. Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



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].

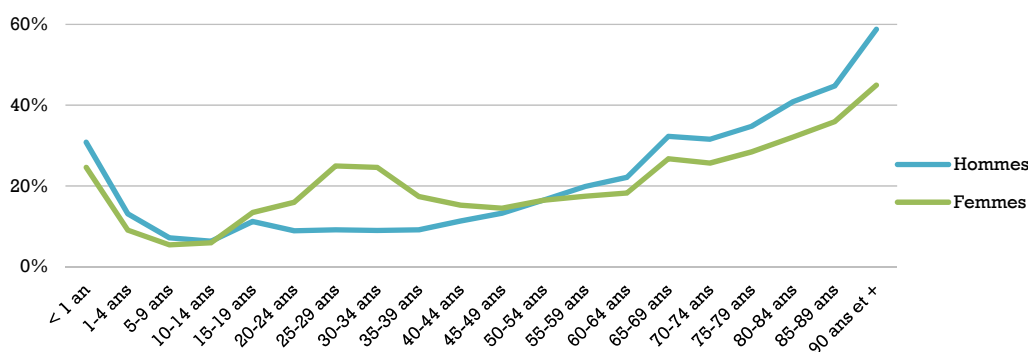
Un Ligérien sur 6 hospitalisé au moins une fois dans l'année en court séjour

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].



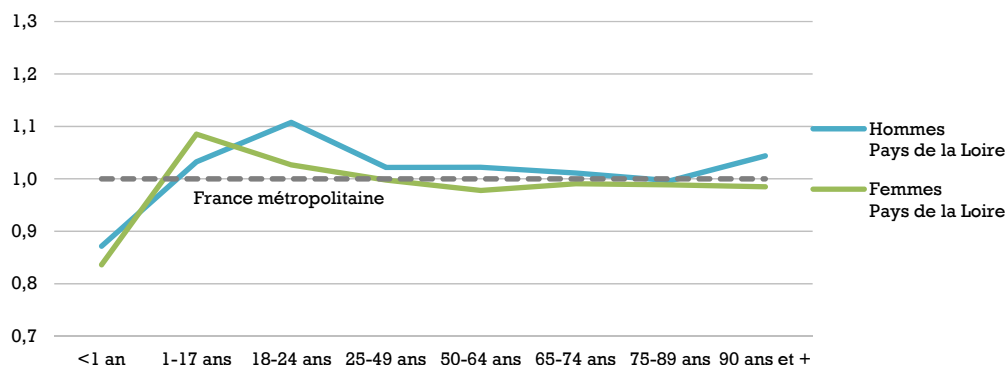
Ainsi, pour les hommes, le taux standardisé de patients ligériens hospitalisés, longtemps proche de la moyenne nationale, le dépasse de 2 % en 2015. Pour les femmes, ce taux longtemps inférieur à la moyenne en est devenu proche. Globalement, le taux d'habitants des Pays de la Loire hospitalisés tend 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

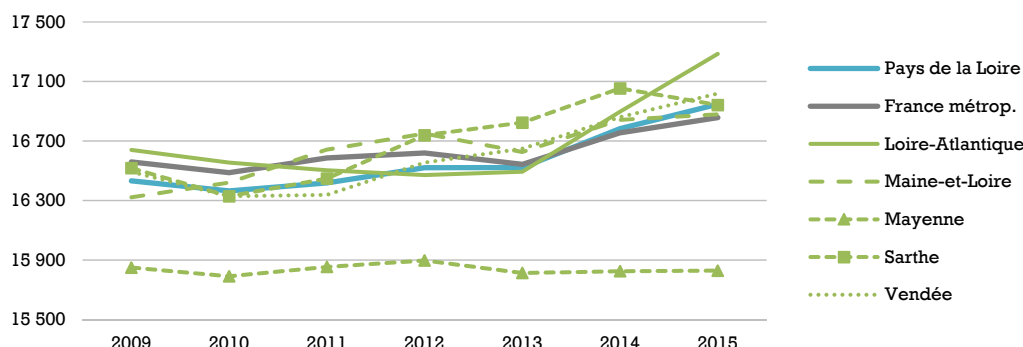
Des taux de recours au MCO variables selon les départements

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)

		Effectif			ICH	TCAM 2009-2015
		Hommes	Femmes	Total		
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	<i>dont tumeurs malignes</i>	18 119	14 252	32 371	107	0 %
D10-D36	<i>dont tumeurs bénignes</i>	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-K93	<i>dont maladies de l'appareil digestif hors mal. dents et parodontie</i>	40 816	37 388	78 204	84	+ 1,2 %
K00-K08	<i>dont maladies des dents et du parodontie</i>	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" apparaissent 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.

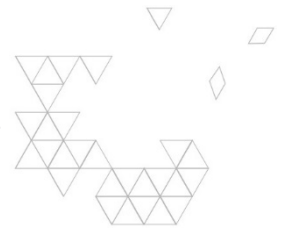
Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. Ce constat est lié, en partie, au profil différent des maladies affectant les femmes et les hommes. Les femmes sont plus souvent concernées par des pathologies avec un impact fort sur l'état fonctionnel 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 GALI.



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].



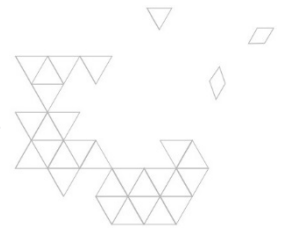
La prévalence du tabagisme et la part des Ligériens de 15-75 ans buvant quotidiennement de l'alcool et ayant une consommation à risque chronique (y compris de dépendance) sont plus élevées parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Les problèmes de surcharge pondérale y sont également plus fréquents, 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:montrebranches=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-dépenses/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'Épidémiologie 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'AEEH, 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].