ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE 594

- Présentation de synthèse de la région des Pays de la Loire 594
- Caractéristiques sociales de la population ligérienne 598

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE 604

- Evolution de la population ligérienne 604
- Natalité-Fécondité 610
- Personnes âgées 612

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ 616

- Espérance de vie 616
- Mortalité et disparités territoriales 618

LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL 624

- Une offre hospitalière recomposée 624
- Volume d'activité et répartition des modes de prises en charge 626
- Evolution de l'activité en volume par grand domaine 628
- Les flux de patients 632

LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL 636

- Accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap 636
- Accompagnement des adultes en situation de handicap 638
- Accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans 642

OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS 644

- Les médecins généralistes 644
- Les infirmiers libéraux 646
- Les kinésithérapeutes 648
- Les chirurgiens-dentistes 650
- Les pharmacies 652
- Les laboratoires 654
- La consommation de soins 656

LES DÉPENSES DE SANTÉ 658

- Volume et répartition des dépenses AM 658
- Evolution des dépenses AM 660

COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT 662

- La Loire Atlantique 662
- Le Maine et Loire 668
- La Mayenne 672
- La Sarthe 676
- La Vendée 680

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

A.1.1 Présentation de synthèse de la région des Pays de la Loire

Extrait de La France et ses régions, INSEE 2010

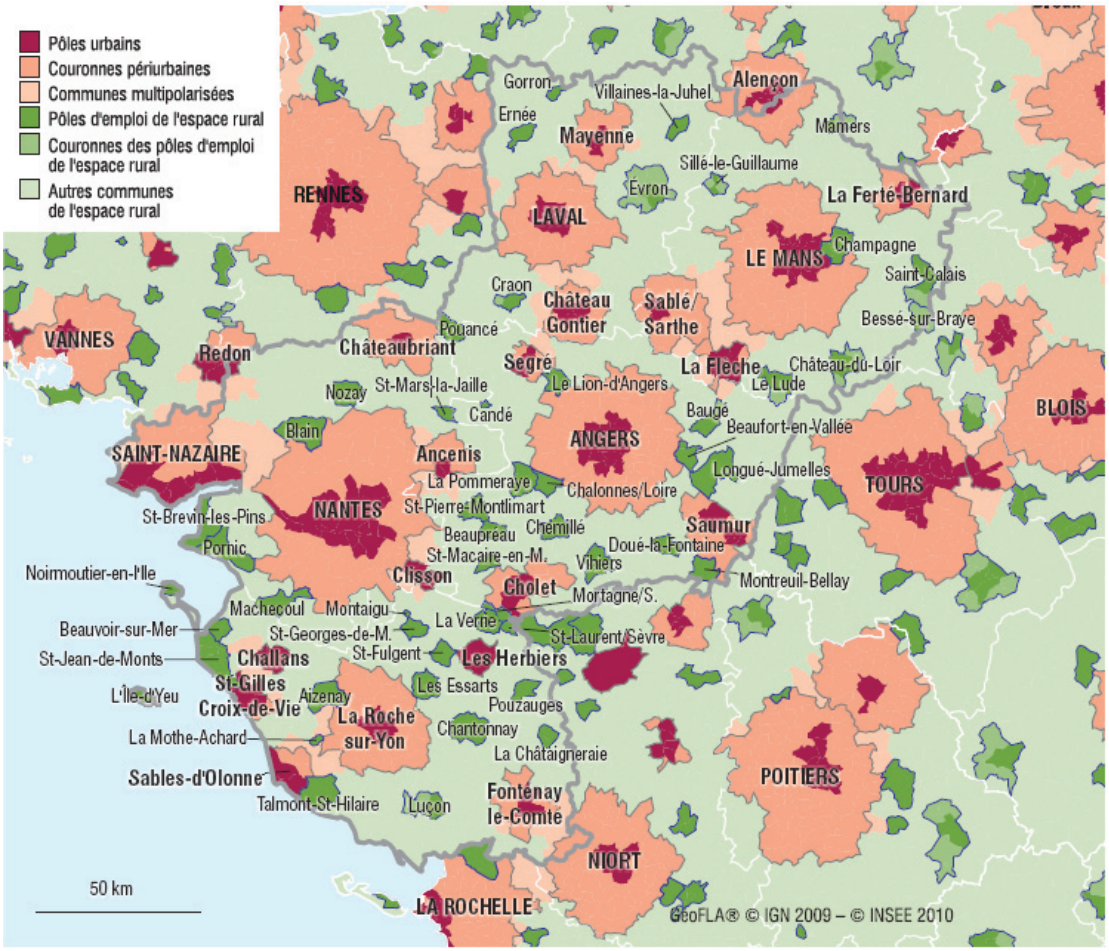
Bien qu'excentrée du centre économique de l'Europe, la région des Pays de la Loire est desservie par les infrastructures de transport diversifiées, qui contribuent à son attractivité. Sa façade maritime facilite le développement d'activités variées, en matière de tourisme, de pêche, de construction navale ou encore d'échanges liées au port de commerce de Nantes-Saint-Nazaire. Comprenant cinq départements diversifiés, son territoire s'articule autour d'une armature urbaine dynamique constituée d'une métropole de grande taille (Nantes-Saint-Nazaire), de grandes agglomérations (Angers et Le Mans) et de villes moyennes bien réparties sur le territoire et qui constituent autant de bons relais pour l'accès aux services et équipements des populations issues des petites villes et espaces ruraux.

Les Pays de la Loire comptent 3 538 000 habitants au 1er janvier 2009, ce qui situe la région au cinquième rang des régions françaises. Comme dans les autres régions du littoral atlantique et méditerranéen, la croissance démographique est forte depuis le début des années 1990. Ce dynamisme repose autant sur un solde naturel largement positif – la région Pays de la Loire est la plus féconde de France métropolitaine, avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 2,13 enfants par femme en 2006 – que sur l'attractivité de la région. Si les migrations restent déficitaires chez les moins de 30 ans, la région attire un nombre croissant et important d'actifs. Sur la période récente, les cadres sont plus nombreux à choisir de venir résider dans les Pays de la Loire qu'à en partir.

La région se place en 2008 au cinquième rang des régions françaises pour le niveau du Produit intérieur brut (PIB). La croissance économique a été particulièrement élevée depuis 1990. Si le tissu industriel reste dense et dynamique, l'appareil productif s'est en effet « allégé » de secteurs structurellement en déclin (agriculture, industries de main d'œuvre), tandis qu'il s'est renforcé dans les créneaux plus riches en valeur ajoutée, notamment les services aux entreprises et les services financiers. Deuxième région pour l'agriculture et la pêche maritime, après la Bretagne, les Pays de la Loire bénéficient de conditions naturelles qui favorisent des productions agricoles diversifiées qui soutiennent le développement des industries agroalimentaires, bien réparties sur l'ensemble du territoire. Les atouts touristiques de la région sont également multiples. Cette grande diversité des activités économiques dans la région se conjugue avec des compétences pointues sur des secteurs porteurs. Les Pays de la Loire accueillent ainsi 9 des 71 pôles nationaux de compétitivité, dont deux à vocation mondiale.

Si les Pays de la Loire ne sont pas une région particulièrement riche en termes de niveau de vie des ménages, la pauvreté et les inégalités y sont en revanche beaucoup moins fortes qu'au niveau national. La croissance de l'emploi a accompagné la forte progression de l'activité économique depuis le début de la décennie 2000, jusqu'au déclenchement de la crise économique à l'été 2008. Deux habitants âgés de 15 à 64 ans sur trois étaient ainsi en emploi en 2006 : c'est le taux le plus élevé des régions françaises. La région se situe également dans le quatuor de tête des régions aux plus faibles taux de chômage. Le ralentissement économique est néanmoins sensible dans bon nombre de secteurs d'activité, plus particulièrement dans l'industrie. L'emploi s'est replié en 2008 et le chômage a augmenté plus fortement dans la région qu'au niveau national. Le taux de chômage a dépassé le seuil des 8 % au deuxième trimestre de 2009, pour la première fois depuis la fin 1999. Les jeunes sont les plus affectés par cette dégradation du marché du travail.

Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)



Définitions (site internet INSEE):

La notion d'unité urbaine (UU) repose sur la continuité de l'habitat : est considérée comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2 000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Une aire urbaine est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain, et par des communes ou UU (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 5000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

Le pôle d'emploi de l'espace rural comprend les communes ou UU appartenant à cet espace à dominante rurale et comptant 1 500 emplois ou plus. La couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural est composée des communes appartenant à cet espace à dominante rurale et dont 40 % ou plus des actifs résidents travaillent dans le reste de l'aire d'emploi de l'espace rural.

NB : Ce zonage est basé sur les données du recensement 1999.

>>>

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

>>>

Population au 01/01/2009 - Estimation (milliers)	3 538,0	Part dans le PIB France (%)	5,0
Part dans la population française (%)	5,5	Revenu disponible brut 2006 (euros/habitant)	17 962
Densité de population (hab./km²)	110,3	Revenu médian par unité de consommation 2007 (euros/uc)	16 965
Taux de variation annuel moyen de la pop. depuis 1999 (%)	0,9	Taux de pauvreté (%)	11,3
Emplois au lieu de travail au 31/12/2008 (milliers)	1 489,5	Allocataires du RMI au 31/12/2008 (milliers)	38,2
Taux de chômage au dernier trimestre 2009 (%)	8,6	Nombre de zones urbaines sensibles (ZUS)	29
Produit intérieur brut 2008 (milliards d'euros)	97,0	Part de la population régionale en ZUS (%)	4,1

Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)

	Part des branches (%)		Part dans la branche nationale (%)	
	en 2000	en 2008	en 2000	en 2008
Agriculture	4,9	2,9	8,3	7,2
Industrie	21,5	17,5	5,9	6,3
Construction	6,5	8,6	6,2	6,4
Services principalement marchands	47,0	50,7	4,3	4,5
Services administratifs	20,1	20,2	4,6	4,7
Ensemble	**100,0**	**100,0**	**4,9**	**5,0**

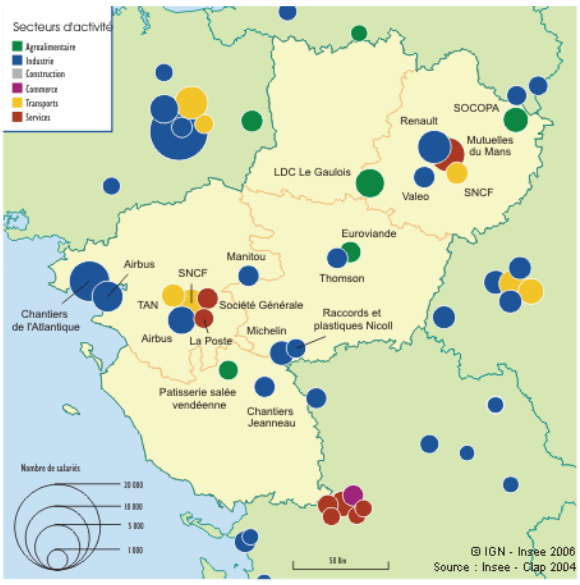
Source : Insee - Comptes régionaux en base 2000.

Malgré la crise récente, les Pays de la Loire bénéficient, depuis trente ans, d'une croissance forte en matière d'emploi et de démographie. La dynamique s'appuie autant sur le développement des activités tertiaires que sur le maintien d'une activité industrielle dans quelques secteurs phares comme les industries du cuir, de la chaussure et de l'habillement, les industries navale et aéronautique, l'agriculture et les industries agro-alimentaires, la plasturgie et les assurances.

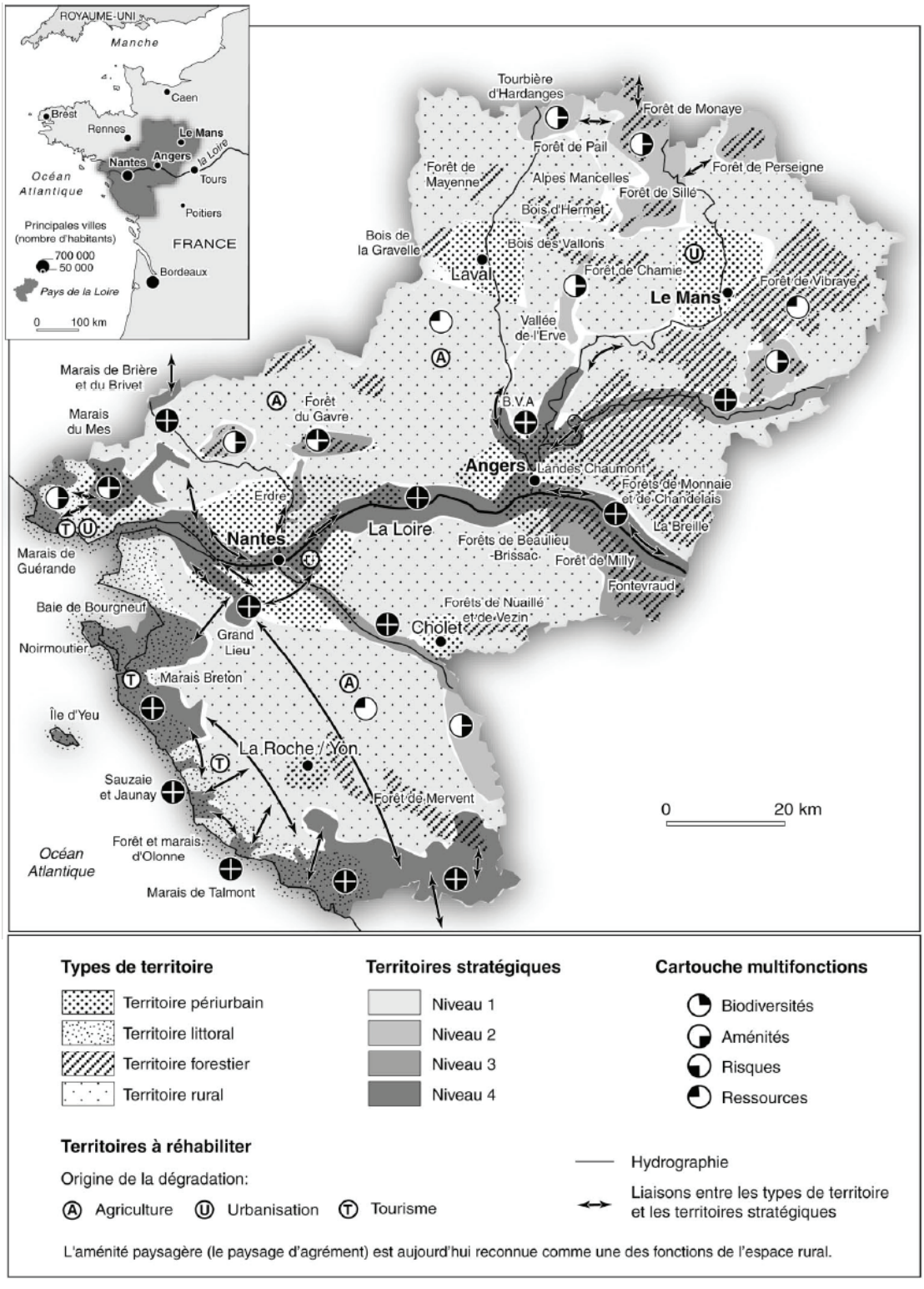
À l'horizon 2020, les entreprises régionales vont être confrontées à de nombreux changements : stabilisation de la population active, gestion de l'énergie, développement durable, gestion raisonnée du foncier. Pour y faire face, elles seront amenées à développer leurs capacités en matière d'innovation et d'échanges extérieurs ainsi qu'à mener une politique active en ce qui concerne la cohésion sociale.

Source : INSEE L'appareil productif des Pays de la Loire face à son avenir

Carte des grands établissements de la région Pays de la Loire



Carte des espaces ruraux dans les Pays de la Loire



PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

A.1.2 Caractéristiques sociales de la population ligérienne

Structure familiale des ménages

	Nombre de ménages				Population des ménages	
	2007	%	1999	%	2007	1999
Ensemble	**1 473 276**	**100,0**	**1 292 594**	**100,0**	**3 393 249**	**3 145 617**
Ménages d'une personne	470 472	31,9	381 933	29,5	470 472	381 933
- hommes seuls	196 308	13,3	153 358	11,9	196 308	153 358
- femmes seules	274 164	18,6	228 575	17,7	274 164	228 575
Autres ménages sans famille	29 046	2,0	20 517	1,6	68 745	44 609
Ménages avec famille(s)	973 758	66,1	890 144	68,9	2 854 032	2 719 075
dont la famille principale est :						
- un couple sans enfant	441 386	30,0	362 881	28,1	894 189	740 438
- un couple avec enfant(s)	438 626	29,8	445 748	34,5	1 712 669	1 763 797
- une famille monoparentale	93 747	6,4	81 515	6,3	247 174	214 840

Sources : Insee, RP1999 et RP2007 exploitations complémentaires.

La proportion des familles monoparentales en PDL est la plus faible de France (9.6% des familles contre 13.1% au niveau national).

Répartition de la population de plus de 15 ans par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
Ensemble	**1 355 724**	**1 458 089**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	33 953	14 356	0,2	2,8	0,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	62 113	26 532	0,6	5,1	1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	118 316	63 434	1,2	10,8	2,7
Professions intermédiaires	185 066	186 561	7,5	22,2	3,2
Employés	85 858	370 960	15,6	25,1	4,2
Ouvriers	366 869	106 955	20,2	25,7	3,0
Retraités	350 163	426 853	0,0	0,6	77,4
Autres personnes sans activité professionnelle	153 386	262 438	54,7	7,7	7,1

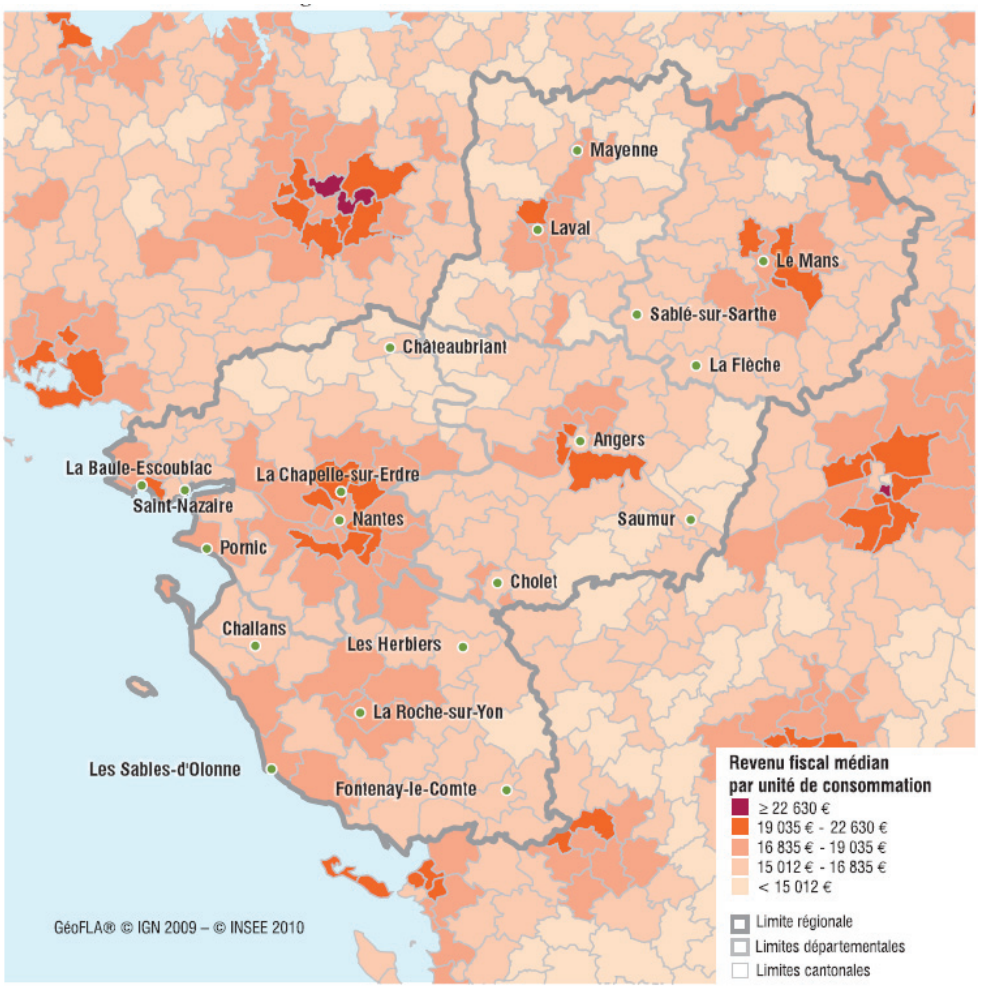
Source : Insee, RP2007 exploitation complémentaire.

Emploi – Chômage

Départements	Emploi au 31 décembre 2008				Variation annuelle moyenne de l'emploi 99-08	Chômage au 31 décembre 2009		
	Effectifs au lieu de travail	dont primaire	dont secondaire	dont tertiaire		Taux de chômage au 4e trim. 2009	Demandeurs d'emploi (Pôle Emploi)	
							Cat. A de moins de 25 ans (%)	Cat. A, B, C depuis plus d'un an (%)
	(milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
44 Loire-Atlantique	573,8	2,2	21,1	76,7	2,0	8,6	20,6	32,1
49 Maine-et-Loire	317,7	5,5	26,1	68,4	0,6	8,8	23,3	36,6
53 Mayenne	125,4	7,7	30,4	61,9	0,3	6,9	23,5	28,7
72 Sarthe	221,7	3,3	27,3	69,4	0,3	9,5	23,2	34,3
85 Vendée	250,9	5,2	33,0	61,8	1,5	8,4	22,0	31,1
Pays de la Loire	**1 489,5**	**4,0**	**25,9**	**70,1**	**1,2**	**8,6**	**22,1**	**33,1**

Sources : Insee - Estimations d'emploi et taux de chômage localisés, Pôle Emploi - DEFM.

Revenus fiscaux des ménages



Source : Insee-DGI, Revenus fiscaux des ménages.

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Définitions source INSEE :

Le revenu fiscal comprend ainsi les revenus d'activité salariée et indépendante, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RMI).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

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

Minimas sociaux

En Pays de La Loire, la part d'allocataires de chacun des principaux minimas sociaux (AAH, CMU, RMI, API) sur la population des 20 à 59 ans est toujours bien en dessous des ratios nationaux.

Prestations d'intervention sociale au 1.01.2008 Source : D.R.A.S.S. - C.A.F - M.S.A

Prestations	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Allocation de logement à caractère social (ALS) Nombre d'allocataires	127 079	50 951	32 674	9 535	17 534	16 385
Allocation Parent Isolé (API) Nombre d'allocataires	7 189	2 663	1 719	426	1 475	906
Nombre d'allocataires de l' API pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	9,1	9,0	9,6	6,6	12,0	7,1
Allocation aux adultes handicapés Nombre d'allocataires	37 842	14 075	8 251	3 354	5 593	6 569
Nombre d'allocataires de l' AAH pour 1000 personnes de 20 ans et plus	14,6	15,3	14,6	15,1	13,4	14,3
Revenu Minimum d'Insertion Nombre d'allocataires	38 799	15 529	9 520	2 096	7 333	4 321
Nombre d'allocataires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	21,2	23,0	23,5	13,7	25,4	13,9
France métropolitaine au 1.01.2007 :	Nbre d'allocataires de l'API / 1000 femmes de 15 à 49 ans : 13,2					
	Nbre d'allocataires de l'AAH / 1 000 personnes de 20 ans et plus : 16,9					
	Nbre d'allocataires du RMI / 1 000 personnes de 20 à 59 ans : 33,9					

Indicateurs de précarité au 1.01.2008 Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, CG, CNAVTS, UNEDIC, D.R.E.E.S.

Prestations	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Couverture Maladie Universelle						
Bénéficiaires de la CMU de base	34 668	13 737	10 458	1 375	5 859	3 239
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	151 954	57 504	34 422	10 389	30 203	17 436
% couverture de la population	4,4	4,6	4,7	3,5	5,4	2,9
Allocation supplémentaire du minimum vieillesse						
Nombre d'allocataires	22 985	7 124	5 157	2 256	3 551	4 897
Allocataires / 100 pers 65 ans ou plus	3,9	3,8	4,1	4,1	3,5	4,2
Allocation de Solidarité Spécifique Nombre d'allocataires	12 916	4 716	3 433	784	1 652	2 331
France métropolitaine au 1.01.2007 :	Couverture de la population par la CMU complémentaire : 6,8					
	Titulaires de l'ASV pour 100 personnes de 65 ans et plus : 5,0					

Si l'on considère la proportion des ménages bénéficiaires des 3 principaux minimas sociaux (RMI, API, AAH), les Pays de la Loire ont le plus bas taux des régions françaises (6.8% contre 8.7% au niveau national).

En 2004, la région est la troisième région la moins pauvre au regard du seuil de pauvreté (moins de 788 /mois par unité de consommation) avec 9.9% des ménages concernés (11.7% en France métro). Elle était en 8ème position en 1995.

Sur la base d'une mesure de l'écart entre les niveaux de vie plafond des 10% les plus modestes et plancher des 10% les plus aisés, la région se place comme étant la moins inégalitaire de France en termes de niveaux de vie avec la Bretagne.

Depuis la V1 de ce document de travail, des indicateurs actualisés sont disponibles sur le STATISS2010 à l'adresse suivante http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/Mafran2010-3.xls

Risque de pauvreté/précarité au regard des différences Hommes/Femmes

Les femmes de la région rencontrent des difficultés spécifiques face à l'emploi, qui se traduisent aussi par des conditions d'emploi moins favorables et des rémunérations plus faibles. Par contrainte ou par choix, elles occupent beaucoup plus souvent que les hommes des emplois à temps partiel : c'est le cas d'une femme ayant un emploi sur trois dans la région, soit le taux le plus élevé des régions françaises.

En 2005, le salaire net horaire moyen des femmes travaillant dans le secteur privé et semi-public dans les Pays de la Loire est inférieur de 16 % à celui des hommes. L'écart sur le salaire mensuel est encore amplifié par le fort taux de femmes à temps partiel. Les deux tiers des salariés à bas salaires sont ainsi des femmes. Les écarts entre hommes et femmes sont supérieurs en fin de carrière et se renforcent lors de la retraite : en 2004, la retraite moyenne des femmes de la région (907 euros par mois) est inférieure de 39 % à celles des hommes. Cet écart s'explique par des rémunérations plus faibles au cours de leur vie professionnelle, mais surtout par la durée plus courte des carrières féminines.

Dans les Pays de la Loire, les femmes immigrées sont très peu nombreuses : moins de 3 % de la population féminine. Leurs situations sont très diversifiées selon leur pays d'origine. Celle des immigrées européennes diffère peu de celle des non immigrées. Mais les femmes immigrées non européennes rencontrent des difficultés particulières. Ainsi leur taux de chômage est très élevé, 42 %, soit le double de celui des immigrées européennes. Elles occupent souvent des emplois peu qualifiés.

En Pays de la Loire les femmes sont un peu plus souvent touchées par la pauvreté que les hommes, puisqu'elles représentent la majorité des parents isolés au sein des familles monoparentales, qui sont elles-mêmes les plus concernées par la pauvreté.

>>>

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

>>>

Elles sont plus souvent seules en charge d'enfants et représentent la quasi-totalité des bénéficiaires de l'allocation de parent isolé. Du fait de niveaux de retraite plus faibles, elles sont aussi largement majoritaires parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse. Pour leur part, les hommes bénéficient plus souvent de minima sociaux pour des raisons de santé. Avant 55 ans, ils sont notamment plus nombreux à bénéficier de l'allocation d'adulte handicapé. Autant d'hommes que de femmes touchent le revenu minimum d'insertion ; mais si les hommes sans conjoint bénéficiaires vivent presque toujours sans enfant, une femme allocataire sans conjoint sur deux a au moins un enfant à charge. Pourtant, dans la région, la pauvreté touche moins qu'ailleurs les familles monoparentales mais plus les retraités, en lien avec les pensions faibles des retraités anciennement exploitants agricoles de la région.

	Accès aux droits et respect de la dignité de la personne	France métropolitaine	Pays de la Loire	
		Femmes	Femmes	Hommes
Contraception et IVG	Proportion de jeunes filles déclarant utiliser un moyen de contraception (%) (1)	95	97	//
	Nombre d'IVG déclarées pour 1 000 femmes de moins de 18 ans (2)	10 (donnée 2004)	9	//
	Nombre d'IVG déclarées pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (2)	13,7	10,1	//
Pauvreté-précarité	Taux de pauvreté des personnes vivant seules (%) (3)	13,8	14,5	14,4
	Taux de pauvreté des familles monoparentales (%) (3)	21,2	21,4	
	Répartition par sexe de l'allocation parent isolé (API - %) (4)	98,4	98,1	1,9
	Répartition par sexe des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI - %) (4)	51,2	50,3	49,7
	Répartition par sexe de l'allocation aux adultes handicapés (AAH - %) (4)	49,7	47,7	52,3
	Répartition par sexe de l'allocation spécifique de solidarité (ASS - %) (5)	47,5	51,1	48,9
	Répartition par sexe des bénéficiaires de l'Allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (%) (6)	59,5	67,1	32,9

(1) ORS, INPES - Baromètre Santé jeunes 2005.
(2) DRASS - Bulletins IVG et statistique annuelle des établissements, 2006.
(3) Insee - Revenus disponibles localisés 2004.
(4) Caisses d'allocations familiales, 2005.
(5) Unedic, 2005.
(6) Drees - Enquête annuelle 2005.

Source INSEE – Pays de La Loire Dossiers et Etudes

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

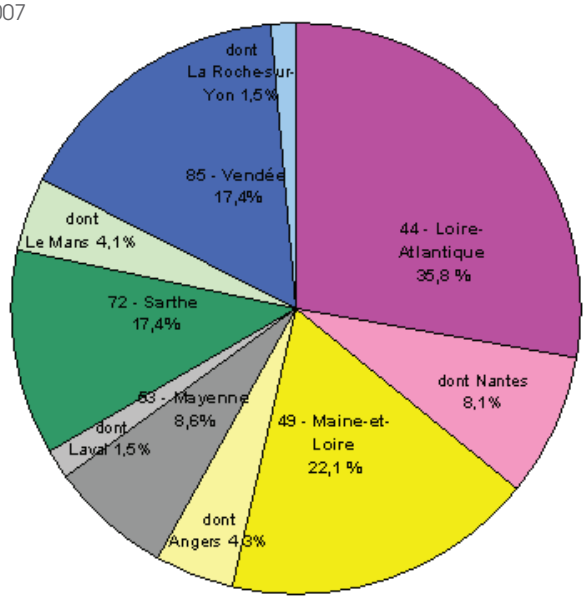
A.2.1 Evolution de la population ligérienne

Avec 3 482 000 habitants au recensement 2007, la région des Pays de la Loire est la cinquième région la plus peuplée de France. La Loire-Atlantique est le septième département le plus peuplé hors Île-de-France.

Répartition de la population dans les 5 départements et préfectures de la région

Zone géographique	Population
44 - Loire-Atlantique	1 246 798
dont Nantes	283 025
49 - Maine-et-Loire	770 777
dont Angers	151 108
53 - Mayenne	300 643
dont Laval	50 613
72 - Sarthe	556 946
dont Le Mans	144 164
85 - Vendée	607 430
dont La Roche-sur-Yon	51 124

Données INSEE, RP2007



A elle seule la ville de Nantes concentre 8.1% de la population de la région, soit presque autant que le département de la Mayenne.

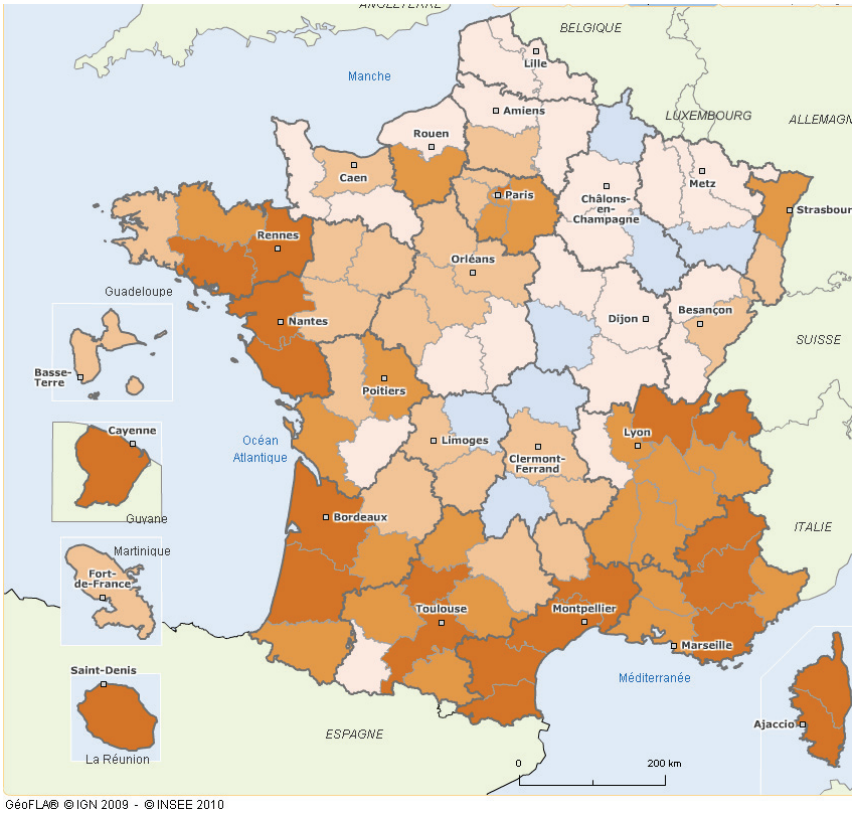
Répartition de la population ligérienne par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**1 697 522**	**100,0**	**1 785 065**	**100,0**
0 à 14 ans	341 212	20,1	326 030	18,3
15 à 29 ans	329 194	19,4	316 696	17,7
30 à 44 ans	355 296	20,9	353 520	19,8
45 à 59 ans	346 799	20,4	353 623	19,8
60 à 74 ans	211 970	12,5	243 464	13,6
75 à 89 ans	106 842	6,3	170 385	9,5
90 ans ou plus	6 209	0,4	21 347	1,2
0 à 19 ans	456 607	26,9	436 027	24,4
20 à 64 ans	996 654	58,7	1 000 283	56,0
65 ans ou plus	244 261	14,4	348 755	19,5

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

Evolution de la population des départements de France entre 1999 et 2007

La population des Pays de la Loire augmente de 32 000 personnes chaque année, soit un rythme de croissance de près de 1 % par an, nettement supérieur à la moyenne nationale.



GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

Évolution de la population (var. annuelle moyenne) %)

1,04
0,67
0,44
0

source : Insee, RP1999 et RP2007, exploitations complémentaires

44 - Loire-Atlantique	1,187
49 - Maine-et-Loire	0,626
53 - Mayenne	0,653
72 - Sarthe	0,624
85 - Vendée	1,486

>>>

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

>>>

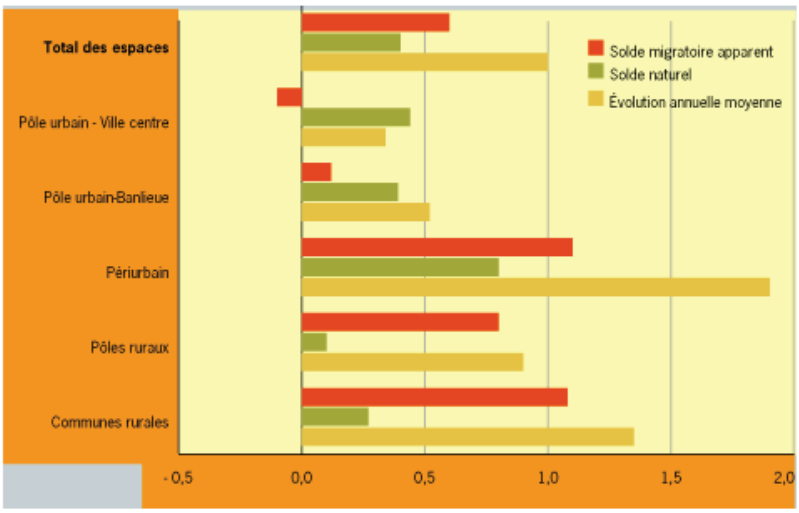
La Vendée et la Loire-Atlantique figurent en bonne place parmi les départements français les plus dynamiques par leur croissance démographique. Ainsi, avec 1,5 % de croissance moyenne annuelle entre 1999 et 2006, la Vendée se classe au septième rang des départements métropolitains.

Le dynamisme démographique a été particulièrement important dans les communes, situées en arrière du trait de côte, et qui constituent le rétro-littoral. Avec une croissance annuelle moyenne de 2,5 %, la population des communes du rétro-littoral progresse deux fois plus vite que celle des communes côtières. Par ailleurs, l'augmentation de population a également été plus vive dans la zone « estuaire » : un couloir de peuplement émerge ainsi le long de l'axe urbain Nantes-Saint-Nazaire-Vannes.

Le dynamisme démographique du littoral est porté exclusivement par l'apport migratoire, la quote-part du solde naturel étant quasiment nulle.

C'est dans l'espace périurbain que l'augmentation de la population est la plus forte. En effet, cet espace contribue pour 44 % à l'augmentation de la population de l'ensemble de la région, avec 14 300 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2006. Cette forte croissance démographique de l'espace périurbain des Pays de la Loire repose, à la fois, sur un solde migratoire élevé et sur un solde naturel en hausse. Elle traduit ainsi un phénomène d'étalement urbain lié au souhait, des familles en particulier, d'habiter une maison individuelle et à l'augmentation des prix dans le centre de l'espace urbain.

Contribution du solde migratoire et du solde naturel à l'évolution annuelle moyenne de la population



Source : Insee, recensements de la population - état civil

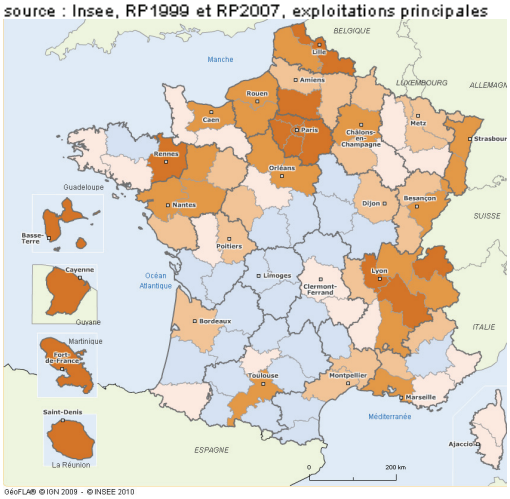
Le regain de croissance démographique a été également particulièrement fort dans les communes rurales, avec 12 000 habitants supplémentaires par an en moyenne entre 1999 et 2006. Alors que la population n'y avait augmenté qu'au rythme de 0,2 % par an entre 1982 et 1999, elle a crû de 1,3 % par an entre 1999 et 2006. Ce renversement de tendance est plus marqué dans la région qu'au niveau national. Le solde migratoire apparent contribue essentiellement à la croissance du rural.

Parmi les sept pôles urbains de plus de 50 000 habitants en Pays de la Loire, c'est à Nantes et Saint-Nazaire que la croissance démographique a été la plus forte, avec respectivement + 0,7 % et + 0,6 % par an entre 1999 et 2006. Si l'accroissement récent de population de Nantes n'est dû qu'à l'excédent naturel, pour Saint-Nazaire, le solde migratoire apparent est cinq fois supérieur au solde naturel. Le pôle urbain de La Roche-sur-Yon, quant à lui, connaît une croissance modérée. Les pôles urbains de Cholet, Angers, Laval et Le Mans se caractérisent par des soldes migratoires négatifs entre 1999 et 2006, de l'ordre de - 0,5 % par an.

Évolution de la population due au solde naturel (var. ann. moy.) (en %)

0,54
0,35
0,17
0

source : Insee, RP1999 et RP2007, exploitations principales



GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	0,537
49 - Maine-et-Loire	0,51
53 - Mayenne	0,465
72 - Sarthe	0,338
85 - Vendée	0,244

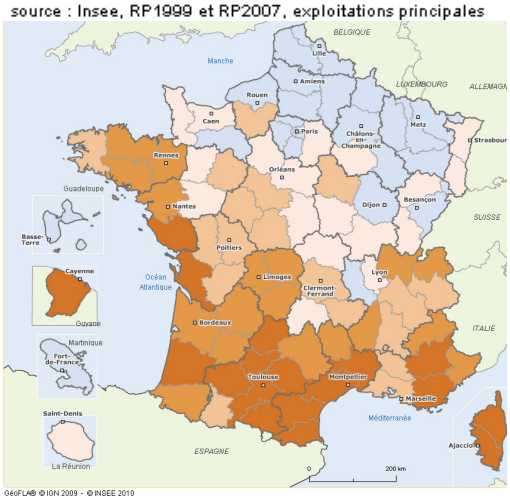
La variation de la population entre deux recensements est calculée en moyenne annuelle pour permettre les comparaisons entre les périodes intercensitaires de durée variable.

Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

Évolution de la population due au solde apparent entrées sorties (var. ann. moy.) (en %)

0,95
0,65
0,22
0

source : Insee, RP1999 et RP2007, exploitations principales

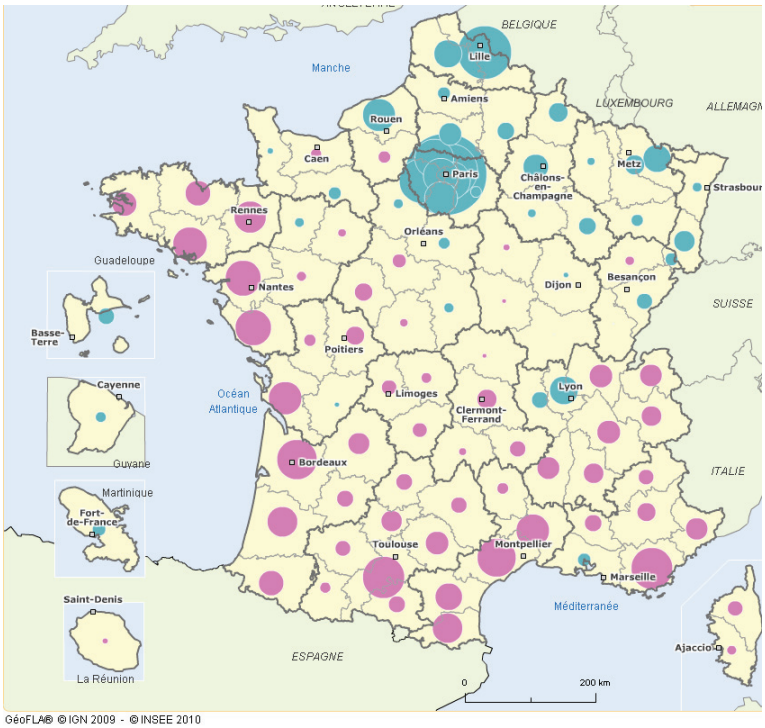


GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	0,65
49 - Maine-et-Loire	0,116
53 - Mayenne	0,189
72 - Sarthe	0,287
85 - Vendée	1,242

Le solde apparent des entrées sorties est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties, au cours de la période considérée. Il est obtenu par différence entre la variation totale de la population au cours de la période considérée et le solde naturel.in.

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE



GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

Migrations résidentielles sur 5 ans : solde migratoire interne



source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire

Migrations résidentielles sur 5 ans : il s'agit des changements de lieu de résidence en France (métropole et dom) entre le recensement et 5 ans auparavant. Les échanges avec l'étranger (y compris les collectivités d'outre mer) sont exclus.

Solde migratoire interne = différence entre le nombre des entrants dans une zone en provenance du territoire national et les sortants de cette zone à destination du territoire national

Champ : personnes âgées de 5 ans ou plus.

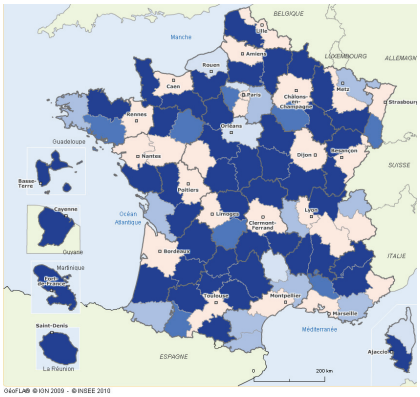
Données détaillées par département :

44 - Loire-Atlantique	0,537
49 - Maine-et-Loire	0,51
53 - Mayenne	0,465
72 - Sarthe	0,338
85 - Vendée	0,244

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 18 à 24 ans (/10000 hab)



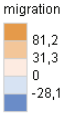
source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire



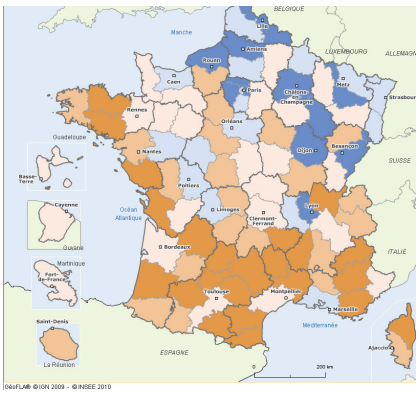
GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	111,94
49 - Maine-et-Loire	25,99
53 - Mayenne	-335,34
72 - Sarthe	-127,93
85 - Vendée	-209,32

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 25 à 59 ans (/10000 hab)



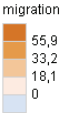
source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire



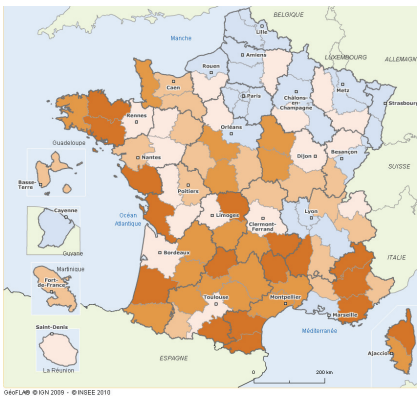
GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	43,15
49 - Maine-et-Loire	-12,89
53 - Mayenne	17,27
72 - Sarthe	20,44
85 - Vendée	138,47

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 60 ans ou plus (/10000 hab)



source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire



GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

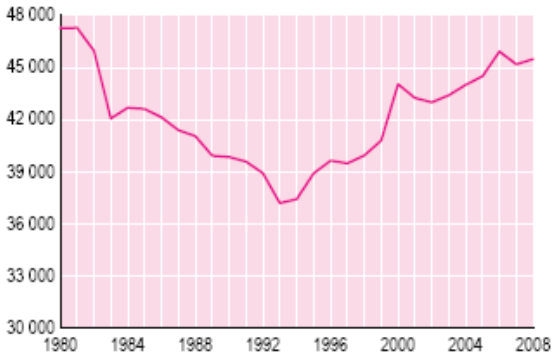
44 - Loire-Atlantique	18,19
49 - Maine-et-Loire	16,88
53 - Mayenne	14,13
72 - Sarthe	18,81
85 - Vendée	116,58

Taux annuel d'évolution des personnes de 25 à 59 ans d'une zone imputable aux échanges migratoires de cette zone avec les autres parties du territoire national : il est égal à la différence entre les entrées et les sorties de la zone rapportée à la population moyenne de la zone qui est la moyenne de la population en début de période et de la population en fin de période.

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

A.2.2 Natalité-Fécondité

1 Evolution du nombre de naissances vivantes domiciliées
Pays de la Loire (1980 - 2008)



3 Evolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité
Pays de la Loire, France entière (1982 - 2006)

	1982	1990	1999	2006	Evol. 1982-2006
Loire-Atlantique	205	178	183	203	*-1,0 %*
Maine-et-Loire	226	187	187	216	*-4,4 %*
Mayenne	211	190	205	237	*12,3 %*
Sarthe	195	182	183	216	*10,8 %*
Vendée	216	176	183	220	*1,9 %*
Pays de la Loire	**210**	**181**	**185**	**213**	***1,4 %***
France métropolitaine	191	177	178	198	*3,7 %*
France entière	nd	nd	nd	200	///

2 Répartition des naissances vivantes domiciliées selon l'âge des mères
Pays de la Loire, France métropolitaine (1992 - 2008)

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

Le nombre de naissances est en progression depuis 1995 en France comme dans les Pays de la Loire : on dénombre ainsi environ 45 500 naissances domiciliées en 2008.

Cette évolution s'accompagne d'une hausse de la fécondité : en termes de fécondité, les Françaises ont un des plus forts indices conjoncturels de fécondité d'Europe.

Les Pays de la Loire sont encore au-dessus du taux national, avec 213 enfants pour 100 femmes en 2006 : la région se retrouve ainsi la première région de France pour la fécondité. Depuis 2000, la Mayenne maintient sa place dans les 3 départements métropolitains les plus féconds de France.

les Ligériennes sont plus fécondes que la moyenne des Françaises entre 25 et 34 ans et moins fécondes aux âges inférieurs et supérieurs.

Parmi les explications structurelles de ce phénomène, les familles ligériennes comptent plus d'enfants que la moyenne des familles françaises.

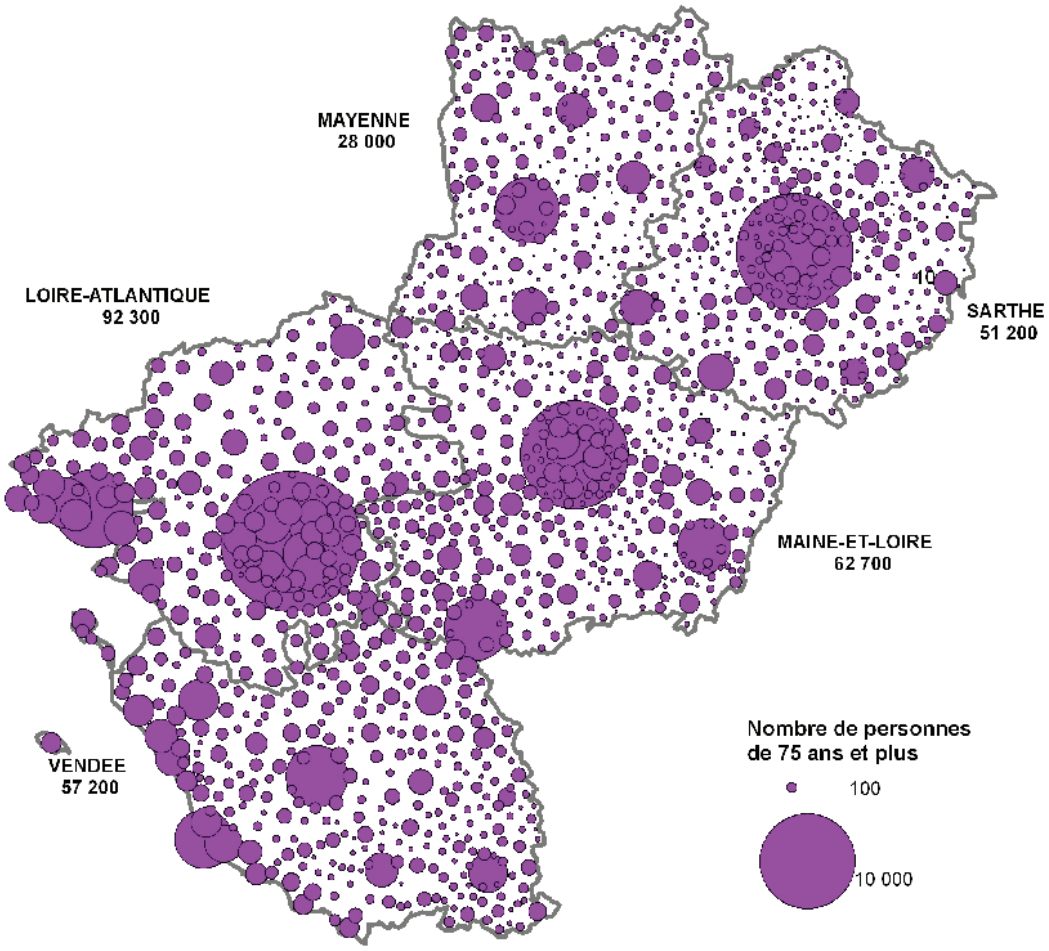
Parallèlement, le calendrier des naissances connaît un décalage important : les mères adolescentes sont de plus en plus rares alors que les accouchements après 35 ans ont plus que doublé entre 1992 et 2008.

La proportion d'accouchements multiples est comparable à la moyenne nationale (1.7%).

Source INSEE, tableaux issus de La Santé Observée ORS PDL 2010

A.2.3 Personnes âgées

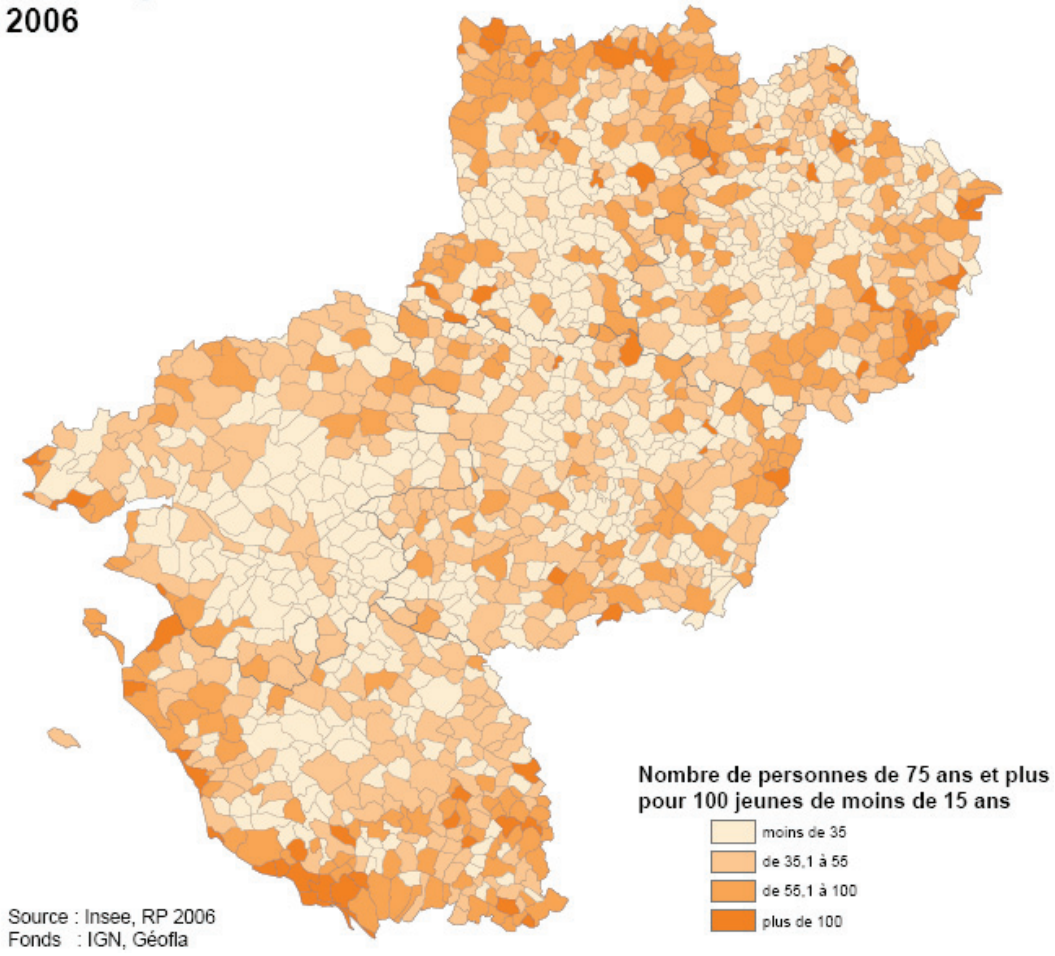
291 600 personnes de 75 ans ou plus dans les Pays de la Loire en 2006



Source : Insee, RP 2006
Fonds : IGN, Géofla

Estimation de population INSEE au 01/01/2008	Total Hommes et Femmes > 75ans	Total Hommes et Femmes > 80ans	Femmes > 95 ans	Hommes > 95 ans
Loire-Atlantique	98 959	57 606	2 077	386
Maine-et-Loire	67 693	39 963	1 319	286
Mayenne	29 799	17 504	686	108
Sarthe	54 354	32 204	1 146	255
Vendée	60 429	34 388	988	154
Région Pays de la Loire	311 234	181 665	6 216	1 189

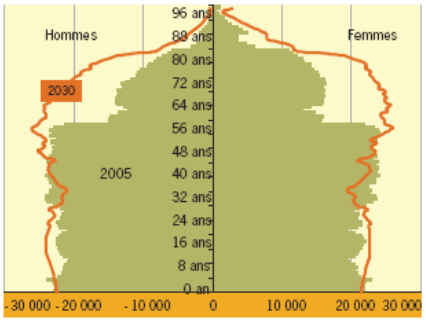
Vieillissement dans les Pays de la Loire en 2006



Source : Insee, RP 2006
Fonds : IGN, Géofla

Davantage de personnes âgées de 60 ans ou plus en 2030

Population des Pays de la Loire



Source : Insee, projections de population (modèle Omphale)

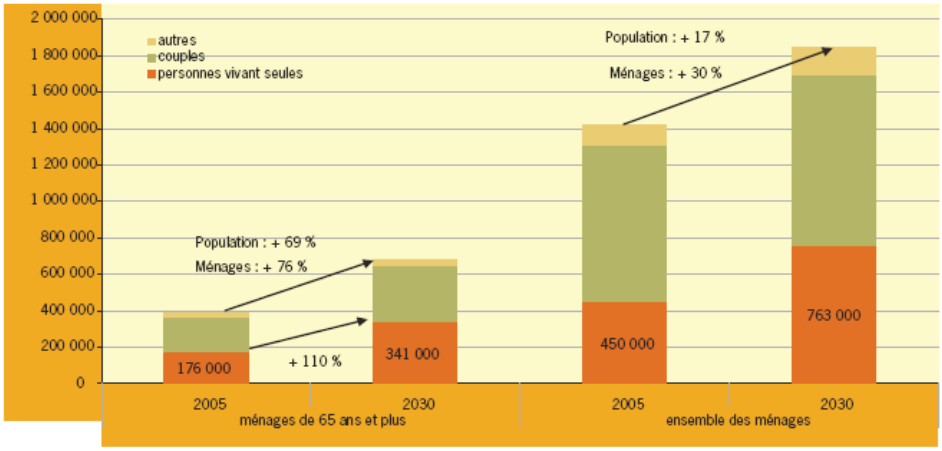
Globalement, la région des Pays de la Loire est actuellement une région un peu plus jeune que la moyenne. Toutefois, d'ici 2030, l'âge moyen de la population des Pays de la Loire va augmenter de quatre ans et dépasser l'âge moyen national.

Les personnes de 60 ans et plus représenteront 31 % de la population de la région à cet horizon, contre 22 % aujourd'hui.

Ce vieillissement de la population a des incidences multiples et variées, économiques mais aussi sociales, qui touchent autant l'entreprise, les collectivités locales, les associations, que les générations d'individus.

PANORAMA STATISTIQUE
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Nombre de ménages par mode de cohabitation en Pays de la Loire



Sources : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 et projections de ménages

Le nombre de ménages de 65 ans ou plus composés d'une seule personne va doubler entre 2005 et 2030 dans la région.

Les ménages âgés habitent des logements en moyenne plus spacieux que les autres ménages, qu'ils ne quittent que minoritairement avant d'être touchés par d'éventuels problèmes de dépendance.

Les deux tiers des personnes dépendantes dans la région ont atteint ou dépassé les 80 ans. Ce phénomène est surtout féminin, puisque deux personnes âgées sur trois en perte d'autonomie sont des femmes.

Au cours des dix prochaines années, la population de 60 ans et plus ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne pourrait ainsi augmenter de 20 % en Pays de la Loire.

En 2006, la moitié des personnes dépendantes en Pays de la Loire vivait à domicile, les autres en maison de retraite ou en service de soins de longue durée. L'âge des personnes ayant perdu leur autonomie augmentant, il existe un risque accru de dépendance plus lourde nécessitant une prise en charge plus importante.

Source : extraits d'un article rédigé suite au colloque sur le vieillissement de la population et ses incidences, organisé par l'Insee Pays de la Loire le 1er avril 2008.

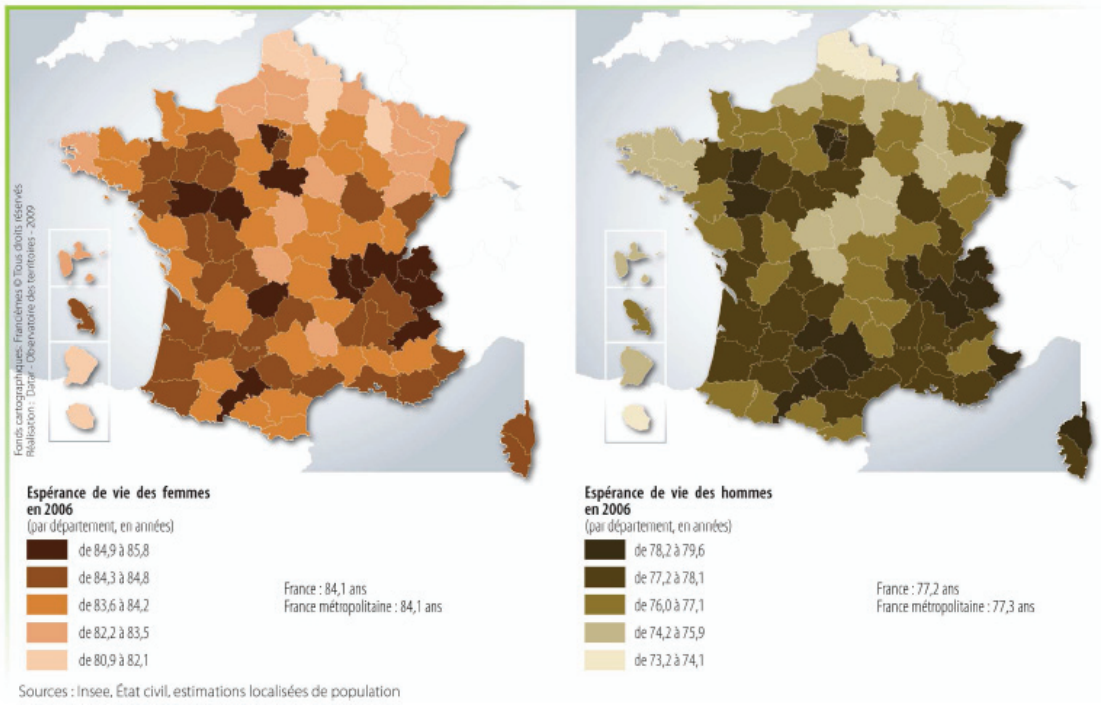
PANORAMA STATISTIQUE
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

A.3.1 Espérance de vie

En 2007, l'espérance vie à la naissance en Pays de la Loire est de 77.5 ans pour les hommes et 84.9 ans pour les femmes. La région est placée en 10ème position pour les hommes et en 4ème position pour les femmes sur l'ensemble des régions de France métropolitaine.

L'augmentation progressive de l'espérance de vie et la réduction des écarts entre l'espérance de vie des hommes et des femmes témoignent des améliorations intervenues en matière de santé publique et des divers facteurs influant sur la santé des individus.

Espérance de vie en 2006



Sources : Insee, État civil, estimations localisées de population

Espérance de vie à la naissance par département

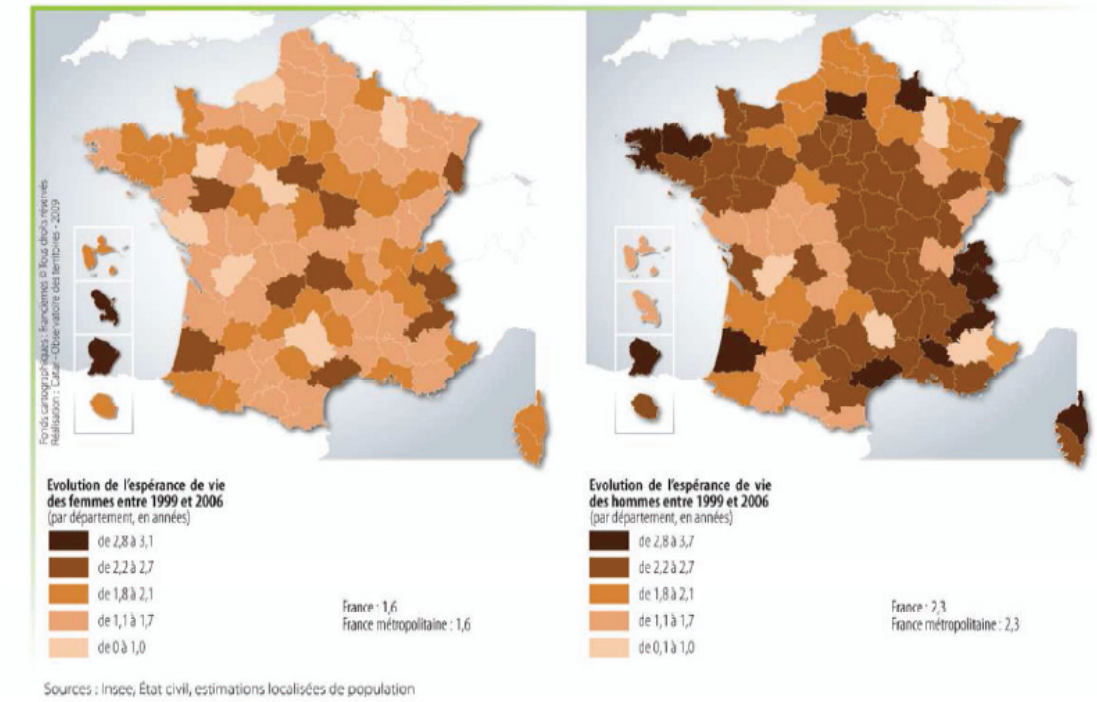
en année

	1990		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Loire-Atlantique	71,9	81,1	77,2	84,9
Maine-et-Loire	74,3	82,4	78,2	85,2
Mayenne	74,2	81,5	78,7	85,7
Sarthe	73,6	81,9	77,3	84,9
Vendée	73,3	81,8	77,0	84,4
Pays de la Loire	**73,2**	**81,6**	**77,5**	**84,9**
France métropolitaine	**72,9**	**81,0**	**77,5**	**84,3**

Sources : Insee, fichier État-civil (données domiciliées), estimations localisées de population.

En France, entre 1999 et 2006, l'espérance de vie a progressé de 2,3 ans en moyenne pour les hommes, de 1,6 an pour les femmes.

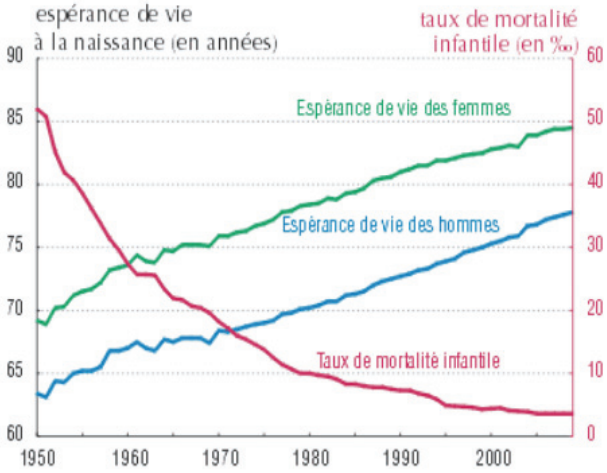
Evolution de l'espérance de vie entre 1999 et 2006



Sources : Insee, État civil, estimations localisées de population

Avec 3,8 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 2009, le taux de mortalité infantile est stable depuis 2006.

Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile

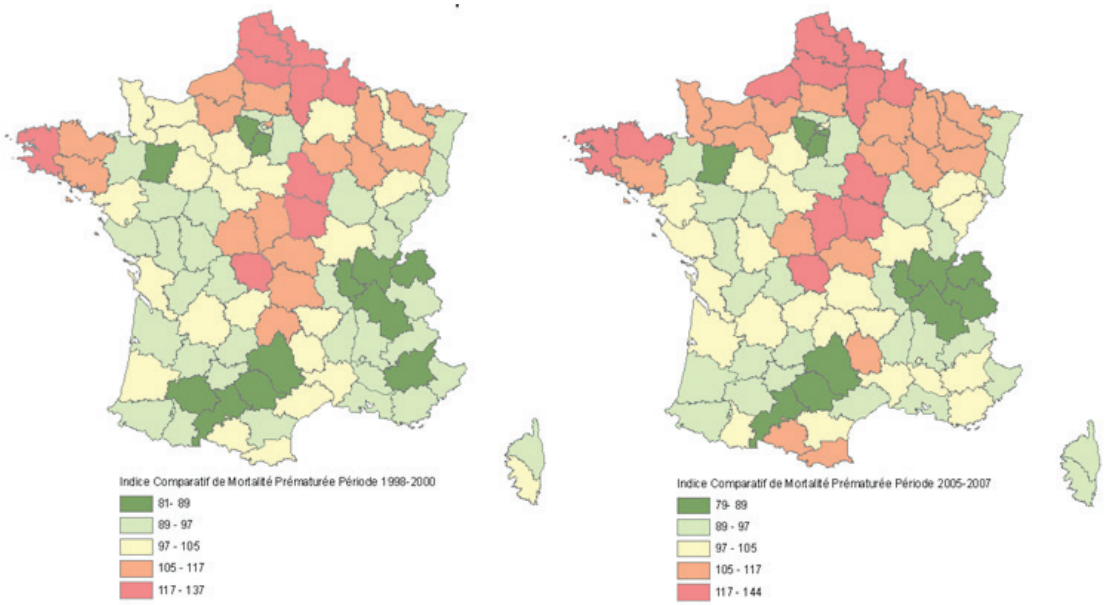


Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

PANORAMA STATISTIQUE
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

A.3.2 Mortalité et disparités territoriales

Dans les Pays de la Loire, l'indice comparatif de mortalité prématurée est de 97.7 sur 2005/2007 et de 97.6 sur 1998/2000. Sur les deux périodes la région est en légère sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, ce qui la place en 10ème position des régions françaises.



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Cartographie ARS Pays de la Loire

Note de lecture : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % à cette moyenne.

Plus de 2 000 décès de personnes âgées de moins de 65 ans pourraient être évités chaque année dans la population des Pays de la Loire en réduisant les comportements à risque. Comme en France, 80 % de ces décès concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée évitable est en recul pour chacun des deux sexes. Entre 2001 et 2004, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable régional a diminué de 4 % en moyenne chaque année (5 % pour les hommes, 3 % pour les femmes).

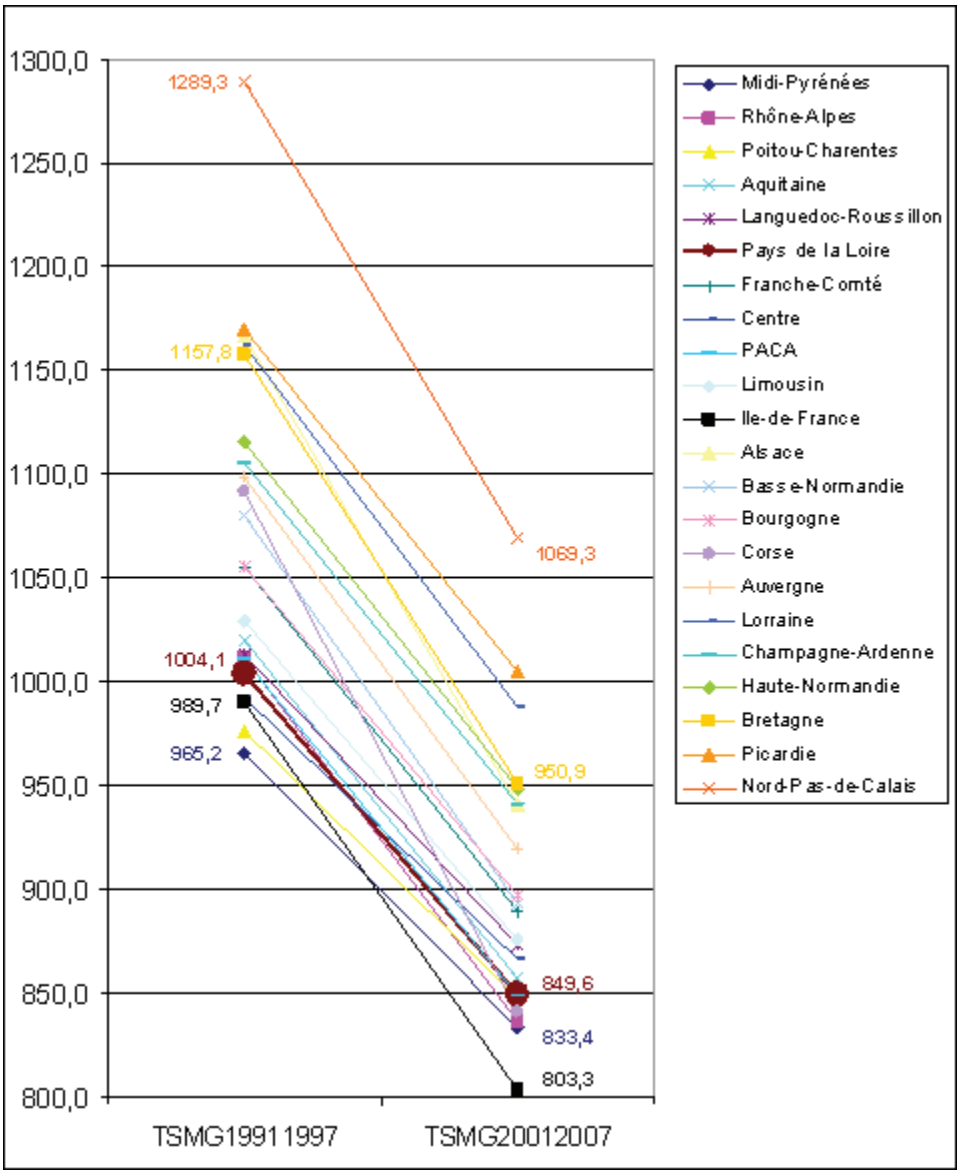
Cette évolution, également constatée au plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.

Par contre, sur cette période, la mortalité prématurée par cancer du poumon a augmenté de façon importante chez les femmes, dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de mortalité prématurée par cancer du poumon observé au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

La situation varie selon les départements : depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment supérieure à la moyenne nationale en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée, et inférieure à cette moyenne en Maine-et-Loire et en Mayenne.

