

santé ■ Tableau de bord régional sur la santé ■ Tableau de bord régional sur la santé ■ Tableau de bord régional sur la santé

gional sur la santé ■ Tableau de bord rég



ional sur la santé ■ Tableau de bord rég

■ Tableau de bord régional sur la santé

Tableau de bord régional sur la santé ■ Ta

FAITS MARQUANTS

Tableau de bord régional sur la santé ■ Tableau de bord régional sur la santé ■ Tableau de bord régional sur la santé ■ Ta



La mise en oeuvre d'une véritable politique de santé publique doit s'appuyer sur un système d'information efficace et il n'est pas de dispositif performant dans ce domaine sans une valorisation des données la plus complète possible.

Ainsi, la réalisation par les Observatoires régionaux de la santé de tableaux de bord constitue un progrès important. Grâce au soutien financier de l'Etat et de la Caisse nationale d'assurance maladie, chaque région française dispose dorénavant d'un document standardisé, LA SANTE OBSERVÉE, fournissant la synthèse des principales données épidémiologiques disponibles.

Une première édition de ce document a été publiée en 1994 dans les Pays de la Loire et la mise à jour doit paraître au milieu de l'année 1998. Avant parution de ce tableau de bord complet, l'ORS des Pays de la Loire a rassemblé, à l'occasion de la Conférence régionale de santé, les FAITS MARQUANTS caractérisant la situation sanitaire de notre région pour les 40 thèmes du tableau de bord régional.

Ce travail, accompli par l'ORS des Pays de la Loire sous l'égide de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) a pu être réalisé grâce à la collaboration de l'ensemble des institutions qui ont bien voulu mettre à disposition de l'ORS leurs données statistiques. Qu'elles soient ici vivement remerciées. La Direction régionale des affaires sanitaires a elle-même contribué de manière importante à cette réalisation à partir des nombreuses sources d'informations statistiques qu'elle administre.

Engagé dans des transformations en profondeur, le système de santé français se dote progressivement d'outils qui contribuent à une meilleure connaissance de la situation sanitaire de la population et de l'action de ses différents acteurs. Je vous invite à prendre connaissance de ce document, qui doit permettre de favoriser une prise de conscience la plus large possible des problèmes de santé prioritaires pour notre région.

*Dr Huguette Vigneron-Meleder
Directeur,
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
des Pays de la Loire*

PRÉSENTATION

A la fin de l'année 1990, à la demande du directeur général de la santé, les Observatoires régionaux de la santé ont engagé une réflexion commune avec les services du Ministère de la santé, ceux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et avec la Conférence des Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, afin de déterminer les méthodes d'élaboration de rapports régionaux sur la santé. L'objectif était d'aboutir à la production, dans toutes les régions, d'un document rassemblant les principales données concernant la santé de la population, pour les mettre à disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire et social.

Un concept élaboré par la Fédération nationale des ORS

- Plutôt que d'élaborer un rapport sur la santé dans chaque région, la Fédération nationale des ORS (FNORS) a opté pour la formule de "tableaux de bord régionaux sur la santé", conçus sous forme d'un ensemble de fiches thématiques indépendantes.
- Un comité de pilotage national, rassemblant les principaux partenaires institutionnels - Ministère de la santé, régimes d'assurance maladie, Haut comité de la santé publique, Conférence des directeurs de DRASS - a alors été mis en place pour valider le protocole élaboré par la FNORS. Ce groupe d'experts se réunit désormais régulièrement pour valider le choix de nouveaux thèmes et l'actualisation des fiches.

Une réalisation assurée dans chaque région, selon une présentation systématisée et homogène

- La version actuelle du tableau de bord comprend 40 thèmes, rassemblés en 9 chapitres. Chaque thème fait l'objet d'une fiche de 4 pages, structurée de façon identique. Ces fiches sont regroupées au sein d'un classeur.
Afin d'obtenir la plus grande homogénéité lors de la réalisation de chaque fiche au niveau des régions, des règles précises sont fixées par la FNORS, tant pour la mise en forme que pour le choix des indicateurs.
- Une première édition des tableaux de bord a été publiée dans chaque région entre 1993 et 1995. Des actualisations partielles sont d'ores et déjà parues.
Parallèlement, la FNORS a édité une synthèse de l'ensemble des tableaux de bord régionaux à la fin de l'année 1996.

Dans les Pays de la Loire, une synthèse rassemblant les faits marquants

- Le premier tableau de bord régional sur la santé des Pays de la Loire est paru en 1994. Une nouvelle édition, actualisée et enrichie sera disponible en juin 1998.
- Pour assurer une large diffusion de cette nouvelle édition, l'ORS des Pays de la Loire en a extrait les éléments clés, et les a rassemblés dans le présent document "LA SANTE OBSERVEE-FAITS MARQUANTS".

SOMMAIRE

Constat d'ensemble

1.1	Le contexte géographique et économique	7
1.2	La population	8
1.3	La mortalité	9
1.4	L'activité et l'emploi	10

Offre et consommation de soins

2.1	Les équipements hospitaliers	11
2.2	Les médecins	12
2.3	Les professionnels de santé libéraux	13
2.4	Les urgences	14
2.5	La psychiatrie hospitalière	15
2.6	Consommation de soins	16

Mère et enfant

3.1	Autour de la grossesse	17
3.2	La santé de l'enfant	18
3.3	Le mode de vie de l'enfant	19
3.4	L'offre de soins mère-enfant	20

Personnes âgées

4.1	La population âgée	21
4.2	Les équipements pour personnes âgées	22

Personnes handicapées

5.1	Les enfants handicapés	23
5.2	Les adultes handicapés	24

Pauvreté-précarité

6.1	Pauvreté-précarité	25
6.2	Les difficultés d'accès au logement	26
6.3	L'accès aux soins	27

Pathologies

7.1	Vue d'ensemble des pathologies	28
7.2	La mortalité prématurée	29
7.3	Les affections cardio-vasculaires	30
7.4	Les tumeurs	31
7.5	Les cancers du côlon et du rectum	32
7.6	Les cancers de l'utérus	33
7.7	Le cancer du sein	34
7.10	Le cancer de la prostate	35
7.8	Le sida	36
7.9	La tuberculose	37
7.11	Les maladies respiratoires	38

Facteurs de risque

8.1	L'alcool et ses conséquences sur la santé	39
8.2	Le tabac et ses conséquences sur la santé	40
8.3	La toxicomanie	41
8.4	Les accidents	42
8.5	Les suicides	43
8.6	Maladies professionnelles	44

Santé et environnement

9.1	Air et santé	45
9.2	Eau et santé	46

COMMENT SE PROCURER "LA SANTE OBSERVÉE" ?	47
--	-----------



CONTEXTE NATIONAL

■ Le phénomène de "contre urbanisation" (perte de population des grandes villes et des régions à forte densité au profit des zones périphériques), qui avait marqué la période 1968-1982, est à présent révolu. En effet, entre les deux derniers recensements, l'expansion des plus grandes régions se conjugue avec la forte croissance de la plupart des grandes agglomérations.

A l'échelon local, l'étalement des villes se poursuit. Depuis 1982, la **croissance urbaine** se traduit par une croissance des banlieues (+ 0,9 % par an) mais surtout des communes rurales voisines (+ 1,3 % par an) alors que la population des villes-centres reste stable (+ 0,1 % par an). En 1990, seulement 4 % des français vivent dans une commune du rural profond, située hors de l'attraction des villes.

Entre 1990 et 1997, le **Produit Intérieur Brut (PIB)** a augmenté de 1,3 % par an en France métropolitaine (en francs constants). Au début de cette période, la croissance est relativement faible, elle est même négative en 1993.

L'emploi total est resté stable entre 1990 et 1995 (- 0,2 % par an), l'emploi salarié progressant de 2 % par an. La part des emplois non salariés dans l'emploi total est passée de 13,4 % à 11,8 %.

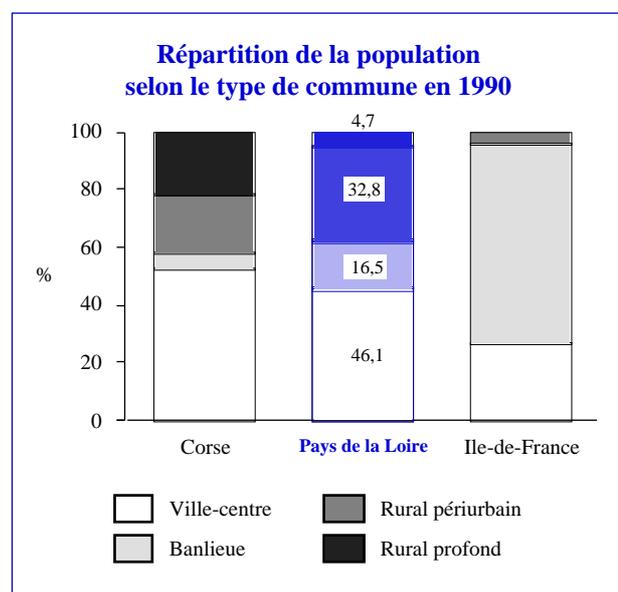
De 1990 à 1994, le **taux de chômage** enregistre une progression rapide passant de 8,9 % à 12,3 %. En 1996, il est égal à 12,4 % et on compte 3 092 500 demandeurs d'emploi en fin d'année.

Si les disparités inter-régionales tendent à s'amenuiser lorsque l'on considère le PIB, l'effet inverse s'observe pour le chômage.

Dans ce contexte, la reprise actuelle de la politique d'aménagement du territoire vise à éviter un développement du territoire à deux vitesses. S'ajoutant aux contrats État-région, la contractualisation se développe entre de nouveaux partenaires, d'une part entre l'Etat et les grandes métropoles ou entre l'Etat et des réseaux de villes afin de mettre en valeur leur complémentarité et de leur donner une dimension européenne, d'autre part entre les régions et les collectivités locales. Ces contrats de plan prévoient notamment des dispositifs de conversion industrielle, le développement et le désenclavement des zones rurales avec l'amélioration de la desserte, de l'équipement et l'aide à la création d'emploi.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les communes rurales, notamment celles qui se situent dans l'attraction des villes, rassemblent plus du tiers des 3 millions d'habitants des Pays de la Loire, soit une proportion nettement supérieure à la moyenne nationale (26 %).
- Avec un PIB de 325 milliards de francs en 1992, les Pays de la Loire se situent au 5ème rang des régions françaises. Mais si l'on considère le PIB par habitant, notre région n'occupe que la 11ème place.
- Le secteur tertiaire regroupe plus de 60 % des emplois, mais comparativement aux autres régions françaises, le poids de l'industrie et celui de l'agriculture demeurent élevés.
- Entre 1991 et 1996, l'emploi total a progressé de 7 400 personnes. Ce solde résulte d'un accroissement des effectifs salariés de 34 400 personnes et d'une diminution de l'emploi non salarié, notamment agricole, de 27 000 personnes. Cependant, cette progression n'a pas permis une stabilisation du chômage dont le taux (12,4 % en 1996) est proche de la moyenne nationale.



Source : INSEE, RP 90

CONTEXTE NATIONAL

■ La France métropolitaine comptait 56,6 millions d'habitants au 5 mars 1990, date du dernier recensement. Le rythme d'accroissement de la population s'est maintenu entre 1975 et 1990 au taux de 0,5 % par an, essentiellement par excédent des naissances sur les décès (0,4 %) et dans une moindre mesure par un apport migratoire (0,1 %). Au 1er janvier 1997, la **population en France métropolitaine atteint 58,5 millions** d'habitants.

La **fécondité** en France reste une des plus élevées d'Europe. En 1996, l'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,72 enfants par femme. Après une période de stabilité entre 1975 et 1988 (environ 1,8 enfants par femme), la fécondité a connu une baisse importante au début de la décennie, atteignant son point le plus bas en 1994 (1,65). On assiste depuis cette date à une reprise de la fécondité.

En raison de la baisse de la natalité et de l'allongement de la durée de vie, le **vieillessement de la population se poursuit** : la part des moins de 20 ans recule (26 %), celle des personnes âgées de plus de 65 ans augmente (15 %).

L'opposition entre le Nord de la France, plutôt jeune en raison d'une fécondité élevée, et le Sud, plutôt âgé, s'atténue : entre les deux derniers recensements (1982 et 1990), le vieillissement a touché des régions traditionnellement jeunes.

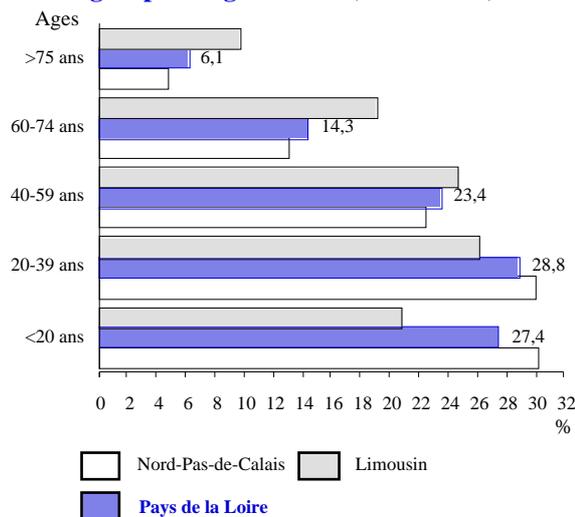
La proportion de personnes de **nationalité étrangère** (6,3 % de l'ensemble de la population) est restée stable entre 1982 et 1990. La part des personnes originaires de la Communauté Economique Européenne s'est réduite au profit de celle des autres pays. Selon les statistiques établies pour la première fois par l'Office des Migrations Internationales, l'immigration étrangère s'élevait à près de 100 000 personnes entrées sur le territoire métropolitain en 1990. Les retours d'étrangers dans leur pays ne sont pas comptabilisés.

En se basant sur un solde migratoire identique à celui de la période 1975-1990 et sur une évolution tendancielle de la mortalité, les **projections de population** réalisées à partir du recensement de la population de 1990 prévoient une croissance de la population française jusqu'en 2040. A cet horizon, la population totale de la France atteindrait 65,4 millions dans l'hypothèse d'une baisse modérée de la fécondité et 71,5 millions dans l'hypothèse d'un maintien de la fécondité au niveau actuel.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les Pays de la Loire sont la cinquième région française par leur poids démographique, avec une population estimée à 3 139 000 habitants au 1er janvier 1995.
- Depuis 1982, la population augmente d'environ 0,5 % par an. Cette évolution est due pour les quatre cinquièmes à l'excédent des naissances sur les décès, pour un cinquième au solde migratoire positif.
- Les Pays de la Loire sont encore une région relativement jeune, grâce à la forte fécondité qu'on connaît pendant longtemps plusieurs départements. Mais cet avantage s'amenuise, en raison de la baisse de la natalité mais aussi de l'arrivée de nombreux retraités sur le littoral atlantique.

Répartition de la population par grands groupes d'âge en 1995 (estimations)



Source : INSEE (estimations au 01/01/1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ En 1995, l'espérance de vie à la naissance s'élève en France à 73,8 ans pour les hommes et 81,9 ans pour les femmes.

Les **femmes françaises** ont la longévité la plus élevée du monde, après les japonaises.

La situation des **hommes** est moins favorable avec une espérance de vie proche de la moyenne de celle des pays développés. Il en résulte que **l'écart entre les deux sexes (8 ans en 1995) est l'un des plus élevés du monde**. Cet écart s'explique par la forte surmortalité masculine, qui semble s'être stabilisée depuis le début des années 80. Les facteurs à l'origine de cette surmortalité sont nombreux et malaisés à distinguer les uns des autres. Les facteurs biologiques sont très certainement accentués par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes) et environnementaux (conditions de travail...).

La **diminution de la mortalité**, qui avait marqué le pas au cours des années 60, se poursuit à nouveau à un rythme soutenu, ce qui se traduit par un allongement de l'espérance de vie d'une année tous les quatre ans.

Jusqu'aux années 60, les progrès s'expliquent principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges et à la réduction de la mortalité par affections cardio-vasculaires. Dans ce contexte général de baisse de la mortalité, le nombre de décès relativement stable depuis huit ans (520 000 en 1994) s'explique par le vieillissement de la population.

L'**inégalité sociale devant la mort** ne s'atténue pas entre les années 60 et 90. En 1988-92, le taux de décès des hommes entre 25 et 54 ans est près de trois fois plus élevé pour les ouvriers et employés que pour les cadres supérieurs et professions libérales.

Quant aux **disparités géographiques**, elles restent importantes avec un écart d'espérance de vie entre régions extrêmes qui atteint 4,3 ans pour les hommes et 3,1 ans pour les femmes en 1993.

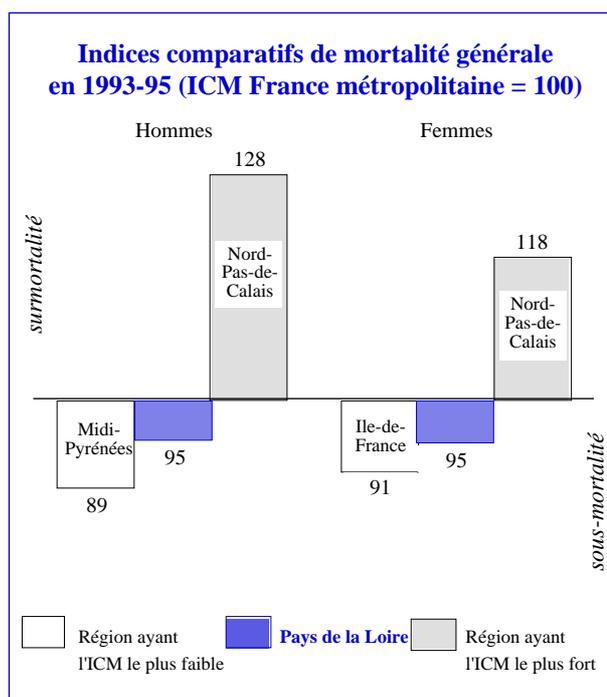
FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- L'espérance de vie à la naissance des habitants des Pays de la Loire atteint 74,5 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes en 1995. Elle est pour chacun des deux sexes légèrement supérieure à la moyenne nationale.

La mortalité générale dans la région est en effet inférieure de 5 % à celle constatée en France, pour les hommes comme pour les femmes.

- Il existe toutefois une importante mortalité prématurée, puisque 29 % des décès masculins et 13 % des décès féminins surviennent avant 65 ans.

- Entre 1990 et 1995, la diminution de la mortalité s'est traduite par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 1,5 an pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes.



Source : INSEE

Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ En 1990, la France comptait 25,3 millions d'actifs sur 56,6 millions d'habitants, soit 1,5 millions de plus qu'en 1982.

La part des emplois indépendants a régressé entre 1982 et 1990, avec une baisse de 32 % du nombre d'agriculteurs et une stagnation du nombre d'artisans, commerçants et chefs d'entreprises.

En revanche, l'emploi salarié a progressé, notamment les emplois les plus qualifiés. Les effectifs de cadres ont augmenté plus vite que ceux des professions intermédiaires et des employés, le nombre d'ouvriers restant stable.

L'évolution de l'**activité professionnelle** est marquée par trois phénomènes : l'augmentation du taux d'activité professionnelle des femmes, le raccourcissement de la durée d'activité et l'accroissement du chômage.

La progression de l'**activité féminine**, observée depuis les années soixante, s'est poursuivie à un rythme ralenti depuis 1982. Avec un taux d'activité de 59 % entre 15 et 65 ans, les femmes représentaient, en 1990, 44 % de la population active contre 34 % en 1962.

Les **taux d'activité diminuent aux deux extrémités de la vie active**. Pour les plus jeunes, l'allongement de la scolarité se poursuit : **la proportion de bacheliers dans une génération** a doublé entre 1986 (31,2 %) et 1996 (61,3 %). Pour les plus âgés, l'activité diminue après 55 ans.

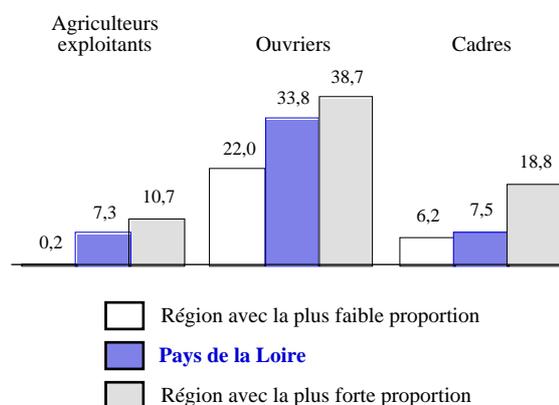
En septembre 1997, selon la définition du Bureau International du Travail, **le taux de chômage s'élevait à 12,5 %**. L'accroissement du chômage a entraîné la création de diverses formes de stages de qualification et d'insertion professionnelle.

Le Contrat Initiative Emploi, créé en juillet 1995, développe cette politique notamment dans le secteur privé. Parallèlement, la crise économique a conduit les entreprises à assouplir la gestion de leur main d'œuvre en ayant recours aux Contrats à durée déterminée (CDD) et à l'emploi intérimaire.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Même si ces caractéristiques tendent à s'estomper, les Pays de la Loire comptaient au recensement de 1990 une proportion importante d'ouvriers et d'agriculteurs parmi les actifs.
- Les taux d'activité féminins ont fortement progressé au cours des dernières décennies, et en 1990, les trois quarts des femmes de 25 à 55 ans se déclaraient actives.
- Le chômage concerne 12,6 % de la population active en septembre 1997. Les femmes et les jeunes sont les plus touchés.
- Ces dernières années, la forte progression de la proportion de bacheliers a permis à la région de combler son retard. Aujourd'hui les deux tiers d'une classe d'âge possèdent le diplôme.