Taux standardisé de mortalité générale sur périodes 1991-1997 et 2001-2007

Unité : pour 100 000 habitants

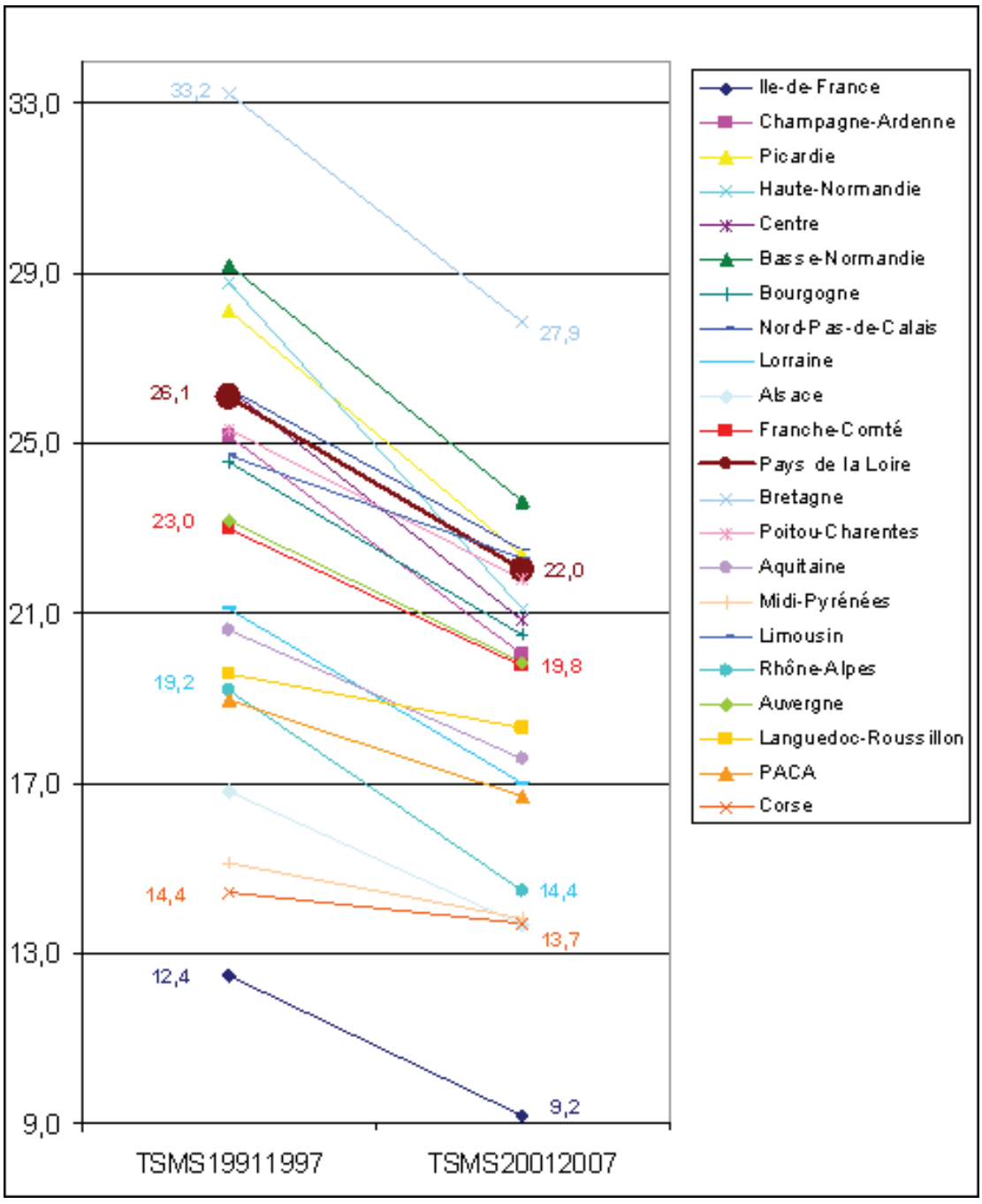


Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

Taux standardisé de mortalité : taux de mortalité que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France entière au RP de 2006). Un taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

PANORAMA STATISTIQUE
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

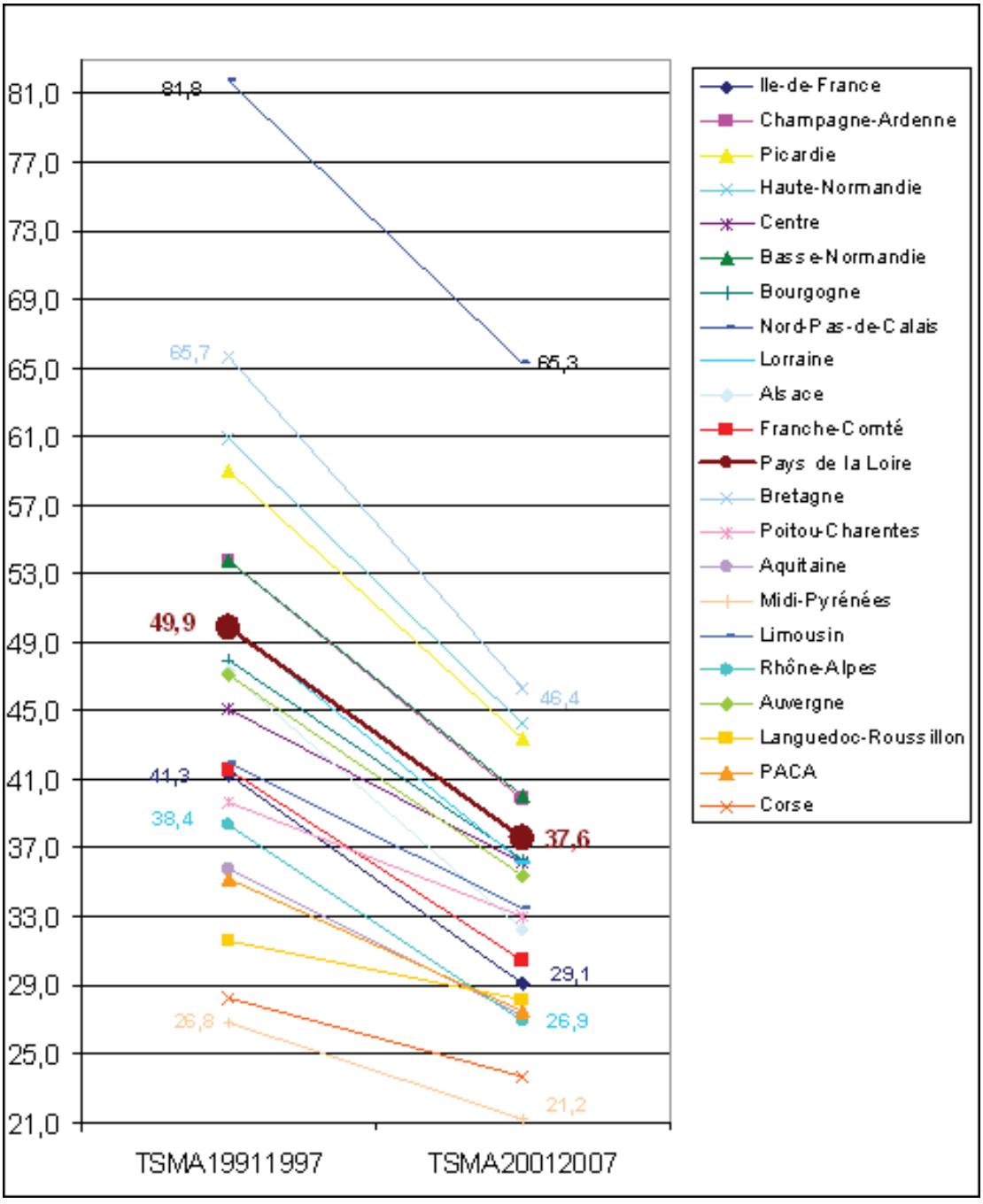
Taux standardisé de mortalité par suicide sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

Taux standardisé de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool sur périodes 1991-1997 et 2001-2007

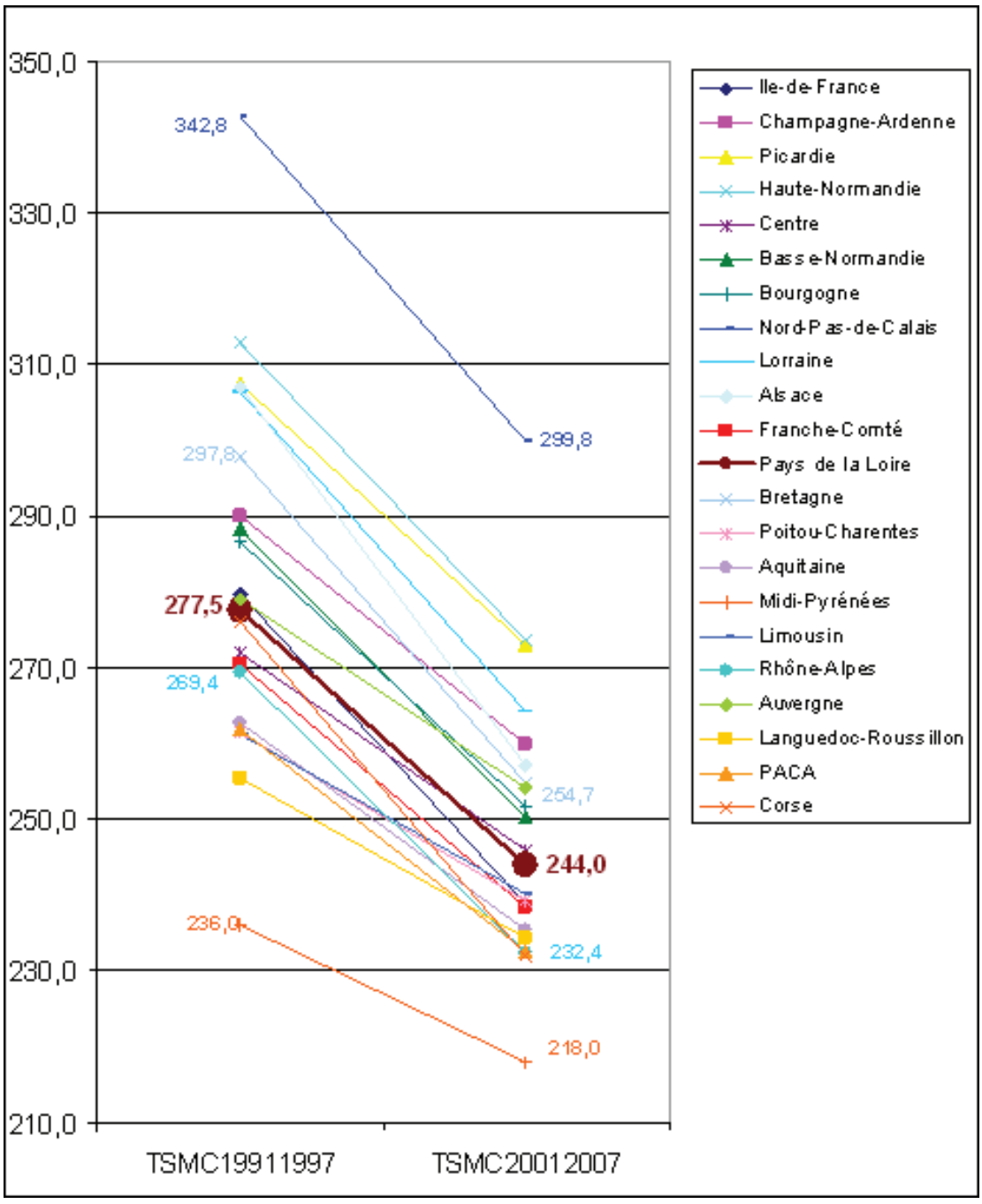
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

PANORAMA STATISTIQUE
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

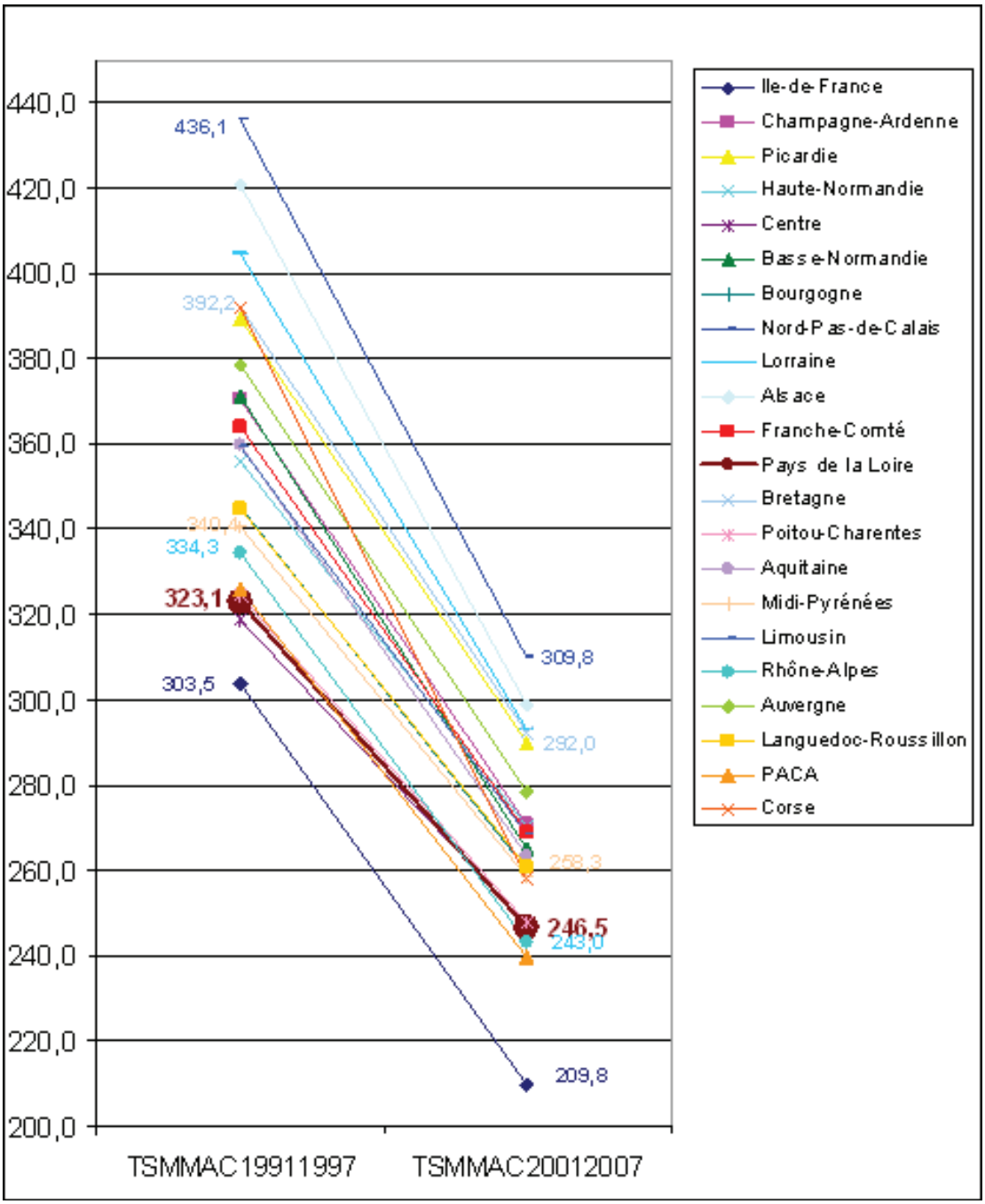
Taux standardisé de mortalité par cancer sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

Taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire sur périodes 1991-1997 et 2001-2007

Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.1 Une offre hospitalière recomposée

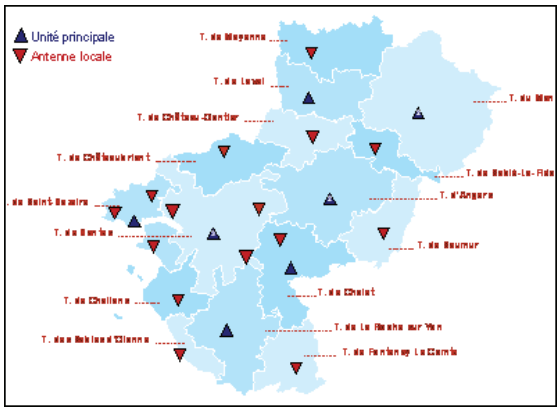
Le secteur hospitalier a connu durant la dernière décennie des évolutions importantes. Elles ont concerné son mode de fonctionnement et de financement, mais également la prise en charge des patients. Ainsi, les prises en charge en hospitalisation partielle ou en alternatives à l'hospitalisation ont connu un essor considérable, tandis que l'hospitalisation complète marque le pas dans de nombreux domaines (chirurgie, médecine, psychiatrie,).

Dans les Pays de la Loire. la fin des années 90 et les années 2000 ont été en outre marquées par de profondes mutations du paysage hospitalier régional, les différents SROS, le plan hôpital 2012, la politique hospitalière, mais aussi l'évolution des techniques médicales ont impulsé ces changements structurants :

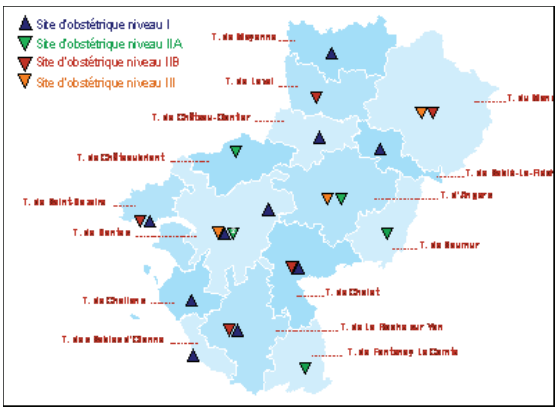
- Regroupement de nombreuses cliniques privées en pôles de santé pluridisciplinaires dans les grandes agglomérations (Nantes, Angers, le Mans), accompagné souvent par l'arrivée de nouveaux investisseurs
- Répartition des activités et partenariats hôpital/clinique, public-/privé dans les villes de moyenne importance, permettant d'éviter le doublonnage de l'offre de soins sur un même secteur géographique.
- Fort développement des alternatives à l'hospitalisation, et de l'hospitalisation à temps partiel.
- Dynamique des réseaux de santé : cancer, diabète, périnatalité, addictions…
- Coopération inter-établisse-ments.

Les tendances qui en découlent en termes d'activité hospitalière et de prise en charge des patients ont un impact sur l'ensemble du système de santé : transfert de prise en charge vers le secteur des soins de ville, filière de soins, maintien à domicile, alternatives à l'hospitalisation, prestations sur le lieu de vie…

- Les structures d'HAD en Pays de la Loire en 2009

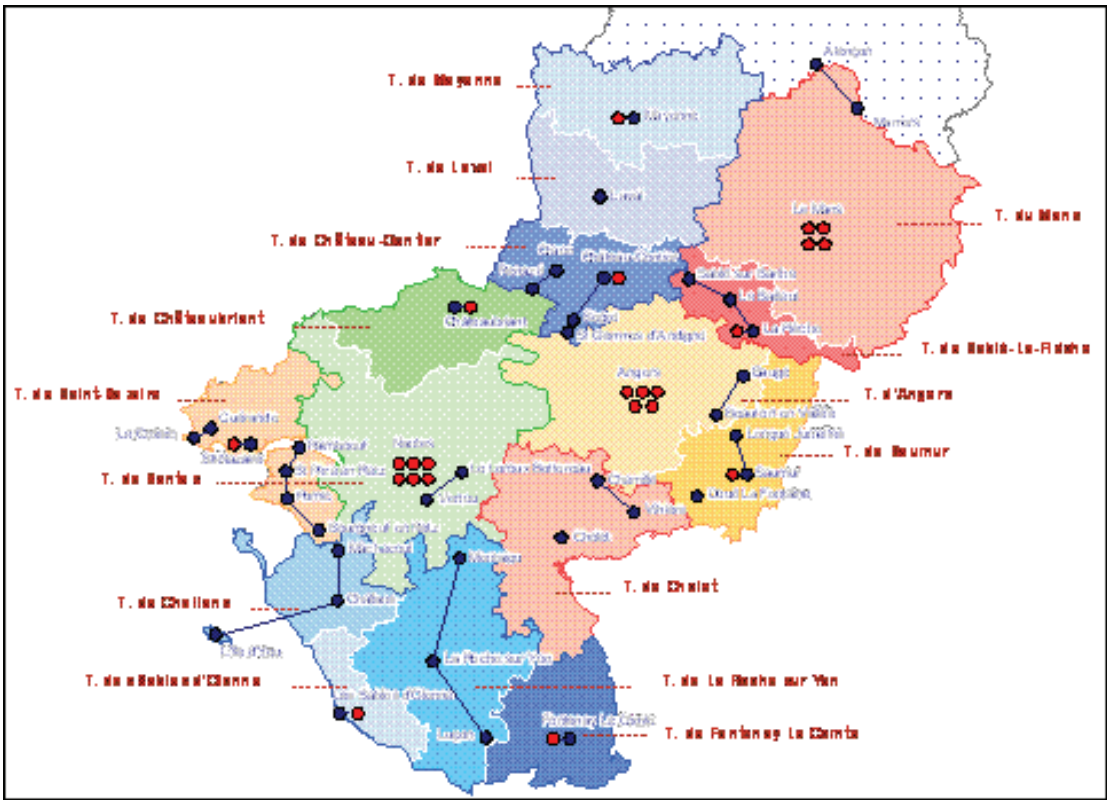


- Structure du réseau des maternités en 2009



Source ARH

Les recompositions hospitalières en Pays de la Loire, état 2009



Taux d'équipement en lits et places

Disciplines court séjour	Loire-Atantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Médecine	1,63	2,06	1,91	2,01	1,55	1,80	2,12
Chirurgie	1,55	1,46	1,11	1,40	0,89	1,35	1,58
Gynécologie-Obstétrique pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	1,59	1,67	1,68	1,63	1,31	1,58	1,57

En médecine et en chirurgie, la région des Pays de la Loire a des taux d'équipement inférieurs à la moyenne nationale.

	Loire-Atantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Soins de suite	1,37	1,47	1,33	1,75	1,58	1,49	1,61

En soins de suite, on observe la même situation, la moyenne régionale est inférieure (1,49) au taux de France métropolitaine (1,57).

	Loire-Atantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Psychiatrie	1,25	1,64	1,57	1,33	1,34	1,47	1,54

En psychiatrie, seul le Maine et Loire présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale.

A.4.2 Volume d'activité et répartition des modes de prises en charge

On remarque que les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées dans pratiquement toutes les grandes disciplines hospitalières, et plus particulièrement en chirurgie et en psychiatrie. Cette tendance s'inscrit durablement.

MEDECINE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
HC (journées)	1 673 902	1 685 506	1 701 816	1 731 335	1 730 971	1 779 512	1 796 101	1 813 379
HTTP (venues)	114 452	122 455	128 043	134 904	139 098	63 841	74 692	73 369
Séances (venues)	186 736	192 860	213 792	221 870	238 620	530 870	539 509	552 066
Ambulatoire (venues)	643	673	722	777	874	932	387	4 744
HAD (journées)	36 513	38 000	51 077	60 641	69 968	86 426	101 676	117 891
Autres pec (journées,séances)								
Total	2 012 246	2 039 494	2 095 450	2 149 527	2 179 531	2 461 581	2 512 365	2 561 449

CHIRURGIE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	1 164 237	1 140 061	1 122 291	1 095 260	1 077 530	1 078 580	1 060 585	1 052 251
Venues HTP						1 989	3 194	6 662
Séances								
Ambulatoire	127 448	137 501	149 687	171 632	186 467	180 488	184 083	196 513
HAD								
Autres pec*								
Total	1 291 685	1 277 562	1 271 978	1 266 892	1 263 997	1 261 057	1 247 862	1 255 426

OBSTETRIQUE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	332 918	332 512	329 460	322 619	330 785	318 796	316 413	311 595
Venues HTP	9 767	9 503	10 198	10 190	10 767	10 735	11 010	11 353
Séances								
Ambulatoire	666	612	450	255	338	505	675	484
HAD								
Autres pec*								
Total	343 351	342 627	340 108	333 064	341 890	330 036	328 098	323 432

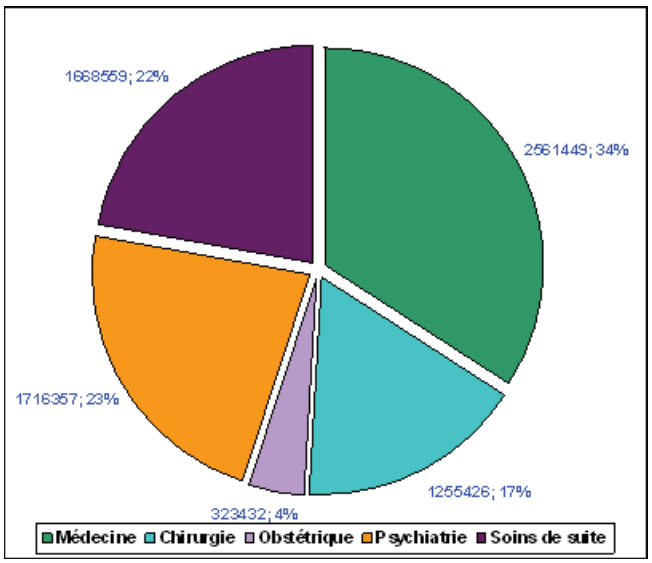
PSYCHIATRIE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	958 939	931 603	910 269	887 011	884 703	865 167	818 641	824 014
Venues HTP	293 023	294 623	304 043	295 826	307 614	301 758	292 404	263 341
Séances	436 313	438 994	469 565	494 363	529 928	521 927		
Ambulatoire								
HAD								
Autres pec*	299 898	320 122	361 671	351 411	327 853	229 252	706 274	629 002
Total	1 988 173	1 985 342	2 045 548	2 028 611	2 050 098	1 918 104	1 817 319	1 716 357

SOINS DE SUITE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	1 475 634	1 445 216	1 463 562	1 471 530	1 503 548	1 516 223	1 519 943	1 546 761
Venues HTP	89 761	89 832	92 715	92 213	91 376	97 638	100 080	121 798
Séances	6 648	6 276	16 979	5 247	3 727	1 345		
Ambulatoire								
HAD								
Autres pec*								
Total	1 572 043	1 541 324	1 573 256	1 568 990	1 598 651	1 615 206	1 620 023	1 668 559

**2007 : Changement de nomenclature de différents types de prise en charge*

La répartition de l'activité entre les grandes disciplines hospitalières (hors consultations externes et USLD), mesurée en journées et venues, montre l'importance conjuguée de la médecine et des soins de suite, qui mobilisent 56% de l'activité.

Répartition de l'activité hospitalière (tous modes de prises en charge inclus)



Les urgences

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Urgences générales	581 414	594 454	598 864	640 649	669 066	617 175		
Urgences pédiatriques						74 002		
Total	**581 414**	**594 454**	**598 864**	**640 649**	**669 066**	**691 177**	**693 605**	**732 232**
Appels SAMU							1 049 932	1 287 780
Sorties SMUR							24 716	23 765

Source SAE

Le taux de recours aux services hospitaliers d'urgence en Pays de la Loire est un des plus faibles de France, inférieur de 25% à la moyenne française (source ORS). Néanmoins, le nombre de passages a considérablement augmenté depuis 2002 passant de 581 000 passages à 732 232 passages en 2009.

A.4.3 Evolution de l'activité en volume par grand domaine

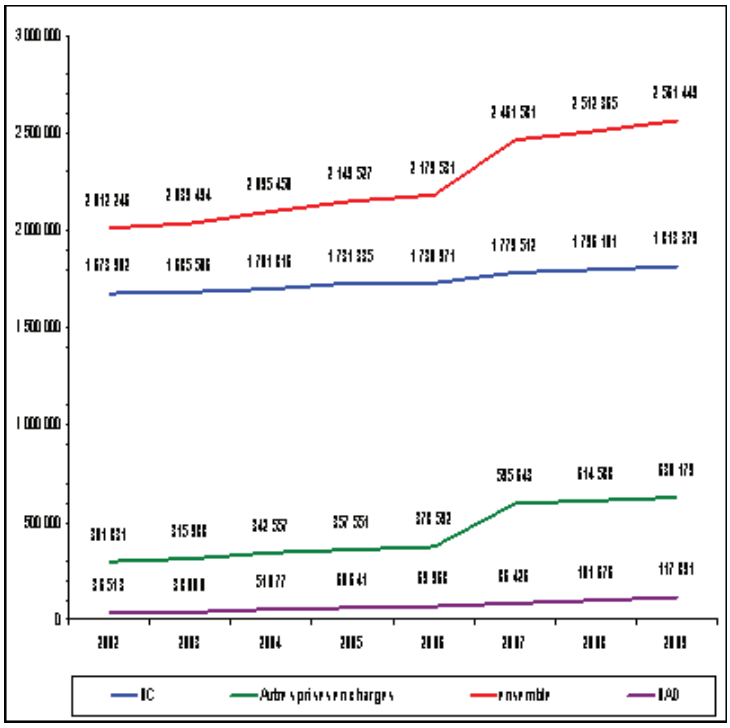
La médecine

L'activité totale de médecine est en progression sur la période de 2002 à 2009. Elle augmente en moyenne de 1,8% par an.

Les activités de séances (IRC, traitement du cancer) et dhospitalisation à temps partiel sont en plus forte progression.,

L'HAD est en plein essor dans la région, passant de 36 000. journées en 2002 à plus de 115 000 en 2009. ce mode de prise en charge reste malgré tout marginal en masse de journées produites comparé à l'hospitalisation complète (6,5%).

En hospitalisation complète le nombre d'entrées a progressé de 1,8% en moyenne, tandis que le nombre de journées produites augmente de 1,5%; la diminution de la durée moyenne de séjour (passée de 7,1 à 6,1 entre 2002 et 2009) vient donc pondérer l'accroissement du recours aux soins.



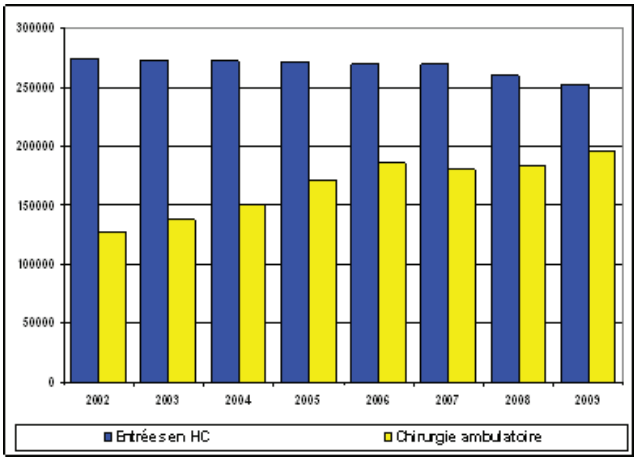
La chirurgie

Evolution de l'activité chirurgicale dans les pays de la Loire de 2002 à 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrées en HC	274 698	273 583	272 709	271 896	269 512	269 776	259 792	252 238
Chirurgie ambulatoire	127 448	137 701	149 687	171 532	186 467	180 469	184 083	196 513
Ensemble	402 146	411 284	422 396	443 428	455 979	450 245	443 875	448 751

Le développement de la chirurgie ambulatoire est particulièrement important depuis 2002. En 2009, 44% des hospitalisations en chirurgie sont faites en ambulatoire contre 30% en 2002.

Evolution comparée de la chirurgie ambulatoire et hospitalisation complète

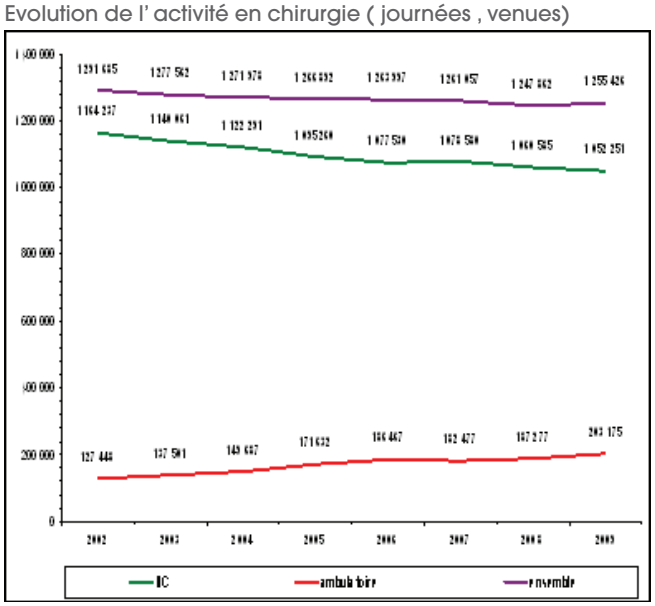


Cette évolution se conjugue avec une durée moyenne de séjour basse et un moindre recours à l'hospitalisation complète (-10% entre 2002 et 2009.

Le volume d'activité global cumulé mesuré en journées et venues tend ainsi à rester constant, voire à baisser légèrement sur la période.

Le nombre d'hospitalisations pour un motif chirurgical augmente cependant, avec 402 000 entrées et venues en 2002 pour 455 000 en 2009, soit un accroissement annuel moyen du recours aux soins de 1,6% par an.

Evolution de l' activité en chirurgie (journées , venues)



Source : SAE

L'obstétrique

Evolution de l'activité d'obstétrique dans les pays de la Loire de 2002 à 2009

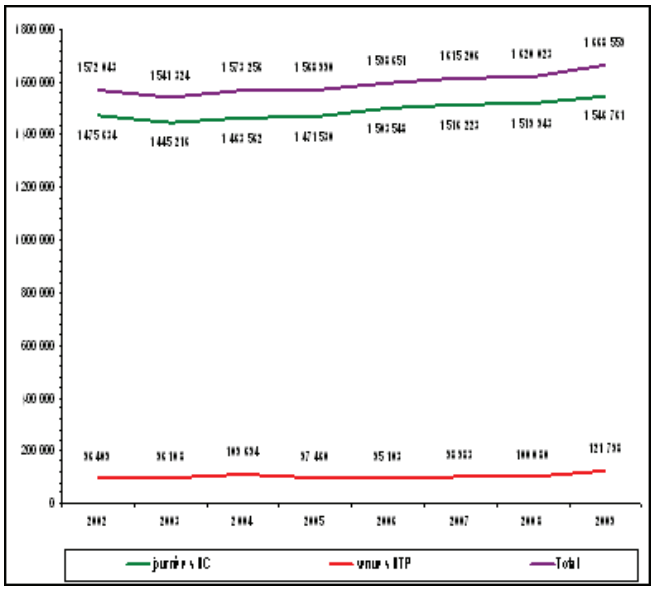
OBSTETRIQUE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Journées produites HC	332 918	332 512	329 460	322 619	330 785	318 796	316 413	311 595
Venues HTP	10 433	10 115	10 648	10 445	11 105	11 240	11 685	11 837
Entrées en HC	71848	71055	72726	73293	75122	73623	73138	74874

Source : SAE

Les soins de suite et de réadaptation

Le volume d'activité produit en soins de suite et de réadaptation (journées + venues) est en progression continuelle sur la période 2002-2009 (en moyenne 1,5% par an).

L'hospitalisation à temps partiel concerne essentiellement la médecine physique de réadaptation (Rééducation fonctionnelle). Elle est en forte progression depuis plusieurs années mais son impact sur l'ensemble de l'activité reste marginal.



Source : SAE

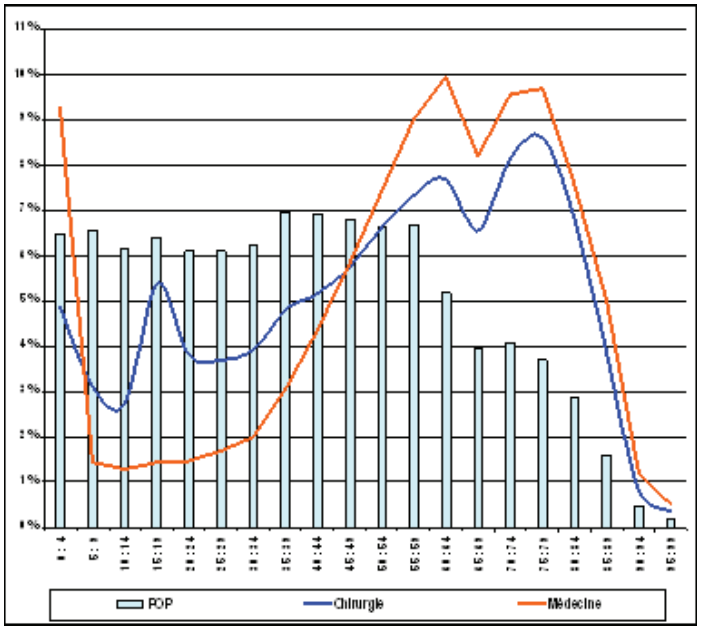
PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

AGE ET RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS

La médecine et la chirurgie

En médecine et en chirurgie, le taux de recours aux soins hospitaliers augmente globalement avec l'âge. On notera cependant le taux de recours élevé des 0-4 ans en médecine et le pic localisé des 15-19 ans en chirurgie.

Répartition des séjours et de la population en pourcentage en 2009



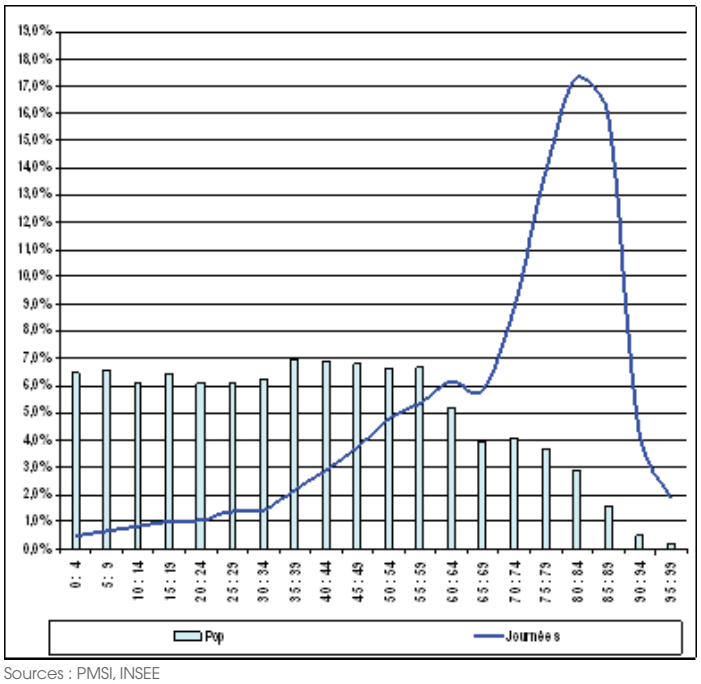
Sources : PMSI, INSEE

Les soins de suite et de réadaptation

En soins de suite et de réadaptation, la corrélation entre le taux de recours aux soins et l'âge est encore plus accentuée.

A VERIFIER : Sur ce graphique, la médecine physique et l'addictologie (post cure alcoolique) ne sont pas visibles, mais elles concentrent la majeure partie des séjours entre 20 et 40 ans.

Répartition en pourcentage des journées en SSR et de la population par tranche d'âge en 2009

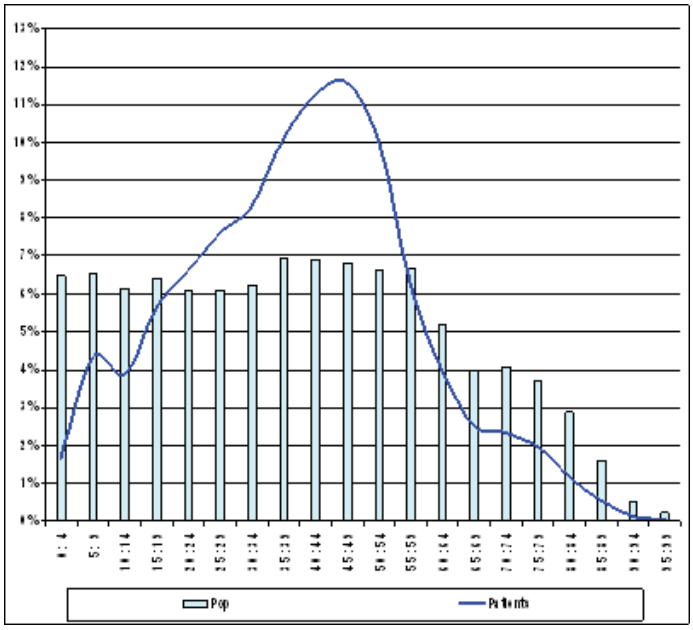


Sources : PMSI, INSEE

La psychiatrie

En psychiatrie hospitalière, les tranches d'âge les plus fortement représentées sont les adultes entre 30 et 55 ans; On remarque que le recours à l'hospitalisation augmente de façon précoce, le taux de recours des 15-19 ans équivalent à celui des 55-59 ans.

Répartition en pourcentage des journées en psychiatrie et de la population par tranche d'âge en 2009



Sources : PMSI, INSEE

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.4 Les flux de patients

Médecine

Origine des patients		Lieu d'hospitalisation																	
		Région						Départ. Limitrophes											
		44	49	53	72	85	T	17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR	Total
Région	44	258 894	2 202	68	72	1 778	263 014	81	31	2 888	67	8	12	457	23	33	3 600	1 297	1 522	269 433
	49	11 912	158 974	1 867	962	203	173 918	78	15	211	1 044	7	19	61	24	184	1 643	1 264	1 115	177 940
	53	766	7 306	42 252	1 378	33	51 735	20	7	4 957	45	4	63	37	1 638	1	6 772	636	711	59 854
	72	929	6 031	208	100 410	79	107 657	40	97	278	1 926	230	28	55	6 331	8	8 993	1 608	1 394	119 652
	85	29 351	9 344	13	47	78 698	117 453	1 601	13	178	55	20	5	37	16	4 205	6 130	1 094	1 332	126 009
	R	301 852	183 857	44 408	102 869	80 791	713 777	1 820	163	8 512	3 137	269	127	647	8 032	4 431	27 138	5 899	6 074	752 888
Départ. Limitrophes	17	832	98	6	17	142	1 095													1 095
	28	58	58	10	1 675	29	1 830													1 830
	35	2 287	177	322	45	69	2 900													2 900
	37	137	773	5	164	80	1 159													1 159
	41	113	88	2	610	31	844													844
	50	69	39	25	21	13	167													167
	56	7 430	107	29	19	26	7 611													7 611
	61	108	171	221	4 617	16	5 133													5 133
	79	2 524	8 582	1	25	277	11 409													11 409
	T	13 558	10 093	621	7 193	683	32 148													32 148
	IDF	1 584	458	142	574	895	3 653													3 653
	HR	4 551	2 776	229	775	1 121	9 452													9 452
	T	321 545	197 184	45 400	111 411	83 490	759 030	1 820	163	8 512	3 137	269	127	647	8 032	4 431	27 138	5 899	6 074	798 141

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	321 545	269 433	1,19	4%	19%
49	197 184	177 940	1,11	11%	19%
53	45 400	59 854	0,76	29%	7%
72	111 411	119 652	0,93	16%	10%
85	83 490	126 009	0,66	38%	6%
Région	759 030	752 888	1,01	5%	6%

Dans ces flux figurent les séjours relatifs au traitement du cancer (séances), ils majorent l'influence des grands centres. Au Plan régional, la situation est équilibrée, la région produit 759 000 séjours pour 752 000 séjours consommés par ses ressortissants.

- La Loire-Atlantique

La Loire Atlantique est un département fortement attractif : 19% de sa production est consacré à des patients résidants hors département. L'attraction s'exerce sur, La Vendée (29351 séjours), Le Maine et Loire, (11912), Le Morbihan (7430)

- Le Maine et Loire

Ce département est également fortement attractif : 19% de la production pour des patients hors département, L'attraction s'exerce principalement sur la Vendée (9344 séjours), puis les Deux Sèvres (8500 séjours) et la Mayenne (7300 séjours).

- La Mayenne

Il s'agit d'un département à fort taux de fuite, 30% des séjours de médecine des mayennais sont réalisés à l'extérieur. Les patients se dirigent vers le Maine et Loire (7300 séjours), vers L'Ille et Vilaine (4957 séjours) et vers l'Orne (1638 séjours).

- La Sarthe

La Sarthe présente une situation équilibrée avec un ratio production/ consommation de 0,93.

- La Vendée

Ce département est celui qui présente le plus fort taux de fuite : 38% des séjours des vendéens ont lieu hors département. Les patients se dirigent vers la Loire Atlantique (29351 séjours), le Maine et Loire (9344 séjours), les Deux Sèvres (4200 séjours).

CHIRURGIE

Origine des patients		Lieu d'hospitalisation																	
		Région						Départ. Limitrophes										
		44	49	53	72	85	T	17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR	Total
Région	44	122 996	1 026	33	42	697	124 794	64	5	1 066	48	6	18	244	10	19	1 480	582	997	127 853
	49	6 315	62 599	907	519	101	70 441	39	7	108	437	7	6	30	11	51	696	403	513	72 053
	53	807	2 214	17 341	1 117	14	21 493	8	6	2 971	21	1	55	26	833	1	3 922	215	360	25 990
	72	791	1 930	176	47 195	31	50 123	27	37	106	1 061	190	13	14	2 049	7	3 504	744	527	54 898
	85	16 659	4 992	34	22	38 366	60 073	913	3	66	47	6	3	16	5	1 090	2 149	424	796	63 442
	R	147 568	72 761	18 491	48 895	39 209	326 924	1 051	58	4 317	1 614	210	95	330	2 908	1 168	11 751	2 368	3 193	344 236
Départ. Limitrophes	17	682	36		11	96	825													825
	28	65	21	9	1 834	15	1 944													1 944
	35	2 119	57	120	34	30	2 360													2 360
	37	347	347	7	70	39	810													810
	41	138	13	5	596	4	756													756
	50	278	18	14	30	5	345													345
	56	4 446	59	10	16	18	4 549													4 549
	61	203	40	173	4 114	4	4 534													4 534
	79	1 854	4 942	7	15	424	7 242													7 242
	T	10 132	5 533	345	6 720	635	23 365													23 365
	IDF	911	225	77	265	321	1 799													1 799
	HR	3 830	836	108	546	446	5 766													5 766
	T	162 441	79 355	19 021	56 426	40 611	357 854	1 051	58	4 317	1 614	210	95	330	2 908	1 168	11 751	2 368	3 193	375 166

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	162 441	127 853	1,27	4%	24%
49	79 355	72 053	1,10	13%	21%
53	19 021	25 990	0,73	33%	9%
72	56 426	54 898	1,03	14%	16%
85	40 611	63 442	0,64	40%	6%
Région	357 854	344 236	1,04	5%	9%

La région des Pays de la Loire est légèrement attractive en chirurgie avec un ratio de 1,04, elle a produit en 2009 357 854 séjours, pour 344 236 consommés par ses ressortissants.

- La Loire-Atlantique

La Loire Atlantique est le département attractif de la région: 162 411 séjours sont produits pour 127 853 consommés, 24% de la production des établissements est consacrée à des patients extérieurs. L'attraction s'exerce sur la Vendée (16 659 séjours), le Maine et Loire, (6 315 séjours), le Morbihan (4 446 séjours).

- Le Maine et Loire

Ce département est attractif : 21% de la production est réalisée pour des patients hors département, mais les fuites atteignent 13% de la consommation L'attraction s'exerce sur la Vendée (4992 séjours), les Deux Sèvres (4 942 séjours) puis la Mayenne (2214 séjours).

- La Mayenne

Il s'agit d'un département à fort taux de fuite, 33% des séjours de chirurgie des mayennais sont réalisés à l'extérieur. Les patients se dirigent vers l'Ille et Vilaine (2971 séjours) le Maine et Loire (2214 séjours) et vers la Sarthe (1 117 séjours).

- La Sarthe

La Sarthe présente une situation équilibrée avec un ratio production/ consommation de 1,03.

- La Vendée

Ce département est celui qui présente le plus fort taux de fuite : 40% des séjours des vendéens ont lieu hors département. , les patients se dirigent vers la Loire Atlantique (16 659 séjours),le Maine et Loire (4 992 séjours), les Deux Sèvres (1 090 séjours).

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

OBSTETRIQUE

Origine des patients		Lieu d'hospitalisation																	
		Région						Départ. Limitrophes											
		44	49	53	72	85	T	17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR	Total
Région	44	23 629	155	7	9	237	24 037	7	2	335	7	1	2	53		1	408	52	109	24 606
	49	971	13 088	322	99	12	14 492	7	1	10	39	1	3	7	4	12	84	37	70	14 683
	53	38	150	4 846	127	2	5 163		1	456	3	1		3	160		624	20	32	5 839
	72	13	152	68	9 626	3	9 862	2	13	10	100	76	1	6	502	2	712	41	70	10 685
	85	856	1 204		2	9 801	11 863	127	2	9	1			3		181	323	21	47	12 254
	R	25 507	14 749	5 243	9 863	10 055	65 417	143	19	820	150	79	6	72	666	196	2 151	171	328	68 067
Départ. Limitrophes	17	7	2			17	26													26
	28	8	2		119		129													129
	35	172	6	36	5	5	224													224
	37	8	117		13	6	144													144
	41		2		16	1	19													19
	50	6	3	2	1		12													12
	56	194	3		2	2	201													201
	61	1	2	43	259	2	307													307
	79	22	599			47	668													668
	T	418	736	81	415	80	1 730													1 730
	IDF	108	68	15	41	62	294													294
	HR	175	177	13	46	66	477													477
	T	26 208	15 730	5 352	10 365	10 263	67 918	143	19	820	150	79	6	72	666	196	2 151	171	328	70 568

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	26 208	24 606	1,07	4%	10%
49	15 730	14 683	1,07	11%	17%
53	5 352	5 839	0,92	17%	9%
72	10 365	10 685	0,97	10%	7%
85	10 263	12 254	0,84	20%	5%
Région	67 918	68 067	1,00	4%	4%

En obstétrique, la situation régionale est très équilibrée. Dans cette discipline, les flux de patients sont principalement liés au critère de proximité, hormis pour certaines situations à risque. Dans les faits, seule la Vendée semble présenter une situation légèrement déficitaire, mais cette observation doit être relativisée par la proximité géographique de Nantes pour le nord Vendée.

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

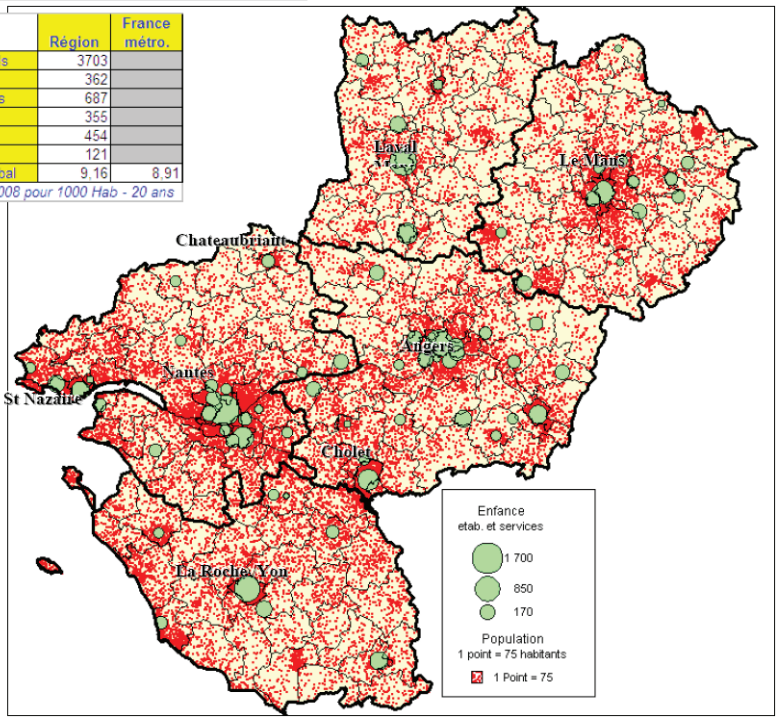
Pour une grande partie, informations extraites d'une présentation du PRIAC 2010-2013 aux Conseils Généraux (avril 2010).

A.5.1 Accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap

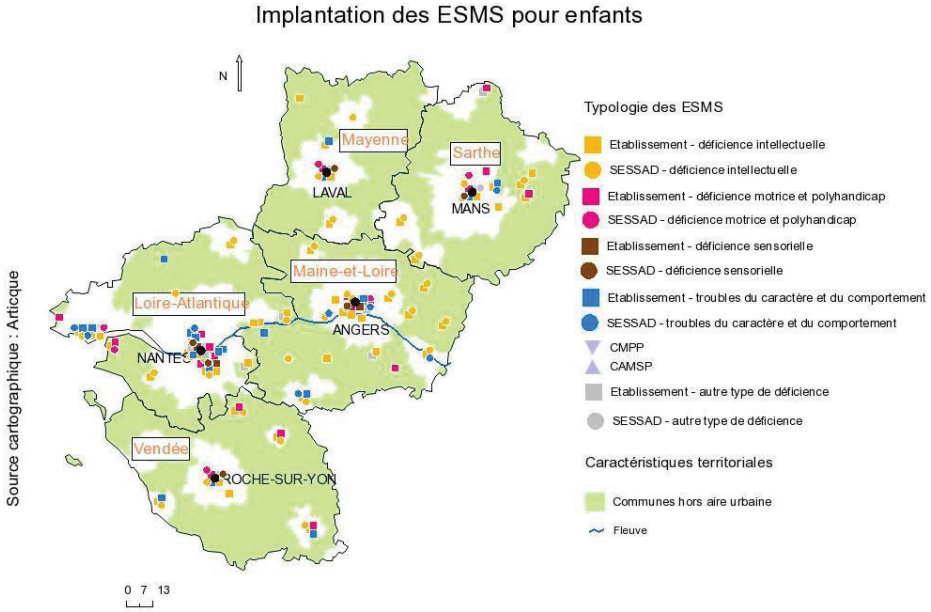
Structures et services pour enfants handicapés *(source Am BREX 2009 et Statiss 2009)*

	Région	France métro.
Déficients intellectuels	3703	
Polyhandicapés	362	
Déficients psychiques	687	
Déficients moteurs	355	
Déficients sensoriels	454	
Autres	121	
Taux équipement global	9.16	8.91

Taux d'équipement 2008 pour 1000 Hab - 20 ans



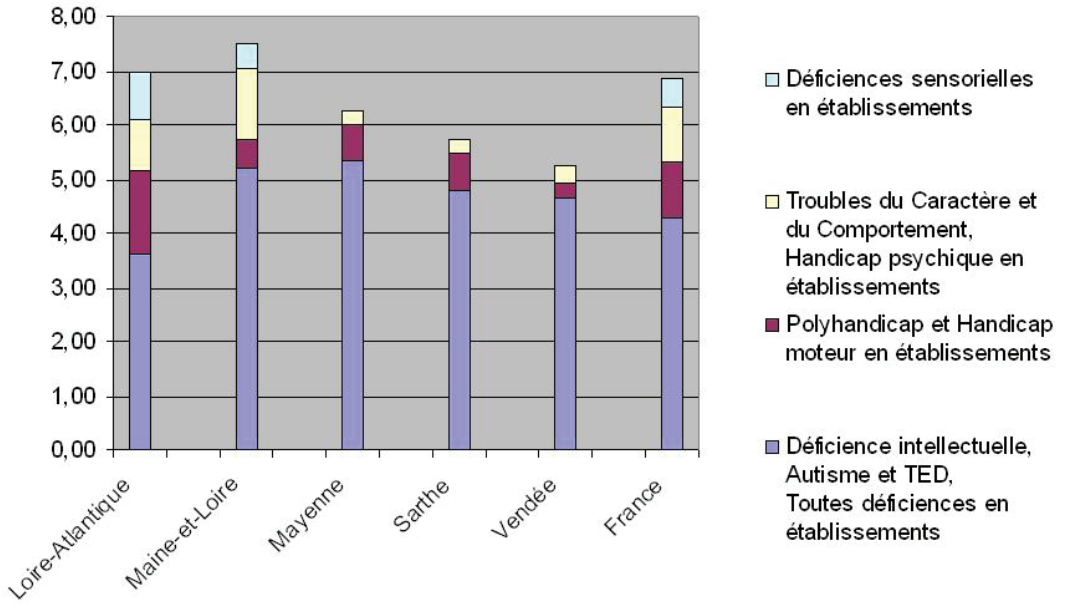
L'offre en service a augmenté de 30% entre 2006 et 2009 pour accompagner les besoins liés à la scolarisation en milieu ordinaire.



L'offre institutionnelle faible est plutôt faible dans trois départements de la Région pour l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement.

Offre en établissements pour enfants par type de déficience

(source : CNSA, requête FINESS au 01.01.2009 et population au 01.01.2007)



A la fin de l'année 2009, 911 enfants étaient en attente de place de SESSAD.

Dans 3 départements sur 5, les IME seraient en situation de sous-occupation si les jeunes de plus de 20 ans étaient accueillis dans un établissement pour adulte.

La programmation du PRIAC 2010-2013 en Pays de la Loire est une programmation centrée sur les besoins en services et en accompagnement des publics spécifiques, elle permet également un rééquilibrage de l'offre en conduisant à une réduction de 26 % de l'écart type interdépartemental :

- 434 places de SESSAD programmées sur les moyens nouveaux soit 74 % de la programmation enfant
- 53 places pour enfants atteints d'autisme ou troubles envahissants du développement (soit 35% des places programmées en établissement)
- 28 places pour l'accueil des enfants en situation de poly handicap (soit 18 % de la programmation en établissement)
- 64 places en établissement pour enfants atteints de troubles du caractère et du comportement (soit 42% de la programmation en établissement).

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

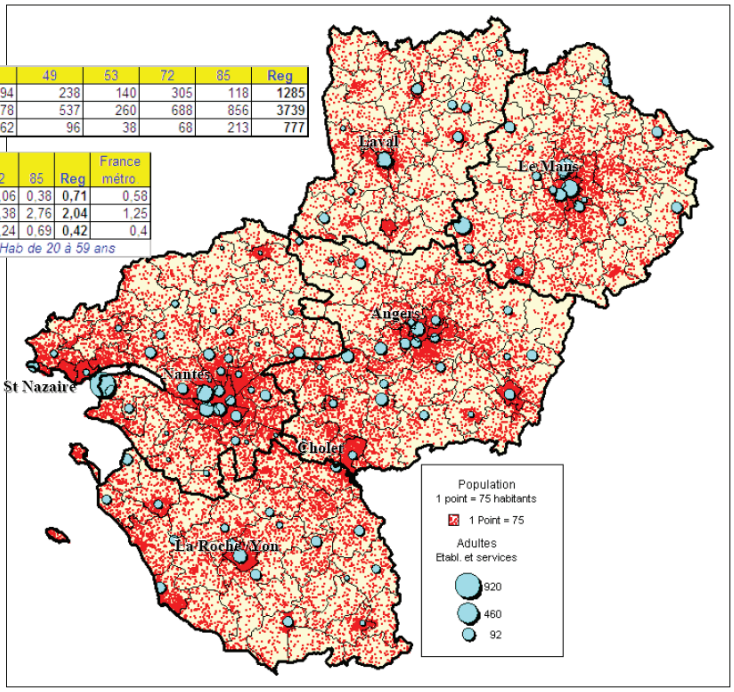
A.5.2 Accompagnement des adultes en situation de handicap

Structures et services pour adultes handicapés *(source Am BREX 2009 et Statiss 2009)*

	44	49	53	72	85	Reg
MAS	494	238	140	305	118	1285
Foyer de vie	1378	537	260	688	856	3739
FAM	362	96	38	68	213	777

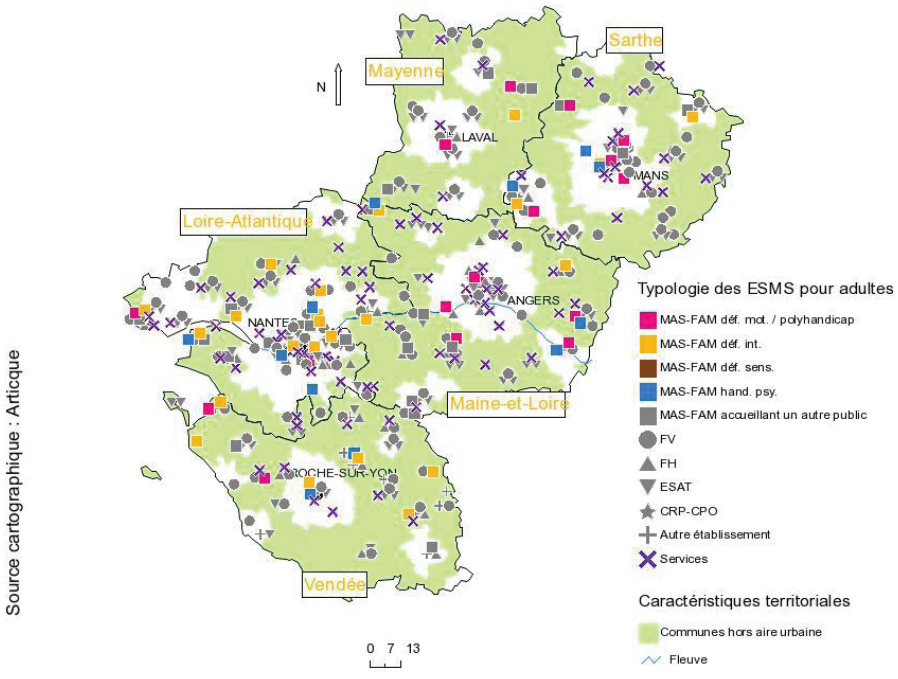
	44	49	53	72	85	Reg	France métro
MAS	0,73	0,59	0,91	1,06	0,38	**0,71**	0,58
Foyer de vie	2,04	1,33	1,82	2,38	2,76	**2,04**	1,25
FAM	0,54	0,24	0,25	0,24	0,69	**0,42**	0,4

Taux d'équipement 2008 pour 1000 Hab de 20 à 59 ans



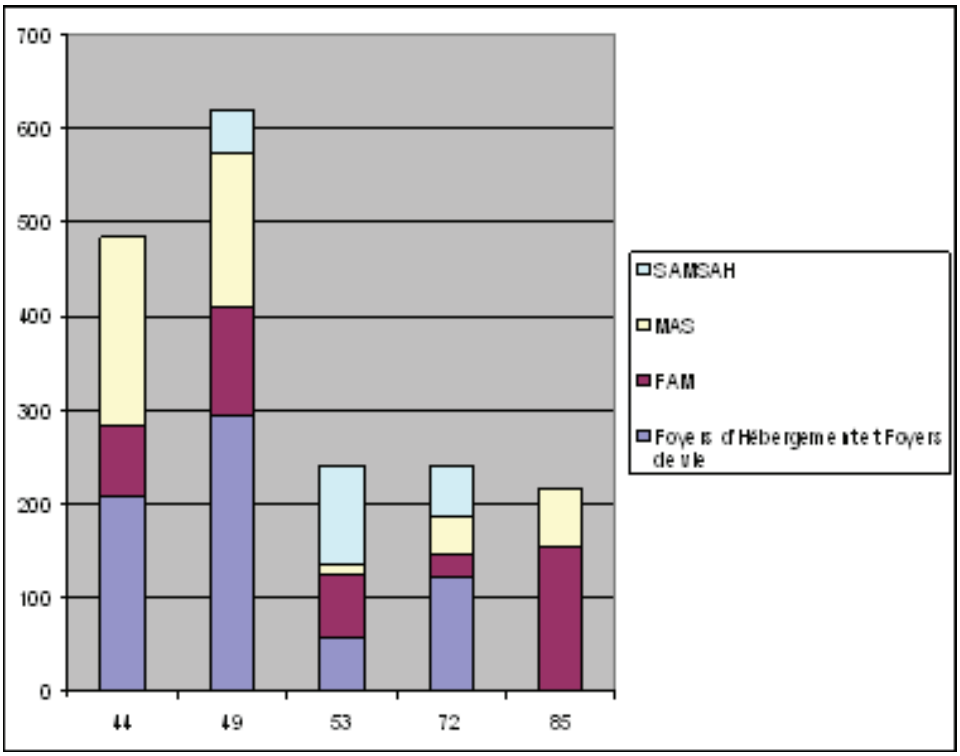
Entre 2006 et 2009, les capacités de l'offre en service ont doublé.

Implantation des ESMS pour adultes



Source cartographique : Articque

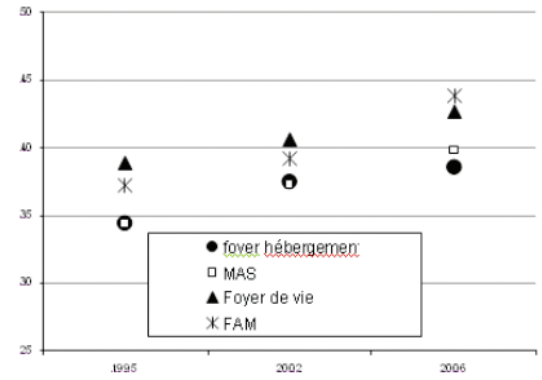
Liste d'attente : répartition par département



Au 31/12/2009, 419 jeunes adultes étaient maintenus en établissement au titre de l'amendement CRETON.

Les plus de 16 ans représentent 44,7% de la population accueillie en IME en 2007 : 1770 jeunes ont vocation à quitter les IME dans les 4 années à venir pour être accueillis en structure pour adulte.

Evolution de l'âge moyen par type d'hébergement dans les Pays de la Loire



Source : DREES, enquêtes ES 1995, 2002, 2006

Répartition par âge des adultes handicapés en établissements d'hébergement en 2006
En %

	moins de 30 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et plus
Ensemble	**18**	**27**	**29**	**22**	**4**
dont : MAS	20	29	31	16	3
FAM	10	27	31	24	8
Foyer de vie	16	25	26	27	6
Foyer hébergement	23	29	33	14	1

>>>

PANORAMA STATISTIQUE
LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

>>>

Selon les données de l'enquête DREES ES 2006, la moitié des adultes handicapés en établissement y sont entrés avant l'âge de 35 ans et 30 % y sont entrés avant l'âge de 25 ans. En 2006, le quart des jeunes de 20 ans et plus sortis d'une structure d'hébergement spécialisée (essentiellement d'instituts médico-éducatifs, IME) ont intégré une structure d'hébergement pour adultes handicapés, tandis que près de 60 % ont été accueillis par leur famille.

En établissements et services d'aide par le travail, le taux régional d'équipement est au dessus de la moyenne nationale, bien que le département de la Loire Atlantique reste sous équipé.

De fortes disparités départementales en matière d'orientation : le taux d'orientation vers les ESAT est de 24 % en Sarthe et 61 % en Vendée (orientations prononcées par la COTOREP ou CDAPH - Enquête CREAI sur le devenir des IME données 2006).

La programmation du PRIAC 2010-2013 en Pays de la Loire : 571 places sont créées par redéploiement de moyens existants, s'accompagnant d'une réduction des inégalités interdépartementales d'équipement, dont :

- 165 places de SESSAD par transformation de places d'établissements pour enfants (IME , principalement)
- 107 places de MAS, par transformation de lits du secteur sanitaire, dont :
  - 74 places issues de la psychiatrie (CH CESAME en Maine et Loire, CH MAZURELLES en Vendée)
  - 33 places issues des soins de suite et réadaptation (AFM en Maine et Loire)
- 165 places de SESSAD par transformation de places d'établissements pour enfants (IME , principalement)

La programmation des établissements et services d'aide par le travail est infra-départementale tenant compte de l'implantation territoriale des ESAT, elle est ciblée sur les territoires déficitaires :

- Loire Atlantique : 149 places réparties sur l'arrondissement de Nantes, Saint-Nazaire, Châteaubriant,
- Maine et Loire : 58 places réparties sur l'agglomération angevine, le saumurois, le choletais,
- Sarthe : 42 places réparties sur le Mans, Mamers,
- Vendée : 41 places réparties sur le Sud Ouest (sainte Gemme la Plaine), l'Est (Thouarsais Bouildroux), le Centre (Chantonnay).,

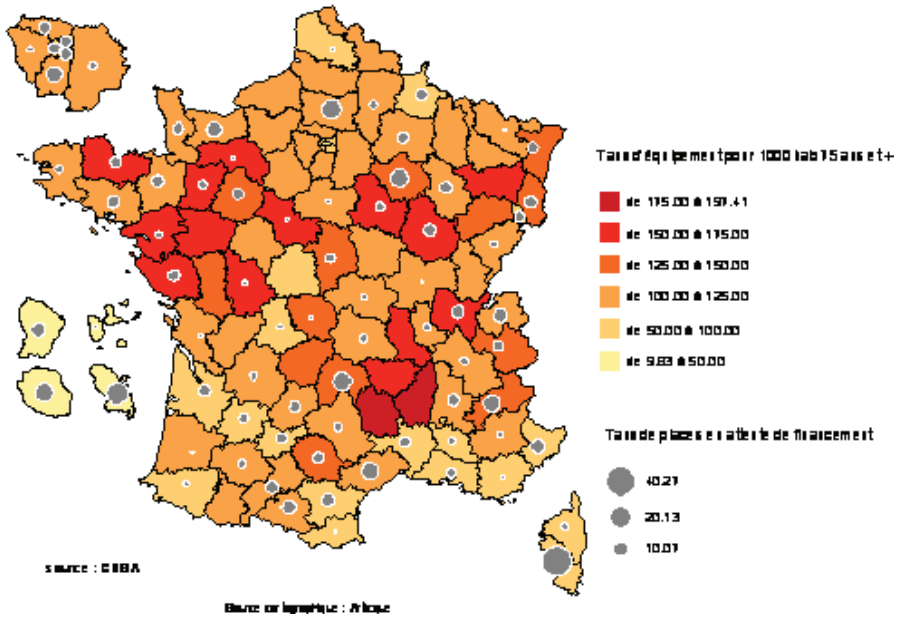
A.5.3 Accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans

La région des Pays de la Loire est globalement bien dotée par rapport aux autres régions en hébergement médicalisé au regard du taux d'équipement pour 1000 habitant de plus de 75 ans.

L'enquête DREES EHPA 2007 indique :

- Un recul de l'âge moyen d'entrée (80,1 ans en moyenne en 2003, elle passe à 83,5 ans en 2007)
- Une durée moyenne de séjour stable (3,6 ans en 2007 contre 3.5 ans en 2003).
- Un taux d'occupation en 2007 de 98 % supérieur à son niveau de 2003 (96%)

Taux d'équipement en hébergement médicalisé pour personnes âgées en 2009 et taux de places d'EHPAD en attente de financement fin 2008



région dispose de 970 établissements d'hébergement pour personnes âgées (maison de retraite ou foyer logement) qui offrent environ 49 200 places dont près de 85% pour personnes âgées dépendantes.

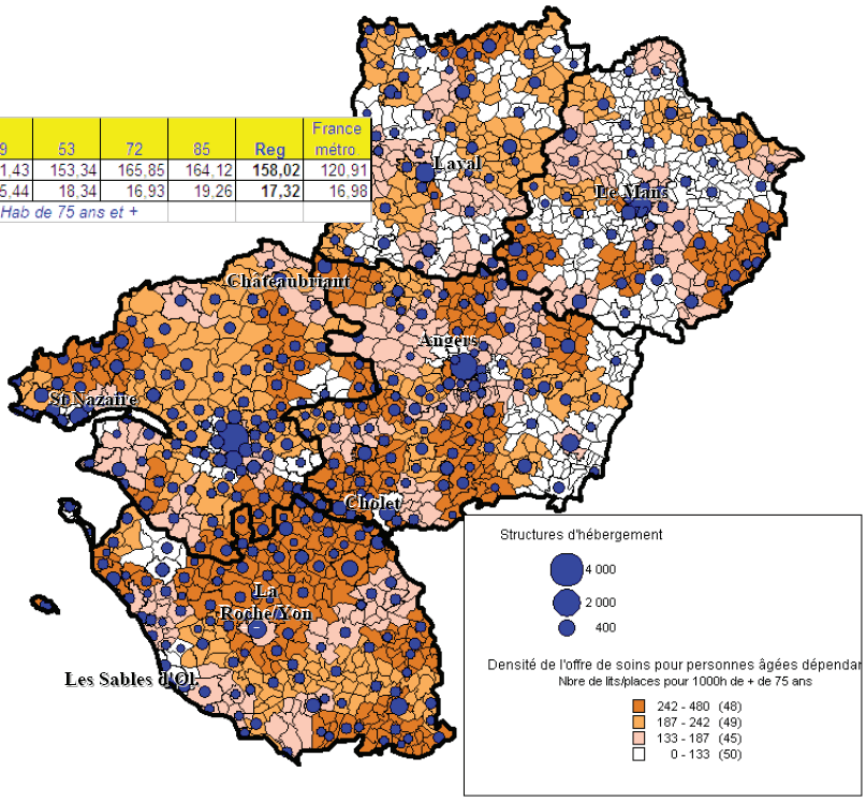
Dans ce tableau figure également en complément les places en Unité de Soins de Longue Durée sous convention EHPAD :

	MR et FL	Places	dt ehpad	Places USLD ehpad	Pop+75ans	Taux d'équipement 2010 Places ehpad MR FL et USLD
44	251	14397	12586	628	98959	134
49	261	12887	10160	291	67693	154
53	93	4522	3887	165	29799	136
72	174	7535	5755	893	54354	122
85	191	9860	9100	304	60429	156
Total	970	49201	41488	2281	311234	141

Structures de prise en charge en établissement pour personnes âgées dépendantes *(source Am BREX 2009 et Statiss 2009)*

	44	49	53	72	85	Reg	France métro
hébergement	138,64	191,43	153,34	165,85	164,12	**158,02**	120,91
Soins à domicile	17,34	15,44	18,34	16,93	19,26	**17,32**	16,98

Taux d'équipement 2008 pour 1000 Hab de 75 ans et +



Comme au niveau national, le taux d'équipement diminue au fil des années car l'augmentation de la population des personnes de plus de 75 ans est plus rapide que celle de l'offre en places d'hébergement : depuis 2004 l'offre d'hébergement a augmenté de 3% alors que la population des plus de 75 ans a progressé de 10 %. En outre, l'entrée des personnes âgées en établissement est plus tardive, 83 ans en moyenne aujourd'hui.

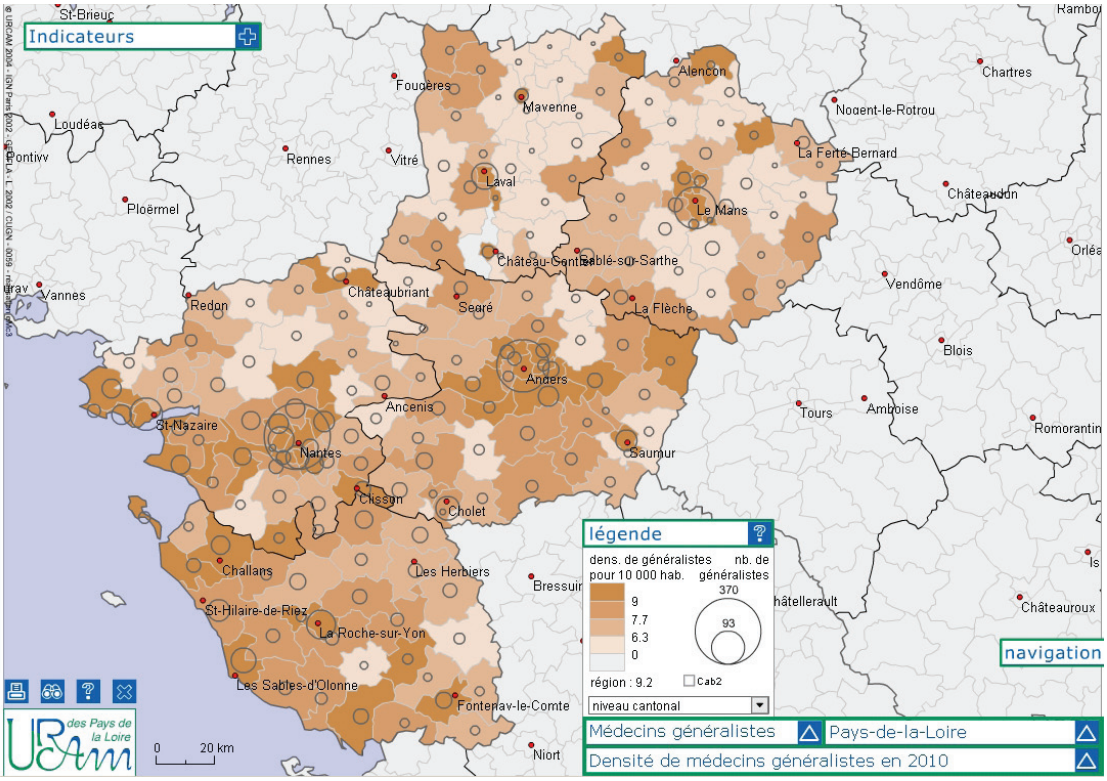
Dans le même temps, les soins et services pour le maintien à domicile des personnes âgées se sont beaucoup développés avec près de 6000 personnes âgées prises en charge pour 110 structures (SSIAD). Elle a augmenté de 25 % sur ces cinq dernières années, et se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale

La région dispose de 822 places d'hébergement temporaire. Les places d'accueil de jour sont très majoritairement adossées à des établissements et fortement dispersées : sur les 173 accueils de jour dont dispose la région, 135 ont une capacité d'accueil inférieure à 6 places (cela couvre 53 % de la capacité d'accueil totale en AJ). Cette dispersion peut toutefois répondre à des besoins de proximité en milieu rural bien que d'autres formules d'accueil se soient développées, comme l'accueil de jour itinérant en Mayenne.

L'actualisation 2010 de la programmation du PRIAC en faveur des personnes âgées reste réaliste pour tenir compte des financements CNSA que la région est susceptible d'obtenir, et confirme les priorités sur le développement d'une offre en faveur de l'accompagnement à domicile. Cette programmation permet une réduction significative des inégalités interdépartementales d'équipement et un rééquilibrage de l'offre vers les services.

PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

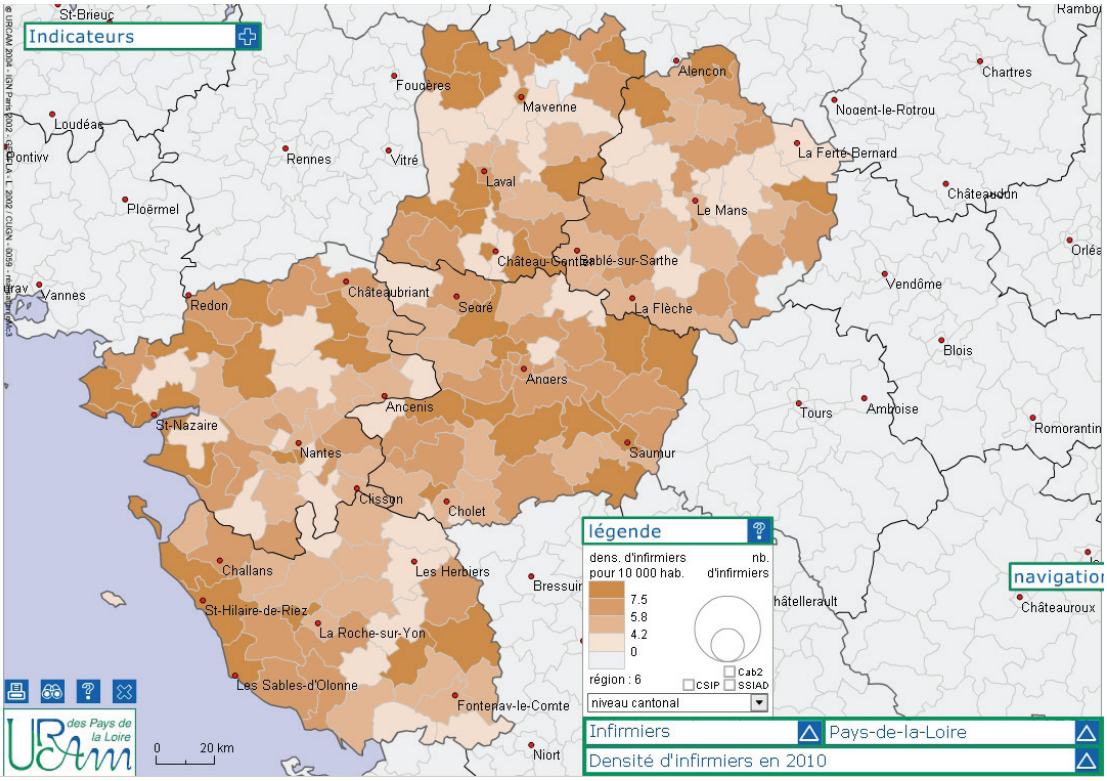
A.6.1 Les médecins généralistes



Les densités de médecins généralistes dans les Pays de Loire sont assez hétérogènes. D'un côté, on trouve les départements de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire dont les chiffres sont proches de la moyenne nationale (9,9 et 9,8 médecins pour 10 000 habitants). De l'autre, la Mayenne et la Sarthe figurent parmi les départements les moins dotés en médecins généralistes.

PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

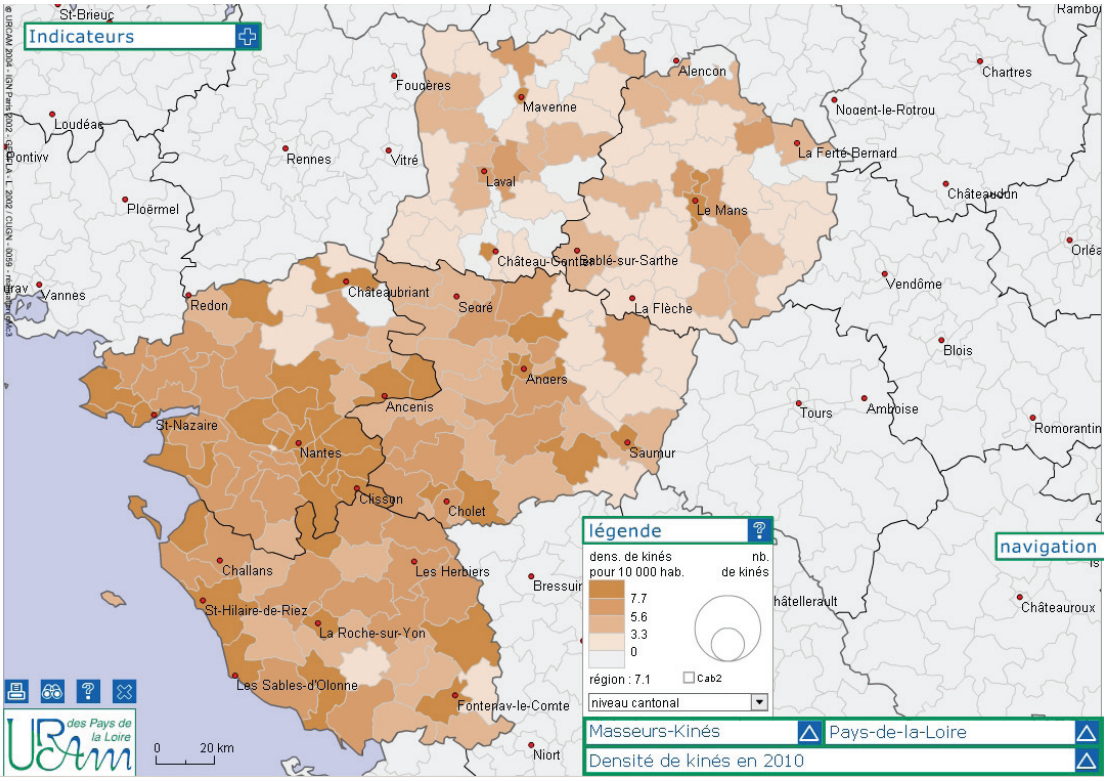
A.6.2 Les infirmiers libéraux



Globalement, les densités d'infirmiers libéraux des départements des Pays de la Loire sont parmi les plus bas de France métropolitaine. C'est particulièrement le cas en Sarthe où cette densité est plus de deux fois inférieure la densité nationale. La Vendée doit sa situation légèrement meilleure à une présence accrue d'infirmiers libéraux sur la côte.

PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

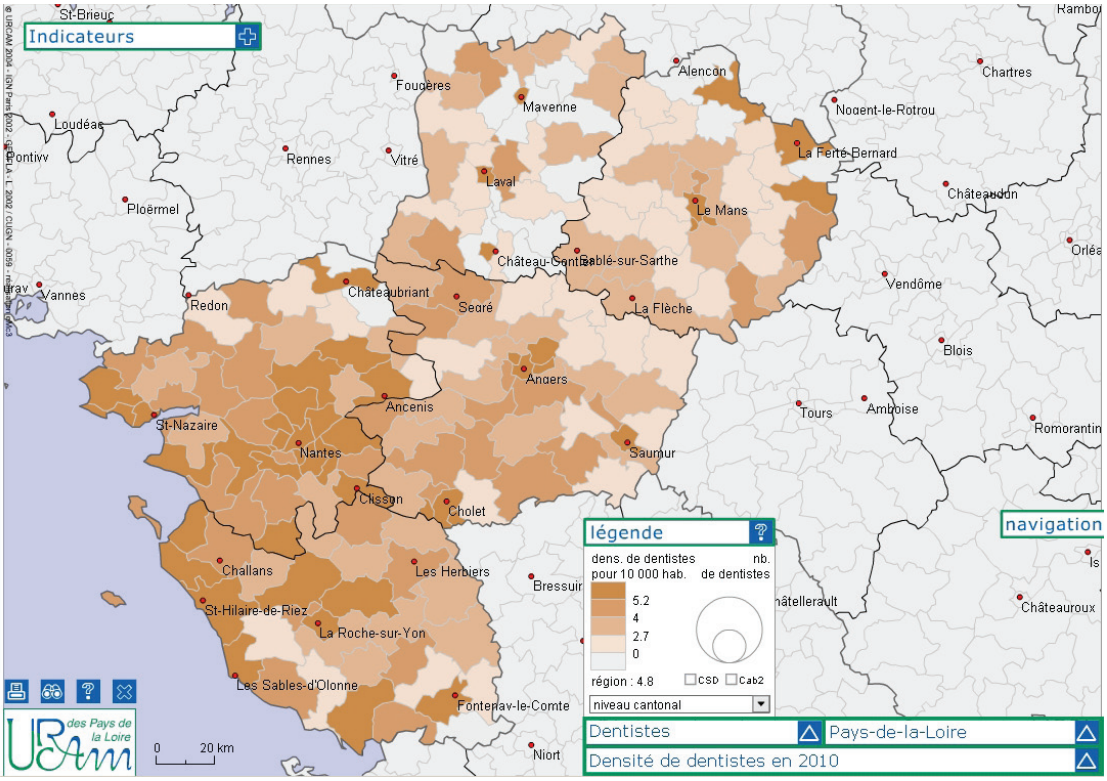
A.6.3 Les kinésithérapeutes



En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, la Loire-Atlantique fait figure de bonne élève dans la région avec notamment une forte couverture sur la côte atlantique et autour de Nantes. A l'inverse, la Sarthe et la Mayenne sont peu dotées en masseurs-kinés. Certains cantons de Mayenne n'ont aucun kiné sur leur territoire.

PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.4 Les chirurgiens-dentistes



PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

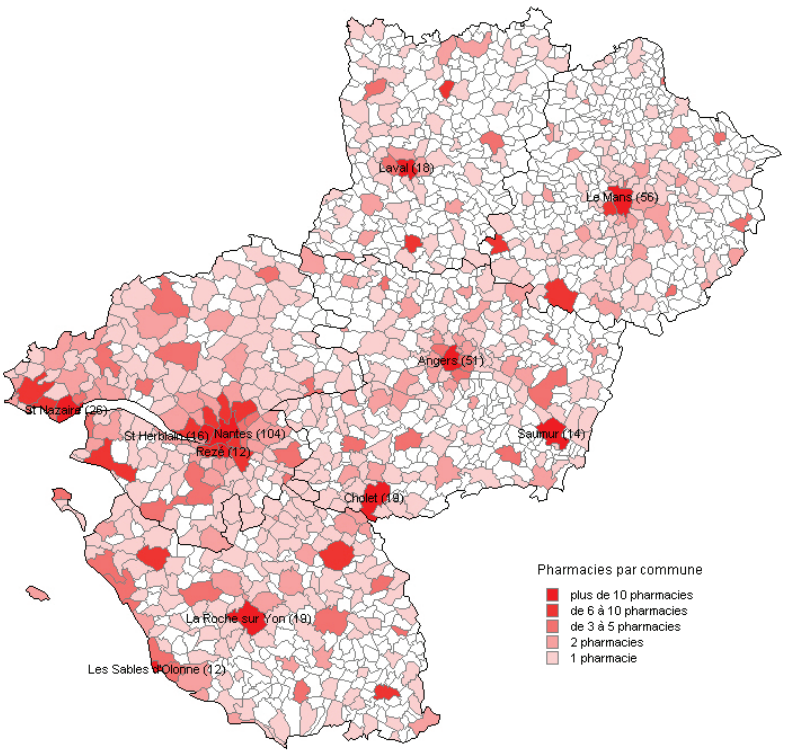
A.6.5 Les pharmacies

C'est en Loire-Atlantique que le maillage des pharmacies est le plus homogène. Pratiquement chaque commune possède sa pharmacie.

En Mayenne et en Sarthe, hormis les communes entourant Le Mans et Laval, le territoire est peu couvert en pharmacies. La densité de population s'y prête moins qu'en Loire-Atlantique.

Malgré une faible couverture en pharmacies en Mayenne, en Sarthe et dans le nord-est du Maine-et-Loire, aucune commune n'est située à plus de 10 kms d'une pharmacie.

Les pharmacies d'officine en Pays de la Loire

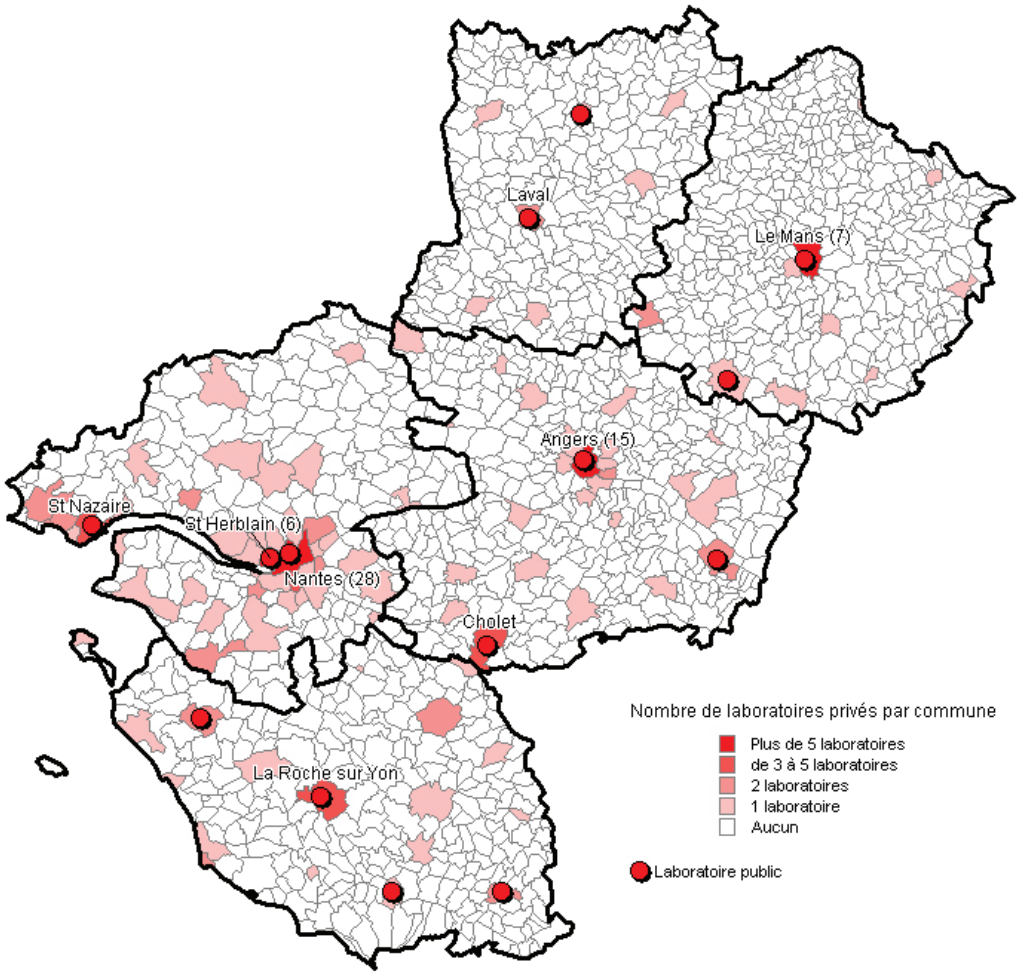


© ARS Pays de la Loire, DOA - Sources : RPPS, IGN

PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.6 Les laboratoires

Les laboratoires en Pays de la Loire



PANORAMA STATISTIQUE
OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.7 La consommation de soins

Evolution de l'activité libérale par département entre 2007 et 2008

		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Consultations généralistes	2008	4 879 952	3 125 486	1 186 678	2 172 969	2 343 874	13 708 959
	2007	4 954 646	3 187 146	1 206 262	2 216 071	2 415 548	13 979 673
	évolution	*-1,5%*	*-1,9%*	*-1,6%*	*-1,9%*	*-3,0%*	*-1,9%*
Actes infirmiers	2008	5 139 879	3 653 818	1 617 822	2 495 502	2 993 580	15 900 601
	2007	4 895 957	3 490 923	1 516 289	2 431 002	2 895 996	15 230 167
	évolution	+5,0%	+4,7%	+6,7%	+2,7%	+3,4%	+4,4%
Actes de kiné	2008	3 444 218	1 976 097	584 656	1 052 702	1 667 392	8 725 065
	2007	3 353 605	1 942 129	569 393	1 033 242	1 656 996	8 555 365
	évolution	+2,7%	+1,7%	+2,7%	+1,9%	+0,6%	+2,0%
Biologie	2008	3 143 599	1 867 370	579 947	1 310 752	1 455 482	8 357 150
	2007	3 052 238	1 789 953	532 827	1 334 873	1 402 161	8 112 052
	évolution	*+3,0%*	*+4,3%*	*+8,8%*	*-1,8%*	*+3,8%*	*+3,0%*
		MSA et Régime général					

Nombre d'actes moyen par habitant et par an en 2008

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Population couverte	1 199 060	729 697	276 354	520 814	566 340	**3 292 265**
Consultations	4,1	4,3	4,3	4,2	4,1	**4,2**
Actes inf	4,3	5,0	5,9	4,8	5,3	**4,8**
Actes de kiné	2,9	2,7	2,1	2,0	2,9	**2,7**
Biologie	2,6	2,6	2,1	2,5	2,6	**2,5**
	chiffres MSA et Régime Général					***Source : SNIIRAM***

Nombre d'actes moyen par professionnel de santé et par an en 2008

		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Généralistes	Effectif	1 228	755	226	446	548	3 203
	Nb actes moyen	3 974	4 140	5 251	4 872	4 277	4 280
Infirmiers	Effectif	628	415	175	226	333	1 777
	Nb actes moyen	8 185	8 804	9 245	11 042	8 990	8 948
Kiné	Effectif	891	433	107	230	378	2 039
	Nb actes moyen	3 866	4 564	5 464	4 577	4 411	4 279
		chiffres MSA et Régime Général					***Source : SNIIRAM***

Globalement, l'évolution de l'activité libérale entre 2007 et 2008 fait apparaître une diminution des consultations chez le généraliste (près de 2% sur la région avec une baisse plus marquée en Vendée) et une hausse des actes infirmiers, de kiné et de biologie.

Le faible nombre d'infirmiers en Sarthe conduit naturellement à ce que ceux-ci exécutent plus d'actes qu'ailleurs (11 000 contre 9 000 en moyenne dans la région). De même, les kinés et les médecins généralistes de Mayenne font également plus d'actes que dans les autres départements.

Malgré la faible densité d'infirmiers en Mayenne, les habitants du département ont une forte consommation d'actes (5,9 contre 4,8 en moyenne dans la région).

En matière d'actes de kinés, c'est par contre en Loire-Atlantique et en Vendée qu'on trouve les plus fortes consommations d'actes (2,9 actes par habitant et par an).

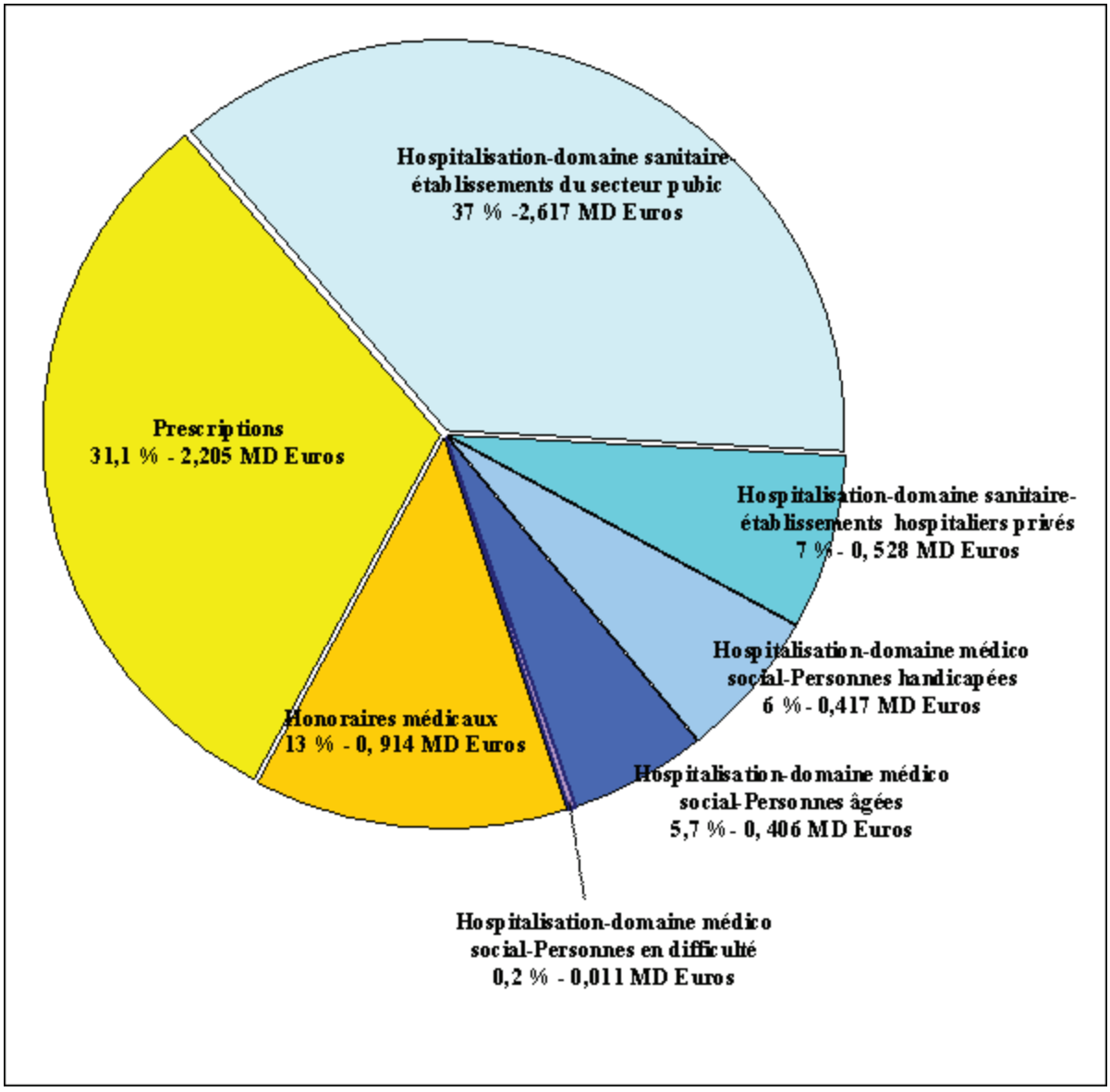
PANORAMA STATISTIQUE
LES DÉPENSES DE SANTÉ

A.7.1 Volume et répartition des dépenses AM

Les dépenses de santé financées par l'Assurance maladie atteignent pour la région des Pays de la Loire 7,1 Milliards d'Euros en 2008. La répartition de ces dépenses est représentée graphiquement ci-dessous. Elle varie assez peu dans le temps.

Domaine	Volume	%
Domaine hospitalier	3 144 616	44%
Domaine médico-social	834 050	12%
Domaine soins de ville	3 119 696	44%
Total	**7 098 362**	**100%**

Répartition des dépenses AM Pays de la Loire, en milliards d'Euros par domaine en 2008



Les deux CHU de Nantes et Angers cumulent a eux seuls 27% des versements du domaine hospitalier.

Le tableau ci-après décrit la répartition des dépenses de soins de ville par postes en Pays de la Loire. La pharmacie constitue le poste le plus important avec 1 Milliard d'Euros. Ce montant est supérieur à la totalité des honoraires toutes catégories de professionnels confondues, le second poste de dépenses est celui des indemnités journalières, qui attei-gnent 447 Millions d'Euros.

On trouve en troisième position les consultations des médecins et spécialistes libéraux avec 338 millions d'Euros

Répartition des dépenses de soins de ville	Dépenses remboursées 2008 (en millions d'euros)	%
Consultations	338	10,8 %
Visites	38	1,2 %
Actes techniques (K, KE, KC)	236	7,5 %
Actes de radiologie (Z)	89	2,9 %
Autres honoraires	65	2,1 %
Actes dentaires	149	4,8 %
Total honoraires des médecins	915	**29,3 %**
Actes et soins infirmiers	120	3,9 %
Actes de kinésithérapie	115	3,7 %
Biologie	131	4,2 %
Pharmacie	1 001	32,1 %
Articles de la LPP	207	6,6 %
Transport des malades	146	4,7 %
Indemnités journalières	447	14,3 %
Autres	37	1,2 %
Total Prescriptions	2 205	70,7 %
Total soins de ville	3 120	**100 %**

A.7.2 Evolution des dépenses AM

Entre 2004 et 2008 les dépenses AM du domaine hospitalier ont augmenté en moyenne de 4,25% par an, celles du domaine médico-social de 11,6% par an, celles du domaine des soins de ville de 3,9% par an. Pour l'ensemble des trois domaines, la croissance moyenne annuelle est de 4,8% sur la période.

En volume

	2004	2005	2006	2007	2008
Domaine hospitalier		4,0%	3,5%	3,3%	5,3%
Domaine médico-social		11,1%	5,9%	9,9%	13,5%
Domaine Soins de ville		3,8%	3,1%	5,1%	2,9%
Total		4,6%	3,5%	4,8%	5,1%

En évolution

En évolution

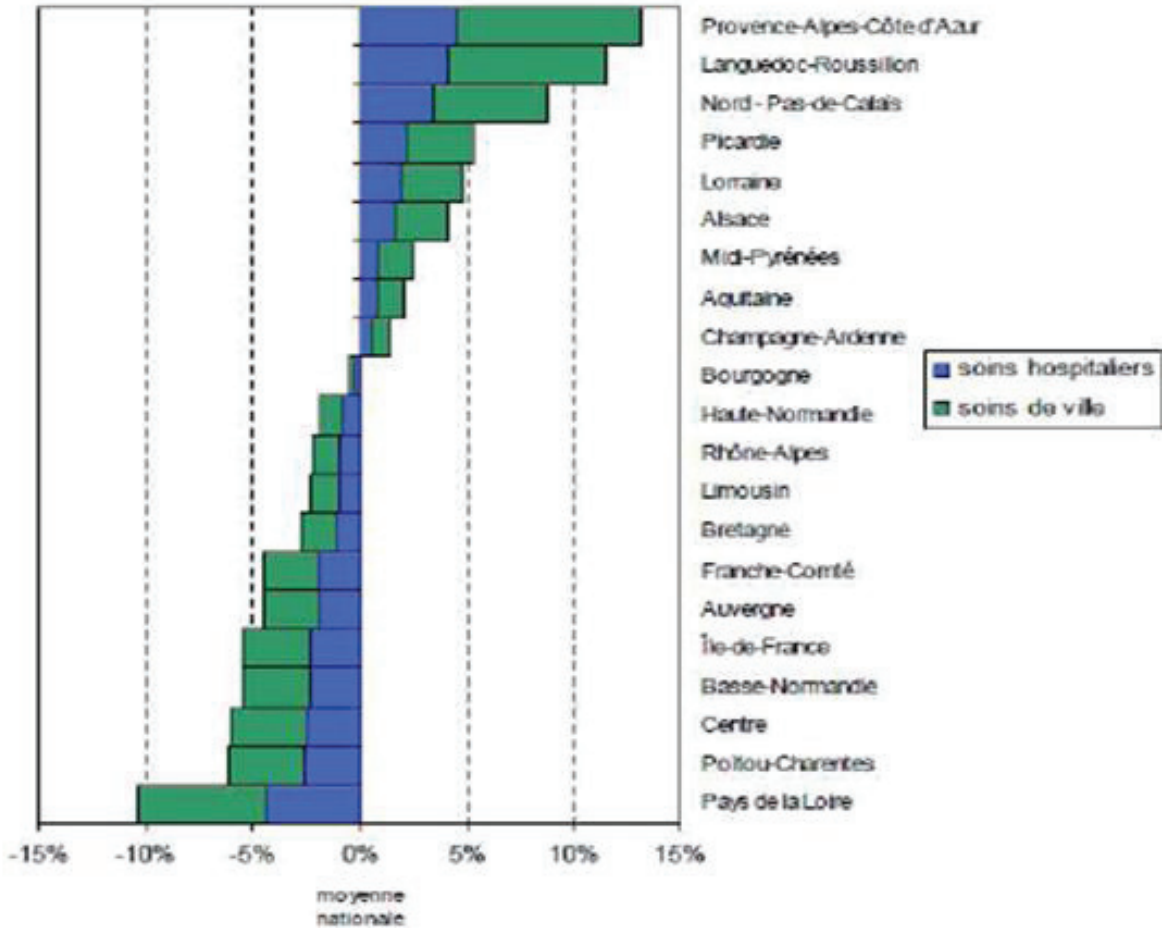
	2004	2005	2006	2007	2008
Domaine hospitalier	2 688	2 796	2 893	2 988	3 145
Domaine médico-social	569	632	669	735	834
Domaine Soins de ville	2 696	2 798	2 885	3 031	3 119
Total	5 953	6 226	6 447	6 754	7 098

Le secteur médico-social connaît une croissance élevée depuis de nombreuses années. Les causes sont multiples, cependant il convient de souligner que ce secteur a connu de profondes réformes de son mode de tarification et de son périmètre de compétence. Parmi les modifications essentielles figurent l'essor des services de soins à domicile (personnes âgées et personnes handicapées), le mode de rémunération des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que le transfert d'une partie du périmètre des établissements sanitaires (les soins de longue durée) vers le médico-social.

Dans le domaine des soins de ville, les dépenses d'Assurance-Maladie ont connu une croissance modérée suite à la loi de 2004. En 2007, année politique charnière, elles ont augmenté de plus de 5%, une augmentation portée par les dépenses faisant l'objet de prescriptions : indemnités journalières, produits de santé et honoraires paramédicaux. C'est au cours de cette année 2007 que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance-Maladie, créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'AM, émettra pour la première fois un avis d'alerte. Le déclenchement de l'alerte a permis une remobilisation des acteurs qui, ajoutée à la mise en place des franchises médicales au 1er janvier 2008 a permis de ralentir l'augmentation des dépenses à 2,9% en 2008

Les Pays de la Loire ont le niveau de dépense par habitant le moins élevé des régions françaises (cf graphique).

Répartition des régions selon l'écart par rapport à la moyenne nationale du niveau de consommation de soins totale standardisée par personne



PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.1 La Loire Atlantique

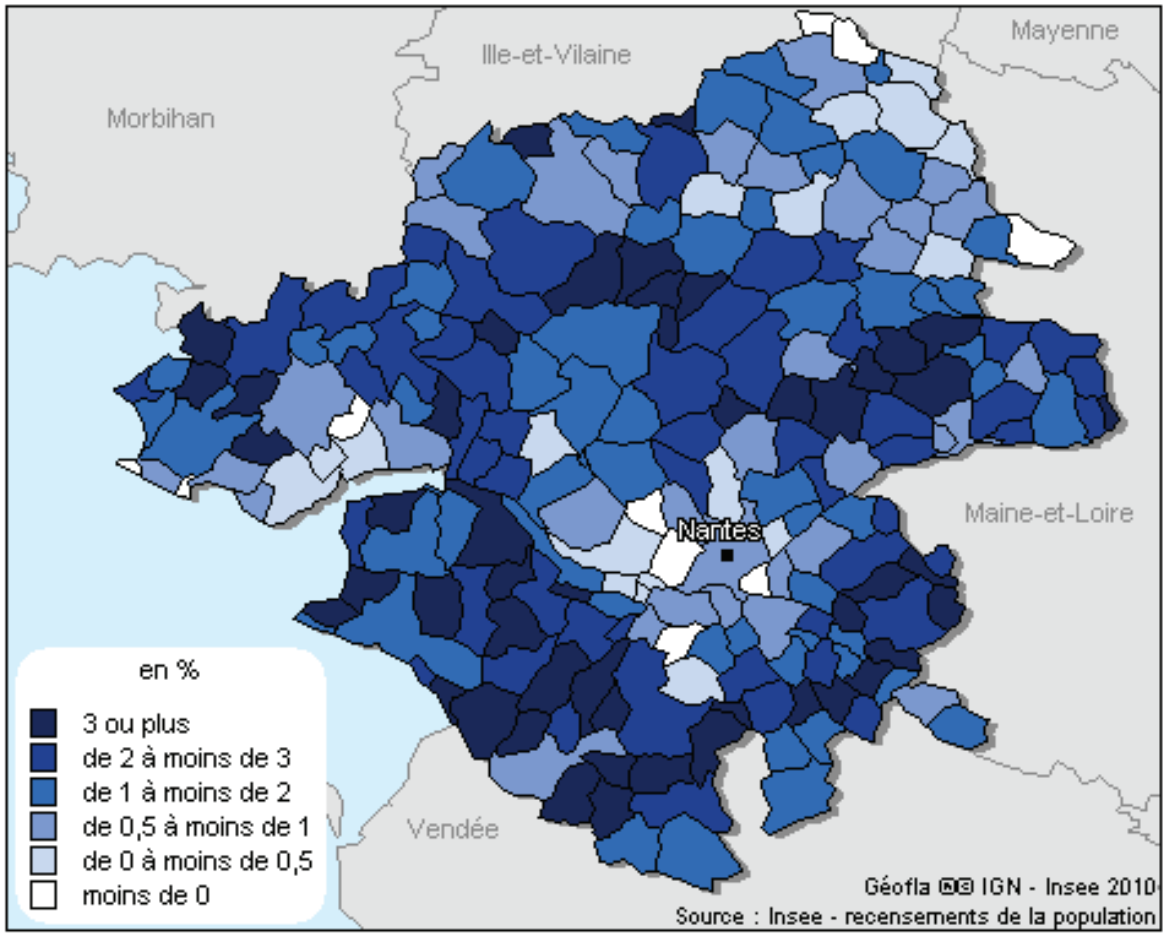
Données démographiques

Au 1er janvier 2007, la Loire-Atlantique compte 1 246 800 habitants, soit 36 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la Loire-Atlantique a gagné 113 000 habitants, soit environ 14 00 0 habitants supplémentaires chaque année.

Depuis 1999, la population de Loire-Atlantique progresse chaque année de 1,2 %, rythme nettement supérieur à celui enregistré dans les années 90. Cette croissance situe la Loire-Atlantique au deuxième rang des départements de la région, juste derrière la Vendée.

Elle s'explique pour moitié (55 %) par l'excédent des arrivants dans le département sur les partants et, pour l'autre moitié, par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Loire-Atlantique entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Loire Atlantique

Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007	Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Nantes	270 251	283 025	La Chapelle-sur-Erdre	16 391	16 816
Saint-Nazaire	65 874	68 522	La Baule-Escoublac	15 831	16 719
Saint-Herblain	43 726	43 516	Bouguenais	15 627	16 698
Rezé	35 478	37 846	Guérande	13 603	15 356
Saint-Sébastien-sur-Loire	25 223	24 724	Pornic	11 903	13 906
Orvault	235 54	24 564	Châteaubriant	12 065	12 466
Vertou	20 268	21 199	Saint-Brevin-les-Pins	9 594	12 055
Couëron	17 808	18 392	Sainte-Luce-sur-Loire	11 261	11 665
Carquefou	15 377	17 956	Pornichet	9 668	10 442

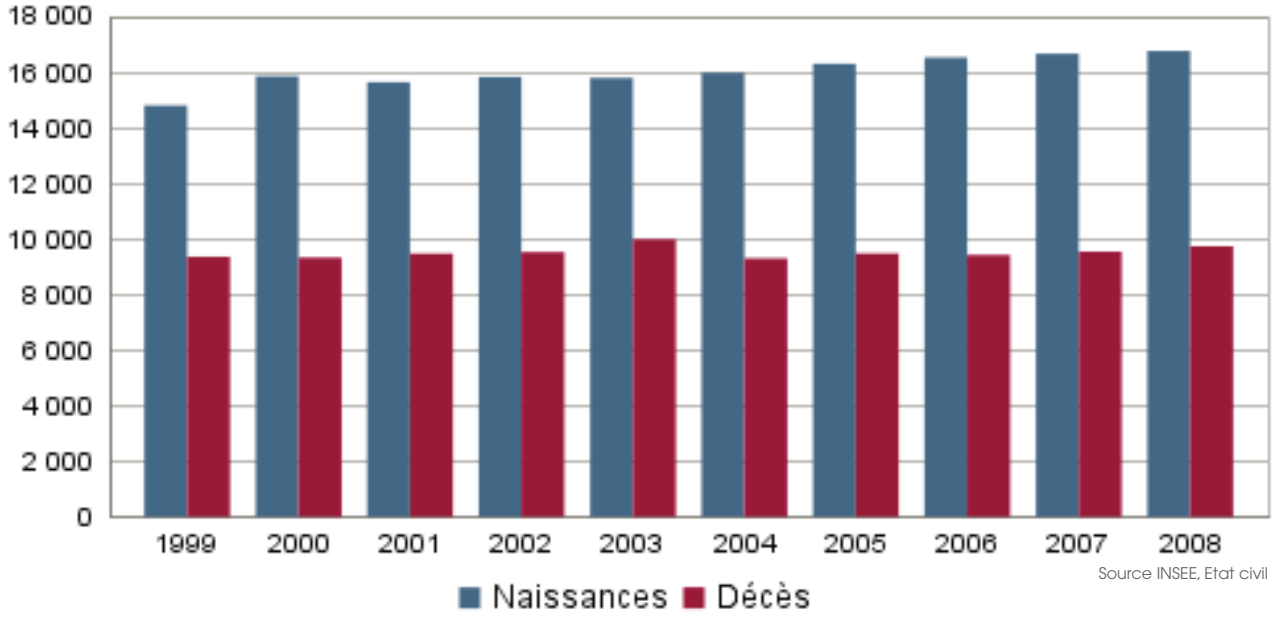
Répartition de la population de Loire Atlantique par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**604 892**	**100,0**	**641 912**	**100,0**
0 à 14 ans	123 791	20,5	117 640	18,3
15 à 29 ans	124 411	20,6	120 912	18,8
30 à 44 ans	130 556	21,6	131 170	20,4
45 à 59 ans	123 090	20,3	127 407	19,8
60 à 74 ans	69 168	11,4	81 979	12,8
75 à 89 ans	32 121	5,3	56 101	8,7
90 ans ou plus	1 755	0,3	6 702	1,0
0 à 19 ans	166 099	27,5	158 403	24,7
20 à 64 ans	363 008	60,0	368 589	57,4
65 ans ou plus	75 784	12,5	114 920	17,9

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Naissances et décès en Loire Atlantique de 1999 à 2008



Source INSEE, Etat civil

Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	*dont + de 55 ans*		*équivalent temps plein*
		effectif	*part*	
Médecins généralistes	1 227	420	34,2%	
Médecins spécialistes	1 422	440	30,9%	
Masseurs-kiné	1 198	206	17,2%	
Infirmiers libéraux	740	135	18,2%	
Infirmiers salariés de CSI	168			126,65
Dentistes	807	194	24,0%	

Source : Assurance-Maladie

Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	LOIRE ATLANTIQUE								Année de collecte			2008	
Statut	TOUS STATUTS								Nombre d'EJ ou ET interrogés			71	
03/09/2009	1 - ACTIVITE HOSPITALIERE												
	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
édecine	1 802	91 595	577 985	90,66	164	42 313	230 153	42 607		330		6 175	
irurgie	1 658	111 956	429 008	71,87	-			-	390	89 719			
stétrique	436	30 272	129 857	81,08	18	4 066				409		1 102	
tal s. courte durée	3 896	233 823	1 136 850	81,52	182	46 379	230 153	42 607	390	90 458	-	7 277	
ychiatrie générale	804	10 244	234 545	79,87	417	67 070						54 894	92 558
ychiatrie infanto-juv.	16	751	3 569	68,69	196	27 111						40 977	11 405
ins de suite et réadaptation	1 589	15 719	504 725	87,16	125	31 487							
dont réa. fonctionnelle	433	3 783	126 380	80,02	110	28 933							
ins longue durée	1 583	839	574 985	97,35									
tres disciplines					15								
TAL	**7 888**	**261 376**	**2 454 674**	**85,73**	**935**	**172 047**	**180 791**	**42 607**	**390**	**90 458**	**-**	**103 148**	**103 963**

- Suivi de POLITIQUES NATIONALES

ésence d'une équ.mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"	6
ombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé	5

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
édecine Générale	288	152	195,54	2	84
écialités médicales	747	264	516,39	175	211
dt anesth. réanimateurs	159	31	141,69	82	9
écialités chirurgicales	264	86	169,48	217	21
dt Gynéco.-obstét.	61	14	46,40	27	0
ychiatres	176	58	140,68	8	0
dontologistes	60	52	26,06		0
armaciens	95	55	69,65		0
tres	170	63	111,74	3	19
TAL (hors internes)	1 800	730	1 229,54	405	335
ternes	468		468,00		

des salariés

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Eff total	Dt Eff. Tmp.part.	ETP Total	ETP Moy. rému.
Sages femmes	280	148	232,23	256,46
Pers. encadrement du pers. soignant	527	54	514,42	488,47
Infirmiers spécialisés	570	244	515,55	530,26
Infirmiers non spécialisés	5 099	1 855	4 626,57	4 936,55
Aides soignants	4 674	1 637	4 252,63	4 721,88
ASH	1 849	442	1 690,33	2 082,00
Psychologues	194	122	139,72	146,67
Personnels de rééducation	415	225	339,10	360,51
Total Services de Soins	**13 608**	**4 727**	**12 310,55**	**13 522,80**
Personnel de direction	132	19	125,81	123,99
Directeurs de soins infirmiers	25	1	23,50	25,16
Autres pers. administratifs	2 051	768	1 837,28	1 993,29
Pers. éducatifs et sociaux	292	128	248,80	252,10
- dont assistants de service social	145	67	123,25	125,97
Personnels pharmacie	141	56	118,95	126,49
Personnels laboratoire	308	139	284,79	321,72
Personnels radiologie	334	114	302,78	316,95
Autres personnels médico-techniques	42	6	38,21	37,85
Personnels techniques et ouvriers	2 066	324	1 950,87	2 265,43
Total Hors Services de Soins	**5 391**	**1 555**	**4 930,99**	**5 462,98**
Total personnel non médical salarié	**18 999**	**6 282**	**17 241,54**	**18 985,78**

- Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
anner	8	63 494	
M	4	15 985	167
méra à scintillation	11	26 453	
mog./Cam.positons	1	2 536	
hotripteur	4	976	
hographes Doppler	20	49 889	40
tal salles d'imagerie	57	329 461	41 157
lle de coronarographie	6	5 193	21
lles dest. aux actes sous anest	265	191 951	
dt salles d'interv. Chirurgicales	208	216 901	2 819
es anesthésiques	42		
lles de surveillance postinterv.	57		
	-		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions	114	Nb. Interv.	679
Chirurgie cardiaque	Admissions	3 391	Nb. CEC	1 655
Neurochirurgie	Admissions	3 805	Nb. Interv.	1 282
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	207 137	% hospit.	11,55
SMUR (générale et pédiatrique)	Nb sorties	7 360	dont primaires	4 886
SAMU	Nb appels	466 085	Nb affaires	162 643
Réanimation	Admissions	3 853	Nb pat ventilés	1 028
Obstétrique	Accouc.	17 618	- dt césar	3 184
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	3 070	- dt transf.	221
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	437	- dt transf.	103
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. mach.	116 819	Tot séan.	103 455
Chimiothérapies	Venues HJ	40 997	Pré.délivr.	93 479
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	63 575	Patients	464
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines	5 017	Patients	100
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	4 221	Venues	35 395

- Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre.
tes produits pour l'Ets	242 866 291	Lignes de com.	3 617 051
tes produits pour l'extérieur	10 695 634	Lits avec DJN	3 002

8 - Prélèvements d'Organes

Nbre. de sujets prélevés	44

9 - Interruptions de Grossesse

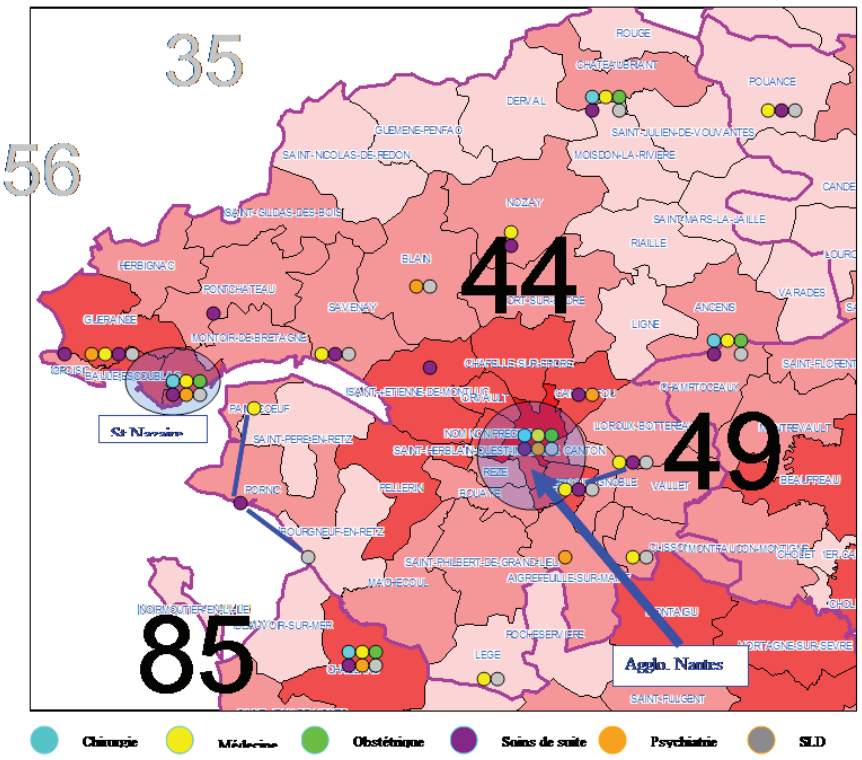
Nbre. total d'IVG	3 503
- dont IVG mode médicamenteux	1 234
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	160

>>>

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

>>>

Etablissement	C	M	O	P	S	L
CH Ancenis	X	X	X		X	X
CH Chateaubriant		X	X		X	X
CH Maubreuil Carquefou					X	
CH St Nazaire	X	X	X	X	X	X
CHS Montbert				X		
CHS Pont Pietin Blain				X		X
CHU Nantes	X	X	X	X	X	X
CI AHO St Augustin Jeanne d'Arc Nantes	X	X				
CI breteche Viaud Nantes	X	X	X		X	
CL Catherine de Sienne Nantes		X				
CI de l'Atlantique St herblain	X		X			
CI Du Parc Nantes				X		
CL Jules Verne Nantes	X					
CL La Briere Guérande				X		
CL NCN Nantes	X	X				
CI Sourdille Nantes	X					
CI Ste Marie Chateaubriant	X					
CI urol Atlantis St Herblain	X					
CP la Mainguais Carquefou				X		
CSS Confluent Nantes					X	
CSS Le briords Carquefou				X		
CSS Roz Arvor Nantes					X	
ESPIC Centre hélio marin Pen Bron La Turballe					X	
ESPIC CMPEA Nantes				X		
ESPIC CRf La Tourmaline St Herblain					X	
ESPIC CRF St Jean de Monts Nantes					X	
ESPIC CRLC gauducheau St herblain	X	X				
ESPIC CSS La baronnais Bouguenais					X	
ESPIC CSS Vigneux de Bretagne					X	
ESPIC ESEAN Nantes					X	
ESPIC FT La Chicotière St herblain				X		
ESPIC HAD Nantes		X			X	
ESPIC Le Bodio Pontchâteau					X	
ESPIC mutaliste St Sebastien sur Loire					X	
ESPIC Pôle mutaliste St Nazaire La baule (CSSN)	X	X	X		X	
ESPIC Pôle mutualiste Jules Verne Nantes	X		X			
HL Clisson		X				X
HL Corcoue S/ Logne		X				X
HL Hôpital presqu'île (Guérande, le Croisic)		X			X	X
HL Nozay		X			X	
HL Pays de retz (paimboeuf,pornic, Bourgneuf)		X			X	X
HL Pouancé		X			X	X
HL Savenay		X			X	X
HL Sevre et Loire (Vertou Loroux B)		X			X	X
Les Océanides Pornichet					X	
SISMLA Blain				X		
SLD Cheveux Blancs Orvault						X



PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.2 Le Maine et Loire

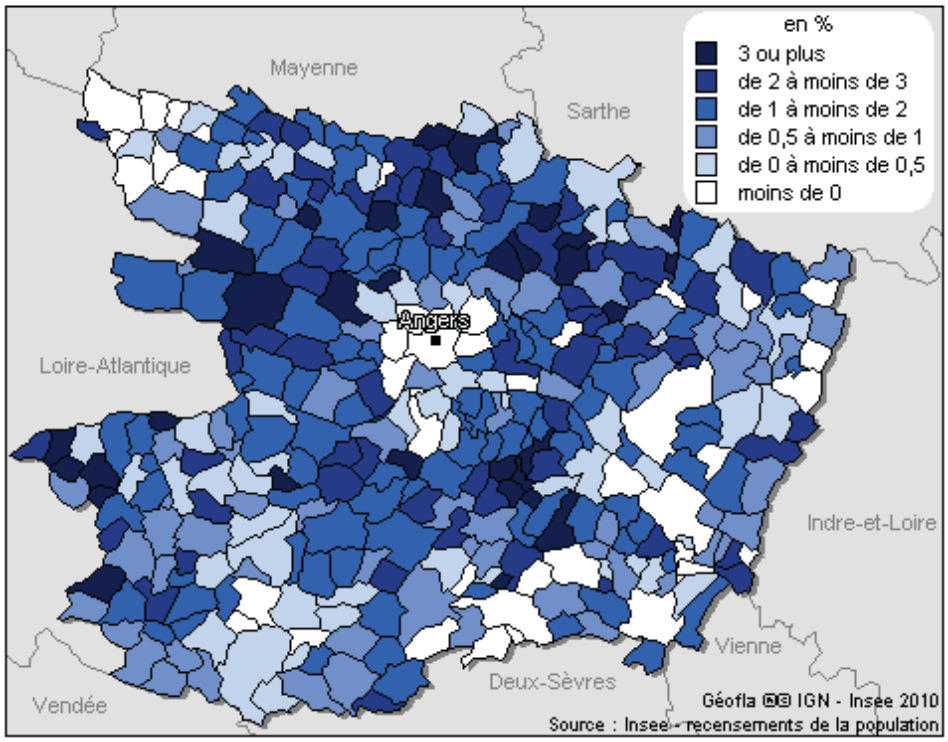
Données démographiques

Au 1er janvier 2007, le Maine-et-Loire compte 770 800 habitants, soit 22 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population du Maine-et-Loire a augmenté de 38 000 habitants, soit environ 4 700 personnes chaque année.

Depuis 1999, la population du Maine-et-Loire progresse chaque année de 0,6 %. Cette croissance est proche de celle enregistrée dans les départements limitrophes.

Cette croissance s'explique pour 80% par l'excédent des naissances sur les décès et pour 20% par l'excédent des arrivées sur les départs en Maine-et-Loire. Au sein de la région, c'est le département pour lequel le solde migratoire contribue le moins à la croissance de la population.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Maine-et-Loire entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Maine et Loire

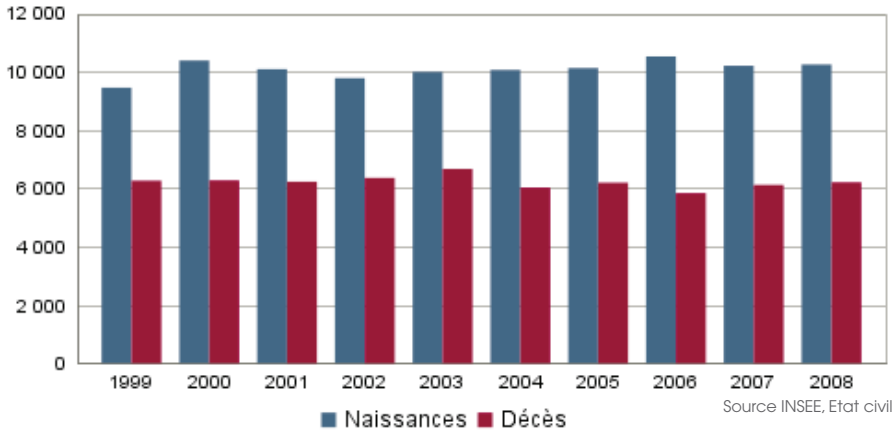
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Angers	151279	151108
Cholet	54204	54371
Saumur	29857	28113
Avrillé	12991	12538
Trélazé	11025	12030
Les Ponts-de-Cé	11387	11500

Répartition de la population en Maine et Loire par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**374 811**	**100,0**	**395 961**	**100,0**
0 à 14 ans	77 282	20,6	73 813	18,6
15 à 29 ans	76 164	20,3	75 462	19,1
30 à 44 ans	77 387	20,6	77 400	19,5
45 à 59 ans	74 753	19,9	76 789	19,4
60 à 74 ans	44 188	11,8	51 349	13,0
75 à 89 ans	23 429	6,3	36 488	9,2
90 ans ou plus	1 608	0,4	4 659	1,2
0 à 19 ans	104 248	27,8	100 261	25,3
20 à 64 ans	218 348	58,3	221 614	56,0
65 ans ou plus	52 215	13,9	74 085	18,7

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

Naissances et décès en Maine et Loire de 1999 à 2008



Source INSEE, Etat civil

Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	*dont + de 55 ans*		*équivalent temps plein*
		effectif	*part*	
Médecins généralistes	754	291	38,6%	
Médecins spécialistes	555	226	40,7%	
Masseurs-kiné	572	114	19,9%	
Infirmiers libéraux	465	95	20,4%	
Infirmiers salariés de CSI	140			104,4
Dentistes	380	128	33,7%	

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	MAINE ET LOIRE								Année de collecte			2008	
Statut	TOUS STATUTS								Nombre d'EJ ou ET interrogés			49	
01/09/2009	1 - ACTIVITE HOSPITALIERE												
	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
édecine	1 517	72 995	450 345	83,29	88	16 964	104 509	17 661		57		519	
irurgie	941	56 396	259 805	75,86	-	2 107		-	142	39 570			
ostétrique	280	16 030	75 070	73,17	13	3 820							
otal s. courte durée	2 738	145 421	785 220	79,65	101	22 891	104 509	17 661	142	39 627	-	519	
sychiatrie générale	582	8 130	185 843	87,24	409	56 148						110 963	34 620
sychiatrie infanto-juv.	19	415	1 907	27,42	114	11 735						41 588	3 504
oins de suite et réadaptation	1 093	10 258	331 416	83,28	63	16 237							
dont réa. fonctionnelle	154	1 118	42 425	75,27	63	16 237							
oins longue durée	321	186	106 747	90,86									
utres disciplines													
OTAL	**4 753**	**164 410**	**1 411 133**	**81,98**	**687**	**107 011**	**69 859**	**17 661**	**142**	**39 627**	**-**	**153 070**	**38 124**

- Suivi de POLITIQUES NATIONALES

ésence d'une équ.mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"	4
ombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé	17

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Eff total	Dt Eff. Tmp.part.	ETP Total	ETP Moy. rému.
Sages femmes	178	82	153,97	163,51
Pers. encadrement du pers. soignant	332	30	324,35	323,14
Infirmiers spécialisés	311	135	279,05	279,09
Infirmiers non spécialisés	3 420	1 162	3 112,30	3 304,49
Aides soignants	3 427	1 190	3 071,06	3 375,35
ASH	1 114	312	999,53	1 383,42
Psychologues	109	59	79,36	96,44
Personnels de rééducation	248	133	190,63	209,59
Total Services de Soins	**9 139**	**3 103**	**8 210,25**	**9 135,03**
Personnel de direction	101	20	89,43	87,60
Directeurs de soins infirmiers	14	3	12,92	12,58
Autres pers. administratifs	1 251	441	1 127,38	1 266,92
Pers. éducatifs et sociaux	125	55	103,53	118,47
- dont assistants de service social	67	35	54,54	62,08
Personnels pharmacie	80	29	71,39	80,90
Personnels laboratoire	236	81	218,04	250,45
Personnels radiologie	182	45	171,99	180,40
Autres personnels médico-techniques	21	3	20,06	20,37
Personnels techniques et ouvriers	1 300	221	1 187,76	1 368,17
Total Hors Services de Soins	**3 310**	**898**	**3 002,50**	**3 385,86**
Total personnel non médical salarié	**12 449**	**4 001**	**11 212,75**	**12 520,89**

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
édecine Générale	158	82	108,55	5	227
pécialités médicales	537	198	347,22	124	147
dt anesth. réanimateurs	82	7	73,35	46	1
pécialités chirurgicales	176	68	103,27	121	14
dt Gynéco.-obstét.	53	22	31,90	15	2
sychiatres	106	31	84,33	3	3
dontologistes	2	2	0,80		
harmaciens	61	26	47,50		1
utres	113	31	77,76	6	9
OTAL (hors internes)	1 153	438	769,43	259	401
ternes	319		319,00		
des salariés					

- Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
anner	7	50 530	
M	4	9 634	61
méra à scintillation	5	13 719	
mog./Cam.positons	2	1 982	
hotripteur	2	303	
hographes Doppler	9	22 009	425
otal salles d'imagerie	35	241 060	35 612
lle de coronarographie	2	2 380	294
lles dest. aux actes sous anest	131	91 631	
dt salles d'interv. Chirurgicales	95	95 670	3 682
es anesthésiques	22		
lles de surveillance postinterv.	29		
	-		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions		Nb. Interv.	
Chirurgie cardiaque	Admissions	1 081	Nb. CEC	632
Neurochirurgie	Admissions	1 187	Nb. Interv.	1 073
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	150 014	% hospit.	9,01
SMUR (générale et pédiatrique)	Nb sorties	4 945	dont primaires	3 977
SAMU	Nb appels	207 773	Nb affaires	107 488
Réanimation	Admissions	2 319	Nb pat ventilés	746
Obstétrique	Accouc.	11 035	- dt césar	2 122
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	1 635	- dt transf.	134
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	284	- dt transf.	61
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. mach.	36 227	Tot séan.	36 227
Chimiothérapies	Venues HJ	17 618	Pré.délivr.	53 512
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	50 595	Patients	336
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines	19	Patients	8
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	1 118	Venues	14 615

- Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre.
tes produits pour l'Ets	165 552 875	Lignes de com.	1 805 605
tes produits pour l'extérieur	10 000 210	Lits avec DJN	1 970

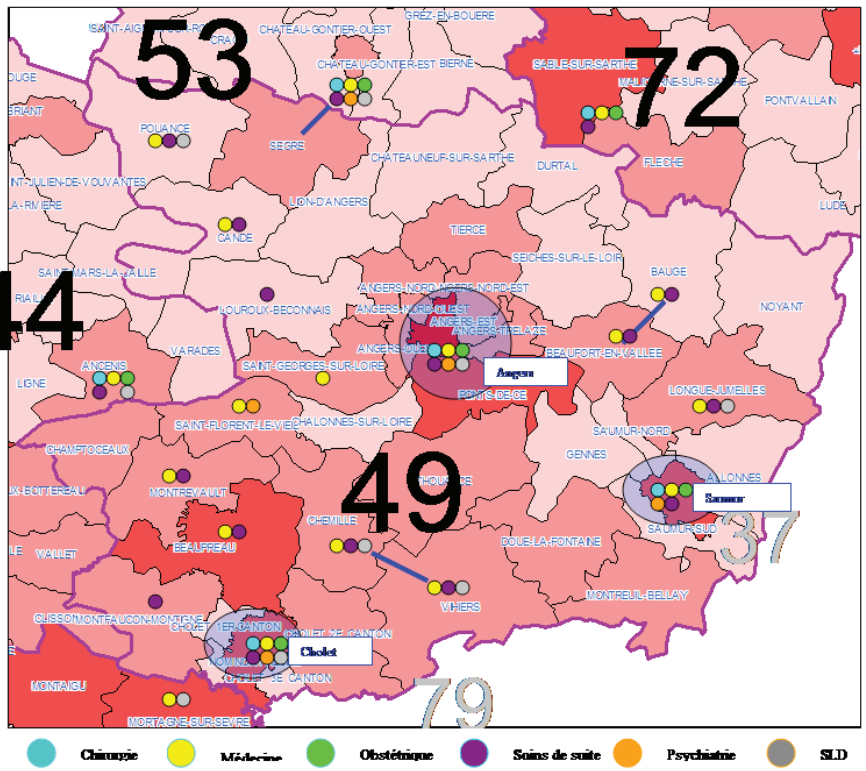
8 - Prélèvements d'Organes

Nbre. de sujets prélevés	28

9 - Interruptions de Grossesse

Nbre. total d'IVG	1 909
- dont IVG mode médicamenteux	782
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	56

Etablissement	C	M	O	P	S	L
Centre Psy Le Pin en Mauges				X		
CH Cholet	X	X	X	X	X	
CH Saumur	X	X	X	X	X	
CHS CESAME Ste Gemmes sur Loire				X		
CHU Angers	X	X	X		X	X
CL Anjou Angers	X	X	X			
CI Centre de la main Angers	X					
CI chirurgicale Loire Saumur	X					
CL Le Parc Cholet	X	X	X			
CI St Didier Avrillé				X		
CI St Joseph Trelaze	X	X			X	
CI St Leonard Trelaze	X	X				
CSS Anjou					X	
CSS Jean Jaures Cholet					X	
CSS Montfaucon Montigné					X	
ESPIC basse vision Angers					X	
ESPIC CRLCC Paul Papin Angers	X	X				
ESPIC CRRRF Angers					X	X
ESPIC CSS St Claude Trelazé					X	
ESPIC Le Chillon Louroux beconnais					X	
ESPIC Recollets Doue La Fontaine					X	
ESPIC St Martin Beaupreau		X			X	
HAD haut Bocage Cholet		X				
HAD Ouest Anjou Doue la fontaine		X			X	
HAD St Sauveur Angers		X				
HL beaugois Baugé		X			X	
HL Candé		X			X	
HL Chalonnes sur Loire		X			X	
HL Chaudron en mauges		X			X	
HL Chemille Vihiers		X			X	X
HL Doue la Fontaine		X			X	
HL longue jumelles		X			X	X
HL Martigné briand		X			X	
HL Mortagne sur Sevre		X				X
HL St Georges sur Loire		X				
HL St Nicolas Angers						X



PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.3 La Mayenne

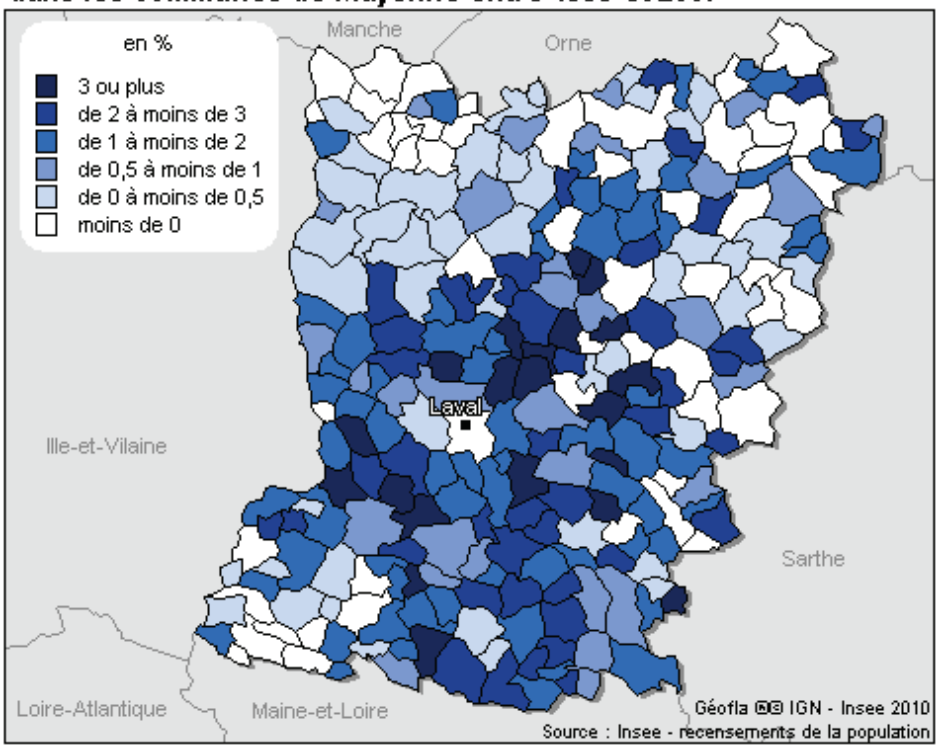
Données démographiques

Au 1er janvier 2007, la Mayenne compte 300 650 habitants, soit 9 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population de la Mayenne a gagné 15 500 habitants, soit environ 1 900 habitants supplémentaires chaque année.

Depuis 1999, la population de la Mayenne progresse de 0,6 % en moyenne chaque année. Cette croissance est proche de celle enregistrée dans les départements limitrophes.

Elle s'explique pour 70 % par l'excédent des naissances sur les décès et pour 30 % par l'excédent des arrivées sur les départs.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Mayenne entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Mayenne :

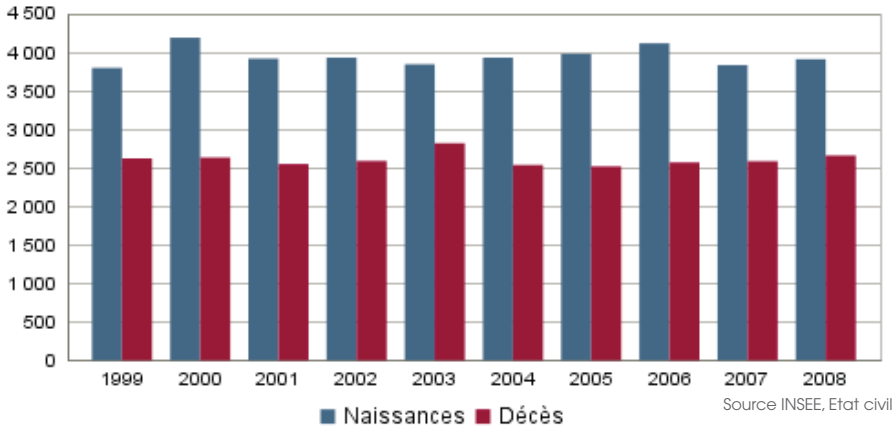
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Laval	50 947	50 613
Mayenne	13 724	13 555
Château-Gontier	11 137	11 181

Répartition de la population de Mayenne par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**148 137**	**100,0**	**152 504**	**100,0**
0 à 14 ans	30 499	20,6	29 109	19,1
15 à 29 ans	26 603	18,0	24 536	16,1
30 à 44 ans	30 850	20,8	29 355	19,2
45 à 59 ans	30 076	20,3	30 067	19,7
60 à 74 ans	18 898	12,8	21 234	13,9
75 à 89 ans	10 606	7,2	15 976	10,5
90 ans ou plus	606	0,4	2 228	1,5
0 à 19 ans	40 182	27,1	37 807	24,8
20 à 64 ans	84 795	57,2	82 337	54,0
65 ans ou plus	23 161	15,6	32 360	21,2

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

Naissance et décès en Mayenne de 1999 à 2008



Source INSEE, Etat civil

Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	*dont + de 55 ans*		*équivalent temps plein*
		effectif	*part*	
Médecins généralistes	227	101	44,5%	
Médecins spécialistes	157	81	51,6%	
Masseurs-kiné	140	33	23,6%	
Infirmiers libéraux	201	22	10,9%	
Infirmiers salariés de CSI	31			24,62
Dentistes	119	46	38,7%	

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	MAYENNE								Année de collecte			2008	
Statut	TOUS STATUTS								Nombre d'EJ ou ET interrogés			20	

01/09/2009

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
Médecine	522	25 713	171 873	90,33	17	3 572	31 869	6 961		0		0	
Chirurgie	284	18 506	71 772	69,68	-	0		-	33	9 199			
Obstétrique	91	5 068	22 126	66,43	1	611		0		0		0	
Total s. courte durée	897	49 287	265 771	81,38	18	4 183	31 869	6 961	33	9 199	-	0	
Psychiatrie générale	285	2 326	97 520	93,53	88	18 586		0				44 983	24 750
Psychiatrie infanto-juv.	10	431	2 331	63,69	23	5 095		0				37 264	7 387
Soins de suite et réadaptation	388	3 737	122 538	86,29	8	3 332		0				0	
- dont réa. fonctionnelle	62	505	17 429	76,81	8	3 332		0				0	
Soins longue durée	386	142	134 820	95,43				0					
Autres disciplines					0	0		0					
TOTAL	**1 966**	**55 923**	**622 980**	**86,79**	**137**	**31 196**	**24 667**	**6 961**	**33**	**9 199**	-	**82 247**	**32 137**

2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES

Présence d'une équ.mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"	4
Nombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé	6

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Eff total	Dt Eff. Tmp.part.	ETP Total	ETP Moy. rému.
Sages femmes	57	23	50,78	52,07
Pers. encadrement du pers. soignant	109	7	107,36	107,05
Infirmiers spécialisés	90	22	85,00	91,35
Infirmiers non spécialisés	1 244	447	1 146,42	1 243,25
Aides soignants	1 313	388	1 232,45	1 360,31
ASH	598	145	564,12	716,33
Psychologues	55	23	45,02	46,48
Personnels de rééducation	84	43	69,15	71,63
Total Services de Soins	**3 550**	**1 098**	**3 300,30**	**3 688,47**
Personnel de direction	30	3	28,11	27,65
Directeurs de soins infirmiers	5	0	5,00	4,19
Autres pers. administratifs	481	162	441,64	481,30
Pers. éducatifs et sociaux	44	16	38,68	39,83
- dont assistants de service social	25	10	22,19	24,75
Personnels pharmacie	47	13	44,61	49,53
Personnels laboratoire	52	19	48,44	52,82
Personnels radiologie	59	9	56,96	60,28
Autres personnels médico-techniques	1	0	1,00	1,00
Personnels techniques et ouvriers	595	73	574,73	627,95
Total Hors Services de Soins	**1 314**	**295**	**1 239,17**	**1 344,55**
Total personnel non médical salarié	**4 864**	**1 393**	**4 539,47**	**5 033,02**

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
Médecine Générale	91	45	68,05	2	56
Spécialités médicales	111	30	91,23	16	14
- dt anesth. réanimateurs	22	2	18,98	5	1
Spécialités chirurgicales	46	14	36,90	12	16
- dt Gynéco.-obstét.	14	1	13,50	2	
Psychiatres	34	15	25,60		4
Odontologistes	4	4	1,10		1
Pharmaciens	20	10	15,58		0
Autres	15	4	14,11		1
TOTAL (hors internes)	321	122	252,57	30	92
Internes	51		51,00		

(*) des salariés

5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
Scanner	3	19 284	
IRM			
Caméra à scintillation			
Tomog./Cam.positons			
Lithotripteur			
Echographes Doppler	6	12 463	8
Total salles d'imagerie	20	104 603	6 760
Salle de coronarographie	1	272	
Salles dest. aux actes sous anest	33	38 678	
- dt salles d'interv. Chirurgicales	26	26 883	456
Sites anesthésiques	10		
Salles de surveillance postinterv.	6		
-	-		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions		Nb. Interv.	
Chirurgie cardiaque	Admissions		Nb. CEC	
Neurochirurgie	Admissions		Nb. Interv.	
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	66 432	% hospit.	6,37
SMUR (générale et pédiatrique)	Nb sorties	2 785	dont primaires	2 368
SAMU	Nb appels	149 267	Nb affaires	55 580
Réanimation	Admissions	235	Nb pat ventilés	92
Obstétrique	Accouc.	3 605	- dt césar	607
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	381	- dt transf.	
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions		- dt transf.	
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. mach.	13 973	Tot séan.	
Chimiothérapies	Venues HJ	5 124	Pré.délivr.	14 286
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	12 342	Patients	82
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines		Patients	
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	505	Venues	168

7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B. ou P.	PHARMACIES	Nbre.
Actes produits pour l'Ets	30 975 328	Lignes de com.	416 435
Actes produits pour l'extérieur	124 860	Lits avec DJN	1 962

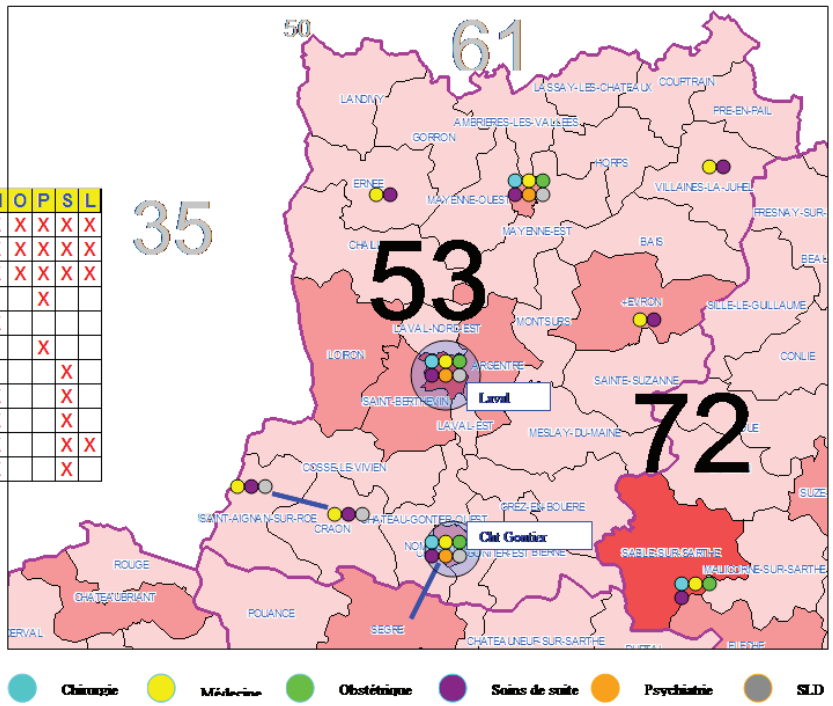
8 - Prélèvements d'Organes

Nbre. de sujets prélevés	5

9 - Interruptions de Grossesse

Nbre. total d'IVG	499
- dont IVG mode médicamenteux	193
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	8

Etablissement	C	M	O	P	S	L
CH haut Anjou (Cht Gontier, Segré, St Gemmes)	X	X	X	X	X	X
CH Laval	X	X	X	X	X	X
CH Mayenne	X	X	X	X	X	X
CHS SIH Mayenne Laval				X		
CI Le Maine Laval	X	X				
CI ND de Pritz Changé				X		
CSS La Bréhonnière Astillé					X	
HL Ernée		X			X	
HL Evron		X			X	
HL Sud mayennais (Craon renazé)		X			X	X
HL Villaines la Juhel		X			X	



PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.4 La Sarthe

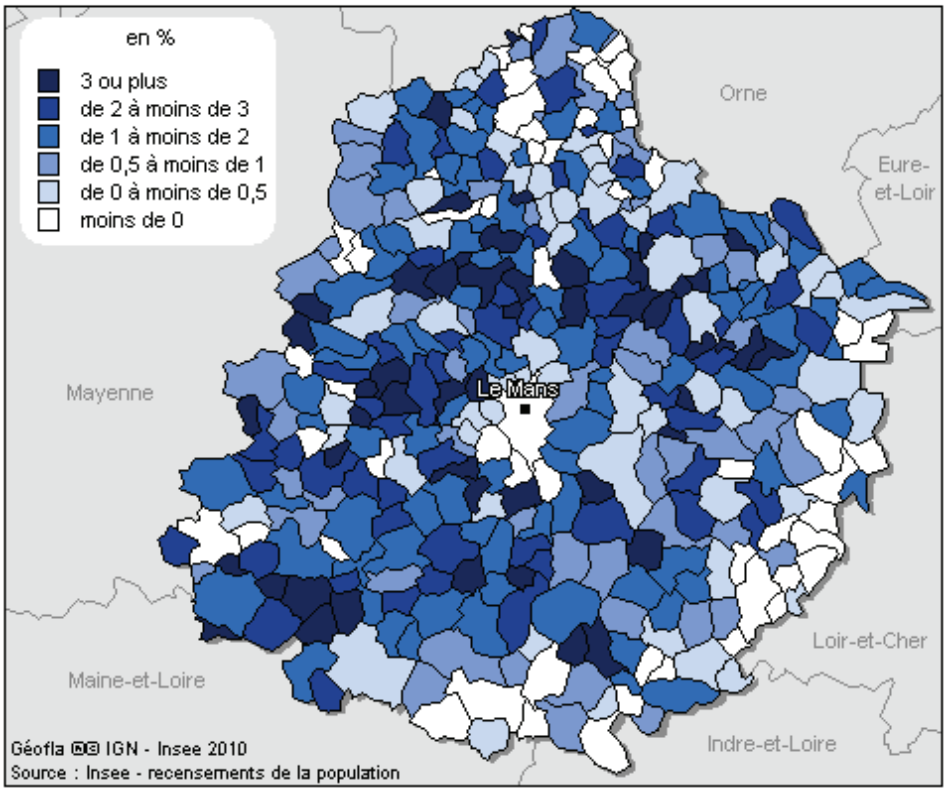
Données démographiques

Au 1er janvier 2007, la Sarthe compte 557 000 habitants, soit 16 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population de la Sarthe a gagné 27 000 habitants, soit environ 3 400 personnes supplémentaires chaque année.

Depuis 1999, la population de la Sarthe progresse chaque année de 0,6 %, rythme proche de ceux des départements limitrophes.

Cette croissance s'explique pour 45 % par l'excédent des arrivées sur les départs et pour 55 % par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Sarthe entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Sarthe :

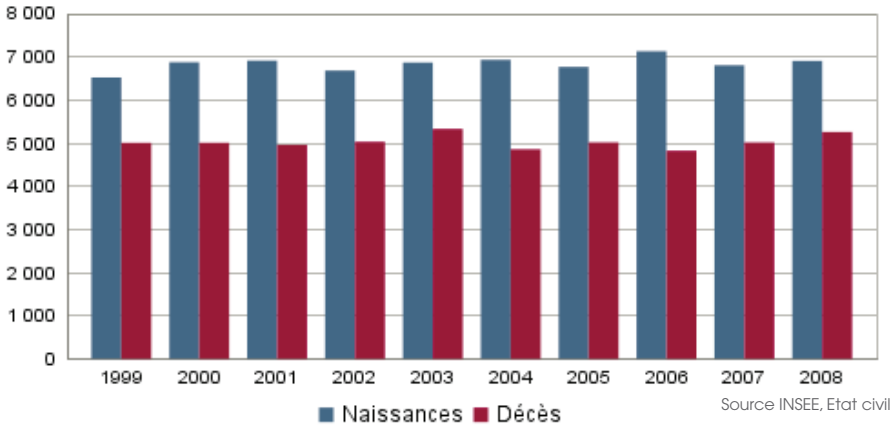
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Le Mans	146 105	144 164
La Flèche	15 241	15 258
Sablé-sur-Sarthe	12 716	12 579
Allonnes	12 332	11 152

Répartition de la population de la Sarthe par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**271 872**	**100,0**	**285 074**	**100,0**
0 à 14 ans	53 495	19,7	51 467	18,1
15 à 29 ans	50 392	18,5	47 869	16,8
30 à 44 ans	55 861	20,5	55 798	19,6
45 à 59 ans	56 504	20,8	56 861	19,9
60 à 74 ans	35 477	13,0	40 146	14,1
75 à 89 ans	18 955	7,0	29 025	10,2
90 ans ou plus	1 187	0,4	3 907	1,4
0 à 19 ans	71 540	26,3	68 642	24,1
20 à 64 ans	158 088	58,1	157 265	55,2
65 ans ou plus	42 244	15,5	59 167	20,8

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

Naissance et décès en Sarthe de 1999 à 2008



Source INSEE, Etat civil

Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	*dont + de 55 ans*		*équivalent temps plein*
		effectif	*part*	
Médecins généralistes	443	230	51,9%	
Médecins spécialistes	489	202	41,3%	
Masseurs-kiné	277	61	22,0%	
Infirmiers libéraux	270	50	18,5%	
Infirmiers salariés de CSI	18			14
Dentistes	220	77	35,0%	

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	SARTHE	Année de collecte	2008
Statut	TOUS STATUTS	Nombre d'EJ ou ET interrogés	29 (CH Mamers inclus)

01/09/2009

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
Médecine	1 132	54 471	342 232	84,51	70	6 112	114 218	8 587					
Chirurgie	658	41 329	171 953	72,02	-	34		-	101	25 435			
Obstétrique	191	10 926	48 579	68,97		1 319				4			
Total s. courte durée	1 981	106 726	562 764	78,63	70	7 465	114 218	8 587	101	25 439	-		
Psychiatrie générale	415	7 774	139 014	91,52	146	29 072						68 676	3 446
Psychiatrie infanto-juv.	10	218	2 064	56,39	48	2 553						17 919	85
Soins de suite et réadaptation	902	8 019	282 357	85,83	106	32 576							
- dont réa. fonctionnelle	184	1 204	54 983	81,64	106	32 573							
Soins longue durée	983	535	351 133	97,55									
Autres disciplines													
TOTAL	**4 291**	**123 272**	**1 337 332**	**85,74**	**370**	**71 666**	**92 405**	**8 587**	**101**	**25 439**	**-**	**86 595**	**3 531**

2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES

Présence d'une équ.mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"	3
Nombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé	8

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Eff total	Dt Eff. Tmp.part.	ETP Total	ETP Moy. rému.
Sages femmes	79	33	68,11	69,95
Pers. encadrement du pers. soignant	252	37	242,68	242,48
Infirmiers spécialisés	167	57	152,24	163,61
Infirmiers non spécialisés	2 427	792	2 201,36	2 298,37
Aides soignants	2 544	798	2 321,57	2 560,98
ASH	1 083	294	979,05	1 284,23
Psychologues	82	34	59,22	73,26
Personnels de rééducation	188	74	157,35	164,19
Total Services de Soins	**6 822**	**2 119**	**6 181,62**	**6 857,07**
Personnel de direction	63	11	57,67	60,20
Directeurs de soins infirmiers	10	0	10,00	8,40
Autres pers. administratifs	1 046	363	940,35	1 050,67
Pers. éducatifs et sociaux	120	61	100,57	110,07
- dont assistants de service social	57	34	46,38	47,62
Personnels pharmacie	76	22	67,34	77,63
Personnels laboratoire	111	42	101,98	116,24
Personnels radiologie	139	29	129,28	126,43
Autres personnels médico-techniques	32	7	29,21	30,29
Personnels techniques et ouvriers	1 011	134	962,47	1 069,02
Total Hors Services de Soins	**2 608**	**669**	**2 398,87**	**2 648,99**
Total personnel non médical salarié	**9 430**	**2 788**	**8 580,49**	**9 506,06**

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
Médecine Générale	136	54	111,61	4	8
Spécialités médicales	295	141	194,13	81	65
- dt anesth. réanimateurs	47	22	33,58	24	
Spécialités chirurgicales	127	74	71,55	85	4
- dt Gynéco.-obstét.	28	15	16,47	11	
Psychiatres	40	8	35,41	4	
Odontologistes	2	2	0,19		
Pharmaciens	46	26	33,34		
Autres	44	22	30,98	5	7
TOTAL (hors internes)	690	327	477,21	179	84
Internes	117		117,00		

(*) des salariés

5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
Scanner	5	18 620	
IRM	3	5 971	0
Caméra à scintillation	2	5 080	
Tomog./Cam.positons	1	856	
Lithotripteur			
Echographes Doppler	9	22 611	206
Total salles d'imagerie	27	141 096	17 278
Salle de coronarographie	1	2 587	67
Salles dest. aux actes sous anest	94	55 666	
- dt salles d'interv. Chirurgicales	61	51 496	216
Sites anesthésiques	18		
Salles de surveillance postinterv.	12		
-	-		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions		Nb. Interv.	
Chirurgie cardiaque	Admissions		Nb. CEC	
Neurochirurgie	Admissions		Nb. Interv.	
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	137 044	% hospit.	7,59
SMUR (générale et pédiatrique)	Nb sorties	3 794	dont primaires	2 839
SAMU	Nb appels	226 807	Nb affaires	67 834
Réanimation	Admissions	1 568	Nb pat ventilés	282
Obstétrique	Accouc.	6 677	- dt césar	1 309
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	983	- dt transf.	28
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	414	- dt transf.	29
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. mach.	73 062	Tot séan.	60 654
Chimiothérapies	Venues HJ	17 744	Pré.délivr.	38 044
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	36 508	Patients	253
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines		Patients	4
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	1 204	Venues	32 573

7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre.
Actes produits pour l'Ets	29 727 307	Lignes de com.	1 374 766
Actes produits pour l'extérieur	386 992	Lits avec DJN	633

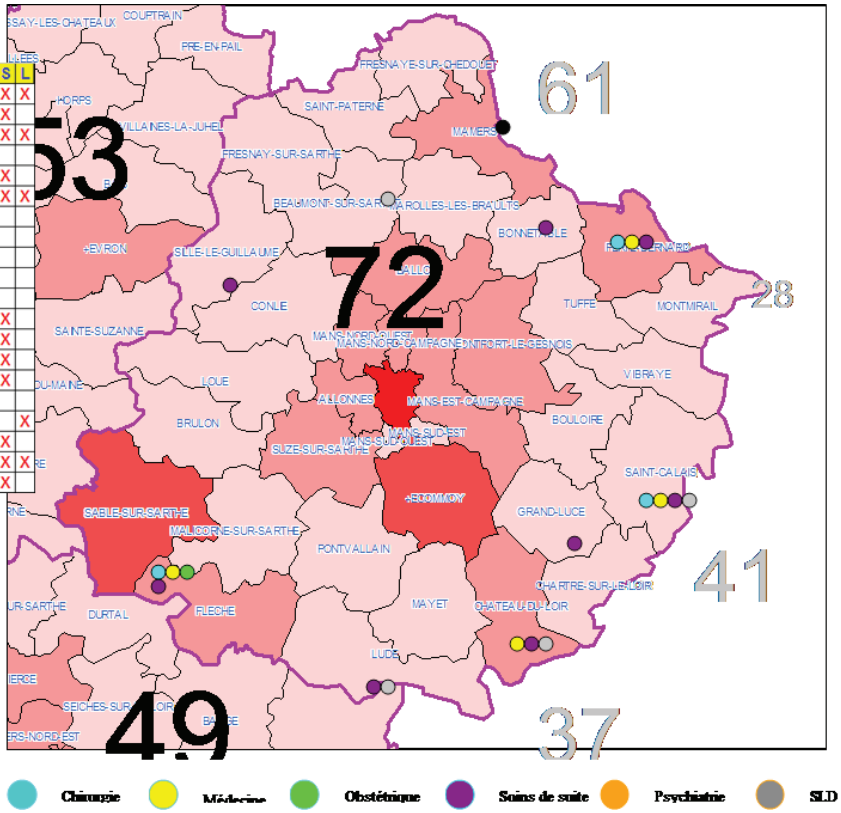
8 - Prélèvements d'Organes

Nbre. de sujets prélevés	8

9 - Interruptions de Grossesse

Nbre. total d'IVG	1 319
- dont IVG mode médicamenteux	400
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	58

Etablissement	C	M	O	P	S	L
Ch Château du Loir		X			X	X
Ch La Ferté Bernard	X	X			X	
CH Le Mans	X	X	X		X	X
Ch Mamers (dépend de Ch Alençon , Normandie)						
CH PSSL Sablé La Flèche Le Bailleuil	X	X	X		X	
Ch St Calais	X	X			X	X
CHS Allonnes				X		
CI Le Pré Pasteur Le Mans	X					
CI Le Tertre Rouge	X		X			
CI Pôle Santé Sud CMCM Le Mans	X	X		X		
CL Victor Hugo		X				
CSS Rougemont Le Mans					X	
ESPIC CM Georges Coulon Le Grand Lucé Le mans		X			X	
ESPIC CSS Arche St Saturnin					X	
ESPIC Gallouedec Le Mans Parigné l'Ev.					X	
HAD Sarthe Le Mans		X				
HL Beaumont sur Sarthe						X
HL Bonnétable					X	
HL Le Lude					X	X
HL Sille le Guillaume					X	



PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

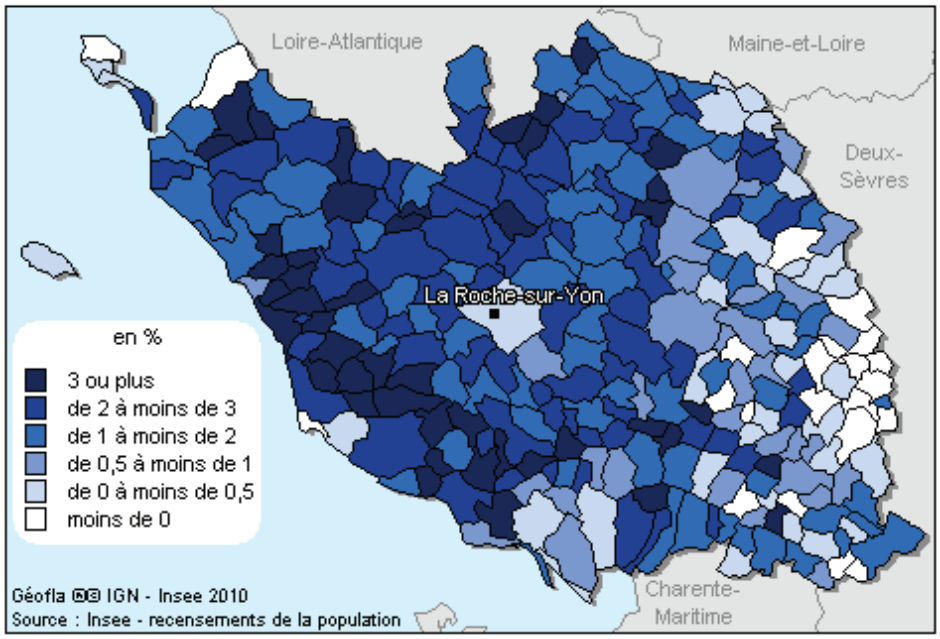
A.8.5 La Vendée

Données démographiques

Au 1er janvier 2007, la Vendée compte 607 500 habitants, soit 18 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la Vendée a gagné 68 000 habitants, soit environ 8 500 personnes chaque année.