Pourcentage d'agriculteurs exploitants, d'ouvriers et de cadres dans la population active en 1990



Source : INSEE, RP 90

On trouve la plus faible proportion d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants en Ile-de-France, de cadres en Basse-Normandie ; la plus forte proportion d'agriculteurs dans le Limousin, d'ouvriers en Franche-Comté et de cadres en Ile-de-France.

CONTEXTE NATIONAL

■ En France, l'activité des équipements hospitaliers a beaucoup évolué depuis une dizaine d'années sous l'effet de différents facteurs souvent liés entre eux : progrès techniques, développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (hôpital de jour, hospitalisation à domicile...), contraintes économiques... Cette évolution s'est notamment traduite, sur le plan quantitatif, par une **diminution du nombre de lits de soins de courte durée** (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique) de 311 000 à 266 000 lits entre 1985 et 1995 (-15 %). **L'activité est néanmoins en hausse** puisque le nombre d'entrées a augmenté d'environ 14 % pendant la même période, s'accompagnant d'une baisse de la durée de séjour.

Le nombre de lits pour les **soins de suite** (rééducation, convalescence) a connu une baisse moins importante, de 101 000 à 93 000 lits en dix ans, avec également un accroissement des admissions. Les mêmes évolutions se sont produites en psychiatrie. En revanche, **l'accroissement du nombre de lits de soins de longue durée**, consacrés à l'hébergement médicalisé des personnes âgées, a été très marqué (+ 44 %).

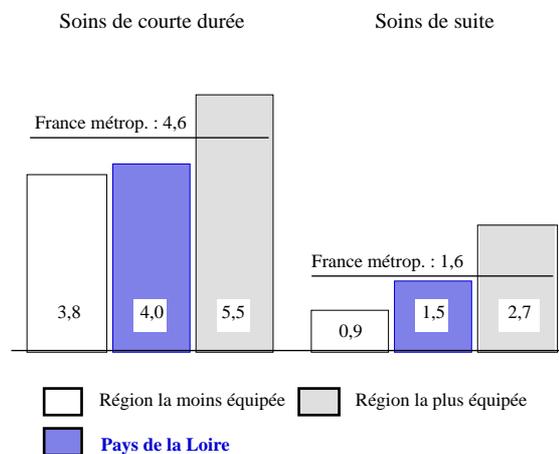
En parallèle, des évolutions plus qualitatives se sont produites : développement des services de radiologie et de biologie, augmentation des équipements matériels lourds (scanners, appareils d'imagerie à résonnance magnétique, lithotripteurs, angiographie numérisée...).

Depuis presque 30 ans, il existe en France une planification hospitalière qui vise à mieux répartir les lits d'hospitalisation et les équipements matériels lourds sur le territoire. La loi hospitalière de 1970 avait ainsi instauré la carte sanitaire, découpant la France en secteurs sanitaires, et la fixation d'indices de besoin par discipline et par secteur. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a créé de nouvelles conditions pour la planification des équipements hospitaliers, en prévoyant, outre la révision des cartes sanitaires, la mise en place de **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)** "déterminant la répartition des installations et des activités de soins dans la région". Les **ordonnances d'avril 1996** ont instauré le vote annuel par le Parlement des objectifs de dépenses de l'assurance maladie, en fonction des priorités de santé arrêtées par la Conférence nationale de santé. Concernant l'hospitalisation, une des ordonnances a créé les agences régionales d'hospitalisation. Celles-ci sont chargées de la planification des structures et des équipements de santé publics et privés. Elles déterminent les financements et coordonnent l'activité des établissements sur la base de contrats pluri-annuels passés avec eux, permettant de s'adapter aux besoins de la population. Par ailleurs, les établissements hospitaliers doivent tous faire l'objet d'une accréditation dans les cinq ans à venir par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- La région compte près de 13 000 lits de soins de courte durée : 47 % en médecine, 42 % en chirurgie, 11 % en gynéco-obstétrique. Cela représente une densité de 4 lits pour mille habitants, inférieure de 12 % à la moyenne nationale.
- En médecine, quatre lits sur cinq dépendent du secteur public. Les établissements de santé publics et privés disposent en revanche d'un nombre équivalent de lits en chirurgie. Enfin, en gynéco-obstétrique, 43 % des lits d'hospitalisation sont rattachés à des cliniques.
- Les prises en charge en hospitalisation de jour ou en ambulatoire, connaissent un fort développement. Elles représentent en 1995, 23 % du nombre total des entrées de court séjour. Cette proportion atteint 33 % en chirurgie dans les établissements privés.
- La région compte également près de 4 800 lits consacrés aux soins de suite et 5 100 lits consacrés aux soins de longue durée pour les personnes âgées.

Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants au 31/12/1995



Sources : DRASS-SESI, INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1996)
Exploitation O.R.S.
RÉGION LA MOINS ÉQUIPÉE : Poitou-Charentes en soins de courte durée, Champagne-Ardenne en soins de suite.
RÉGION LA PLUS ÉQUIPÉE : Corse en soins de courte durée, Languedoc-Roussillon en soins de suite.

CONTEXTE NATIONAL

■ Au 1er janvier 1997, la France compte **174 600 médecins**, soit 298 praticiens pour 100 000 habitants. La progression des effectifs se ralentit ; le taux de croissance annuel moyen était de 3,5 % entre 1981 et 1991, et de 2,3 % entre 1992 et 1997.

Au cours des dernières années, le nombre de spécialistes a augmenté plus rapidement que celui des généralistes et, aujourd'hui, leurs effectifs sont équivalents : **87 500 spécialistes et 87 000 généralistes**. La féminisation de la profession est également marquée : **les femmes représentent actuellement 34 % des médecins** contre 14 % en 1968.

Les médecins se répartissent en **56 500 salariés**, exerçant principalement dans les établissements hospitaliers (69 %) et dans le secteur de la prévention (15 %), et **118 000 libéraux**. Ces derniers restent beaucoup plus nombreux dans le sud de la France et à Paris.

Depuis 1980, les praticiens libéraux ont la possibilité d'appliquer des honoraires libres dans le cadre du secteur 2 conventionné. Entre 1980 et 1989, de nombreux médecins, surtout parmi les spécialistes, ont opté pour ce secteur. Depuis, le passage du secteur 1 au secteur 2 n'est plus possible et, pour ceux qui s'installent, l'accès au secteur 2 est très limité. La proportion de praticiens en secteur 2 varie beaucoup selon les situations géographiques : au 1er janvier 1995, pour l'ensemble des médecins, elle vaut ainsi 67 % à Paris et 18 % dans le département du Nord. Or, un nombre réduit de médecins en secteur 1 (tarifs fixés) peut compromettre l'accès aux soins pour tous.

La création des **Unions Régionales Professionnelles** en 1994, constitue un évènement marquant. Élues par l'ensemble des médecins libéraux, elles sont dotées de moyens importants basés sur des cotisations individuelles obligatoires. De nombreuses missions leurs sont confiées : participation à des études épidémiologiques, évaluation des pratiques professionnelles, prévention, actions de santé publique, coordination avec les autres professionnels de santé, formation...

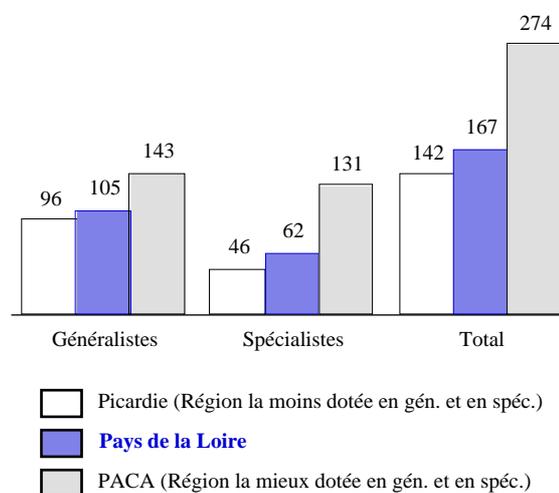
Les liens entre médecine de ville et hôpitaux se développent, tels que les réseaux ville-hôpital (notamment en matière de Sida), ou la participation à la régulation des urgences dans le cadre des centres 15.

Les **ordonnances d'avril 1996** ont instauré le vote annuel par le Parlement des objectifs de dépenses de l'assurance maladie, en fonction des priorités de santé arrêtées par la Conférence nationale de santé. Concernant la médecine libérale, une des ordonnances adoptées en avril 1996, prévoit, entre autres, l'obligation de formation continue, l'informatisation des cabinets médicaux, des expérimentations sur les filières et les réseaux de soins, et la généralisation du carnet de santé.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Près de 7 700 médecins exercent dans la région, dont 5 300 à titre libéral.
- Entre 1987 et 1997, le nombre de praticiens libéraux a augmenté de 32 %, progression comparable à celle observée au plan national (30 %). Cette progression des médecins libéraux a été plus marquée chez les spécialistes (+ 36 %) que chez les généralistes (+ 29 %). Mais dans la région, les médecins généralistes restent plus nombreux (62 %) que les médecins spécialistes.
- La densité de médecins libéraux est inférieure de 17 % à la moyenne nationale. Les écarts sont plus importants pour les spécialistes (- 29 %) que pour les généralistes (- 8 %).
- 14 % des généralistes, principalement les médecins à mode d'exercice particulier, et 23 % des spécialistes libéraux sont conventionnés avec honoraires libres. Ce mode d'exercice est moins fréquent qu'au plan national.

Densité médicale au 1er janvier 1997
Nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : DRASS-SESI, INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1997)
Exploitation O.R.S.

La rubrique "généralistes" inclut les médecins "compétents" ou à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncture, homéopathes).

CONTEXTE NATIONAL

■ Le secteur de la santé regroupe de multiples professionnels en dehors des médecins. Ne sont présentées ici que six professions : trois professions paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes) et trois professions médicales (pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes). De nombreuses autres professions font partie du secteur de la santé, parmi lesquelles on peut citer les aides-soignantes, les techniciens de laboratoires, les orthoptistes, les prothésistes...

Les effectifs des six professions étudiées continuent à progresser, passant de **458 000 en 1991 à 515 000 en 1996**, soit un accroissement d'environ 12,5 % en 5 ans.

Cependant, cette progression est plus réduite chez les chirurgiens-dentistes (+ 4 %) que pour les autres professions. Le taux de croissance est de 8 % chez les pharmaciens, de 11 % chez les infirmiers. Il atteint 24 % chez les masseurs-kinésithérapeutes et 48 % pour les orthophonistes. Les **infirmiers** représentent le corps professionnel le plus important avec plus de **343 700 personnes** (dont 53 700 infirmiers de secteur psychiatrique) en 1996.

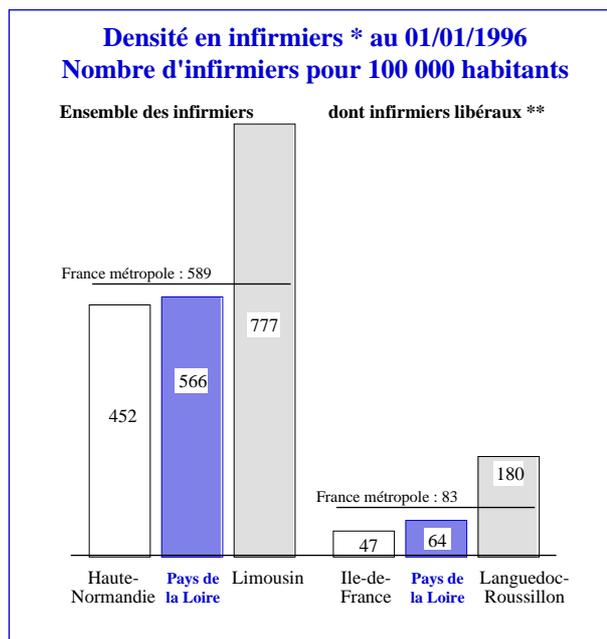
Les 55 200 pharmaciens exerçant en France représentent 11 % de l'ensemble des professionnels de santé étudié, les masseurs-kinésithérapeutes 9 % (48 800) et les chirurgiens-dentistes 8 % (39 600). Enfin, les orthophonistes et les sages-femmes représentent à eux deux 5 % des effectifs professionnels présentés ici, l'effectif des orthophonistes (15 200) ayant dépassé celui des sages-femmes (12 700).

Dans certaines de ces professions, l'exercice libéral domine : c'est le cas des chirurgiens-dentistes (93 % ont une activité exclusivement ou partiellement libérale), des masseurs-kinésithérapeutes (76 %) et des orthophonistes (60 %). Par ailleurs, la moitié des pharmaciens sont titulaires d'officines, les autres exerçant souvent comme assistants, mais aussi comme fabricants de produits pharmaceutiques, grossistes ou biologistes par exemple. En revanche, les infirmiers et sages-femmes exercent beaucoup plus rarement à titre libéral (14 % et 12 %).

D'une façon générale, **la répartition de ces professionnels est inégale sur le territoire national**, et fait apparaître une moitié sud avec des densités - nombre de professionnels pour 100 000 habitants - importantes, et une moitié nord nettement moins bien pourvue.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Outre les médecins, les Pays de la Loire comptent plus de 25 000 professionnels de santé, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes.
- La profession ayant l'effectif le plus important est celle des infirmiers avec 18 000 professionnels, dont 3 200 infirmiers de secteur psychiatrique. 83 % des infirmiers travaillent dans un établissement de santé, et parmi ceux-ci, huit sur dix dans un établissement public. 11 % des infirmiers exercent en secteur libéral.
- Quelle que soit la profession, la région est moins dotée en professionnels de santé que la moyenne nationale.
- Toutes les professions connaissent une progression de leurs effectifs. Ces augmentations ont en général permis de réduire les écarts entre les densités des Pays de la Loire et celles de la France.



Sources : DRASS-SESI, INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1996)
Exploitation O.R.S.

* Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique
** Infirmiers libéraux temps complet et temps partiel

CONTEXTE NATIONAL

■ L'urgence en matière de santé est généralement définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète -à tort ou à raison- l'intéressé et/ou son entourage". Alors que le terme d'urgence est souvent perçu comme associé à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité d'une réponse rapide à toute demande non programmée, quelle que soit la gravité du problème.

L'organisation de la prise en charge des urgences en France repose sur des services publics ou privés. Dans le domaine public, la prise en charge des urgences est assurée par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux, les sapeurs-pompiers, les centres anti-poisons, la police et la gendarmerie. Dans le domaine privé, il s'agit des médecins libéraux, des ambulanciers libéraux, des établissements privés de soins et des associations humanitaires.

Pour faciliter l'accès de la population aux services d'urgences, les SAMU se sont dotés peu à peu d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelé "centre 15". Fin 1997, pratiquement tous les départements de France disposaient d'un CRRA. Cette centralisation des appels permet de proposer à la population un accès facile à un médecin régulateur, libéral ou hospitalier, et permet une meilleure orientation et adaptation des réponses en fonction de la demande exprimée, conseil médical, choix du mode d'intervention et du mode d'acheminement, ou de la préparation de l'accueil hospitalier des malades. En 1995, les **104 SAMU ont traité 3,4 millions d'affaires, soit plus de 9 300 par jour**.

Les médecins libéraux et les associations de médecins urgentistes (SOS médecins, associations de soins et urgences médicales) participent au fonctionnement de la plupart des "centres 15", qu'il s'agisse des réponses aux appels ou des interventions sur les lieux de détresse. L'acheminement médicalisé des urgences vers les établissements hospitaliers est assuré principalement par les sapeurs-pompiers et les SMUR. En 1995, **343 SMUR** sont répartis sur le territoire français.

L'activité des services d'urgence hospitaliers a progressé très rapidement au cours de la dernière décennie. En 1995, les unités d'accueil et de réception des urgences des hôpitaux publics ont enregistré plus de 10 millions de passages, suivis dans 30 % des cas par une hospitalisation.

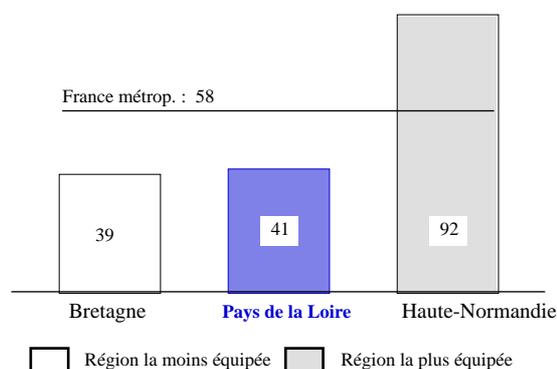
FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

● Les 6 SAMU des Pays de la Loire (deux en Loire-Atlantique et un dans chacun des autres départements) traitent en moyenne 350 affaires chaque jour, ce qui correspond à un nombre d'affaires traitées, rapporté à la population, inférieur à la moyenne nationale. Avec la mise en route de celui de Nantes en 1998, tous les SAMU de la région disposent désormais d'un centre 15 qui assure la régulation des appels.

● 35 % de ces appels se soldent par de simples conseils. Les médecins libéraux prennent en charge les patients concernés dans 29 % des cas, participation plus élevée qu'au plan national (21 %).

● Par ailleurs plus de 1 000 passages sont enregistrés en moyenne chaque jour dans les services d'accueil et de traitement des urgences de la région. La population des Pays de la Loire a moins fréquemment recours à ces services que la moyenne nationale, mais la proportion d'hospitalisation est plus élevée dans la région (40 % contre 30 %).

Taux d'affaires traitées par les SAMU en 1995
(pour 100 000 habitants)



Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1995)
Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique, tant par le nombre de consultations et d'hospitalisations, que par les handicaps et les invalidités que ces troubles génèrent.

Depuis les années 60, l'utilisation de nouveaux médicaments et la diversification des modes de prise en charge ont favorisé le recours aux soins des patients en ambulatoire et en hospitalisation partielle (jour ou nuit).

Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements que des professionnels.

En 1995, la psychiatrie hospitalière publique ou privée totalise en France 75 800 lits d'hospitalisation complète et 25 800 places en hospitalisation partielle. La part des capacités totales destinées à l'hospitalisation partielle atteint ainsi 25 %

Le dispositif public de soins psychiatriques est organisé en secteurs : **un secteur de psychiatrie adulte couvre environ 70 000 habitants et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile 210 000 habitants.**

Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète, partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil...

Pour améliorer la planification des structures, une démarche de concertation a été définie par le législateur dans les années 1985-1986, associant toutes les parties concernées au sein des conseils départementaux de santé mentale. Par ailleurs, des **schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie** doivent permettre de mener à bien la politique de santé mentale pour les années à venir.

Actuellement, la tendance est à la diversification des modes de soins par le développement de structures extra-hospitalières et la pluralité des lieux d'interventions, à l'intensification de l'activité de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux et au développement des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

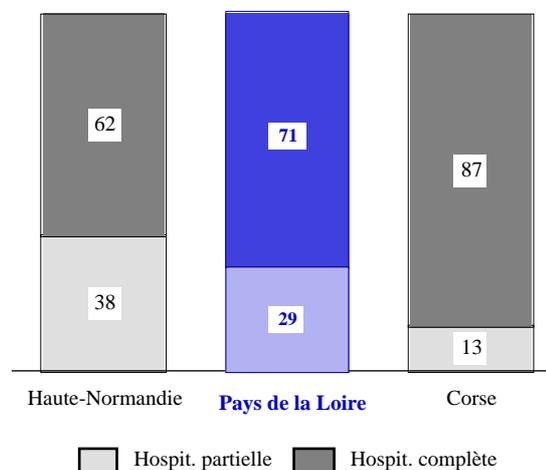
● En 1995, la région compte 5 230 lits d'hospitalisation en psychiatrie, soit, rapporté à la population, un taux d'équipement proche de la moyenne nationale.

● Près de trois lits sur quatre dépendent de l'un des 6 Centres hospitaliers spécialisés (CHS). 20 % sont installés dans des hôpitaux généraux et 7 % dans des cliniques privées.

● Témoin de l'évolution des pratiques de soins, la proportion de ces lits consacrés à l'hospitalisation partielle, de jour ou de nuit a fortement progressé au cours des dernières années, passant de 19 % à 29 % entre 1990 et 1995.

● En 1995, sur les 59 000 patients (44 000 adultes et 15 000 enfants) vus au moins une fois dans l'année par le dispositif de soins psychiatriques public, la proportion de ceux pris en charge exclusivement en ambulatoire et/ou à temps partiel atteignait 69 % en psychiatrie générale et 96 % en psychiatrie infanto-juvénile.

Répartition en pourcentage des lits et places en hospitalisation complète et partielle en psychiatrie publique et privée au 31/12/1995



Source : DRASS-SESI

HAUTE-NORMANDIE : pourcentage le plus élevé en hospitalisation partielle

CORSE : pourcentage le plus faible en hospitalisation partielle
Moyenne française : 25,4 % en hospitalisation partielle

CONSOMMATION DE SOINS

Offre et consommation de soins - 2.6

CONTEXTE NATIONAL

■ Selon les Comptes Nationaux de la Santé, la **consommation médicale totale a atteint en France 717 milliards de francs** en 1996, soit environ 12 000 F par habitant. Un peu moins de la moitié de cette somme (48 %) est consacrée aux soins hospitaliers, 27 % aux soins ambulatoires, 18 % aux médicaments et 2 % à la médecine préventive.

Depuis 1990, **la croissance en volume** de la consommation médicale ralentit : un peu moins de 5 % en moyenne chaque année entre 1985 et 1990, moins de 2 % par an entre 1993 et 1996.