Depuis 1999, la population de la Vendée progresse chaque année de 1,5 %, rythme le plus élevé des cinq départements de la région. La croissance s'explique pour près de 85 % par l'excédent des arrivées sur les départs en Vendée, 15 % s'expliquant par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Vendée entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Vendée

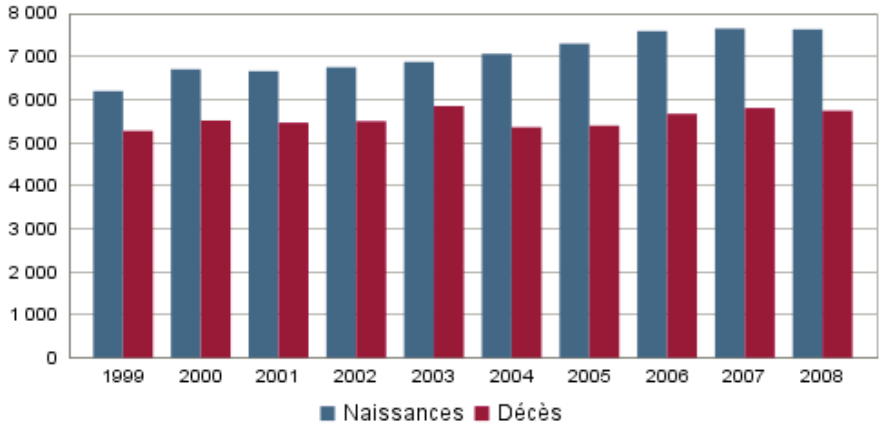
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
La Roche-sur-Yon	49262	51124
Challans	16132	18035
Les Sables-d'Olonne	15532	15433
Les Herbiers	13932	14893
Fontenay-le-Comte	13792	14464
Château-d'Olonne	12908	13319
Olonne-sur-Mer	10060	12510
Saint-Hilaire-de-Riez	8761	10248

Répartition de la population de Vendée par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**297 810**	**100,0**	**309 614**	**100,0**
0 à 14 ans	56 144	18,9	54 001	17,4
15 à 29 ans	51 624	17,3	47 917	15,5
30 à 44 ans	60 641	20,4	59 797	19,3
45 à 59 ans	62 377	20,9	62 499	20,2
60 à 74 ans	44 239	14,9	48 755	15,7
75 à 89 ans	21 731	7,3	32 794	10,6
90 ans ou plus	1 053	0,4	3 851	1,2
0 à 19 ans	74 537	25,0	70 913	22,9
20 à 64 ans	172 416	57,9	170 478	55,1
65 ans ou plus	50 858	17,1	68 224	22,0

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

Naissance et décès en Vendée de 1999 à 2008



Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	*dont + de 55 ans*		*équivalent temps plein*
		effectif	*part*	
Médecins généralistes	549	243	44,3%	
Médecins spécialistes	381	137	36,0%	
Masseurs-kiné	523	92	17,6%	
Infirmiers libéraux	400	60	15,0%	
Infirmiers salariés de CSI	139			109,02
Dentistes	304	98	32,2%	

PANORAMA STATISTIQUE
COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	VENDEE								Année de collecte			2008	
Statut	TOUS STATUTS								Nombre d'EJ ou ET interrogés			36	

01/09/2009

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
Médecine	794	48 070	253 666	89,31	48	5 731	58 960	25 860				1 246	
Chirurgie	458	31 605	128 027	76,82	-	1 053		-	79	20 160			
Obstétrique	160	10 842	40 781	72,83	8	1 194				262			
Total s. courte durée	1 412	90 517	422 474	83,38	56	7 978	58 960	25 860	79	20 422	-	1 246	
Psychiatrie générale	432	4 282	144 991	92,7	208	54 687						39 991	44 205
Psychiatrie infanto-juv.	38	283	6 857	49,3	113	20 347						24 508	2 551
Soins de suite et réadaptation	919	9 401	278 907	86,56	75	16 448							
- dont réa. fonctionnelle	347	3 151	96 197	77,79	68	15 730							
Soins longue durée	769	531	273 332	97,11									
Autres disciplines													
TOTAL	**3 570**	**105 014**	**1 126 561**	**88**	**452**	**99 460**	**40 212**	**25 860**	**79**	**20 422**	**-**	**65 745**	**46 756**

2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES

Présence d'une équ.mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"	5
Nombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé	6

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Eff total	Dt Eff. Tmp.part.	ETP Total	ETP Moy. rému.
Sages femmes	112	50	97,23	109,16
Pers. encadrement du pers. soignant	235	15	231,11	219,07
Infirmiers spécialisés	160	45	149,89	157,74
Infirmiers non spécialisés	2 051	775	1 863,98	2 102,38
Aides soignants	2 165	801	1 968,40	2 247,71
ASH	829	279	759,68	909,29
Psychologues	92	56	65,65	72,74
Personnels de rééducation	177	77	145,76	154,60
Total Services de Soins	**5 821**	**2 098**	**5 281,70**	**5 972,69**
Personnel de direction	61	9	57,79	56,00
Directeurs de soins infirmiers	7	0	7,00	5,82
Autres pers. administratifs	751	297	670,80	768,42
Pers. éducatifs et sociaux	126	48	113,11	117,70
- dont assistants de service social	32	17	26,42	31,20
Personnels pharmacie	59	23	53,83	63,50
Personnels laboratoire	89	37	81,86	85,68
Personnels radiologie	122	40	112,23	128,54
Autres personnels médico-techniques				16,17
Personnels techniques et ouvriers	869	141	824,17	933,81
Total Hors Services de Soins	**2 084**	**595**	**1 920,79**	**2 175,64**
Total personnel non médical salarié	**7 905**	**2 693**	**7 202,49**	**8 148,33**

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effec. tp part.(*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
Médecine Générale	171	66	127,33	2	51
Spécialités médicales	213	77	167,87	34	30
- dt anesth. réanimateurs	31	2	30,50	16	
Spécialités chirurgicales	74	24	55,89	50	11
- dt Gynéco.-obstét.	36	15	24,09	6	4
Psychiatres	51	9	44,06		
Odontologistes					
Pharmaciens	35	22	24,50		
Autres	44	19	32,64	3	3
TOTAL (hors internes)	588	217	452,29	89	95
Internes	114		114,00		

(*) des salariés

5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
Scanner	6	33 894	
IRM	2	4 388	
Caméra à scintillation	2	4 801	
Tomog./Cam.positons	0		
Lithotripteur	0		
Echographes Doppler	8	22 427	153
Total salles d'imagerie	26	157 126	21 209
Salle de coronarographie	1	1 090	
Salles dest. aux actes sous anest	65	54 665	
- dt salles d'interv. Chirurgicales	51	49 807	813
Sites anesthésiques	14		
Salles de surveillance postinterv.	18		
-	-		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

Traitements des grands brûlés	Admissions		Nb. Interv.	
Chirurgie cardiaque	Admissions		Nb. CEC	
Neurochirurgie	Admissions		Nb. Interv.	
Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	132 978	% hospit.	6,64
SMUR (générale et pédiatrique)	Nb sorties	5 832	dont primaires	4 839
SAMU	Nb appels		Nb affaires	108 278
Réanimation	Admissions	820	Nb pat ventilés	320
Obstétrique	Accouc.	6 222	- dt césar	1 152
Néonatologie et soins (niv. 2)	Admissions	423	- dt transf.	180
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions		- dt transf.	
Radiothérapie - Accélér. et Cobalt	pass. mach.	22 223	Tot séan.	21 443
Chimiothérapies	Venues HJ	6 048	Pré.délivr.	18 452
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	31 003	Patients	196
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines	110	Patients	5
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	2 723	Venues	12 021

7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre.
Actes produits pour l'Ets	49 155 231	Lignes de com.	2 374 250
Actes produits pour l'extérieur	4 532 705	Lits avec DJN	2 080

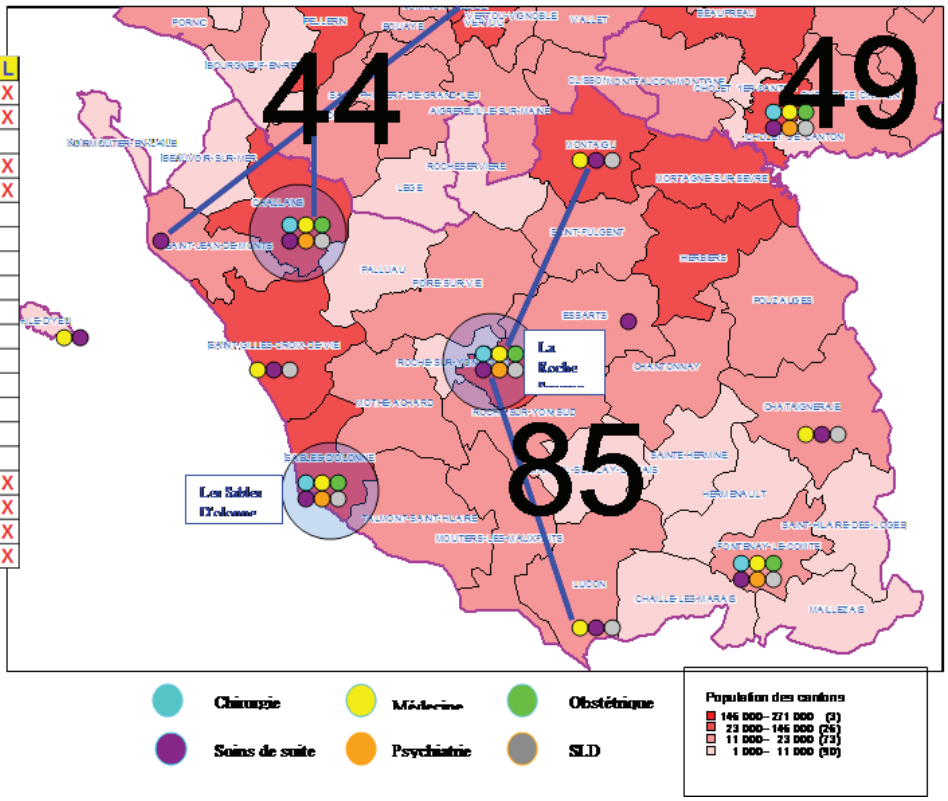
8 - Prélèvements d'Organes

Nbre. de sujets prélevés	10

9 - Interruptions de Grossesse

Nbre. total d'IVG	1 032
- dont IVG mode médicamenteux	581
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	19

ement	C	M	O	P	S	L
igu	X	X	X		X	X
d'Olonne	X	X	X		X	X
		X	X	X	X	
ns)	X	X	X	X	X	X
Roche				X		X
ir mer	X					
	X	X	X		X	
Comte	X					
e, Les Sables)					X	
rts					X	
F Le Comote,)				X		
					X	
ts Nantes					X	
de Vie					X	
		X				
		X			X	
		X			X	X
						X
						X
		X			X	X



ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE 686

- La mortalité générale en Loire-Atlantique 686
- La mortalité prématurée en Loire-Atlantique 688
- Les admissions en affection de longue durée en Loire-Atlantique 690
- Les cancers en Loire-Atlantique 692
- Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Loire-Atlantique 694
- Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Loire-Atlantique 696
- Les maladies de l'appareil circulatoire en Loire-Atlantique 698
- Le diabète en Loire-Atlantique 699
- La mortalité liée a la consommation excessive d'alcool en Loire-Atlantique 700
- Les suicides en Loire-Atlantique 702
- Les décès par accident de la circulation en Loire-Atlantique 704
- Les décès par chute après 65 ans en Loire-Atlantique 705
- Méthodologie 706

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE 708

- La mortalité générale en Maine-et-Loire 708
- La mortalité prématurée en Maine-et-Loire 710
- Les admissions en affection de longue durée en Maine-et-Loire 712
- Les cancers en Maine-et-Loire 714
- Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Maine-et-Loire 716
- Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Maine-et-Loire 718
- Les maladies de l'appareil circulatoire en Maine-et-Loire 720
- Le diabète en Maine-et-Loire 721
- La mortalité liée a la consommation excessive d'alcool en Maine-et-Loire 722
- Les suicides en Maine-et-Loire 724
- Les décès par accident de la circulation en Maine-et-Loire 726
- Les décès par chute après 65 ans en Maine-et-Loire 727
- Méthodologie 728

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE 730

- La mortalité générale en Mayenne 730
- La mortalité prématurée en Mayenne 732
- Les admissions en affection de longue durée en Mayenne 734
- Les cancers en Mayenne 736
- Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Mayenne 738
- Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Mayenne 740

- Les maladies de l'appareil circulatoire en Mayenne 742
- Le diabète en Mayenne 743
- La mortalité liée a la consommation excessive d'alcool en Mayenne 744
- Les suicides en Mayenne 746
- Les décès par accident de la circulation en Mayenne 748
- Les décès par chute après 65 ans en Mayenne 749
- Méthodologie 750

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE 752

- La mortalité générale en Sarthe 752
- La mortalité prématurée en Sarthe 754
- Les admissions en affection de longue durée en Sarthe 756
- Les cancers en Sarthe 758
- Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Sarthe 760
- Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Sarthe 762
- Les maladies de l'appareil circulatoire en Sarthe 764
- Le diabète en Sarthe 765
- La mortalité liée a la consommation excessive d'alcool en Sarthe 766
- Les suicides en Sarthe 768
- Les décès par accident de la circulation en Sarthe 770
- Les décès par chute après 65 ans en Sarthe 771
- Méthodologie 772

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE 774

- La mortalité générale en Vendée 774
- La mortalité prématurée en Vendée 776
- Les admissions en affection de longue durée en Vendée 778
- Les cancers en Vendée 780
- Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Vendée 782
- Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Vendée 784
- Les maladies de l'appareil circulatoire en Vendée 786
- Le diabète en Vendée 787
- La mortalité liée a la consommation excessive d'alcool en Vendée 788
- Les suicides en Vendée 790
- Les décès par accident de la circulation en Vendée 792
- Les décès par chute après 65 ans en Vendée 793
- Méthodologie 794

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

La Loire-Atlantique présente une mortalité générale et une mortalité prématurée supérieures à la moyenne régionale chez les hommes, et proches de cette moyenne chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également légèrement plus fréquentes chez les hommes.

Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers (en particulier de cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et du sein), de maladies cardiovasculaires avant l'âge de 65 ans, de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La situation relative de la Loire-Atlantique au sein de la région apparaît par contre plutôt favorable en matière de diabète, de suicide, de décès par accident de la circulation.

L'analyse de ces données au niveau des dix territoires met en évidence des situations particulièrement contrastées, avec de façon globale, une situation plus défavorable dans les territoires situés au Nord et à l'Ouest du département.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Loire-Atlantique, à partir d'une analyse des données de mortalité, d'admissions en affection de longue durée (ALD) et d'incidence des cancers.

La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire.

Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

Une mortalité générale en baisse

En Loire-Atlantique comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 29 % chez les hommes (- 25 % en Pays de la Loire) et de 26 % chez les femmes (- 23 %) (fig1).

Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire(- 36 %) et les cancers (- 22 %).

Une mortalité générale supérieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

La baisse de la mortalité a été plus marquée en Loire-Atlantique que dans l'ensemble des Pays de la Loire, permettant au département de réduire son écart avec la moyenne régionale. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des hommes du département, qui était supérieure de 10 % à la moyenne régionale au début des années 1990, ne la dépasse plus que de 4 % sur la période récente. La mortalité féminine, supérieure de 4 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne (fig1).

Des disparités territoriales importantes

Dans huit des dix territoires du département, la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale (+31% sur Redon-Pontchâteau-St Gildas). La métropole nantaise est le seul territoire qui présente une sous-mortalité.

Enfin, le territoire de Divatte-Sèvre-Clisson connaît une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

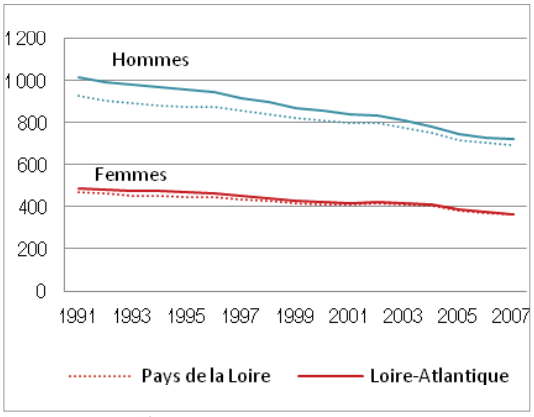
Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

Comme en France et dans la région, les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des habitants de la Loire-Atlantique.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

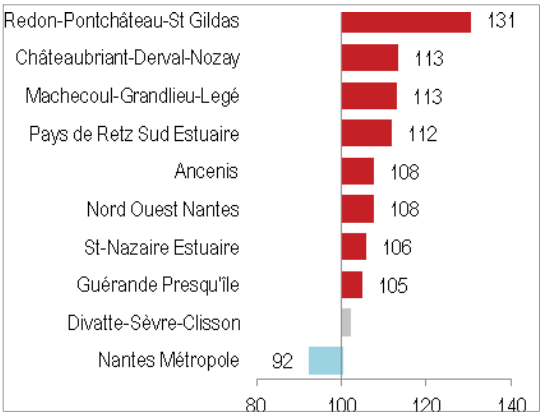
La mortalité due aux pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* occupe une place non négligeable dans la mortalité des habitants de la Loire-Atlantique. 3,9 % des décès masculins et 1,3 % des décès féminins sont en effet provoqués par ces affections (fig3).

Fig1. Evolution du taux standardisé de mortalité générale



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Loire-Atlantique

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 724	34,9	1 123	24,6
dont : - poumon	358	7,2	107	2,3
- côlon - rectum	164	3,3	155	3,4
- VADS, œsophage	168	3,4	32	0,7
- sein	4	0,1	221	4,8
- prostate	166	3,4	-	-
Maladies appareil circulatoire	1 236	25,0	1 425	31,2
dont : - cardio. ischémiques	405	8,2	331	7,2
- mal. vascul. cérébrales	264	5,3	368	8,1
Traumatismes et empoisonnements	456	9,2	283	6,2
dont : - accidents vie courante	199	4,0	186	4,1
- suicides	171	3,5	58	1,3
- accidents circulation	63	1,3	21	0,5
Maladies appareil respiratoire	269	5,4	264	5,8
Pathologies liées à l'alcool*	193	3,9	59	1,3
Sida	6	0,1	2	0,1
Autres causes	1 054	21,5	1 416	30,8
Toutes causes	4 938	100,0	4 572	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS
* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Une mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

- 2 140 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique, entre 2004 et 2008 (fig4).
- Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (31 %) que chez les femmes (14 %).
- Comme la mortalité générale, la mortalité prématurée en Loire-Atlantique est supérieure à la moyenne régionale pour les hommes (+ 5 %), et est proche de cette moyenne pour les femmes.

Cette surmortalité masculine résulte principalement d'une surmortalité par cancer et maladies cardio-vasculaires chez les hommes de moins de 65 ans du département.

Une mortalité prématurée évitable proche de la moyenne régionale

- Environ 750 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et près de 80 % concernent des hommes..
- En Loire-Atlantique, la mortalité prématurée évitable est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une mortalité prématurée inférieure à la moyenne…

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée est significativement inférieure dans les territoires Divatte-Sèvre-Clisson (- 17 %), Nord Ouest Nantes (- 11 %), et Nantes Métropole (- 4 %) (fig5).

… peu différente de cette moyenne…

La mortalité prématurée des habitants des territoires d'Ancenis et de Machecoul-Grandlieu-Legé est proche de la moyenne régionale.

… et supérieure

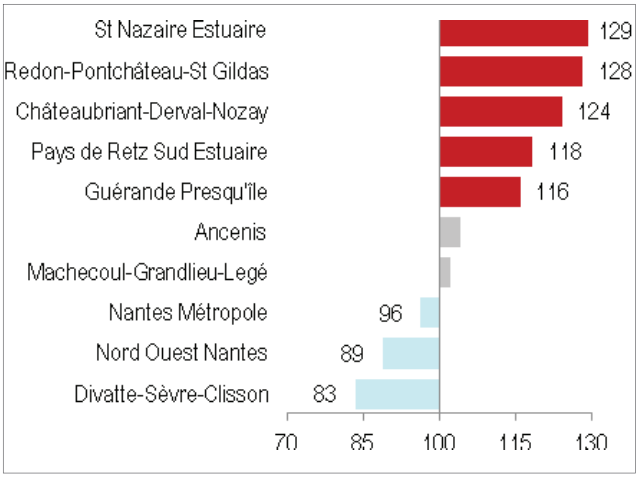
- En revanche, la mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans les territoires de St Nazaire Estuaire (+ 29 %), Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 28 %), Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 24 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 18 %),Guérande Presqu'île (+ 16 %).
- Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Ancenis	93	356	449	21 %
Châteaubriant-Derval-Nozay	112	401	513	22 %
Divatte Sèvre Clisson	119	463	582	20 %
Guérande Presqu'île	141	588	729	19 %
Machecoul Grandlieu Legé	98	378	476	21 %
Nantes Métropole	917	2 919	3 836	24 %
Nord Ouest Nantes	142	507	649	22 %
Pays de Retz Sud Estuaire	149	554	703	21 %
Redon-Pontchâteau-St Gildas	105	417	522	20 %
St Nazaire Estuaire	265	786	1 051	25 %
Loire-Atlantique	2 142	7 368	9 510	23 %

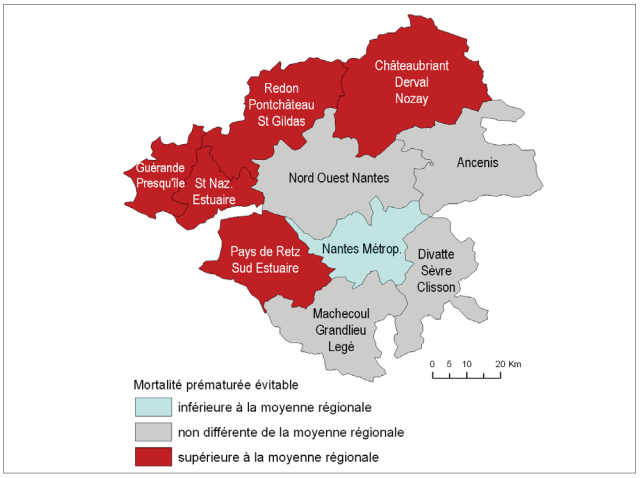
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

- Environ 22 900 personnes résidant en Loire-Atlantique ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).
- Les maladies cardiovasculaires (33 %), les cancers (27 %) et le diabète (13 %) sont à l'origine de 73 % des admissions en ALD30 dans la population de la Loire- Atlantique (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

Une fréquence des admissions en ALD légèrement supérieure à la moyenne régionale

- Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est légèrement supérieure en Loire- Atlantique (+ 1 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.
- Ce constat est lié notamment à une fréquence plus élevée des admissions pour cancers (+ 3 %), affections psychiatriques (+ 3 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (+ 8 %), maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (+ 9 %), insuffisance respiratoire chronique grave (+14 %). Par contre, la fréquence des admissions pour diabète est inférieure de 6 % à la moyenne régionale. Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est proche de cette moyenne.

Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une fréquence d'admission supérieure à la moyenne régionale…

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement supérieure dans les territoires de St Nazaire Estuaire (+ 22 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 13 %), Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 8 %), Machecoul-GrandLieu-Legé (+ 7 %), et Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 7 %) (fig8).

… peu différente de cette moyenne…

La fréquence des admissions en ALD30 des habitants des territoires de Guérande Presqu'île et du Nord Ouest Nantes est proche de la moyenne régionale.

... et inférieure à moyenne

En revanche, la fréquence de ces admissions est significativement inférieure à la moyenne régionale dans les territoires de Divatte-Sèvre-Clisson (- 9 %), Ancenis (- 5 %) et Nantes Métropole (- 4 %).

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Loire-Atlantique (2007-2009)

n° ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	7	53	333	359	752
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	2	4	20	27	54
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiq.	1	31	580	380	992
5 - Insuffisance cardiaque, tbles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	50	79	731	1 145	2 005
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	84	275	39	400
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un trait. prolongé, infection VIH	21	67	39	1	128
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	36	268	2 214	571	3 088
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	68	125	158	56	407
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8	6	3	1	18
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	8	19	31	8	67
12 - Hypertension artérielle sévère	2	53	1 061	764	1 880
13 - Maladie coronaire	1	111	1 259	627	1 998
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	45	52	298	198	592
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	144	937	1 081
16 - Maladie de Parkinson	0	2	107	158	267
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	18	38	73	9	138
18 - Mucoviscidose	5	2	0	0	7
19 - Néphropathie chroniq. grave et syndrome néphrotiq. primitif	13	33	104	111	261
20 - Paraplégie	3	15	22	8	47
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	3	24	35	13	74
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12	62	185	50	309
23 - Affections psychiatriques de longue durée	185	677	664	153	1 679
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	6	109	50	7	172
25 - Sclérose en plaques	0	58	35	1	94
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	33	13	1	0	46
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	74	47	3	124
28 - Suites de transplantation d'organe	1	1	6	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	4	34	22	9	69
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	36	492	4 077	1 571	6 176
Total	568	2 587	12 572	7 207	22 934

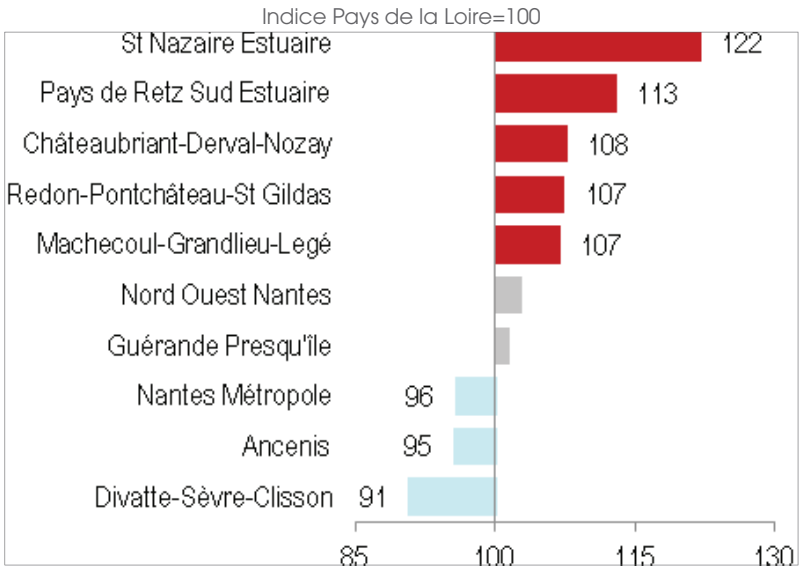
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

>>>

Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

7 000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année

7 050 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Loire-Atlantique entre 2006 et 2008, selon le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée.

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (6 000 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (2 850 décès annuels) (fig9).

Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (360 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (220 décès annuels) (fig9).

Les cancers, plus fréquents en Loire-Atlantique qu'au niveau régional

Globalement, la fréquence des cancers en Loire-Atlantique et la mortalité liée à ces affections sont supérieures à la moyenne régionale.

Chez les hommes, les taux d'incidence mesurés par le Registre des cancers, les taux d'admissions en ALD et les taux de mortalité sont ainsi supérieurs à la moyenne régionale de respectivement 14 %, 5 % et 5 %.

Chez les femmes, les taux d'incidence et d'admissions en ALD sont également supérieurs à la moyenne de respectivement 13 % et 3 %. La mortalité par cancer des femmes du département n'est par contre pas différente de la moyenne régionale.

Les données du Registre des cancers montrent que cette situation défavorable du département par rapport à la région est notamment liée à une incidence plus élevée des cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, du rein, de la vessie et du système nerveux central, du mélanome de la peau et de certaines hémopathies malignes pour les deux sexes, ainsi que du cancer du sein et du côlon-rectum chez les femmes.

Une situation épidémiologique défavorable à l'Ouest du département

La mortalité par cancer est supérieure à la moyenne régionale dans les quatre territoires de l'Ouest du département : Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 18 %), Guérande Presqu'île (+ 10 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 8 %) et St Nazaire Estuaire (+ 6 %) (fig10).

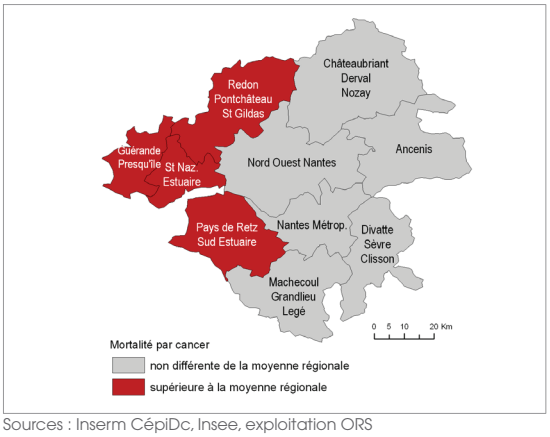
L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les trois derniers de ces territoires (fig11).

Fig9. Nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués, d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Loire-Atlantique

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	1 169	-	1 067	-	166	-
Sein	14	1 110	13	1 201	4	221
Côlon-rectum	415	355	346	292	164	155
Poumon	445	136	321	102	358	107
VADS, œsophage	403	79	330	62	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	147	105	116	91	48	43
Mélanome de la peau	113	138	84	106	20	19
Foie	184	31	125	24	175	39
Rein	131	70	106	62	47	22
Vessie	142	37	166	40	49	20
Leucémie	83	62	100	76	56	41
Pancréas	76	65	59	50	72	67
Thyroïde	36	103	28	90	2	4
Estomac	83	41	59	36	60	34
Corps utérus	-	97	-	145	-	49
Col utérus	-	48				
Ovaire	-	91	-	79	-	63
Autres	645	400	354	324	335	207
Total	4 086	2 968	3 274	2 780	1 724	1 123

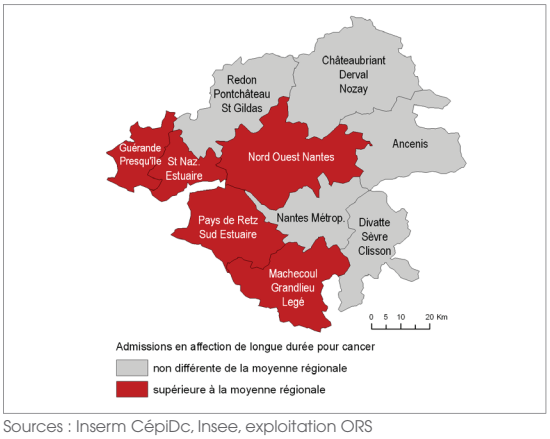
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Le cancer du poumon, plus fréquent en Loire-Atlantique…

- Les taux d'incidence du cancer du poumon mesurés par le Registre des cancers, sont nettement supérieurs à la moyenne régionale, avec des écarts qui atteignent 15 % chez les hommes et 33 % chez les femmes sur la période 2006-2008.
- Enfin, la mortalité par cancer du poumon n'est significativement pas différente de la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes.

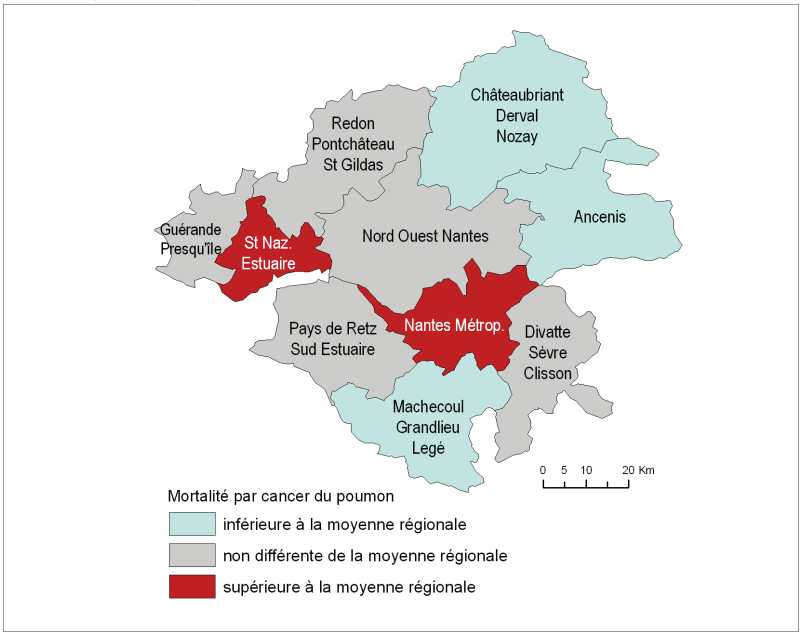
… et en particulier dans les territoires les plus urbanisés

- A structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : St Nazaire Estuaire et Nantes Métropole (fig12).
- A l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans trois territoires :
  - Châteaubriant-Derval-Nozay,
  - Machecoul-Grandlieu-Legé,
  - et Ancenis.
- L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les deux territoires de St Nazaire Estuaire et Nantes Métropole

Une fréquence également élevée des cancers des voies aérodigestives supérieures

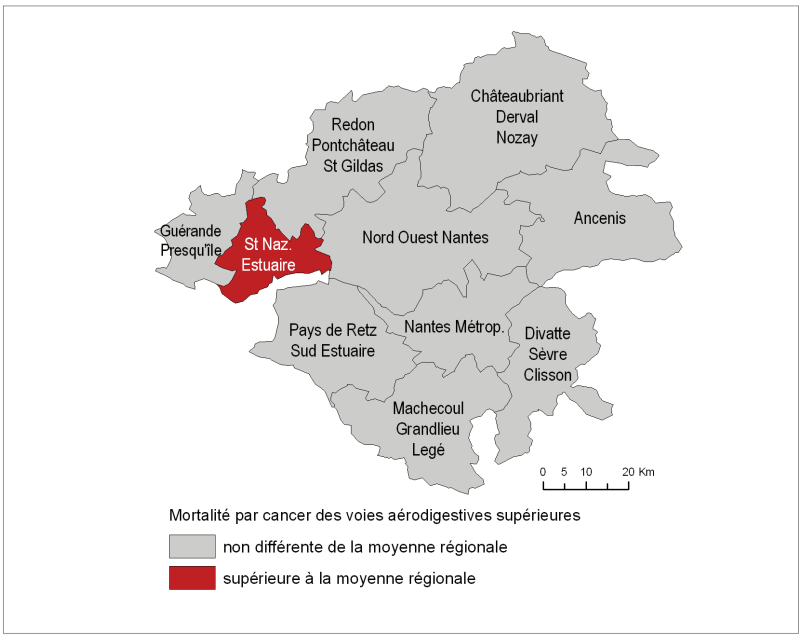
- Les taux d'admissions en ALD ainsi que les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants de la Loire-Atlantique sont significativement supérieurs à la moyenne régionale, de respectivement 11 % et 9 %. Ce constat défavorable est confirmé par les données du Registre des cancers.
- L'analyse infra-départementale montre qu'un seul territoire, celui de St Nazaire Estuaire, présente un taux d'admissions en ALD et un taux de mortalité pour les cancers des VADS significativement supérieurs à la moyenne régionale (respectivement + 58 % et + 41 %) (fig13).
- Mais la situation apparaît également défavorable dans quatre autres territoires, qui présentent des taux d'admissions en ALD et de mortalité élevés bien que ces taux soient non statistiquement différents de la moyenne régionale. Il s'agit des territoires de :
  - Redon-Pontchâteau-St Gildas,
  - Châteaubriant-Derval-Nozay,
  - Guérande Presqu'île,
  - et Pays de Retz Sud Estuaire.

Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale.

Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

Une incidence du cancer du sein supérieure à la moyenne régionale en Loire-Atlantique…

Le taux d'incidence du cancer du sein, mesuré par le Registre des cancers, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cette affection, sont supérieurs de respectivement 8 % et 6 % à la moyenne régionale.

Par contre, la mortalité n'est pas différente de cette moyenne sur la période 2004-2008.

… et deux territoires avec une forte surmortalité

La mortalité par cancer du sein est nettement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires : Divatte-Sèvre-Clisson (+ 31 %) et Châteaubriant-Derval- Nozay (+ 27 %) (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1996 en Loire-Atlantique. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 65 % sur la période 2009-2010. Ce taux est proche à la moyenne régionale (64 %), et supérieur à la moyenne nationale (52 %).

Cancer du côlon-rectum : une situation assez proche de la moyenne régionale dans le département…

Globalement, la fréquence des admissions en ALD et la mortalité pour les cancers colorectaux parmi les habitants de la Loire-Atlantique ne sont pas statistiquement différentes de la moyenne régionale.

Il convient de noter, toutefois, que le taux féminin d'incidence de ce cancer, mesuré par le Registre des tumeurs, est supérieur à la moyenne régionale sur la période 2006-2008 (+ 8 %).

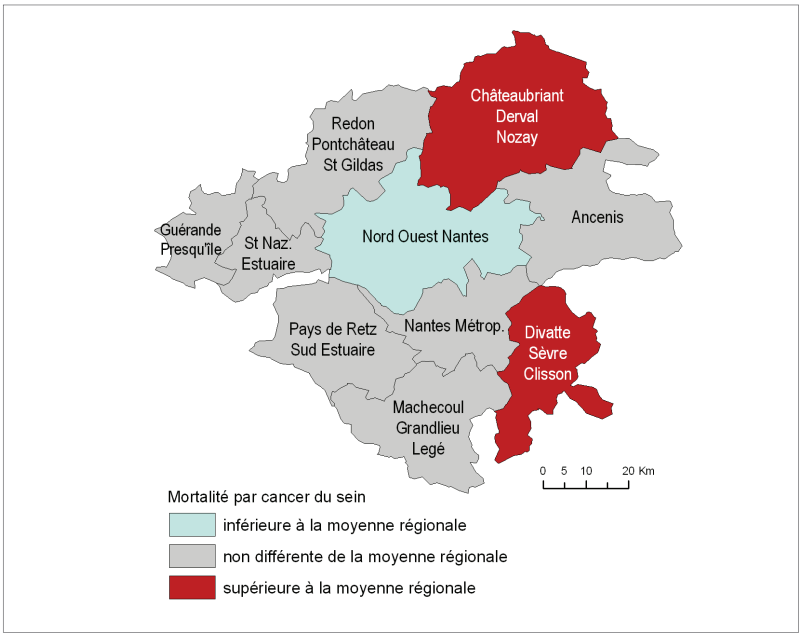
… et dans la plupart des territoires

Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à l'exception de celui de Nantes Métropole où une sous-mortalité pour ce cancer est observée (- 10 %) (fig15).

L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD ne montre aucune différence entre les territoires du département et la région.

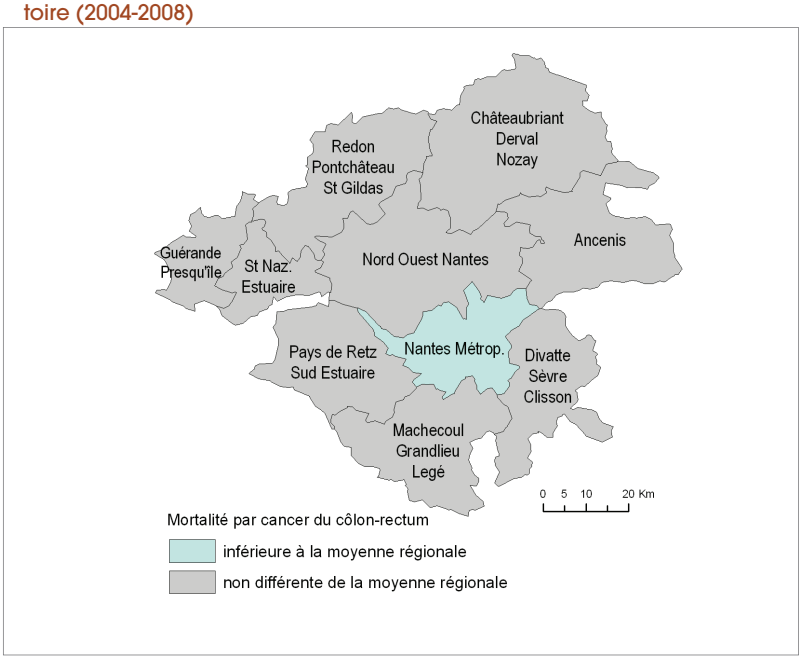
Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1996 en Loire-Atlantique. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépisLe dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Loire-Atlantique. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 46 % sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne régionale (43 %) et nationale (34 %).

Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008))



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

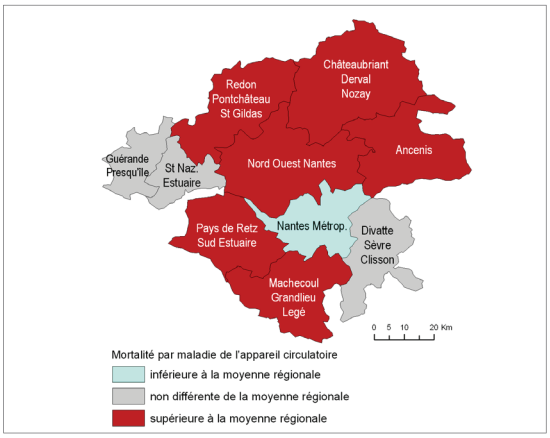
Une mortalité cardiovasculaire en Loire-Atlantique légèrement supérieure à la moyenne régionale

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (7 350 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (2 660 décès annuels, dont 255 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département dépasse de 3 % la moyenne régionale. Cet écart est un peu plus marqué (+ 6 %) pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, c'est-à-dire pour les décès qui surviennent avant 65 ans.
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans le département est, par contre, très proche de la moyenne régionale.

Une mortalité cardiovasculaire avant 65 ans élevée dans certains territoires

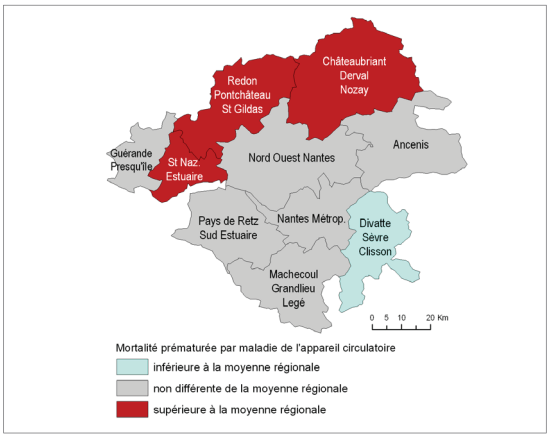
- Trois territoires du département connaissent une forte mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires : St Nazaire Estuaire (+ 37 %), Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 35 %), et Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 30 %) (fig17). Ces résultats sont cohérents avec les données d'ALD30 qui montrent une plus grande fréquence de ces admissions dans ces territoires.
- Par ailleurs, les deux territoires de Pays de Retz Sud Estuaire et de Machecoul-Grandlieu-Legé présentent un taux élevé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires.

Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN LOIRE-ATLANTIQUE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

Des admissions en ALD pour diabète moins fréquentes qu'au niveau régional

Le diabète a été à l'origine en moyenne de 3 100 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 13 % du nombre total d'admissions en ALD30.

Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est inférieur de 6 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

Cette moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvés dans deux territoires du département : Guérande Presqu'île et Nantes Métropole. En revanche, le territoire de Pays de Retz Sud Estuaire présente un taux d'admissions en ALD pour diabète supérieur à la moyenne régionale.

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN LOIRE - ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée directement à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité supérieure de 10 % à la moyenne régionale 250 décès

- 250 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (77 %) concernent des hommes (fig18).
- La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Loire-Atlantique est supérieure de 10 % à la moyenne régionale (+ 10 % pour les hommes ; + 14 % pour les femmes).

Trois territoires particulièrement touchés

- Trois territoires présentent une mortalité significativement supérieure à la moyenne régionale (fig19) :
  - St Nazaire Estuaire (+ 51 %),
  - Pays de Retz Estuaire (+ 45 %),
  - Machecoul-Grandlieu-Legé (+ 32 %).
- Dans deux autres territoires (Châteaubriant-Derval-Nozay et Guérande Presqu'île), on constate également une mortalité supérieure d'environ 20 % à la moyenne régionale. Mais ces écarts ne sont pas suffisants pour être statistiquement significatifs.

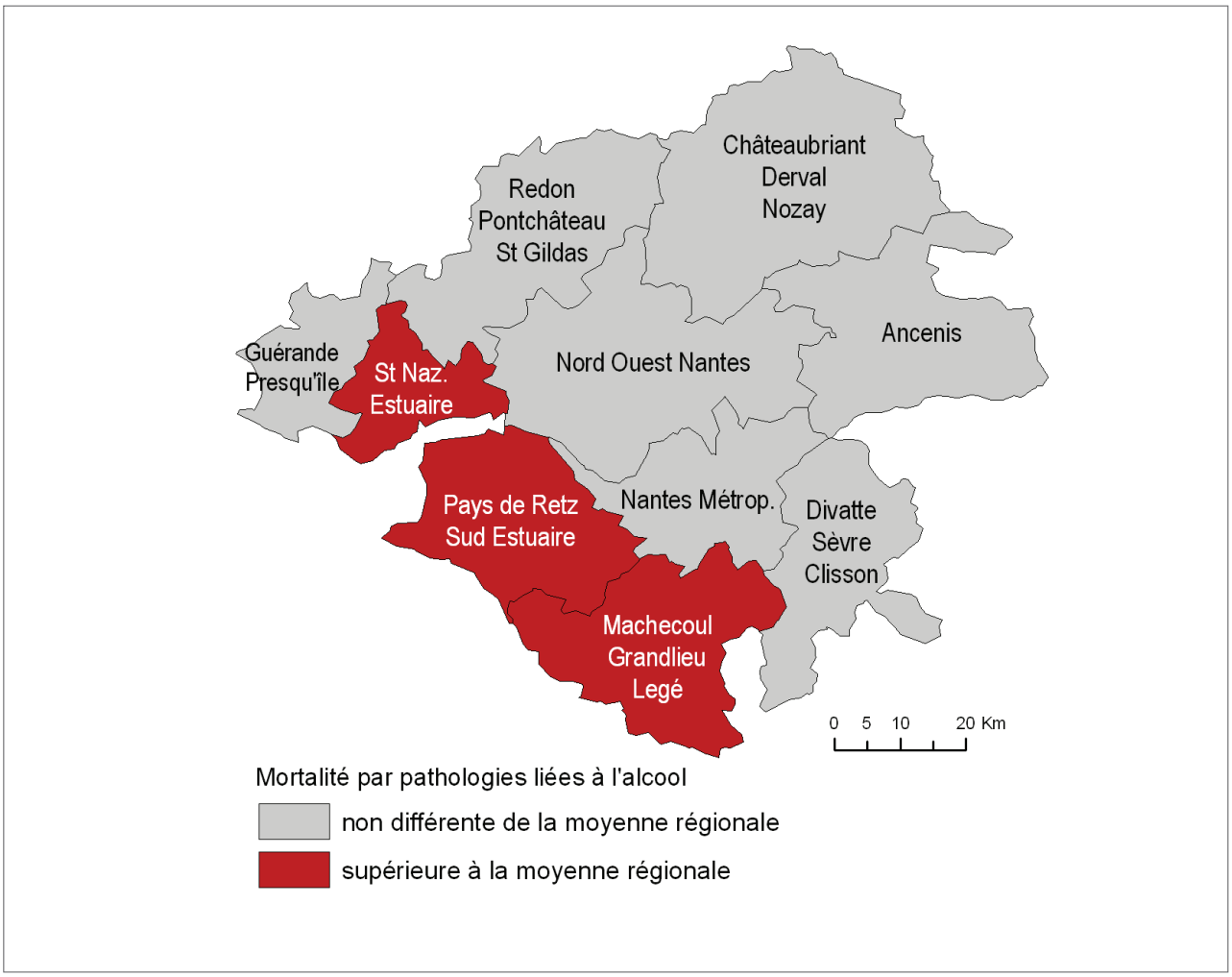
La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 39 % des accidents mortels survenus en Loire-Atlantique entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Loire-Atlantique (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	15	3
45-54 ans	46	12
55-64 ans	59	17
65-74 ans	43	16
75 ans et +	29	11
Total	193	59

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES SUICIDES EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

Une mortalité par suicide inférieure de 11 % à la moyenne régionale…

- 230 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. 75 % de ces décès concernent des hommes (fig20).
- La mortalité par suicide en Loire-Atlantique est inférieure de 10 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 11 % pour les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif.

… mais un territoire avec une « forte » surmortalité

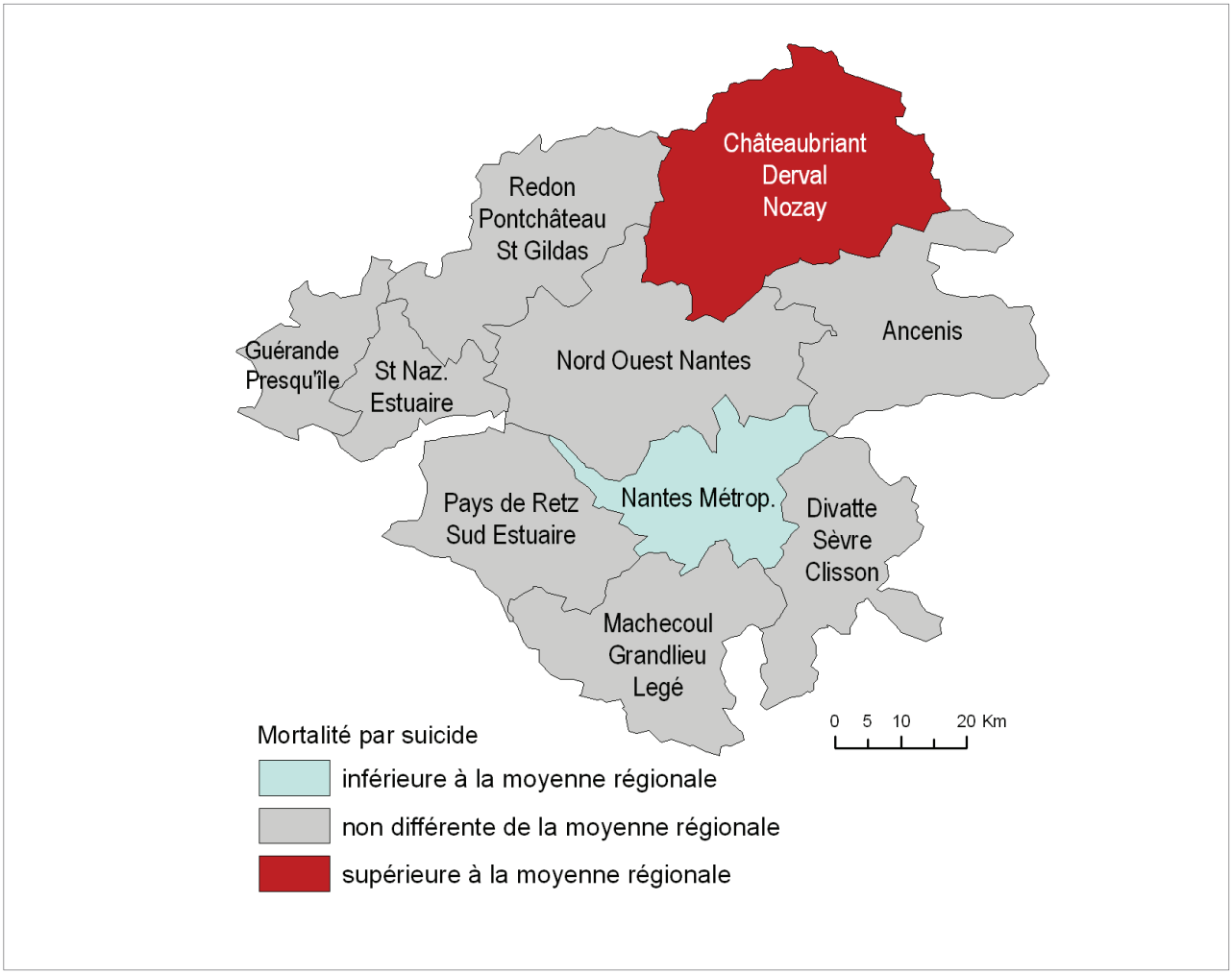
- Cette sous-mortalité dans le département est liée à la forte sous-mortalité par suicide dans la métropole nantaise. La population de ce territoire présente en effet une mortalité inférieure de 32 % à la moyenne régionale (fig21).
- Par contre, le territoire de Châteaubriant-Derval-Nozay se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 37 %).
- Enfin, les taux de mortalité par suicide apparaissent également élevés dans les territoires d'Ancenis, de Redon- Pontchâteau-St Gildas et de Pays de Retz Sud Estuaire.

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Loire-Atlantique (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	9	3
25-34 ans	22	5
35-44 ans	43	9
45-54 ans	37	12
55-64 ans	22	12
65-74 ans	16	7
75 ans et +	21	10
Total	171	58

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

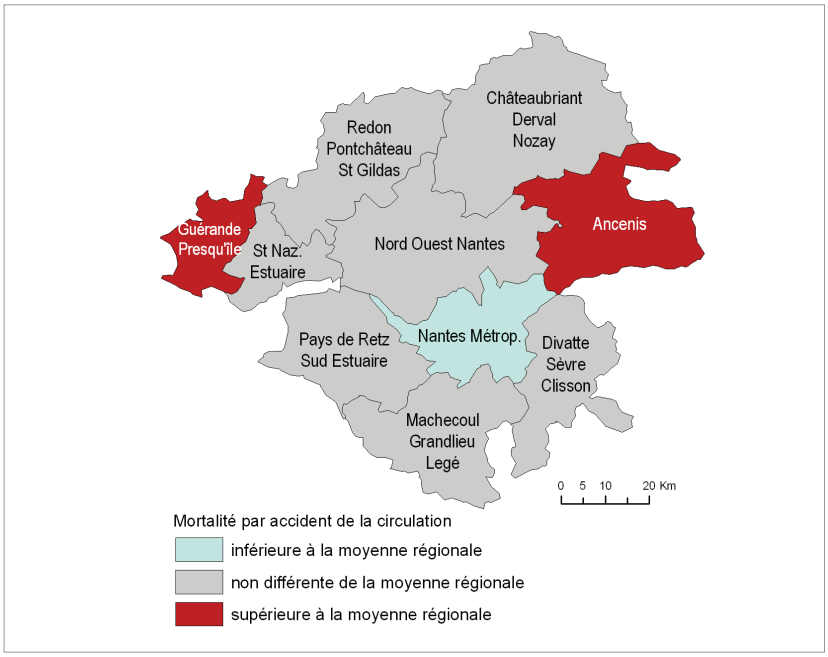
Une mortalité par accident de la circulation inférieure à la moyenne régionale…

- 84 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. 75 % de ces décès concernent des hommes
- La mortalité par accident de la circulation en Loire- Atlantique est inférieure de 17 % à la moyenne régionale (- 15 % pour les hommes, - 19 % pour les femmes).

… mais deux territoires présentent une surmortalité

- Cette sous-mortalité des habitants du département est liée à la forte sous-mortalité par accident de la circulation dans la métropole nantaise (- 52 %) (fig22). Par contre, deux territoires du département se distinguent par une mortalité par accident de la circulation supérieure à la moyenne régionale : Ancenis et Guérande Presqu´île.

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

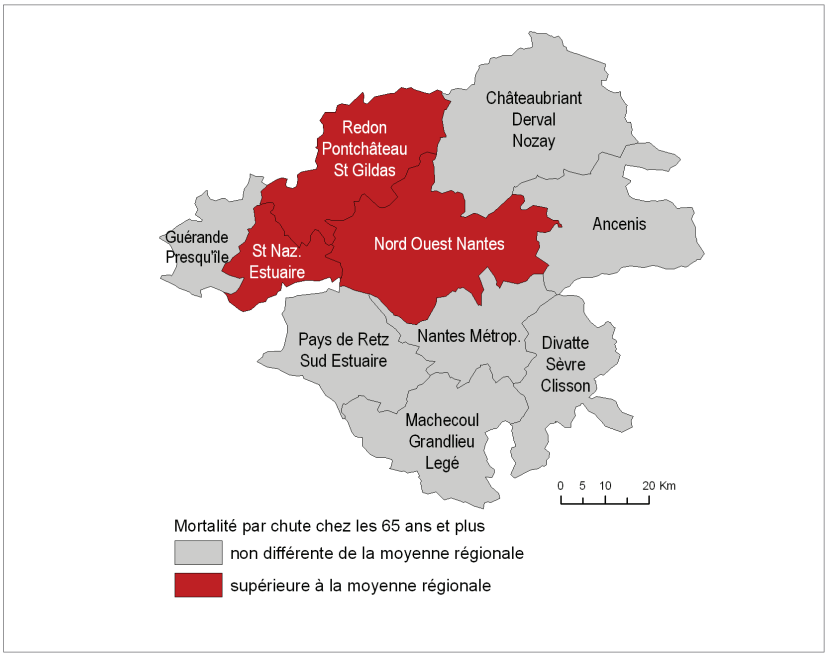
Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans supérieure à la moyenne régionale…

- Entre 2004 et 2008, 149 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Loire- Atlantique. 64 % de ces décès concernent des femmes.
- En Loire-Atlantique, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est supérieure de 8 % à la moyenne régionale.

… trois territoires concernés

- La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est supérieure à la moyenne régionale dans trois territoires du département (fig23) :
  - St Nazaire Estuaire,
  - Redon/Pontchâteau/St Gildas,
  - et Nord Ouest Nantes.

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

MÉTHODOLOGIE

Trois sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population de la Loire-Atlantique. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des marins/Enim plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Loire-Atlantique, dans les territoires littoraux. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès de l'Enim, cette sous-estimation apparaît très faible.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Incidence des cancers Les données d'incidence des cancers

Les données d'incidence des cancers présentées dans ce document ont été mises à disposition par le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Elles concernent les nouveaux cas de cancers diagnostiqués parmi les habitants du département sur

la période 2006-2008. Les comparaisons à la moyenne régionale reposent sur des indices comparatifs, calculés à partir des dernières estimations d'incidence régionales établies par le réseau des Registres des cancers français, Francim, pour l'année 2005. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10.

Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Eléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Loire-Atlantique. Bilan 2011. 2 p. - ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p. - Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée (à paraître). Epidémiologie du cancer en Loire-Atlantique. Période 2006-2008. - ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p. - ORS Pays de la Loire. (2006). Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes Loire-Atlantique 2005. 24 p. - ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Châteaubriant. 75 p. - ORS Pays de la Loire (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Nantes. 75 p. - ORS Pays de la Loire (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Saint-Nazaire. 75 p. - InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr - Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

Le Maine-et-Loire présente une mortalité générale inférieure à la moyenne régionale pour les hommes et proche de cette moyenne pour les femmes. La mortalité prématurée est inférieure à la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également légèrement moins fréquentes.

Cette situation globalement favorable se retrouve pour les cancers et les pathologies liées à la consommation excessive d'alcool.

Par contre, la situation départementale apparaît défavorable en matière d'admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires.

Au niveau des territoires, les situations sont en général peu contrastées. Les situations globalement les moins favorables s'observent dans les territoires du Nord et de l'Est du département.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population du Maine-et-Loire, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD).

La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire.

Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

Une mortalité générale en baisse

En Maine-et-Loire comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 24 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).

Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (- 35 %) et par cancers (- 14 %).

Une mortalité générale inférieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

Entre 1991 et 2007, la mortalité générale des hommes résidant en Maine-et-Loire est restée inférieure à la moyenne régionale. Sur la période récente 2004-2008, cette sous-mortalité s'élève à 5 %.

Par contre, la mortalité féminine, qui était inférieure de 5 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne (fig1).

Des situations différentes selon les territoires

Dans deux des sept territoires du département, la mortalité générale est significativement supérieure à la moyenne régionale : Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou- Lion d'Angers (+ 4 %) et Sud Ouest Maine-et-Loire (+ 3 %).

Trois territoires connaissent une mortalité proche de la moyenne régionale : Nord Maine-et-Loire, Sud Maine-et- Loire et Saumur Loire Développement.

Enfin, deux territoires présentent une sous-mortalité par rapport à la moyenne régionale : Angers Loire Métropole (- 10 %) et Choletais (- 11 %) (fig2).

Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

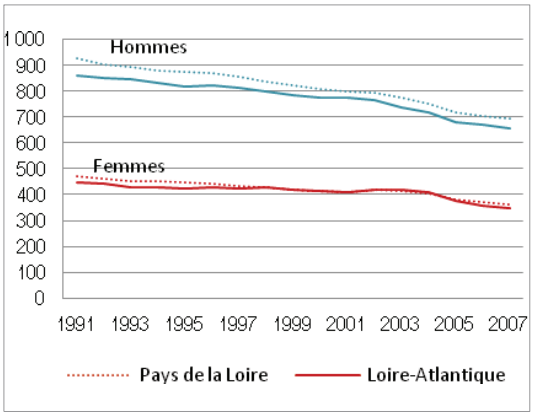
Comme en France et dans la région, les cancers (29 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (29 %) sont les deux principales causes de décès des habitants du Maine-et-Loire.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 3,1 % des décès masculins et 0,9 % des décès féminins (fig3).

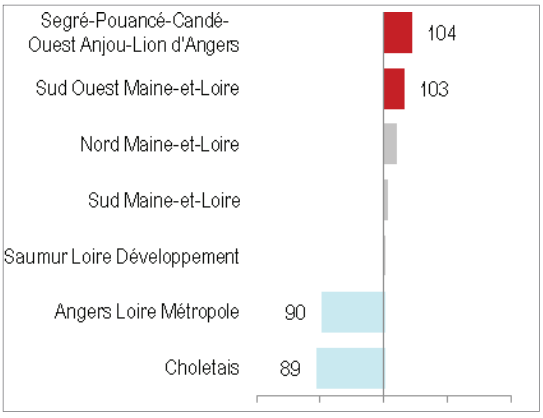
** maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée,*

Fig1. Evolution du taux standardisé de mortalité générale Maine-et-Loire, Pays de la Loire 1991-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Loire-Atlantique

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 060	33,7	714	24,1
dont : - poumon	222	7,1	60	2,0
- côlon - rectum	112	3,6	100	3,4
- VADS, œsophage	87	2,8	17	0,6
- sein	3	0,1	136	4,6
- prostate	114	3,6	-	0,0
Maladies appareil circulatoire	804	25,6	960	32,5
dont : - cardio. ischémiques	231	7,4	194	6,6
- mal. vascul. cérébrales	172	5,5	235	7,9
Traumatismes et empoisonnements	296	9,4	174	5,9
dont : - accidents vie courante	112	3,6	105	3,6
- suicides	119	3,8	38	1,3
- accidents circulation	46	1,5	16	0,5
Maladies appareil respiratoire	191	6,1	178	6,0
Pathologies liées à l'alcool*	97	3,1	26	0,9
Sida	2	0,1	1	0,0
Autres causes	691	22,0	904	30,6
Toutes causes	3 141	100,0	2 957	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS
* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Une mortalité prématurée inférieure de 6 % à la moyenne régionale

- 1 180 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire, entre 2004 et 2008 (fig4).
- Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (12 %).
- La mortalité prématurée en Maine-et-Loire est inférieure à la moyenne régionale, de 5 % pour les hommes et de 8 % pour les femmes.

Cette sous-mortalité s'explique notamment par une faible mortalité prématurée par maladies liées à la consom-mation excessive d'alcool, chez les hommes comme chez les femmes du département, et une faible mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes.

Une mortalité prématurée évitable inférieure de 5 % à la moyenne régionale

- Environ 430 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 80 % concernent des hommes.
- En Maine-et-Loire, la mortalité prématurée évitable est inférieure de 5 % à la moyenne régionale.

Une situation plus favorable dans certains territoires

- La mortalité prématurée est significativement inférieure à la moyenne régionale dans trois territoires du département : Sud Maine-et-Loire (- 15 %), Choletais (- 12 %) et Angers Loire Métropole (- 8 %).

Pour les habitants des autres territoires, la mortalité prématurée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig5).

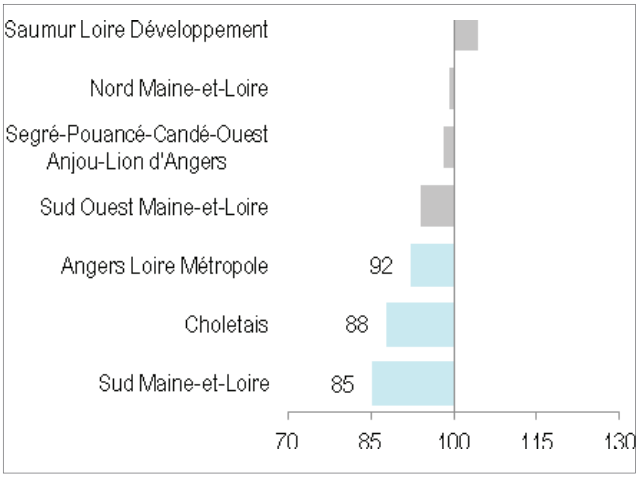
- Deux des trois territoires en situation de sous-mortalité prématurée présentent une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale : Choletais (- 13 %) et Angers Loire Métropole (- 8 %) (fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Angers Loire Métropole	395	1 436	1 831	22 %
Choletais	137	470	607	23 %
Nord Maine-et-Loire	150	690	840	18 %
Saumur Loire Développement	129	555	684	19 %
Segré-Pouancé-Candé Ouest Anjou-Lion d'Angers	101	502	603	17 %
Sud Maine-et-Loire	95	465	560	17 %
Sud Ouest Maine-et-Loire	173	799	972	18 %
Maine-et-Loire	1 180	4 918	6 098	19 %

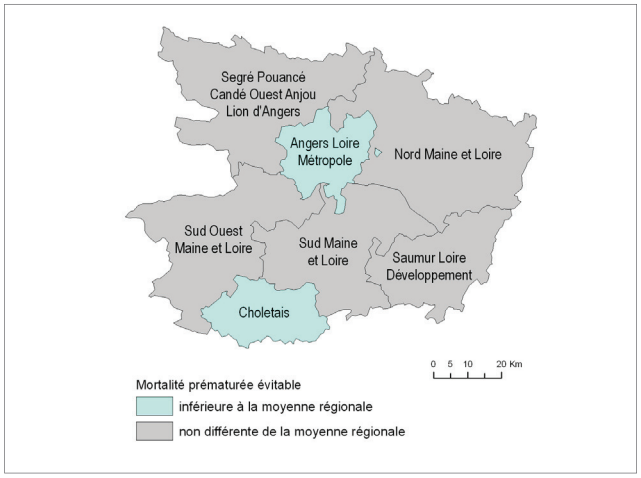
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

- Environ 14 300 personnes résidant en Maine-et-Loire ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).
- Les maladies cardiovasculaires (35 %), les cancers (26 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 76 % des admissions en ALD30 dans la population du Maine-et-Loire (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

Une fréquence des admissions en ALD légèrement inférieure à la moyenne régionale

- A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 en Maine-et-Loire est légèrement inférieure à la moyenne régionale (- 1 %) sur la période 2007-2009.
- Ce constat masque cependant des situations différentes selon les affections. La fréquence des admissions en ALD des habitants du Maine-et-Loire est inférieure à la moyenne régionale notamment pour les cancers (- 4 %) et les affections psychiatriques de longue durée (- 11 %). Elle est par contre supérieure pour le diabète (+ 6 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (+ 3 %).

Des disparités selon les territoires

Des territoires avec une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale…

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement inférieure à la moyenne régionale dans les territoires de Sud Maine-et-Loire (- 8 %) et Choletais (- 6 %) (fig8).

… peu différente de cette moyenne…

En revanche, la fréquence des admissions en ALD est significativement supérieure dans les territoires de Nord Maine-et-Loire (+ 7 %) et de Saumur Loire Développement (+ 3 %)

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Maine-et-Loire (2007-2009)

n° ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	5	25	203	263	497
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	0	2	12	21	36
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiq.	1	22	401	340	765
5 - Insuffisance cardiaque, tbles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	25	44	463	891	1 424
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	2	32	156	22	212
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un trait. prolongé, infection VIH	6	30	14	0	50
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	24	178	1 499	497	2 198
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	40	69	106	44	259
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	3	2	0	1	5
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2	5	11	2	20
12 - Hypertension artérielle sévère	0	29	661	574	1 264
13 - Maladie coronaire	0	46	590	399	1 035
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	18	23	142	127	311
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	80	576	657
16 - Maladie de Parkinson	0	1	72	112	185
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	14	19	36	6	75
18 - Mucoviscidose	2	1	0	0	4
19 - Néphropathie chroniq. grave et syndrome néphrotiq. primitif	8	20	57	86	170
20 - Paraplégie	3	7	6	3	19
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	1	13	22	8	44
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	6	47	110	46	209
23 - Affections psychiatriques de longue durée	80	347	351	119	897
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	4	80	28	3	114
25 - Sclérose en plaques	0	40	18	0	59
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	15	7	0	0	23
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	1	54	21	1	77
28 - Suites de transplantation d'organe	1	2	5	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	1	17	11	6	35
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	24	279	2 267	1 081	3 651
Total	287	1 444	7 343	5 228	14 302

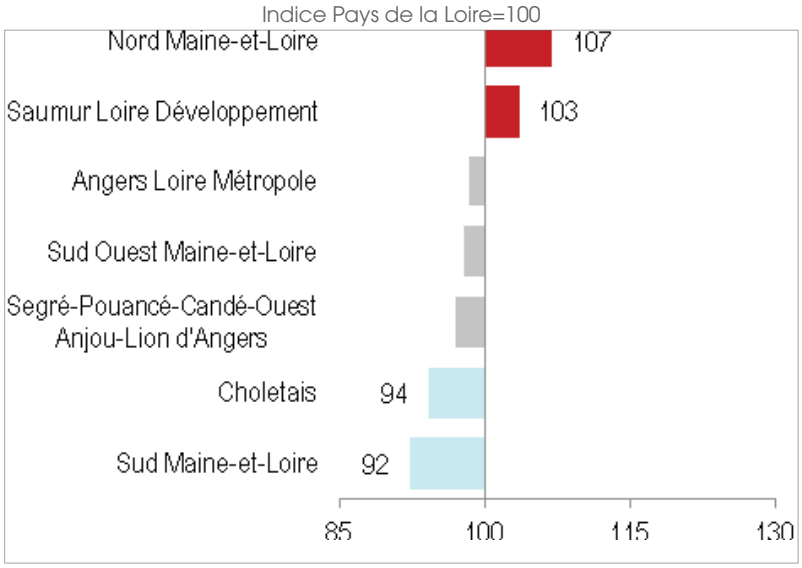
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

>>>

Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

Cancers : 3 600 admissions en ALD et 1 800 décès chaque année

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (3 570 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (1 770 décès annuels) (fig9).

Le cancer du sein et le cancer de la prostate sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (220 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (140 décès annuels).

Une situation plus favorable qu'au niveau régional…

Globalement, la mortalité par cancer des habitants du Maine-et-Loire est inférieure de 3 % à la moyenne régionale. Ce constat est toutefois différent selon le sexe :

la mortalité masculine est inférieure de 5 % à la moyenne régionale alors que la mortalité féminine est proche de cette moyenne.

La fréquence des admissions en ALD pour cancer, parmi les habitants du Maine-et-Loire, est inférieure de 3 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 4 % pour les femmes.

et en particulier au Nord-Ouest du département

Deux des sept territoires du département présentent une mortalité par cancer significativement inférieure à la moyenne régionale : Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers (- 7 %) et Angers Loire Métropole (- 5 %) (fig10).

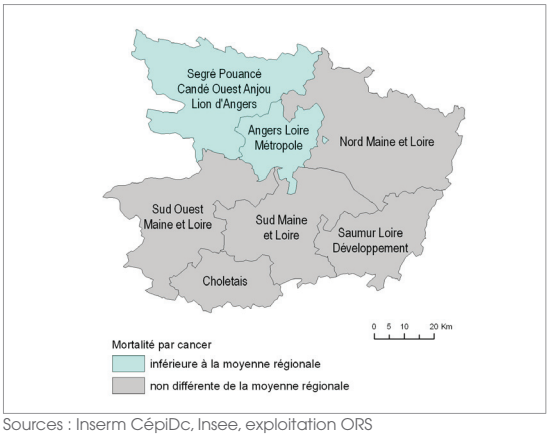
L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation favorable de ces deux territoires par rapport à la moyenne régionale. Elle met par ailleurs en évidence une moindre fréquence des admissions en ALD pour cancers pour les habitants du territoire Sud Maine-et-Loire (fig11).

Fig9. Nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués, d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Maine-et-Loire

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Sein	9	675	3	136	166	-
Prostate	676	-	114	-	4	221
Côlon-rectum	227	181	112	100	164	155
Poumon	190	58	222	60	358	107
VADS, œsophage	169	31	88	17	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	69	55	31	28	48	43
Vessie	95	25	39	13	20	19
Leucémies	65	41	35	31	175	39
Rein	65	39	31	16	47	22
Corps et col de l'utérus	-	92	-	33	49	20
Thyroïde	22	64	1	4	56	41
Mélanome de la peau	34	47	12	8	72	67
Pancréas	40	40	50	47	2	4
Foie	49	16	92	25	60	34
Estomac	32	25	39	18	-	49
Encéphale	27	21	21	17		
Ovaire	-	44	-	37	-	63
Autres	204	139	170	124	335	207
Total	1 973	1 593	1 060	714	1 724	1 123

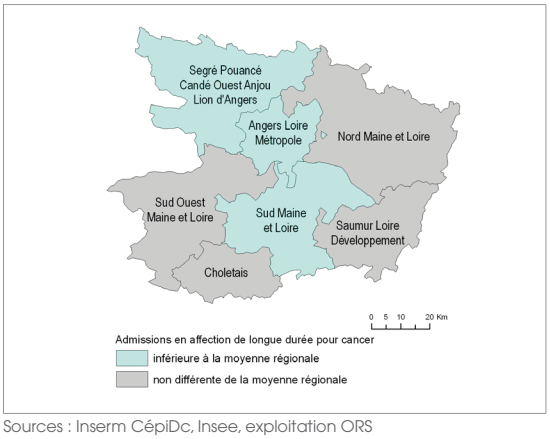
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Cancer du poumon : une situation départementale proche de la moyenne régionale…

Globalement, la mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon parmi les habitants du Maine-et-Loire ne sont pas statistiquement différentes de la moyenne régionale.

… mais des différences entre les territoires

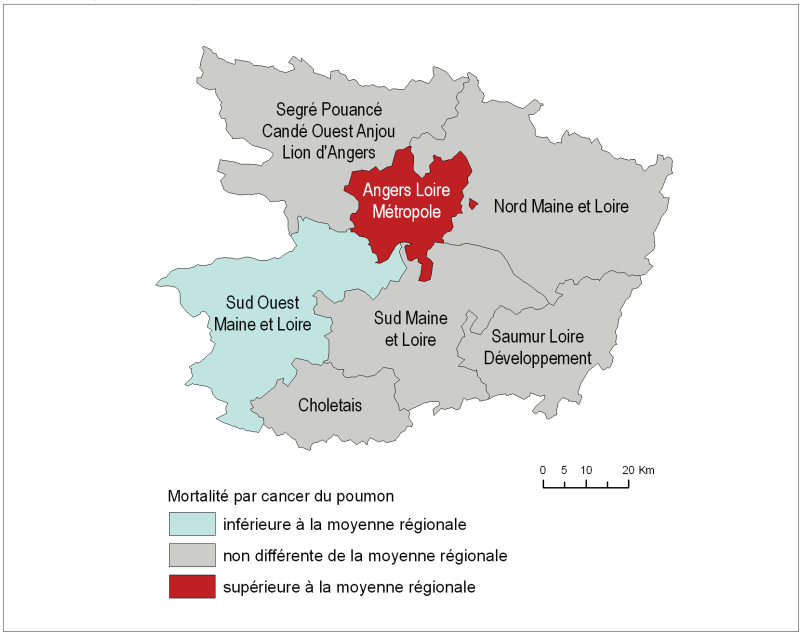
Dans la plupart des territoires du département, la mortalité par cancer du poumon n'est pas différente de la moyenne régionale. Le territoire d'Angers-Loire-Métropole se distingue toutefois par une mortalité significativement supérieure à la moyenne régionale (+ 10 %). Et à l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans le territoire Sud Ouest Maine-et-Loire (- 22 %) (fig12).

Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures inférieure à la moyenne régionale

La mortalité ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants du Maine-et-Loire sont significativement inférieures à la moyenne régionale (- 11 % pour ces deux indicateurs).

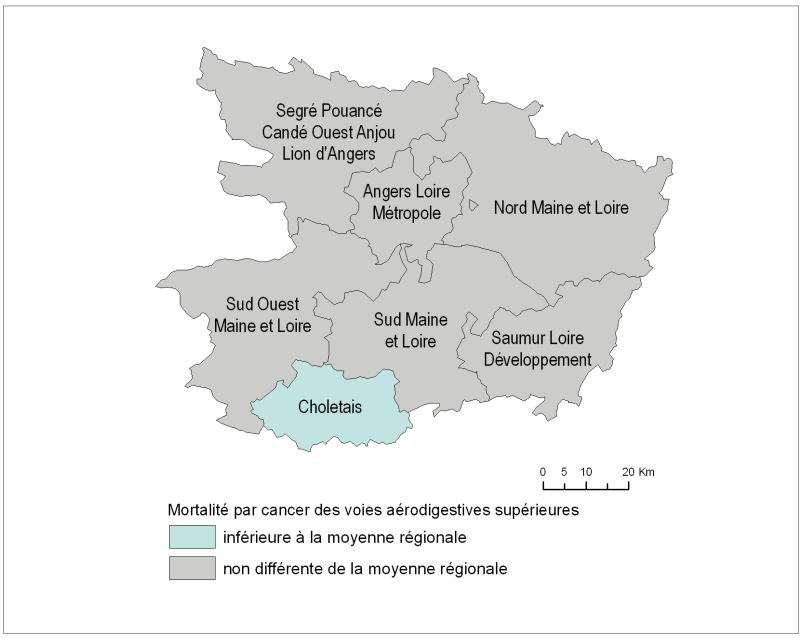
Dans les territoires du département, ces indicateurs ne sont pas significativement différents de la moyenne régionale, à l'exception de la mortalité dans le Choletais (- 32 %, fig13) et des admissions en ALD pour le Sud Ouest Maine-et-Loire (- 20 %).

Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

Cancer du sein : une situation proche de la moyenne régionale…

La mortalité, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes du département, sont proches de la moyenne régionale.

… dans l'ensemble des territoires du département

Dans l'ensemble des territoires du département, la mortalité par cancer du sein n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 2003 en Maine-et-Loire. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 66 % sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne régionale (64 %) et nationale (52 %).

Cancer du côlon-rectum : une situation proche de la moyenne régionale dans le département…

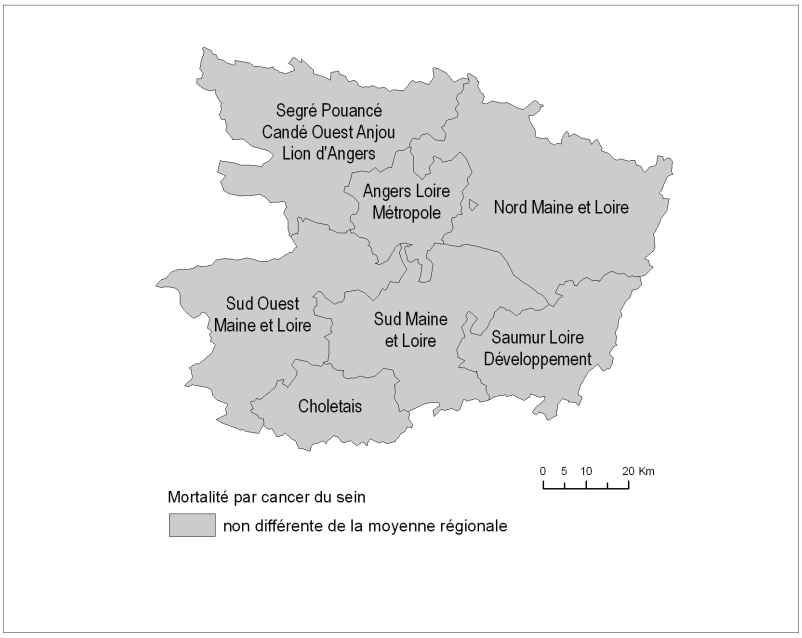
La mortalité par cancer du côlon-rectum des habitants du Maine-et-Loire, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cette affection, sont proches de la moyenne régionale

… et dans la plupart des territoires

Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à l'exception de celui du Choletais où une surmortalité est observée pour ce cancer (+ 25 %) (fig15).

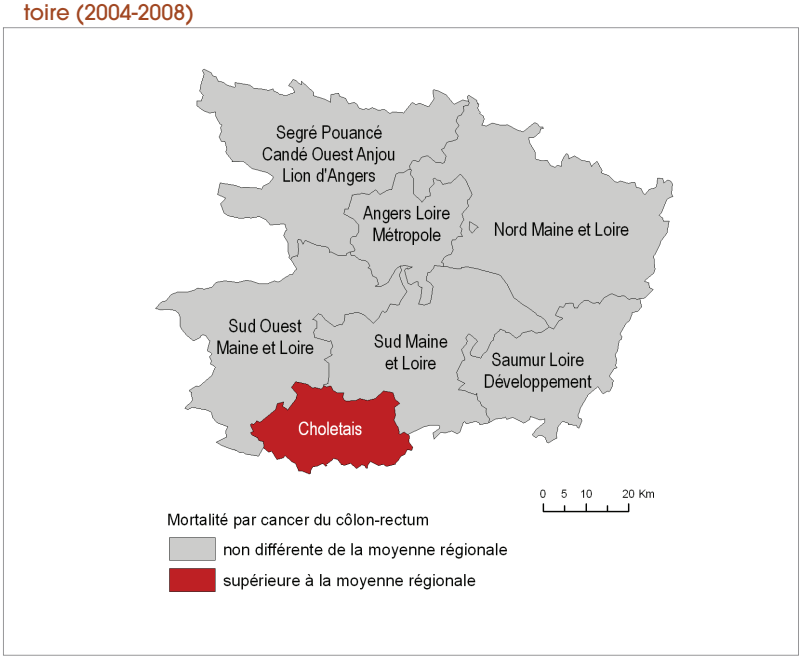
Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Maine-et-Loire. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 44 % sur la période 2009-2010. Ce taux est proche de la moyenne régionale (43 %), mais supérieur à la moyenne nationale (34 %).

Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

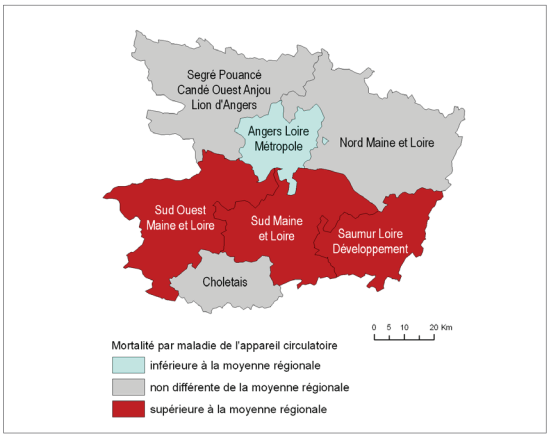
Une situation complexe à interpréter à l'échelledépartementale…

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (4 900 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (1 800 décès annuels, dont 130 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale, alors que la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, pour ces affections est significativement inférieure de 9 % à la moyenne régionale.
- Par contre, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est significativement supérieure de 3 % à la moyenne régionale.

… et infra-départementale

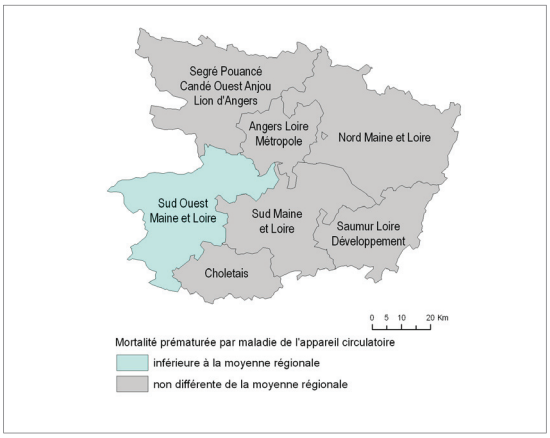
- Trois territoires du département connaissent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) supérieure à la moyenne régionale : Sud Maine-et-Loire (+ 12 %), Sud Ouest Maine-et-Loire (+ 10 %) et Saumur Loire Développement (+ 9 %) (fig16). L'agglomération angevine présente par contre une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 17 %).
- Concernant la mortalité cardiovasculaire prématurée, l'analyse territoriale montre une sous-mortalité statistiquement significative pour les habitants du Sud Ouest Maine-et-Loire (- 23 %) (fig17).
- Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires : Nord Maine-et- Loire et Saumur Loire Développement. Elle est par contre inférieure dans le Choletais.

Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN MAINE-ET-LOIRE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

Des admissions en ALD pour diabète plus fréquentes qu'au niveau régional

Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est supérieur de 6 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

Cette plus grande fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée dans trois territoires du département : Saumur Loire Développement, Nord Maine-et-Loire, et Choletais.

Le diabète a été à l'origine en moyenne de 2 200 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30.

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LA MORTALITÉ LIÉE À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité inférieure de 14 % à la moyenne régionale

- Environ 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (79 %) concernent des hommes (fig18).
- La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Maine-et-Loire est inférieure de 14 % à la moyenne régionale (- 13 % pour les hommes, - 19 % pour les femmes).

Une situation plus favorable dans trois territoires

- Trois territoires du département présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne régionale : Choletais (- 40 %), Sud Maine-et-Loire (- 37 %) et Angers Loire Métropole (- 16 %).
- Pour les quatre autres territoires, la mortalité par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig19).