La part des dépenses hospitalières prises en charge par la sécurité sociale croît alors que l'on observe un mouvement inverse pour les soins ambulatoires : l'assurance maladie a financé en 1996 89 % de l'ensemble des dépenses hospitalières contre seulement 57 % des soins ambulatoires et 32 % des soins dentaires.

En ce qui concerne les soins de ville, **les femmes sont plus consommatrices que les hommes** mais cette règle générale admet des exceptions aux âges extrêmes de la vie, chez les nouveau-nés et les personnes âgées... qui sont par ailleurs les plus forts consommateurs d'actes de médecine. Le milieu social influence également la consommation médicale. Le nombre moyen d'**actes de spécialistes par habitant** varie pratiquement du simple au double entre les ouvriers et les exploitants agricoles d'une part, les cadres et les professions libérales d'autre part.

En revanche, **les recours aux généralistes** sont nettement plus fréquents chez les agriculteurs que chez les cadres supérieurs, avec cependant des écarts de niveaux de consommation moins importants que pour les spécialistes. En matière d'**hospitalisation**, la hiérarchie est quasiment inversée. Le taux d'hospitalisés est maximum pour les membres des ménages d'ouvriers et minimum pour ceux d'artisans-commerçants et de cadres supérieurs. Enfin, c'est en matière de soins dentaires que les écarts entre groupes sociaux sont les plus marqués.

Entre 1985 et 1994, les recours aux spécialistes ont augmenté plus rapidement que les recours aux généralistes avec respectivement un taux de croissance annuel moyen de 4,3 % et 1,3 %. Les soins dentaires sont le seul domaine où le nombre d'actes par habitant n'augmente pas.

Il est plus difficile d'analyser l'évolution de la fréquence des recours à l'hôpital. Entre 1987 et 1994, le nombre d'entrées par habitant pour l'ensemble des disciplines de court séjour a augmenté de près de 6 %. L'augmentation la plus forte concerne la médecine avec une progression de 12 %. Mais cet indicateur ne concerne que l'hospitalisation complète, et une proportion de plus en plus importante de patients sont maintenant pris en charge en hôpital de jour et en chirurgie ambulatoire.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

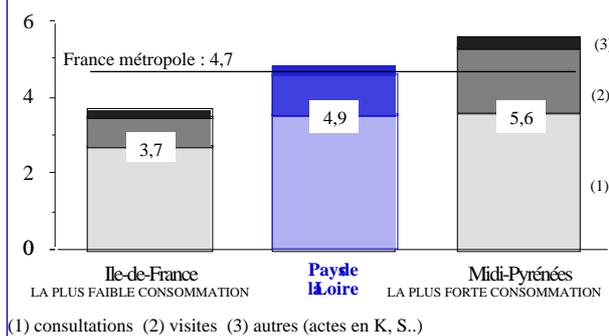
● Dans les Pays de la Loire, le nombre moyen de consultations d'omnipraticiens par habitant et par an est voisin de la moyenne nationale.

En revanche, les recours aux soins de spécialistes libéraux sont beaucoup moins fréquents dans la région et l'écart par rapport à la situation moyenne française (- 17 %) s'est quelque peu accentué depuis neuf ans. La psychiatrie est la spécialité qui a connu la plus forte croissance : le nombre moyen d'actes par habitant et par an a doublé entre 1985 et 1994.

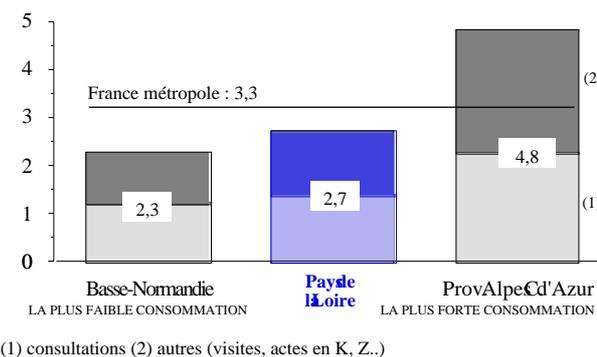
● Les soins dentaires sont le seul type de soins où la consommation régionale est plus importante : + 11 % par rapport à la moyenne nationale.

● Enfin, la fréquence des analyses de laboratoire et des soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapie...) a fortement augmenté entre 1985 et 1994 dans la région comme en France.

Nombre d'actes d'OMNIPRATICIENS par hab. (1994)



Nombre d'actes de SPÉCIALISTES par hab. (1994)



Sources : CNAMTS - SNIR, INSEE (estimations au 01/01/1993)
Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ En 1995, 730 000 enfants sont nés en France ; ils étaient 850 000 au début des années 70. La fécondité des femmes françaises a diminué, mais reste parmi les plus fortes d'Europe. Parallèlement, les techniques médicales du traitement de la stérilité ont bouleversé les pratiques traditionnelles et le concept même de procréation : chirurgie tubaire, inductions d'ovulation, techniques d'assistance médicale à la procréation (**4 500 enfants sont nés en 1993 par Fécondation In Vitro**). Les conséquences de ces interventions, aussi bien obstétricales qu'à plus long terme sur la santé des enfants, restent encore imparfaitement connues. La loi du 29 juillet 1994 concernant la bioéthique qui donne un cadre à ces problèmes, ne permet toutefois pas de les résoudre tous.

Les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives : **4,3 % des mères avaient 38 ans ou plus en 1995**. Cette évolution est due au recul de l'âge des mères mais aussi à la répartition entre les groupes d'âge de la population féminine en âge de procréer (effet baby-boom notamment). Or, l'âge joue un rôle important dans l'augmentation du risque de malformations chromosomiques, de prématurité et de mortalité maternelle.

Si, au début des années 70, la mise en place du programme périnatalité a permis le développement de mesures de surveillance et de prévention dans le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement, le récent bilan du Haut Comité de la Santé Publique propose de nouveaux objectifs pour assurer la sécurité de la naissance (plan quinquennal gouvernemental d'avril 1994). Bien que la majorité des femmes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires, elles sont, en 1995, 1 % à être peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de 4 consultations) et **11 % à n'avoir jamais consulté l'équipe de la maternité avant l'accouchement** (enquête nationale périnatale 1995).

Les pratiques obstétricales sont en pleine mutation : techniques de diagnostic anténatal de plus en plus précises, banalisation de l'anesthésie péridurale, augmentation du nombre de césariennes.

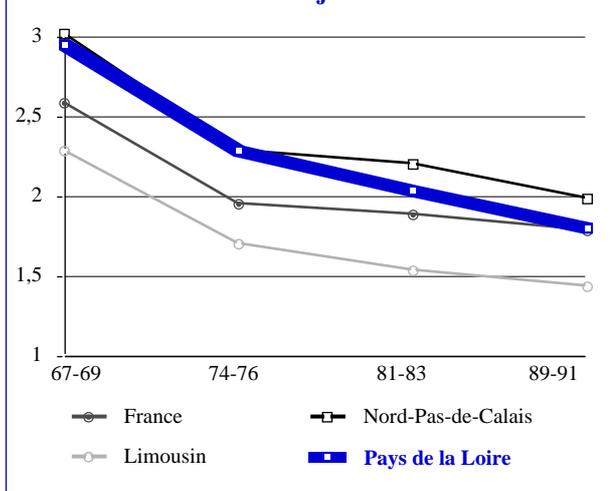
La **mortalité maternelle** déclarée se situe à un faible niveau (9 décès pour 100 000 naissances en 1988-1990), mais serait plutôt de l'ordre de 14 pour 100 000 naissances en raison d'une sous-déclaration, ce qui place la France en position médiocre par rapport aux autres pays de l'Union européenne.

Enfin, alors que 169 000 IVG (Interruptions Volontaires de Grossesse) ont été enregistrées en France en 1993, on estime que leur nombre annuel avoisine 220 000. Toutefois, cette différence entre IVG enregistrées et estimées diminue dans le temps (46 % en 1976, 30 % en 1983, 26 % en 1993).

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- 39 500 naissances ont été dénombrées dans la population des Pays de la Loire en 1996.
- Après une période de forte diminution, la fécondité remonte depuis 1994. La plus forte fécondité de la région, qui s'était atténuée de 1980 à 1990, réapparaît.
- Le nombre de naissances chez les mères de plus de 38 ans a fortement augmenté au cours des dernières années (environ 1 600 naissances en 1995). La tendance est inverse pour les naissances de mères de moins de 18 ans, dont le nombre annuel est désormais inférieur à 100.
- La proportion de naissances par césarienne augmente régulièrement et atteint 15 % dans les Pays de la Loire en 1995.
- Par ailleurs 6 600 IVG concernant des habitantes de la région ont été déclarées en 1994. Cela correspond à 15 IVG pour cent conceptions (19 % en France).

Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité



Source : INSEE

*Pour la courbe France, les trois premiers points concernent la France métropolitaine et le dernier la France entière.

CONTEXTE NATIONAL

■ Les **pathologies infectieuses des sphères ORL et pulmonaire, les affections bucco-dentaires et les accidents** frappent fréquemment les enfants. Elles sont, compte-tenu de leur fréquence, sources d'une morbidité et d'un recours aux soins importants. Cependant ces affections sont le plus souvent bénignes.

En matière d'**hospitalisation** des enfants de moins de 15 ans, les principaux motifs sont les maladies de l'appareil respiratoire, puis les accidents (chutes, accidents de transport, intoxications) et les maladies de l'appareil digestif.

Le taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an) a décliné de manière importante en France, passant de 18,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 4,8 en 1995. Mais on observe actuellement un certain ralentissement de la décroissance de ce taux et de ses composantes. **Les principales causes de décès, avant un an**, sont les affections d'origine périnatale, les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson) et les anomalies congénitales. L'amélioration de la prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés a permis une diminution des décès dus aux affections périnatales (prématurité, souffrance foetale). Cependant, des disparités régionales demeurent, montrant la nécessité de poursuivre une politique périnatale nationale.

Récemment, une campagne de **prévention** semble avoir entraîné une diminution de la mort subite du nourrisson, principale cause de mortalité post-néonatale (décès d'enfants d'un mois à un an).

Entre 1 et 14 ans, les **accidents** constituent la principale cause de mortalité, ce qui explique, peut-être, la grande mobilisation des professionnels de la santé mais aussi des décideurs et du grand public autour du thème des accidents domestiques et de la circulation : mise en place en 1986 du système européen de surveillance des accidents de la vie domestique et de loisirs (EHLSS), arrêté du 27 décembre 1991 rendant obligatoires les systèmes de retenue des enfants à l'arrière des véhicules, actions d'éducation utilisant des moyens variés (campagnes du Comité français d'éducation pour la santé, expositions, actions de santé).

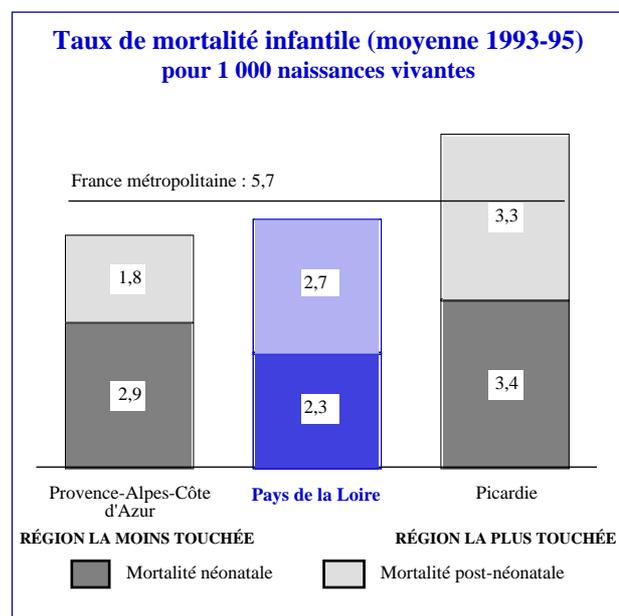
Par ailleurs, la maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter l'importance de la **vaccination**. Celle-ci a contribué à réduire la mortalité chez les jeunes enfants. En 1995, 85% des enfants de moins de 6 ans étaient vaccinés contre la rougeole, contre la rubéole et contre les oreillons. Toutefois, l'objectif d'un taux de couverture vaccinale de 95% à deux ans préconisé par l'OMS pour éradiquer ces maladies est encore loin d'être atteint.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

● Sur près de 40 000 enfants qui naissent chaque année, un peu moins de 200 décèdent au cours de leur première année de vie, dont 46 % le premier mois. Le taux de mortalité infantile, qui correspond aux décès d'enfants de moins d'un an, continue de baisser dans la région. Il est de 5 pour 1 000 en 1993-95 (5,7 au plan national).

● La mort subite du nourrisson constitue l'une des principales causes de décès d'enfants de moins d'un an. Toutefois grâce à une intense campagne de prévention, elle est actuellement à l'origine de moins de 50 décès par an dans la région contre plus de 80 à la fin des années 80.

● Au-delà de cette première année, les problèmes qui menacent la santé et la vie de l'enfant deviennent très différents. Les troubles mentaux graves constituent le principal motif d'admission en affection de longue durée des jeunes de moins de 15 ans (37 % des cas). Les décès entre 1 et 14 ans sont relativement peu fréquents (une centaine par an), et sont souvent d'origine accidentelle.



Source : INSEE

Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ En une vingtaine d'années, le mode de vie des jeunes enfants a évolué fortement sous l'influence des changements dans la société et la famille (développement de l'activité professionnelle des femmes, mais aussi augmentation des divorces et des familles monoparentales...). Parallèlement, l'esprit en matière de modes d'accueil a évolué d'une conception d'hygiène et de protection vers une conception d'éducation et d'éveil.

Sur le plan institutionnel, l'accueil des enfants de moins de six ans relève de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dont la compétence a été transférée aux départements par la décentralisation.

L'évolution en deux décennies des structures d'accueil a été marquée par une très forte augmentation de leur nombre et de leurs capacités. L'accueil chez les **assistantes maternelles agréées** est le mode de garde le plus fréquent. On estime qu'elles ont accueilli 560 000 enfants en 1995. Pour les enfants de moins de trois ans, on compte également 134 800 places en **crèches collectives** et 64 400 inscriptions en **crèches familiales** au 1er janvier 1996. Pour les enfants de moins de 6 ans, la capacité d'accueil en **haltes-garderies, garderies et jardins d'enfants** atteint plus de 76 300 places.

En ce qui concerne **les crèches collectives, la moitié de la capacité nationale se trouve en Ile-de-France**. D'une manière générale, les régions rurales sont beaucoup moins pourvues en structures d'accueil collectif, mais ont d'importantes disponibilités en assistantes maternelles agréées. A cela s'ajoutent les modes de garde non déclarés.

L'école maternelle doit être prise en compte dans le dispositif car elle occupe désormais une place importante dans l'accueil des jeunes enfants : **le taux de scolarisation est de 35 % dès l'âge de 2 ans** (rentrée scolaire 1994-1995) et frôle les 100 % dès 3 ans.

Pour ce qui est des enfants en difficulté, les services de l'aide sociale à l'enfance privilégient le maintien dans la cellule familiale en apportant une aide à domicile telle l'action éducative en milieu ouvert. Mesure ultime, le placement temporaire dans une **famille d'accueil ou dans un établissement concerne au total 136 800 enfants en 1995** contre 132 400 en 1990. Par ailleurs on enregistre depuis le début des années 90, une augmentation des dépenses de l'aide sociale à l'enfance : 13,7 milliards en 1989 à 16,6 milliards en 1994 (en francs constants base 1984).

Enfin, il faut souligner la moindre fréquence des abandons d'enfants, qui s'est traduite par une diminution du nombre d'enfants admis comme Pupilles de l'Etat et placés en vue **d'adoption** entre 1978 et 1995. La majorité des enfants adoptés proviennent désormais des Pays étrangers : le nombre de visas délivrés dans ce cadre a triplé depuis 1979 et atteint **3 200** en 1997.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

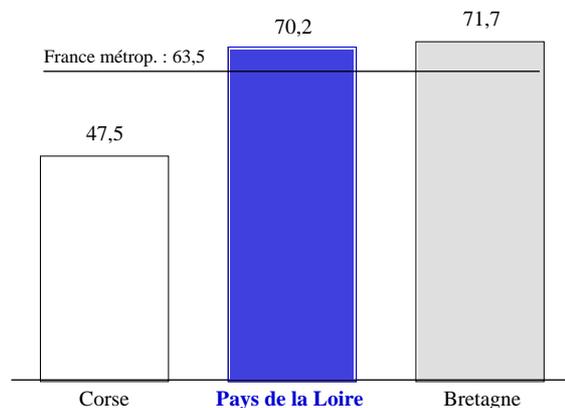
● Dans la région, la proportion de jeunes enfants dont les deux parents exercent une activité professionnelle est l'une des plus élevée de France. Les besoins en structure d'accueil sont donc d'autant plus importants.

Avec près de 30 000 assistantes maternelles agréées, la région connaît pour ce mode d'accueil une offre deux fois plus importante qu'en France. A contrario, les modes d'accueil collectifs des jeunes enfants sont peu développés.

Enfin, l'importance de la scolarisation précoce constitue également une spécificité régionale : 52 % des enfants de deux ans sont scolarisés contre 35 % au plan national.

● Par ailleurs, 6 700 enfants étaient retirés de leur famille et placés dans une famille d'accueil ou dans un établissement de l'aide sociale à l'enfance à la fin de l'année 1995. 5 400 autres enfants bénéficiaient à cette date d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert judiciaire (AEMO), ou d'une action éducative administrative, permettant leur maintien dans le milieu familial.

Pourcentage d'enfants de moins de 7 ans dont les deux parents (ou le parent isolé) sont actifs en 1990



Source : INSEE, RP 90 (sondage 1/4)

CONTEXTE NATIONAL

■ Plusieurs acteurs sont impliqués dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant : la médecine hospitalière, la médecine libérale, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le service de promotion de la santé en faveur des élèves (ex santé scolaire).

Le paysage hospitalier public et privé en obstétrique a fortement évolué au cours des dernières années. Le renforcement de la sécurité à la naissance par une médicalisation systématique de l'accouchement, et l'introduction de règles de plus en plus exigeantes en matière d'effectifs et de permanence de personnel, sont à l'origine d'un recentrage progressif vers les plus grosses structures, avec en priorité la disparition des maternités dépourvues de bloc opératoire. **En pédiatrie**, le nombre de journées d'hospitalisations et de lits ne cesse de diminuer : grâce au développement important des hôpitaux de jour, la prise en charge des enfants passe beaucoup moins par l'hospitalisation traditionnelle qu'il y a 20 ans. En matière de **médecine libérale**, si le nombre des omnipraticiens et des spécialistes augmente, et si les disparités régionales ont tendance à se réduire, la densité en pédiatres et en gynéco-obstétriciens reste plus forte au sud de la France, alors que les régions du nord ont une fécondité plus importante et une population plus jeune.

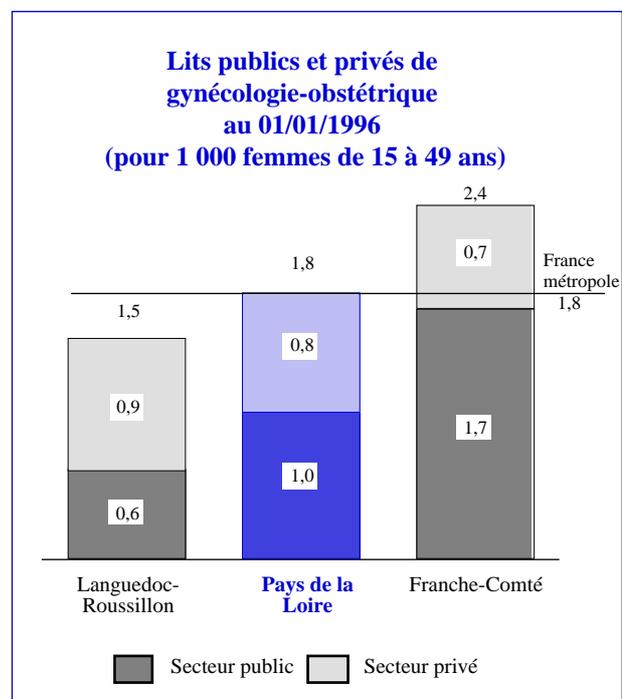
La PMI comme le service de "Promotion de la santé en faveur des élèves" exercent des missions de prévention. La PMI, gérée depuis la décentralisation par les conseils généraux, prend en charge les enfants très jeunes et veille à la qualité de leurs modes d'accueil extra-familial. Le service de "Promotion de la santé en faveur des élèves" souffre toujours d'une pénurie importante de personnel soulignée par plusieurs rapports officiels.

En matière de prévention, **le passage du nombre d'examen prénatals obligatoires de 4 à 7 depuis 1992** constitue un progrès marquant, même si encore 1 % des femmes ne sont pas ou peu suivies.

Enfin, les **commissions techniques régionales consultatives de la naissance** donnent un avis sur la mise en œuvre de la politique régionale en périnatalité, en matière d'hospitalisation et d'actions visant à la protection de la grossesse et de la maternité, ainsi que sur les questions relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et à la formation des personnels médicaux et paramédicaux.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Avec 1 430 lits de gynécologie-obstétrique au 1er janvier 1996, la région connaît un taux d'équipement en gynécologie-obstétrique proche du niveau national.
- On compte environ 530 lits de pédiatrie dans la région, ce qui correspond à un taux d'équipement hospitalier en pédiatrie inférieur de 28 % au taux moyen français.
- L'offre de soins ambulatoires pour la mère et l'enfant est moins importante qu'au plan national, aussi bien en secteur libéral que pour les services de Protection maternelle et infantile et de Promotion de la santé en faveur des élèves.



Sources : DRASS-SESI, INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1996)
Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Le vieillissement de la population française se poursuit et cette tendance profonde a des conséquences multiples.

La croissance du nombre de personnes âgées, et en particulier de l'effectif des personnes très âgées, nécessite de répondre aux besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie. Par ailleurs, la part relative de la population âgée dans la population totale augmente, tendance renforcée par la baisse tendancielle de la natalité, ce qui a des conséquences importantes sur le financement de la protection sociale, et des retraites en particulier.

En 1995, la France comptait **8,7 millions de personnes âgées de 65 ans et plus** (15 % de la population totale), alors qu'elles étaient 7,9 millions en 1990 (14 %).

En 2010, période à partir de laquelle les nombreuses générations nées après la guerre 1939-1945 atteindront leur 65ème année, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus.

On dénombrait **3,5 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus** en 1995 contre 3,8 millions en 1990. Cette baisse s'explique par l'arrivée dans leur 75ème année des classes creuses nées pendant la guerre 1914-1918.

En revanche, le nombre de personnes âgées de **85 ans ou plus** progresse : **un million en 1995** contre 874 000 en 1990, soit une progression de 28 % en cinq ans.

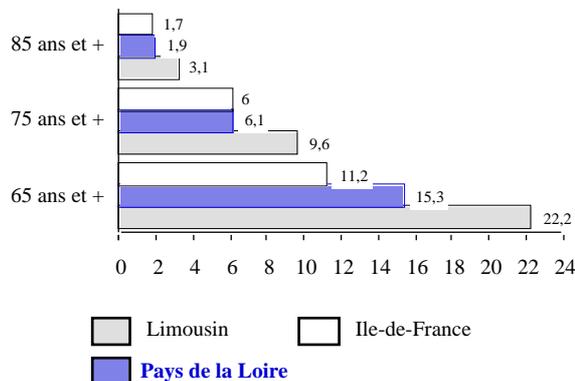
Mais cette croissance va s'interrompre pendant quelques années, avec l'arrivée des générations moins nombreuses nées pendant la guerre, qui vont atteindre leur 85ème année à partir de l'an 2000.

L'effectif de ce groupe d'âge sera en 2005 au même niveau qu'en 1995. Puis, après 2005, l'effectif des plus de 85 ans va de nouveau progresser rapidement jusqu'en 2010.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- En 1995, on estime à 192 000 le nombre de personnes de plus de 75 ans, dont 58 000 sont âgées de plus de 85 ans.
- La proportion de personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population est à peu près identique dans la région et en France, avec 6 % des personnes de 75 ans et plus, et 1,9 % de 85 ans et plus.
- Les Pays de la Loire sont la région de France où le pourcentage de personnes vivant à domicile est le plus faible, car les institutions d'hébergement y sont nombreuses. Mais la majorité des personnes âgées vivent chez elles : au-delà de 80 ans, elles sont encore 80 % dans ce cas.
- L'amélioration du niveau des retraites est à l'origine de la baisse importante du nombre de bénéficiaires du Fonds National de Solidarité (-32 % en 6 ans). En 1996, 56 000 personnes soit environ 12 % des plus de 65 ans perçoivent une allocation du FNS.

Proportion de la population âgée dans la population totale en 1995 (%)



Source : INSEE (estimations au 01/01/1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ Du fait du **vieillesse** de la population, les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé et les familles ont à faire face à un problème majeur, celui de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Pour favoriser le **maintien à domicile** des personnes âgées, les collectivités locales ainsi que d'autres partenaires (associations, assurance vieillesse, caisses de retraite...) ont développé progressivement des services d'aide.

Ainsi, 404 000 personnes âgées bénéficiaient en 1984, d'une aide ménagère à domicile (au titre de l'aide sociale départementale ou d'un régime de protection sociale), et elles sont 483 000 en 1994. De même, les services de soins infirmiers à domicile ont vu leur capacité croître, passant de 28 000 places en 1986 à 56 000 en 1996. Enfin, d'autres services se sont développés, tels que le portage des repas, les systèmes de tél-alarme ou la garde à domicile.

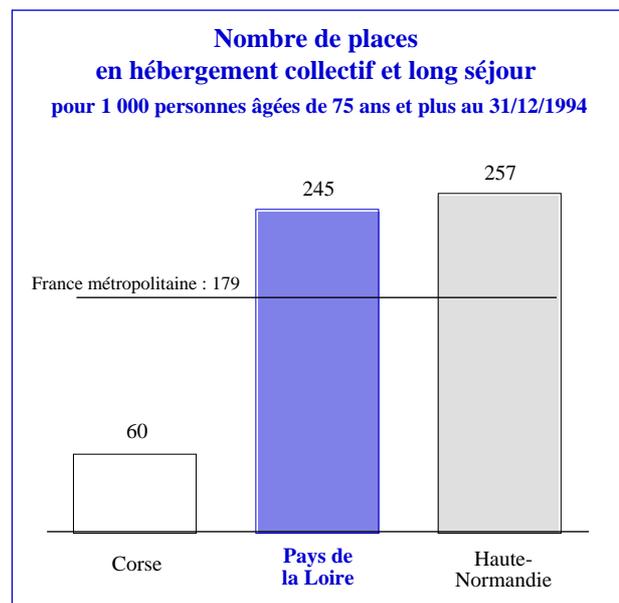
Les emplois familiaux ont été favorisés par des réductions d'impôts et par l'exonération des charges patronales pour les employeurs de plus de 70 ans. Mais certaines de ces aides restent insuffisantes, dispersées, mal réparties géographiquement ou difficiles à coordonner, et la participation des familles et des bénévoles reste précieuse.

L'hébergement collectif, auquel ont recourus les personnes âgées qui ne peuvent plus rester à leur domicile, regroupe trois grands types de structures "traditionnelles" : les logements-foyers, les maisons de retraite et les services hospitaliers de soins de longue durée (anciennement appelés services de long séjour). L'évolution observée depuis une quinzaine d'années se traduit par une augmentation globale des capacités d'accueil, mais qui a seulement été équivalente à la croissance de la population âgée. Il faut toutefois préciser que les personnes entrent en maison de retraite à un âge de plus en plus avancé et y restent moins longtemps, de telle sorte que le taux de rotation dans ces établissements a augmenté, renforçant les capacités d'accueil existantes. Cette période a également été marquée par plusieurs phénomènes simultanés. Les hospices ont presque terminé leur transformation en maisons de retraite ou en services de long séjour, entraînant une diminution du nombre de places. Parallèlement, les maisons de retraite publiques et privées à but non lucratif se sont médicalisées davantage en créant des sections de cure médicale. D'autre part, les maisons de retraite privées à but lucratif se sont développées de façon importante dans de nombreuses régions.

En même temps, de **nouveaux types d'accueil** ont été créés, encore peu nombreux : accueil temporaire, accueil de jour, accueil familial (à titre onéreux), hébergement en petites unités, notamment pour les personnes désorientées. Enfin, une importante réforme de l'organisation et de la prise en charge de la **dépendance** se dessine, autour de la mise en place de la prestation spécifique dépendance.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les Pays de la Loire disposent de 46 900 lits d'hébergement collectif et de long séjour pour personnes âgées, répartis en plus de 710 structures. Le taux d'équipement régional, l'un des plus élevés de France, dépasse de 37 % la moyenne nationale.
- 30 % de ces lits sont considérés comme médicalisés, dépendant d'une section de cure médicale de maison de retraite ou d'une unité de long séjour. Le nombre de places en section de cure a été multiplié par deux entre 1986 et 1994.
- Les 98 services de soins infirmiers à domicile installés dans la région disposent de près de 3 400 places. Le nombre de services et de places offertes a doublé entre 1986 et 1996.
- En 1995, 6,2 % des personnes de plus de 65 ans bénéficient d'une prestation d'aide ménagère financée par un régime de protection sociale ou par l'aide sociale départementale.



Sources : DRASS-SESI, INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1995)
Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Grâce aux données des **Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES)**, instances chargées d'examiner les problèmes d'orientation des enfants handicapés, l'unité 149 de l'INSERM a étudié la prévalence des différentes déficiences de 3 générations d'enfants nés en 1972, 1976 et 1981, originaires de 16 départements différents. Ces travaux n'ont pas mis en évidence de diminution des prévalences de ces déficiences entre les trois générations observées et ont montré que les variations des taux de prévalence entre régions étaient faibles. **La prévalence des déficiences graves par génération calculée dans cette étude est de 6,5 enfants handicapés pour mille.** Cela correspond à environ 4 600 enfants gravement handicapés dans l'ensemble de la France par génération. La prévalence des déficiences motrices atteint 3,2 pour 1 000, celle des retards intellectuels sévères à l'exclusion des trisomies 21 est 1,7 pour 1 000 (celle des trisomies 21 est de 0,8 pour mille), celle des cécités de 0,7 pour mille et celle des surdités profondes et sévères de 0,8 pour 1 000. Ces différents handicaps sont parfois associés et la prévalence des poly-handicaps est estimée à 1,1 pour 1 000.

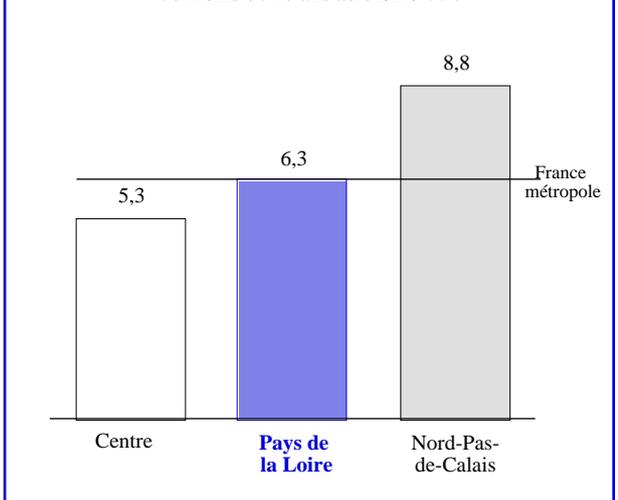
En 1996, **plus de 100 000 jeunes bénéficient de l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES)**, prestation familiale versée aux familles qui ont la charge d'un enfant handicapé admis dans un établissement d'éducation spéciale ou bénéficiant de soins spécialisés à domicile : 88 % relèvent du régime général de la sécurité sociale, 7 % des régimes spéciaux et 5 % du régime agricole. Le nombre de bénéficiaires a progressé de 15 % entre 1986 et 1996. Depuis 1991, un nouveau complément (dit 3ème catégorie) a été créé dans le but de permettre à un enfant présentant un handicap particulièrement grave de bénéficier de soins continus tout en restant dans son milieu familial : plus de 2 000 jeunes en bénéficient pour le seul régime général.

En 1996, environ **120 000 jeunes sont admis dans les établissements d'éducation spéciale** et dans les services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SESSAD) relevant du Ministère des Affaires Sociales. 58 % d'entre eux fréquentent des établissements pour déficients intellectuels. Si les effectifs des établissements sont restés relativement stables, en revanche de nombreux **SESSAD** ont été créés : **16 000 jeunes** sont suivis aujourd'hui par ce type de services, dont 12 000 dépendent d'un service autonome, les autres SESSAD étant rattachés à des établissements d'éducation spéciale. Ces services délivrent des soins aux jeunes handicapés vivant à leur domicile ou apportent un soutien spécifique dans le cadre d'une scolarisation en milieu ordinaire.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les Pays de la Loire comptent 5 400 bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) : le nombre de bénéficiaires pour mille jeunes de moins de vingt ans est identique à la moyenne nationale.
- Un peu plus de 500 enfants handicapés étaient intégrés individuellement dans des classes maternelles et primaires à la rentrée 1993-1994. L'intégration scolaire des enfants handicapés s'appuie notamment sur les SESSAD qui sont très nombreux dans la région avec près de 1 900 jeunes suivis (12 % de l'ensemble des jeunes suivis en France).
- La grande majorité des enfants handicapés sont orientés vers des établissements spécialisés (6 400). L'implantation des instituts de rééducation, des établissements pour déficients visuels et auditifs et des structures pour enfants handicapés moteurs est fortement concentrée sur les départements de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire.

Nombre de bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 31/12/1996



Sources : CNAF, CCMSA (non compris les régimes spéciaux), INSEE (projections OMPHALE au 1/1/1996) Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ La fréquence, la nature et l'origine des handicaps de l'adulte restent mal connues en France malgré la modernisation des **COMmissions Techniques pour l'Orientation et le REclassement Professionnel (COTOREP)** des handicapés. Actuellement, les informations disponibles en routine sont des données quantitatives provenant de la gestion de prestations financières destinées aux personnes handicapées (versées sous conditions de ressources) et provenant des enquêtes du Ministère de la Santé auprès des structures de travail protégé et d'hébergement spécialisé.

On compte en France **609 000 bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés** (régime général et régime agricole) en 1996, soit 90 000 de plus qu'en 1990.

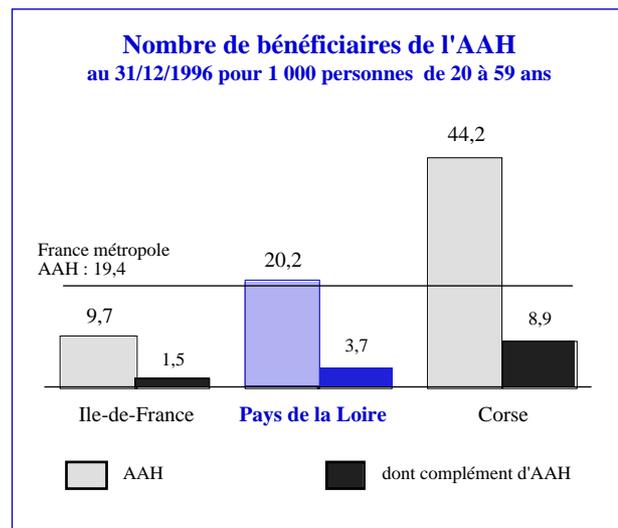
En ce qui concerne l'emploi de personnes handicapées en milieu de travail ordinaire, la loi du 10 juillet 1987 soumet les employeurs de plus de 20 salariés à **une obligation d'emploi d'un quota de 6 %** de travailleurs handicapés. Bien que la situation s'améliore, cet objectif n'est pas encore atteint, le pourcentage étant de l'ordre de 4 % actuellement.

Parallèlement, les pouvoirs publics ont fait un effort important pour développer les structures de travail protégé destinées aux personnes qui ne sont pas susceptibles de travailler en "milieu ordinaire" : au 1er janvier 1996, on compte en France plus de **96 200 places en CAT et ateliers protégés contre 76 200 en 1990 (+ 26 %)**.

Avec une progression de 40 % entre 1992 et 1996, la capacité d'accueil dans les établissements pour **adultes lourdement handicapés atteint 42 000 places**. Les deux tiers de ces places sont situées dans des foyers de vie (réservés aux personnes handicapées disposant d'une certaine autonomie). Les personnes qui ont besoin d'une prise en charge médicalisée sont hébergées dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification qui ont bénéficié ensemble d'un programme national avec la création de 4 674 places entre 1990 et 1996. Selon l'UNAPEI, dont les associations créent et gèrent des structures d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées mentales, il manquerait pour cette seule population 6 700 places en MAS et près de 20 000 en CAT à la fin de l'année 1993 en France. En regard des orientations non satisfaites, les capacités d'accueil semblent insuffisantes dans ces établissements.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), 33 000 en 1996, poursuit sa progression dans les Pays de la Loire, mais de manière nettement moins prononcée qu'au plan national.
- Le nombre de bénéficiaires de l'AAH pour mille personnes âgées de 20 à 59 ans est très proche dans les Pays de la Loire (20 pour mille) et en France.
- 6 000 personnes travaillent en milieu protégé, dont trois sur quatre en Centres d'Aide par le Travail. 1 500 travailleurs handicapés sont accueillis en foyers d'hébergement.
- Par ailleurs, 3 200 personnes sont accueillies dans les foyers de vie, maisons d'accueil spécialisées et foyers à double tarification.



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE (projections OMPHALE au 01/01/1996) Exploitation O.R.S.

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est versée aux personnes atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80 %, sinon comprise entre 50 et 80 % lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation (3 322 francs par mois depuis le 1er juillet 1995) est accordée sous conditions de ressources. Son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale, CAF ou MSA, mais elle est financée par l'Etat.
L'aide forfaitaire en faveur de l'autonomie des personnes handicapées est devenue le "**complément d'AAH**" depuis le 1er janvier 1994 : il est attribué aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, percevant l'AAH et ayant fait le choix de vivre dans un logement indépendant. Il est égal à 16 % du montant mensuel de l'AAH.

CONTEXTE NATIONAL

■ Les études sur les inégalités qui se sont multipliées depuis 10 ans ont montré que la pauvreté résultait souvent des conditions de vie des ménages qui cumulent de nombreux désavantages dans divers domaines tels que l'emploi, le logement, la protection sociale, la santé...

Mesurer la pauvreté-précarité présente alors des difficultés qui tiennent à la définition même de ces notions et aux sources d'information disponibles. Le manque de ressources financières des individus ou des ménages reste malgré tout le critère le plus utilisé.

En France, le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des revenus minima garantis est passé de 2,3 millions à la fin de 1970 à 3,3 millions à la fin de 1995.

Les minima qui concernent le plus grand nombre de bénéficiaires sont le Fonds national de solidarité et le Revenu minimum d'insertion, mais ces deux prestations connaissent des évolutions opposées : le nombre de bénéficiaires du FNS est passé de 1,3 million en 1989 à moins d'un million en 1995 alors que le nombre de bénéficiaires du RMI passait de 335 000 à plus de 900 000 pendant la même période (France métropolitaine). Les autres minima sociaux sont principalement l'Allocation aux adultes handicapés (616 000 bénéficiaires), l'Allocation de solidarité spécifique (480 000), et l'Allocation de parent isolé (164 000).

La population couverte, qui comprend les différentes personnes des ménages accédant à ces minima, est proche de 6 millions de personnes. Fin 1995, environ 15 % des ménages, soit un ménage sur sept ont bénéficié de ces minima sociaux. Cette proportion n'a pratiquement pas augmenté depuis 1970, car l'augmentation du nombre de bénéficiaires a été compensée par la progression du nombre total de ménages. (Connaissance de l'emploi, des revenus et des coûts - CERC).

Par ailleurs, on évalue à environ 400 000 personnes l'effectif des personnes en situation de grande pauvreté : personnes sans-abri, sans domicile stable, squatters, jeunes en rupture...

Le financement de ces minima sociaux a représenté 1 % en 1982 du PIB contre 0,3 % en 1970. Mais depuis le début des années 80, l'effort consenti par la collectivité en faveur des bénéficiaires de minima sociaux est resté stable.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

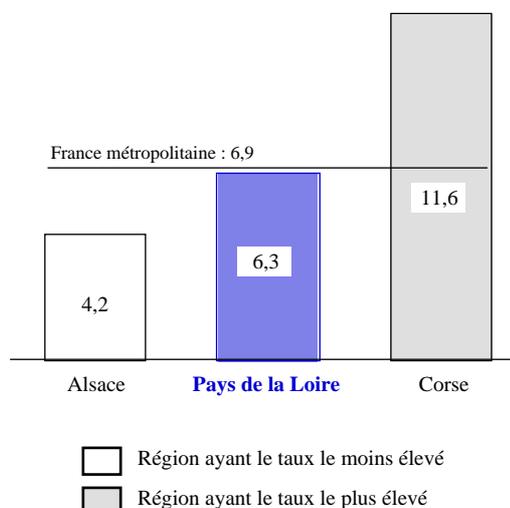
● 164 000 personnes bénéficient dans la région des minima sociaux en 1996 : Allocation aux adultes handicapés (33 000), Revenu minimum d'insertion (38 000), Allocation de parent isolé (6 500), Allocation de solidarité spécifique (30 000), Fonds national de solidarité (56 000).

● Dans la population des 20-59 ans, 6,3 % des habitants de la région perçoivent l'un des minima sociaux, AAH, RMI, ASS, ou API, contre 6,8 % au plan national.

Le RMI est la prestation sociale qui connaît la plus forte progression, 7,4 % en moyenne chaque année entre 1993 et 1996.

● 11,3 % de la population des 65 ans et plus est bénéficiaire du Fonds national de solidarité (FNS) en 1996 contre 18,3 % en 1990.

Nombre de bénéficiaires de minima sociaux (*) pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans au 31/12/1996



Sources : CNAF, MSA, UNEDIC, INSEE (projections OMPHALE au 01/01/1996)
Exploitation O.R.S.

* : AAH, RMI, API, ASS

CONTEXTE NATIONAL

■ Les situations de précarité ne sont pas seulement associées à l'absence de ressources, mais aussi aux conditions de vie qui en découlent, notamment en matière de logement.

Le logement est en effet un élément important de l'insertion des individus, puisqu'il conditionne la vie quotidienne et les relations dans la société.

Les données sur les difficultés d'accès au logement des personnes en situation de précarité sont rares et parcellaires. Toutefois, l'offre pour certaines catégories de logements apporte un éclairage sur ce problème : logements privés à très faibles loyers, logement social provisoire (centre d'hébergement et de réadaptation sociale ou CHRS, centre maternel, centre d'accueil, foyers...), et logements sociaux gérés par différents organismes d'HLM. Cette dernière catégorie, de loin la plus importante, est la plus satisfaisante dans la mesure où la qualité du logement peut se conjuguer avec des prix accessibles, compte-tenu des aides éventuelles.