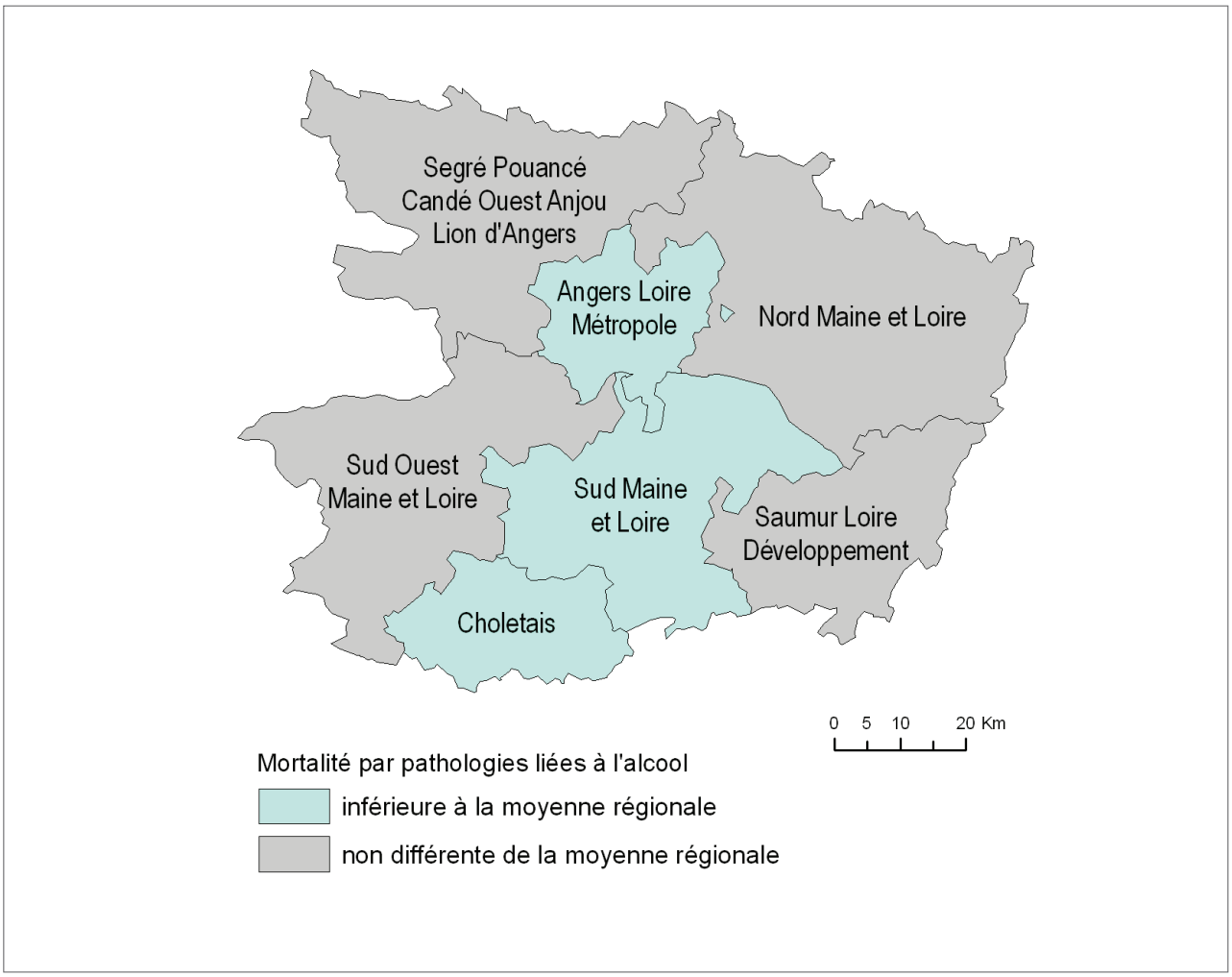
La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 35 % des accidents mortels survenus en Maine-et-Loire entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Maine-et-Loire (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	6	2
45-54 ans	24	5
55-64 ans	29	7
65-74 ans	23	6
75 ans et +	15	6
Total	97	26

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES SUICIDES EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

Une mortalité par suicide proche de la moyenne régionale…

- 157 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. 76 % de ces décès concernent des hommes (fig20).
- La mortalité par suicide en Maine-et-Loire est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

… dans la plupart des territoires du département

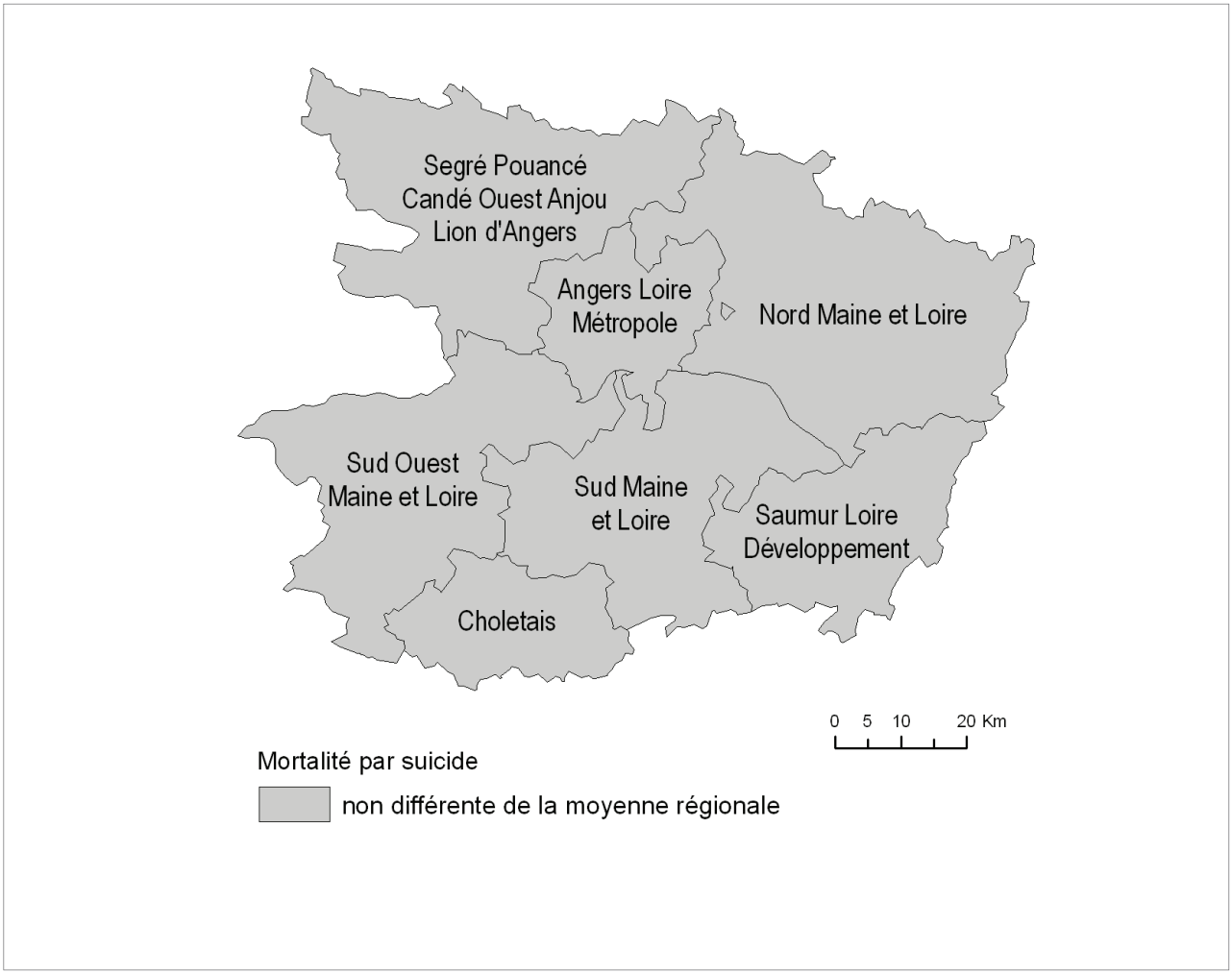
- Pour l'ensemble des territoires, la mortalité par suicide n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig21). Cependant, bien que l'écart avec la moyenne régionale ne soit pas suffisant pour être statistiquement significatif, la mortalité par suicide apparaît élevée dans le territoire de Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers (+ 23 %).

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe, Maine-et-Loire (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	7	1
25-34 ans	16	3
35-44 ans	25	5
45-54 ans	22	9
55-64 ans	17	9
65-74 ans	12	5
75 ans et +	20	6
Total	119	38

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

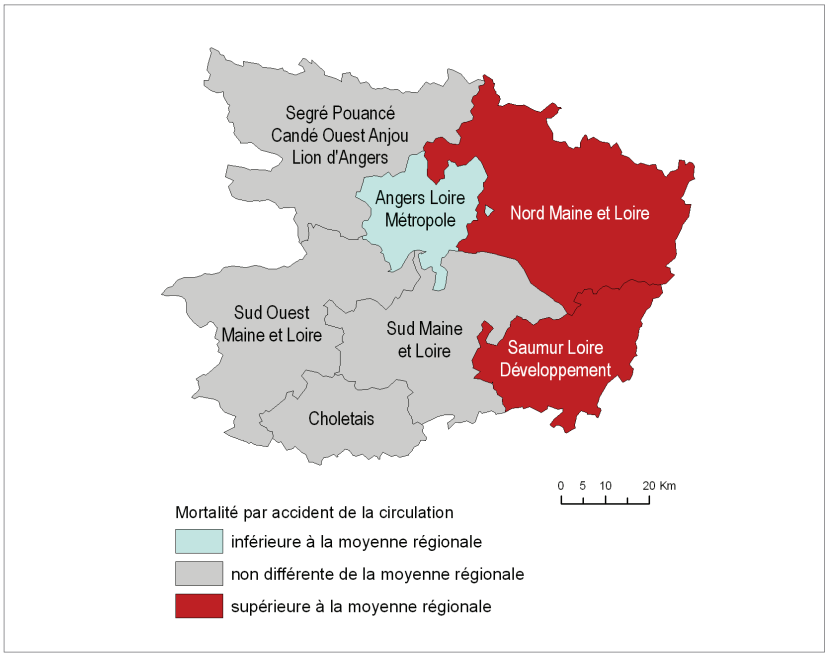
Une mortalité par accident de la circulation proche de la moyenne régionale…

- 62 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants du Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. 74 % de ces décès concernent des hommes.
- La mortalité par accident de la circulation en Maine-et- Loire n'est pas différente de la moyenne régionale.

… mais des écarts importants entre les territoires

- Par rapport à la moyenne régionale, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accident de la circulation est significativement inférieure dans leter-ritoire d'Angers Loire Métropole (- 35 %).
- Par contre, deux territoires du département se distinguent par une mortalité par accident de la circulation nettement supérieure à la moyenne régionale : Nord Maine-et-Loire (+ 76 %) et Saumur Loire Développement (+ 42 %) (fig22).

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

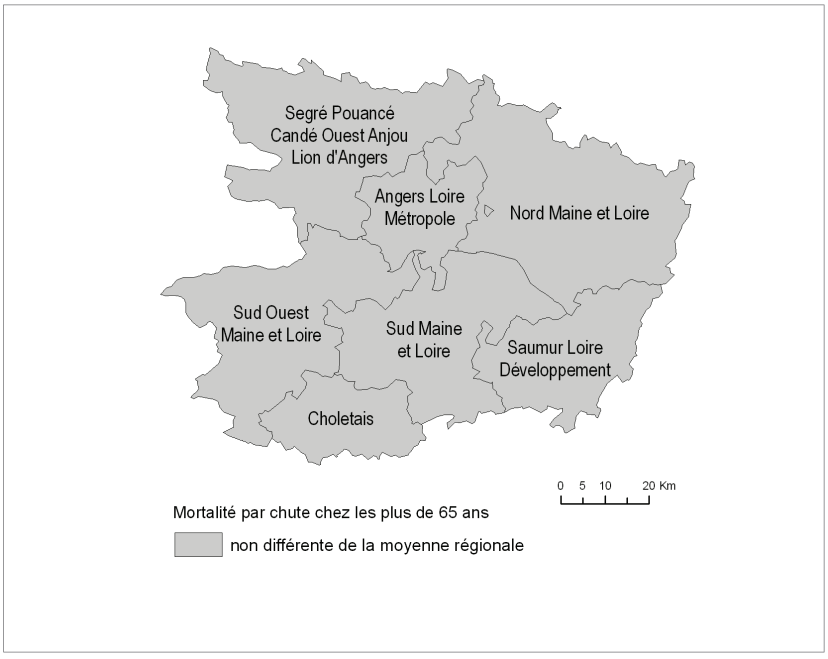
Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans proche de la moyenne régionale…

- Entre 2004 et 2008, 92 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Maine-et- Loire. 61 % de ces décès concernent des femmes.
- En Maine-et-Loire, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

… dans l'ensemble des territoires du département

- Pour les sept territoires du département, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig23).

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population du Maine-et-Loire. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des Mines plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Maine-et- Loire, dans les territoires d'Angers Métropole et Segré- Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès du régime des Mines, cette sousestimation apparaît très faible.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Eléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Maine-et-Loire. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé d'Angers. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Cholet. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Saumur. 75 p.

- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr

- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.score-sante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

La Mayenne présente une situation globalement favorable, avec une mortalité générale et une mortalité prématurée inférieures à la moyenne régionale. Les admissions en ALD y sont également moins fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment plus favorable en matière de cancers, de diabète, de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La situation relative de la Mayenne au sein de la région apparaît par contre défavorable en matière de décès par accident de la circulation chez les femmes. L'analyse de ces données au niveau des trois territoires met en évidence, de façon globale, une situation relativement homogène, mais plutôt moins favorable dans le Nord Mayenne.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Mayenne, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD). La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

Une mortalité générale en baisse

En Mayenne comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 26 % chez les hommes comme chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).

Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 38 %) et les cancers (- 19 %).

Une mortalité générale qui reste inférieure à la moyenne régionale

Entre 1991 et 2007, la mortalité générale des Mayennais est restée inférieure à celle des habitants des Pays de la Loire (fig1). Sur la période 2004-2008 et à structure d'âge comparable, la mortalité générale en Mayenne est ainsi inférieure de 6 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 5 % pour les femmes.

Un seul territoire en sous-mortalité

Parmi les trois territoires du département, seul le territoire Centre Mayenne présente une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 12 %). Les deux autres territoires, Nord Mayenne et Sud Mayenne, connaissent une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

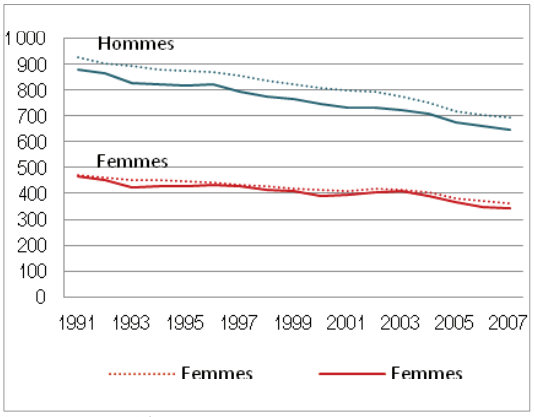
Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

Comme en France et dans la région, les maladies de l'appareil circulatoire (30 %) et les cancers (28 %) sont les deux principales causes de décès des Mayennais.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

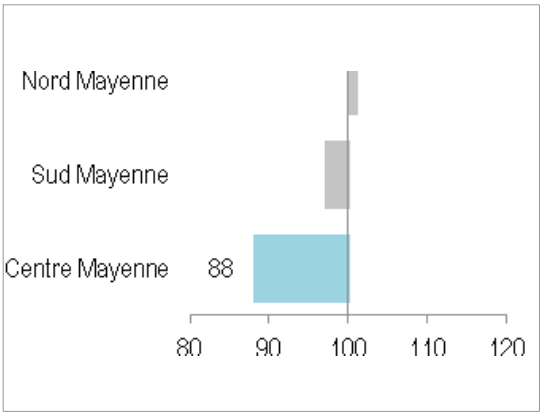
Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 2,8 % des décès masculins et 0,8 % des décès féminins (fig3).

Fig1. Evolution du taux standardisé de mortalité générale Mayenne, Pays de la Loire (1991-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Mayenne

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	425	32,0	284	22,8
dont : - poumon	74	5,6	20	1,6
- côlon - rectum	49	3,7	42	3,4
- VADS, œsophage	40	3,0	5	0,4
- sein	1	0,1	46	3,7
- prostate	56	4,2	-	0,0
Maladies appareil circulatoire	357	26,8	408	32,7
dont : - cardio. ischémiques	110	8,3	89	7,1
- mal. vascul. cérébrales	80	6,0	95	7,6
Traumatismes et empoisonnements	118	8,9	76	6,1
dont : - accidents vie courante	44	3,3	44	3,6
- suicides	52	3,9	18	1,4
- accidents circulation	17	1,3	9	0,7
Maladies appareil respiratoire	87	6,5	77	6,2
Pathologies liées à l'alcool*	38	2,8	9	0,8
Sida	1	0,0	1	0,1
Autres causes	304	22,9	392	31,3
Toutes causes	1 330	100,0	1 247	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS
* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne régionale

- 440 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Mayennais, entre 2004 et 2008 (fig4).
- Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (11 %).
- Comme pour la mortalité générale, la mortalité prématurée en Mayenne est inférieure à la moyenne régionale chez les hommes (- 14 %), comme chez les femmes (- 7 %). Mais, l'écart est moins marqué chez les femmes. Cette sous-mortalité résulte principalement d'une moindre fréquence des décès par cancers chez les hommes et les femmes de moins de 65 ans du département.

Une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

- Environ 160 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 78 % concernent des hommes.
- En Mayenne, la mortalité prématurée évitable est inférieure de 14 % à la moyenne régionale chez les hommes. Par contre, elle est proche de cette moyenne chez les femmes.

Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires

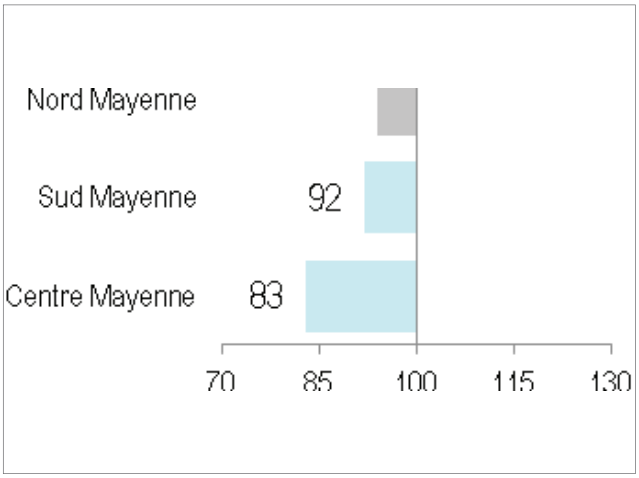
- La mortalité prématurée des habitants du Nord Mayenne n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, à structure d'âge comparable (fig5). Pour les deux autres territoires, la mortalité prématurée est par contre significativement inférieure à cette moyenne
  - Sud Mayenne (- 8 %),
  - Centre Mayenne (- 17 %).
- Dans ce dernier territoire, on observe également une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale (- 18 %) (fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Nord Mayenne	152	877	1 029	15 %
Centre Mayenne	184	737	921	20 %
Sud Mayenne	102	525	627	16 %
Mayenne	438	2 139	2 577	17 %

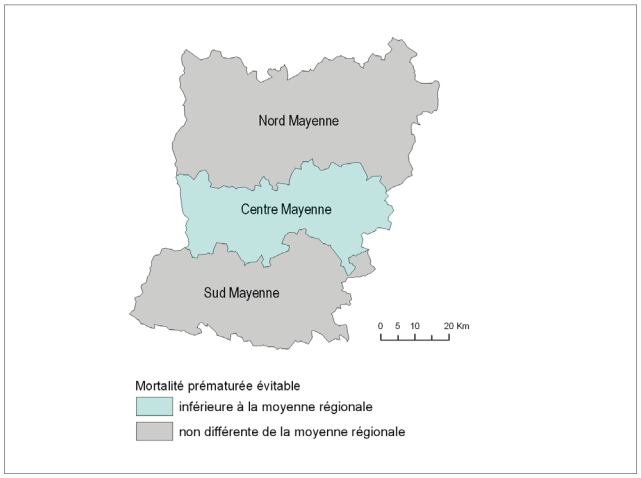
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

- Environ 5 900 personnes résidant en Mayenne ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).
- Les maladies cardiovasculaires (36 %), les cancers (25 %) et le diabète (13 %) sont à l'origine de 74 % des admissions en ALD30 dans la population de la Mayenne (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

Une fréquence des admissions en ALD inférieure de 2 % à la moyenne régionale

- Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est légèrement inférieure en Mayenne (- 2 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.
- Ce constat est lié notamment à une moindre fréquence des admissions pour cancers (- 9 %) et diabète (- 8 %). Par contre, la fréquence des admissions pour affections psychiatriques de longue durée est supérieure de 11 % à la moyenne régionale. Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est proche de la moyenne régionale.

Des disparités territoriales

- Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement inférieure dans les territoires de Sud Mayenne (- 6 %) et Centre Mayenne (- 4 %). En revanche, le territoire Nord Mayenne présente une fréquence de ces admissions supérieure de 3 % à la moyenne régionale (fig8).

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Mayenne (2007-2009)

n° ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	3	13	85	127	228
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	1	1	2	6	11
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiq.	0	7	157	173	337
5 - Insuffisance cardiaque, tbles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	17	17	204	381	619
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	16	44	8	69
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un trait. prolongé, infection VIH	2	10	4	0	16
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	9	75	523	183	790
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	16	29	47	13	105
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	1	2	0	0	3
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1	3	6	1	10
12 - Hypertension artérielle sévère	0	11	268	250	529
13 - Maladie coronaire	0	19	224	166	409
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	6	7	55	57	125
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	0	40	266	306
16 - Maladie de Parkinson	0	0	29	51	81
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	3	6	14	0	23
18 - Mucoviscidose	0	0	0	0	0
19 - Néphropathie chroniq. grave et syndrome néphrotiq. primitif	3	7	22	22	54
20 - Paraplégie	0	3	2	0	6
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	0	8	12	5	26
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	3	20	77	25	125
23 - Affections psychiatriques de longue durée	40	144	195	61	440
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	1	29	17	4	51
25 - Sclérose en plaques	0	9	9	0	18
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	15	7	0	0	22
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	21	19	1	41
28 - Suites de transplantation d'organe	0	0	2	0	2
29 - Tuberculose active, lèpre	1	4	3	3	12
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	9	115	879	466	1 470
Total	134	584	2 940	2 268	5 927

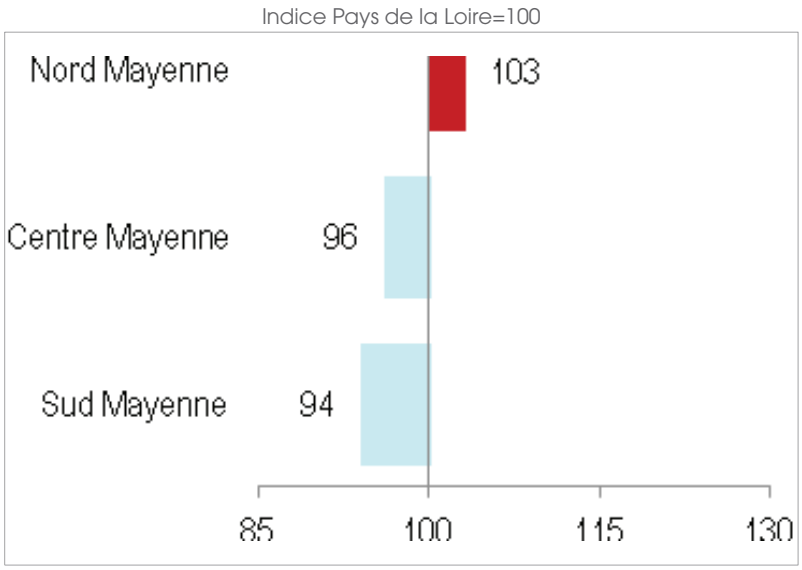
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

>>>

Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

Cancers : 1 400 admissions en ALD et 700 décès chaque année

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (1 400 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (710 décès annuels) (fig9).

Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (74 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du côlon-rectum arrivent aux premiers rangs (respectivement 46 et 42 décès annuels) (fig9).

Une situation plus favorable qu'au niveau régional…

La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancers dans le département de la Mayenne sont inférieures à la moyenne régionale. Les taux de mortalité et des admissions en ALD sont ainsi inférieurs respectivement de 11 % et 7 % à cette moyenne chez les hommes, et de 7 % et 8 % chez les femmes.

Les données de mortalité et d'admissions en ALD mettent en évidence que cette situation favorable du département est liée notamment à une moindre fréquence du cancer du sein, cancer du poumon, et des cancers des voies aérodigestives supérieures.

… et en particulier au Sud et au Centre du département

La mortalité par cancer est inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires : - Centre Mayenne (- 15 %), - Sud Mayenne (- 9 %) (fig10).

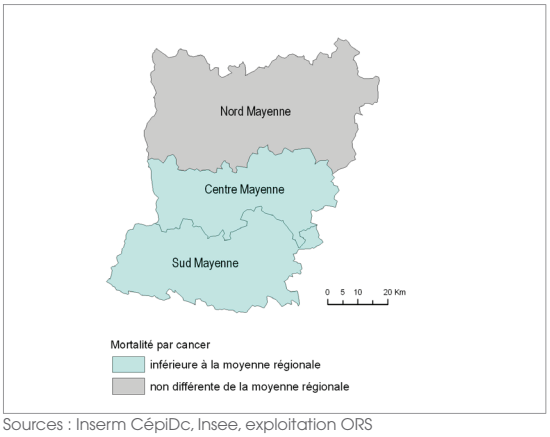
L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme cette situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans ces deux territoires (fig11).

Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Mayenne

	Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	265	-	56	-
Sein	2	241	1	46
Côlon-rectum	94	73	49	42
Poumon	59	25	74	20
VADS, œsophage	69	6	40	5
Vessie	41	8	12	5
Lymphome malin non hodgkinien	25	19	14	11
Leucémie	28	18	12	11
Rein	29	15	11	8
Mélanome de la peau	15	25	4	3
Thyroïde	8	30	1	2
Estomac	21	12	24	17
Corps et col utérus	-	31	-	13
Pancréas	17	13	23	16
Foie	16	6	27	9
Ovaire	-	20	-	17
Autres	105	83	77	59
Total	809	625	425	284

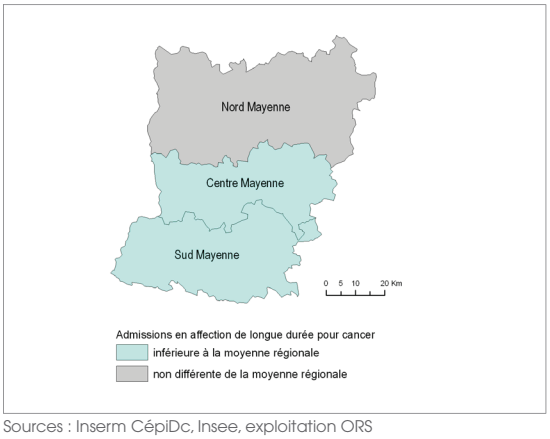
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Le cancer du poumon, moins fréquent en Mayenne…

Globalement, la mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon parmi les habitants de la Mayenne sont inférieures à la moyenne régionale. Chez les hommes, le taux de mortalité et le taux d'admissions en ALD sont ainsi respectivement inférieurs de 24 % et 26 % à la moyenne régionale Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon est inférieure de 25 % à la moyenne régionale.

… et dans l'ensemble des territoires

A structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est nettement inférieure à la moyenne régionale dans les trois territoires du département (fig12) :
Nord Mayenne (- 23 %),
Centre Mayenne (- 25 %), Sud
Mayenne (- 20 %)

L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans deux de ces territoires : Centre Mayenne et Sud Mayenne.

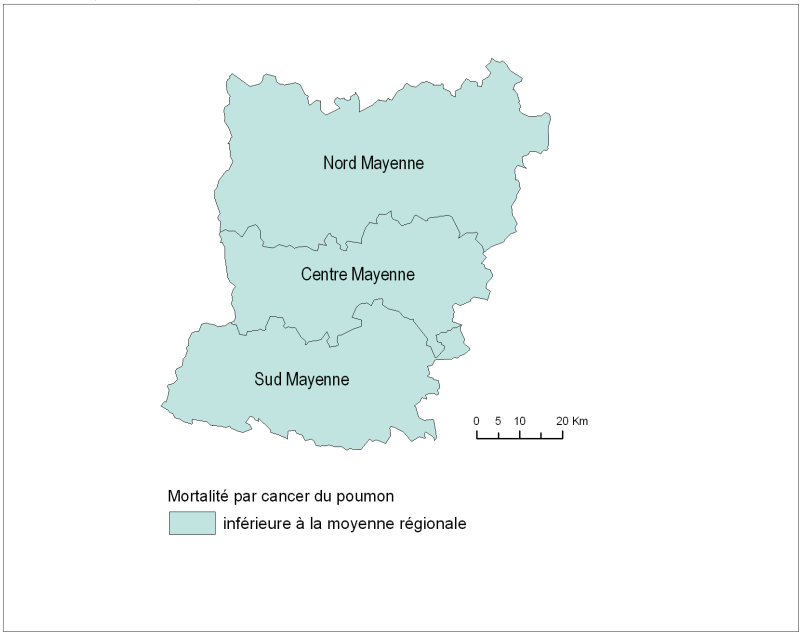
Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures plutôt inférieure à la moyenne régionale

Chez les femmes mayennaises, le taux de mortalité ainsi que le taux d'admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) sont nettement inférieurs à la moyenne régionale (respectivement - 36 % et - 57 %). Chez les hommes, la fréquence des admissions en ALD pour ces cancers est également inférieure à la moyenne régionale, mais l'écart est moins marqué (- 14 %). Enfin, la mortalité masculine liée à ces cancers n'est pas significativement différente de cette moyenne.

A structure d'âge comparable, la mortalité par cancers des VADS est significativement inférieure à la moyenne régionale dans le territoire de Centre Mayenne (- 20 %). La situation apparaît également plutôt favorable dans le territoire Sud Mayenne, où la mortalité est inférieure d'environ 20 %, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

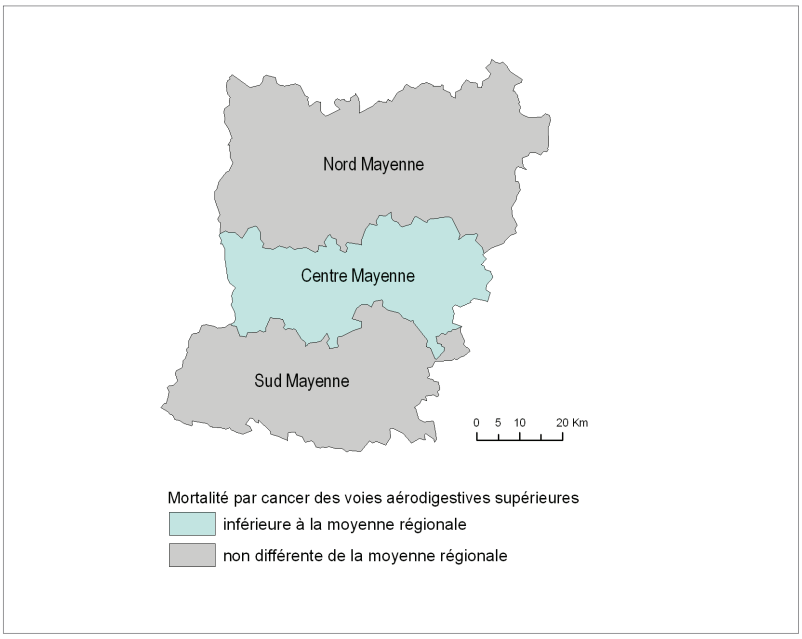
L'analyse territoriale des données d'admission en ALD confirme la situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans ces deux territoires.

Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

Cancer du sein, moins fréquent en Mayenne…

La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein parmi les Mayennaises sont inférieures à la moyenne régionale, de respectivement 21 % et 15 %.

… et dans deux territoires

La mortalité par cancer du sein est significativement inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département :
- Sud Mayenne (- 39 %)
- et Centre Mayenne (- 20 %) (fig14).

Ce constat favorable est également retrouvé par l'analyse des données d'admissions en ALD.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1994 en Mayenne. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 60 % sur la période 2009-2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (64 %), mais est supérieur à la moyenne nationale (52 %).

Cancer du côlon-rectum : une situation proche de la moyenne régionale dans le département…

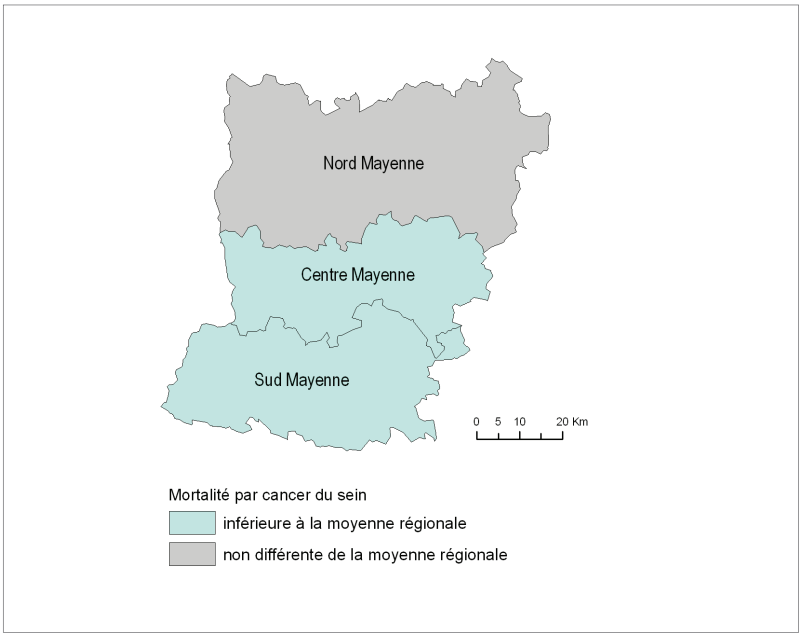
La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour les cancers colorectaux parmi les habitants de la Mayenne sont proches de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.l'analyse des données d'admissions en ALD.

… et dans l'ensemble des territoires

Dans les trois territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale (fig15).

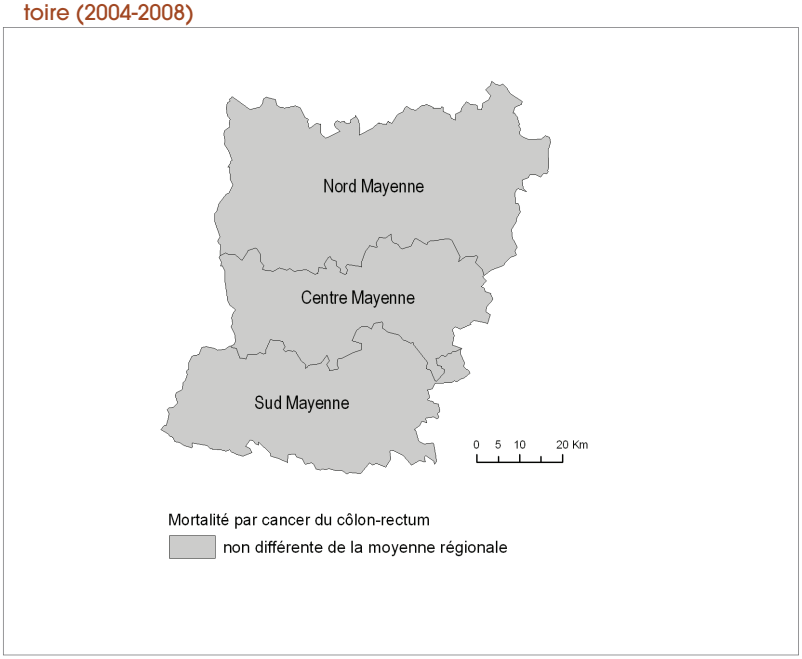
Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2003 en Mayenne. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 40 % sur la période 2009-2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (43 %), mais est supérieur à la moyenne nationale (34 %)

Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

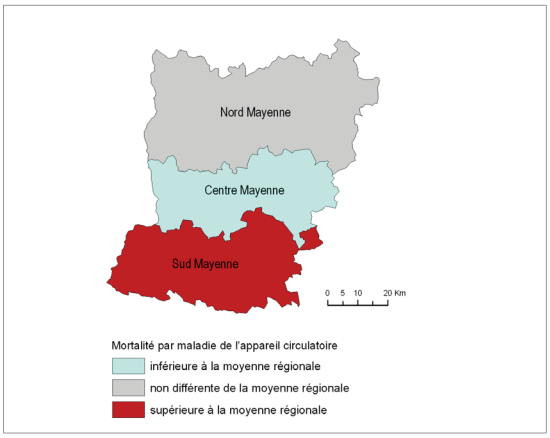
Une situation départementale proche de la moyenne régionale

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (2 060 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (765 décès annuels, dont 53 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale. Ce constat est également observé pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, c'est-à-dire pour les décès qui surviennent avant 65 ans.
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est aussi proche de la moyenne régionale.

Dans les territoires, des résultats complexes à interpréter

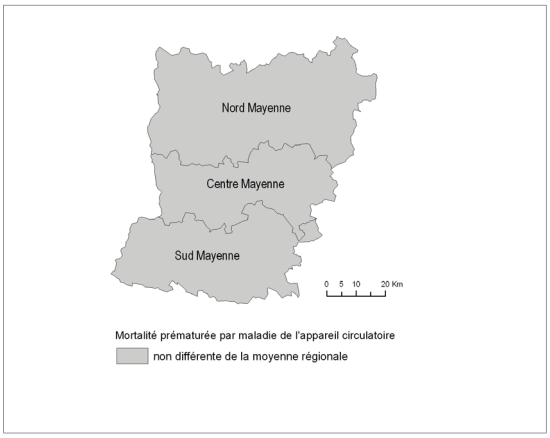
- Dans les trois territoires du département, la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig17).
- Par contre, des disparités territoriales sont observées pour la mortalité par maladies cardiovasculaires tous âges. Cette mortalité est ainsi significativement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire Sud Mayenne, et inférieure dans le Centre Mayenne (fig16).
- Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est supérieure à la moyenne régionale dans le territoire Nord Mayenne.

Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN MAYENNE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

Des admissions en ALD pour diabète moins fréquentes qu'au niveau régional

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 790 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 13 % du nombre total d'admissions en ALD30.
- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est inférieur de 8 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.
- Cette moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée dans deux territoires du département : Sud Mayenne et Centre Mayenne.

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la

moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité inférieure de 20 % à la moyenne régionale dans le département…

- 47 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Mayenne entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (81 %) concernent des hommes (fig18).
- La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Mayenne est inférieure de 20 % à la moyenne régionale (- 19 % pour les hommes, - 28 % pour les femmes).

… et dans deux territoires

- Deux territoires présentent une mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne régionale (fig19) :
  - Sud Mayenne (- 28 %),
  - Centre Mayenne (- 23 %).

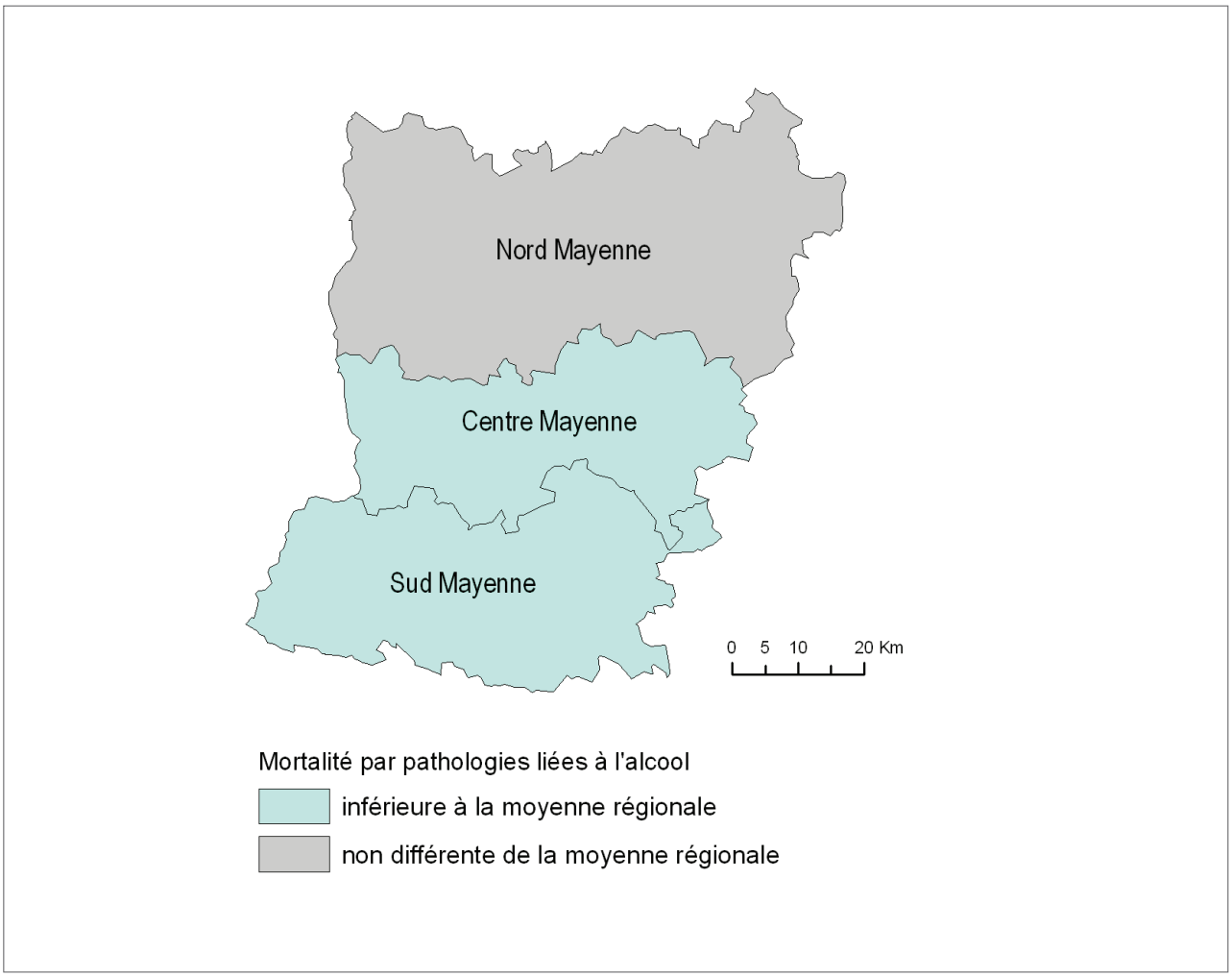
La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 30 % des accidents mortels survenus en Mayenne entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Mayenne (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	4	0
45-54 ans	9	2
55-64 ans	11	4
65-74 ans	8	2
75 ans et +	5	1
Total	38	9

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES SUICIDES EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

Une mortalité par suicide plutôt élevée…

- 70 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Mayenne entre 2004 et 2008. 74 % de ces décès concernent des hommes (fig20).
- La mortalité par suicide en Mayenne est supérieure de 6 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 12 % pour les femmes, mais ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs.

… et un territoire avec une forte surmortalité

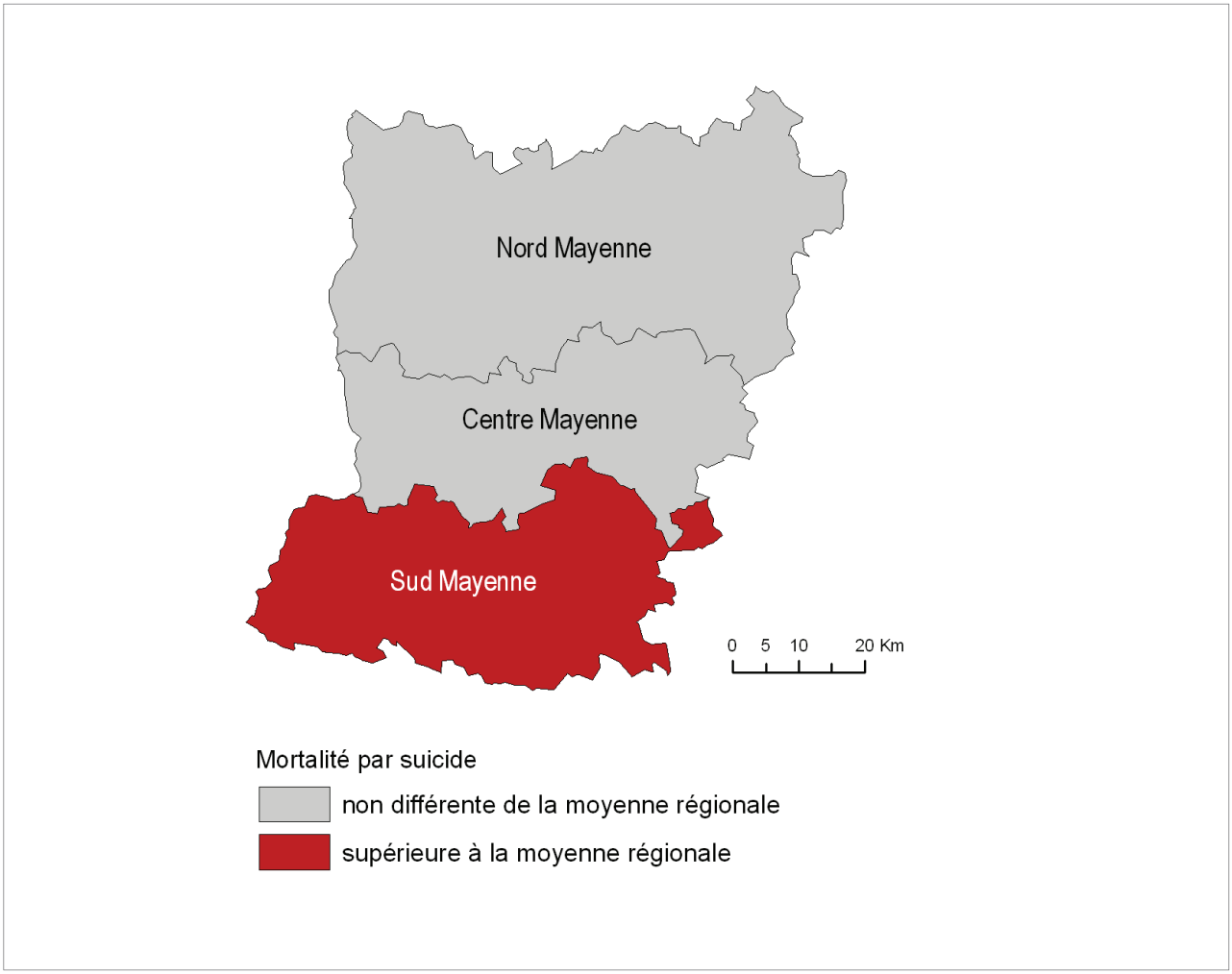
- Le territoire de Sud Mayenne se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 30 %) (fig21).).
- Pour les deux autres territoires, la mortalité par suicide n'est pas significativement différente de la moyenne régionale.

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Mayenne (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<35 ans	6	1
35-44 ans	9	1
45-54 ans	12	5
55-64 ans	7	3
65-74 ans	7	5
75 ans et +	11	3
Total	52	18

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

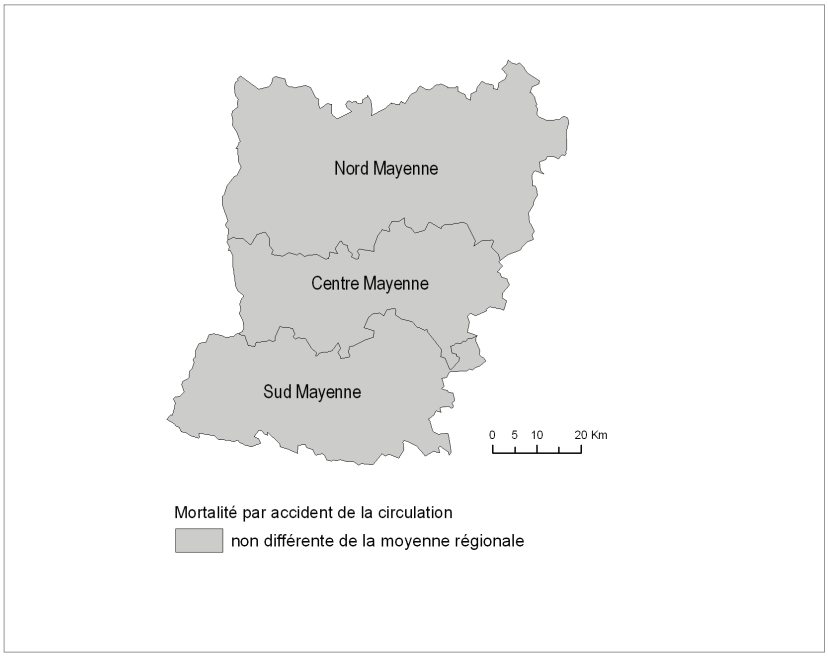
Une mortalité par accident de la circulation supérieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

- 26 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Mayenne entre 2004 et 2008. 61 % de ces décès concernent des hommes
- La mortalité par accident de la circulation en Mayenne est proche de la moyenne régionale pour les deux sexes. Mais ce constat masque des disparités entre les hommes et les femmes du département. La mortalité par accident de la circulation est en effet supérieure de 42 % à la moyenne régionale chez les femmes, alors qu'elle est proche de cette moyenne chez les hommes.

Une situation qui semble moins favorable dans le Nord et le Sud du département

- La mortalité par accident de la circulation est supérieure d'environ 20 % à la moyenne régionale dans les territoires de Nord Mayenne et Sud Mayenne, mais ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs (fig22)

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans inférieure à la moyenne régionale dans le département…

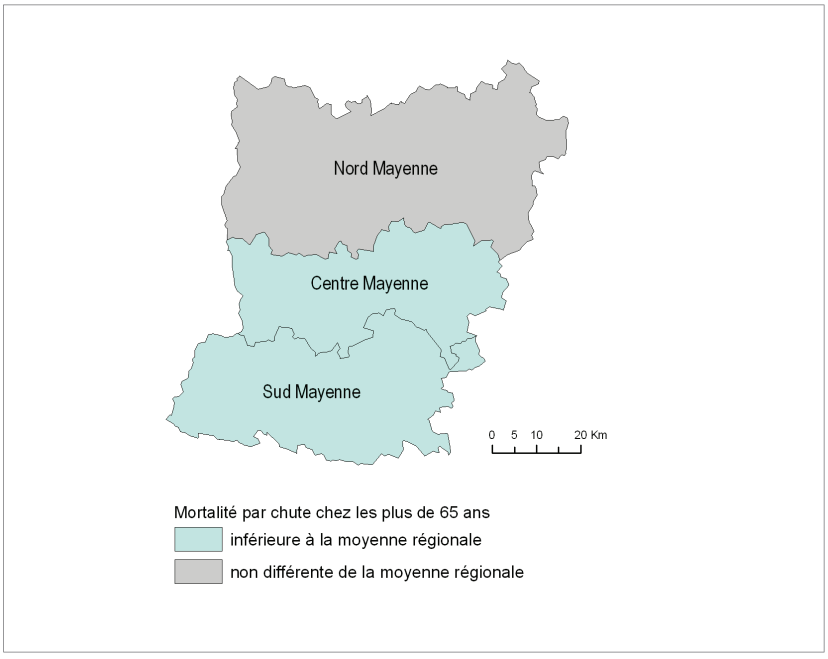
Entre 2004 et 2008, 33 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Mayenne. 64 % de ces décès concernent des femmes.

En Mayenne, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est inférieure de 23 % à la moyenne régionale.

… et dans deux territoires

La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est significativement inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : Sud Mayenne et Centre Mayenne (fig23).

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population de la Mayenne. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des Mines plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Mayenne, dans le territoire Sud Mayenne. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ce territoire. Toutefois, selon les données obtenues auprès du régime des Mines, cette sous-estimation apparaît très faible.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Causes médicales de décès

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Eléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Mayenne. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p. - ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p. - ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Château-Gontier. 75 p. - ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Laval. 75 p. - ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Mayenne. 75 p. - InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr - Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.score-sante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

La Sarthe présente une mortalité générale proche de la moyenne régionale. Par contre, la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne régionale chez les hommes, comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également plus fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation apparaît notamment défavorable en matière de suicide et de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool pour l'ensemble de la population du département, et de cancers du poumon chez les hommes. La fréquence des admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires est également supérieure à la moyenne régionale. L'analyse de ces données au niveau des cinq territoires met en évidence des situations contrastées. Deux territoires, Vallée du Loir et Alençon Haute Sarthe, cumulent des indicateurs défavorables pour la mortalité générale, la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable et la fréquence des admissions en ALD.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Sarthe, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD). La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

Une mortalité générale en baisse

- En Sarthe comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 22 % chez les hommes comme chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).
- Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (- 33 %) et par cancers (- 14 %).

Une mortalité générale proche de la moyenne régionale

- La baisse de la mortalité masculine a été moins marquée en Sarthe que dans l'ensemble des Pays de la Loire. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des hommes du département, qui était inférieure de 5 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne.
- La mortalité féminine est restée proche de la moyenne régionale depuis le début des années 1990 (fig1).

Des disparités territoriales importantes

Dans trois des cinq territoires du département la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale : Vallée du Loir (+ 10 %), Alençon Haute Sarthe (+ 7 %) et Perche Sarthois (+ 4 %). Le territoire de la Vallée de la Sarthe connaît une mortalité proche de la moyenne régionale. Par contre, l'agglomération mancelle présente une sousmortalité significative (- 6 %) (fig2).

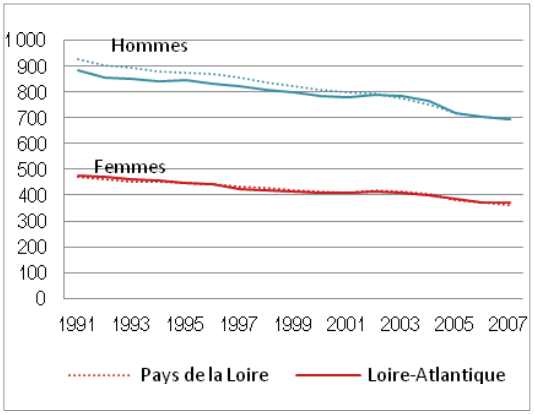
Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

Comme en France et dans la région, les cancers (28 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des Sarthois.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

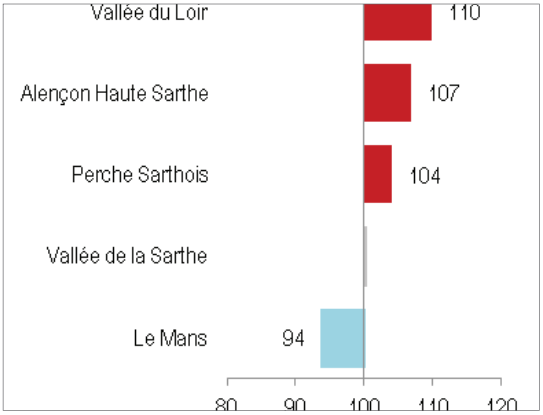
La mortalité due aux pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* occupe une place non négligeable dans la mortalité des habitants de la Sarthe. 3,6 % des décès masculins et 1,3 % des décès féminins sont en effet provoqués par ces affections (fig3).

Fig1. Evolution du taux standardisé de mortalité générale Sarthe, Pays de la Loire (1991- 2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Sarthe

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	860	32,9	553	23,2
dont : - poumon	191	7,3	44	1,8
- côlon - rectum	88	3,4	68	2,9
- VADS, œsophage	79	3,0	15	0,6
- sein	2	0,1	112	4,7
- prostate	99	3,8	-	-
Maladies appareil circulatoire	679	25,9	733	30,7
dont : - cardio. ischémiques	223	8,5	178	7,4
- mal. vascul. cérébrales	125	4,8	158	6,6
Traumatismes et empoisonnements	246	9,4	154	6,5
dont : - accidents vie courante	90	3,4	89	3,7
- suicides	109	4,2	43	1,8
- accidents circulation	38	1,4	11	0,5
Maladies appareil respiratoire	149	5,7	140	5,9
Pathologies liées à l'alcool*	94	3,6	31	1,3
Sida	5	0,2	1	0,0
Autres causes	584	22,3	775	32,4
Toutes causes	2 617	100,0	2 387	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS
* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Une mortalité prématurée supérieure de 6% à la moyenne régionale

- Près de 1 000 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Sarthois, entre 2004 et 2008 (fig4).
- Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (13 %).
- La mortalité prématurée en Sarthe est supérieure à la moyenne régionale, de 4 % pour les hommes et de 9 % pour les femmes. Cette surmortalité résulte principalement de la forte mortalité par suicide et par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool chez les hommes et chez les femmes de moins de 65 ans du département.

Une mortalité prématurée évitable supérieure de 10 % à la moyenne régionale

- Environ 370 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et près de 80 % concernent des hommes.
- En Sarthe, la mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne régionale chez les hommes et de 12 % chez les femmes.

Une situation défavorable au Nord et au Sud du département

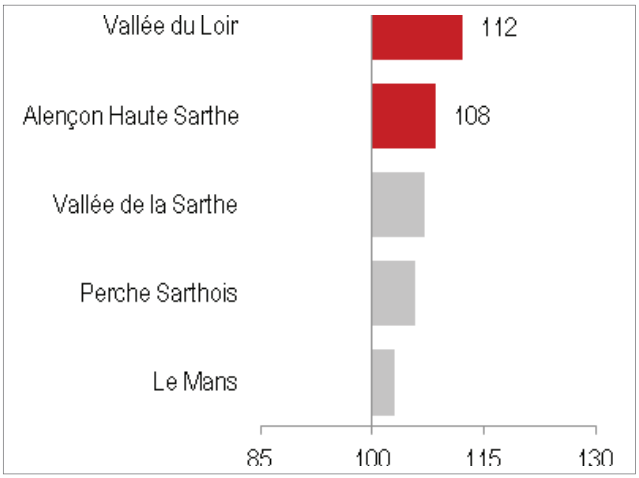
- La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux des cinq territoires du département : Vallée du Loir (+ 12 %) et Alençon Haute Sarthe (+ 8 %) (fig5).
- Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).
- Pour les trois autres territoires, la mortalité prématurée et la mortalité prématurée évitable, ne sont pas différentes de la moyenne régionale (fig5 et fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Alençon Haute Sarthe	123	551	674	18 %
Le Mans	452	1 629	2 081	22 %
Perche Sarthois	142	670	812	17 %
Vallée de la Sarthe	118	439	557	21 %
Vallée du Loir	145	733	878	17 %
Sarthe	980	4 023	5 003	20 %

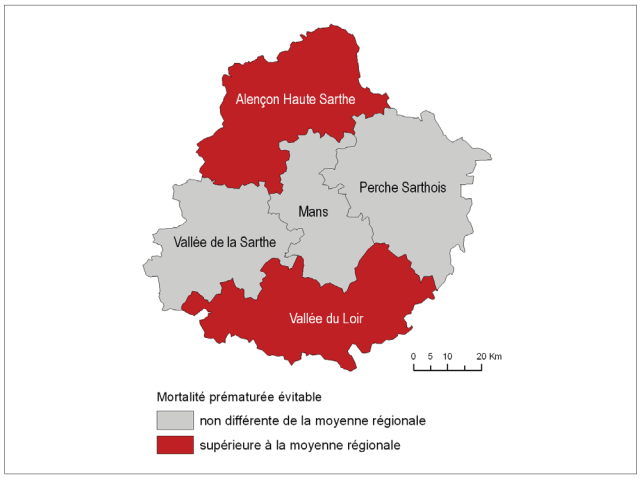
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

Environ 11 900 personnes résidant en Sarthe ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population départementale.

Les maladies cardiovasculaires (35 %), les cancers (24 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 74 % des admissions en ALD30 dans la population sarthoise (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

Une fréquence des admissions en ALD supérieure à la moyenne régionale…

Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est supérieure en Sarthe (+ 6 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.

Ce constat est lié notamment à une fréquence plus élevée des admissions pour maladies cardiovasculaires (+ 8 %), et plus particulièrement l'hypertension artérielle (+ 45 %), pour diabète (+ 11 %), affections psychiatriques de longue durée (+ 13 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (+ 7 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est inférieure de 4 % à la moyenne régionale.

… et dans la plupart des territoires

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement supérieure dans les territoires de :
- Alençon Haute Sarthe (+ 9 %),
- Le Mans (+ 7 %),
- Vallée du Loir (+ 5 %),
- Perche Sarthois (+ 3 %).

Par contre, la fréquence des admissions en ALD30 des habitants de la Vallée de la Sarthe est proche de la moyenne régionale (fig8).

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 00 de ce document.

Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Sarthe (2007-2009)

n° ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	7	53	333	359	752
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	2	4	20	27	54
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiq.	1	31	580	380	992
5 - Insuffisance cardiaque, tbles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	50	79	731	1 145	2 005
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	84	275	39	400
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un trait. prolongé, infection VIH	21	67	39	1	128
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	36	268	2 214	571	3 088
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	68	125	158	56	407
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8	6	3	1	18
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	8	19	31	8	67
12 - Hypertension artérielle sévère	2	53	1 061	764	1 880
13 - Maladie coronaire	1	111	1 259	627	1 998
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	45	52	298	198	592
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	144	937	1 081
16 - Maladie de Parkinson	0	2	107	158	267
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	18	38	73	9	138
18 - Mucoviscidose	5	2	0	0	7
19 - Néphropathie chroniq. grave et syndrome néphrotiq. primitif	13	33	104	111	261
20 - Paraplégie	3	15	22	8	47
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	3	24	35	13	74
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12	62	185	50	309
23 - Affections psychiatriques de longue durée	185	677	664	153	1 679
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	6	109	50	7	172
25 - Sclérose en plaques	0	58	35	1	94
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	33	13	1	0	46
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	74	47	3	124
28 - Suites de transplantation d'organe	1	1	6	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	4	34	22	9	69
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	36	492	4 077	1 571	6 176
Total	568	2 587	12 572	7 207	22 934

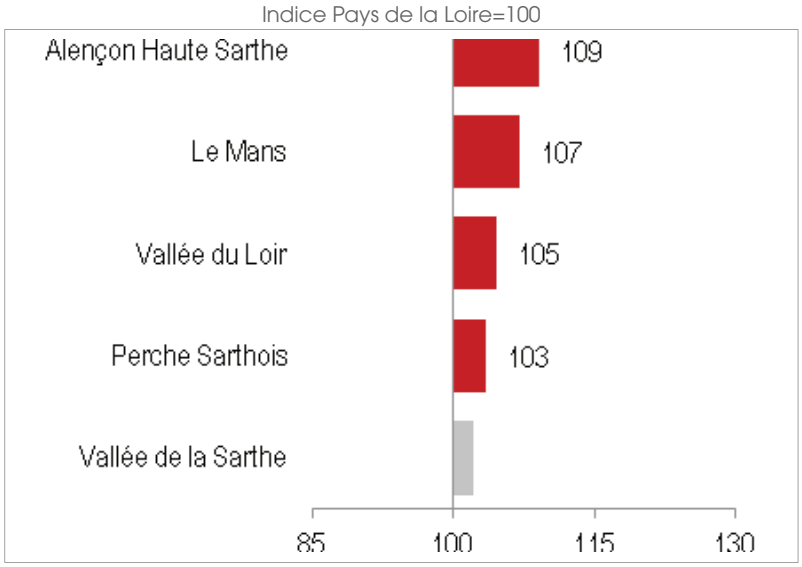
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

>>>

Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

Cancers : 2 800 admissions en ALD et 1 400 décès chaque année

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (2 760 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (1 410 décès annuels) (fig9).

Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal, le cancer du poumon et les cancers des voies aérodigestives supérieures. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (191 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (112 décès annuels).

Une mortalité par cancer proche de la moyenne régionale

La mortalité par cancer des habitants du département est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes..

Les admissions en ALD pour cancer plutôt moins fréquentes en Sarthe qu'au niveau régional

Globalement, la fréquence des admissions en ALD pour cancer en Sarthe est inférieure de 4 % à la moyenne régionale. Le taux d'admissions en ALD est inférieur de 5 % à la moyenne régionale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Deux territoires se distinguent par des indicateurs plus favorables que la moyenne régionale

Dans les territoires du département, la mortalité par cancer est proche de la moyenne régionale, à l'exception de celui du Perche Sarthois où une sous-mortalité est observée (- 7 %) (fig10).

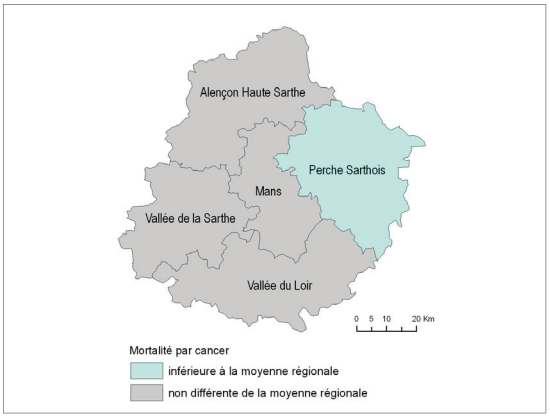
L'analyse des données d'admissions en ALD met en évidence une moindre fréquence des admissions en ALD pour cancers dans le territoire d'Alençon Haute Sarthe (fig11).

Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Sarthe

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	1 169	-	1 067	-	166	-
Sein	14	1 110	13	1 201	4	221
Côlon-rectum	415	355	346	292	164	155
Poumon	445	136	321	102	358	107
VADS, œsophage	403	79	330	62	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	147	105	116	91	48	43
Mélanome de la peau	113	138	84	106	20	19
Foie	184	31	125	24	175	39
Rein	131	70	106	62	47	22
Vessie	142	37	166	40	49	20
Leucémie	83	62	100	76	56	41
Pancréas	76	65	59	50	72	67
Thyroïde	36	103	28	90	2	4
Estomac	83	41	59	36	60	34
Corps utérus	-	97	-	145	-	49
Col utérus	-	48				
Ovaire	-	91	-	79	-	63
Autres	645	400	354	324	335	207
Total	4 086	2 968	3 274	2 780	1 724	1 123

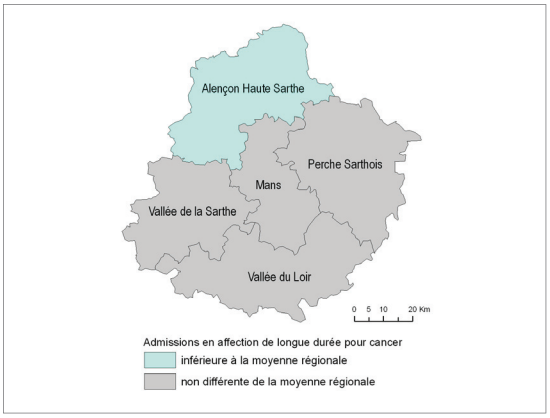
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Une mortalité par cancer du poumon supérieure chez les hommes

- Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon est supérieure de 7 % à la moyenne régionale. Chez les femmes, elle n'est pas significativement différente de cette moyenne.

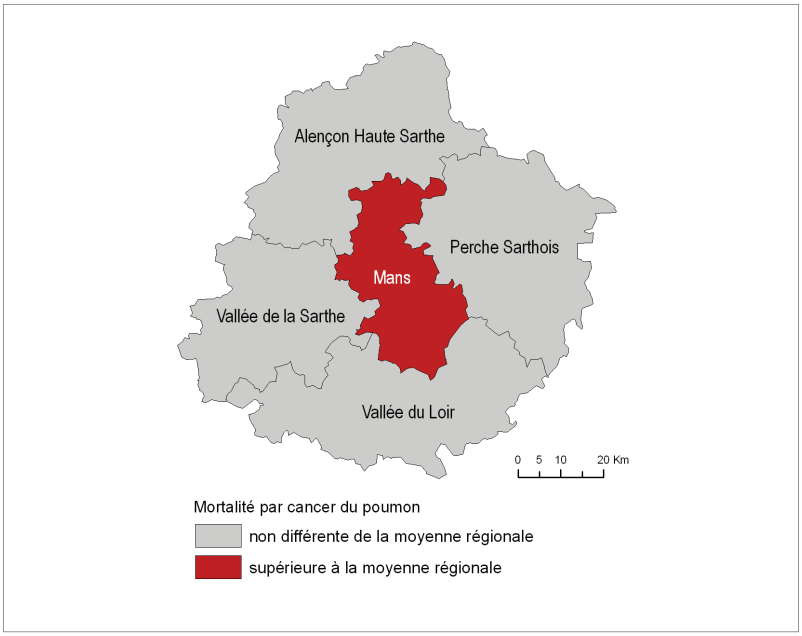
Une mortalité par cancer du poumon supérieure chez les hommes

- L'analyse territoriale des données de mortalité montre une surmortalité par cancer du poumon pour les habitants du territoire du Mans (+ 9 %). Pour les autres territoires du département, la mortalité est proche de la moyenne régionale (fig12).: Centre Sarthe et Sud Sarthe.
- La situation défavorable de l'agglomération mancelle, observée pour la mortalité, n'est toutefois pas retrouvée par l'analyse des données d'admissions en ALD.

Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures proche de la moyenne régionale

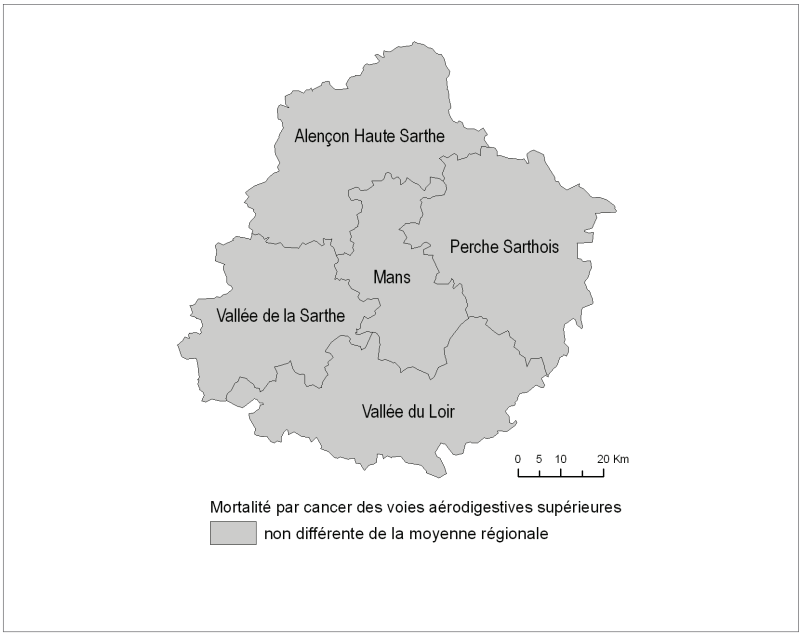
- La mortalité ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des Sarthois ne sont pas significativement différentes de la moyenne régionale.
- L'analyse infra-départementale des données de mortalité et d'admissions en ALD pour ces cancers ne montre également aucune différence significative entre les territoires du département et la région (fig13).

Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

Cancer du sein : une situation départementale proche de la moyenne régionale…

La mortalité, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes du département, sont proches de la moyenne régionale.

… mais un territoire avec une forte surmortalité

L'analyse territoriale des données de mortalité par cancer du sein montre par contre une surmortalité liée à cette affection pour les habitantes de la Vallée du Loir (+ 26 %) (fig14).

Cette situation défavorable n'est toutefois pas retrouvée par l'analyse territoriale des données d'admissions en ALD pour ce cancer.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1989 en Sarthe. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 65 % sur la période 2009-2010. Ce taux est proche à la moyenne régionale (64 %), et supérieur à la moyenne nationale (52 %).

Cancer du côlon-rectum : une situation plutôt favorable dans le département…

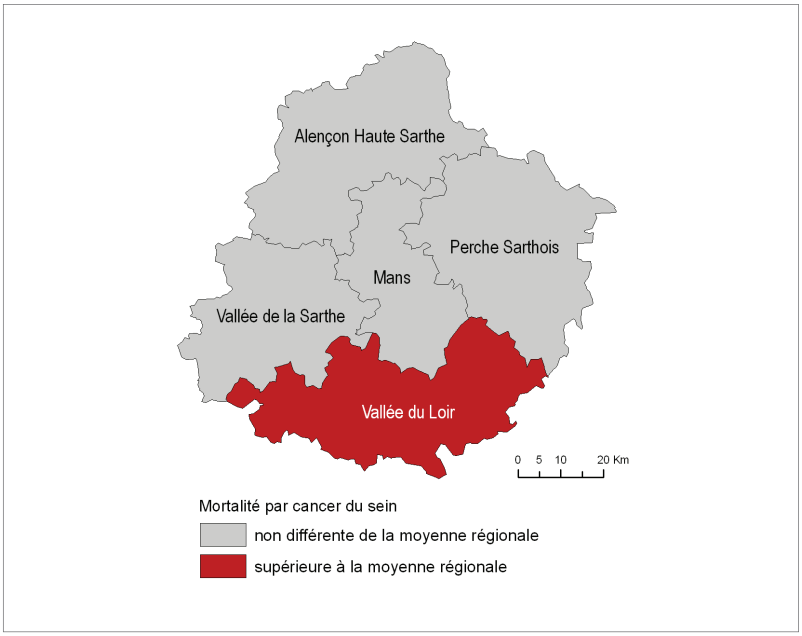
La mortalité par cancer du côlon-rectum des habitants de Sarthe, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour ce cancer, sont inférieurs à la moyenne régionale (respectivement - 7 % et - 13 %).

… en particulier dans l'agglomération mancelle

Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à l'exception de celui du Mans où une sousmortalité pour ce cancer est observée (- 15 %) (fig15).

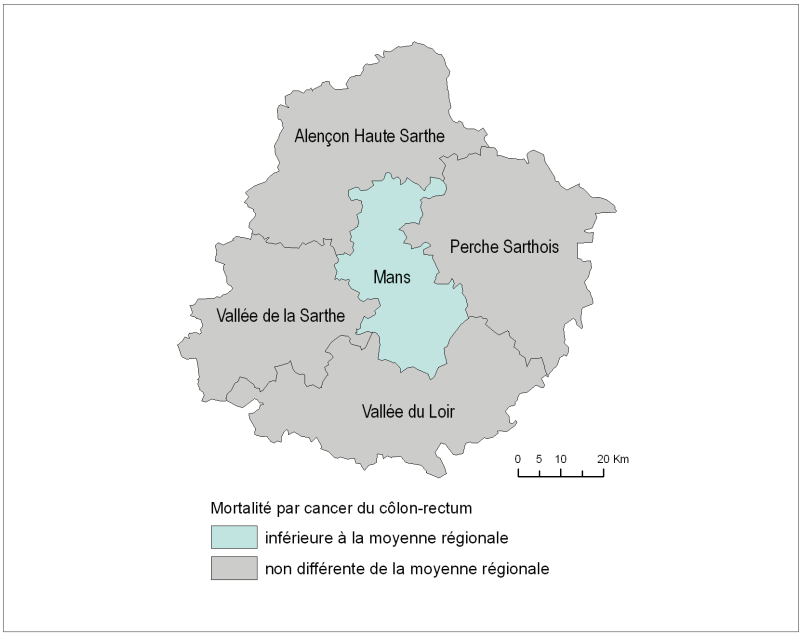
Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Sarthe. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 39 % sur la période 2009-2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (43 %) mais supérieur à la moyenne nationale (34 %).

Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

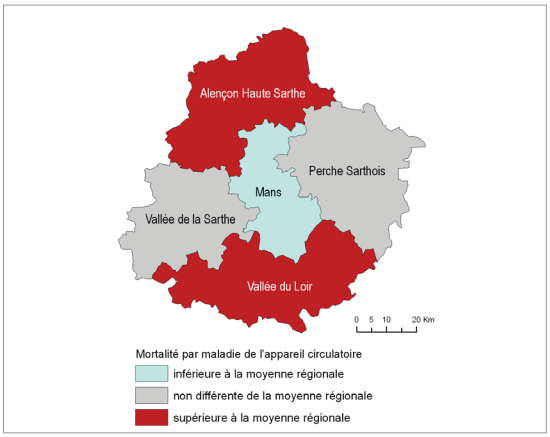
Une situation qui semble plutôt moins favorable qu'au niveau régional

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (4 040 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (1 400 décès annuels, dont 120 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale. La mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, pour ces affections est par contre supérieure de 8 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est significativement supérieure de 8 % à la moyenne régionale.

Des situations contrastées dans les territoires

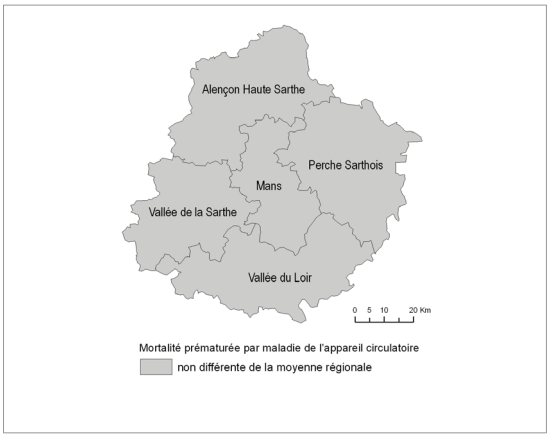
- Deux territoires du département connaissent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) supérieure à la moyenne régionale : Vallée du Loir (+ 11 %) et Alençon Haute Sarthe (+ 8 %). Le territoire de l'agglomération mancelle présente par contre une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 11 %) (fig16).
- Pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, l'analyse territoriale ne montre aucune différence significative avec la moyenne régionale (fig17).
- Enfin, les taux d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaire sont significativement supérieurs à la moyenne régionale dans l'ensemble des territoires du département, à l'exception de la Vallée de la Sarthe. Pour le territoire d'Alençon Haute Sarthe, l'écart avec la moyenne régionale est particulièrement marqué (+ 25 %).,

Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN SARTHE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

Des admissions en ALD pour diabète plus fréquentes qu'au niveau régional

- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est supérieur de 11 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.
- Cette plus grande fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvé de façon significative dans quatre des cinq territoires du département : Alençon Haute Sarthe, Perche Sarthois, Vallée du Loir et Le Mans.
- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 1 800 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité supérieure de 13 % à la moyenne régionale

Environ 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Sarthe entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (75 %) concernent des hommes (fig18).

La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Sarthe est supérieure de 13 % à la moyenne régionale. Cette surmortalité se retrouve chez les femmes (+ 26 %) et chez les hommes (+ 9 %), ce dernier écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif.

Un territoire particulièrement touché

Un des cinq territoires du département présente une mortalité significativement supérieure à la moyenne régionale : la Vallée du Loir (+ 27 %) (fig19)

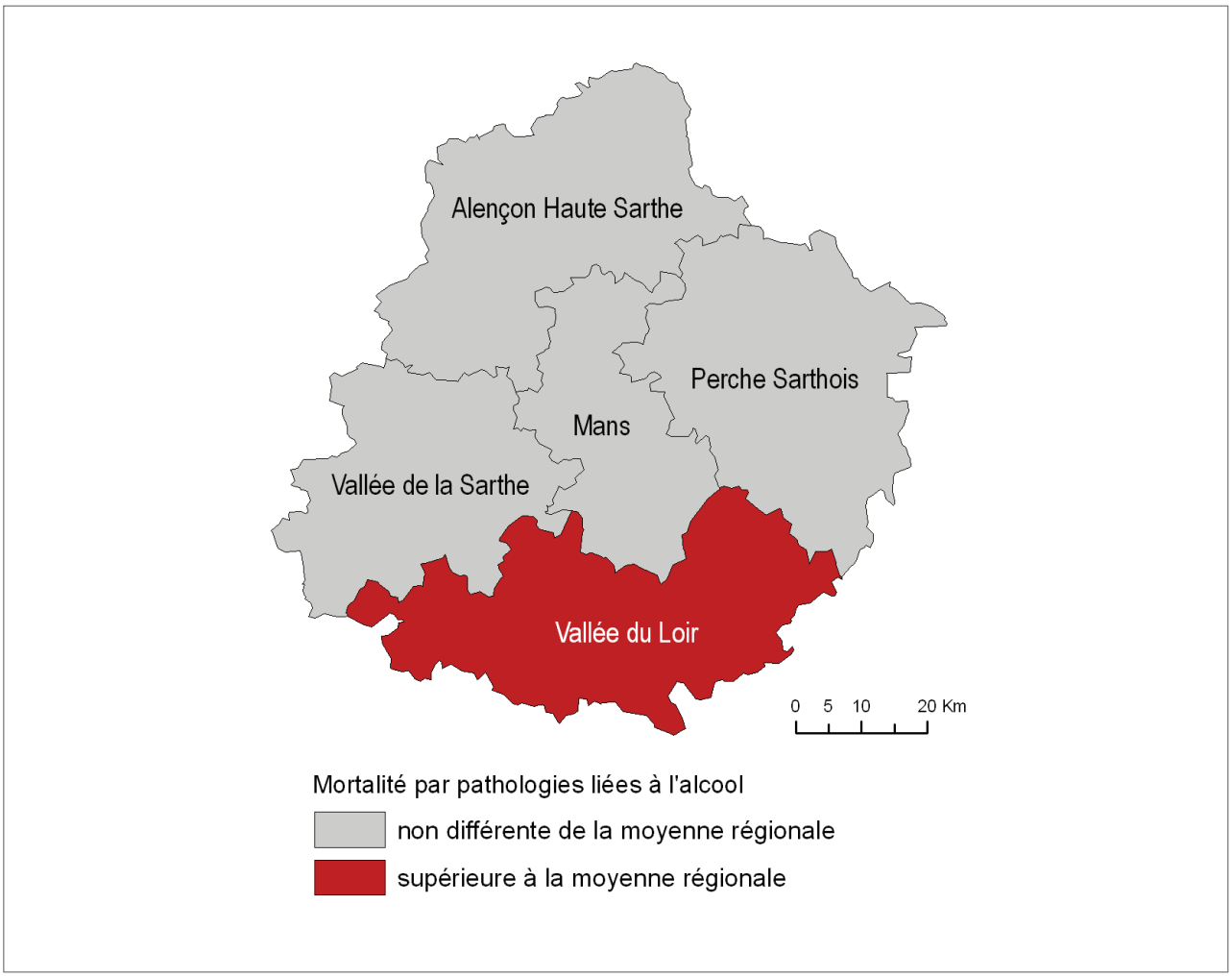
La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 31 % des accidents mortels survenus en Sarthe entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Sarthe (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	10	3
45-54 ans	24	8
55-64 ans	25	8
65-74 ans	18	7
75 ans et +	15	5
Total	94	31

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES SUICIDES EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

Une mortalité par suicide supérieure de 26 % à la moyenne régionale

- 150 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Sarthe entre 2004 et 2008. 72 % de ces décès concernent des hommes (fig20).
- La mortalité par suicide en Sarthe est supérieure de 26 % à la moyenne régionale (+ 20 % pour les hommes, + 42 % pour les femmes).