L'exploitation de l'enquête nationale logement de 1992 met en évidence la très forte érosion du parc de **logements privés et publics à très faible loyer**. On constate que les logements à bas loyer accueillent des ménages à revenus diversifiés et que les ménages à faibles ressources n'y sont, en proportion, que faiblement représentés. Ce qui s'expliquerait en partie par les exigences de solvabilité de la part de certaines catégories de bailleurs.

L'offre de places dans les CHRS, se situe entre l'urgence et le logement intermédiaire. En France métropolitaine on compte, en 1996, plus de 850 CHRS et centres maternels qui offrent 32 600 places d'hébergement. Ces places ne sont pas toutes financées par l'Etat. En effet, ces établissements cumulent des financements d'origines diverses (DDASS, Conseils généraux, Caisses d'allocations familiales, communes ...) pour améliorer la prise en charge globale des personnes accueillies.

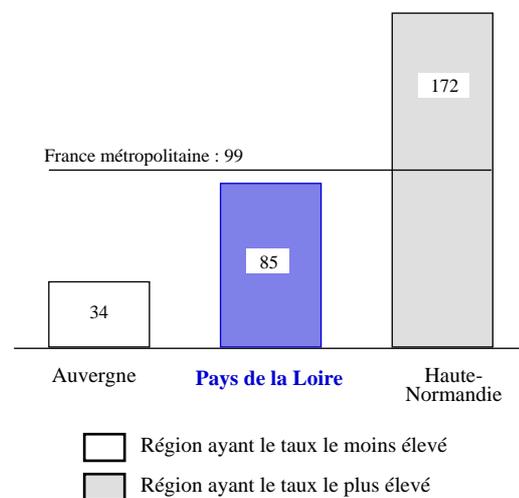
Les foyers des travailleurs migrants (Sonacotra et UNAFO), proposent un mode de logement accessible aux personnes isolées en situation précaire (contrat de travail temporaire, RMI, pré-retraités, ...), de même que les foyers pour jeunes travailleurs (FJT).

Enfin la loi **"Besson" du 31 mai 1990, qui vise à garantir le droit au logement**, a mobilisé les collectivités publiques et les partenaires privés afin que soient développées des actions qui améliorent localement l'accès au logement, ainsi que la capacité des ménages à se maintenir dans leur logement. Pour développer l'offre de logements sociaux pour les plus défavorisés, des modes de financement spécifiques ont été mis en place avec leurs propres règles d'attribution, comme les prêts locatifs aidés très sociaux (PLATS).

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les Pays de la Loire comptent 36 centres d'hébergement et de réadaptation sociale et 7 centres d'accueil mère et enfant, offrant au 1er janvier 1996 une capacité d'accueil de près de 1 500 places.
- Le taux d'équipement en CHRS et en centres maternels est légèrement inférieur à la moyenne nationale, 85 pour 100 000 habitants âgés de 18 à 59 ans, contre 99 en France métropolitaine.
- 12 % des habitants de la région vivaient dans un logement HLM en 1990. Avec 178 000 logements locatifs HLM en 1997 contre 148 000 en 1990, la densité du parc locatif social est proche de la moyenne nationale.
- Les Pays de la Loire comptent 366 000 bénéficiaires d'une aide au logement attribuée par les caisses d'allocations familiales en 1996.

Nombre de places en CHRS et centre maternels pour 100 000 habitants de 18 à 59 ans au 01-01-1996



Sources : DRASS-SESI, INSEE (estimations au 01/01/1995)
Exploitation O.R.S

CONTEXTE NATIONAL

■ **L'assurance maladie est née en France en 1930**, au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce dont le salaire ne dépassait pas un certain plafond, puis a été étendue après la seconde guerre mondiale aux autres salariés, aux agriculteurs, et aux professions commerciales et artisanales.

L'assistance médicale gratuite (AMG), devenue en 1953 l'aide médicale a été créée 37 ans plus tôt, en 1893. En 1984, dans le cadre de la décentralisation, l'aide médicale a été transférée aux conseils généraux. La réforme de 1992 a rénové ce dispositif ancien en introduisant un plus grand automatisme dans l'admission, notamment pour les bénéficiaires du RMI, et une plus grande transparence dans la décision.

En matière d'aide médicale départementale, les conseils généraux supportent d'un côté les cotisations à l'assurance personnelle des personnes qui n'ont pas de couverture sociale, et de l'autre la part des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie (ticket modérateur), les bénéficiaires étant dispensés de l'avance de frais. Quant aux personnes sans domicile stable, les dépenses de soins peuvent être prises en charge par l'Etat (aide médicale "Etat").

Aujourd'hui, ces deux systèmes (assurance maladie et aide médicale) coexistent, l'un étant lié en général à une condition d'activité, l'autre relevant de l'assistance. Le plan de réforme de l'assurance maladie de 1996 a envisagé toutefois la mise en oeuvre de l'assurance maladie universelle.

Au-delà des réponses législatives, un certain nombre d'initiatives ont été prises par différentes institutions pour **simplifier l'accès aux soins**. Plusieurs conseils généraux ont, par convention, **délégué aux caisses primaires d'assurance maladie** d'une part l'instruction des dossiers d'aide médicale, d'autre part l'organisation du remboursement des soins aux professionnels de santé. Pour les personnes qui relèvent de l'aide médicale "Etat", l'instruction des dossiers ainsi que le remboursement des soins dépendent maintenant des CPAM.

Sur le plan de l'offre de soins, des actions ont été entreprises en secteur ambulatoire comme en milieu hospitalier. Des **dispensaires** ont été ouverts par des organisations humanitaires. La Mission France de Médecins du Monde a ainsi accueilli près de 40 000 personnes en 1996. D'autres partenaires cherchent plutôt à **mobiliser les moyens existants** par la création de réseaux de médecins libéraux (RESO...).

Enfin en matière de prévention, la Caisse nationale d'assurance maladie a réorienté l'action des **centres d'examen de santé** en direction des populations en situation précaire. 107 000 examens de santé ont été réalisés dans ce cadre en 1996.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

● En 1994, la dépense moyenne d'aide médicale des conseils généraux est de 63 francs par habitant contre 106 francs au plan national. 45 % de ce montant sont consacrés à la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle.

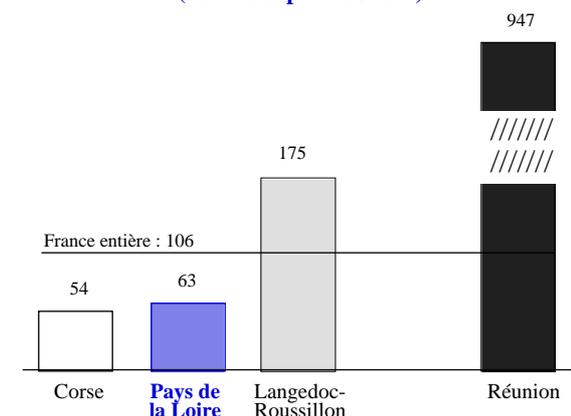
Les conditions et les modalités d'accès à l'aide médicale, de même que l'organisation des remboursements des soins effectués aux professionnels de santé, ne sont pas harmonisées au niveau de la région.

● Les 6 centres d'examen de santé des CPAM de la région ont accueilli 41 000 consultants en 1996.

9 000 d'entre eux étaient des personnes en situation de précarité (bénéficiaires du RMI, chômeurs, jeunes de 16 à 25 ans en insertion ...).

● Deux consultations de Médecins du Monde fonctionnent dans la région, l'une à Nantes et l'autre à Angers.

**Les dépenses d'aide médicale
relevant de la compétence des conseils généraux en 1994
(en francs par habitant)**



Sources : SESI, INSEE (estimations au 01/01/1995)

Exploitation O.R.S

L'aide médicale départementale (Conseils Généraux), régie par les articles 187.1 et suivants du Code de la Famille et de l'aide sociale, a trois composantes :

- **les cotisations d'assurance personnelle** pour les personnes non affiliées à l'assurance maladie au titre obligatoire ou en tant qu'ayant(s) droit, soit depuis 1989 pour les bénéficiaires du RMI, soit dans les conditions de droit commun pour les autres,
- **l'aide hospitalière**, c'est-à-dire la prise en charge des frais d'hospitalisation ou du forfait journalier,
- **l'aide à domicile**, qui couvre les autres soins (consultations médicales, soins dentaires, frais pharmaceutiques, etc.) et aussi le ticket modérateur pour les assurés sociaux.

CONTEXTE NATIONAL

■ Il existe de nombreuses manières d'aborder la question de l'état de santé de la population. On peut s'intéresser aux affections les plus craintes par la population, à celles qui sont le plus souvent déclarées lors d'enquêtes auprès des ménages, aux affections les plus souvent diagnostiquées en médecine de ville ou à l'hôpital, à celles qui sont à l'origine des traitements les plus coûteux ou de mises en invalidité, ou encore aux causes médicales de décès.

Les Français se plaignent en premier lieu de maladies ophtalmologiques et de troubles dentaires alors que les maladies cardio-vasculaires et ostéo-articulaires arrivent respectivement au troisième et quatrième rang (selon l'enquête décennale santé IN-SEE 1992).

Les données de l'**assurance maladie** révèlent l'importance des troubles mentaux, première cause d'admission en invalidité et troisième motif d'entrée en affection en longue durée après les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

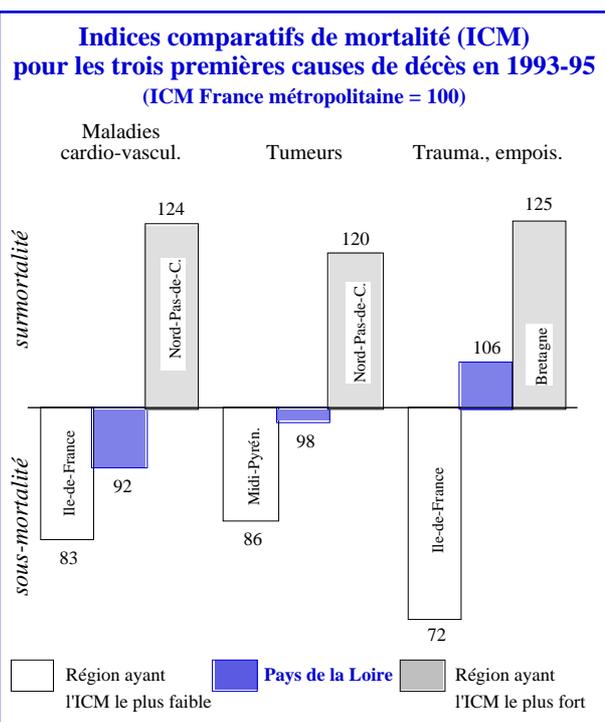
Les maladies de l'appareil digestif arrivent en tête pour le nombre d'hospitalisations, avant les traumatismes (enquête de morbidité hospitalière du Ministère de la Santé, 1993), tandis que les maladies cardio-vasculaires constituent le motif de recours aux soins le plus fréquent en médecine libérale (CREDES, 1992).

La hiérarchie des causes de décès est encore différente. Selon l'INSERM, les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont actuellement à l'origine de près des deux tiers des décès. L'évolution au cours des 20 dernières années est marquée par la diminution de la mortalité due aux affections cardio-vasculaires et par accident de la route, alors que l'on observe une progression de la mortalité par cancer du poumon. Avec l'apparition du sida, la mortalité par maladies infectieuses est également en augmentation depuis le milieu des années 80.

Ces données d'ensemble recouvrent de **fortes différences selon le sexe, l'âge, mais aussi selon les catégories sociales**. En particulier, du fait de sa précarisation, une part de la population française connaît une détérioration globale de son état de santé, qui se caractérise surtout par un cumul de pathologies.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- La sous-mortalité globale (-5 %) que connaît la population de la région par rapport à la moyenne française se retrouve pour les deux causes de décès les plus fréquentes, les tumeurs (-2 %) et les maladies cardio-vasculaires (-8 %).
- A l'inverse, pour les morts violentes, les Pays de la Loire présentent une surmortalité de 6 % par rapport à la moyenne française.
- Les causes de morbidité et de mortalité sont très variables selon l'âge. Entre 15 et 34 ans, les morts violentes, et notamment les accidents de la circulation et les suicides, sont la principale cause de décès. Les maladies mentales constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée pour cette tranche d'âge.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ En France comme dans tous les pays développés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité. Elles constituent la première cause de décès (plus de 170 000 décès par an), le troisième motif d'hospitalisation (10 % des séjours hospitaliers de soins de courte durée), le premier motif d'admission en affection de longue durée (255 000 admissions chaque année).

Depuis une vingtaine d'années, **la mortalité due à ces affections diminue**. Cette baisse est particulièrement liée à celle des décès par accidents vasculaires cérébraux (-29 % en dix ans) devenus moins fréquents que les décès par infarctus du myocarde (-13 % en dix ans).

La mortalité par maladies cardio-vasculaires varie beaucoup selon les pays. Actuellement, **la France se situe parmi les pays qui ont le plus faible taux de mortalité pour chacune des principales affections cardio-vasculaires**.

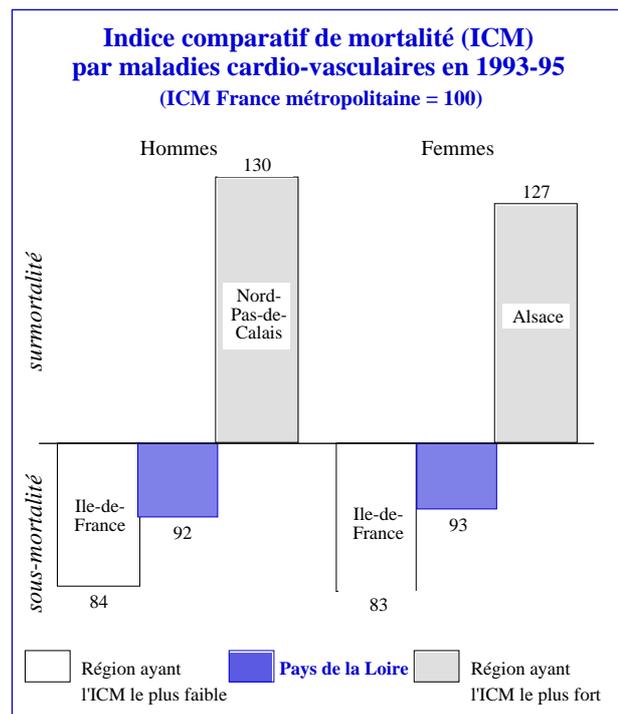
Trois registres en France (Communauté Urbaine de Lille, départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne) et un peu plus de 30 dans le monde, enregistrent de façon exhaustive le nombre de nouveaux cas d'infarctus du myocarde survenant chaque année chez les personnes âgées de 25 à 64 ans. Les premiers résultats montrent la grande **disparité géographique de la maladie**, avec une incidence plus élevée dans les pays du Nord de l'Europe.

Les données des registres des cardiopathies ischémiques apprennent aussi que la **mortalité hospitalière par infarctus du myocarde a fortement chuté** à partir des années 85, mais attirent l'attention sur les progrès qui restent à faire dans la réduction des délais de prise en charge de ces malades et sur la place que doit tenir la prévention primaire si l'on veut baisser significativement l'incidence de cette affection.

Parmi les nombreux **facteurs de risque** reconnus des maladies cardio-vasculaires, on peut citer le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète non insulino-dépendant. Certains sont susceptibles de faire l'objet d'une politique de prévention active.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Avec en moyenne 9 000 décès par an, les affections cardio-vasculaires sont la cause de décès la plus fréquente. Ces décès concernent principalement des personnes âgées : moins de 800 surviennent avant 65 ans.
- La mortalité cardio-vasculaire régionale est inférieure à la moyenne nationale de 8 % pour les hommes et de 7 % pour les femmes.
- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a baissé de 12 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes entre les périodes 1988-1990 et 1993-1995.
- Par ailleurs, les affections cardio-vasculaires sont à l'origine de plus de 11 000 entrées en affection de longue durée chaque année. Les artériopathies chroniques et évolutives en sont le motif le plus fréquent (34 % des entrées) devant l'hypertension artérielle sévère (21 %).



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ Environ **un million de séjours** dans les services de soins de courte durée ont été motivés en 1993 par une pathologie tumorale (dont 700 000 par une tumeur maligne), ce qui représente 8,4 % de l'ensemble des séjours (Enquête de morbidité hospitalière du Ministère de la Santé, 1993).

Selon l'estimation effectuée par le Réseau des Registres français des cancers (FRANCIM), le nombre annuel de **nouveaux cas diagnostiqués en France serait passé de 171 000 en 1975 à 240 000 en 1995**. Cette augmentation de l'incidence est liée d'une part au vieillissement de la population, d'autre part à l'augmentation des taux standardisés d'incidence qui ont progressé sur cette période de 25 % chez l'homme et 21 % chez la femme.

Par contre, **la mortalité par cancer toutes localisations confondues tend à diminuer** depuis le milieu des années 80 chez l'homme (elle diminue depuis 1950 chez la femme).

Les pathologies tumorales sont la **première cause de mortalité chez l'homme** avec 32 % des décès entre 1993 et 1995 et la deuxième chez la femme (23 %) après les maladies de l'appareil circulatoire (36 %). Chaque année, on enregistre environ **146 000 décès par tumeur**, dont 60 % chez les hommes. 70 % des décès par tumeur concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Les deux principales localisations cancéreuses causes de décès chez **l'homme** sont le poumon (20 000 décès par an) et la prostate (9 300 décès par an) ; chez la **femme**, ce sont le sein (10 700 décès par an) et l'intestin (7 900).

Les principaux facteurs de risque des cancers sont les facteurs nutritionnels (35 % de la mortalité par cancer), le tabac (22 %) et l'alcool (12 %).

On estime qu'environ 20 % des **décès prématurés** (avant 65 ans) par cancer sont évitables.

Chez l'homme 90 % des décès évitables pourraient être évités par des actions de prévention portant sur les facteurs de risques individuels, tandis que chez la femme 80 % pourraient être évités par des actions de dépistage et une meilleure prise en charge par le système de soins.

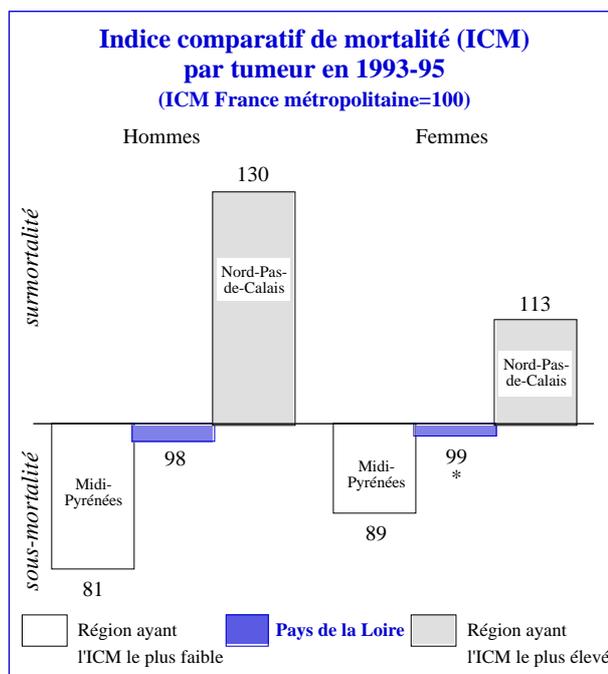
FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- On estime à 12 800 le nombre de nouveaux cas de cancers survenus en 1992 parmi les habitants de la région.

- Le cancer est la seconde cause de mortalité dans la région, à l'origine d'environ 7 800 décès chaque année. 60 % de ces décès concernent des hommes, 29 % surviennent avant 65 ans.

- La mortalité par cancer est très proche de la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes.

- Entre les périodes 1988-1990 et 1993-1995, la mortalité par cancer a diminué de 4 % chez les hommes et est restée stable pour les femmes.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE estimations au 1/1/1994 et 1/1/1995

* Différence non significative au seuil de 5 %

CONTEXTE NATIONAL

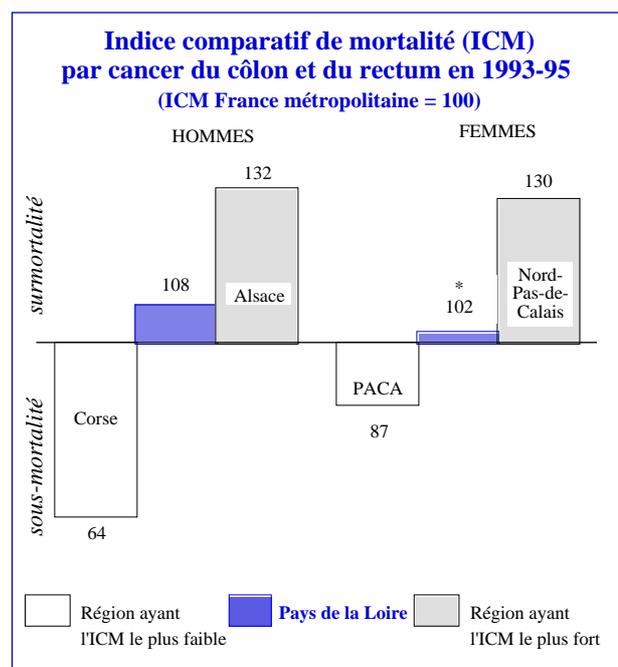
■ En France, le nombre de **nouveaux cas annuels** de cancers du côlon et du rectum, estimé par le Réseau français des registres des cancers (FRANCIM) pour l'année 1995 est de **15 298 femmes et 18 107 hommes**. Le taux d'incidence pour cette période est estimé à 39,5 pour 100 000 femmes et à 64,5 pour 100 000 hommes. La majorité des cas (61%) sont des cancers du côlon. Les autres, moins fréquents, sont les cancers du rectum (27 %) ou de la jonction recto-sigmoïdienne (12 %). Ces cancers occupent la seconde place après le cancer du poumon chez les hommes et après le cancer du sein chez les femmes. Avec **16 000 décès annuels**, les cancers du côlon et du rectum constituent la seconde cause de décès par cancers, tous sexes confondus. Ce cancer est rare avant 45 ans, l'incidence et la mortalité croissent à partir de cet âge. L'âge moyen de décès est d'environ 70 ans.

Ce cancer a fait l'objet de nombreuses études pour repérer les **facteurs de risque**. Les lésions pré-cancéreuses que sont les adénomes (tumeurs bénignes autrement désignées sous le terme de polypes), sont reconnues comme principaux facteurs de risque. On estime que les trois quarts des cancers colo-rectaux résultent de la transformation maligne d'un adénome. On observe également une augmentation du risque de cancer en rapport avec les formes étendues de colites ulcéreuses (formes sévères de rectocolite hémorragique et de maladie de Crohn). Par ailleurs, le rôle de l'alimentation est reconnu dans la mesure où certains aliments peuvent favoriser la survenue de ces cancers (graisses animales, viande, alcool) alors que d'autres ont un rôle protecteur (légumes, fruits).

Actuellement, la politique de **prévention** s'oriente vers la mise en oeuvre d'une stratégie de dépistage précoce, utilisant un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult), qui fait l'objet d'expériences dans plusieurs départements. Avant toute extension, le ministère chargé de la santé a mis en place, en 1996, un comité scientifique sur le dépistage du cancer du côlon et du rectum, chargé d'homogénéiser les actions à mettre en oeuvre, de définir les principes d'assurance qualité, et d'évaluer les actions.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- On estime à près de 1 700 le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon et du rectum survenus en 1992 parmi les habitants des Pays de la Loire.
- Environ 900 habitants de la région décèdent chaque année de ces cancers. Plus de la moitié d'entre eux sont âgés de plus de 75 ans.
- La mortalité par cancer colo-rectal est supérieure de 8 % à la moyenne nationale pour les hommes. Elle est proche de cette moyenne pour les femmes.
- La mortalité par cancer du côlon-rectum n'a pas augmenté de façon significative entre les années 1988-1990 et 1993-1995.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

* Différence non significative au seuil de 5 %

LES CANCERS DE L'UTÉRUS

Pathologies - 7.6

CONTEXTE NATIONAL

■ En France, entre 1975 et 1995, le nombre de **nouveaux cas annuels** de cancers de l'utérus estimé par le Réseau français des registres des cancers, **est passé de 6 000 à 3 300 pour le cancer du col ; pour le cancer du corps, il est stable à 4 600**. Ces chiffres représentent des taux d'incidence de 10 pour 100 000 femmes pour le cancer du col et de 14 pour 100 000 femmes pour le cancer du corps de l'utérus. Les cancers de l'utérus sont au troisième rang des localisations cancéreuses chez les femmes, après le cancer du sein et les cancers du côlon et du rectum.

Dans les statistiques de **mortalité**, on ne peut pas distinguer les cancers du col de ceux du corps de l'utérus en raison d'une proportion importante de localisations non précisées. Avec environ **3 100 décès annuels**, pour la période 1993-95, les cancers de l'utérus constituent la quatrième cause de décès par cancer chez la femme après les cancers du sein, du côlon et du rectum et du poumon.

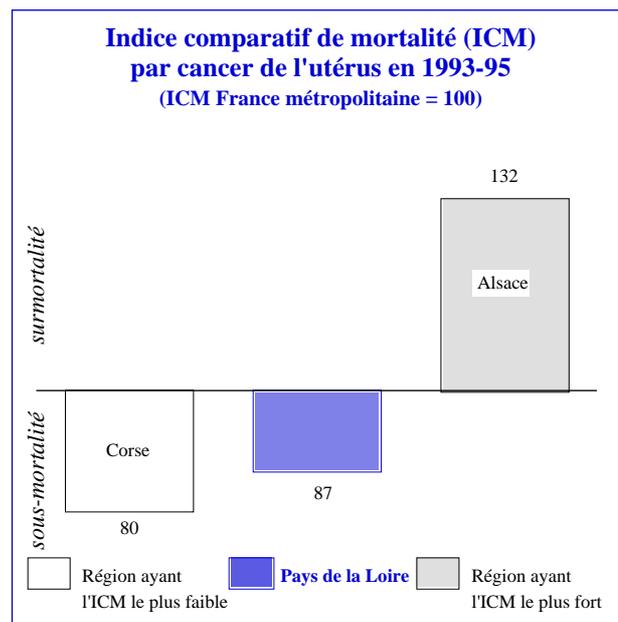
Les deux localisations du col et du corps se distinguent par la population atteinte, les facteurs de risque et le pronostic. Schématiquement, le cancer du corps de l'utérus concerne principalement les femmes de plus de 60 ans alors que le cancer du col de l'utérus peut survenir chez des femmes plus jeunes.

Les principaux **facteurs de risque** identifiés du cancer du corps de l'utérus sont : la surcharge pondérale et l'utilisation d'oestrogènes non associés à des progestatifs comme traitement substitutif de la ménopause. Ceux du cancer du col utérin sont liés à la vie sexuelle, l'infection à papillomavirus constituant le principal facteur de risque.

Le cancer du corps de l'utérus ne présente pas de caractéristiques épidémiologiques permettant un dépistage. Par contre, **l'efficacité du dépistage du cancer du col** par frottis cervico-vaginal a été démontrée. En France, une conférence de consensus a préconisé, en 1990, la réalisation d'un frottis tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans. Cependant, l'âge de début du dépistage reste controversé, les recommandations de l'ANDEM en 1995 préconisaient de commencer le dépistage à 20 ans. Bien que le nombre de frottis actuellement effectués soit susceptible d'assurer la couverture de cette population, leur répartition n'est pas optimale. En effet, d'une part, les femmes de plus de 45 ans, âge à partir duquel l'incidence de ce cancer augmente, ne bénéficient pas d'une surveillance suffisante, et, d'autre part, les femmes de milieux socio-économiques défavorisés participent moins aux démarches de dépistage. La mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est prévue pour 1998 ; son efficacité sera étroitement liée à l'élaboration d'un contrôle de qualité des frottis (prélèvement et lecture).

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- On estime à près de 400 le nombre de nouveaux cas de cancers du corps et du col de l'utérus survenus en 1992 parmi les habitantes des Pays de la Loire.
- Près de 150 femmes de la région décèdent chaque année de ces cancers. Environ une sur quatre est âgée de moins de 65 ans.
- La mortalité par cancer de l'utérus est inférieure de 13 % à la moyenne nationale.
- La mortalité par cancer de l'utérus a diminué de 5 % entre les années 1988-1990 et 1993-1995, mais cette diminution n'est pas significative.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

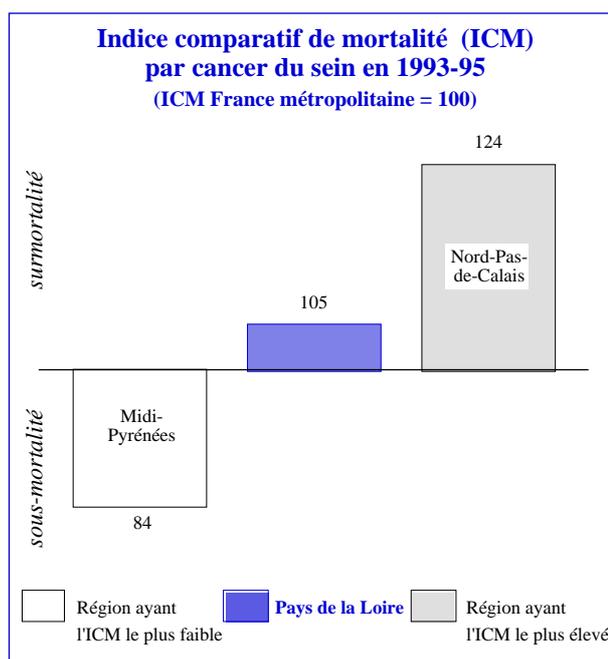
■ Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins. En 1995 on estime à **34 000 le nombre de nouveaux cas de cancers du sein** en France, estimation réalisée par le réseau FRANCIM à partir des données des registres des cancers. L'incidence du cancer du sein est en forte augmentation, puisque le nombre de nouveaux cas annuels était estimé à 25 000 en 1990 et 19 000 en 1985. Il est difficile de faire la part, dans cette évolution, de ce qui revient à un diagnostic plus précoce, notamment dans le cadre du dépistage, et de ce qui résulte de l'élévation du risque pour les générations les plus jeunes.

Avec en moyenne **10 750 décès** chaque année sur la période 1993-1995, le cancer du sein est la première cause de décès par tumeur chez les femmes. Depuis le début des années 80, la mortalité par cancer du sein s'est stabilisée. La progression du nombre annuel moyen de décès par cancer du sein, proche de 9 000 au début des années 80, résulte en grande partie du vieillissement de la population. Les taux de survie après cancer du sein, tous stades confondus, sont aujourd'hui de l'ordre de 70 % à 5 ans, et de 50 % à 10 ans.

De nombreux **facteurs de risque** du cancer du sein ont été identifiés. 5 à 10 % des cancers du sein seraient dus à la transmission héréditaire d'une susceptibilité génétique. L'augmentation du risque est d'autant plus importante que le lien de parenté avec le sujet atteint est étroit et que le cancer est survenu précocement. Des facteurs hormonaux interviennent également (premières règles précoces, absence de grossesse ou âge tardif de la première grossesse menée à terme, ménopause tardive). En ce qui concerne l'allaitement, des études récentes tendent à montrer qu'il aurait un rôle protecteur. D'autres facteurs restent à évoquer. Une alimentation très calorique, une consommation élevée de graisses totales ou saturées et de protéines animales augmentent le risque de cancer du sein. Quant au rôle de l'alcool, de nombreuses études ont montré qu'une consommation quotidienne de boissons alcoolisées, même faible, augmentait le risque de cancer du sein. Les facteurs de risque connus ne permettent pas actuellement une **prévention primaire**, d'où l'intérêt du dépistage, c'est-à-dire de la recherche précoce du cancer, avant l'apparition de signes cliniques. Sur ces bases, un plan national de **dépistage systématique** du cancer du sein concerne actuellement 24 départements et devrait être étendu à l'ensemble du territoire dans les trois années qui viennent.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- On estime à 1 700 le nombre annuel de nouveaux cas de cancers du sein survenus en 1992 dans les Pays de la Loire.
- Plus de 600 femmes sont décédées de ce cancer en moyenne chaque année sur la période 1993-1995.
- Le cancer du sein touche fréquemment des femmes jeunes : 58 % des cas et 41 % des décès concernent des femmes de moins de 65 ans.
- La mortalité régionale par cancer du sein a nettement progressé au cours des dernières années (+ 10 % entre les périodes 1988-1990 et 1993-1995). Alors qu'elle était proche de la moyenne nationale à la fin des années 90, elle la dépasse actuellement de 5 %.
- Trois départements de la région (Loire-Atlantique, Mayenne et Sarthe) ont mis en place un programme de dépistage systématique du cancer du sein.



Sources : INSERM SC8
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Le cancer de la prostate est actuellement en France le cancer le plus fréquent chez l'homme après le cancer du poumon.

Le nombre de **nouveaux cas est estimé à 22 000** par an (1990), soit un taux brut de 70 pour 100 000 hommes (incidence). Un peu plus de la moitié d'entre eux (52 %) est à un stade localisé. On constate une augmentation régulière du nombre de cas de 1982 à 1990 (environ 8,8 % par an en moyenne, et davantage depuis 1987). Plusieurs éléments expliquent cette évolution : vieillissement de la population, meilleure déclaration des cas, utilisation des méthodes diagnostiques plus sensibles, augmentation effective de la pathologie.

Un certain nombre d'éléments peuvent être évoqués à l'origine de la **survenue du cancer prostatique**. Il existe probablement une différence de sensibilité génétiquement déterminée en raison de grandes variations ethniques et géographiques. Les taux d'incidence standardisés sont variables selon les continents : 61 pour 100 000 en Amérique du Nord, 30 en Europe du Nord, 40 en Europe de l'Ouest, 18 en Europe du Sud et 4 en Asie. Le rôle de l'environnement est également suspecté devant les augmentations rapides d'incidence et de mortalité des populations migrantes (Asie vers les Etats-Unis).

La mortalité (en taux standardisé) progresse d'environ 1 % par an ; on observe une augmentation du nombre de décès qui est passé d'un peu plus de 6 800 en 1980 à plus de 9 200 en 1993.

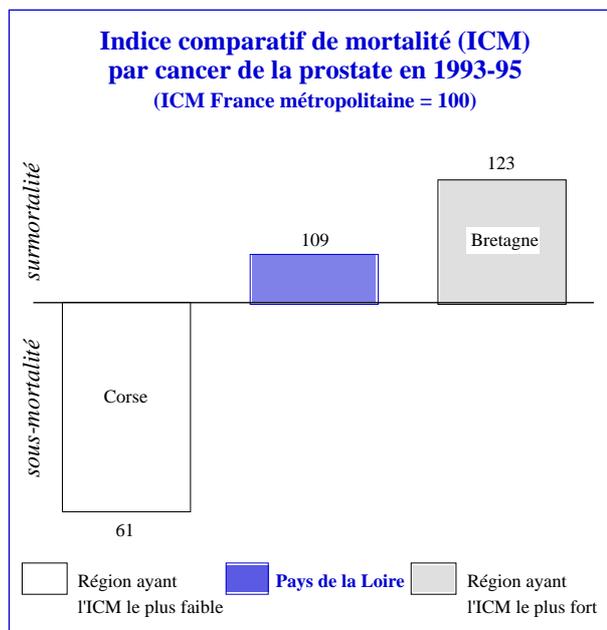
C'est la deuxième cause de décès par cancer (11 % des décès par cancer soit un taux brut de mortalité de 33 pour 100 000). Toutefois, cette augmentation touche essentiellement les hommes de 75 ans et plus, chez lesquels cette pathologie représente 20 % des décès par cancer.

Le **pronostic** du cancer de la prostate dépend de l'extension de la maladie, donc de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Mais le dépistage systématique se heurte à l'absence de méthodes validées dans ce cadre. En particulier, le risque est grand de dépister et de traiter des cancers latents qui n'auraient eu aucune influence sur la vie du sujet.

On estime ainsi que 40 % des hommes au-delà de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais que seuls 8 % développeront un cancer clinique et que 3 % en décèderont. La mise au point d'un test permettant de prévoir l'évolution de la maladie résoudrait ce problème.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- On estime à plus de 1 400 le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate survenus en 1992 parmi les hommes des Pays de la Loire.
- Plus de 550 hommes décèdent chaque année de cette affection. Deux sur trois sont âgés de plus de 75 ans.
- La mortalité par cancer de la prostate est supérieure de 9 % à la moyenne nationale.
- La mortalité par cancer de la prostate a diminué de 8 % entre les années 1988-1990 et 1993-1995.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 1996, près de 45 000 personnes ont développé un sida en France (métropole et outre-mer). Environ 80 % de ces cas sont concentrés dans seulement six régions (Ile-de-France, PACA, Aquitaine, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées). Ce nombre de cas rapporté à la population est en moyenne en France de 772 par million d'habitants, ce qui situe **la France en troisième position parmi les pays européens**, derrière l'Espagne et la Suisse. Elle est au cinquième rang après ces deux pays, l'Italie et le Portugal en ce qui concerne les nouveaux cas diagnostiqués en 1996 (4 318).

La plupart des malades ayant développé un sida sont des hommes (82 %) et parmi eux, 43,8 % ont entre 30 et 39 ans. Ce sont les relations homo-sexuelles qui constituent le mode de contamination le plus fréquent (46 %), puis la pratique de la toxicomanie intraveineuse (24 %) et les relations hétérosexuelles (18 %).

Les caractéristiques des malades (sexe, âge, mode de contamination) concernent des personnes contaminées pour la plupart il y a plusieurs années. Elles peuvent être différentes de celles des personnes plus récemment séropositives au VIH.

Contrairement aux cas de sida, il n'existe pas en France de déclaration obligatoire des cas de séroposivité dépistée. Toutefois, le Réseau national de santé publique estime le nombre de personnes atteintes par l'infection à VIH entre 100 000 et 110 000.

La **baisse du nombre de nouveaux cas de sida**, amorcée en 1995, s'est accentuée de façon brutale au second semestre 1996 (-29 %) et s'est confirmée, bien que moins forte au premier semestre 1997 (-17 %). Cette diminution entre début et fin 1996 est forte chez les usagers de drogues injectables (-36 %) et homo/bisexuels (-32 %). Elle a été plus faible chez les hétérosexuels (-21 %).

La diminution des décès par sida a été spectaculaire. - 37 % entre les deux semestres de 1996 et - 40 % au premier semestre 1997. La diffusion récente des nouvelles associations de médicaments anti-rétroviraux explique ce phénomène. En effet, la diminution des nouveaux cas concerne essentiellement les patients qui connaissaient leur séroposivité et suivaient un traitement anti-rétroviral, soit un peu moins de 50 % des cas.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

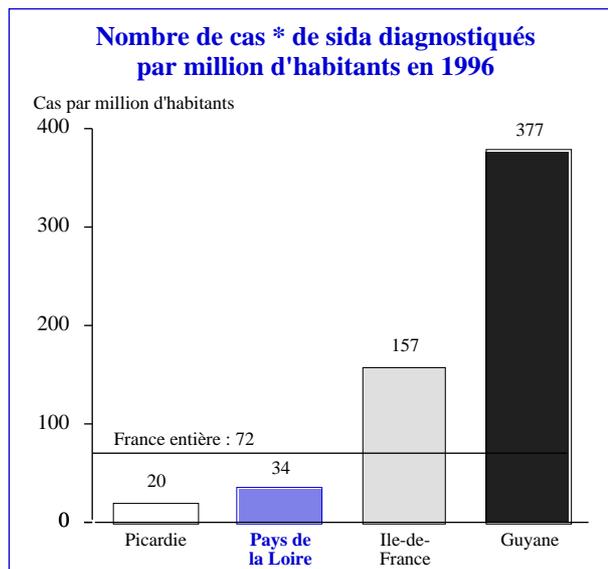
- On estime à 107 le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués en 1996 parmi les habitants des Pays de la Loire. Par rapport à sa population, la région reste relativement épargnée, au 9ème rang des régions de France les moins touchées.

- Plus de 80 % de ces malades sont des hommes. La contamination liée à l'homo-bisexualité masculine est majoritaire, mais le nombre de cas observés parmi les hétérosexuels a fortement augmenté depuis 1990.

- 26 % des nouveaux cas de sida ont découvert leur séroposivité au VIH au moment du diagnostic de sida, soit plusieurs années après leur contamination.

- Le sida a été à l'origine de 125 décès en 1995 parmi les habitants des Pays de la Loire.

- En 1996, le réseau ORS de surveillance du VIH montre une stabilité du nombre de nouvelles sérologies positives découvertes dans la région.



Sources : RNSP, INSEE (estimations au 01/01/1995)
Exploitation O.R.S.

* Données redressées

CONTEXTE NATIONAL

■ En France, le suivi épidémiologique de la tuberculose repose essentiellement sur le système de déclaration obligatoire des cas. En 1995, **8 723 cas ont ainsi été déclarés**. Or, une récente évaluation de la qualité de ce système montre un degré important de sous-déclaration, de 50 % en moyenne, avec de grandes variations d'une région à l'autre, devant inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Entre 1983 et 1993, 1 339 et **921 décès** ont été respectivement recensés en France. Durant cette période, la mortalité pour tuberculose a diminué de 35 % passant de 2,5 pour 100 000 habitants à 1,6 pour 100 000 habitants.

Après des décennies de décroissance régulière, **l'incidence de la tuberculose** semble, depuis le début des années 1990, se stabiliser, voire augmenter en Europe de l'Ouest. La stabilisation est sensible en France comme dans la plupart des autres pays ouest-européens. En effet, en France, l'incidence plutôt élevée par rapport à celui d'autres pays européens de l'Ouest, a décliné de 48 pour 100 000 habitants en 1975 à 15 en 1991, pour se stabiliser à ce niveau en 1995. Cependant, cette incidence cache de fortes disparités régionales en raison des répartitions différentes des populations à risque que sont les sujets âgés, ceux en provenance de pays de forte endémie, en situation de précarité ou immunodéprimés, notamment par le VIH.