Une situation défavorable dans tous les territoires

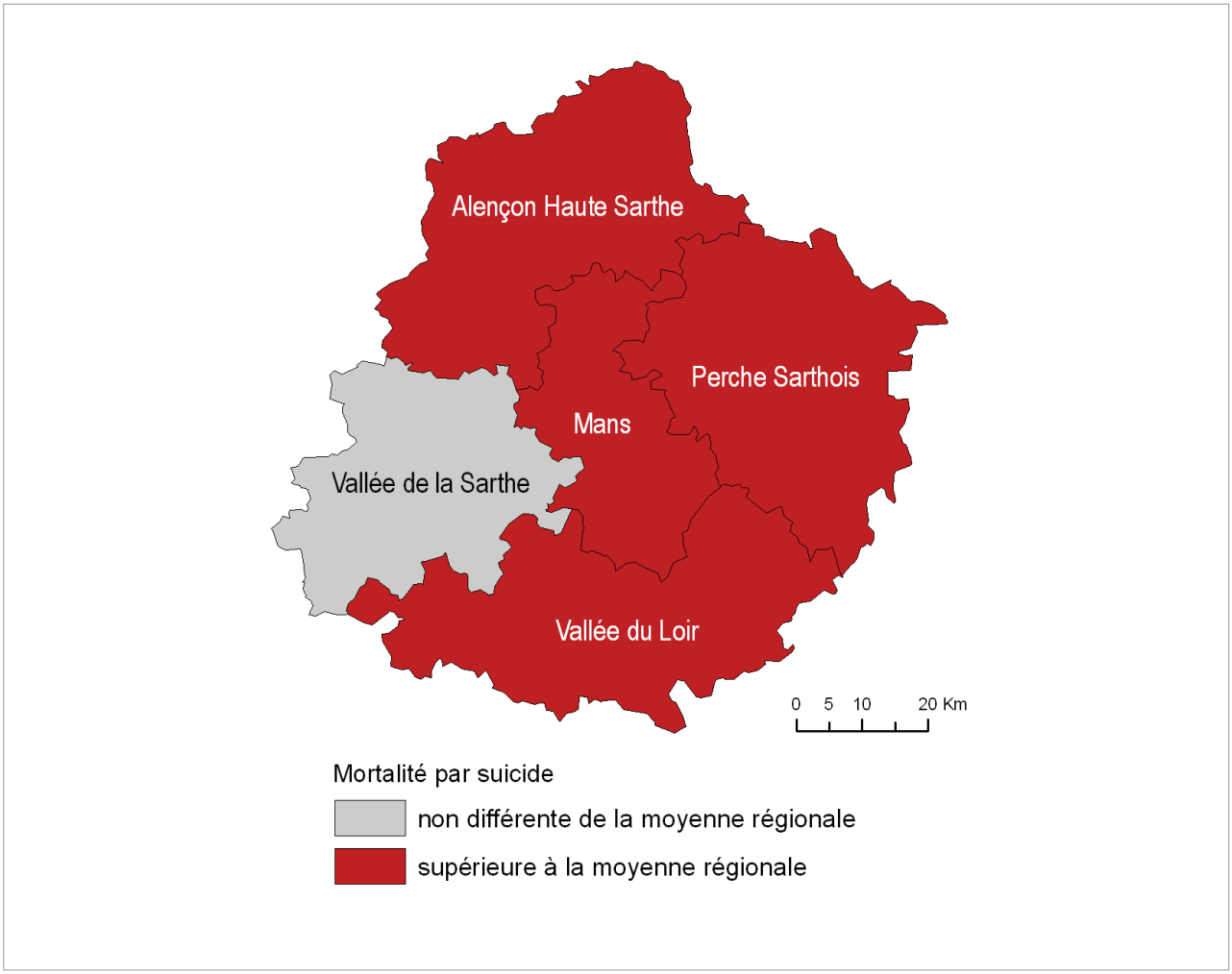
- Cette surmortalité par suicide se retrouve de façon significative dans quatre territoires du département. Elle est particulièrement marquée pour trois d'entre eux :
  - Perche Sarthois (+ 60 %),
  - Alençon Haute Sarthe (+ 39 %),
  - Vallée du Loir (+ 34 %),
  - Mans (+ 12 %).
- Le territoire de la Vallée de la Sarthe présente également une mortalité par suicide supérieure à la moyenne régionale (+ 13 %), mais cet écart n'est pas statistiquement significatif (fig21).

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Sarthe (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	3	1
25-34 ans	11	3
35-44 ans	19	4
45-54 ans	25	9
55-64 ans	13	7
65-74 ans	13	7
75 ans et +	25	12
Total	109	43

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

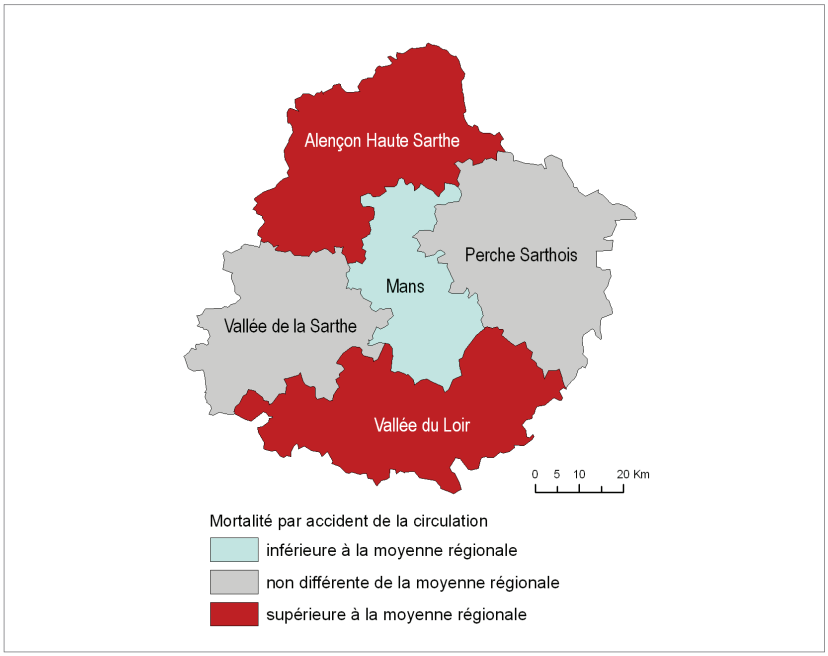
Une mortalité par accident de la circulation plutôt supérieure à la moyenne régionale

- 49 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Sarthe entre 2004 et 2008. 78 % de ces décès concernent des hommes.
- La mortalité par accident de la circulation en Sarthe est supérieure de 9 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

Seul le territoire du Mans semble épargné

- Par rapport à la moyenne régionale, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accident de la circulation est significativement inférieure dans l'agglomération mancelle (- 24 %).
- Par contre, deux territoires du département sedistinguent par une mortalité par accident de la circulationnettement supérieure à la moyenne régionale : AlençonHaute Sarthe (+ 44 %) et Vallée du Loir (+ 46 %)

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

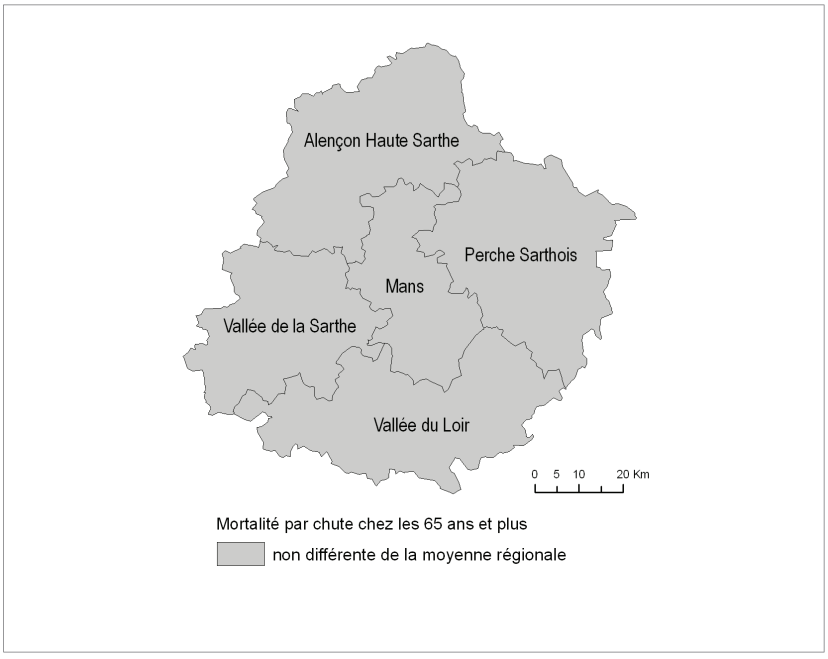
Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans proche de la moyenne régionale…

- Entre 2004 et 2008, 78 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Sarthe. 62 % de ces décès concernent des femmes
- En Sarthe, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

… dans l'ensemble des territoires du département

- Pour les cinq territoires du département, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig23).

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 97 % de la population de la Sarthe. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois

principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida.

Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Eléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Sarthe. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé du Mans. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Sablé/La Flèche. 75 p.

- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr

- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.score-sante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

La Vendée présente une mortalité générale proche de la moyenne régionale chez les hommes, et supérieure à cette moyenne chez les femmes. La mortalité prématurée est proche de la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont par contre moins fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers, et en particulier de cancers du poumon chez les femmes, et de décès par accident de la circulation. L'analyse de ces données au niveau de huit territoires infra départementaux met en évidence des situations contrastées. Les territoires de Challans-Beauvoir- Monts et du Littoral-St Gilles-Olonnes se distinguent par une mortalité prématurée et une mortalité prématurée évitable significativement supérieures à la moyenne régionale.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Vendée, à partir d'une analyse des données de mortalité, d'admissions en affection de longue durée (ALD) et d'incidence des cancers. La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

Une mortalité générale en baisse

En Vendée comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 23 % chez les hommes (- 25 % en Pays de la Loire) et de 18 % seulement chez les femmes (- 23 %) (fig1).

Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 34 %) et les cancers (- 15 %).

Une mortalité générale supérieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

La baisse de la mortalité a été un peu moins marquée en Vendée que dans l'ensemble des Pays de la Loire. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des femmes et des hommes du département qui était légèrement inférieure à la moyenne régionale au début des années 1990 est désormais, sur la période récente 2004-2008, supérieure de 3 % à cette moyenne chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes (fig1)1990 (fig1).

Quatre territoires présentent une surmortalité

Dans quatre des huit territoires du département, la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale : Sud Vendée-Fontenay (+ 8 %), Montaigu (+ 7 %), Challans- Beauvoir-Monts (+ 6 %), Sud Vendée-Luçon (+ 5 %). Les quatre autres territoires présentent une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

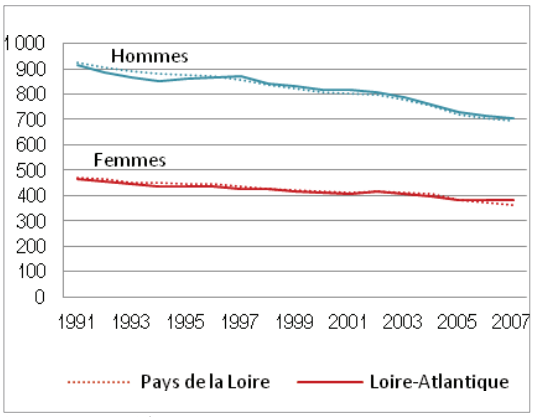
Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

Comme en France et dans la région, les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des habitants de la Vendée.

Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 7 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

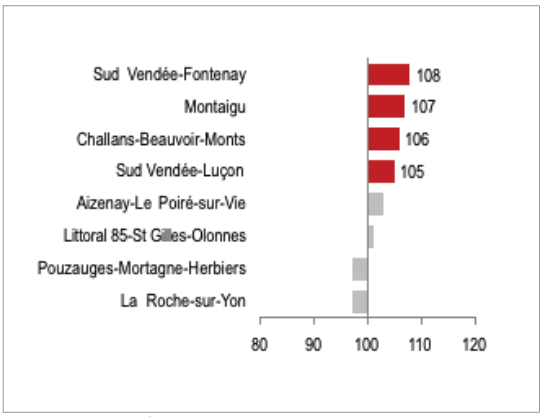
Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 3,3 % des décès masculins et 0,9 % des décès féminins (fig3).

Fig1. Evolution du taux standardisé de mortalité générale Vendée, Pays de la Loire (1991- 2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Vendée

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 050	35,5	650	24,6
dont : - poumon	214	7,2	62	2,3
- côlon - rectum	111	3,8	87	3,3
- VADS, œsophage	88	3,0	16	0,6
- sein	3	0,1	128	4,8
- prostate	116	3,9	-	-
Maladies appareil circulatoire	731	24,7	819	31,0
dont : - cardio. ischémiques	228	7,7	185	7,0
- mal. vascul. cérébrales	165	5,6	210	8,0
Traumatismes et empoisonnements	258	8,7	156	5,9
dont : - accidents vie courante	102	3,5	103	3,9
- suicides	100	3,4	27	1,0
- accidents circulation	43	1,5	16	0,6
Maladies appareil respiratoire	172	5,8	173	6,6
Pathologies liées à l'alcool*	96	3,3	24	0,9
Sida	3	0,1	1	0,0
Autres causes	645	21,8	816	30,9
Toutes causes	2 955	100,0	2 639	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS
* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

Une mortalité prématurée proche de la moyenne régionale

- 1 040 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée, entre 2004 et 2008 (fig4).
- Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (12 %).

Une mortalité prématurée évitable proche de la moyenne régionale

- Environ 380 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 79 % concernent des hommes.
- Comme la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable dans le département est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une mortalité prématurée inférieure à la moyenne…

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée est significativement inférieure dans les territoires de Pouzauges-Mortagne- Herbiers (- 17 %) et Aizenay-Le Poiré-sur-Vie (- 10 %) (fig5).

… peu différente de cette moyenne…

La mortalité prématurée est proche de la moyenne régionale pour les habitants des territoires de :
- Sud Vendée-Fontenay,
- La Roche-sur-Yon,
- Montaigu,
- et Sud Vendée-Luçon.

… et supérieure à la moyenne

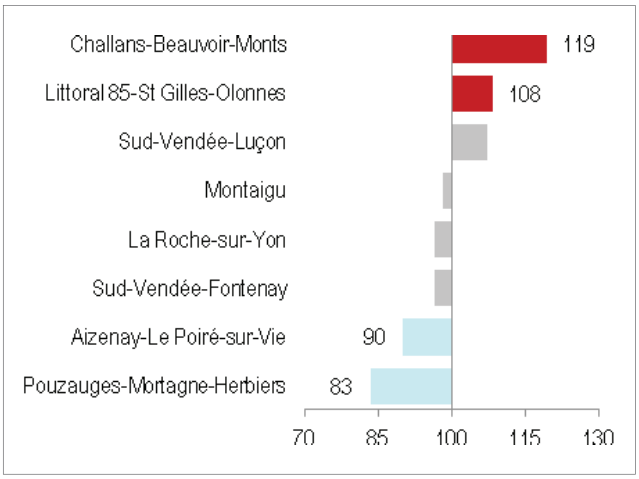
- En revanche, la mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans les territoires de Challans-Beauvoir-Monts (+ 19 %), et Littoral -St Gilles-Olonnes (+ 8 %).
- Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Aizenay-Le Poiré-sur-Vie	79	324	403	20 %
Challans-Beauvoir-Monts	148	595	743	20 %
La Roche-sur-Yon	188	621	809	23 %
Littoral 85-St Gilles-Olonnes	209	1 049	1 258	17 %
Montaigu	87	347	434	20 %
Pouzauges-Mortagne-Herbiers	102	436	538	19 %
Sud Vendée-Fontenay	109	603	712	15 %
Sud Vendée-Luçon	115	581	696	17 %
Vendée	1 037	4 557	5 594	19 %

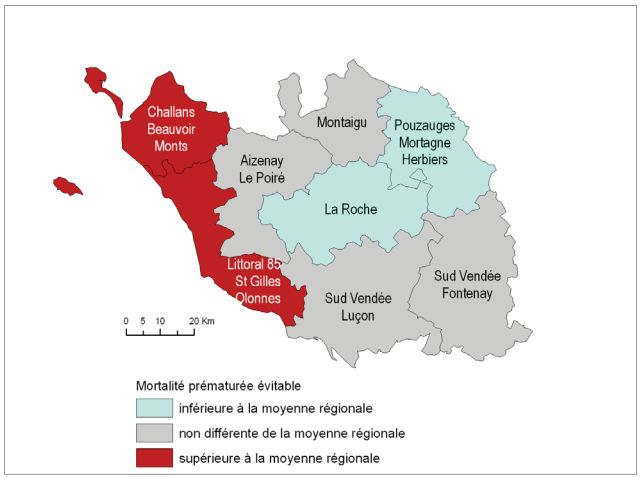
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

- Environ 12 000 personnes résidant en Vendée ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population départementale (fig7).
- Les maladies cardiovasculaires (32 %), les cancers (30 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 77 % des admissions en ALD30 dans la population de la Vendée (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale…

- Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 en Vendée est inférieure (- 6 %), sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.
- Ce constat est lié notamment à une moindre fréquence des admissions pour maladies cardiovasculaires (- 13 %), affections psychiatriques de longue durée (- 10 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (- 16 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne régionale.

… et dans la plupart des territoires

- Seul le territoire de Challans-Beauvoir-Monts présente une fréquence d'admissions en ALD30 supérieure à la moyenne régionale (+ 3 %). Dans les autres territoires du département, la fréquence de ces admissions est inférieure à la moyenne régionale.

Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Vendée (2007-2009)

n° ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	6	22	199	192	420
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	1	2	13	13	29
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiq.	0	16	294	191	502
5 - Insuffisance cardiaque, tbles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	25	34	433	661	1 153
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3	38	147	14	201
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un trait. prolongé, infection VIH	2	23	12	0	36
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	17	122	1 259	399	1 797
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	28	44	79	25	176
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	2	2	1	0	4
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2	7	9	2	20
12 - Hypertension artérielle sévère	0	13	410	359	781
13 - Maladie coronaire	0	44	624	328	997
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	12	14	124	107	257
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	0	76	439	515
16 - Maladie de Parkinson	0	0	61	71	133
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	12	19	38	3	72
18 - Mucoviscidose	2	0	0	0	2
19 - Néphropathie chroniq. grave et syndrome néphrotiq. primitif	4	13	37	53	106
20 - Paraplégie	2	8	9	5	24
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	0	11	25	9	44
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	3	39	106	28	176
23 - Affections psychiatriques de longue durée	60	280	302	85	728
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	3	58	34	3	98
25 - Sclérose en plaques	0	21	16	0	38
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	24	7	0	0	32
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	41	23	0	64
28 - Suites de transplantation d'organe	0	1	2	0	3
29 - Tuberculose active, lèpre	1	4	9	3	18
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	21	236	2 296	1 036	3 589
Total	231	1 120	6 637	4 028	12 016

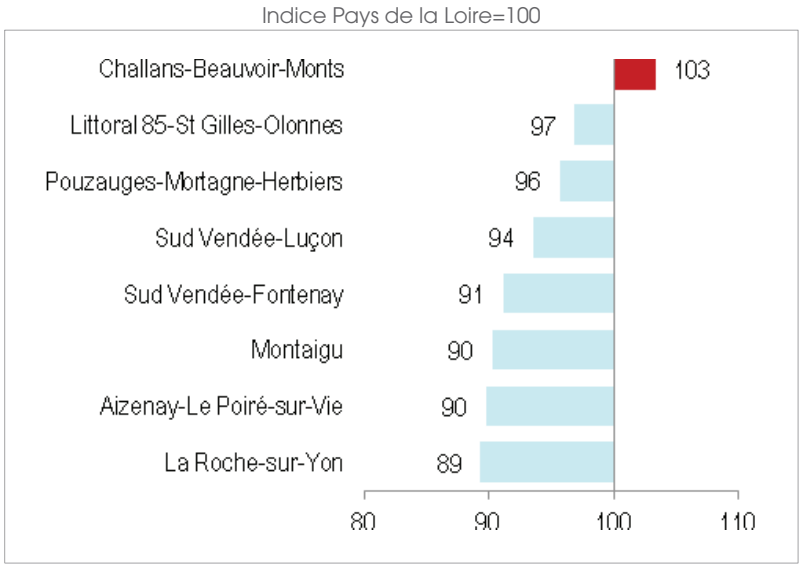
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

>>>

Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007. significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

3 600 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année

3 610 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Vendée entre 2006 et 2008, selon le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (3 400 admissions annuelles pour les trois principaux régimes) et la première cause de décès (1 700 décès annuels) (fig9)

Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (210 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (130 décès annuels) (fig9).

Cancers : une situation qui semble moins favorable qu'au niveau régional…

Chez les femmes du département, le taux d'incidence des cancers mesuré par le Registre des cancers, ainsi que le taux de mortalité sont supérieurs de 4 % à la moyenne régionale.

Chez les hommes, le taux de mortalité pour les cancers est également supérieur à la moyenne régionale de 4 %. Mais, le taux masculin d'incidence des cancers, mesuré par le Registre des tumeurs, est inférieur à la moyenne régionale sur la période 2006-2008 (- 4 %).

… et dans certains territoires

La mortalité par cancer est supérieure à la moyenne régionale dans quatre territoires du département :
- Montaigu (+ 14 %),
- Challans-Beauvoir-Monts (+ 10 %),
- Sud Vendée-Luçon (+ 9 %),
- Littoral85-St Gilles-Olonnes (+ 7 %) (fig10).

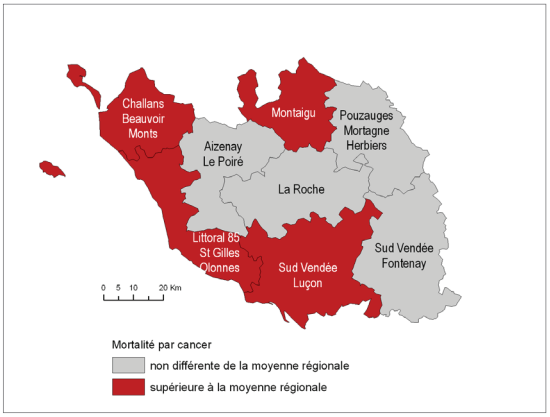
L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les territoires de Challans-Beauvoir-Monts et Littoral85-St Gilles-Olonnes (fig11).

Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Vendée

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	
Prostate	587	-	659	-	116	-
Sein	5	531	7	602	3	128
Côlon-rectum	244	190	224	163	111	87
Poumon	211	59	182	54	214	62
VADS, œsophage	190	31	168	30	88	16
Lymphome malin non hodgkinien	73	63	67	55	29	23
Mélanome de la peau	45	47	35	55	11	10
Thyroïde	22	65	17	76	2	3
Foie	74	8	59	8	97	21
Rein	57	23	70	34	33	14
Vessie	62	14	113	27	30	13
Pancréas	40	31	35	31	52	42
Estomac	45	19	36	20	44	20
Leucémies	37	22	56	47	34	25
Corps utérus	-	57	-	95	-	25
Col utérus	-	19				
Ovaire	-	42	-	33	-	38
Autres	420	276	212	174	186	123
Total	2 112	1 497	1 940	1 504	1 050	650

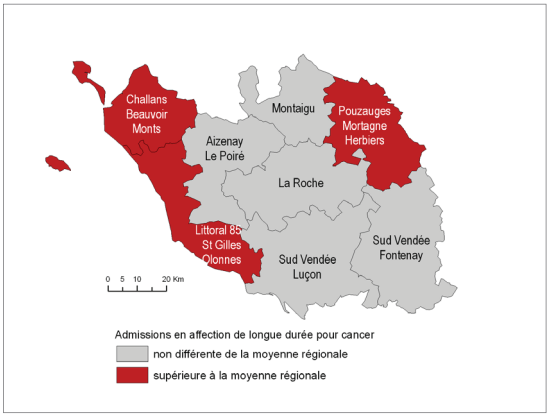
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Une mortalité par cancer du poumon supérieure à la moyenne régionale chez les femmes

- Chez les hommes de Vendée, le taux d'incidence du cancer du poumon, mesuré par le Registre des cancers sur la période 2006-2008, est inférieur de 9 % à la moyenne régionale.
- Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon, mesuré par le Registre des cancers, est par contre supérieur de 5 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif. La mortalité est significativement supérieure à la moyenne régionale de 13 % sur la période 2004-2008.

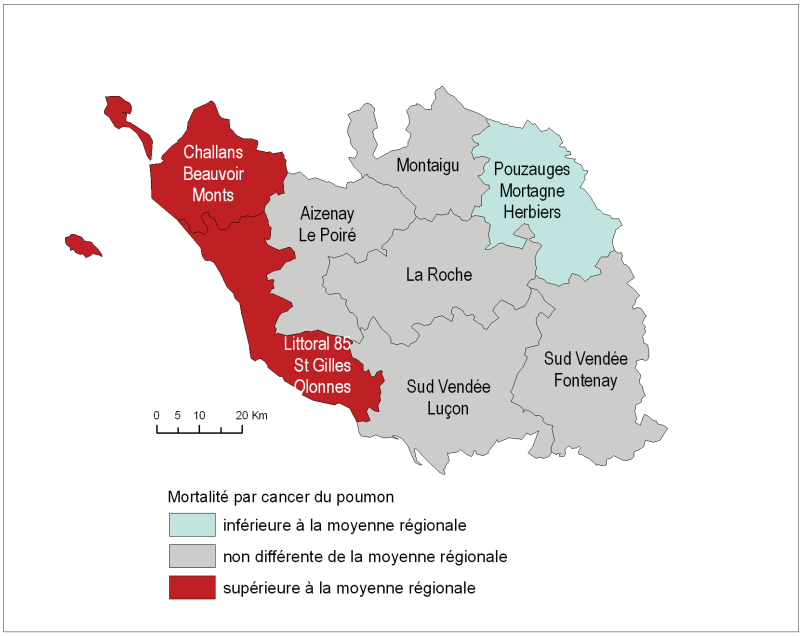
Les territoires littoraux les plus touchés

- A structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : Littoral-St Gilles-Olonnes (+ 30 %) et Challans-Beauvoir- Monts (+ 18 %) (fig12).
- A l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans le territoire Pouzauges-Mortagne- Herbiers (- 24 %).
- L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans le territoire Littoral-St Gilles-Olonnes.

Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures proche de la moyenne régionale

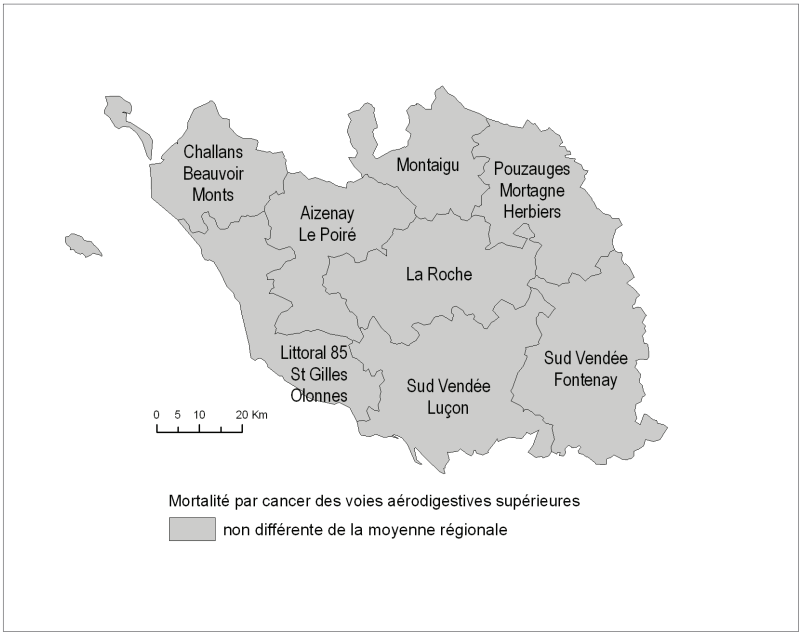
- La fréquence des admissions en ALD ainsi que la mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants de la Vendée sont proches de la moyenne régionale. Les données du Registre confirment ce constat.
- L'analyse infra-départementale montre que les taux d'admissions en ALD et de mortalité pour ces cancers ne sont pas statistiquement différents de la moyenne régionale (fig13).
- Toutefois, la situation apparaît moins favorable dans le territoire de Challans-Beauvoir-Monts qui présente des taux d'admissions en ALD et de mortalité pour les cancers des VADS supérieurs de plus de 15 % à la moyenne régionale (bien que ces écarts ne soient pas statistiquement significatifs).

Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

Cancer du sein : une situation assez proche de la moyenne régionale…

La fréquence des admissions en ALD et la mortalité pour le cancer du sein, parmi les femmes de la Vendée, ne sont pas significativement différentes de la moyenne régionale. Il convient toutefois de noter que le taux d'incidence, mesuré par la Registre des cancers sur la période 2006- 2008, est inférieur à la moyenne régionale (- 6 %).

… mais un territoire avec une forte surmortalité

La mortalité par cancer du sein est nettement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire de Montaigu (+ 33 %) (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 2002 en Vendée. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 60 % sur la période 2009-2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (64 %), mais supérieur à la moyenne nationale (52 %).

Cancer du côlon-rectum : une situation assez proche de la moyenne régionale…

Le taux d'incidence des cancers colorectaux, mesuré par le Registre des tumeurs sur la période 2006-2008, est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

La fréquence des admissions en ALD pour ces cancers est significativement supérieure à la moyenne régionale sur la période 2007-2009 (+ 6 %).

Enfin, la mortalité liée à ces affections n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes, sur la période 2004- 2008.

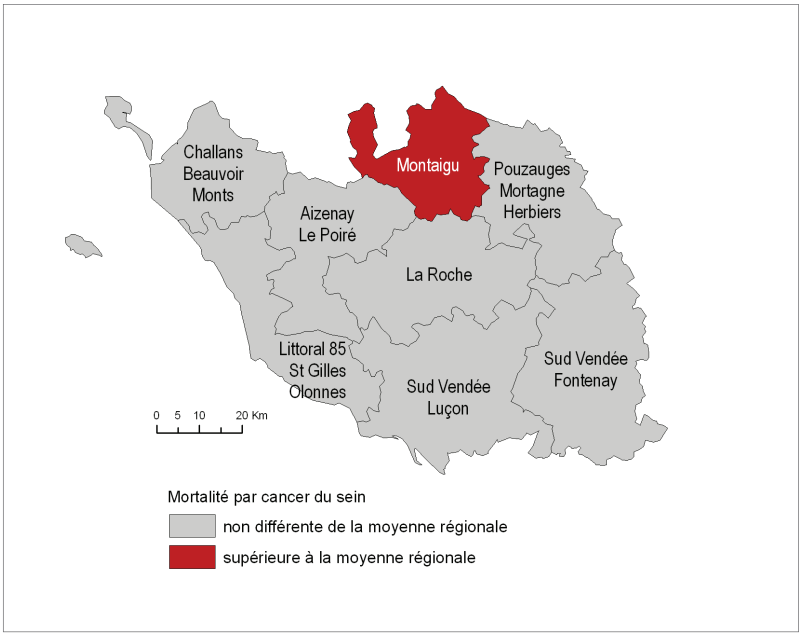
… mais une forte surmortalité au Nord-Est du département

La mortalité par cancer du côlon-rectum est nettement supérieure à la moyenne régionale dans les deux territoires situés au Nord-Est du département :

- Montaigu (+ 29 %),
- et Pouzauges-Mortagne-Herbiers (+ 25 %) (fig15).

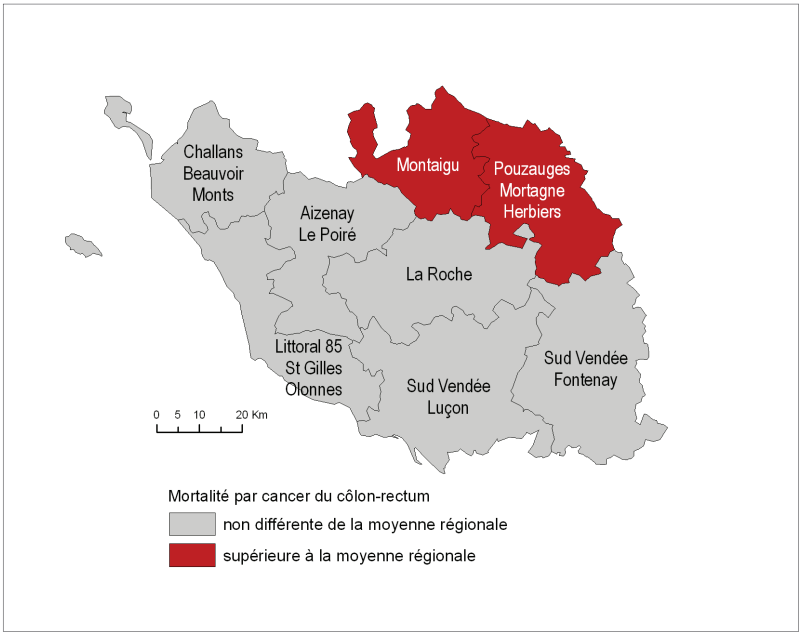
Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2007 en Vendée. Comme dans les Pays de la Loire, le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 43 % en Vendée sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (34 %).

Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

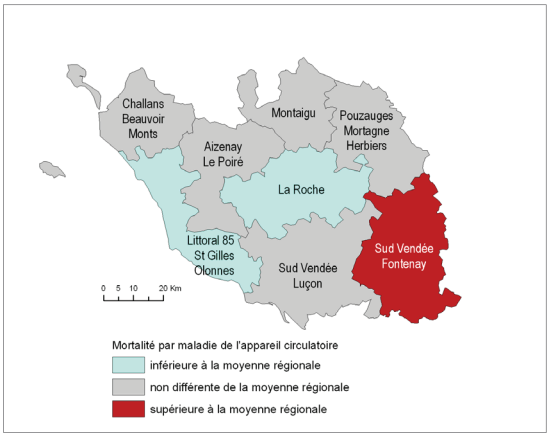
Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (3 700 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie).
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est inférieure de 13 % à la moyenne régionale.
- Ce constat se retrouve dans l'ensemble des territoires du département, à l'exception du territoire de Challans - Beauvoir-Monts qui présente un taux proche de cette moyenne.

Mais une mortalité prématurée et une mortalité globale proches de cette moyenne

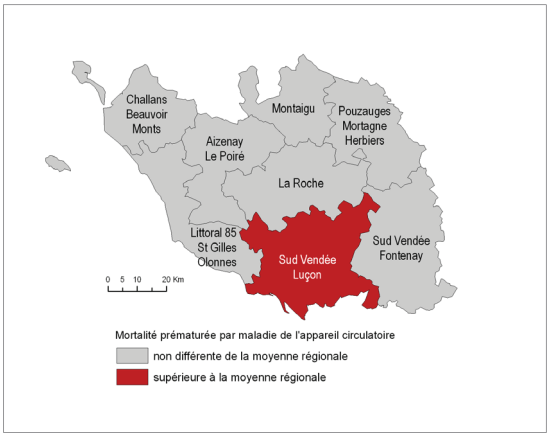
- Les maladies cardiovasculaires constituent la seconde cause de décès dans la population vendéenne (1 550 décès annuels, dont 120 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire, ainsi que la mortalité cardiovasculaire avant 65 ans sont, dans le département, proches de la moyenne régionale.
- L'analyse territoriale met en évidence une surmortalité prématurée dans le territoire Sud Vendée-Luçon (+ 37 %, fig17) et une surmortalité tous âges dans le territoire Sud Vendée-Fontenay (+ 10 %, fig16). Deux territoires connaissent par contre une mortalité cardiovasculaire tous âges inférieure à la moyenne régionale : La Roche-sur-Yon (- 11 %) et Littoral-St Gilles- Olonnes (- 5 %).

Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN VENDÉE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

Une fréquence des admissions en ALD pour diabète proche de la moyenne régionale

Le diabète a été à l'origine en moyenne de 1 800 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30.

Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est proche de la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

La fréquence des admissions en ALD pour diabète est inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : La Roche-sur-Yon et Littoral-St Gilles-Olonnes. En revanche, le territoire de Challans-Beauvoir-Monts présente un taux d'admissions en ALD pour diabète supérieur à la moyenne régionale.

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée directement à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité proche de la moyenne régionale

- 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (80 %) concernent des hommes (fig18).
- La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Vendée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

Un territoire en sous-mortalité

- Le territoire de Sud Vendée-Fontenay présente une mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne régionale (- 26 %) (fig19).

Dans les territoires de Challans-Beauvoir-Monts et Littoral 85-St Gilles-Olonnes, cette mortalité est supérieure d'environ 15 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif

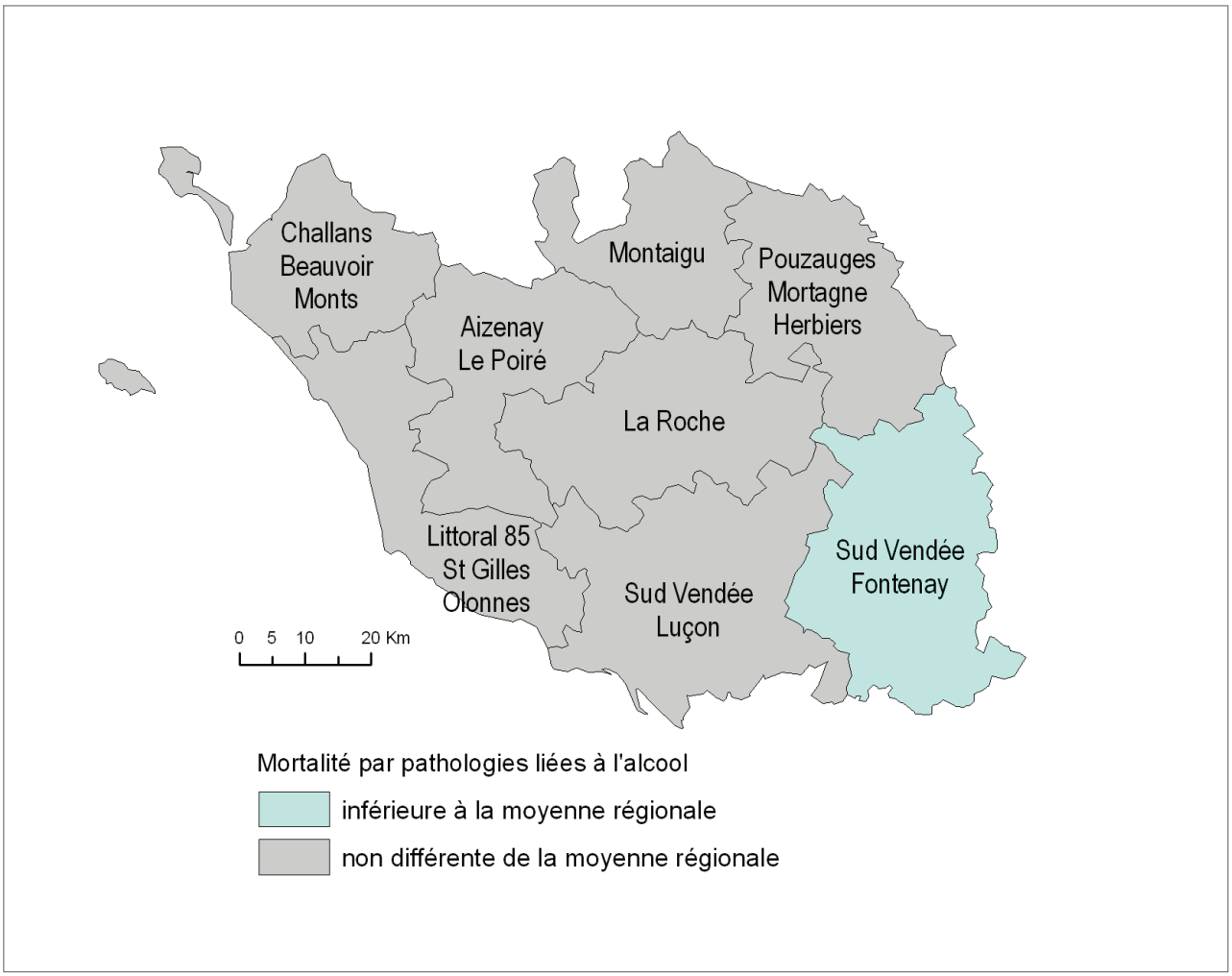
La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 34 % des accidents mortels survenus en Vendée entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Vendée (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	7	2
45-54 ans	21	6
55-64 ans	27	7
65-74 ans	25	6
75 ans et +	16	3
Total	96	24

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES SUICIDES EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

Une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

- 130 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée entre 2004 et 2008. 79 % de ces décès concernent des hommes (fig20).
- Globalement, la mortalité par suicide en Vendée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale. Mais ce constat est différent selon le sexe. La mortalité par suicide est inférieure de 18 % à la moyenne régionale chez les femmes du département, et est proche de cette moyenne chez les hommes.

… mais un territoire avec une « forte » surmortalité

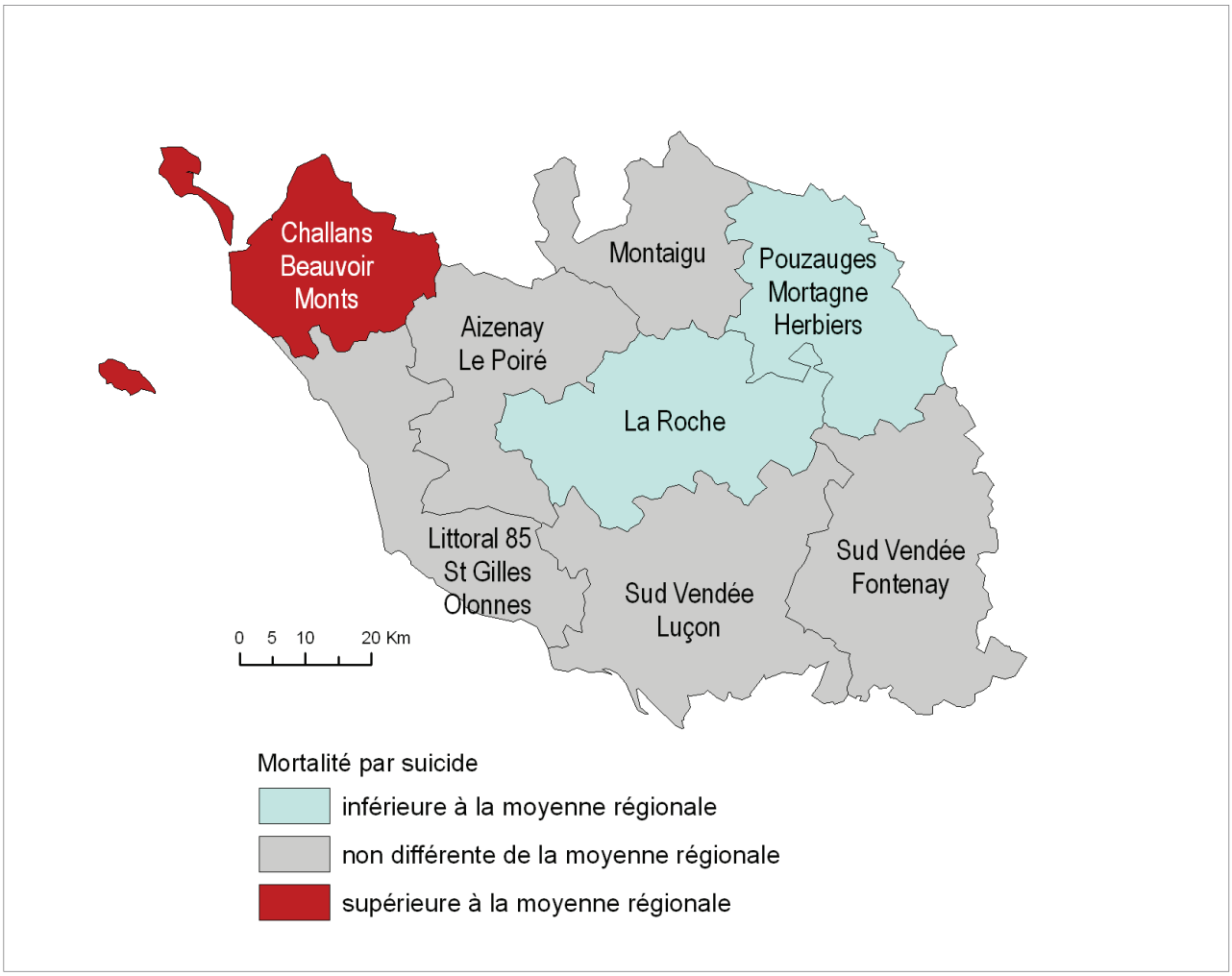
- Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité par suicide est significativement inférieure dans les territoires de la Roche-sur-Yon (- 35 %) et Pouzauges-Mortagne-Herbiers (- 25 %) (fig21).
- Par contre, le territoire de Challans-Beauvoir-Monts se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 33 %).

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Vendée (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	9	1
25-34 ans	13	1
35-44 ans	21	4
45-54 ans	17	7
55-64 ans	11	5
65-74 ans	11	6
75 ans et +	17	3
Total	100	27

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

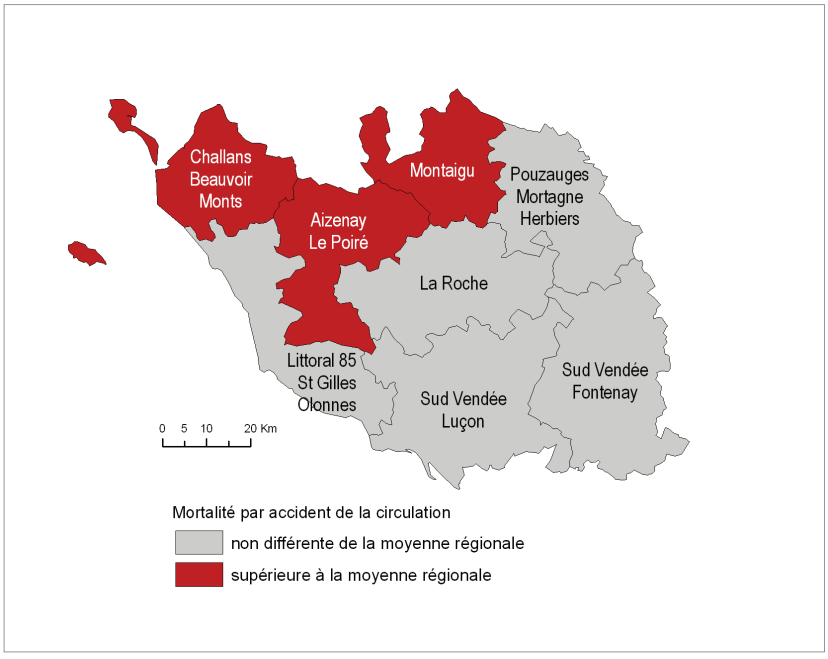
Une mortalité par accident de la circulation supérieure de 25 % à la moyenne régionale…

- 59 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Vendéens entre 2004 et 2008. 73 % de ces décès concernent des hommes.
- La mortalité par accident de la circulation en Vendée est supérieure de 25 % à la moyenne régionale (+ 23 % pour les hommes, + 27 % pour les femmes).

… le Nord du département particulièrement touché

- Cette surmortalité des habitants du département est liée à la forte mortalité par accident de la circulation dans les trois territoires du nord du département :
  - Challans-Beauvoir-Monts,
  - Montaigu,
  - Aizenay-Le Poiré-sur-Vie (fig22).46 %)

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

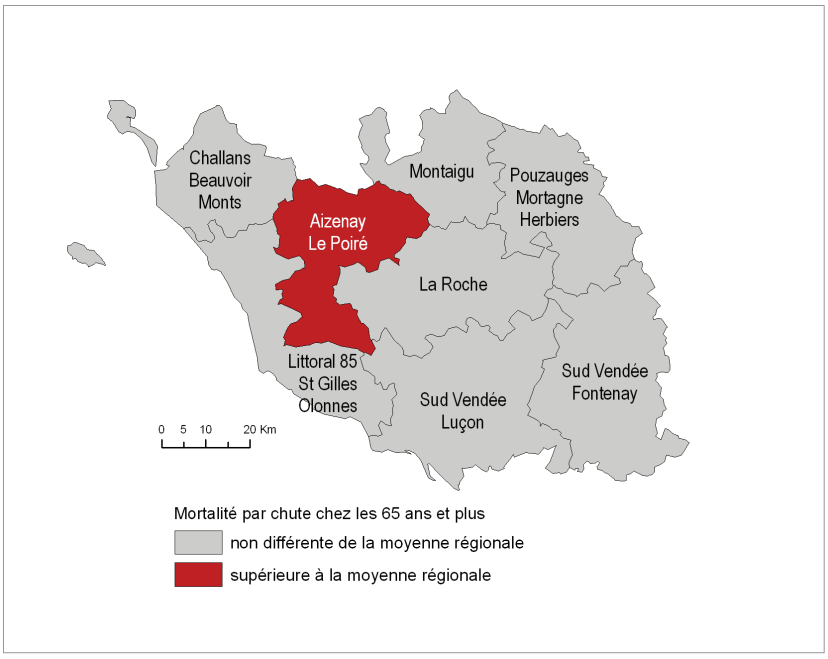
Une mortalité par chute proche de la moyenne régionale

- Entre 2004 et 2008, 88 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Vendée.
- En Vendée, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

… mais un territoire avec une mortalité élevée

- La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est significativement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire d'Aizenay-Le Poirésur- Vie (fig23).
- Dans les autres territoires, cette mortalité n'est pas statistiquement différente de la moyenne régionale.

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ
SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

MÉTHODOLOGIE Trois sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 97 % de la population de la Vendée. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des marins/Enim plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Vendée, dans les territoires littoraux. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès de l'Enim, cette sous-estimation apparaît très faible.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida.

Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

Incidence des cancers

Les données d'incidence des cancers présentées dans ce document ont été mises à disposition par le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Elles concernent les nouveaux cas de cancers diagnostiqués parmi les habitants du département sur la période 2006-2008. Les comparaisons à la moyenne régionale reposent sur des indices comparatifs, calculés à partir des dernières estimations d'incidence régionales établies par le réseau des Registres des cancers français, Francim, pour l'année 2005. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du chi2 au seuil de 5 %.

Eléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Vendée. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

- Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée (à paraître). Epidémiologie du cancer en Vendée. Période 2006-2008.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Challans. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Fontenay-le-Comte. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de La Roche-sur-Yon. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé des Sables-d'Olonne. 75

- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr

- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.score-sante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT 798

UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE 798

- Une espérance de vie qui continue d'augmenter. 798
- Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante 799
- Des décès prématurés évitables 799
- Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés 800

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ 800

- Des avancées, mais aussi des marges de progrès 800
- Des maladies qui pèsent sur le système de santé 801

DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES 802

- Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives 802
- Alimentation et activité physique 804
- Santé et vie au travail 804

AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ 805

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ 805

DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES 806

- La santé, marqueur des inégalités sociales 806
- Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités. 807
- Des disparités territoriales 808
- L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé 809

CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ 810

- L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique 810
- Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population 810

"Ce document est la synthèse de deux documents. Un document élaboré par l'ARS avec la contribution de l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire et destiné à la documentation de base des groupes de travail. Et un document produit par les groupes de travail durant la phase diagnostique."

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT

Au cinquième rang des régions françaises les plus peuplées avec 3 584 848 habitants au 1er janvier 2010, la région s'est accrue de 320 000 personnes, soit 32 000 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2009. Avec un taux de croissance moyen plus marquée dans la région, 0,9 %, qu'au plan national, 0,7 %. S'y distinguent la Vendée (1,5 %) et la Loire-Atlantique (1,2 %). Les trois autres départements enregistrent une évolution similaire à celle de l'hexagone.

Ce dynamisme est lié d'une part à une forte fécondité (44 000 naissances), la plus élevée des régions de France métropolitaine, et une faible mortalité (28 000 décès), ce qui entraine un solde naturel élevé et d'autre part à des migrations importantes, le solde migratoire expliquant 50 % de la croissance démographique régionale.

La fécondité est en effet la plus élevée des régions de France métropolitaine avec 209 enfants pour 100 femmes, les départements de la région ayant tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale (2007). Le calendrier des naissances a été profondément modifié : 21 % des accouchements concernent des femmes âgées de 35 ans et plus en 2008 et 1,8 % des femmes de moins de 20 ans. La mortalité périnatale régionale reste inférieure à la moyenne nationale.

Mais selon les projections de population de l'Insee à l'horizon 2030 il faut attendre un vieillissement rapide en Pays de la Loire comparé à la moyenne nationale. Alors que les 20-59 ans représentent 53 % de la population aujourd'hui, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront alors le tiers de la population régionale contre 22% aujourd'hui, la part des plus de 75 ans dans la population pourrait doubler de 8,4 % de la population à 14,5 %. Et la population des habitants de plus de 85 ans passerait de 90 000 en 2010 à 134 300 en 2030.

Population totale	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Population légale au 1er janvier 2010	1 281 031 35%	794 497 22%	310 698 9%	572 034 16%	626 588 18%	3 584 848 100%

UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE

Une espérance de vie qui continue d'augmenter

L'état de santé global des Français, comme des Ligériens, mesuré à l'aide des indicateurs de morbi-mortalité apparaît plutôt boni. Ils suivent presque les mêmes tendances en Pays de la Loire[ii],[iii] qu'au niveau national. Nous analysons successivement les indicateurs de mortalité (tous âges confondus), puis de mortalité prématurée (avant 65 ans) et enfin de morbidité autrement dit les maladies.

Entre 2005 et 2009, l'espérance de vie a continué à progresser. En 2007, la France était en tête des pays européens pour l'espérance de vie féminine, celle des hommes se situait au niveau de la moyenne de l'ancienne Europe des quinze. Dans les Pays de la Loire l'espérance de vie à la naissance est de 84,9 ans pour les femmes, supérieure à la moyenne nationale et de 77,5 ans pour les hommes, proche de la moyenne nationale,

Le taux de mortalité tous âges confondus (8,6 pour 1000) est l'un des plus faibles d'Europe, comme le taux de mortalité infantile au 5ème rang des pays Européens (3,6 décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances). La mortalité a baissé de façon considérable, de plus de 30% en 20 ans en France comme dans la région des Pays de la Loire. Les quatre grandes causes de mortalité, maladies cardiovasculaires (30%), tumeurs (29%), accidents et morts violentes dont les suicides (9%), et maladies de l'appareil respiratoire (6%) ont toutes connu des baisses régulières depuis 1980, jusqu'à 40% pour le recul de la mortalité cardiovasculaire.

En Pays de la Loire la mortalité régionale des cardiopathies ischémiques est inférieure à la moyenne française et la mortalité régionale par cancer du poumon inférieure à la moyenne française.

En revanche pour les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool, cirrhoses alcooliques, cancers du foie et des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route et suicides, les taux de mortalité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Le taux de mortalité par cancer est en baisse de 10 % sur 20 ans. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués. La situation régionale est globalement peu différente de la moyenne nationale pour les hommes. Elle est plus favorable pour les femmes avec une mortalité inférieure de 4%.

Le suicide a été à l'origine de 710 décès en 2007 en Pays de la Loire. Les décès par suicide sont très rares avant 15 ans, et c'est entre 35 et 54 ans que leur nombre est le plus important. Mais c'est surtout pour les personnes de plus de 75 ans, et notamment pour les hommes, que le risque de suicide est le plus élevé. Les trois quarts des suicides concernent des hommes. La surmortalité régionale du suicide reste récurrente, avec une mortalité qui dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes pour la période 2005-2007. Cette surmortalité des hommes par rapport aux femmes touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge et tous les départements. Pour les femmes, elle ne concerne que le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Ces deux derniers départements apparaissent particulièrement touchés, avec une surmortalité par suicide qui atteint respectivement 51 et 46 % pour les hommes, et 34 et 61 % pour les femmes sur la période 2005-2007. Cependant en Pays de la Loire, comme en France, le taux standardisé de mortalité par suicide est en recul depuis le milieu des années 80, pour les femmes (-2,3 % en moyenne par an entre 1985 et 2006) et de façon moins marquée pour les hommes (-1,6 %). Cette baisse concerne tous les âges mais est surtout marquée au-delà de 50 ans.

Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante

Si la mortalité est inférieure à la moyenne nationale, la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès est importante. Certes, depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité prématurée a diminué de 33% chez les hommes et 31% chez les femmes. Cependant cette mortalité prématurée reste élevée, surtout chez les hommes: 27 % des décès masculins, 12 % des décès féminins sur la période 2005-2007). En comparaison à d'autre pays européens Le taux de mortalité prématurée est 20% plus élevé qu'au Royaume Uni.

Les quatre principales causes de mortalité prématurée en France sont : les tumeurs (38%), dont le cancer du poumon chez l'homme (11%) et cancer du sein chez la femme (14%), les morts violentes dont le suicide, l'alcoolisme et les cardiopathies ischémiques.

La mortalité prématurée par cancer du poumon augmente chez les femmes dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de mortalité prématurée par cancer du poumon observée au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

Enfin, on note des disparités persistantes entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine et Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée. lité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Des décès prématurés évitables

Parmi les décès prématurés, un certain nombre pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les conduites routières dangereuses. Dans la région, on estime que plus de 2 000 décès pourraient être ainsi évités chaque année. Comme en France, 80% des décès évitables concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon pour les hommes et du sein pour les femmes et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée évitable est en recul pour chacun des deux sexes. Ainsi, entre 2001 et 2004, le taux standardisé de cet indicateur a diminué de 4% en moyenne chaque année (5% chez les hommes, 3% chez les femmes). Cette évolution, également constatée au plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés

Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie. Il faut aussi ajouter de la vie aux années. La mesure de l'espérance de vie sans incapacité apporte un éclairage sur la qualité de vie. En 2005, en France cet indicateur est estimé à 68 ans pour les hommes et à 69,7 ans chez les femmes. Dans les deux cas, l'espérance de vie sans incapacité était inférieure de cinq ans à celle des pays les mieux classés en Europe alors que l'espérance de vie globale en France reste parmi les plus longues.[iv]

Les incapacités sont récemment documentées grâce à l'enquête en population générale « Handicap, incapacités, dépendance » (HID)[v]. 13% de la population souffre de déficiences motrices, 11% de déficiences organiques (cardiovasculaires, respiratoires…) et plus de 6% de déficiences intellectuelles ou mentales. Près de 8 millions de personnes présentent des déficiences motrices de gravité variable. Une personne sur trois répond par l'affirmative à la question « Rencontrez vous dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ». 650 à 700 000 personnes handicapées vivent dans des institutions spécialisées, la grande majorité vit donc en milieu ordinaire.

Il y a lieu cependant de noter d'importants progrès ces dernières années concernant l'espérance de vie en bonne santé, par exemple le traitement de la douleur et le traitement de certaines déficiences (cataracte, prothèses de hanche, de genou,…).

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

Des avancées, mais aussi des marges de progrès

La situation est plus favorable dans les Pays de la Loire par rapport à la situation nationale pour les maladies cardio-vasculaires.

En revanche la situation est défavorable pour les pathologies et problèmes liés à la consommation excessive d'alcool : cirrhoses alcooliques et cancers du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route, suicides.

Elle est également défavorable pour la prévalence de l'asthme qui est élevée dans la région, au 3ème rang national avec 8 % des enfants de 5-6 ans touchés (6% en France métropolitaine), comme l'allergie en général. La prévalence de l'asthme a augmenté au cours des 20-30 dernières années en France comme dans d'autres pays industrialisés. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. On estime par ailleurs que 15% de la part des asthmes sont attribuables aux expositions professionnelles.

Le nombre d'accidents et de victimes d'accidents de la circulation a connu une baisse marquée dans la région comme en France, depuis 2000 : 500 décès à 30 jours en 2000 et 240 en 2008. Cependant la situation régionale reste défavorable, notamment pour les 15-24 ans (surmortalité d'environ 20 %). Les accidents représentent une cause notable de déficiences et de handicaps : il y aurait chaque année autant de blessés avec séquelles majeures que de tués. Quant aux accidents de la vie courante, deux populations sont particulièrement touchées. Il s'agit des jeunes, notamment les garçons et des personnes âgées, notamment les femmes, la moitié par chute ou suffocation chez des plus de 75 ans. La mortalité est importante mais en diminution (baisse d'environ de 50 % de la mortalité par chute en 20 ans) et représente 1 070 décès par an (2005-2007)

La situation est aussi défavorable en ce qui concerne les tentatives de suicide des jeunes et des filles qui sont plus fréquemment déclarées chez les 15-25 ans de la région qu'au plan national. Différents facteurs de risques sont bien identifiés[1] : l'instabilité familiale, l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales.

Le poids du suicide est également à mettre en lien avec l'abus d'alcool mais aussi avec la fréquence des troubles de la santé mentale et des affections psychiatriques. Ainsi, la file active des secteurs de psychiatrie de la région - secteurs qui, bien sûr, ne constituent pas toute l'offre de soins en psychiatrie - représente 2,4 % de la population régionale. Ceci illustre bien le poids considérable de ces problèmes de santé dans la population.

[1] La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus octobre 2000

Des maladies qui pèsent sur le système de santé

Les indicateurs de morbidité approchés par les motifs d'admission à l'ALD30 permettent d'identifier quatre groupes qui pèsent de façon prépondérante en termes de fréquence dans le recours aux soins, représentant plus des trois quart des affections : les pathologies cardio-vasculaires (4% de l'ensemble des assurés sociaux), les tumeurs malignes (2,3%), le diabète (2,2%) et les affections psychiatriques (1,6%).

Le poids des maladies cardio-vasculaires est favorable dans la région avec une moindre fréquence des admissions en ALD (inférieure de 6%) et des hospitalisations (inférieure de 13%.

Les cancers représentent 18 500 nouveaux cas en 2005, en forte augmentation (+20 % entre 2000 et 2005, multiplié par 2,2 depuis 1980), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+17 % ; multiplié par 1,9), liée à l'augmentation et au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic, à l'augmentation du risque.

Le diabète et l'obésité sont dans la région comme en France, des affections de plus en plus fréquentes. Le diabète traité avec des médicaments représentait 2 % en 1999, 2,7 % en 2006.

L'obésité touche 6,6 % de la population adulte en 1997, 11,5 % en 2006, 13,3% en 2009. La région est cependant en situation favorable par rapport au niveau national en proportion de personnes obèses ou en surcharge pondérale chez les adultes. La proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Elle est de 14,5% en France (enquête Obépi 1997-2009).

Chez les adolescents et adultes, cet écart avec la France tend à se réduire. Dans les Pays de la Loire, la prévalence de l'obésité et du surpoids pour les plus de 15 ans est estimée à 11,5% et l'écart, qui était favorable avec la France (14%) tend à se réduire (1er rang, par ordre croissant en 2000, 7ème rang en 2006). Les résultats de l'enquête Baromètre santé-jeunes (12-25 ans) entre 2000 et 2005 et Obépi (adultes) entre 1997 et 2009 montrent une augmentation plus rapide de la prévalence de la surcharge pondérale dans la région qu'en France.

Toutefois, ce constat n'est pas observé chez les jeunes enfants. Entre les générations des enfants nés au milieu des années 1990 et celles des enfants nés au début des années 2000, on observe une tendance à la baisse de la prévalence de la surcharge pondérale, et celle-ci apparaît plus marquée dans les Pays de la Loire qu'au niveau national (enquêtes Drees 1999-2000, 2005-2006 provisoires). Chez les enfants de 5-6 ans scolarisés la proportion d'enfants obèses et en surcharge pondérale est respectivement 1,7% et 10,6% dans la région pour respectivement 3,9 % et 14,5% en France (enquête Drees 1999-2000). Les résultats provisoires de l'enquête de la Drees, effectuée auprès des enfants de 5-6 ans scolarisés en 2005-2006, confirment cette situation favorable dans la région.

Le poids des troubles mentaux et du comportement dont la fréquence est difficile à mesurer est souvent sous-estimé. En pays de la Loire, 2,4 % de la population totale était suivie par les secteurs de psychiatrie en 2003.

Le poids de la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui de 36 500 cas estimés dans la région Il sera de 55 000 en 2020.

Concernant les maladies infectieuses, l'épidémie de rougeole en France et dans la région depuis 2008 s'intensifie en 2010, mettant en exergue l'insuffisance de la couverture vaccinale, même si une amélioration a été constatée. Par ailleurs, on ne saurait méconnaître l'importance des infections nosocomiales avec une situation moyenne de la région (12ème rang national[vi]). Les investigations récentes de cas groupés concernent des infections à bactéries pyocyaniques en réanimation, de streptocoques A en obstétrique ou bien une épidémie de gastroentérites dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. La situation protégée des Pays de Loire par rapport aux staphylocoques résistant à la méthicilline (SARM)[vii], doit être relativisée par le mauvais classement de la France au sein de l'Europe. Enfin, il convient de citer les maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH. La région occupe une position moyenne (9ème rang) pour la fréquence de la découverte de la séropositivité au VIH[viii] avec une évolution moins favorable que dans les autres régions notamment liée à la situation en Loire Atlantique.

Concernant les maladies professionnelles, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la première cause de maladies professionnelles en France. Elles touchent 17% des hommes et 27 % des femmes. La région Pays de la Loire est la se-

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

conde région française la plus touchée. Selon les résultats d'une enquête menée pendant deux semaines consécutives en 2007 auprès de médecins du travail volontaires de la région (Programme de surveillance des maladies à caractère professionnelle), la prévalence des maladies à caractère professionnel dans la population salariée s'élève à 4,8 %. Les troubles musculo-squelettiques s'élèvent à 2,9 %, la souffrance psychique touche 1,1 % des hommes et 2,2% des femmes.

L'enquête SAMOTRACE 2007-2008 a montré dans la région que 36% des invalidités pour troubles psychiatriques sont en lien avec le travail, dont 29% le sont complètement et 7% le sont partiellement.

Enfin concernant les affections liées à l'amiante il existe une surmortalité par rapport au niveau national liée au mésothéliome pleural en Loire-Atlantique (+80%) et en Sarthe (+60 %) sur la période 2005-2007.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES

Les conduites et habitudes de vie y compris au travail déterminent l'état de santé. Trois attitudes sont fréquemment citées comme ayant un fort impact sur la santé : la consommation de produits comme l'alcool et le tabac, la sédentarité et son corollaire la pratique de l'exercice physique, et les comportements alimentaires. Loin d'être uniquement liées à une décision individuelle mais probablement en interaction complexe et dynamique avec des déterminants sociaux,i certaines de ces attitudes sont classiquement qualifiées de « comportements à risque » et invitent à une classification des maladies sous le vocable de « mortalité évitable ». Ainsi, en 2006, au sein des 27 pays de l'Union Européenne, la France a les taux de décès prématurés, liés à des comportements à risques parmi les plus élevés, après les pays nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique. 2 000 décès leurs sont ainsi attribués dans la région (80% concernent des hommes).

Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives

Alcool et tabac

Un tiers des personnes âgées de plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool (trois fois plus élevée chez l'homme que chez la femme), même si la consommation par habitant à diminué de plus de 10% en 5 ans et que l'on note un recul très important de la mortalité directement liée à cette consommation (40 à 50 % en 20 ans). La situation régionale est nettement défavorable liée à la surmortalité par accidents de la circulation et par suicide, la surmorbidité des hommes pour de nombreuses affections, et des habitudes régionales d'alcoolisation excessive qui perdurent dans les jeunes générations avec une expérimentation précoce d'alcool très préoccupante.

Bien que le risque alcool/addictions ait été activement suivi dans la région, la Conférence régionale de santé a souligné que des marges de progrès existent en matière de promotion de la santé, prévention, d'accès aux soins, de maintien dans l'emploi et de réinsertion. Ce thème reste donc l'une des priorités pour la politique de santé de la région.

L'usage du tabac concerne en France 26,6% des femmes et 33,3 % des hommes. Cette consommation est en baisse très marquée depuis 2000 dans la région comme en France (1200 cigarettes par habitant en 2001, 780 en 2008). La consommation régionale historiquement faible explique la faible mortalité régionale par cancer du poumon, de la vessie, par broncho-pneumopathie chronique obstructive, par maladies cardio-vasculaires.

Une préoccupation particulière concernant les jeunes

Les consommations de produits psycho actifs ne concernent pas seulement les jeunes mais elles occupent à cet âge une place particulière. Ainsi la consommation d'alcool et de cannabis jouent un rôle important dans la survenue des accidents qui est la première cause de mortalité des jeunes. En outre le risque d'installation d'une dépendance à un produit est d'autant plus élevé qu'il est expérimenté tôt dans la vie.

Les habitudes de jeunes ligériens en matière de consommation de tabac ainsi qu'en matière d'usage du cannabis restent peu différentes de la moyenne nationale. En 2005, le tabagisme quoti-

dien concerne 30 % des jeunes ligériens de 15-25 ans, contre 31 % en France et 7% ont une consommation régulière de cannabis (dix fois ou plus souvent dans le mois) avec une stabilité du taux de fumeurs dépendants (11%) chez les jeunes de 15-25 ans. Malgré un recul de l'âge d'initiation au tabagisme constaté entre 2000 et 2005, 24% des jeunes ligériens âgés entre 12 et 14 ans déclarent avoir déjà fumé. Mais cet écart se réduit progressivement.

Il n'en est pas de même au regard de leur consommation d'alcool, domaine ou la situation régionale est défavorable[2].

Ainsi, en 2005 :

- (se reporter aux cartes du panorama statistique)
- De façon globale, le problème est essentiellement un problème de répartition géographique des professionnels, notamment des médecins, sur le territoire.
- Pour les médecins généralistes en Pays de la Loire, la problématique démographique se pose surtout en Mayenne et en Sarthe, avec des densités très faibles sur certains territoires, ainsi que sur certains territoires de Vendée.
- 44% des 18-25 ans contre 33 % en France déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et 20% des 15-25 ans déclarent en consommer plusieurs fois par semaine
- 21% des garçons de 18 à 25 ans contre 12 % en France déclaraient boire 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine (essentiellement le week-end) et (28% des 15-25 une fois par mois ou plus).
- 22% des 18-25 ans (et 15 % des 15-17 ans) déclaraient avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois, contre 15 % (et 11 %) en France
- 16% des garçons de 18 à 25 ans déclaraient être régulièrement ivres (au moins 10 ivresses dans l'année), plus souvent ivres que leurs homologues du reste de la métropole, avec un taux d'ivresses répétées en nette hausse chez les jeunes de 17 ans entre 2002/2003 et 2005 (de 24 % à 34 %).
- 57% des 12-14 ans déclarent une expérimentation précoce.

Drogues illicites

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de la polyconsommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments. Globalement chez les jeunes comme pour l'ensemble de la population, la consommation de substances psycho actives est un comportement plutôt masculin.

Le cannabis

L'usage régulier du cannabis dans la région demeure relativement stable chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans (7% des 15-25 ans) et très proche de la moyenne nationale[3]. Cette consommation concerne plus fréquemment les garçons (10% des 15-25 ans) que les filles (3%). Selon le baromètre santé-jeunes 2005, 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir souvent fumé du cannabis en étant seul, au cours de l'année. 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir connu à cause du cannabis des effets indésirables, 30% des problèmes de mémoire et 10% des difficultés scolaires ou professionnelles.

Les autres drogues

5% des 15-17 ans et 13% des 18-25 ans ont déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis. Les poppers (solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle) sont en 2005 les plus expérimentés devant les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne.

Très peu de jeunes adoptent un usage répété de ces drogues : 1 à 2% des 15-25 ans déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Enfin l'héroïne est très rarement citée parmi les produits expérimentés mais les acteurs régionaux soulignent une augmentation de son usage.

Les jeunes Ligériens de 17 ans présentent des expérimentations de poppers franchement plus élevés que ceux mesurés sur l'ensemble du territoire. En revanche, les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne sont inférieures aux niveaux nationaux (Atlas Escapade 2008 – Observatoire français des drogues et toxicomanies).

Recours aux soins des usagers de drogues

Selon une étude de la DREES, au cours du mois de novembre 2003, 990 usagers de drogues ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région, dont les deux-tiers à l'un des neuf Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Si le taux régional de recours a augmenté en une décennie, il reste parmi les plus faibles de France (2nd rang).

[2] Rapport régional 2009 de l'ORS sur la santé des jeunes
[3] Enquête baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2005, ORS Pays de la Loire 2006

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

Alimentation et activité physique

L'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique constituent des déterminants essentiels du surpoids et de l'obésité. Dans la région, la proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Certes, elle est de 14,5% en France mais la position plutôt protégée de la région tend à disparaître pour les adolescents et les adultes (enquêtes Obépi, Baromètre santé jeunes). Cette situation est particulièrement préoccupante parce que l'obésité retentit fortement sur l'ensemble de la santé, physique, mentale et sociale. Mais aussi parce que la nutrition constitue un déterminant majeur des maladies cardio-vasculaires et du diabète, et joue aussi un rôle désormais bien démontré dans la survenue de nombreux cancers (35% des décès par cancer attribuables). L'enjeu nutritionnel, à tous les âges de la vie, semble donc fondamental.

Le baromètre santé montre qu'un français sur deux avait pratiqué une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé (intense ou régulière). Les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquent beaucoup moins d'activité physique. Cette donnée est importante quand on réfléchit à tous les acteurs de la vie sociale ou citoyenne en capacité de faire des propositions motivantes et originales à ce groupe d'âge au-delà d'une simple injonction soignante à «faire de l'exercice».

Au total de meilleures habitudes alimentaires combinées à une moindre consommation tabagique peuvent en partie expliquer une mortalité régionale des cardiopathies ischémiques inférieure à la moyenne française

Santé et vie au travail

La souffrance au travail en lien avec les évolutions actuelles des conditions de travail, ainsi que l'importance des dommages qui en résultent pour la santé mentale et physique des salariés, sont désormais considérés comme un enjeu de santé publique majeur.

Ces risques peuvent en effet, provoquer ou favoriser des pathologies mentales ou physiques, augmenter le risque d'accident du travail ou de trajets, être facteurs de précarisation voire d'exclusion à l'issue d'un processus de fragilisation pouvant conduire à la perte d'emploi. Avec 27% des consultations, le risque psychosocial est le 1er motif de consultation dans les services dédiés aux pathologies professionnelles en France et dans la région[x] (principales pathologies : dépression et anxiété). Les risques psychosociaux au travail, en tant que risques émergents, ont été identifiés comme l'une des priorités thématiques par la Conférence régionale de santé et la région s'est dotée d'un réseau régional de médecins du travail contribuant au repérage des phénomènes émergents.

Le baromètre santé vient opportunément compléter ses données en montrant que quatre actifs sur cinq disent ressentir une pénibilité physique ou mentale au travail et quatre sur dix déclarent que le travail affecte leur santé. Le stress vient en tête des affections déclarées (28%) suivi de fatigue générale (27%), du mal de dos (22,9%) et des douleurs musculaires du dos et du cou (19%). Plus précisément pour faire face à ces troubles, quatre personnes sur dix déclarent manger plus souvent que d'habitude, fumer davantage et augmenter sa consommation d'alcool (un buveur sur dix). Manger, fumer et boire ne seraient donc pas que des déterminants liés au comportement individuel…Enfin le travail comporte des risques liés à l'exposition à des produits potentiellement dangereux pour la santé. On estime que 4% de l'ensemble des cancers sont attribuables à des facteurs professionnels. Mais il est très probable que ce taux soit sous-estimé et qu'il puisse atteindre 15 à 20% pour certaines pathologies comme le cancer pulmonaire enquête (SUMER 2003).

AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les indicateurs de perception décrivant ce que les usagers et professionnels considèrent comme important[xi] conduisent aussi à mesurer l'état de santé de la population. Trois quarts des français ont une perception très positive de leur état de santé mais cette perception évolue défavorablement avec l'âge.

D'autres indicateurs comme la qualité de vie ou la souffrance psychique sont mesurés régulièrement par le baromètre santé[xii] de l'Inpes.

Les déterminants psychosociaux doivent aussi être pris en compte dans la mesure de l'état de santé. Les travaux en sciences humaines[xiii] [xiv,] ont montré la part déterminante des concepts d'estime de soi, d'image de soi et de reconnaissance sociale ainsi que le sentiment de contrôle sur sa santé, de «coping» ou des concepts plus récents et plus complexes comme la résilience ou «l'empowerment» dans la maladie chronique[xv]. La perception d'un individu du contrôle qu'il exerce sur son état de santé fait l'objet de très nombreux travaux dans la littérature avec la proposition de modèles conceptuel plus récent[xvi] et plus complexe tendant à montrer combien le lieu de contrôle, le contrôle perçu, l'efficacité de soi, la hardiesse ou le sentiment d'auto-maîtrise sont de bons facteurs de protection de l'état de santé d'un individu en favorisant des attitudes de prévention primaire et secondaire. Ainsi la façon dont un individu ou un groupe maîtrise un ensemble de dix compétences peut avoir un impact significatif sur des déterminants importants comme la consommation de produits, l'alimentation ou ce qui détermine sa santé mentale la prise en compte de tous ces éléments amène à repenser l'organisation des services de premier recours et leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé.

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ

Indépendamment des menaces terroristes accrues ces dernières années, exigeant des préparations et des réponses spécifiques, l'organisation sanitaire est de plus en plus souvent confrontée à l'émergence de maladies nouvelles et/ou l'apparition de nouvelles formes de risques sanitaires, dont certains sont dits majeurs. Pour un certain nombre de ces risques, leur diffusion peut être extrêmement rapide sur la planète.

L'opinion publique, largement relayée et amplifiée par les médias, est très sensible à ces nouvelles menaces, potentiellement graves et d'extension rapide. Depuis 10 ans environ, les pouvoirs publics ont mis en place une politique prenant en compte ces nouvelles menaces. Cependant, la population n'a pas suffisamment été associée aux mesures prises au niveau national ou local et ses rapports aux risques majeurs restent encore très distendus.

Parmi ces risques sanitaires émergents ou ré-émergents, on peut citer :

L'apparition ou l'adaptation de nouveaux agents pathogènes infectieux, type virus grippal pandémique, SRAS, fièvres hémorragiques, dengue, Chikungunya, VIH du fait de modifications environnementales, climatiques ou de mutations génétiques.

La circulation accrue et rapide des agents pathogènes et de leurs vecteurs est favorisée par les échanges humains et commerciaux mondiaux ; des vecteurs s'adaptent à de nouveaux territoires (ex : moustique tigre).

L'aggravation ou la recrudescence de maladies infectieuses existantes, comme la résurgence de maladies infectieuses favorisées par une couverture vaccinale insuffisante (rougeole, coqueluche,…), et qui se développent plus particulièrement dans certaines collectivités, la résistance accrue aux antibiotiques de nombreuses bactéries ou le développement des maladies infectieuses nosocomiales en secteur de soin.

La diffusion de produits toxiques dangereux (lait à la mélanine, meubles et diméthylfumarate,…) au travers des échanges commerciaux mondiaux.

L'impact sanitaire potentiel à grande échelle de catastrophes naturelles (mouvements de terrain, inondations, crises climatiques,…) ou industrielles

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

(pollutions, rupture de barrage,...), même si les risques en termes de probabilité sont le plus souvent faibles.

La densification humaine et les regroupements occasionnels de populations favorisent potentiellement l'apparition de ces risques sanitaires. Les ports et aéroports se sont par ailleurs souvent montrés des portes fréquentes d'entrée d'épidémies ou de pandémies.

L'enjeu, dans ce cadre, est de détecter le plus précocement possible cette survenue d'un risque nouveau ou ré-émergent et de le gérer avec pertinence (surveillance, alerte, gestion de l'alerte voire de la crise).

DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES

La santé, marqueur des inégalités sociales

Les déterminants sociaux impactent directement et graduellement l'état de santé. Ces inégalités de santé sont les plus fortes d'Europe[xvii] et se creusent.

La prise en compte de données sociales comme les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude ou le niveau de revenus des ménages aboutit, quels que soient les indicateurs considérés à la mise en évidence d'une dégradation de l'état de santé selon d'importants gradients.

Sur la période 1990-1999, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de deux ans celle des ouvrières, alors que cet écart est de 7 ans entre les hommes cadres supérieurs et les ouvriers. Un homme sans diplôme a une mortalité prématurée multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures, ce facteur multiplicatif est de 1,9 chez les femmes. En outre, au plan national, ces écarts tendent à se creuser chez les hommes alors qu'ils restent stables chez les femmes (INSEE première n°1025, juin 2005). La région Pays de la Loire n'échappe pas à une aggravation des inégalités sociales de santé. En 2001-2003, le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans dans la région est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-ouvriers-employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

A titre d'information, le tableau ci-dessous présente la part des départements en fonction des minima sociaux (API, AAH, ASS, RMI, minimum vieillesse) et des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans (actualisation 2008), comparée à la population.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56%	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

Des inégalités de qualité de vie s'ajoutent aux précédentes du fait de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives, gestes de la vie). A 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité, contre 24 pour un ouvrier, soit respectivement 73% et 60% de la suite de leur vie. A 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45% de l'espérance de vie des cadres et 62% celle des ouvriers. On peut parler de double peine pour les ouvriers par rapport aux cadres supérieurs : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.

Les inégalités sociales de mortalité sont aussi plus importantes en France que dans d'autres Pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ainsi, entre 1980 et 1989, sur 11 pays européens, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapportés à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France vs 1, en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal).

Ces inégalités sociales de santé trouvent leurs origines dans les déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance tout au long de

la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement, ainsi que la discrimination que certains subissent dans la prise en charge[xviii].

Par ailleurs, les déficits croissants des finances sociales (- 9,7 Mds en 2008 et -24,6 Mds attendus en 2009) s'accompagnent d'une augmentation continue de la part des coûts restant à la charge des patients, aggravant les inégalités socio-économiques de santé et augmentant la fréquence du renoncement aux soins parmi les populations les plus vulnérables. En 2004, 13% des adultes (16% des femmes versus 11% des hommes) déclaraient avoir renoncé aux soins au moins une fois pour des raisons financières dans l'année.

L'étude de l'IRDES[xix] confirme l'importance d'un fort gradient social associé à « l'état de santé déclaré ». Ainsi, les ménages d'ouvriers et d'employés se déclarent en plus mauvaise santé que les cadres et les professions intermédiaires. On déclare plus fréquemment une maladie ou un problème de santé plus on a un faible revenu, un faible niveau d'instruction ou une situation d'inactivité ou de chômage et en particulier pour les maladies chroniques[xx].

Tout comme l'étude « HIDi[xxi] » qui confirme aussi le poids des déterminants sociaux et montre que les chances de récupérations deux ans après un problème fonctionnel (physique, sensitif ou cognitif) étaient plus importantes chez les personnes diplômées, sans doute grâce à un meilleur accès de ces derniers aux aides techniques ou à la rééducation[xxii].

La prise en compte de ces données permet de mieux comprendre, l'importance de divers dispositifs de prévention, de réhabilitation, de rééducation, relevant du champ de l'ARS. Par ailleurs, ces dispositifs concourent par certains de leurs services ou de leurs actions à faciliter cet accès à des populations graduellement socialement moins favorisées, et pas seulement à quelques groupes identifiés en grande exclusion.

Plus généralement il semble que la santé ne peut se décrire comme un « état statique » mesurable mais comme un processus dynamique d'accumulation tout au long de la vie, dont l'étude de l'IRDES se fait récemment l'écho en montrant que les conditions de vie dans l'enfance contribuent plus aux inégalités sociales de santé que les styles de comportements individuels. Il s'agit donc de prendre en compte la part importante que prennent les dispositifs de socialisation initiale, hors champ de l'ARS comme l'Éducation Nationale, mais relevant de son périmètre comme les dispositifs de repérage et d'accompagnement des questions de santé de la petite enfance ou les actions du secteur associatif sur le soutien à la parentalité.

Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités

De tous temps, les principaux progrès en matière de santé l'ont été principalement par l'amélioration des conditions de vie et d'environnement. Encore aujourd'hui dans de nombreux pays, la santé est principalement déterminée par le développement socioéconomique d'un pays, y compris entre certains groupes sociaux au sein des pays dits « développés ». Cependant le système de soins n'est pas le moindre des déterminants de santé. Ses performances sont indéniables et ont connu un développement prépondérant au cours du XXème siècle grâce aux progrès scientifiques et à une accessibilité au système rendue possible par les lois de sécurité sociale, prolongées plus récemment par la Couverture Maladie Universelle.

L'accessibilité au système a donc un impact important sur l'état de santé. Des études décrivent de façon détaillée le renoncement aux soins (entre autres pour raisons financières : 49% pour les soins dentaire, 18% pour les lunettes et 9% pour les soins de spécialistes) et l'absence de complémentaire santé qui reste le principal facteur de renoncement.

Trois états[xxiii] sont autant de situations de précarité semblant plus particulièrement faire obstacle à l'accès à ces droits et donc l'accès à la santé :

- l'état de pauvreté qui concerne notamment des populations telles que les sans-domicile-fixe (SDF), les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres (dont certains sont SDF) ;

- l'état de dépendance qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;

- l'état de relégation qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant.

Le parcours de soin de chaque individu au sein du système n'est pas à négliger, car le traitement peut être différencié selon la situation sociale[xxiv].

Enfin la répartition territoriale de l'offre de soin impacte aussi la santé des Ligériens.

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

Des disparités territoriales

Des disparités persistent entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

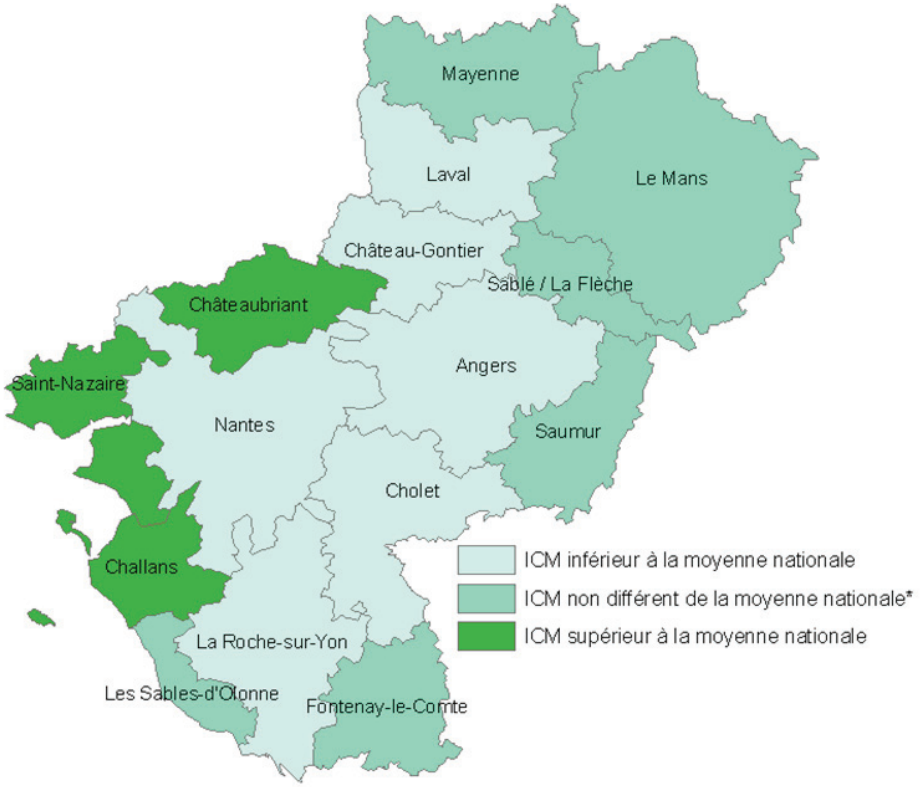


Figure 1 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé - Pays de la Loire (moyenne 1996-2000) (Source: ORS Pays de la Loire)

Comme en France, la mortalité prématurée évitable a cependant régressé sensiblement dans chacun des départements de la région comme le montre le tableau suivant :

	moyenne 1997-1999	moyenne 2001-2003	moyenne 2005-2007
Loire-Atlantique	83,1	76,8	68,3
Maine-et-Loire	74,0	69,4	61,5
Mayenne	71,9	69,9	59,9
Sarthe	86,2	78,8	71,0
Vendée	78,8	78,6	70,6
Pays de la Loire	79,8	75,1	66,8

Tableau 1: Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée évitable par actions sur les comportements (pour 100 000 habitants)

L'évaluation du Plan régional de santé publique a montré la nécessité d'investir d'avantage sur la dimension territoriale de la prévention en santé.

L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé

Les risques sanitaires liés à l'environnement plus souvent « subis » que « acceptés »

Aux XIXème et XXème siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène…) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Toutefois, malgré la diminution des expositions de type aigu liée aux rejets industriels moins bien maîtrisés qu'actuellement dans les années 50-60, cette dynamique doit être nuancée, sous l'effet d'une exposition croissante ou, simplement, durable à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible doses : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré[xxv], contamination des eaux par les nitrates et pesticide et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles…). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se situe au deuxième rang pour son activité agricole et au quatrième pour l'industrie, est maillé par des ressources en eau fragilisées, et marqué par la présence de zones industrielles à risque :

Poids du secteur agricole : la région est classée au deuxième rang au niveau national avec 29500 exploitations principalement d'élevage bovins et hors sol ainsi que des cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, horticulture). Il est à noter la fragilité des ressources en eau par rapport aux rejets agricoles (nitrates et pesticides),

4ème région industrielle : importance des rejets atmosphériques principalement situés en Basse Loire (par exemple la raffinerie de Donges pour les composés organiques volatils et le dioxyde de souffre, la centrale électrique de Cordemais pour les oxydes d'azote).

Problématique côtière : 141 sites de baignade sur le littoral et 57 en eau douce, 50 sites de pêche à pied de loisirs, impact du tourisme sur les problématiques d'hygiène du milieu

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines, compte-tenu de la diffusion rapide et à grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes et nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui. La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

Les résultats du baromètre santé-environnement 2007 (ORS) montrent que par rapport au niveau national, les ligériens s'estiment mieux informés que les français sur certains thèmes (qualité de l'eau, pollution des sols) et sont donc moins inquiets à l'égard des risques collectifs et individuels. Toutefois, des inégalités environnementales sont notées :

personnes âgées : sentiment d'information, risques collectifs élevés, risques individuels et ressenti plus faibles

milieux sociaux défavorisés : moindre information, méconnaissances, moindre représentation des risques associée à un moindre ressenti (risque monoxyde de carbone, peintures au plomb, légionelles, pollution de l'air et du sol)

Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon[xxvi]). La région est caractérisée dans chacun des départements par des zones géologiques favorables à l'émission de radon, résultant de la radioactivité naturelle (2ème cancérogène pulmonaire après le tabac en France, avec 5% à 13% des cas de décès par cancer du poumon attribuables au radon).

>>>

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

Ainsi, il existe une déficience de l'appropriation par le public, notamment les populations socialement défavorisées, des risques environnementaux pour les relativiser avec l'ensemble des déterminants de santé et permettre un discernement raisonné des conduites et attitudes à tenir.

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15% de la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérogènes, les ouvriers sont les plus exposés[xxvii]. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérogènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés).[XXVIII]

CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ

L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique

Les trente dernières années sont marquées par une « transition épidémiologique » où l'on passe du poids des maladies infectieuses au développement de maladies chroniques.[xxix] Cette transition s'explique d'abord par le vieillissement de la population. En France comme au niveau régional, un habitant sur trois aura plus de 60 ans en 2030 (soit 50% d'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans), contre un sur cinq actuellement.[xxx] En Pays de la Loire, il y aura 134 300 habitants de plus de 85 ans en 2030 contre 90000 aujourd'hui. On estime que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer progressera de 36 500 cas actuels à 55 000 en 2020.

Les progrès des techniques médicales comme l'amélioration des dépistages précoces, des traitements augmentant les durées de vie de patients atteints de pathologies (cancer…) conduisent à l'augmentation du nombre de personnes atteints de maladies chroniques. Or la prise en charge des maladies chroniques nécessitent, au-delà des soins, de nouvelles pratiques plus transversales et intersectorielles[xxxi] de tous les acteurs de la santé. Ceci d'autant que les maladies chroniques se traduisent fréquemment sous forme de polypathologies notamment chez les personnes âgées.

Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population

Cette évolution est conjointe à des évolutions marquantes de la société : montée de la précarité sociale, modification profonde des habitudes de vie et accroissement des facteurs de risque liés aux modes de vie (alimentation, sédentarité, etc.), nouvelles expositions, dégradation des conditions de travail et des environnements, avec de nouvelles expositions, sans que la part plus individuelle ou collective de ces risques « subis » ou « choisis » soit toujours facile à démontrer.

L'ensemble des secteurs de la société est marqué par un souhait d'une meilleure prise en compte des besoins, des demandes et des désirs exprimés par les individus eux-mêmes, individuellement ou collectivement.

Le droit à la santé s'est considérablement transformé avec un droit à l'information et à la participation des usagers à toutes les décisions qui ont des conséquences sur leur santé. Individuellement la loi reconnait un droit à l'accès au dossier médical jusqu'au consentement éclairé dans les décisions thérapeutiques. Les associations d'usagers sont de plus en plus impliquées dans les lieux de décisions du système de soins (CA des Hôpitaux ou des Agences sanitaires, commissions multiples en santé publique). Les associations de consommateurs s'emparent de nombreux sujets pour influer sur des décisions d'ordre économiques ou politiques dont les conséquences peuvent entrainer des dommages importants sur la santé de la collectivité.

Par ailleurs, on note une forte attente sociétale en termes de protection sanitaire et d'accès aux progrès techniques. Le principe de précaution est aujourd'hui inscrit dans la constitution et concerne souvent des questions de santé. Le succès d'Internet n'épargne pas la santé qui reste l'un des sujets les plus traités sur la toile. La foison de forums sur la santé et des questions médicales illustre l'envie des Français de s'informer et de comprendre les tenants et aboutissants de la santé. Cependant la confiance n'est pas aveugle… et la dernière crise sanitaire lors de la grippe H1N1 a montré la difficulté et la complexité des attentes et des comportements de toute la société. chez les personnes âgées.

NOTES DE FIN - BIBLIOGRAPHIE

[i] DRESS. L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. Paris, La Documentation française, 2007.

[ii] Communication publique : éléments d'états des lieux et principaux enjeux en Pays de la Loire, décembre 2009. ORS Pays de la Loire.

[iii] Santé observée 2007, ORS Pays de la Loire

[iv] Jagger C et al. Inequalities in healthly life year in the EU in 2005 : a cross-national meta-regression analysis. Lancet (2008) 372 : 2124-2131

[v] Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.

[vi] Santé observée 2010, ORS Pays de la Loire

[vii] Infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline dans les établissements de santé, France 2005-2008, Invs, décembre 2009

[viii] VIH et sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS. http://www.sante-pays-de-laloire. com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan_nov2009.pdf

[ix] Lang T. La santé se construit dans un environnement social. Questions de santé publique 2009, 7, 1-4.

[x] Dr JY Dubré, Les facteurs de risques psycho-sociaux liés au travail, CRS 27 novembre 2009

[xi] Pascal J, Sambuc R, Lombrail P. Etat de santé des Français. In : Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de Santé Publique, Paris 2007, Flammarion- Médecine science, 203-208.

[xii] Beck F, Guibert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint Denis, INPES, 2007.

[xiii] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Bien être et qualité de vie. Paris : Dunod, 2002

[xiv] Life skills for psychosocial competence. In : Life skills education in schools. Genève : OMS, 1993.

[xv] Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : autodétermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain 2007.

[xvi] Pauwels A, Janne P, Reynaert C. De différents modèles de croyance envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1999, 9 :

[xvii] Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F. Traité de Prévention Paris 2009, Flammarion- Médecine science, 14-19.

[xviii] Lombrail, Lang

[xix] Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierr A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensible. Question d'économie de la santé - IRDES, 2007, 117 : 1-6.

[xx] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Etudes et résultats-DRESS, 2005 : 1-12.

[xxi] Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.

[xxii] Cambois E, Lièvre A. Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête HID. Etudes et résultats-DRESS, 2004, 349 : 1-12.

[xxiii] Égaux devant la santé : une illusion ? Du droit à la santé et de l'accès aux soins des populations vulnérables. Avril 2010. Collectif Inter associatif Sur la Santé.

[xxiv] Lang T. Journées de Santé Publique, Québec, Nov. 2008.

[xxv] Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), impact sanitaire de la pollu tion atmosphérique, http://www.afsset.fr/index.php?pageid=1013&parentid=424

[xxvi] O Catelinois et al. Lung cancer attribuable to indoor radon exposure in France, Environ. Health Perspect. 114(9) : 1361-6, 2006

[xxvii] Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? Santé Publique, 2008, Suppl.3 : S9-S17.

[xxviii] Guignon N. Enquête « SUMER 2001-2002 » (surveillance médicale des risques professionnels). Documents pour le médecin du travail 2001 ; 86 :161-5

[xxix] Questionnements et propositions sur la politique de santé en France, Société française de santé publique, février 2002

[xxx] INSEE

[xxxi] Huard P, Shaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Pratiques et Organisation des Soins 2010, 41, 237-247.

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE 812

Partie 1 ▪ Etat des lieux de l'offre de soins ambulatoires 814
- Introduction 814
- La formation des professionnels de santé 814
- La démographie des professionnels de santé 815
- L'offre de proximité 816
- L'exercice coordonné des professionnels de santé et les coopérations 822
- Les systèmes d'information partagés 826

Partie 2 ▪ Etat des lieux de l'offre de soins hospitaliers 828
- Introduction 828
- La prise en compte de la personne 829
- L'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé 829
- La réduction des inégalités de santé 834
- Conclusions 834

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE 836

- Introduction 836

Partie 1 ▪ Prévention et promotion de la santé 836
- Promotion et éducation pour la santé 836
- Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques 842
- Prévention au bénéfice des patients 843

Partie 2 ▪ Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires 846
- Le cadre régional de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires 846
- Les acteurs régionaux et départementaux 846
- Etat des lieux des risques régionaux 850
- Les différents plans de défense 855
- Le rôle de l'ARS des Pays de la Loire dans le dispositif de gestion de crise 856
- Sensibilisation, information et formation des acteurs à la veille 857

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE 858

Partie 1 ▪ Les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie 858
- Un secteur aux compétences partagées 858
- Une articulation entre SROMS et schémas départementaux posée par la loi 858
- Un objectif commun 859
- Des problématiques communes identifiées sur le secteur médico-social 859
- Convergence des priorités d'action définies dans les schémas départementaux 859
- Les objectifs propres à chacun des secteurs 860
- Les champs moins explorés 860

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE 847

Partie 2 ▪ L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap en région Pays de la Loire 861

- Introduction 861
- Modalités d'accueil 861
- Typologie des troubles 862
- Accompagnement des élèves en milieu ordinaire 862
- La scolarisation des élèves handicapés en milieu médico-social et hospitalier 864

Partie 3 ▪ Accompagnement des personnes en situation de handicap en région Pays de la Loire aux trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées 865

- Introduction 865
- Les moins de 20 ans en région pays de la Loire 865
- Etablissements et services pour enfants handicapés 866
- La patientèle en établissements et services pour enfants handicapés 868
- FOCUS : CAMSP et CMPP 869
- FOCUS : Plan autisme et TED 871
- FOCUS : Education nationale 871
- Les 20-59 ans en région pays de la Loire 872
- L'offre médicalisée pour adultes handicapés 873
- L'offre non médicalisée pour adultes handicapés 874
- L'insertion professionnelle 875
- Les personnes âgées de 60 ans et plus en pays de la Loire 876
- Hébergement médicalisé pour personnes âgées 878
- La patientèle en EHPAD 879
- Les services de soins infirmiers a domicile 880
- La patientèle en SSIAD 882
- Complémentarité de l'hébergement médicalisé et des soins à domicile 883
- Dispositifs de répit pour les aidants : Hébergement temporaire 885
- Dispositifs de répit pour les aidants : Accueil de jour 886
- Hébergement non médicalisé pour personnes âgées 888
- FOCUS : Plan Alzheimer 888
- FOCUS : Structures de coopération entre ESMS 889
- Taux d'équipement infra départementaux 890
- Territoires infra départementaux d'observation 891

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

L'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacré au secteur de l'offre de soins comprend deux parties :

La première partie est consacrée à l'offre ambulatoire.

La seconde partie est consacrée à l'offre hospitalière. Elle fait le bilan des SROS et particulier du SROS III dans la perspective du SROS PRS. Elle offre une double perspective. D'une part la perspective de l'évolution de l'offre hospitalière. D'autre part la perspective de l'évolution des offres en d'amont et d'aval des établissements hospitaliers.

Partie 1 ● Etat des lieux de l'offre de soins ambulatoires

Introduction

● Le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

Il n'existait pas jusqu'à présent de volet ambulatoire au sein des précédents SROS.

L'objectif d'intégrer pleinement le secteur ambulatoire dans le schéma est de créer une dynamique de concertation avec l'ensemble des acteurs, autour de deux objectifs :

- Définir les objectifs prioritaires pour la région, en matière d'organisation de l'offre de soins ambulatoires ;
- Mobiliser les professionnels de santé libéraux autour de ces priorités régionales et les impliquer dans la mise en oeuvre des projets correspondants.

● L'état des lieux

Le présent état des lieux a pour vocation de présenter, pour chaque thématique, la synthèse des principaux points relevés par le groupe de travail au travers :

- des entretiens réalisés avec les acteurs concernés,
- de l'analyse de la littérature existante sur le sujet,
- et des éléments plus quantitatifs disponibles sur l'offre de soins et l'organisation régionale.

Il a été réalisé en mars 2011 et, sauf mention contraire, les données présentées sont arrêtées à cette date.

Il vise à faire le point, au début du Projet Régional de Santé (PRS), sur la situation des aspects les plus structurants du secteur des soins ambulatoires, afin d'orienter la construction des schémas et la définition d'objectifs.

Il ne prétend pas à l'exhaustivité.

La région est riche des nombreuses initiatives de ses acteurs. Ce sont des lignes de forces qui sont dessinées dans cet état des lieux.

La formation des professionnels de santé

● La formation des médecins généralistes

Les lieux de stage des médecins en formation ont un impact important sur leur déroulement de carrière professionnelle et, en particulier, sur leur lieu et leur modalité d'exercice.

La formation des médecins généralistes a évolué de façon importante au cours des vingt dernières années. Un enseignement spécifique a été progressivement mis en place, la formation en stage chez des médecins généralistes a été développée.

Cependant, actuellement, la formation au Diplôme d'Etat Spécialisé (DES) de médecine générale comporte encore une majorité des stages qui se déroulent dans des services hospitaliers. Par ailleurs, les stages extra-hospitaliers au cours des études de médecine ne sont pas développés. Cette situation ne permet pas aux étudiants en médecine d'être-suffisamment exposés avec la spécialité de médecine générale en secteur ambulatoire.

Il est donc nécessaire d'intensifier les stages en cabinet de médecine générale, pour les internes en médecine générale.

En Pays de la Loire, l'Agence régionale desanté (ARS) a mis en place un Comité régional de concertation sur les soins de 1er recours (CORECS), lieu de concertation et de dialogue avec les professionnels et les partenaires intervenant dans le secteur ambulatoire.

Ce comité pourrait notamment jouer un rôle important pour proposer une stratégie et mobiliser les étudiants et les internes pour :

- la promotion des contrats d'engagement de service public (CESP),
- le développement des stages d'internat dans les hôpitaux «périphériques « (Le Mans, Laval, etc.), les cabinets libéraux et les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Un projet d'intervention à la faculté de médecine est également en réflexion, dans le but de sensibiliser les étudiants aux problématiques de la démographie médicale.

La formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique

En Pays de la Loire, les structures autorisées à réaliser des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) disposent toutes de personnels formés, y compris pour les structures ambulatoires. On constate même souvent des niveaux de formation allant au-delà des exigences réglementaires.

La démographie des professionnels de santé

La densité des professionnels de santé

(se reporter aux cartes du panorama statistique)

- De façon globale, le problème est essentiellement un problème de répartition géographique des professionnels, notamment des médecins, sur le territoire.
- Pour les médecins généralistes en Pays de la Loire, la problématique démographique se pose surtout en Mayenne et en Sarthe, avec des densités très-faibles sur certains territoires, ainsi que sur certains territoires de Vendée.
- Le taux de médecins généralistes remplaçants en Pays de la Loire est de 9,7%. Ce taux, bien qu'étant inférieur à la moyenne nationale (estimée entre 10 et 15% du nombre total de médecins exerçant en médecine générale), représente néanmoins une proportion non négligeable d'acteurs du système de soins.
- Le problème démographique doit cependant être relativisé : sur l'ensemble des Pays de la Loire, personne n'est à plus de 15 km d'un médecin.
- Pour les infirmiers libéraux, les Pays de la Loire se caractérisent par une densité en infirmiers libéraux très nettement inférieure à la moyenne nationale. En revanche, la région est plutôt bien pourvue en centres de santé infirmiers, notamment en Loire-Atlantique, Maine et Loire et Vendée.
- Pour les masseurs kinésithérapeutes, les densités sont très hétérogènes sur le territoire ligérien, avec une forte concentration de professionnels en Loire- Atlantique, et une couverture très faible en Mayenne et en Sarthe.
- Pour les pharmacies, le maillage territorial est hétérogène sur le territoire, mais aucune commune n'est située à plus de 10 kms d'une officine. Leur répartition est régulée. Médecins généralistes et pharmacies d'officine sont très liés. Le regroupement des médecins généralistes ne sera pas sans effet sur le fonctionnement des pharmacies d'officine en milieu rural.
- Pour les chirurgiens dentistes, les densités sont hétérogènes sur le territoire ligérien, avec en particulier une couverture très faible en Mayenne.

La biologie

(se reporter à la carte du panorama statistique)

Le SROS sur la dimension biologie médicale consiste à définir une méthodologie de stabilisation et de consolidation de l'offre de biologie médicale dans les territoires. Il vise à établir une feuille de route pour les 5 ans à venir.

La réforme de la biologie médicale engagée par l'ordonnance de janvier 2010 implique la montée en charge de l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (LBM) et en conséquence le déploiement de restructurations, qui sont actuellement en cours pour permettre aux laboratoires d'atteindre des tailles critiques suffisantes.

Cette réforme de la biologie présente des enjeux en termes de qualité et de maîtrise des risques (accréditation), d'organisation (regroupements, contractualisation des professionnels et des établissements) et d'accessibilité.

La redistribution spatiale de l'offre de biologie médicale dans les territoires de santé appelle une réflexion sur l'organisation territoriale de l'offre en biologie médicale. Il s'agit d'éviter que des concentrations laissent des territoires mal desservis. Un autre enjeu est également d'éviter de fragiliser des territoires en cas de défaillance ou de départ d'un laboratoire, qui serait seul à couvrir un territoire important.

A partir de 2012 les LBM déclareront annuellement à l'ARS le nombre total des examens de biologie médicale, permettant d'apprécier l'activité des LBM.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

L'offre de proximité

Premier recours et guichet unique

A sa création, l'ARS Pays de la Loire s'est engagée sur deux objectifs majeurs concernant le 1er recours :

- L'animation d'une réelle concertation avec les professionnels et les partenaires,
- La mise à disposition de ressources et outils nécessaires à la mise en mouvement des projets.

Elle s'est pour cela dotée d'une organisation régionale spécifique, en particulier avec la mise en place au niveau de chaque territoire de santé, qui correspond au département, d'un guichet unique, pour aider les professionnels de santé sur l'organisation du premier recours : projets de maisons de santé pluriprofessionnelles, …

Les territoires de premier recours

La définition des «territoires de premier recours» est utile :

- à l'organisation des soins de premiers recours (maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles de santé, maisons médicales de garde, réseaux de santé de proximité, …),
- à une articulation plus grande entre les secteurs sanitaires et sociaux ou médicosociaux,
- ainsi qu'à une meilleure implication des usagers (prévention, éducation thérapeutique).

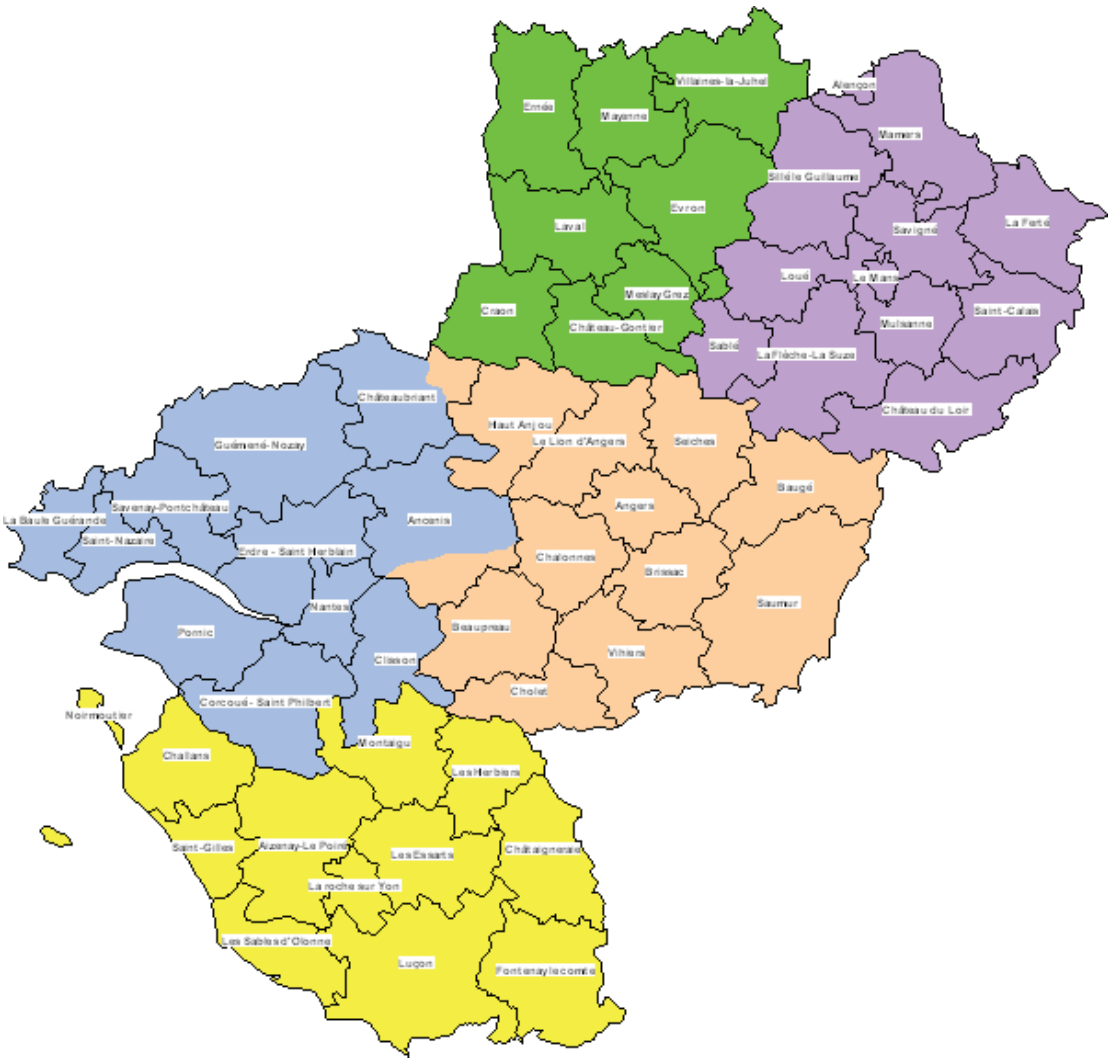
Ils constituent donc à la fois :

- un espace de construction et de partage de projets pour les acteurs locaux intervenant dans le champ de la santé : professionnels de santé, élus, représentants des usagers…
- une représentation locale pour un dialogue régulier et pragmatique entre les acteurs du terrain et l'ARS.

La taille de ces territoires doit être suffisamment grande pour bâtir des projets d'envergure, tout en restant dans des limites géographiques acceptables pour rendre possible un travail en commun des acteurs locaux autour d'enjeux de réponse de proximité aux besoins de santé.

Pour les Pays de la Loire, un premier découpage des territoires de premier recours avait été déterminé par la Mission Régionale de Santé (MRS), afin d'apporter une réponse pertinente aux besoins de soins et de santé de la population, au plus près des habitants et sur l'ensemble du territoire régional.

>>>



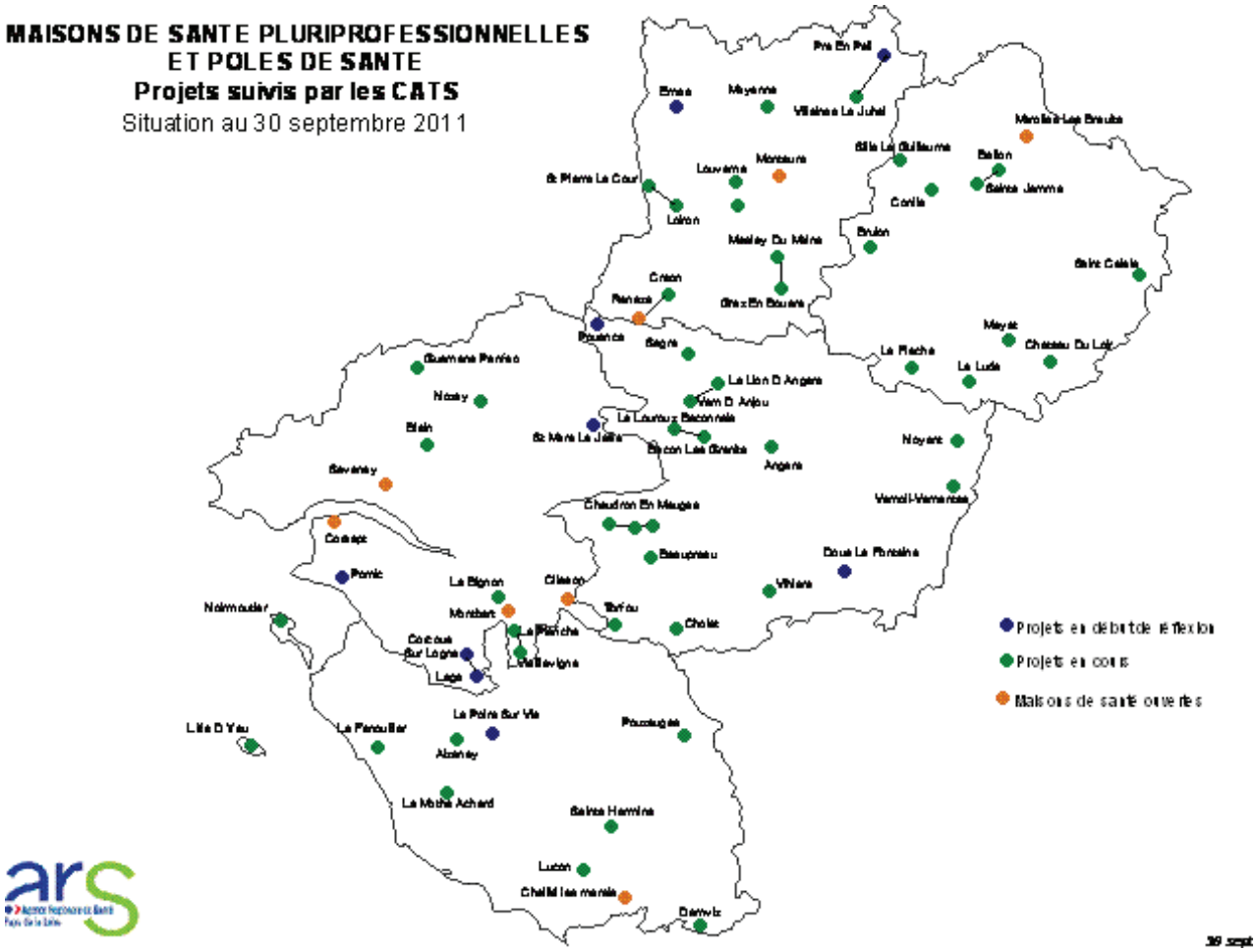
Ces territoires sont actuellement en cours de révision.

(Source : ARS)

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Les maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé

En Pays de la Loire, on compte actuellement entre 50 et 70 projets de maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé :



(Source : DASPR - Septembre 2011)

Ces projets peuvent être très disparates :

- en termes de nombres de professionnels de santé (certains à moins de 10 et d'autres plus de 40) ;
- certaines maisons de santé pluri-professionnelles sont indépendantes, d'autres accolées à un hôpital local ;
- certaines ont un financement de l'ARS et d'autres non ;
- le niveau d'avancement des projets est également très variable d'un site à l'autre.

L'aide financière de l'ARS aux maisons de santé pluri-professionnelles est attribuée par le biais du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

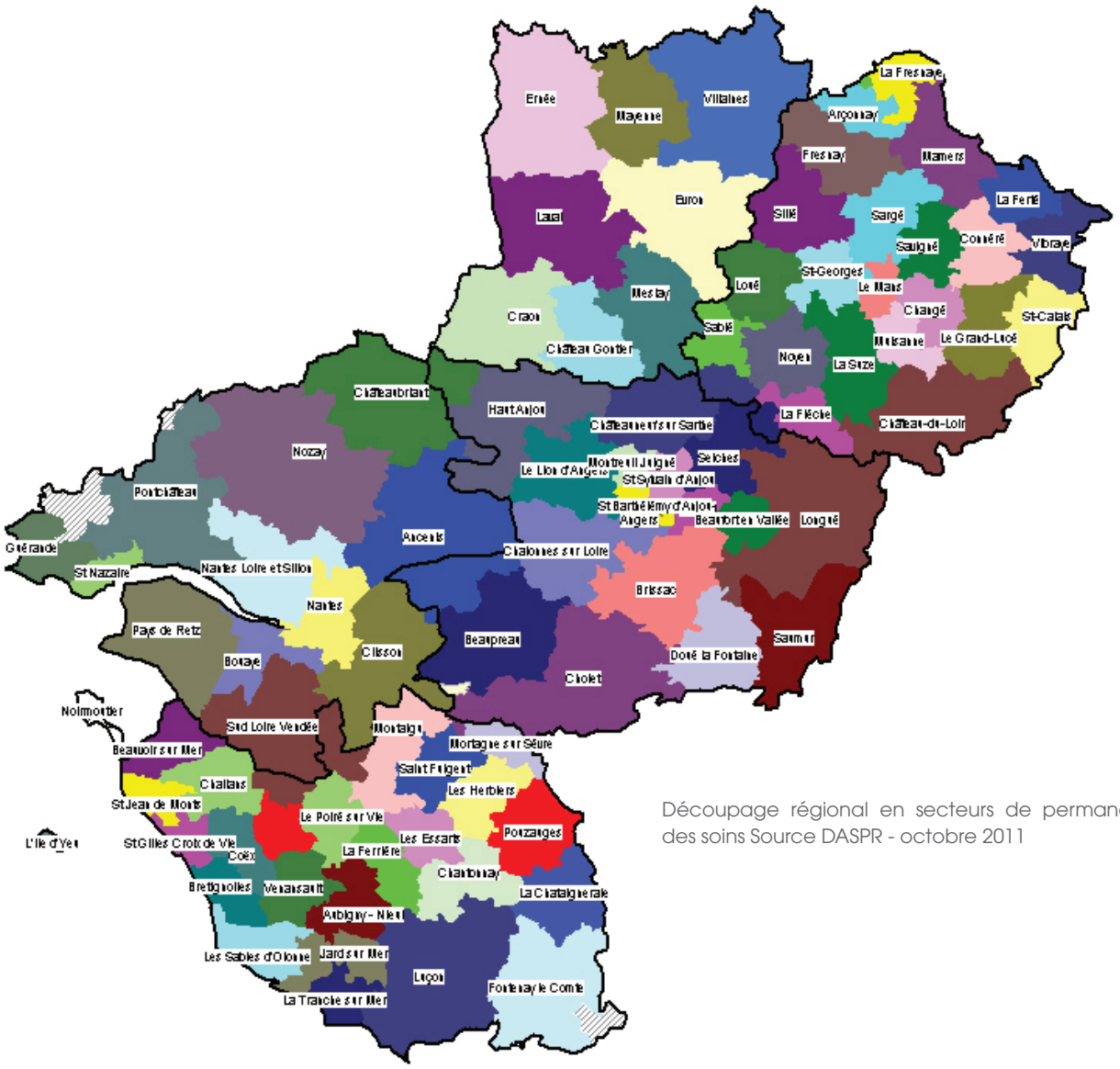
La permanence des soins en médecine générale

L'enjeu est très fort en ambulatoire sur la permanence des soins. Son organisation est indispensable pour accéder à une réponse médicale aux demandes de soins non programmés et éviter les reports inutiles sur l'hôpital. Elle amène également les professionnels à travailler ensemble, créant ainsi les conditions d'un exercice en coordination.

L'organisation de la permanence des soins est assez hétérogène dans la région.

Par exemple en Mayenne, les territoires de permanence des soins correspondent aux territoires de premier recours. Le département est dynamique et la situation démographique tend plutôt à s'améliorer. Le système de permanence des soins reste à optimiser en termes d'efficience, mais il présente l'avantage d'être très organisé et de donner satisfaction aux médecins.

A contrario, dans la Sarthe, qui présente également un important problème de démographie, la permanence des soins a encore besoin d'être travaillée en termes d'organisation.



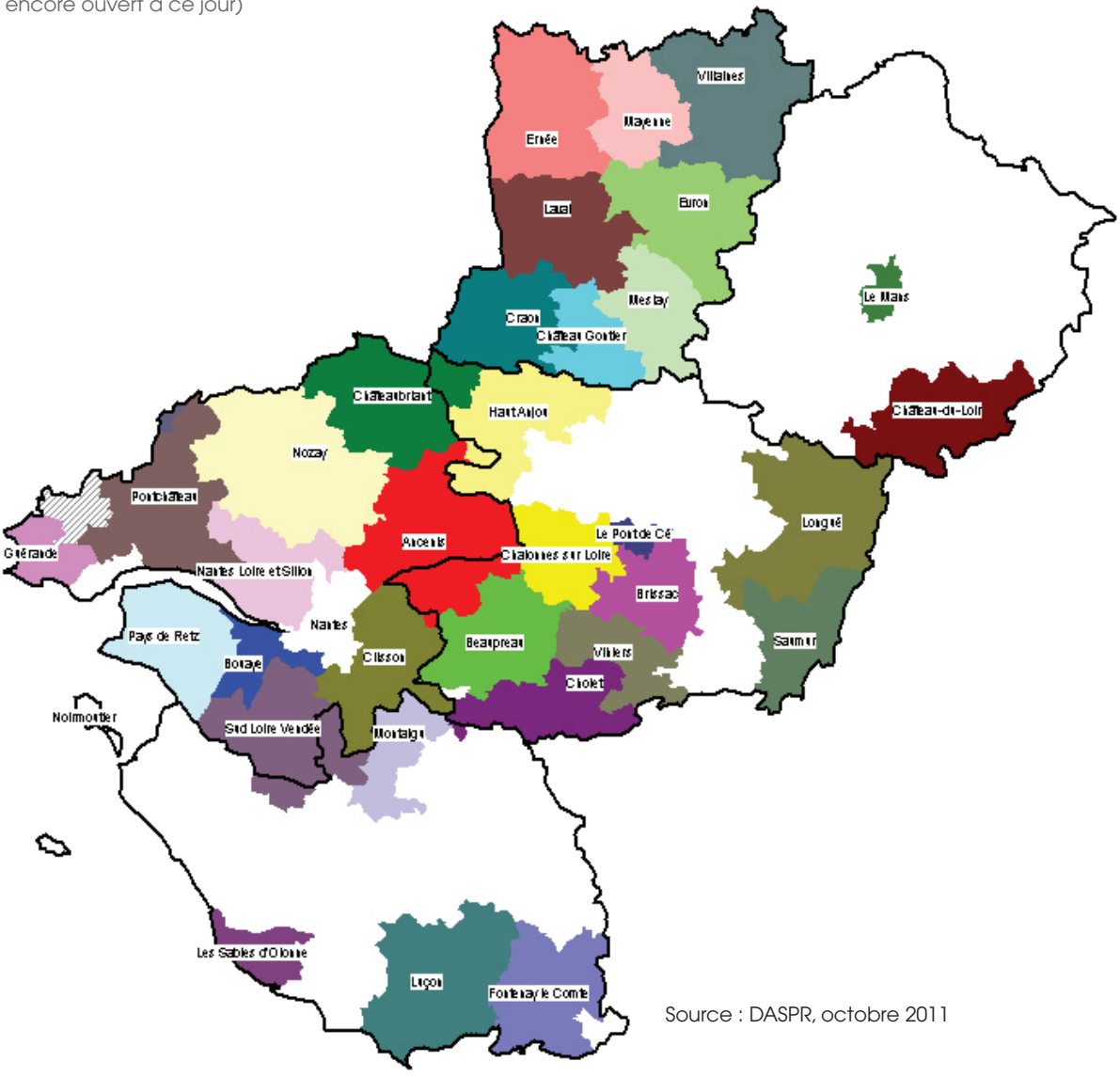
Découpage régional en secteurs de permanence des soins Source DASPR - octobre 2011

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Les CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) sont des maisons médicales de garde financées par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Ils assurent sur des lieux dédiés, une permanence de consultation pour les soins non programmés, aux heures de permanence des soins.

En octobre 2011, 34 CAPS étaient financés dans la région :

- 12 en Loire-Atlantique : Ancenis, Bouaye, Châteaubriant, Clisson, Guérande, La Roche-Bernard, Nantes, Nantes Loire et Sillon, Nozay, Pays de Retz, Pontchâteau, Sud Loire-Vendée
- 10 en Maine-et-Loire : Beaupréau, Chalonnes, Cholet, Haut-Anjou, Longué, Saumur, Les Ponts de Cé, Brissac, Vihiers, Seiches-sur-le-Loir (CAPS ayant reçu un financement, mais le centre n'est pas encore ouvert à ce jour)
- 8 en Mayenne : Château-Gontier, Craon, Ernée, Evron, Laval, Mayenne, Meslay-du-Maine, Villaines-la-Juhel
- 1 en Sarthe : Le Mans (Il existe également un CAPS à Château du Loir, mais qui n'est pas financé par le FIQCS)
- 5 en Vendée : Fontenay-le-Comte, Les Sables d'Olonne, Luçon, Montaigu, Noirmoutier



Source : DASPR, octobre 2011

Le coût de la permanence des soins dans la région en 2009 :

		Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	TOTAL
REGULATION							
Rémunération des régulateurs libéraux soirs+nuits+week-ends et jours fériés		852 555 €	279 576 €	382 536 €	121 902 €	823 152 €	2 459 721 €
Logiciel régul. déportée				46 700 €			46 700 €
EFFECTION							
Astreintes		1 521 200 €	1 470 450 €	854 150 €	1 372 150 €	1 861 850 €	7 079 800 €
Actes soirs, nuits , week-ends et jours fériés	Montants remboursables	6 970 652 €	1 737 132 €	561 280 €	1 295 149 €	1 024 828 €	11 589 041 €
Fonctionnement des CAPS		284 513 €	91 827 €		53 750 €	57 790 €	487 880 €
Gestion ADOPS + matériel structures mayennaises		46 333 €	74 365 €	75 566 €	9 000 €	38 120 €	243 384 €
TOTAL PDS libérale	Montants remboursables	9 675 253 €	3 653 350 €	1 920 232 €	2 851 951 €	3 805 740 €	21 906 526 €
Coût PDS libérale / habitant	Montants remboursables	7,6 €	4,6 €	6,2 €	5,0 €	6,2 €	6,2 €

La permanence des soins comprend des coûts de régulation et des coûts d'effection. En incluant les rémunérations, les coûts de fonctionnement, le financement des CAPS et les actes, le coût moyen par habitant est de 6,2 €, variant de 7,6 € par habitant en Loire Atlantique, à 4,6 € par habitant en Maine-et-Loire, pour un budget total de près de 22 millions d'euros.

La permanence des soins pour les autres professions de santé

Permanence des soins pour les pharmaciens :

Un système de gardes et d'urgences est mis en place par les instances représentatives de la profession pour couvrir tout le territoire ligérien. Chaque pharmacie est tenue de participer à ce service, par rotation.

Permanence des soins pour les masseurs-kinésithérapeutes :

La permanence des soins n'est pas inscrite dans la convention des masseurs-kinésithérapeutes. Une expérimentation est menée en Pays de la Loire sur un maillage régional pour la kinésithérapie respiratoire en période hivernale. Un secteur de garde de kinésithérapie couvre environ deux secteurs médecins, et les masseurs-kinésithérapeutes n'interviennent que sur certains actes précis.

Permanence des soins pour les chirurgiens-dentistes :

La permanence des soins n'est pas inscrite dans la convention des chirurgiens-dentistes, mais une structuration se révèle indispensable. La participation de l'URPS (Union Régionale des Professions de Santé) dentiste au CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires) relève de cette démarche.

Permanence des soins ambulancière :

Il faut trouver les territoires pertinents pour la garde ambulancière, afin qu'il n'y ait pas de carence (tout en sachant que 90% des transports sont programmés et 10% sont de l'urgence sur la permanence des soins)

>>>

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

L'exercice coordonné des professionnels de santé et les coopérations

Les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

L'article 44 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, qui complètent ou se substituent au paiement à l'acte.

2 modules sont proposés actuellement :

- Module 1 : missions coordonnées
- Module 2 : nouveaux services aux patients (dont l'Education Thérapeutique du Patient (ETP))

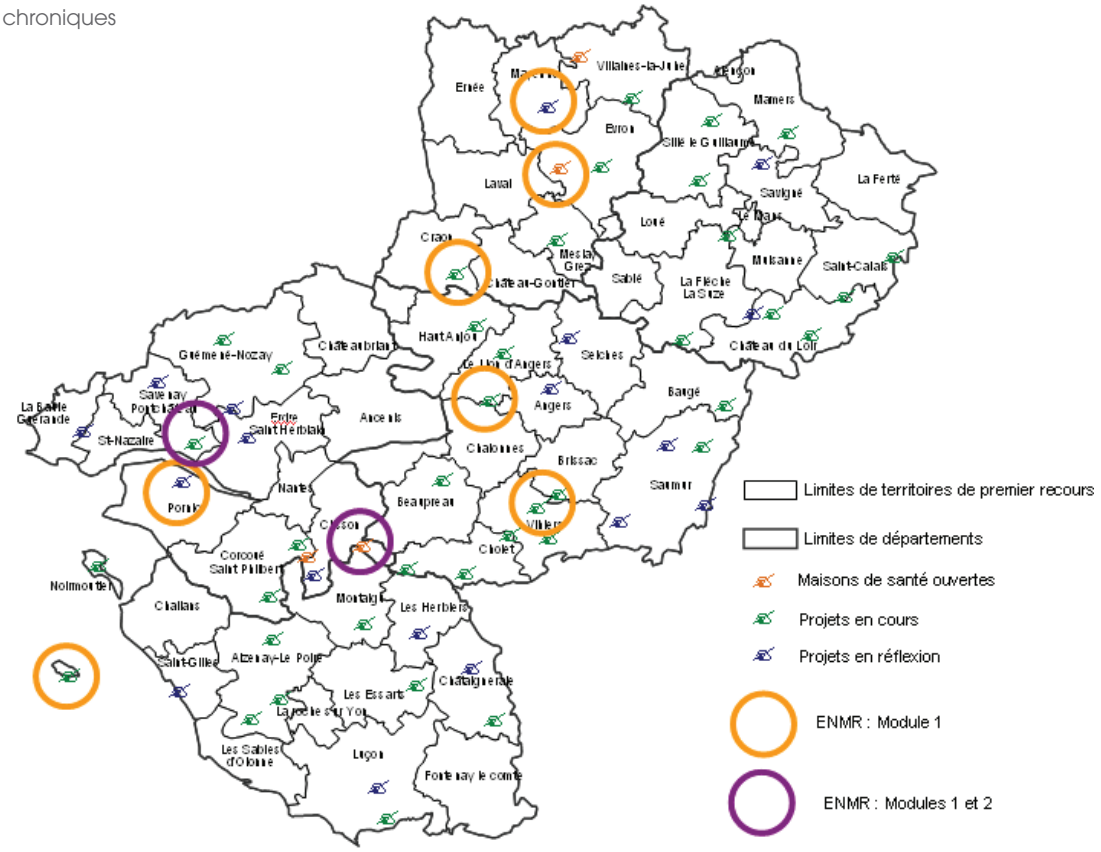
Deux autres modules sont encore en phase de réflexion :

- Module 3 : Coopérations interprofessionnels
- Module 4 : Paiement à la capitation pour le suivi des maladies chroniques

En région Pays de la Loire, l'appel à projet pour les modules 1 et 2 a été ciblé sur les maisons de santé pluri-professionnelles connues de l'ARS et ayant déjà un projet de santé viable.

Sur les 26 sites identifiés comme potentiellement éligibles, 9 ont été retenus pour l'expérimentation :

- Savenay, Corsept et Clisson pour la Loire Atlantique
- Bécon les Granits et Vihiers pour le Maine et Loire
- Mayenne, Montsurs et Craon-Renazé pour la Mayenne
- L'Ile d'Yeu pour la Vendée



Les 9 conventions ont été signées entre mars et avril 2011.

Environ 230 professionnels de santé sont investis dans l'expérimentation en Pays de la Loire.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Un comité technique régional de l'ETP a été constitué par l'ARS le 14 décembre 2010.

Il est composé des différents intervenants en ETP dans la région : des opérateurs, des financeurs, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), une structure support, des représentants du secteur médico-social et des usagers issus de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), ainsi que des représentants des différentes directions de l'ARS.

3 groupes de travail sont issus de ce comité technique. Ils portent sur :

- la détermination d'une organisation territoriale de l'ETP
- l'évaluation des programmes en lien avec les réflexions engagées au niveau national
- les autorisations au fil de l'eau.

Au 30 septembre 2011, 37 structures sont autorisées par l'ARS pour réaliser de l'ETP en Pays de la Loire :

- 8 réseaux
- 27 établissements de santé
- 3 professionnels libéraux
- 126 programmes sont mis en œuvre par ces structures.

Ces programmes portent principalement sur

- le diabète (29 %),
- les maladies cardio-vasculaires (14 %)
- les maladies respiratoires (11 %).

Actuellement, le principal levier financier pour l'éducation thérapeutique reste la mission d'intérêt général (MIG) «actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques» (2 240 000 € en 2010). Toutefois, les enveloppes MIG ne concernent que les établissements hospitaliers, publics ou privés.

Le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) finance également une partie de l'éducation thérapeutique, à savoir les actions réalisées par les réseaux de santé. Le montant de ce financement est difficilement évaluable, car il n'y a pas de budget spécifique «éducation thérapeutique» dans les réseaux, et ces derniers n'ont généralement pas de comptabilité analytique.

Dans les Pays de la Loire, 8 réseaux ont pour activité principale l'éducation thérapeutique :

- 5 réseaux départementaux diabète,
- 1 réseau régional diabète enfant,
- 1 réseau asthme enfant en Loire-Atlantique,
- 1 réseau cardio-vasculaire en Loire-Atlantique (Respecticoeur).

Ces réseaux sont structurés à partir de l'hôpital, même si, par définition, ils mobilisent au-delà.

Les actions menées en ambulatoire sont principalement financées par :

- le Fonds National pour la Prévention, l'Education et l'Information en Santé (FNPEIS) pour les actions de l'Assurance Maladie.
- l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) pour les maisons de santé pluriprofessionnelles participant à l'expérimentation (article 44 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008).

Les actions d'ETP ne sont pas suffisamment développées en secteur libéral.

En outre, aujourd'hui, environ 20 000 patients bénéficient de séances d'ETP, alors que 400 000 patients sont en Affection de Longue Durée (ALD). L'engagement du premier recours dans l'ETP est donc un enjeu fort.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Coopération entre les professionnels de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) note que la démarche de coopération entre les professionnels de santé participe à la promotion et au déploiement de la culture du bon usage des soins et qu'il y a urgence à créer les conditions favorables pour faire émerger des protocoles de coopération à partir d'initiatives locales et territoriales.

En Pays de la Loire, les infirmiers sont plutôt partants pour expérimenter cette démarche.

Des dossiers ont d'ailleurs été transmis à la HAS, qui a en charge d'octroyer, après avis conforme, l'autorisation pour les protocoles de coopération régionaux.

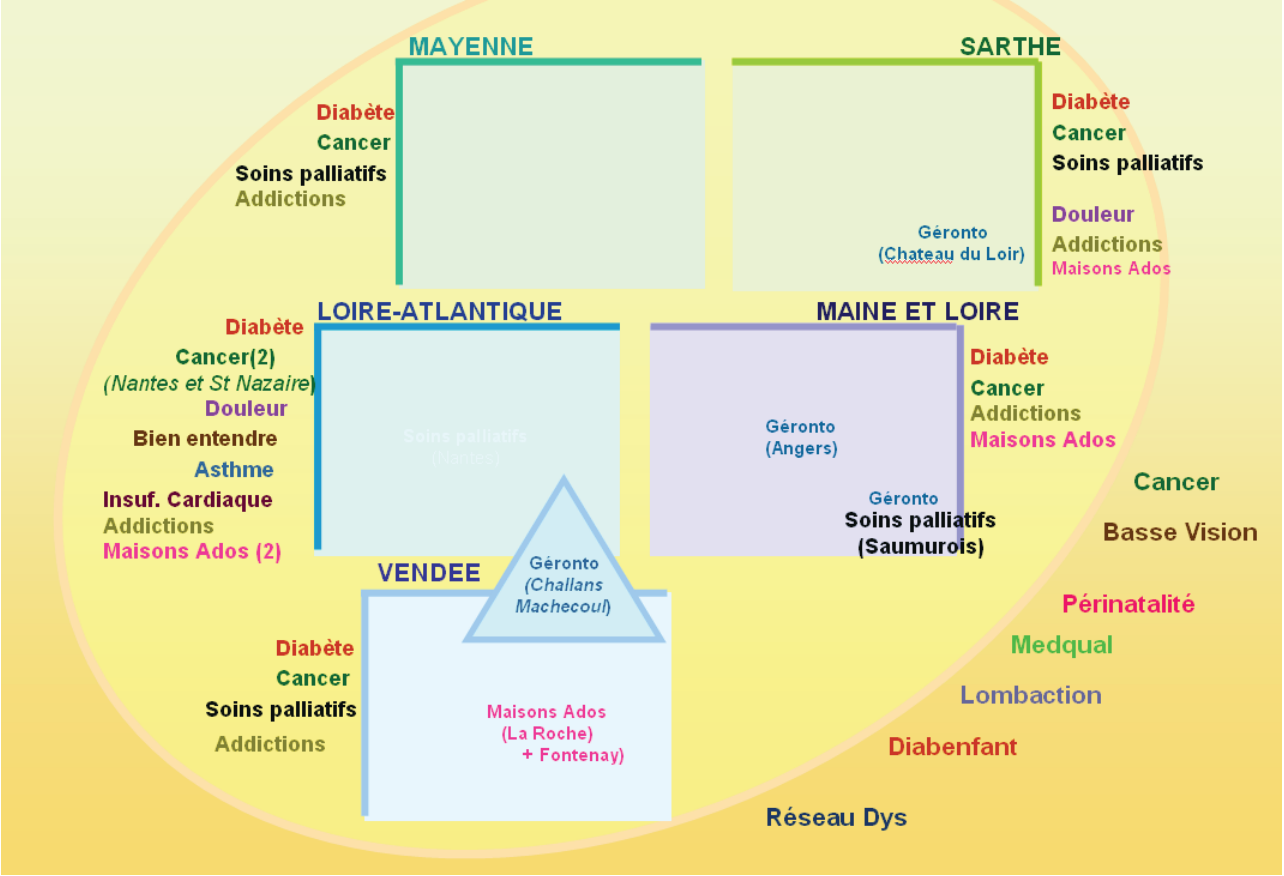
Il s'agit pour l'instant uniquement de protocoles hospitaliers, mais on pourrait envisager d'en étendre certains au secteur libéral ou de développer des protocoles spécifiques à l'exercice de premier recours.

Les domaines à privilégier pour démarrer les expérimentations dans le secteur libéral pourraient porter sur les dialyses ou l'éducation thérapeutique, qui sont des thématiques intéressant les infirmiers libéraux.

Mais il faut probablement attendre qu'il y ait des maisons de santé pluri professionnelles qui fonctionnent bien avant de lancer des expérimentations dans le secteur libéral.

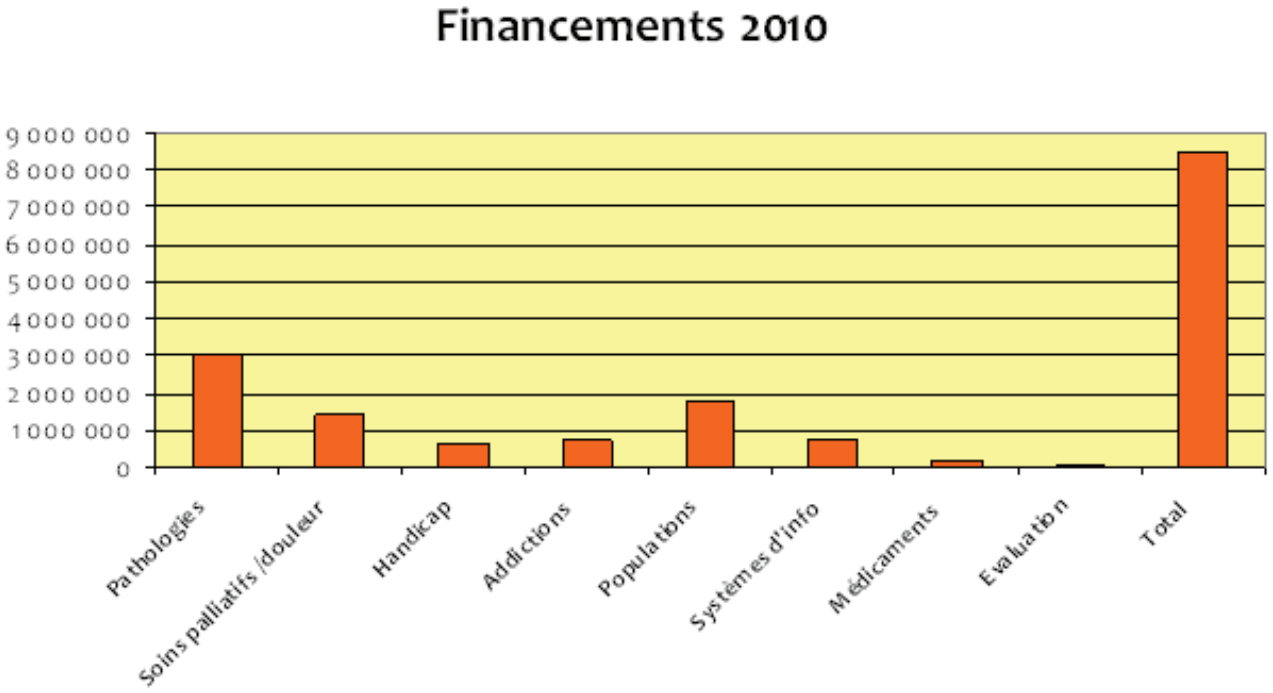
Les réseaux

Sur la période 2007 – 2010, une quarantaine de réseaux ont été financés dans la région Pays de la Loire :



Les réseaux sont financés sur le FIQCS pour une durée de 3 ans, période à l'issue de laquelle ils sont évalués.

En Pays de la Loire l'enveloppe FIQCS s'élève à environ 10 millions d'euros par an, dont 80% sert au financement des réseaux (le reste est utilisé pour le financement des expérimentations soins de ville, des maisons de santé pluri-professionnelles, de la permanence des soins, etc.).



Les réseaux sont des dispositifs très disparates, qui recouvrent des finalités très différentes :

- certains réseaux ont un champ d'action très orienté sur la coordination d'activités hospitalières ou d'établissements. On peut citer par exemple le réseau sécurité naissance (organisé entre les maternités) ou le réseau ONCO-PL ;
- d'autres sont à l'inverse plutôt orientés hors établissement de soins. C'est l'exemple des réseaux gérontologiques, qui interviennent essentiellement au domicile des patients (évaluations gériatriques, articulations entre les intervenants, bilan médico-social, etc.) ;
- d'autres sont portés par l'hôpital, mais ont vocation à prendre en charge des patients en ambulatoire en proximité. Il s'agit par exemple des réseaux diabète ou insuffisance cardiaque, qui peuvent réaliser des séances d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) décentralisées ;
- enfin, beaucoup de réseaux fonctionnent également avec des moyens non hospitaliers, en particulier l'intervention de professionnels de santé de ville (psychologues, diététiciens, …).

Aujourd'hui, les réseaux sont évalués, afin de mesurer l'intérêt de la poursuite du financement au regard du coût important (notamment en termes de charges de personnel).

Plusieurs réseaux ont été évalués en 2009-2010 par des évaluateurs externes : réseau périnatalité, ONCO-PL et RTCN (réseau territorial de cancérologie de Nantes)

Cinq réseaux ont également produit leur auto-évaluation en 2010 : Dys, Althea (soins palliatifs 85), Diabenfant, Soins palliatifs (saumurois), Maison Ados 44.

17 autres réseaux arrivent au terme des 3 années de financement et doivent donc être évalués prochainement.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Les systèmes d'information partagés

Le RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)

La vocation du RPPS est de répertorier l'ensemble des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), qu'ils soient libéraux, salariés, fonctionnaires ou militaires.

En Pays de la Loire, le RPPS est opérationnel pour l'instant pour les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

Le GCS e-santé (Groupement de coopération sanitaire)

Le GCS e-santé Pays de la Loire a été créé le 7 juillet 2011.

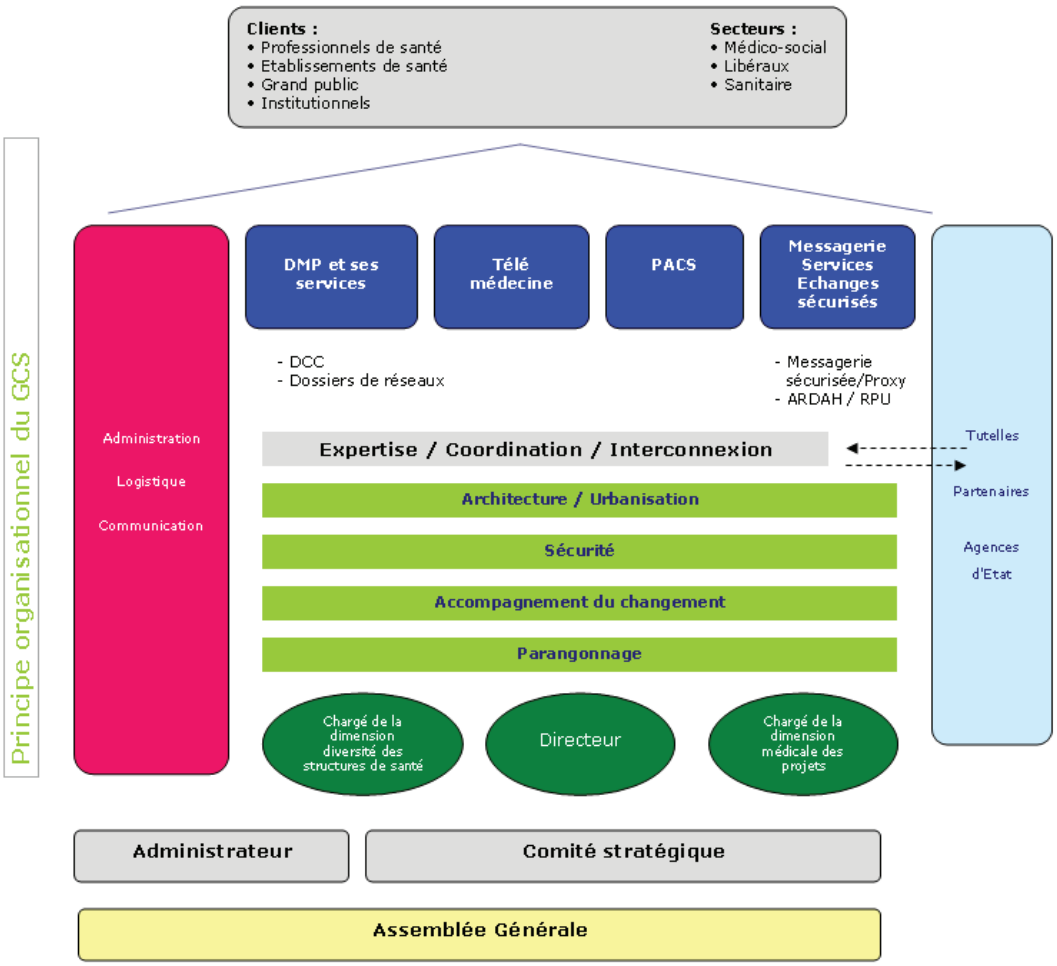
Il comprend 142 membres fondateurs, représentant les trois secteurs :

- sanitaire (hospitalisation publique et privée, établissements de soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile),
- médico-social,
- ambulatoire (médecine de ville et professions de santé libérales).

Le GCS a trois missions principales :

- le conseil et l'expertise des systèmes d'information partagée de santé auprès des professionnels de santé ;
- le pilotage et la coordination de l'ensemble des acteurs et des institutions impliqués dans le partage d'information ;
- la mutualisation des ressources pour faire progresser le système de santé régional.

Organisation et fonctionnement du GCS e-sante Pays de la Loire



Le DMP (Dossier médical personnel)

Le GCS e-santé est chargé du déploiement pratique du DMP dans la région.

Ce déploiement va s'amorcer durant le 1er semestre 2012 sur deux territoires expérimentaux : le bassin de Challans et le Sud-Ouest Mayennais. L'enjeu est de créer des usages ancrés dans la pratique au sein de collectivités de santé composées d'établissements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux médicaux et non médicaux.

L'extension à d'autres territoires s'amorcera fin 2012 – début 2013.

Le DP (Dossier pharmaceutique)

Le dossier pharmaceutique est opérationnel, parmi les initiatives d'informatisation des données de santé.

Conçu et porté par les pharmaciens, le DP était, fin 2010, développé dans plus de 1 200 officines en Pays de la Loire. Au niveau national, 12 500 officines proposaient le DP, couvrant ainsi plus de la moitié du territoire national.

A cette même date, on comptabilisait 11 millions de dossiers créés en métropole et outre-mer, dont plus de 500 000 en région des Pays de la Loire.

Plus de 71 % des officines de pharmacie sont équipées. Dans certaines régions, dont les Pays de la Loire, plus de 80% des officines sont raccordées.

Pour exemples dans quelques régions, dossiers créés au 6 septembre 2010 :

- 532 619 en Pays de la Loire (1229 officines) ;
- 1 091 518 en Ile de France ;
- 567 649 en Aquitaine ;
- 472 791 en Bretagne.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Partie 2 ■ Etat des lieux de l'offre de soins hospitaliers

Introduction

Cette partie de l'état des lieux de l'offre en santé traite de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. L'organisation existante résulte de la mise en œuvre de trois générations de Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui ont profondément fait évoluer la distribution des établissements et des activités.

Les orientations stratégiques du SROS - PRS s'inscrivent dans la continuité des SROS précédents qui se sont appuyé sur cinq principes fondamentaux :

- La qualité des soins, en cinq volets : la sécurité des soins ; l'efficacité de l'activité médicale ; la continuité et la coordination des soins ; les conditions de travail des personnels hospitaliers et la qualité des soins délivrés au patient ; la satisfaction des usagers.
- L'accessibilité : accessibilité géographique, par un maillage territorial gradué et accessibilité socio-économique, par la prise en compte spécifique des populations vulnérables ou démunies.
- La subsidiarité pose le principe de l'intervention de l'établissement dans son propre domaine de compétence, sans intervenir dans les domaines mieux traités par un autre acteur, y compris entre l'hôpital et les soins de ville. Ce principe trouve sa concrétisation dans la gradation des soins.
- La complémentarité permet de lutter contre la segmentation verticale de l'offre de soins et se concrétise par la dynamique des réseaux, la coopération et le regroupement d'établissements.
- L'efficience, dans l'organisation des soins, vise à économiser les ressources, en recherchant l'efficacité médicale au meilleur coût.

Les axes de développement du SROS III s'orientaient autour de la promotion de la santé publique, de l'ouverture à une plus grande place pour l'usager et du décloisonnement au sein du champ sanitaire, entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, et avec les secteurs social et médico-social.

- La priorité accordée à la santé publique et aux axes d'intervention du programme régional de santé publique (PRSP) : bien naître, bien grandir, bien vivre sa vie d'adulte, bien vieillir, s'est traduite dans la territorialisation du SROS et dans les contrats passés avec les établissements de santé, en particulier pour l'éducation thérapeutique et la prévention.
- La plus grande ouverture réservée à la participation des usagers aux instances légales - conférences sanitaires, comité de suivi du SROS, Comité Régional de l'Organisation Sanitaire - a conduit à intégrer dans le SROS des dispositions relatives aux droits d'accès, des usagers et des patients, à l'information. Des objectifs de satisfaction des patients ont pu être également incorporés aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé.
- La recherche d'une prise en charge globale du patient passe par une meilleure articulation entre les différents secteurs. Les Projets Médicaux de Territoire y ont particulièrement contribué. Cet axe, majeur, du SROS III, s'est traduit en cinq priorités : la structuration en réseaux des filières de prise en charge ; l'articulation entre les urgences et la permanence des soins ; la constitution d'équipes mobiles pluridisciplinaires ; la prise en charge des patients en aval des soins aigus ; et enfin, l'articulation entre les secteurs médico-social et social.

Le présent état des lieux de l'offre de soins hospitaliers, en préparation du projet régional de santé (PRS) a été conduit en suivant les trois Orientations Stratégiques du PRS. Ainsi ont été explorés successivement la prise en compte de la personne, l'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé, et la réduction des inégalités de santé. Il ne vise pas l'exhaustivité mais soulève des questions-clés et identifie les évolutions à envisager dans le SROS PRS.

La prise en compte de la personne

Dans ses orientations stratégiques, le SROS s'était donné comme axe majeur de faire du patient et de l'usager des acteurs de santé à part entière. Toutefois, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés par les établissements, celà s'est peu traduit dans la formulation des objectifs.

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) a permis de mieux faire reconnaître le droit des usagers.

La thématique de la bientraitance s'est développée.

De nouvelles pratiques médicales prennent en compte la douleur, qu'elle soit liée à la pathologie ou aux soins médicaux. Des actions destinées aux unités de prise en charge de la douleur ont été confortées, y compris son évaluation.

En cancérologie, la prise en compte de cette préoccupation pour la personne se manifeste par la coordination, le dispositif d'annonce, et des mesures favorisant une plus grande écoute.

Les Soins Palliatifs ont été améliorés. Dans les services de court séjour, des Unités de Soins Palliatifs (USP) ont été développées. Dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ont été reconnus.

En santé mentale, la prise en compte de la personne a surtout concerné les enfants et les adolescents. Des améliorations des locaux et des conditions d'hébergement ont été menées dans le cadre des CPOM.

De façon plus générale, une sensibilisation et des actions, pour un meilleur accueil, ont été mises en place dans les services hospitaliers, améliorant les relations avec les patients et, en conséquence, la qualité et la sécurité de la prise en charge.

L'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé

Un maillage satisfaisant en services de chirurgie et en maternités.

L'un des objectifs du SROS III était de prévoir une offre de soins graduée pour eviter un excès de concentration de l'offre de soins dans les grandes villes. L'enjeu était de trouver pour chaque type d'activités, la maille optimale permettant d'adapter l'offre aux ressources en répondant aux besoins.

Quand il y avait fragilité d'un établissement dans un territoire isolé ou lorsque la contrainte des normes pouvait remettre en cause une offre hospitalière existante, des solutions ont été développées pour maintenir le maillage.

Le maillage des maternités, issu des restructurations des premiers SROS a été maintenu. Désormais, la plus petite maternité de la région effectue 660 accouchements par an. Elle en faisait 200, il y a quelques années. Toutefois, c'est aujourd'hui la démographie des pédiatres, qui fragilise ces maternités lorsqu'il est difficile de satisfaire au respect des normes techniques de fonctionnement.

La réalisation des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) intègre progressivement les activités des services de gynécologie - obstétrique des hôpitaux publics, à l'exception du CH de Château-Gontier. Quelques cliniques de la région en pratiquent également. Cette intégration dans les services de gynécologie obstétrique vise à assurer la relève de la génération des médecins généralistes qui ont initié l'activité. Elle vise également, articulée avec la chirurgie ambulatoire, à permettre un choix effectif de la méthode, chirurgicale avec ou sans anesthésie ou médicamenteuse. La disponibilité des praticiens prêts à prendre la relève est un élément crucial pour le respect de l'accès et des délais à l'IVG ainsi que du choix de la méthode par la femme.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation (AMP), trois départements sur 5 disposent d'implantation de services autorisés pour pratiquer la fécondation in vitro. Les départements de Mayenne et de Vendée font appel aux services d'AMP des départements voisins. Toutefois, le département de la Vendée ne dispose pas d'offre d'AMP alors qu'il compte un nombre de naissances proche de celui de la Sarthe qui en dispose. Un nombre suffisant de fécondations in vitro (FIV) par an est nécessaire pour une pratique sure et pour justifier les investissements nécessaires au respect des normes techniques de fonctionnement. Eu égard

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

au nombre de naissances en Vendée, la question de l'offre vendéenne d'AMP dans une logique de coopération sur le territoire de santé de Vendée se pose.

Concernant la chirurgie, le benchmarking a permis d'optimiser le fonctionnement des blocs opératoires et également de développer la chirurgie ambulatoire.

Une évaluation des plateaux techniques fragiles, c'est-à-dire réalisant moins de 1500 actes par an, a été effectuée à mi-chemin du SROS III pour quatre centres hospitaliers : Ancenis, La Ferté-Bernard, Luçon, St Calais. Ces évaluations ont été réalisées dans le cadre d'une mission de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La situation critique du Centre Hospitalier d'Ancenis a été résolue par un appui sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nantes et d'Angers et un repositionnement des activités restantes. Les autres centres ont connu des évolutions de leurs activités.

Actuellement, le maillage, consécutif aux restructurations réalisées au fil des SROS en chirurgie et en gynécologie - obstétrique est satisfaisant.

Le développement de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) a également contribué à l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en proximité. A l'exception de plusieurs cantons du sud-ouest de la Sarthe (Sablé - La Flèche), la majorité des Pays de la Loire est couverte par une offre en HAD. En quatre ans (2007-2011), le nombre de places dans la région est passé de 394 à 599 places. La couverture complète de la région reste à achever. Par ailleurs, dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, le seuil d'activité minimum de 9000 journées par an, sur le minimum de 30 places doit être maintenu. Pour répondre aux obligations réglementaires, la mise en place d'une permanence médicale dans les HAD (établissements de santé) constitue une nécessité et un vrai enjeu pour l'avenir.

Des évolutions inachevées concernant les SSR, la santé mentale, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, l'imagerie et les hôpitaux de proximité (ex-hôpitaux locaux).

Les domaines de restructuration restant inachevés sont ceux des SSR, de la santé mentale, de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), de la radiologie et de la médecine, plus spécifiquement concernant les ex-hôpitaux locaux.

Concernant le maillage des établissements en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le SROS III a intégré l'enjeu de la réduction des inégalités territoriales de santé. L'objectif visé a été de réguler l'offre en SSR pour que la répartition puisse être plus homogène sur les territoires de la région. Le bilan est plus contrasté : le besoin de la population a été évalué et reconnu et une planification élaborée, mais la contrainte financière n'a pas permis un complet rééquilibrage. Le consensus des acteurs au sein de groupes de travail a retenu une taille de 30 lits par unité pour optimiser l'efficience des SSR. Les restructurations des établissements constituent une opportunité pour l'atteindre. Enfin, l'évolution de l'activité des SSR, y compris en services spécialisés, entamée depuis 2008 est à poursuivre.

Concernant la santé mentale, les avancées en termes d'accessibilité n'ont pas été suffisantes. Des difficultés d'articulation entre le secteur hospitalier, les services médico-sociaux et les services de premier recours libéral demeurent et se manifestent de plusieurs façons :

- La prévention des situations de crise est une priorité insuffisamment prise en compte,
- La saturation des lits d'hospitalisation par déficit de réponses d'aval et d'alternatives à l'hospitalisation, notamment par absence de propositions suffisantes d'accompagnement médico-social du handicap psychique,
- Le fort déficit démographique en psychiatres hospitaliers ne favorise pas les liens avec les médecins généralistes.

Enfin, l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux reste un point d'amélioration.

L'imagerie demeure un sujet en évolution rapide, en particulier en raison des nouvelles technologies, questionnant l'organisation et le déploiement des services. Les travaux de benchmarking réalisés sont riches et seront sans doute à poursuivre avec les établissements publics et privés.

En termes d'accessibilité géographique, tous les appareils d'imagerie prévus au SROS III ont été installés ou sont en cours d'installation. Cependant, le taux d'équipement en appareils d'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) de la région Pays de la Loire et, dans une moindre mesure en scanners, est faible par rapport à la moyenne nationale. Avec

9,1 radiologues / 100 000 habitants, la région des Pays de la Loire présente un déficit démographique important.

Aujourd'hui, les IRM polyvalents sont insuffisants pour répondre à la demande, notamment en cancérologie. En outre, ils ont également utilisés pour répondre aux besoins en imagerie ostéo-articulaire, alors que ces besoins pourraient être couverts par des IRM dédiés moins coûteux.

Concernant l'**insuffisance rénale chronique** (IRC), un nombre encore important de patients est pris en charge en dialyse en urgence, reflet d'un dépistage et d'une prévention insuffisants. Au cours du SROS III, les Unités d'Auto Dialyse (UAD) ont été développées pour améliorer l'offre de prise en charge autonome par les patients, des Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) ont été développées à raison d'une unité par territoire de recours. Cependant, on constate une tendance à la diminution du recours à l'UAD et à l'UDM, au profit de la dialyse en centre, probablement reflet d'une perception d'une plus grande sécurité. Pour autant, les UDM représentent un bon intermédiaire entre l'UAD et la dialyse en centre. Le déploiement de la télémédecine ouvre de nouvelles perspectives pour assurer leur sécurité. La dialyse péritonéale, quant à elle, est peu développée dans la région par rapport aux régions qui ont mené une politique plus volontariste, et qui proposent d'emblée au patient cette modalité de traitement. Cependant, les soins à domicile quotidiens, répétés, qu'elle entraîne peuvent générer des difficultés pour la prise en charge par les IDE libérales, pour les patients qui le nécessitent.

Dans le champ de la **médecine**, les implantations et le maillage des centres hospitaliers pour les différentes spécialités sont satisfaisants pour couvrir les «territoires de santé de recours» définis par le SROS III. L'évolution de la démographie des professionnels de santé, variable selon les spécialités, est le principal facteur limitant au maintien de ce maillage.

Par ailleurs dans les territoires de proximité, les hôpitaux qui correspondaient à l'appellation «d'hôpitaux locaux» offrent une réponse de proximité. Ils se sont largement transformés au cours de ces dix dernières années et se sont orientés vers le secteur médico-social et les soins de suite. Ils regroupent trente entités juridiques dans la région et englobent 111 établissements rattachés. Ces 30 structures ont au moins une activité dans le domaine sanitaire (médecine, soins de suite, unité de soins de longue durée) en complément de leurs activités du domaine médico-social, ce qui justifiait leur maintien en catégorie hôpital local. 74% des équipements sont dans le domaine médico-social et 26% dans le domaine hospitalier.

Dans le champ sanitaire

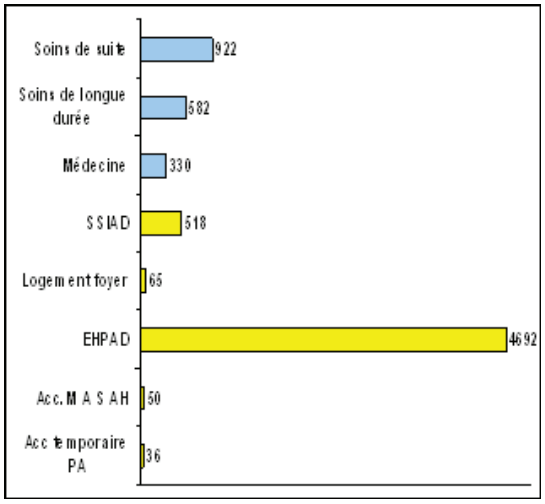
- 25 structures sur 30 ont une activité de soins de suite
- 17 structures sur 30 ont une activité de soins de longue durée
- 21 structures sur 30 ont une activité de médecine
- 10 structures sur 30 ont une activité dans les trois disciplines

Dans le champ médicosocial

- 11structures sur 30 ont un SSIAD rattaché
- 2 structures comportent des capacités d'hébergement en logement foyer

Toutes les structures ont une activité d'EHPAD

- 1 structure comporte une maison d'accueil spécialisée pour adultes handicapés de 50 lits
- 10 structures sur 30 ont une activité d'accueil d'hébergement temporaire de personnes âgées



ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Ces «hôpitaux locaux» sont aujourd'hui des centres hospitaliers. Leur pratique de la médecine est principalement gériatrique. Plus de 56% des séjours concernent des patients âgés de plus de 80 ans. La durée moyenne de séjour est de 14,8 jours en 2010 et 19% des séjours ont une durée supérieure à 3 semaines. Ils ne disposent pas de plateau technique et réalisent leurs examens complémentaires d'imagerie et de biologie en s'appuyant sur des opérateurs, CH ou établissements privés, de proximité, avec lesquels ils ont passé convention. En médecine, seuls 4 hôpitaux sur 21 ont plus de 20 lits, 6 ont moins de 10 lits.