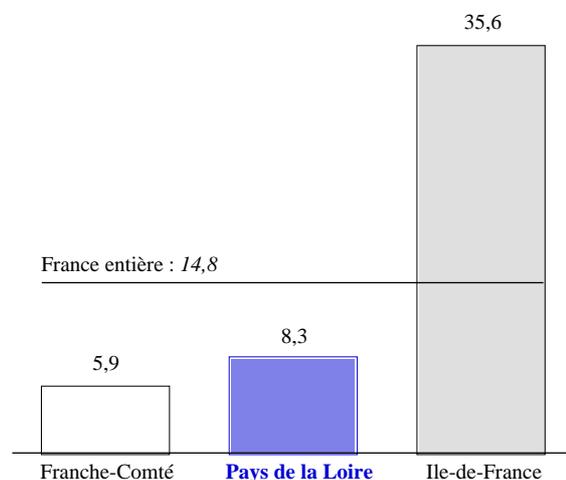
L'incidence est de 36 pour 100 000 chez les personnes âgées de 75 ans ou plus et de 66 pour 100 000 habitants chez les étrangers. Chez les personnes **séropositives au VIH**, on assiste à une accélération de la dynamique de la maladie qui en modifie les caractéristiques épidémiologiques habituelles : on observe une évolution plus fréquente et plus rapide vers la tuberculose-maladie après la primo-infection qui correspond au premier contact avec l'agent de la tuberculose. Ainsi, l'épidémie du VIH serait responsable d'environ 30 % de l'augmentation des cas observés depuis le début des années 1990. Le développement de la **précarité** est également responsable d'une part importante bien que difficilement quantifiable de cet excès de cas. Depuis quelques années, on comptabilise avec précision les souches de *Mycobacterium tuberculosis* (aussi appelé bacille de Koch ou BK), résistantes aux principaux antituberculeux. Ces **tuberculoses multirésistantes**, difficiles à traiter, posent avec acuité le problème de leur contagiosité. Toutefois, en 1994, le taux de multirésistance parmi les souches isolées en France demeure faible à 0,7 %, niveau équivalent à celui des autres pays européens (0,9 % pour la Belgique ou 2 % pour le Royaume-Uni).

La **primo-infection** chez les enfants de moins de 5 ans est plus susceptible que chez les adultes d'évoluer vers une tuberculose-maladie. Les enfants ont davantage tendance à développer des formes extrapulmonaires, notamment des méningites tuberculeuses. Chez eux, la vaccination par le BCG trouve tout son intérêt.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- 259 cas de tuberculose ont été déclarés dans les Pays de la Loire en 1995. On ne connaît pas l'importance de la sous-déclaration de cette affection dans la région.
- Les Pays de la Loire se situent au 7ème rang des régions les moins touchées par la tuberculose.
- Au moins 46 % des cas de tuberculoses déclarés sont des tuberculoses pulmonaires bacillifères, c'est-à-dire contagieuses.
- Aucune souche de tuberculose multi-résistante aux antibiotiques n'a été isolée dans la région en 1994.
- L'incidence de la tuberculose tend à diminuer dans la région : le nombre de cas déclarés comme le nombre de décès sont en diminution. Mais plus de 50 habitants de la région décèdent encore chaque année de cette affection.

Incidence de la tuberculose en 1995
(taux pour 100 000 habitants)



Sources : DDASS-RNSP, INSEE (estimations au 01/01/1993)

Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes, d'évolution aiguë ou chronique, difficiles à classer et évaluer, en particulier chez le sujet âgé.

En France, ces affections sont responsables chaque année de **37 000 décès**, soit 6 % de l'ensemble des décès (10 % si l'on inclut les tumeurs de l'appareil respiratoire). Mais cet indicateur traduit mal le poids économique et l'impact médico-social de ces maladies liés à leur caractère épidémique ou à leur évolution souvent chronique.

En 1991-1992, d'après l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, **7 personnes sur 100 souffrent de maladies respiratoires**. Par ailleurs, ces affections sont à l'origine de 7 % des séjours hospitaliers (enquête morbidité hospitalière 1993) et de 7 séances sur 100 en médecine libérale (enquête CREDES, éléments et motifs de recours en médecine libérale, 1992). Au cours de ces séances, les bronchites aiguës sont le plus fréquemment observées (54 %), suivies de l'asthme (21 %), les bronchites chroniques et l'emphysème représentant respectivement 8 % et 0,5 % de ces interventions médicales.

Différents travaux épidémiologiques, menés en France et dans divers pays depuis une dizaine d'années, montrent que l'asthme est une cause de plus en plus importante de mortalité et de morbidité. Il touche en particulier les sujets jeunes : 9 % de la population de 20 à 44 ans a déjà présenté une crise d'asthme ou fait l'objet d'un diagnostic d'asthme au cours de sa vie. Une vaste étude épidémiologique lancée sous l'égide de l'Union européenne doit permettre d'étudier les facteurs explicatifs de la prévalence et de la sévérité de la maladie. Toutefois, les connaissances déjà acquises ont permis au Ministère de la santé de mettre en place un programme d'actions pluri-annuel pour la période 1994-1998.

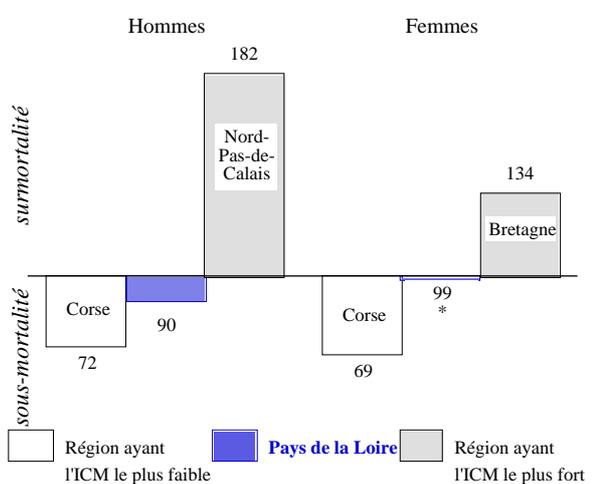
D'après l'enquête **PAARC** (pollution atmosphérique et affections respiratoires chroniques ou à répétition, 1974-1976), qui sert encore de référence, environ 2,5 millions de personnes souffriraient aujourd'hui de bronchites chroniques. Les liens entre ces affections et des facteurs de risque environnementaux, en particulier le tabagisme, sont bien établis, et peuvent faire l'objet de prévention primaire.

Selon les principaux régimes d'assurance maladie, chaque année plus de **26 300 personnes sont admises en affection de longue durée** pour une déficience respiratoire grave. Certaines des insuffisances respiratoires chroniques peuvent être prises en charge à domicile. Dans ce cadre, la prévention tertiaire s'est largement développée ces dernières années.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Chaque année, environ 2 000 habitants de la région décèdent d'une maladie respiratoire. Huit sur dix sont âgés de plus de 75 ans.
- Les principales pathologies en cause sont les pneumonies (37 % des décès) et les bronchites chroniques (34 %). L'asthme est à l'origine d'environ 130 décès chaque année parmi les habitants de la région.
- La mortalité par maladies respiratoires tend à reculer dans la région, notamment chez les hommes et avant 65 ans. Pour la période 1993-1995, elle est inférieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes et proche de cette moyenne pour les femmes.
- Chaque année, plus de 1 200 nouvelles personnes sont prises en charge à 100 % par les régimes d'assurance maladie pour des traitements prolongés et coûteux nécessités par une insuffisance respiratoire chronique grave.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par maladies respiratoires en 1993-95
(ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

* Différence non significative au seuil de 5 %

CONTEXTE NATIONAL

■ La consommation d'alcool a fortement diminué au cours des dernières décennies, mais la **France reste le pays le plus gros consommateur d'alcool au monde**, avec une consommation moyenne par habitant de plus de 15 ans de 16 litres d'alcool pur par an.

La consommation d'alcool est une **habitude majoritairement masculine**. Même s'il est toujours difficile de définir des seuils, on peut estimer que, dans la population âgée de plus de 18 ans, près de 16 % des hommes et 5 % des femmes seraient des consommateurs à risques.

Les conséquences de la consommation excessive d'alcool sont multiples. Ce comportement, seul ou associé à d'autres facteurs de risque, est ainsi le facteur causal ou aggravant de nombreuses pathologies. L'alcool constitue aussi un déterminant relativement fréquent des accidents, des suicides, et de problèmes sociaux qui peuvent retentir sur la santé du consommateur et de son entourage (difficultés professionnelles, conflits familiaux, violences...). Les informations disponibles pour apprécier l'ampleur de ces conséquences sont très insuffisantes. Certains travaux laissent toutefois entrevoir leur poids considérable. Ainsi, en médecine générale, plusieurs études ont montré que près de **20 % des consultants adultes présentent un risque ou une maladie liés à l'alcool**. Par ailleurs, **30 % des responsables présumés d'accidents mortels** survenus en 1990 ayant fait l'objet d'une alcoolémie présentaient une alcoolémie supérieure à 0,8 g/litre.

En matière de mortalité, le constat est tout aussi préoccupant puisque l'on estime que 6 à 10 % des décès, soit **30 à 50 000 par an**, seraient dus à une consommation excessive d'alcool.

L'analyse de la mortalité pour deux groupes de pathologies, l'un directement lié à la consommation excessive d'alcool (cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme), l'autre à l'association alcool-tabac (cancers des voies aéro-digestives supérieures), met en évidence une **baisse marquée de la mortalité liée à l'alcool** au cours des dernières années, que l'on peut rapprocher de la diminution globale de la consommation.

Outre les médecins généralistes et spécialistes, **diverses structures tentent d'apporter des réponses adaptées** à la prise en charge des personnes présentant un risque ou une maladie liés à l'alcool : unités hospitalières d'alcoologie, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, centres de cure et de post-cure, foyers d'hébergement et de réinsertion... Les mouvements associatifs jouent également un rôle important, en particulier les mouvements d'anciens buveurs, et l'association nationale de prévention de l'alcoolisme et ses centres départementaux (CDPA).

Parallèlement à ce dispositif préventif et curatif, **de nombreuses mesures législatives** sont disponibles. La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme a notamment limité l'expression de la publicité pour les boissons alcooliques.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

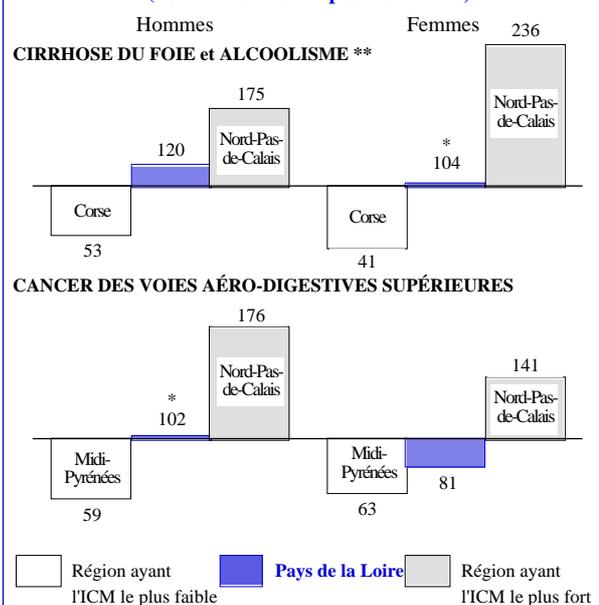
- Les Pays de la Loire connaissent une mortalité par cirrhose du foie et alcoolisme qui dépasse de 20 % la moyenne nationale pour les hommes, proche de cette moyenne pour les femmes.

La situation plus favorable observée pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, liés à l'association alcool-tabac, est à rapprocher du moindre tabagisme des habitants de la région au cours des décennies passées, dont témoigne la sous-mortalité régionale par cancer du poumon.

- 82 % des décès directement liés à l'alcool concernent les hommes et 55 % surviennent avant 65 ans.

- La mortalité liée à l'alcool continue à diminuer, avec une baisse de l'ordre de 15 à 20 % entre 1988-1990 et 1993-1995.

Indices comparatifs de mortalité (ICM) en 1993-95 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

* Différence non significative au seuil de 5 %

** Cirrhose du foie et psychose alcoolique et alcoolisme

CONTEXTE NATIONAL

■ D'après la source OMS-Eurostat, la consommation française de tabac se situe en 1996 à un niveau moyen en

Europe avec 5,2 cigarettes par jour et par personne de 15 ans et plus (9,3 cigarettes en Grèce et 3 cigarettes en Finlande constituent les extrêmes).

Entre 1980 et 1996, la proportion de fumeurs a nettement diminué chez les hommes, passant de 46 % à 35 %, alors qu'elle a progressé chez les femmes (17 à 21 %) selon l'INSEE (enquête décennale santé 1980 et enquête conditions de vie des ménages 1996).

Une enquête du Comité français d'éducation pour la santé a montré en 1994 que la consommation de tabac concerne un jeune sur cinq entre 11 et 15 ans.

Le risque d'insuffisance coronarienne, d'accidents vasculaires cérébraux, d'artérites des membres inférieurs est significativement augmenté par l'usage du tabac, et, chez la femme, l'association tabac-contraceptifs oraux accroît le risque vasculaire.

Le risque de cancer du poumon est augmenté d'un facteur variable (allant jusqu'à 20) chez le fumeur, l'intensité du risque relatif étant fonction essentiellement de la durée du tabagisme. A ce titre, le rajeunissement de l'âge du début du tabagisme est un élément très préoccupant.

Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est également significativement augmenté chez le fumeur.

Enfin, l'association alcool-tabac constitue le principal facteur de risque des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Le tabagisme passif est responsable d'un risque accru, lors de la grossesse, d'une réduction du poids à la naissance, dans la première année de la vie d'infections des voies respiratoires, et à l'âge adulte de cancers du poumon et de maladies vasculaires.

Toutes causes confondues, le tabac est estimé responsable de 65 000 décès par an, soit 12 % de l'ensemble des décès, dont la moitié avant 65 ans.

La loi de janvier 1991 ne permet plus aucune publicité depuis janvier 1993 et réglemente l'usage du tabac dans les lieux collectifs.

Trois directives européennes, concernant les taux maximum de goudron, le contenu des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire.

Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisque, de 1991 à 1996, la quantité de tabac vendue a enregistré une baisse de 8,5 % (Source : SEITA-INSEE).

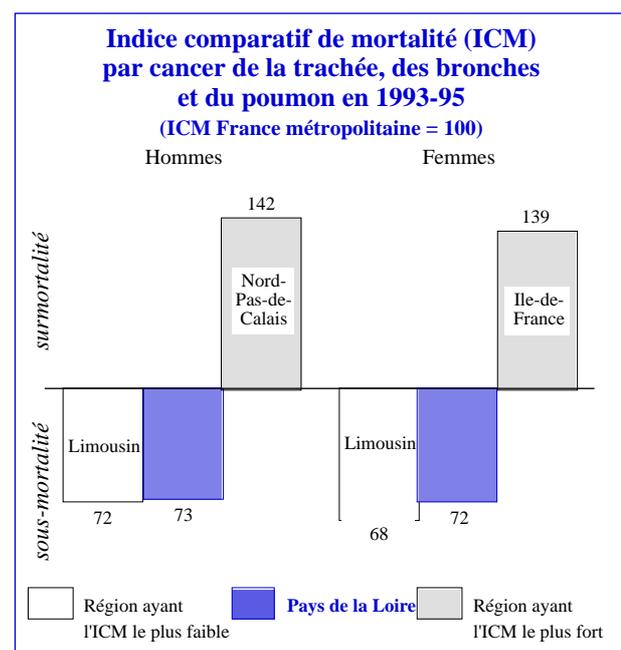
FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

● Environ 800 décès masculins et 130 décès féminins par cancer du poumon sont dénombrés chaque année parmi les habitants de la région. 42 % de ces décès surviennent chez des personnes de moins de 65 ans.

● Les Pays de la Loire et le Limousin sont les deux régions qui connaissent la plus faible mortalité par cancer du poumon en France, pour les hommes comme pour les femmes.

On peut rapprocher ce constat du moindre tabagisme des habitants de la région au cours des décennies passées. En 1986, les Pays de la Loire étaient en effet la région française où les ventes de cigarettes étaient les moins importantes.

● Entre 1988-1990 et 1993-1995, la mortalité régionale par cancer du poumon est restée stable chez les hommes, mais a augmenté de 8 % chez les femmes.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ La connaissance de la toxicomanie est rendue difficile par l'illégalité de la plupart de ses formes. Les données disponibles régulièrement concernent l'activité des services sanitaires et sociaux, mais aussi les services répressifs. Bien que les définitions soient différentes d'une source de données à l'autre, l'augmentation des effectifs comptabilisés dans les deux cas est continue.

Ainsi, entre 1987 et 1995, le nombre de **toxicomanes pris en charge** (au mois de novembre) dans les services sanitaires et sociaux a augmenté de 131 % (de 8 800 à 20 300).

Le nombre de **personnes interpellées pour usage ou usage-revente de stupéfiants** a augmenté de près de 160 % entre 1987 et 1996 (de 26 900 à 69 200).

La toxicomanie reste un phénomène qui concerne les jeunes adultes ; 84 % des prises en charge sanitaires et sociales concernent des personnes âgées de 18 à 34 ans. Les femmes sont très minoritaires : elles représentent moins de 10 % des personnes interpellées et 25 % des toxicomanes pris en charge.

Le cannabis est à l'origine des trois quarts des interpellations pour usage, alors que l'héroïne occupe le premier rang des produits principaux de dépendance des toxicomanes pris en charge (47 %). La polytoxicomanie est très fréquente et de nombreux autres produits sont en général consommés.

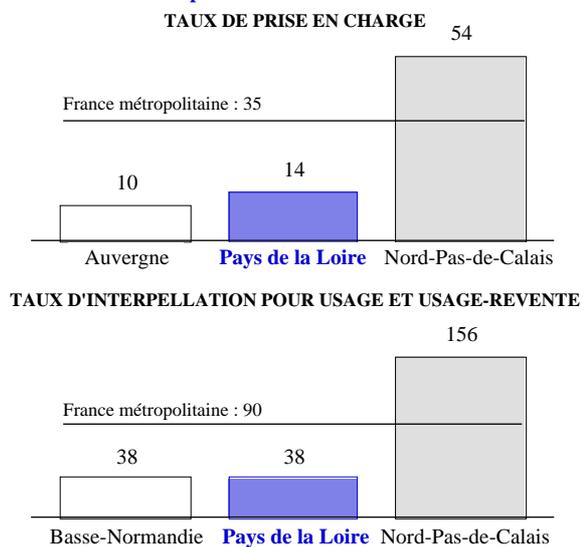
La morbidité infectieuse est importante mais n'est pas toujours bien connue. On estime que 16 à 23 % des toxicomanes pris en charge en institution en novembre 1995 sont infectés par le VIH et 49 à 70 % par l'hépatite C. Les modalités de **prise en charge et de soins** ont fortement évolué au cours des dernières années, notamment avec la mise en place de mesures de réduction des risques : accessibilité à du matériel propre et développement de traitements de substitution. La méthadone et la buprénorphine sont les 2 médicaments de substitution utilisés en France actuellement. Les traitements à la méthadone sont initiés dans des centres agréés, puis le relais est pris par la médecine de ville. Début 1997, on dénombrait 84 centres agréés et 4 600 bénéficiaires de ce type de traitement en France. Les traitements à la buprénorphine peuvent être directement institués en médecine de ville et on estime à 19 000 le nombre de personnes traitées par ce produit début 1997.

Cette évolution des modalités de prise en charge a vraisemblablement contribué à la **diminution du nombre de décès par surdose** observée par l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OVRTIS) depuis 2 ans, le nombre étant passé de 564 en 1994 à 393 décès en 1996.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- La région semble relativement épargnée par la toxicomanie, avec un taux d'interpellation et un taux de prise en charge par les structures de soins nettement inférieurs à la moyenne nationale.
- 1 400 personnes ont été interpellées en 1996 pour usage ou usage-revente de stupéfiants. Ce nombre, après avoir fortement progressé ces dernières années est en léger recul par rapport à 1995. Le nombre de toxicomanes pris en charge par les structures de soins se stabilise également.
- Les principaux produits de dépendance des toxicomanes pris en charge sont l'héroïne (33 %), le cannabis (26 %) et les médicaments (21 %).
- Les traitements de substitution (méthadone ou buprénorphine) concernaient plus de 900 personnes au début de l'année 1998.
- La morbidité infectieuse des toxicomanes est importante : 9 à 14 % des toxicomanes pris en charge sont séropositifs pour le virus du sida et 20 à 46 % pour celui de l'hépatite C.

Taux de prise en charge en novembre 1994 et taux d'interpellation en 1994 pour 100 000 habitants



Sources : OVRTIS, DRASS-SESI, INSEE (estimations)
Exploitation O.R.S.

CONTEXTE NATIONAL

■ Les accidents, souvent générateurs de handicaps sévères et de décès, ont un coût, à la fois humain, économique et social très lourd. Différentes enquêtes de morbidité permettent d'estimer qu'ils sont responsables, chaque année, d'environ **525 000 interventions chirurgicales, 1,3 million d'hospitalisations et 15 millions de recours en médecine libérale.**

En terme de mortalité (**33 000 morts par an**), ils constituent, en France, la troisième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs, et pèsent très lourd dans le total des années potentielles de vie perdues. **Les accidents de la route** placent la France dans le groupe des pays européens les plus meurtriers. Pourtant, en 20 ans, le nombre de tués sur les routes a diminué de 50 %, alors que le trafic doublait. Les hommes et les 18-24 ans sont les plus exposés au risque routier dont la vitesse et l'alcool représentent les deux principaux facteurs. Les statistiques de la Sécurité routière montrent qu'en 1994, les contrôles d'alcoolémie réalisés lors des accidents étaient positifs dans 6 % des cas. Depuis le 1er août 1995, le taux maximum d'alcoolémie, fixé en 1970 à 0,8 g/litre, est passé à 0,5 g/litre.

Le nombre **d'accidents du travail** a considérablement régressé depuis 30 ans. En 1994, les régimes général et agricole dénombraient en France, à l'exclusion des accidents du trajet et des maladies professionnelles, environ **720 000 accidents avec arrêt de travail**, dont 60 000 accidents ayant entraîné une incapacité permanente, et 960 décès. Les estimations de la CNAM montrent que le nombre d'accidents du travail est reparti à la hausse en 1994 (+1 % par rapport à 1993), après deux années de forte baisse. Le nombre d'accidents du trajet est, en revanche, en baisse de 7,5 %.

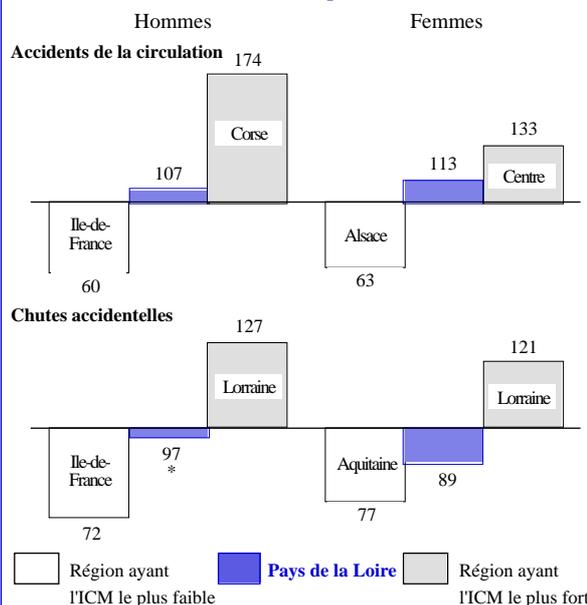
Même si aucun enregistrement systématique ne permet de les comptabiliser, les **accidents domestiques, de sports et de loisirs** sont sans doute les plus fréquents et les plus graves (ils seraient responsables chaque année de **18 000 à 20 000 décès**). Les enfants de 1 à 5 ans et les personnes âgées sont particulièrement exposés à ce risque.

Le rejet de la fatalité conduit à adopter une attitude positive face à la **prévention**. En matière de sécurité routière, les mesures législatives se sont accompagnées d'une amélioration du réseau routier, d'une meilleure conception du véhicule et de campagnes d'information auprès des usagers de la route. Dans le domaine des accidents du travail, la prévention passe par le renforcement des normes de sécurité et une meilleure ergonomie des conditions de travail et d'équipement, en particulier pour les travailleurs intérimaires. La prévention des accidents de la vie courante est plus difficile en raison de la multiplicité des circonstances et des lieux de survenue ; à côté des mesures de réglementation, l'information et l'éducation sont essentielles.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les chutes accidentelles sont à l'origine de 500 décès par an dans la région, principalement chez des personnes âgées.
- Près de 500 habitants décèdent en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation. Les victimes sont des hommes dans 71 % des cas et des 15-29 ans dans 38 % des cas. On compte également plus de 2 000 blessés graves chaque année sur les routes de la région.
- Le nombre des tués et celui des blessés graves sont en forte diminution, respectivement -18 % et -38 % depuis 10 ans. Mais la région conserve une mortalité par accident de la route supérieure de 9 % à la moyenne nationale.
- Plus de 43 000 accidents du travail avec arrêt ont été dénombrés en 1994 chez des salariés relevant des régimes général et agricole. Les accidents provoquant une incapacité permanente ou un décès sont moins fréquents dans les Pays de la Loire (8 %) qu'au plan national.

Indices comparatifs de mortalité (ICM) en 1993-95 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

* Différence non significative au seuil de 5 %

CONTEXTE NATIONAL

■ Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Prévenir le suicide est d'ailleurs l'une des dix premières priorités arrêtées par la Conférence Nationale de Santé de 1996, et l'une de celles retenues par les Conférences régionales dans 16 régions.

En France, depuis le début des années 80, **les décès par suicide (12 000 par an en 1993-95)** sont plus nombreux que les décès par accident de la circulation, mais le taux de mortalité par suicide tend à diminuer. Le nombre de décès par suicide est probablement sous-estimé du fait d'un défaut de déclaration par les instituts médico-légaux ou de l'existence de "suicides cachés" inscrits dans d'autres rubriques de décès, telles que "causes inconnues ou non déclarées". Il est généralement admis que cette sous-estimation serait de l'ordre de 20 %.

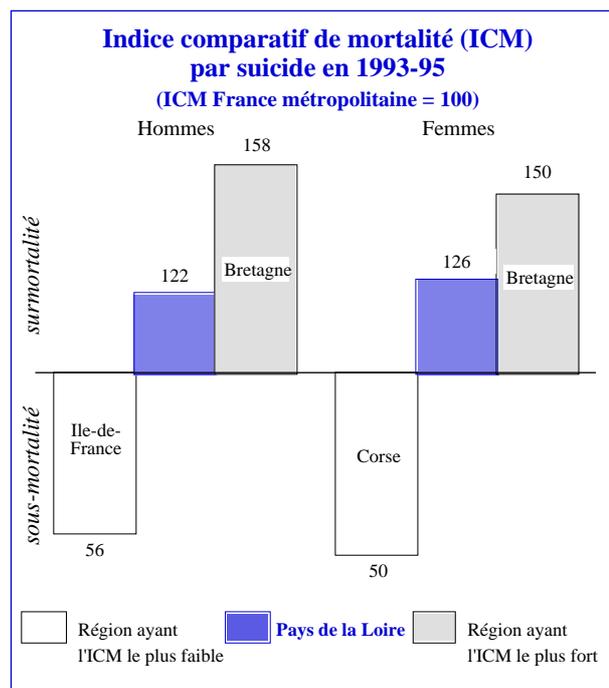
Les tentatives de suicides ne sont pas systématiquement recensées. L'enquête de morbidité hospitalière conduite par le Ministère de la Santé a permis d'estimer à 164 000 le nombre de séjours pour tentatives de suicides effectués dans les établissements hospitaliers publics et privés au cours de l'année 1993. Cette estimation permet de situer le nombre annuel de nouveaux cas de tentatives de suicide (incidence) dans un intervalle de **2 à 3 tentatives de suicide pour 1 000 habitants de 15 ans et plus**. Mais il s'agit là d'une estimation minimum, dans la mesure où un certain nombre de tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées.

Les caractéristiques des personnes qui effectuent une tentative de suicide diffèrent de celles qui décèdent de suicide : schématiquement, les premières sont plus souvent jeunes et de sexe féminin et les secondes âgées et de sexe masculin.

Les actions de **prévention du risque suicidaire** restent encore peu développées, du fait en particulier du tabou qui règne encore sur ce sujet. La prise en charge hospitalière fait l'objet d'une réflexion spécifique, notamment dans les services d'urgence qui accueillent un grand nombre de suicidants, dont près de la moitié pour une récidive.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Entre 750 à 800 habitants de la région se suicident chaque année. Il y a donc plus de décès par suicide que par accident de la circulation.
- La mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale de 22 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes.
- Près des trois quarts des décès par suicide concernent des hommes. Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, mais le poids des suicides est important chez les jeunes : entre 25 et 34 ans, un décès masculin sur quatre et un décès féminin sur cinq est un suicide.
- Entre les périodes 1988-1990 et 1993-1995, la mortalité par suicide est restée globalement stable pour les hommes comme pour les femmes.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1994 et 1995)

CONTEXTE NATIONAL

■ La prise en compte du risque professionnel est historiquement le fruit d'un processus lentement élaboré par adaptations parfois heurtées des progrès de la médecine et des sciences sociales et humaines, du système de protection sociale, de l'organisation et des conditions du travail, ainsi que des mentalités et des choix politiques.

La prévention du risque professionnel s'exerce dans l'entreprise, et la médecine du travail, obligatoire depuis 1946 en est l'acteur principal (elle est gérée par le régime général et le régime agricole). Hors de l'entreprise, le ministère du travail et l'inspection du travail, les organismes de sécurité sociale et notamment les services de prévention des CRAM, mènent également une politique de prévention.

Une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité. La preuve du lien entre la maladie et l'activité professionnelle étant difficile voire impossible à établir, la législation de la sécurité sociale a défini des "tableaux de maladies professionnelles" qui contiennent les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. Ces tableaux sont actuellement au nombre d'une centaine pour le régime général et d'une cinquantaine pour le régime agricole. Le déclin de certaines activités et la mise en place de nouveaux moyens de prévention rendent plus rares voire font disparaître certaines maladies professionnelles ; à l'opposé, la création ou la redéfinition de tableaux favorisent l'éclosion statistique d'autres maladies professionnelles, plus par effet de rattrapage de maladies déjà contractées et désormais reconnues que par "épidémie" nouvelle.

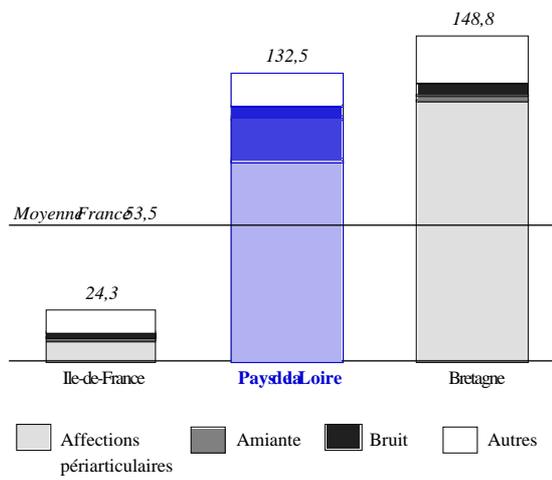
En 1995, **8 600 premières indemnisations** pour maladies professionnelles ont été enregistrées dans le régime général (qui représente 85 % du monde salarial) et 900 dans le régime agricole. Les affections périarticulaires, en très forte progression depuis l'élargissement du tableau fin 1991 et en raison de l'évolution des conditions de travail, en représentent plus de la moitié ; les affections dues aux bruits (9,5 %) et à l'amiante (9,3 %) viennent ensuite. Les professions sont diversement exposées, en fréquence et en type de pathologie, de sorte que, comme pour les accidents du travail, les variations régionales des risques sont en relation avec les activités propres à chaque région. Cependant, les statistiques publiées ne représentent qu'une partie de la réalité. La réparation d'une maladie professionnelle résulte d'une construction socio-médico-administrative complexe : des maladies inscrites dans les tableaux peuvent ne pas être déclarées, par méconnaissance de l'origine professionnelle, par suite d'un changement de poste ou de produit qui suffit à les enlever, ou par les intérêts respectifs du salarié, à qui incombe la déclaration, et de l'employeur, qui supporte les cotisations. De plus, la latence variable d'apparition des maladies et les délais inégaux de reconnaissance et d'indemnisation perturbent la lisibilité des statistiques annuelles. Enfin, des branches d'activité importantes comme la fonction publique et les professions indépendantes, qui ne disposent pas de statistiques directement exploitables, laissent de vastes zones d'ombre.

Répondant à une recommandation de l'Organisation internationale du travail, la loi du 27 janvier 1993 a mis en place les Comités régionaux de reconnaissance des MP (CRRMP), destinés à élargir les critères des tableaux existants, ou à reconnaître des maladies non encore désignées, si la preuve du lien de cause à effet est rapportée. Ce dispositif complémentaire devrait permettre autant de réduire les contentieux issus de la rigidité du système des tableaux, que de renouveler les tableaux.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- 940 premières indemnisations pour maladies professionnelles ont été dénombrées en moyenne chaque année en 1993-1995 chez les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale.
- 70 % de ces nouvelles indemnisations concernent des affections périarticulaires et 15 % des affections dues à l'amiante.
- Rapporté au nombre de salariés, le nombre de premières indemnisations est 2,5 fois plus élevé dans la région qu'en France, car les Pays de la Loire cumulent une plus grande fréquence des indemnisations pour les affections périarticulaires et pour celles dues à l'amiante.
- Le cancer de la plèvre, dont la quasi-totalité des formes primitives sont des mésothéliomes spécifiquement liés à une exposition à l'amiante, est à l'origine d'environ 50 décès par an. La mortalité régionale pour cette affection n'est pas différente de la moyenne nationale.

Taux de premières indemnisations pour
100 000 salariés * pour les principaux tableaux
des maladies professionnelles
régime général 1993-95



Source : CNAMTS (DRP)

Exploitation O.R.S

* rapport du nombre annuel de premières indemnisations sur le nombre total de salariés au régime général

CONTEXTE NATIONAL

■ Le droit de chacun "à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé" est désormais reconnu par la loi du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie. Ses objectifs consistent à prévenir, surveiller, réduire ou supprimer les pollutions atmosphériques, à préserver la qualité de l'air. **La pollution atmosphérique** est définie par "l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux éco-systèmes". De nombreux polluants sont actuellement répertoriés et les niveaux de concentration de certains font l'objet de valeurs de référence internationales sous forme de recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ou de valeurs guides et limites définies par les directives de l'Union européenne. **Des seuils**

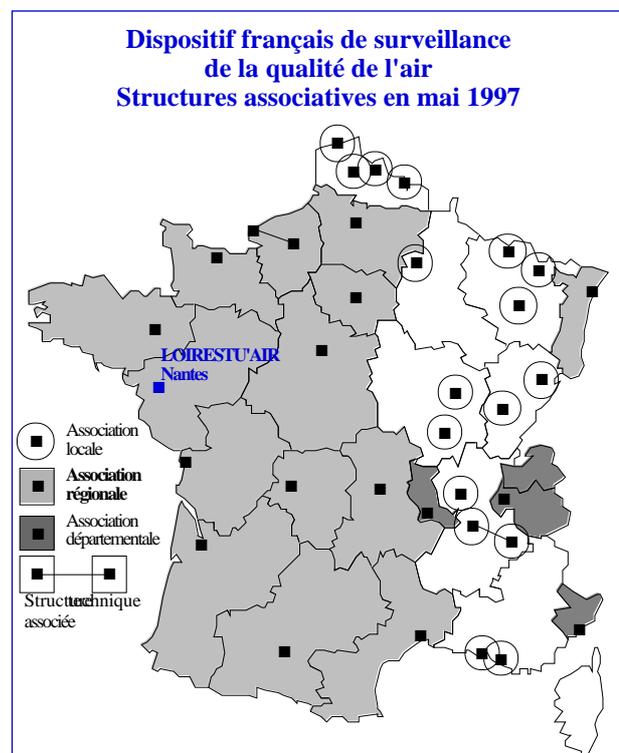
d'alerte avec procédure d'information du public sont fixés dans le but de prévenir ou de réduire les effets nocifs de ces substances pour la santé humaine ou pour l'environnement. Ainsi peuvent être prises des mesures de restriction ou de suspension des activités concourant aux pointes de pollution, y compris de la circulation des véhicules. Le dispositif de surveillance de la qualité de l'air, regroupant l'ensemble des partenaires locaux concernés (associations agréées, représentants de l'État, collectivités territoriales, industriels, usagers, ...), couvrira l'ensemble du territoire national au plus tard le 1er janvier 2000.

Les problèmes de pollution atmosphérique ont considérablement changé depuis les années 70, les pointes de pollution hivernales et locales dues au dioxyde de soufre et aux poussières (pollution acido-particulaire) tendent à faire place à des "smogs" d'été, ou à des pollutions plus complexes, diffuses, riches en hydrocarbures, oxyde d'azote, composés oxydants et très fines particules. **La circulation automobile** est devenue l'un des principaux responsables de la pollution urbaine. Les liens entre pollutions atmosphériques ambiantes et la santé sont difficiles à établir car l'homme est exposé en permanence à des micro-environnements très hétérogènes par leur nature et le niveau de concentration en polluants. Pourtant les polluants atmosphériques en milieu urbain constituent, pour les niveaux actuellement rencontrés et sans effet de seuil, un facteur de risque pour la santé. Les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique, ...) et de maladies cardio-vasculaires, ainsi que les enfants, constituent des populations particulièrement sensibles à la pollution atmosphérique. Les pollens sont des aérocontaminants biologiques, responsables de réactions allergiques respiratoires. Leur pouvoir pathogène est renforcé par la présence de polluants chimiques.

Les informations présentées ici, concernent essentiellement la qualité de l'air.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les transports routiers et la centrale de Cordemais en Loire-Atlantique constituent les deux principales sources de polluants atmosphériques dans la région.
- Les Pays de la Loire possèdent une association régionale chargée de gérer le réseau de surveillance de la pollution de l'air. Actuellement, les points de surveillance sont installés dans l'estuaire de la Loire.



Source : ADEME

CONTEXTE NATIONAL

■ Près de la moitié de la population mondiale est concernée par le manque d'eau ou du moins d'eau non contaminée, et se trouve ainsi exposée à un risque de maladie transmise par l'eau et les aliments. En France, comme dans tous les pays développés, les problèmes de santé dus à l'eau sont surtout liés à son usage récréatif : accidents mortels par noyade, affections cutanées, digestives, ORL, ou, plus rarement, maladies parasitaires ou infectieuses graves (leptospirose, fièvre typhoïde...).

L'ingestion d'eau contaminée sur le plan microbiologique peut provoquer des infections variées : gastro-entérites, légionelloses, salmonelloses, hépatite A ou E, giardiases, cryptosporidioses, amibiases. L'ingestion d'eau contenant des **éléments toxiques d'origine chimique**, à faible ou très faible dose, pendant de longues périodes, a des effets moins facilement identifiables mais peut constituer un danger à moyen ou long terme. Le cas **des nitrates** a été beaucoup discuté : toxiques pour les nourrissons (méthémoglobinémies), leur rôle cancérigène au niveau de l'estomac n'a jamais été formellement prouvé chez l'homme. Le plomb ingéré peut aussi provoquer des troubles, mais l'eau n'est pas la seule source de contamination, l'alimentation, l'air, les peintures pouvant également participer à l'exposition.

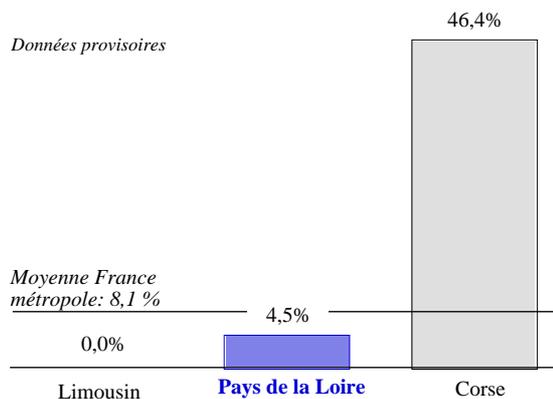
La qualité de l'eau destinée à la consommation humaine est strictement contrôlée en Europe; ainsi, pas moins de 67 paramètres de contrôle sont pris en compte par la directive Européenne sur l'eau potable. En France, la surveillance de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de baignade est de la compétence des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Les études et les informations disponibles sur les effets néfastes de l'eau sur la santé sont rares; en effet, les risques microbiologiques sont connus, mais les risques toxiques à long terme le sont moins, les informations étant difficiles à recueillir, en raison des effets peu spécifiques et du délai de latence qui peut être long. Les connaissances disponibles proviennent essentiellement d'extrapolations d'analyses effectuées chez l'animal. Le risque de maladies parasitaires comme les giardiases et cryptosporidioses est encore mal évalué en France, mais la multiplication des épidémies aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, et les risques plus importants pour les immuno-déprimés doivent attirer l'attention sur ces problèmes. Une récente circulaire ministérielle recommande d'ailleurs la consommation d'eau de source ou d'eaux minérales pour les immuno-déprimés.

Malgré les efforts importants pour maintenir et améliorer la qualité des eaux, une enquête auprès de la population en 1995 a montré que 42 % des français sont mécontents de la qualité de l'eau du robinet. Parallèlement, une autre enquête a montré que 15 % de la population générale consomme régulièrement des eaux minérales ou eaux de source.

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Les contrôles effectués sur les eaux de consommation de la région montrent qu'elles sont le plus souvent conformes sur le plan bactériologique.
- Par contre, l'atrazine et les nitrates y sont en concentration excessive à certaines périodes de l'année.
- La surveillance des eaux de baignade repose sur 70 points de prélèvement en eau douce et 137 en eau de mer. La qualité de ces eaux est très satisfaisante.

Part de la population concernée* par le dépassement des normes microbiologiques en 1995 des eaux de distribution



Source : DGS

* Desservie par des unités de distribution de plus de 5 000 habitants

Indicateurs utilisés pour les eaux destinées à la consommation humaine : les indicateurs portent exclusivement sur les unités de distributions (UDI) de plus de 5 000 habitants, UDI sur lesquelles sont concentrées la majeure partie des mesures et une part prédominante de la population.

La qualité microbiologique de ces UDI prend en compte les dépassements de la CMA (concentration maximale admissible) d'au moins un paramètre microbiologique dans plus de 5 % des prélèvements en 1995, ce qui permet d'éliminer les dépassements très ponctuels des normes microbiologiques.

TABLEAU DE BORD

"La santé observée dans les Pays de la Loire"

Les 40 thèmes présentés dans ce document sont analysés de façon plus complète dans le tableau de bord régional "LA SANTÉ OBSERVÉE". Chaque thème y fait l'objet d'une fiche indépendante de quatre pages, structurée de façon identique :

■ PAGE 1

Contexte national, faits marquants dans les Pays de la Loire, indicateur inter-régional de référence

■ PAGES 2 et 3

Données régionales détaillées sous forme de tableaux et graphiques commentés

■ PAGE 4

Données infra-régionales ou autres données complémentaires

La première édition de ce tableau de bord régional sur la santé est parue en 1994. Une nouvelle édition, actualisée et enrichie, et toujours présentée sous forme de classeur, sera disponible à l'ORS à partir du mois de juin 1998. Son prix de vente est de 250 francs.

Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire

Hôtel de la Région - 1, rue de la Loire

44266 NANTES Cedex 2

☎ 02 40 41 41 28 - Fax 02 40 41 36 95

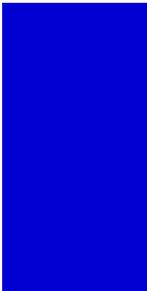


Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted]

régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord région

santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé [redacted] Tableau de bord régional sur la santé