L'implication des médecins et leur statut au sein de l'hôpital selon qu'ils sont médecins libéraux ou salariés temps plein de l'hôpital est variable. De même les interactions avec les professionnels de premier recours jouent un rôle dans le dynamisme de ces hôpitaux.

Le passage à la T2A va mettre en difficulté ceux de ces établissements qui ont des durées de séjour prolongées et une activité de médecine insuffisamment efficiente. Le nombre de lits, le type et le nombre de professionnels impliqués, l'adéquation des personnels soignants et de l'organisation des soins, l'accès au plateau technique, le type de recrutement sont des facteurs interdépendants déterminants à cet égard.

L'organisation de la permanence et de la continuité des soins dans ces hôpitaux, en particulier concernant le personnel infirmier, et les conditions d'organisation efficiente du travail nécessitent une activité et un nombre de lits suffisant pour justifier les moyens mobilisés. En anticipation, un certain nombre d'établissements sont engagés dans des opérations de regroupement ou de transformation qui devront être accompagnées. D'autres devront anticiper l'avenir et certains envisager des évolutions.

Des réflexions à mener concernant les blocs opératoires la nuit et l'organisation de la filière d'urgences, la permanence des soins en établissement.

Une réflexion concernant l'activité nocturne des blocs opératoires est en cours. Elle existe aussi pour les examens de laboratoire et l'imagerie. Au regard de la volumétrie des actes effectués pendant les horaires de permanence des soins, des mutualisations, regroupements, voire suppressions, sont à envisager. Il en est attendu une amélioration de la disponibilité des professionnels de santé et de la continuité des soins, en raison des temps de repos compensateur épargnés.

De même une réflexion est également à mener sur l'opportunité de maintenir certains sites de services d'urgences au regard de leur activité, en particulier la nuit, volumes mais aussi nature des actes réalisés, ainsi que de leur capacité à stabiliser des spécialistes de médecine d'urgence. Certains sites réalisent moins de 10 000 passages par an, parmi lesquels les CH de Luçon, Montaigu, Château du Loir et Saint-Calais. La question se pose également concernant les établissements, public et privé, de la ville de Laval qui disposent chacun d'une autorisation d'urgence. Or les sites de médecine d'urgence autorisés doivent offrir leurs services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La double contrainte - rareté des spécialistes et coût élevé des plateaux techniques - nécessite de s'assurer d'une activité justifiant l'implantation de deux services obligatoirement ouverts jour et nuit.

A cet égard la décision de maintien d'un service d'urgence doit s'accompagner d'une réflexion plus globale sur la meilleure réponse à apporter, sur un territoire donné, aux soins non programmés et d'urgence, de jour comme de nuit. Le périmètre de cette réflexion intègre les possibilités de consultations avancées de spécialistes sur des plages horaires à définir. Il intègre également la réponse de la permanence des soins ambulatoire sous ses différentes formes (Centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS) entre 20 et 24 heures, médecins volontaires en nuit profonde, …). Cette réflexion doit également intégrer les offres alternatives des services d'urgence, leur maillage sur le territoire et la capacité de répartition de l'activité entre les établissements concernés.

Cette réflexion doit pouvoir être menée à l'échelle du territoire de santé pour intégrer les redéploiements potentiels de moyens et de personnels issus des réorganisations. Il s'agit également de tenir compte de spécificités territoriales et saisonnières. Dans les deux départements littoraux, par exemple, l'activité et l'accessibilité en temps varie entre l'hiver et l'été. Il y a également une différence d'activité entre la partie proche du littoral et les communes de l'intérieur. La question du positionnement, en période estivale, des moyens en services de médecine d'urgence concentrés sur la côte atlantique se pose.

De même la réflexion sur le fonctionnement de certaines antennes du SMUR ou le besoin émergent lié à un afflux populationnel saisonnier, reste à traiter, en particulier pour les zones côtières. L'enjeu de la

prise en charge d'une population plus nombreuse et le risque d'encombrement routier posent la question du besoin d'un héliportage.

La prise en charge du surplus d'activité saisonnière et la mesure de son efficacité doit également être abordées au regard de la disponibilité des hélicoptères de la protection civile, que ce soit en proximité, en région ou hors région.

La permanence des soins en établissement fait partie des missions de service public et relèvera d'un financement sous forme d'une mission d'intérêt général. Une mise à plat de l'organisation des lignes de garde et d'astreinte est nécessaire pour identifier les doublons et apprécier la charge de travail ainsi que la pertinence du périmètre de chacune d'elle. Une organisation optimisée est à construire. Elle devra faire l'objet de travaux spécifiques.

Avancées et limites dans la continuité et la coordination des parcours

Des progrès. Compte tenu de sa mission essentielle de coordination, l'HAD est une structure bien adaptée pour associer les secteurs hospitalier, médico-social, ambulatoire (notamment le premier recours) autour d'un projet de soins. Le développement de l'HAD a favorisé la fluidité des parcours de soins, mais son impact trop ciblé reste limité.

La réflexion et les actions sur le travail par filières initiés dans le cadre du SROS III, et en particulier dans les PMT, ont permis aux acteurs de se familiariser avec une approche globale du parcours du patient. La place plus centrale accordée au parcours du patient, formalisée notamment dans des chartes, est particulièrement nette pour certaines populations, (traumatisés crâniens, blessés médullaires, personnes atteintes d'AVC), ainsi qu'en gériatrie. La démarche de contractualisation et celle des PMT sont positives : l'obligation de mettre en place/de formaliser des filières a permis aux acteurs de se connaître et de travailler ensemble.

Des résultats plus incertains. Dans le domaine de la santé mentale, la coordination entre les secteurs Prévention / Sanitaire / Médico-social a progressé mais est loin d'être achevée. Des progrès restent à faire, notamment pour réduire les hospitalisations inappropriées et proposer une alternative au maintien en hôpital psychiatrique, par défaut de structure d'accueil adaptée (médico-sociale ou sociale). Certains patients, souffrant de handicap psychique, sont aujourd'hui hospitalisés en psychiatrie de longues durées alors qu'un accompagnement adapté pourrait permettre leur vie à domicile ou en établissement médico-social.

Le rôle important des projets médicaux de territoires a été reconnu pour décloisonner, mais ils ont eu leurs limites. Des progrès dans la coordination ont été accomplis entre les secteurs sanitaire et médico-social mais il reste beaucoup à faire. De même, les PMT ont permis d'aborder les solutions permettant d'articuler les domaines ambulatoire et hospitalier, mais la segmentation de cette approche n'a pas produit de résultat probant et le SROS III a insuffisamment pris en compte l'enjeu de la continuité des soins.

Certains réseaux ont probabalement amélioré la continuité des parcours même si aucune évaluation fine n'en a été réalisée.

La fluidité entre les activités relevant de la Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) et celles relevant des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a été recherchée. Pour autant, cette approche insuffisante n'a pas permis d'approfondir le traitement des problèmes se posant en amont et aval de l'hôpital, dans la filière de prise en charge notamment Médico-sociale des patients.

En ce qui concerne la fluidité entre établissements MCO et SSR, des cellules d'orientation ont été mises en place. Des marges de progrès existent pour résoudre le problème de la rupture dans les parcours de soins. Dans la région, l'outil TRAJECTOIRE est déjà installé dans 4 départements sur 5 et est en cours d'installation dans le 5ème département (Mayenne).

Enfin, les services des urgences connaissent de longue date un problème d'engorgement. Les pics d'affluence se situent à la fermeture des cabinets médicaux et s'intensifient à partir de 20h. Le problème est en grande partie un problème de flux d'aval intra et extra hospitalier. L'insuffisante information des usagers reste un problème à traiter. L'orientation inappropriée vers les urgences peut être corigée.

Les recompositions hospitalières ont contribué à favoriser la continuité des parcours. Les coopérations entre les secteurs public et privé y ont contribué mais méritent d'être dynamisées.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

La réduction des inégalités de santé

La question de l'accessibilité économique a été diversement prise en compte. Le SROS III a introduit un volet précarité. Les CPOM ont intégré des indicateurs portant sur l'accès au tarif conventionné dans le cadre de l'accueil des soins de médecine d'urgence.

L'approche par Territoires prévue dans le SROS III a permis de commencer à prendre en compte et à agir sur la réduction des inégalités territoriales de santé. La logique de maillage répondait à cette priorité.

Le volet précarité a mis en place le repérage des personnes en situation sociale précaire en vue d'une prise en charge par les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui se sont structurées au cours des SROS. Les PASS permettent de recouvrer des droits et d'accéder aux soins lors d'un séjour à l'hôpital. Elles accompagnent pendant de l'hospitalisation et préparent la sortie. Certaines PASS, comme celle du CHU de Nantes, offrent un service de consultation ambulatoire qui correspond à une réponse de soins de premier recours. Dans les deux cas, le principe est ensuite de réorienter vers les services ambulatoires de droit commun.

Cependant, le SROS et la réponse hospitalière montent leurs limites lorsqu'il s'agit de corriger le défaut de suivi des personnes en ambulatoire, qui constitue le point critique pour une logique de prise en charge dans le droit commun. Dans les situations de précarité, c'est particulièrement difficile et des hospitalisations itératives en sont parfois la conséquence.

Les dispositifs, mis en place dans le cadre des SSR, ont également permis de progresser sur la gestion des évènements bloquants, la bonne orientation en amont et en aval, et la coordination avec le secteur social pour aider les personnes précaires à organiser leur parcours. La cohérence des actions a été recherchée entre le secteur de la cohésion sociale, les PASS et les services sociaux, dans un souci d'insertion des personnes dans les dispositifs de droit commun.

Alors que des prises en charge pourraient se faire à domicile, certaines conditions d'habitat défavorables ne le permettent pas. C'est particulièrement le cas en zone rurale isolée, et pour les personnes vivant seules.

Conclusions

Au terme de cet état des lieux, des constats peuvent être faits et des perspectives tracées.

Le maillage du territoire obtenu en termes d'établissements de soins et en termes de type d'activité peut être considéré comme globalement adéquat en dehors de quelques thématiques identifiées dans cet état des lieux.

L'enjeu n'est plus de multiplier les implantations pour affiner le maillage de l'offre, mais de le maintenir ainsi que l'adéquation de l'offre existante au regard de deux contraintes. D'une part, la croissance projetée de la population et son vieillissement invitent à adapter en volume et en qualité l'activité des implantations autorisées existantes, sans pour autant les multiplier. D'autre part, les conditions techniques de fonctionnement, en particulier parce qu'elles imposent la présence de compétences professionnelles qui se raréfient, fragilisent certaines activités en raison des évolutions de la démographie médicale. Là encore, la couverture du besoin ne nécessite pas la multiplication des autorisations mais doit maintenir et répartir les compétences nécessaires ou développer des organisations innovantes.

Il reste néanmoins des activités pour lesquelles le maillage existant peut être amélioré.

Le schéma concernant le déploiement des SSR spécialisés n'est pas achevé. La couverture du besoin en AMP peut être améliorée en Vendée. Le besoin en imagerie n'est pas couvert et la région accuse un retard de développement, en particulier concernant les IRM. La réponse à l'insuffisance rénale chronique peut être améliorée par une offre de dialyse plus diversifiée pour un plus grand confort et une plus grande autonomie des patients.

Par ailleurs, l'utilisation des ressources n'est probablement pas optimale pour certaines activités.

Ainsi, le maintien d'une activité de médecine sur un très petit nombre de lits dans des hôpitaux de proximité doit être discuté. L'absence de plateau technique, la nécessité d'assurer la continuité et la permanence des soins par des équipes qualifiées et les conséquences du passage à la tarification à l'activité sont de nature à fragiliser cette activité lorsqu'elle n'est déployée que sur un nombre limité de lits. Le renforcement de l'activité de SSR et la possibilité d'admission directe en SSR constituent une alternative pour ces hôpitaux qui peuvent alors jouer un rôle d'appui aux soins de premier recours dans et hors leurs murs en terme de réadaptation, rééducation, adaptation. Enfin, à partir de l'évolution de ces hôpitaux, le déploiement de plateformes mutualisées de services d'accompagnement médicosocial, (hébergement temporaire, accueil de jour, de nuit, …) est de nature à apporter des réponses innovantes pour le maintien à domicile et la prévention d'hospitalisations inadéquates.

De même, la faible activité nocturne de certains services d'urgences et de SMUR interroge sur le maintien de ces activités qui doivent être éxercées 24h/24, 7jours/7 conformément à la réglementation. En effet les normes techniques de fonctionnement imposent la présence de professionnels qualifiés qui ne sont pas toujours faciles à maintenir pour assurer une qualité optimale. Des solutions alternatives peuvent être recherchées Il s'agit de répondre de façon plus efficiente aux variations saisonnières d'activité; il s'agit de mieux répartir les compétences, en particulier médicales. Il s'agit également de pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés, aux horaires où ils se manifestent sur les territoires concernés, en optimisant le potentiel de la médecine libérale, de la permanence des soins ambulatoire, de l'organisation mutualisée avec les établissements voisins (consultations avancée de soins non programmés par exemple).

Au-delà du maillage du territoire régional par les activités soumises à autorisation, les schémas précédents ont eu du mal à mettre en œuvre les dimensions, pourtant clairement affirmées, de décloisonnement de l'hôpital d'une part vers les services de santé ambulatoire et d'autre part vers le secteur médicosocial.

La complexité de la régulation entre les parties prenantes rendait en effet difficile la mise en œuvre d'une démarche systémique d'organisation. Avec le SROS PRS, un contexte de régulation plus unifiée, un cadre d'expression de la démocratie sanitaire et un schéma intégré dans un projet régional reposant sur des orientations stratégiques transversales doivent conduire le schéma d'organisation des soins vers un décloisonnement accru pour une meilleure continuité, fluidité et efficience des parcours de soins.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Ce chapitre de l'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacré au secteur de la prévention et de la promotion de la santé comprend deux parties.

La première partie est consacrée à l'offre de prévention et de promotion de la santé.

La seconde partie est consacrée à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Introduction

Cet état des lieux distingue 2 champs d'activités distincts mais complémentaires :

- d'une part, la prévention et la promotion de la santé,

- d'autre part, la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Il a pour objectifs, dans chacun de ces volets, de décrire les acteurs et organisations concernés, les actions menées mais aussi les forces et faiblesses des dispositifs existant en Pays de Loire.

L'analyse de ces forces et faiblesses permet ainsi de faire le lien avec les objectifs du projet régional de santé, et en particulier ceux du schéma de prévention.

Partie 1 ● Prévention et promotion de la santé

Promotion et éducation pour la santé

● Acteurs, publics ciblés et territoires

De nombreux acteurs concourent à la prévention :

L'agence régionale de santé (ARS) définit et finance des actions visant à promouvoir et éduquer à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. Elle veille à l'évaluation de leur mise en œuvre (article L1431-2 du code de la santé publique).

Les structures de l'Etat :

En région : rectorat, direction de l'agriculture, de l'alimentation et la forêt, direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement, direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, direction interrégionale de l'administration pénitentiaire

En département : directions de la cohésion sociale, directions de la protection des populations, directions de la protection judiciaire de la jeunesse

Les collectivités locales ont des missions spécifiques en matière de prévention en santé :

Le Conseil Régional a compétence pour «promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région» (loi du 2 mars 1982). Il a élaboré en 2011 un schéma «formations, santé, social et territoires» intégrant des orientations propres à l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires de l'action régionale, notamment les lycéens, les apprentis et les étudiants.

Les Conseils Généraux : les départements ont un rôle important en matière de promotion de la santé dans les domaines de la famille et de l'enfance, la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, l'insertion sociale et professionnelle. Dans la région, certains Conseils Généraux se sont notamment investis dans des actions de sensibilisation sur les thèmes des conduites addictives, du VIH, des hépatites auprès d'adolescents en partenariat avec les personnels de l'Education Nationale ou en milieu du travail.

Les communes peuvent développer des actions de promotion et d'éducation pour la santé de proximité dans le cadre des ateliers santé-villes et plus récemment au travers de la mise en place de contrats locaux de santé conclus avec l'ARS.

Les associations sont très fortement représentées dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention :

Elles se composent d'une majorité de bénévoles et de professionnels divers : médecins, infirmiers(ères), psychologues, conseillers, travailleurs sociaux …

Ces acteurs interviennent sur différentes thématiques (nutrition, addictions, sexualité, vaccinations, suicide, santé environnementale...), pour différents publics (jeunes, populations vulnérables, seniors…), dans différents milieux (scolaire, loisirs, famille, travail, vie…) à l'échelon régional, départemental ou/et local.

Elles proposent des activités de diffusion de documentation, d'interventions ou d'animations, d'accompagnement d'un public autour d'un projet, et de formation initiale ou continue.

Certaines associations principalement composées de professionnels salariés et qui ont une forte expertise sont constitutives de deux types de structures :

- Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé dont les missions sont définies selon un cahier des charges de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). En Pays de Loire, les structures suivantes sont intégrées dans ce pôle :
  - L'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS)
  - L'association de lutte contre le sida AIDES
  - L'association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA)
  - L'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
  - La Mutualité Française Pays de Loire
  - L'Observatoire régional de la santé (ORS)
  - L'association Sida Info Service
- Les associations ressources ou têtes de réseau qui viennent en appui des promoteurs. On peut citer pour les Pays de la Loire :
  - L'IREPS
  - L'ORS
  - Dans le domaine des addictions : l'ANPAA
  - Dans le domaine de la santé environnementale : Fédération régionale de lutte contre les organismes nuisibles (Fredon), Murailles médias (prévention des risques auditifs et musique actuelle), Air Pays de Loire (pollution de l'air)
  - Dans le domaine de la sexualité : Sida Info Service, AIDES, les Plannings Familiaux

Les établissements de santé publics et privés

Les établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés

Les établissements d'enseignement publics et privés

Les régimes d'assurance maladie (régime général, MSA, RSI)

Les autres organismes de sécurité sociale (CAF, CARSAT)

Les organismes d'assurance complémentaire santé, dont la Mutualité Française

La Fondation de France

Les professionnels de santé libéraux représentés dans les URPS

Le dispositif de Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH)

Les centres d'examen de santé de l'institut interrégional pour la santé (IRSA)

Il convient de préciser que les professionnels de santé du premier recours sont des acteurs clés en prévention pour l'accès de leurs patients aux dispositifs de prévention et de promotion de la santé du fait des prestations de prévention qu'ils offrent et des relations de confiance établies avec eux.

Principaux plans et programmes d'actions

Le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

La mise en œuvre du SREPS, arrêté par le préfet de région en 2003, s'est principalement appuyée sur l'IREPS et le CODES 72 qui ont structuré leurs centres ressources. Ces associations proposent, aujourd'hui, aux professionnels de l'éducation, de la santé et du social, une offre documentaire, des conseils méthodologiques, des séances de présentation d'outils, des expertises d'outils, des formations et des journées d'échanges de pratiques, de connaissances et de compétences.

Parallèlement, l'Etat et l'Assurance-maladie, en tant que financeurs, ont cherché à renforcer leurs synergies. Cela s'est concrétisé en 2006 par la création du GRSP (groupement régional de santé publique).

Enfin, une démarche commune entre financeurs et promoteurs a été engagée sur le thème de l'évaluation qui a abouti à l'élaboration d'une grille indicative pour les promoteurs et à l'évaluation de structures ressources comme l'IREPS et AIDES. Cette démarche a marqué le début des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.

La démarche lancée par le SREPS a depuis été poursuivie, notamment en matière de formations, de complémentarité entre les acteurs et les actions et de valorisation de ce champ.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Le plan régional de santé publique (PRSP)

Le PRSP, document de référence, a fixé sur la période 2005-2009 (avec prolongation en 2010) les grandes orientations de la politique régionale de santé. Il a mobilisé les opérateurs et les financeurs de la région sur des objectifs partagés de santé publique.

Ses axes prioritaires d'intervention étaient présentés sous forme de cahiers en fonction des grands âges de la vie : bien naître (0-3 ans), bien grandir (3-20 ans), bien vivre sa vie d'adulte et bien vieillir.

Une évaluation externe de la mise en œuvre de ce plan a été réalisée en 2008.

Six recommandations concluaient ce travail d'évaluation :

- Elaborer un diagnostic et des orientations partagées avec les acteurs locaux de santé publique
- Clarifier la place de la prévention dans la politique de santé et l'organisation des services
- Elaborer un document stratégique, cohérent et lisible
- Elaborer un document de mise en œuvre des actions publiques sur le territoire
- Améliorer l'information et la mobilisation des acteurs en vue de faire du PRSP un document de référence favorisant une culture de santé publique
- Favoriser la coordination des financements

La conférence régionale de santé avait également formulé des propositions de priorisation dans le cadre d'une commission de suivi du PRSP :

- d'une part, des préconisations transversales : les inégalités sociales et territoriales de santé nécessitent de promouvoir la concertation avec les collectivités territoriales et le secteur associatif, de développer l'observation de la santé, la veille sanitaire, la recherche, l'éducation/promotion de la santé
- d'autre part, l'affirmation de deux priorités thématiques :

- la prévention des conduites addictives (alcool/jeunes) pour laquelle elle a réaffirmé la nécessité de mettre en place une prévention précoce (acquisition de compétences psychosociales), de territorialiser les actions et de travailler dans l'interdisciplinarité

- les risques psychosociaux au travail

Le plan régional santé environnement (PRSE)

Le Code de la santé publique, depuis 2004, et la loi dite « Grenelle II » d'août 2009, prévoient des plans quinquennaux sur la santé environnementale dans les régions. En Pays de la Loire, un premier plan (PRSE1), sur la période 2005-2008 portait sur 16 actions, dont 8 prioritaires ; parmi lesquelles :

- réduction des émissions aériennes de substances dangereuses d'origine industrielle
- réduction de l'incidence de la légionellose
- protection des captages d'eau potable
- limitation des pollutions des eaux et des sols par les pesticides
- réduction des risques professionnels liés aux CMR
- amélioration de la prévention du saturnisme infantile
- facilitation de l'accès à l'information en santé environnement

Le PRSE1 visait spécifiquement des pathologies associées à l'environnement de façon certaine : la légionellose, le saturnisme, les intoxications au monoxyde de carbone, les pollinoses.

A l'automne 2010, un 2ème plan a été lancé s'appuyant sur une large mobilisation des acteurs (services de l'Etat, collectivités locales, associations, représentants du monde économique, représentants de salariés…) pour la définition et la conduite des actions de ce nouveau plan.

Les actions portées par le plan relèvent de trois intentions :

- Identifier et réduire les expositions aux nuisances environnementales (réduction des pollutions à la source)
- Aménager le territoire pour un environnement favorable à la santé (agir sur les inégalités géographiques, prendre en compte l'enjeu sanitaire dans la conception des espaces)
- Sensibiliser et promouvoir la santé environnementale (auprès du grand public et auprès de l'ensemble des acteurs : collectivités, organisations professionnelles, associations …)

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en difficultés sociales (PRAPS)

Les PRAPS ont été rendus obligatoires dans le cadre de la lutte contre les exclusions dans le but de remédier aux inégalités de santé (loi du 29 juillet 1998).

Parmi les actions développées sur la région, on peut citer :

- la mise en place d'«ateliers d'éducation pour la santé»
- l'accompagnement dans la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU)
- la diversification et la professionnalisation de points d'écoute psychologique notamment dans les structures pour les jeunes
- l'organisation de formations pour les professionnels de la psychiatrie et du social
- la création et la pérennisation de réseaux sur certaines grandes villes
- la mise en place et la consolidation du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux avec services d'urgence
- une meilleure prise en compte de «la souffrance psychique» des exclus
- la mise en œuvre de plusieurs approches de détection des risques sanitaires et de prévention à domicile
- la création et l'extension de l'annuaire –sur Internet– des acteurs de la lutte contre l'exclusion…

La santé des personnes en difficulté sociale s'est retrouvée ensuite de façon transversale dans les cahiers du PRSP.

Des constats ont été partagés entre institutionnels et partenaires en 2008 et 2009, à savoir :

- les moyens sociaux se sont développés dans les dispositifs sanitaires et les dispositifs sociaux se sont «sanitarisés» avec des moyens sans doute dispersés mais non négligeables
- la prise en compte de la santé des personnes en difficulté sociale concerne et impacte les dispositifs sociaux, la santé étant un déterminant non négligeable de l'insertion sociale et l'exclusion sociale aggravant la santé
- à côté de la difficulté d'accès aux soins, trois grandes problématiques émergent sur le champ santé/précarité : les conduites addictives, la santé mentale (souffrance psychique), l'alimentation-nutrition.

Le plan régional santé-travail

Le plan régional santé travail (PRST) de deuxième génération et animé par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) succèdera au PRST1 mis en place en 2006.

Le PRST2 devrait s'articuler autour de quatre axes:

- améliorer la connaissance de la santé au travail
- poursuivre une politique active des risques professionnels
- encourager des démarches de prévention dans les PME et TPE
- et piloter le plan de communication

Six thèmes prioritaires ont été retenus : les chutes, la manutention, les risques routiers professionnels élargis aux conduites addictives, les risques cancérigènes mutagènes et reprotoxiques, les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques.

Le plan national pour la prise en charge et la prévention des addictions

En Pays de la Loire, le Plan Régional de Santé Publique 2005-2009 préconisait dans ses volets « bien naître », « bien grandir » et « bien vivre sa vie d'adulte », des actions multiformes pour prévenir les conduites addictives :

- renforcement des actions d'information et d'éducation
- réduction des risques en milieu festif
- aide et accompagnement des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage
- mise en œuvre d'actions en direction du monde du travail
- accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité
- mise en place de lieux d'écoute
- réalisation d'actions de formation pour les acteurs relais
- échanges de pratiques et coordination des acteurs
- développement du travail en réseau

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

De même, les travaux de la **Conférence Régionale de Santé** entre 2008 et 2010 ont conduit à prioriser la prévention des consommations à risques et l'usage nocif d'alcool chez les jeunes.

A ce jour, les actions financées dans le cadre des appels à projets du GRSP ont permis de:

- renforcer la prévention des conduites addictives en milieu scolaire et universitaire
- prévenir et réduire les conduites à risques en milieu festif
- développer la prévention des conduites addictives en milieu professionnel
- accentuer la prévention auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- renforcer le soutien individuel ou collectif des personnes et de leur entourage
- consolider les compétences des intervenants dans le domaine de la prévention de l'addiction (formations, colloques, journées à thème)

De multiples acteurs concourent à leur réalisation, des associations de professionnels (telles ANPAA, IREPS) ou de bénévoles (Alcool Assistance, Vie Libre, FAMLA), des établissements (CSAPA, centres hospitaliers), des collectivités locales, des mutuelles, des réseaux de santé.

Le plan national nutrition santé (PNNS)

Face à l'accroissement de l'obésité et aux pathologies liées à une mauvaise nutrition, le 2ème plan national nutrition santé (2006-2010), fixe 9 objectifs prioritaires, dont la réduction de 20% de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, et refonde la politique nutritionnelle en lui donnant de nouvelles ambitions, en matière de :

- prévention, tournée sur l'éducation nutritionnelle, et prévoyant d'agir aussi sur l'offre alimentaire
- dépistage précoce et de prise en charge de troubles nutritionnels (obésité, dénutrition)
- ciblage sur les populations défavorisées et les personnes précaires et de mobilisation des acteurs associatifs et des collectivités territoriales

Enfin, il renforce l'effort de recherche et d'expertise en matière nutritionnelle et lutte contre les phénomènes de stigmatisation.

En Pays de la Loire, un comité technique nutrition santé a été constitué afin de décliner ces orientations nationales. Au cours de ces dernières années, 5 objectifs régionaux ont été poursuivis :

- renforcer la prévention nutritionnelle
- sensibiliser les populations défavorisées
- dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels
- renforcer les échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs
- favoriser l'implication des collectivités territoriales : incitation des élus à signer la charte « villes actives du PNNS » ou « département actif du PNNS ». A ce jour, 8 communes ont signé cet engagement en Pays de la Loire

A partir de 2009, le GRSP a développé un partenariat avec la DRAAF, qui travaille plus spécifiquement sur l'axe « offre alimentaire ».

La stratégie nationale d'actions en matière de contraception

La stratégie nationale d'actions en matière de contraception publiée en 2007 fixe 4 axes stratégiques :

- agir sur l'information du grand public et de publics cibles
- agir sur la pratique des prescripteurs
- améliorer l'accessibilité à la contraception
- améliorer les connaissances en matière de contraception aux niveaux national et européen

Sur la base de ces orientations, plusieurs actions ont été mises en œuvre en Pays de la Loire :

- soutien à l'organisation de colloques départementaux sur le thème de la contraception
- financement d'une plate-forme téléphonique régionale IVG/contraception
- mise en place de permanences délocalisées du Planning Familial en milieu rural
- renforcement de l'éducation à la sexualité dans différents milieux de vie (établissements scolaires, centres d'accueil et d'hébergement…)
- développement d'un programme régional « vie affective et sexuelle des personnes vivant avec un handicap mental et en ITEP »
- organisation d'une formation territoriale pluri-professionnelle (médecins, pharmaciens et sages-femmes).

La prévention en matière de santé mentale

Les programmes régionaux de prévention du suicide avaient pour objectifs initiaux, l'amélioration de la prévention du suicide notamment chez les jeunes, la diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en mal être, des suicidants et de leurs proches et la consolidation des connaissances en matière épidémiologique.

La région s'est mobilisée :

Dans la mise en place de formations :

- au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire
- au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et des adolescents

Dans le financement d'actions de prévention :

- L'action régionale s'est traduite par le soutien financier, chaque année, d'une trentaine de promoteurs, dans le cadre des appels à projet du GRSP, pour des actions de type aide aux aidants, groupe d'entraide, groupe de paroles, points d'écoute, formation à l'écoute,…

Forces et faiblesses de l'offre de promotion et d'éducation pour la santé en Pays de la Loire

Des forces :

- Une véritable dynamique créée autour de la politique régionale de santé depuis 15 ans : des premières Conférences Régionales de Santé débouchant sur des programmes régionaux jusqu'au Groupement Régional de Santé Publique et le PRSP
- Une structuration de ce secteur en construction :

- Constitution de l'IREPS
- Création d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé
- Régionalisation en cours de l'ANPAA

- Une structuration des financeurs renforcée au fil des années, par le biais notamment de la gestion commune d'un appel à projets et l'adoption d'outils communs (critères de financement, fiche indicative d'évaluation…)
- La mise en place d'un partenariat fort avec l'Education Nationale et en cours de construction avec l'enseignement privé
- Une richesse de ce secteur de la prévention et la promotion de la santé en raison de la diversité des acteurs
- La proximité des acteurs et des actions
- Un développement territorial des actions d'appui aux promoteurs (points documentaires, conseils en méthodologie, séances de présentation d'outils…)
- Un engagement et une motivation forte des intervenants en éducation pour la santé
- L'émergence d'une nouvelle thématique : la santé environnementale, avec une structuration des acteurs partenaires sur le champ autour du plan régional santé environnement (PRSE) en y incorporant fortement la dimension sociale

Des faiblesses :

- La multiplication des plans nationaux et la difficulté de prioriser des orientations régionales
- La difficulté de réaliser un état des lieux exhaustif des actions menées sur le terrain en raison de la multiplicité des acteurs et des actions, notamment au niveau des collectivités territoriales
- La difficulté de développer un partenariat avec certains acteurs, notamment les professionnels de santé du 1er recours, y compris dans le cadre de leurs formations
- La professionnalisation des acteurs de la prévention
- La complémentarité des acteurs et des actions
- Le lien trop faible entre les politiques sociales et les politiques de santé publique
- Des acteurs insuffisamment décloisonnés avec les secteurs du soin et de l'accompagnement médico-social
- L'animation des territoires, peu développée à ce jour
- La faiblesse des échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs, à l'échelon régional, départemental et local
- Le principe de l'annualité budgétaire
- La dispersion des actions
- L'évaluation des actions

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

- La communication autour de la prévention
- La valorisation des actions de prévention
- L'insuffisante implication des usagers à la définition et la mise en œuvre des actions de prévention
- La faible mobilisation des professionnels de santé autour des questions de santé liées à l'environnement avec une insuffisante prise en compte de cette thématique dans leurs formations
- La persistance d'inégalités environnementales importantes liées à l'âge, aux conditions sociales (habitat insalubre, environnement professionnel…) et/ou géographiques (radon lié à la géologie, pollution atmosphérique, environnement industriel ou agricole…)
- La persistance d'inégalités sociales de santé, cependant mal identifiées et observées territorialement
- L'accès à l'éducation à la santé des publics les moins enclins à se protéger

Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la prévention orientée, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque. Les vaccinations et les dépistages de certaines maladies comme les cancers constituent les principaux exemples de prévention orientée.

Vaccinations, tuberculose, infections sexuellement transmissibles

Depuis 2006, l'Etat a recentralisé les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

- En Loire Atlantique, le Conseil Général ayant décidé de ne pas reconduire ces activités, le CHU de Nantes et le centre hospitalier de St Nazaire sont habilités depuis 2006 pour l'ensemble des activités (vaccination, tuberculose et IST). Concernant la vaccination, 3 autres antennes fonctionnent sur le département : Ancenis, Châteaubriant, Machecoul.
- En Sarthe, le Conseil Général a conservé l'activité vaccination. La lutte contre la tuberculose et les IST a été confiée au centre hospitalier du Mans qui a été habilité.
- Dans le Maine et Loire, le Conseil Général a gardé la responsabilité pour les activités de lutte contre la tuberculose et de vaccination. Les activités de lutte contre les IST sont effectuées par le service de dermatologie du CHU d'Angers.
- En Mayenne, le Conseil Général a conservé l'ensemble des activités.
- Enfin, le Conseil Général de la Vendée, qui avait conservé l'ensemble des activités mais n'avait pas mis en place de CIDDIST, a dénoncé en mai 2011 la convention qui le liait à l'Etat.

Les acteurs de la région s'impliquent tous les ans dans la déclinaison de la semaine européenne des vaccinations.

Dépistage du cancer

Les dépistages sont mis en œuvre au niveau de chacun des cinq départements de la région par une structure de gestion des dépistages qui répond à un cahier des charges établi au niveau national. Les associations concernées sont respectivement CAP Santé 44 en Loire-Atlantique, CAP Santé 49 en Maine-et-Loire, Camélia en Mayenne, GEMS en Sarthe et Audace en Vendée.

Les structures de gestion des dépistages ont été jusqu'à présent cofinancées par l'Etat et l'Assurance Maladie à raison de 50% des frais de fonctionnement pour chacun des financeurs tandis que la Sécurité sociale prenait seule en charge les frais médicaux induits par les dépistages.

Dans la région des Pays de la Loire, le taux de dépistage moyen est de 65% pour le cancer du sein (avec une variabilité de 71 % à 55 % selon les départements) et de 47 % pour le cancer colorectal (avec une variabilité moindre de 53 % à 43 % selon les départements).

Bien que les centres de dépistage (tuberculose, IST) soient implantés sur chaque département (hormis la Vendée qui n'a pas de CIDDIST), le maillage territorial n'est pas optimal et l'implantation reste souvent centralisée sur les agglomérations importantes. Cette implantation centralisée ne permet pas forcément de toucher de façon significative les publics précaires et les personnes migrantes.

Forces et faiblesses de l'offre en prévention sélective

Concernant la vaccination, la commission de coordination des politiques de santé publique en charge de la prévention a confié à son comité technique la mise en place d'un groupe régional ayant pour mission de définir les orientations pour construire un programme régional coordonné autour de la vaccination.

Les centres de vaccination de la région ne jouent pas suffisamment leur rôle de pôles ressources, que ce soit auprès du public que des professionnels de santé.

Il apparaît enfin que les professionnels de santé sont insuffisamment vaccinés, notamment contre la grippe, alors qu'ils sont en contact avec des personnes vulnérables.

En matière de lutte contre le cancer, le programme a bénéficié d'un appui non négligeable du Ministère en charge de la santé qui assurait une coordination entre les référents de toutes les régions du pays. Les équipes départementales des structures de gestion ont à plusieurs reprises été reconnues au niveau national et choisies pour conduire des projets pilotes. La démarche préventive en cancérologie a été particulièrement soutenue par les professionnels de santé très impliqués dans la coordination de la lutte contre le cancer.

En revanche, les projets visant à inclure les populations les plus précaires ne sont pas parvenus à des résultats significatifs. Les indicateurs choisis pour le suivi des campagnes de dépistage à venir doivent tenir compte de cet échec et quantifier les efforts et résultats dans ce domaine particulier. Par ailleurs, le dépistage est confronté, dans notre région comme dans les autres, à un relatif plafonnement des résultats qui ne progressent plus.

Prévention au bénéfice des patients

Les actions de prévention au bénéfice des patients ou prévention ciblée cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complication d'une maladie. Plus encore que la prévention sélective, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage repose sur la mobilisation et les compétences des acteurs du système de soins. Elles prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion dans le droit commun.

L'éducation thérapeutique

Les programmes d'ETP sont pour l'instant essentiellement mis en œuvre par les établissements hospitaliers : aujourd'hui environ 10 000 patients bénéficient de séances d'ETP, dont seulement environ 1000 en ambulatoire. Aucun établissement médico-social n'est porteur d'un programme d'ETP.

On estime qu'en Pays de la Loire seulement 3% des patients en ALD bénéficient d'un programme d'ETP d'où une marge de progression importante.

Dans les Pays de la Loire, huit réseaux font de l'ETP une activité principale : cinq réseaux départementaux diabète, un réseau régional diabète enfant, un réseau asthme enfant et un réseau cardio-vasculaire en Loire-Atlantique.

Dans le domaine de l'ambulatoire, les CPAM et la MSA financent via le FNPEIS des actions d'ETP pour des patients cardio-vasculaires recrutés dans les cabinets médicaux. Les centres d'examen de santé (IRSA principalement) organisent des séances d'ETP pour leurs patients diabétiques, majoritairement des populations précaires. Les professionnels du premier recours sont peu nombreux à s'être pleinement investis dans l'éducation thérapeutique.

Plusieurs maisons de santé pluri-professionnelles pourraient intégrer le module d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Il convient également de citer l'association Agir en Prévention Santé qui réoriente son activité vers l'ETP en recrutant des patients dans les cabinets médicaux.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Un état des lieux est en cours d'élaboration par un comité technique régional animé par l'ARS. Ce comité doit également produire un schéma territorial de l'éducation thérapeutique.

Environ 40% des usagers sont impliqués soit à la construction du programme, soit directement sur l'application des programmes sur le terrain, soit sur l'individualisation des programmes. L'analyse montre qu'il ne s'agit pas d'un problème d'établissement, mais que les patients sont impliqués directement quand il existe une association de patients sur la pathologie concernée. Par exemple, pour l'ETP sur le diabète, les associations de patients sont bien impliquées dans les programmes. Par contre il n'y a pas d'associations spécifiques pour le diabète gestationnel et donc les patients ne sont pas associés sur cette thématique.

Les programmes sont portés par des promoteurs différents : établissements de santé, associations de patients, réseaux de soins, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé. Il n'existe aucune cohérence d'ensemble et les évaluations de programmes sont rares.

L'approche territoriale, dans le cadre du développement de l'offre ambulatoire et de la coordination ville hôpital, est essentielle. En effet, les patients qui désirent s'inscrire dans une telle démarche, ne souhaitent pas se déplacer sur des dizaines de km pour participer à des entretiens ou des ateliers dont la durée n'excède pas 2 à 3 heures. Il est donc nécessaire d'adapter l'offre d'ETP à cette exigence de proximité, notamment dans les départements à forte ruralité de la région, pour remporter l'adhésion des patients, d'où l'intérêt de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des praticiens ambulatoires.

Il convient pour finir de préciser que le plan régional santé-environnement 2 comprend deux actions axées sur la prévention des allergies :

- le conseil médical en environnement intérieur
- la constitution d'un réseau de polliniers sentinelles dans la région

Même s'il ne s'agit pas de programmes d'éducation thérapeutique au sens strict, ces deux dispositifs régionaux doivent être cités en raison du bénéfice qu'ils apportent auprès des patients allergiques.

Le traitement rationnel des évènements indésirables associés aux soins (évènements indésirables graves et infections associées aux soins)

Les EIG associés aux soins sont définis comme des évènements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Les EIG peuvent être à l'origine d'une hospitalisation ou peuvent survenir pendant une hospitalisation. Certains sont évitables, d'autres non.

La DREES a mené en 2004 et en 2009 des enquêtes nationales (ENEIS) sur les EIG, avec des résultats proches :

- un EIG surviendrait tous les 5 jours dans un service de 30 lits (incidence des EIG supérieure en chirurgie)
- 4,5 % des séjours en médecine et chirurgie seraient causés par un EIG
- les EIG au nombre de 500 000 à 1 000 000 par an seraient évitables pour 40 à 50% d'entre eux
- en 2009, les principales causes d'EIG évitables identifiés au cours d'une hospitalisation ont été, par ordre décroissant : la réalisation d'un acte invasif, un produit de santé et une infection associée aux soins

L'articulation au sein des établissements doit être souvent trouvée entre les différents dispositifs :

- la déclaration des évènements indésirables graves
- le dispositif de surveillance et d'alerte des infections nosocomiales ou associées aux soins
- les dispositifs de vigilance, qui sont des systèmes d'information finalisés, construits comme des processus continus de recueil, d'analyse et de diffusion standardisés des données pour permettre des prises de décisions rapides concernant une ou plusieurs facettes des activités du système de santé : hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, cosmétovigilance, réactovigilance, biovigilance, AMP vigilance, toxicovigilance, nutrivigilance, …

Les systèmes de veille ou de vigilance, organisés le plus souvent par catégorie de produits, ont leur propre organisation, avec une chaîne de signalement spécifique, comprenant ou non un échelon régional (CAPTV, CRPV, CEIP-A, cellule de l'InVS, CRH).

L'état des lieux des politiques hospitalières en ce

domaine apparaissait disparate et largement méconnu. Aussi, une réflexion régionale a été menée en 2009 sous l'égide de l'ARH. Elle a porté sur :

- l'opportunité d'une coordination régionale de gestion des risques avec la définition du périmètre d'une éventuelle plateforme régionale de gestion des risques et des unités opérationnelles de gestion des risques associés à chacune d'entre elles
- l'association du secteur ambulatoire au secteur hospitalier
- les missions professionnelles d'un gestionnaire de risques et d'un ingénieur qualiticien
- la création d'une plateforme de coordination des vigilances qui n'a pas été jugée pertinente au sein de la région des PDL, à la différence d'autres régions, par risque d'alourdir et d'entraver une procédure de remontée d'information vers les agences et les services de l'administration centrale qui fonctionne bien

Cette réflexion régionale aboutissait à la proposition de création d'une plateforme régionale de gestion des risques associant les infections nosocomiales, les réseaux qualité dont la problématique médicaments, ainsi que les risques environnementaux.

Un comité régional du médicament et des produits de santé a par ailleurs été créé par l'ARH. Il est complété d'un centre d'information et de ressource pour le bon usage du médicament (Medqual), de statut associatif.

L'organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée

La place du médecin de premier recours est essentielle dans le cadre de l'organisation du système de santé auprès de la personne âgée.

Les principaux thèmes de prévention concernant la personne âgée et qui ont pu être, plus ou moins, développés dans la région sont :

- les chutes
- la iatrogénie médicamenteuse
- la déshydratation, notamment en cas de canicule
- la bientraitance ou la lutte contre la maltraitance
- le dépistage des situations à risques de déficiences sensorielles et cognitives
- la dénutrition
- les soins bucco-dentaires
- la prise en compte et l'aménagement de l'environnement (physique, entourage, …) pour un meilleur maintien à domicile
- l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux, avec répartition homogène de ceux-ci

L'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées pourrait cependant être amélioré.

Les principaux axes d'amélioration organisationnelle pourraient passer par les leviers suivants, encore insuffisamment développés dans la région :

- la coordination des professionnels au domicile
- la définition d'un projet de vie individualisé, en établissement comme à domicile
- le développement dans les EHPAD d'actions de prévention et de qualité

Une étude aux urgences sur l'origine géographique et institutionnelle des patients âgés pourrait par ailleurs être menée afin de diagnostiquer les situations atypiques (établissements les plus « adresseurs », hospitalisations répétées de la même personne….).

La prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien de la qualité de vie en cas de dépendance permanente

La place du médecin de premier recours apparaît là aussi essentielle, pour signaler et dépister notamment les difficultés de l`entourage.

Des efforts seraient nécessaires pour améliorer le quotidien des personnes présentant un déficit cognitif ou une affection psychiatrique.

Les personnes en précarité financière ont de plus en plus de difficultés pour obtenir des aides à domicile, en raison notamment d'un désengagement de l'assurance maladie en matière de prises en charges financières.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Partie 2 ● Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

Le cadre régional de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires

Il s'inscrit complètement dans un cadre national, bien formalisé entre la DGS et l'InVS, par un document de cadrage sur la veille et l'alerte sanitaire.

Pour ce faire, l'ARS, au sein du département de veille et de sécurité sanitaires, a créé une plate-forme de veille et d'urgences sanitaires. Cette plate-forme est composée de 3 services :

Le centre de réception et de régulation des signaux (CRRAUS)

La cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS)

La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

Concrètement, un point focal unique régional des appels a été mis en place par l'ARS à l'été 2010.

Ses coordonnées sont :

- n° vert : 0800 277 303 (réservé aux professionnels)
- fax : 02 49 10 43 89
- mél : ars-pdl-alerte@ars.sante.fr

Il est accessible aux professionnels de santé, aux établissements sanitaires et médico-sociaux, aux collectivités, aux services de l'Etat, aux organismes publics… mais il n'a pas vocation à être directement accessible au public.

Les acteurs régionaux et départementaux

● Les administrations territoriales de l'Etat et leurs services

Les préfectures

Au niveau du département, le préfet de département est responsable de l'ordre public et exerce ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques.

Le département représente l'échelon opérationnel de gestion de crise. Le préfet de département peut activer en tant que de besoin une cellule de crise appelée COD (centre opérationnel départemental) pour exercer en temps de crise ses missions.

Le dispositif ORSEC départemental précise l'organisation des différents services de l'État et de ses partenaires en temps de crise. Il se décline en volets spécifiques.

Les structures ressources, partenaires de l'ARS, sous l'autorité du préfet en gestion de crise sont notamment le SAMU, le SDIS, le centre anti-poison d'Angers, les services de maladies infectieuses.

Le plan blanc élargi, institué par la loi de santé publique du 9 août 2004 liste ces personnes ressources dans chaque département.

Le directeur de l'ARS et le préfet de département s'informent réciproquement et sans délai de tout évènement sanitaire dont ils ont connaissance et présentant un risque de trouble ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)

La DREAL, qui a pris la suite de la DRIRE, est fortement impliquée dans les PRSE. Elle assure l'inspection et le contrôle des installations classées, ainsi que le secrétariat de l'association Air Pays de la Loire, association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air.

Les directions départementales de la protection des populations

Les missions d'intervention de ce service sont réparties dans trois domaines : la santé animale, la sécurité alimentaire, l'environnement.

● Les autres acteurs institutionnels

Les Inspections académiques et le Rectorat d'académie

Le service de « promotion de la santé en faveur des élèves » de l'Éducation Nationale intervient dans les établissements scolaires publics et privés du premier degré, dans les collèges, les lycées, les classes préparatoires aux grandes écoles et les formations BTS. Les infirmières et les médecins de l'Education Nationale participent à la veille sanitaire par leurs signalements.

L'université dispose d'un service spécifique, le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Il intervient auprès des étudiants de l'université ou des établissements sous convention avec l'Université. La région dispose de trois universités ayant chacune leur service.

Les Conseils Généraux et les communes

Parmi les services des Conseils Généraux, citons, les services intervenant en direction des personnes âgées et handicapées, ainsi que le service de protection maternelle et infantile (PMI). L'activité du service de la PMI n'est pas orientée sur la veille sanitaire mais sur la promotion de la santé. Les relations avec les PMI ne sont pas formalisées mais des échanges existent, notamment lors de cas groupés de pathologies infectieuses (haltes-garderies, crèches).

Conformément à l'article L2212-2 (article 5) du Code Général des Collectivités Territoriales, il revient au maire « le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours, et s'il y a lieu de provoquer l'intervention de l'administration supérieure ».

Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Ils sont des partenaires privilégiés en cas de crise (exemple : canicule) ou dans le cadre de la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone.

Le comité régional de sécurité sanitaire

Ce comité est présidé par le préfet de région. Il réunit les préfets de département de la région et le directeur général de l'ARS. Il est chargé de développer les échanges d'informations sur la situation sanitaire de la région, d'apprécier la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population et de décider des moyens mis en œuvre par l'ARS pour l'exercice des compétences des préfets de département.

Les acteurs hospitaliers

Le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales ouest (CCLIN ouest)

Créé en 1992 ainsi que 4 autres CCLIN, le CCLIN ouest, basé à Rennes, coordonne les régions Basse- Normandie, Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Saint-Pierre et Miquelon. Il met en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Il est destinataire par voie réglementaire, tout comme l'ARS, des signalements externes des infections nosocomiales déclarés par les établissements de soins.

L'Antenne Régionale de Lutte contre les infections Nosocomiales (ARLIN)

L'ARLIN des Pays de la Loire est chargée d'animer l'antenne régionale du CCLIN Ouest et est hébergée par le CHU de Nantes. L'ARLIN organise des réunions d'information à l'attention des hygiénistes et apporte un soutien aux établissements de santé pour les enquêtes et la surveillance des infections nosocomiales. La région est organisée en réseaux de proximités ligériens au nombre de cinq (Anjelin, Colines, Graslin, Hygie Vendée, Lutin), le plus souvent autour d'un Centre Hospitalier.

Le centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV)

Le CAPTV (ou CAP) est un service du CHU d'Angers. Son aire géographique comporte les régions Centre (6 départements) et Pays de la Loire (5 départements), soit une population d'environ 6 millions d'habitants. Le CAP intervient également dans les départements limitrophes à ces régions (Deux-Sèvres, Vienne, Morbihan, Orne, Côtes-d'Armor, Charente et Charente Maritime).

Son fonctionnement est organisé autours de cinq activités principales :

- réponse téléphonique à l'urgence 24H/24, suivi des cas d'intoxications
- toxicovigilance, veille sanitaire, réseau interrégional et national de toxicovigilance
- enseignement et recherche en toxicologie médicale et de l'environnement
- consultation médecine de l'environnement et de toxicologie et activité d'expertise
- éducation sanitaire et prévention

Le service dispose d'une ligne téléphonique spécifique Air Santé pour l'information sur la pollution atmosphérique.

Les missions d'expertise auprès des organismes départementaux, régionaux ou nationaux représentent une part importante de son activité.

Les objectifs du réseau de toxicovigilance sont ciblés sur le recensement le plus exhaustif possible des intoxications oxycarbonées, du saturnisme infantile, des intoxications graves, des décès par intoxication et des intoxications professionnelles.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) de Nantes et Angers

La pharmacovigilance est la surveillance et la prévention du risque d'effet indésirable des médicaments, que ce risque soit potentiel ou avéré.

Les deux CRPV ligériens, basés dans les deux CHU, participent au système national de pharmacovigilance. Le CRPV d'Angers intervient pour le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe, celui de Nantes pour la Loire-Atlantique et la Vendée.

Le centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances – addictovigilances (CEIP-A) de Nantes

L'évaluation de la pharmacodépendance a pour objectif la surveillance des cas d'abus et de pharmacodépendances liés à la prise de substances ou de plantes ayant un effet psychoactif, ainsi que tout médicament ou autre produit en contenant (à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac). Le CEIP-A de Nantes, qui intervient pour les 5 départements de la région, participe, avec les 10 autres CEIP-A, au dispositif national de l'évaluation des pharmacodépendances.

Les laboratoires de microbiologie des CHU d'Angers et de Nantes

Ces deux laboratoires participent à la surveillance hivernale animée par la Cire notamment pour connaitre les virus impliqués dans les épidémies.

Les Structures d'Urgences et les SAMU centres 15

Les SAMU-centre 15 interviennent dans la gestion de crise.

Ils participent à la surveillance non spécifique par le biais de l'Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière (ARDAH), de même que les structures d'urgence. Certaines d'entre elles relèvent également des résumés de passage aux urgences (RPU) de façon continue et quotidienne et les transmettent à l'InVS dans le cadre du système de surveillance Sursaud® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès). Cependant, la région apparaît en retard sur ce déploiement.

Les acteurs associatifs

L'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire

L'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire est une association loi 1901 créée en 1982 sur l'initiative de la DRASS et du Conseil Régional. L'ORS a pour mission :

- d'améliorer la connaissance de l'état sanitaire de la population au plan régional en rassemblant et en analysant les données existantes détenues par les différents organismes sanitaires et sociaux, et en suscitant ou en animant des études épidémiologiques
- d'informer les instances régionales chargées des décisions en matière de politique sanitaire, les professionnels de santé et la population des cinq départements de la région

L'ORS est un partenaire privilégié de l'ARS et de la Cire. Au niveau régional, les missions de l'ORS (observation de la santé) et de la Cire (veille, surveillance et alerte sanitaire) apparaissent complémentaires.

Les associations SOS Médecins

Il existe deux associations SOS Médecins dans la région situées dans le département de Loire–Atlantique (Nantes et Saint-Nazaire). Ces 2 associations regroupent des médecins généralistes qui réalisent des visites à domicile et des consultations dans le cadre de la permanence des soins. Ils assurent un relevé de données sanitaires qui sont retournées de façon quotidienne à l'InVS dans le cadre de Sursaud®.

Les réseaux de médecins sentinelle

Le réseau Sentinelles (http://www.sentiweb.org/), animé par l'Inserm, est composé de médecins généralistes libéraux volontaires. Tout au long de l'année, il estime le nombre hebdomadaire de patients consultant pour un certain nombre de pathologies.

Le Réseau des Grog (http://www.grog.org/), animé par la coordination nationale des Grog, est composé de médecins généralistes et de pédiatres qui signalent, d'octobre à avril, le nombre de patients consultant pour une infection respiratoire aiguë (IRA). Il effectue, pour un échantillon de patients, des prélèvements rhino-pharyngés en vue d'un diagnostic de grippe.

Un réseau unifié a été créé en 2009 à partir de ces 2 réseaux, permettant ainsi une amélioration des estimations des incidences régionales. Les médecins du réseau Sentinelles et du Réseau des Grog envoient chaque semaine des données concernant les consultations de grippe clinique.

Les autres professionnels de santé

- Les médecins du travail
- D'autres praticiens hospitaliers (réanimateurs, pneumologues,…)
- Les médecins coordonnateurs des EHPAD
- Les professionnels de santé libéraux

La participation à la veille sanitaire de ces différents professionnels est inégale. Les modalités de transmission des alertes sont également disparates. L'information des déclarants sur les dispositifs de veille et d'alerte apparaît insuffisante. La participation des professionnels de santé aux différents systèmes de surveillance, en particulier non spécifiques, devrait être encouragée.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Etat des lieux des risques régionaux

Risques sanitaires infectieux

En 2007, la région des Pays de la Loire se caractérisait par la fréquence des séjours hospitaliers pour maladies infectieuses la plus faible des régions françaises.

Toutefois, il est possible de lister certaines pathologies infectieuses qui mobilisent régulièrement l'ARS en matière de surveillance de veille et d'alerte.

La grippe

Les épidémies de grippe surviennent chaque année au cours de l'automne et de l'hiver. Elles provoquent des hospitalisations et des décès principalement parmi les groupes à haut risque (très jeunes, personnes âgées ou malades chroniques).

Différents systèmes ont été mis en place au niveau des Pays de la Loire pour surveiller l'évolution de l'épidémie de grippe et des infections qui lui sont associées ainsi que son impact sur l'offre de soins. Il s'agit essentiellement :

- de la surveillance non spécifique : passages aux urgences, mortalité
- des surveillances syndromiques réalisées par les réseaux de médecins sentinelles
- du suivi des isolements de virus par les laboratoires des 2 CHU de la région
- de la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés dans les services de réanimation de la région
- de la surveillance des infections respiratoires aigues dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Les maladies à déclaration obligatoire

Actuellement 30 maladies font l'objet d'une surveillance spécifique au niveau du territoire national.

Parmi elles, la rougeole est une maladie à fort potentiel épidémique. Plusieurs foyers ont été signalés dans les Pays de la Loire en 2008, 2009 et 2010. En 2010, il y a eu dans la région 359 cas déclarés.

Cette augmentation des cas est directement liée à une insuffisance de la couverture vaccinale de la population. En 2007, la couverture vaccinale avec au moins une dose à 24 mois était à 90,1% (en augmentation par rapport aux années précédentes). Néanmoins, il est nécessaire d'avoir une couverture à 95% pour empêcher l'éclosion d'une épidémie. Du fait de l'absence de deuxième injection, une forte proportion des personnes atteintes par la maladie avait plus de 15 ans. Plusieurs d'entre elles ont été hospitalisées du fait de complications. Il est donc aussi nécessaire de « rattraper » la vaccination chez les personnes qui n'auraient pas été vaccinées.

Les signalements adressés à l'ARS sont encore trop centrés sur ces MDO. L'extension des signalements à des situations affectant le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux ou à des indicateurs d'activité par exemple devra être encouragée.

Les infections nosocomiales (ou IAS = infections Associées aux Soins)

La notion d'infection nosocomiale (infection acquise dans un établissement de santé) est remplacée par la notion d'infection associée aux soins (infection survenant au cours et au décours d'une prise en charge, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative).

Lors de la dernière enquête nationale de prévalence des IAS qui a eu lieu en 2006, les Pays de la Loire se situaient au 12ème rang des régions françaises avec une prévalence globale de 4,77% des patients hospitalisés.

La synthèse régionale 2009 du BILANLIN fait état d'un taux de réponse des établissements de 100% ; tous les établissements se situent en classe A, B ou C pour le score agrégé, avec un bond de 20% pour la classe A (le score agrégé représente la synthèse des scores ICALIN, ICATB, ICSHA).

En 2009, alors que 96% des établissements ont désigné un responsable des signalements des IAS, seuls 22% des établissements ont réalisé les 81 signalements externes aux autorités sanitaires. Ce nombre chute à 49 signalements externes en 2010 (Rapport d'activité 2010 du CCLIN). Il y a donc une réelle sous-déclaration des IAS et nécessité d'en développer la culture.

Les zoonoses

Si la région des Pays de la Loire est la 5ème région française par la population, la superficie et la richesse produite, elle est placée au 2ème rang national pour ce qui concerne l'agriculture. Les productions animales (bovins, lait, porc et volaille) y sont importantes. Deux zoonoses ont fait l'objet d'une attention particulière au cours de ces dernières années en Pays de la Loire en termes de surveillance ou d'alerte. Ces deux maladies ont la particularité de se retrouver fréquemment en milieu du travail.

Il s'agit d'une part de la psittacose. Elle est transmise par les oiseaux souvent les oiseaux d'ornement ou les canards d'élevage et provoque des infections respiratoires qui peuvent être graves en l'absence de traitement antibiotique adapté.

Il s'agit d'autre part de la fièvre Q. Cette maladie est transmise par les ruminants domestiques (bovins, caprins ou ovins) et est à l'origine d'épidémies localisées qui peuvent prendre la forme de syndromes grippaux ou d'infections respiratoires.

Risques sanitaires environnementaux

Principaux risques sanitaires environnementaux pouvant nécessiter des mesures urgentes à l'échelle régionale et infrarégionale :

- Intoxications au monoxyde de carbone
- Intoxication par le plomb chez les enfants ou saturnisme infantile
- Risque canicule et santé
- Risque de contamination par les légionelles
- Risques liés à la contamination microbienne ou chimique de l'eau potable et des eaux de loisirs
- Risques liés à la consommation de coquillages issus de la pêche à pied
- Exposition à la pollution atmosphérique urbaine et industrielle
- Risques liés aux pollens
- Exposition à la contamination de l'air intérieur (radon, composés organiques volatils, allergènes)
- Risques liés aux sites et sols pollués

Identification des populations, situations ou territoires potentiellement exposés de manière aigüe

Personnes sensibles :

- Femmes enceintes, enfants et adolescents : habitat dégradé ou sites pollués et saturnisme infantile, qualité de l'air extérieur et intérieur, contamination microbiologique de l'eau et gastro-entérites, sols pollués
- Personnes souffrant de pathologies chroniques : asthmatiques, insuffisants respiratoires, insuffisants cardiaques et pollution de l'air, immunodéficients, diabétiques et légionelles, maladies neuro-dégénératives et canicule
- Personnes âgées : contamination microbiologique de l'eau et gastro-entérites, pollution atmosphérique, légionelles, canicule

Exemples de situations à risque à court terme :

- Pollution accidentelle des ressources en eau destinées à la consommation (hydrocarbures, engrais, pesticides, effluents d'origine urbaine, industrielle ou agricole…)
- Contamination accidentelle des réseaux d'eau potable (retours d'eau, inversion de pression, malveillance)
- Musique amplifiée et traumatismes sonores acoustiques en situation de concert, ou d'écoute au baladeur
- Micro algues à phytotoxines et zones de baignade
- Dépassement des niveaux d'alertes des indicateurs de pollution atmosphérique d'origine industrielle ou urbaine
- Dépassement des indicateurs bio-météorologiques de phénomènes caniculaires
- Légionelles et contamination des réseaux d'eau chaude sanitaire ou des tours aériennes de refroidissement
- Contamination de l'air intérieur des établissements sensibles comme les crèches, les établissements scolaires :

- par confinement (dioxyde de carbone)
- la présence d'allergènes (moisissures, acariens…)
- par des niveaux nécessitant des mesures de gestion à court terme : composés organiques volatils (benzène, formaldéhyde…), radon

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Territoires potentiellement exposés :

- Zone industrielle de la Basse Loire comprenant la raffinerie Total de Donges
- Littoral de la Loire Atlantique et de la Vendée : risque de contamination microbiologique ou par hydrocarbures des 141 zones de baignade en mer ou des 38 sites de pêche à pied
- Zones géologiques favorables à l'émission de radon dans chacun des départements concernés par la présence du massif armoricain

Analyse des dispositifs et outils de surveillance et de réponse à ces risques

A. Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

La région des Pays de la Loire a été région expérimentale dans la mise en place du système de surveillance du CO (monoxyde de carbone). Ce système de surveillance permet de recenser à des fins de prévention les cas d'intoxication avérés ou soupçonnés.

Le système de surveillance repose sur un dispositif de déclaration par les services d'urgence des hôpitaux, les services d'oxygénothérapie hyperbare, les services d'incendie et de secours (SDIS), les laboratoires d'analyses médicales, les médecins généralistes, les médecins urgentistes, etc.

Le choix régional s'est porté vers un guichet unique des signalements et a confié cette mission au CAP d'Angers afin d'optimiser la réactivité du système de surveillance (le CAP assurant une permanence 7 jours sur 7, 24h/24).

L'exploitation épidémiologique des données et la réalisation annuelle d'un bilan régional de la surveillance sont assurées par la Cire.

B. Surveillance du saturnisme chez l'enfant mineur

La surveillance du saturnisme chez l'enfant mineur comprend le dispositif de surveillance des plombémies qui s'appuie sur les laboratoires de biologie médicale et le centre antipoison, et sur le dispositif de déclaration obligatoire qui repose sur les médecins prescripteurs et l'ARS. L'InVS est chargée de l'exploitation des données au niveau national, le CAP de l'exploitation régionale.

C. Le système d'alerte canicule et santé

Dans le cadre du plan national canicule, le système saisonnier SACS (système d'alerte canicule et santé), permet, du 1er juin au 31 août, la surveillance quotidienne de deux types d'indicateurs, des indicateurs biométéorologiques (IBM) d'une part et des indicateurs sanitaires de mortalité et de morbidité (IMM) fournis par des sites sentinelles d'autre part (nombre de décès enregistrés par l'état civil des communes, nombres d'affaires médicales traitées par le SAMU, nombre de primo-passages aux urgences en distinguant les passages d'enfants de moins d'un an et d'adultes âgés de 75 ans ou plus et nombre d'hospitalisations et de transferts après passage aux urgences).

La Cire, en liaison avec l'ARS et les partenaires sentinelles, anime cette surveillance saisonnière.

D. La surveillance de la qualité de l'eau potable

En Pays de la Loire, près de 420 ressources sont actuellement utilisées pour l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine. Leur production totale est de 272 millions m3/an. 89 % des ressources proviennent d'ouvrages captant des eaux souterraines (38 % des volumes prélevés), les 11 % restant étant des ressources superficielles (62 % des volumes prélevés).

Le contrôle sanitaire a pour objectif de vérifier la qualité de l'eau sur la totalité de la filière de distribution de la ressource au robinet de l'usager. Les résultats sont transmis par les laboratoires aux délégations territoriales de l'ARS qui en assurent l'interprétation sanitaire et participent à la gestion des non conformités.

E. La surveillance des ressources en eau de la Loire angevine et atlantique

Un syndicat a été mis en place à l'initiative de l'ARS et des Préfets de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire, avec pour objectif de connaître le plus en amont possible les pollutions qui affectent la Loire et d'évaluer l'impact de ces pollutions sur le milieu et la qualité de l'eau au niveau de chaque prise d'eau à usage d'eau potable.

F. La surveillance de la qualité des eaux de baignade et des piscines

L'ARS assure le contrôle sanitaire des zones de baignade (141 sites en mer et 57 en eau douce).

Les résultats du contrôle sanitaire font l'objet d'une interprétation sanitaire et sont diffusés par affichage sur le lieu de la baignade pour assurer l'information du public.

En cas de non respect de ces seuils, la baignade peut être interdite et une enquête est menée pour rechercher les causes de pollution.

Surveillance de la prolifération des cyanobactéries

Depuis quelques années, de fortes proliférations de cyanobactéries sont observées sur des cours d'eau et plans d'eau de la région, généralement de juin à novembre.

Contrôle sanitaire des piscines

Le contrôle de l'hygiène des 150 piscines permanentes et des abords est réalisé mensuellement par l'ARS.

Il porte sur la qualité microbiologique de l'eau mais également sur la contamination des parois et de l'air par des chloramines. Un contrôle du risque légionelles est également régulièrement programmé.

G. La surveillance des coquillages et du milieu marin

L'ARS assure un contrôle de la qualité bactériologique des coquillages et de leur teneur en métaux lourds sur les zones de pêche à pied sur la base des critères de qualité des zones de production conchylicoles.

L'IFREMER anime par ailleurs deux réseaux de surveillance : le REMI (réseau de contrôle microbiologique des zones de production conchylicoles) et le REPHY (réseau de contrôle de l'ensemble des espèces phytoplanctoniques des eaux côtières).

H. La surveillance de la qualité de l'air

La surveillance de la qualité de l'air est déléguée par l'Etat à l'association Air Pays de la Loire dont le secrétariat est assuré par la DREAL. L'évaluation de la qualité de l'air s'appuie sur deux types de seuils réglementaires :

- un seuil de recommandation et d'information, à partir duquel des recommandations sanitaires et comportementales sont diffusées auprès de la population
- un seuil d'alerte au-delà duquel des mesures sont prises pour limiter l'épisode de pollution

Dans le cadre du plan « air » élaboré par le ministère de l'écologie et du développement durable, un dispositif d'information du public en cas de pic de pollution, opérationnel depuis l'été 2004, a été mis en place dans les Pays de la Loire. Ce dispositif repose sur :

- la prévision de pics de pollution par ozone
- la publication de cartes de vigilance
- la diffusion large de l'information en cas de dépassement des seuils

Conformément aux orientations du Plan régional pour la qualité de l'air (PRQA) des Pays de la Loire et du projet de Plan de protection de l'atmosphère (PPA) de Nantes – Saint-Nazaire, cette information du public en temps réel, déjà mise en œuvre dans les principales agglomérations de la région, a été étendue au secteur industriel de la Basse-Loire. Des messages d'informations et de recommandations sont diffusés en cas de pics de pollution au dioxyde de soufre liés à l'activité de la raffinerie Total de Donges.

En présence d'une pollution de l'air, Air Pays de la Loire diffuse des informations et des recommandations sous forme d'un communiqué qui sera ensuite relayé vers la population suivant une fiche réflexe de diffusion de l'information.

Le RNSA

Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (R.N.S.A.) est une association loi 1901, qui a pour objet principal l'étude du contenu de l'air en particules biologiques (pollens, moisissures) pouvant avoir une incidence sur le risque allergique pour la population, ainsi que le recueil de données cliniques associées.

Dans la région des Pays de la Loire, des sites sont installés à Nantes (AEROCAP 44), Angers, Cholet (association choletaise d'allergologie et d'aérobiologie, ACCA 49), Le Mans, la Flèche (association fléole), La Roche-sur-Yon (Air pur 85).

Le RNSA édite chaque semaine un bulletin allergopollinique qu'il est possible d'obtenir par transmission électronique. L'association Air Pays de la Loire relaie cette information auprès du grand public sur son site internet.

Le pollinier sentinelle de Nantes

En 2003 et pour la première fois en France, un pollinier sentinelle a été créé en région Pays de la Loire, en étroit partenariat avec la DRASS, la ville de Nantes et le jardin botanique. Ce pollinier est un outil de prévention des allergies respiratoires aux pollens. Il regroupe l'ensemble des espèces allergisantes de la région. Les informations recueillies sont diffusées aux médecins et au grand public, permettent d'anticiper les traitements adaptés et ciblés correspondants aux sensibilités des personnes allergiques. Dans le cadre du PRSE2, un développement des polliniers reprenant la méthodologie nantaise a été programmé dans la région Pays de la Loire.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Le réseau de surveillance de l'ambroisie

Cette plante émet un pollen en septembre-octobre très allergisant. Dans le département du Rhône plus de 12% de la population est sensibilisée. Une surveillance a été mise en place à l'initiative de la Drass en Pays de la Loire depuis 2009 et des zones significatives de présence ont été repérées en Sarthe, Maine-et-Loire et Loire-Atlantique.

I. Prévention du risque légionellose

L'inspection des installations classées des services de l'Etat (Directions de la protection des populations, DREAL) réalise des actions de surveillance qui comprennent des visites d'inspection visant à vérifier les conditions d'exploitation des tours aéroréfrigérantes, la demande de réalisation d'analyses de légionelles et des contrôles inopinés.

L'ARS dans le cadre de ses missions d'inspection a mis en place un programme d'inspection pluriannuel des établissements de santé, des EHPAD et des établissements recevant du public (piscines).

J. Le radon

Chaque département des Pays de la Loire est concerné en partie par la présence de zones géologiques favorables à l'émission du radon. Des campagnes de mesures menées entre 2001 et 2007 ont permis de délimiter les zones qui présentent des niveaux de radon les plus élevés à l'intérieur des bâtiments accueillant du public. Sur les 2 000 établissements dépistés, 3% d'entre eux présentaient des niveaux au-dessus de 1 000 Bq/m3 qui nécessitent des mesures d'action sans délai et 10% au dessus du seuil d'action à moyen terme de 400 Bq/m3.

Dans le cadre du PRSE1, plusieurs actions ont été mises en place afin de réduire les risques d'exposition au radon :

- Une synthèse régionale des campagnes de mesure du radon dans les lieux ouverts au public a été réalisée et diffusée à l'autorité de sûreté nucléaire en vue de la mise à jour des zones prioritaires et de la parution prochaine d'un arrêté définissant la liste des communes à l'intérieur desquelles le dépistage deviendra obligatoire dans les établissements sensibles (dont scolaires et sanitaires et sociaux).
- Des supports d'information sur l'exposition du radon dans l'habitat ont été conçus dans le cadre d'une campagne d'information auprès du grand public. Des actions d'information ont également été menées auprès des professionnels du bâtiment en lien avec les syndicats professionnels du bâtiment.

Risques majeurs

Risques naturels et technologiques majeurs

La région des Pays de la Loire est exposée à de nombreux risques majeurs naturels et technologiques.

Le risque majeur est la possibilité de survenue d'un évènement d'origine naturelle ou technologique (anthropique).

Les risques majeurs recensés dans la région se répartissent en deux catégories :

>> les risques naturels :

- Inondations : il est particulièrement présent dans toute la région compte tenu de son important réseau hydrographique. Toutes les populations à proximité immédiate ou non de cours d'eau sont concernées par le risque inondation. Parmi les communes des Pays de la Loire, 429 sont concernées par un Plan de Prévention du Risque Inondation (PPRI), approuvé ou en cours d'élaboration, dans la région.
- Evènements climatiques majeurs :

- Tempêtes : toutes les communes sont concernées par ce risque. Les communes littorales dont la démographie est souvent importante sont particulièrement exposées.

- Canicule : la population et plus particulièrement les personnes sensibles (enfants en bas âge et personnes âgées) de l'ensemble de la région des Pays-de-la-Loire sont concernées par ce risque durant la période estivale.

- Grand froid : le risque de grand froid n'est pas très élevé en Pays-de-la-Loire. Durant les périodes les plus froides de l'hiver, le risque de panne électrique majeure et ses conséquences sanitaires est notamment présent pour la Vendée et la Loire-Atlantique, compte tenu de l'architecture du réseau de distribution électrique à haute tension.

- Feux de forêts : toutes les populations à proximité de forêts ou d'espaces boisés sont concernées. Potentiellement l'ensemble de la région est susceptible d'être impacté par les poussières et fumées qui peuvent engendrer des problèmes sanitaires, notamment pour les personnes asthmatiques.
- Séismes : dans notre région le risque sismique se présente ainsi qu'il suit (sur une échelle de risque de 1 à 5) :

- risque très faible (niveau 1) sur la moitié Est de la Sarthe

- risque faible (niveau 2) sur le Nord de la Loire-Atlantique, sur le Nord et l'Est du Maine-et-Loire, sur la totalité du département de la Mayenne, et sur la moitié Ouest de la Sarthe

- risque modéré (niveau 3) sur le Sud de la Loire-Atlantique, sur le Sud-Ouest du Maine-et-Loire, et sur la totalité du département de la Vendée

- Mouvements de terrain : la plupart des populations sont potentiellement concernées et particulièrement celles situées à proximité d'anciennes mines ou d'ouvrages d'endiguement réalisés par l'Homme.

>> Les risques technologiques :

- Industriels : les riverains de sites industriels sont particulièrement concernés par ce risque : 17 sites ont un Plan de Prévention des Risques Technologiques (PPRT) approuvé ou en cours d'élaboration dans la région. Les PPRT concernent les établissements à « haut risque » dits SEVESO AS (installation soumises à autorisation avec servitudes d'utilité publique pour la maîtrise de l'urbanisme).
- Nucléaire : 4 communes de Maine-et-Loire (Brain-sur-Allonnes, Fontevraud-l'Abbaye, Montsoreau et Varennes-sur-Loire) sont situées dans le rayon des 10 kilomètres de la Centrale nucléaire de production d'électricité de Chinon (Indre-et-Loire).
- Transport de matières dangereuses : les pôles d'activité, les routes et voies ferrées par lesquelles transitent les matières dangereuses sont les principales zones à risque pour le transport des matières dangereuses.
- Rupture de barrages : les populations à proximité des barrages sont concernées. Le département de la Vendée est particulièrement exposé avec 14 barrages recensés sur son territoire. Le risque s'apparente au risque inondation en plus de la formation d'une onde de submersion.

Les plans de défense ont pour objectif de préparer

Les différents plans de défenses

les institutions à répondre le plus rapidement, et le plus efficacement possible à une situation de crise.

On distingue :

- Les plans gouvernementaux ou nationaux qui peuvent être déclinés localement au niveau zonal, ou départemental. Ils comprennent notamment les plans « Pirates » (Vigipirate, Biotox, Piratox, Piratome, Piranet, Piratair, Piratmer…), les plans pandémie grippale, canicule, grand froid, iode…
- Les plans ORSEC (Organisation de la réponse de la sécurité civile) qui définissent l'organisation des secours en réponse aux risques et aux menaces identifiés.
- Le plan ORSEC départemental est arrêté par le préfet de département : il détermine compte tenu des risques existants dans le département l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre. Il comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions spécifiques pour faire face à certains risques particuliers. Certains modules ORSEC comportent une composante « santé » (TMR, TMD, canicule…).
- Les plans opérateurs qui sont des plans de gestion de crise internes aux structures. Dans le domaine sanitaire et médico-social, on peut citer :

- Les plans blancs hospitaliers : chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle
- Les plans bleus précisant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées
- Les plans de continuité d'activités dont doivent être dotés les administrations, l'ARS et les opérateurs eau potable notamment

Les principales missions de l'ARS dans ce domaine

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Le rôle de l'ARS des Pays de la Loire dans le dispositif de gestion de crise

Préparation à la gestion des évènements exceptionnels

sont :

- de participer, sous la coordination des préfets de département, à l'élaboration du volet sanitaire des déclinaisons départementales des plans nationaux de défense et du dispositif ORSEC. L'ARS est particulièrement concernée par l'élaboration des plans « sanitaires ». Elle est notamment responsable de l'élaboration des plans blancs élargis, dont la périodicité de révision doit être annuelle. L'analyse des plans blancs élargis ainsi que l'expérience récente de la pandémie grippale montrent l'insuffisante intégration des professionnels de santé de premier recours dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce type de plans. Dans chaque département, environ une vingtaine de plans comportent une composante « santé » avec une fiche mission impliquant l'ARS
- de participer aux exercices de sécurité civile comportant une composante sanitaire mis en œuvre par les préfets de département, ainsi qu'aux exercices/tests pouvant être organisés en interne par le Ministère en charge de la santé
- d'assurer une posture de veille permanente, intégrant un relais par astreinte aux heures et jours non ouvrés, pour la réception et le traitement des signaux relevant de sa compétence
- d'informer sans délais le Préfet de tout événement présentant un risque sanitaire pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public
- dans le domaine des contrôles :

- de s'assurer que les établissements de santé disposent de plans blancs opérationnels, et que leur organisation interne (moyens, personnels) leur permettent d'assurer les missions, notamment dans le domaine de la gestion des risques NRBC (Nucléaire-Radiologique-Biologique-Chimique) qui leur sont dévolues dans le cadre du plan blanc élargi
- de s'assurer que les établissements médico-sociaux sont dotés de plans bleus opérationnels

Les protocoles signés le 1er juillet 2010 entre l'ARS des Pays de la Loire et les 5 préfets de département de la région définissent les modalités de mises en œuvre par l'ARS de l'ensemble de ces missions, et notamment :

- son dispositif d'astreinte
- sa contribution à l'élaboration des plans de secours et aux exercices de sécurité civile
- le principe d'information réciproque ARS-Préfet en cas d'événement présentant un risque sanitaire pour la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public

Gestion des évènements exceptionnels

La gestion des événements exceptionnels relève de la compétence du préfet de département. Elle se traduit par l'activation du dispositif ORSEC et la réunion du Centre opérationnel départemental (COD) qui devient le lieu d'analyse et de décision.

Le code de la santé publique dispose que les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Les protocoles signés le 1er juillet 2010 entre l'ARS des Pays de la Loire et les 5 préfets de département de la région définissent les modalités d'implication des moyens de l'ARS en gestion de crise.

Ils prévoient notamment :

- la présence au COD d'un représentant de la délégation territoriale
- et dans le cadre de la graduation de la réponse, la mise en place d'une cellule régionale d'appui permettant un accès à des experts dédiés (compétences administratives, médicales, techniques environnementales, pharmaceutiques)

Sensibilisation, information et formation des acteurs à la veille

Journées régionales de veille sanitaire

La Cire a initié depuis 2009 l'organisation de journées régionales de veille sanitaire (JRVS).

Le but de ce type de manifestation est de rendre compte de la pratique de la veille sanitaire au niveau de la région, de souligner la collaboration entre les différentes institutions et de montrer la diversité des domaines abordés. Ces journées ont pour habitude de s'articuler autour de deux grandes thématiques : d'une part les systèmes de surveillance et d'autre part les alertes sanitaires ayant abouti à des investigations et des actions spécifiques en santé publique. Ces journées s'adressent avant tout à un public de professionnels impliqués dans la veille et l'alerte sanitaire en Pays de la Loire, tant dans le domaine de la production et du traitement des signaux sanitaires, que dans le domaine de la gestion des situations d'alerte. Elles sont l'occasion de les sensibiliser sur l'importance du signalement et de la nécessité de disposer de données de surveillance fiables et pertinentes pour une bonne gestion en santé publique.

Retours d'informations, publications

La Cire publie et diffuse à son réseau de partenaires pouvant s'élever à 1 000 correspondants des documents visant à faire un retour d'information des données recueillies dans les divers systèmes de surveillance. Ces documents présentent aussi des articles didactiques destinés essentiellement aux professionnels de santé et écrits par les partenaires de la Cire.

Deux types de documents sont publiés et téléchargeables sur les sites de l'InVS et de l'ARS des Pays de la Loire :

- le point épidémiologique hebdomadaire dans le cadre de la surveillance régionale permanente
- les bulletins de veille sanitaire sur des thématiques particulières : en début d'année 2011 ont été abordés les intoxications au monoxyde de carbone déclarées dans les Pays de la Loire en 2009 et les infections respiratoires aiguës et gastroentérites aiguës dans les EHPAD

Des publications et des communications sur des études spécifiques sont également réalisées par la Cire.

Formations et réunions de sensibilisation

Dans le cadre de la surveillance et de la gestion des épidémies d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'ARS en collaboration avec l'ARLIN a mis en place des formations spécifiques à destination des professionnels de soins travaillant dans ces établissements. Ces formations avaient pour but de familiariser ces personnels à l'utilisation des outils de surveillance.

Par ailleurs, chaque année la Cire est impliquée dans les manifestations publiques organisées lors de la semaine européenne de la vaccination.

La Cire a aussi réalisé des formations sur les TIAC à destination des professionnels de santé publique.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Ce chapitre de l'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacrée au secteur médicosocial comprend trois parties.

La première partie analyse les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie avec lesquels le schéma régional d'organisation médicosial doit s'articuler. Cette analyse identifie les particularités et les points de convergence entre les schémas des cinq départements de la région.

La seconde partie fait un point sur l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap dans la région, un apsect important de l'accompagnement médicosocial dee ces enfants.

La troisième partie présente les principales caractéristiques de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap dans la région. Le document est organisé en trois parties correspondant aux trois périodes de la vie : enfance, adulte, personne âgée. La comparaison des données départementales et infradépartemental contribuent à la mise en lumière de disparités territoriales.

Partie 1 ● Les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie

Un secteur aux compétences partagées

Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles, le Conseil Général est tenu d'élaborer un schéma d'organisation sociale et médico-sociale, comprenant un volet relatif à sa compétence en matière de handicap et de personnes âgées.

Le secteur médico-social est caractérisé par l'existence de schémas départementaux liés au positionnement de chef de file des Conseils Généraux en matière d'organisation de la réponse médico-sociale.

Le secteur médico-social est donc un domaine à compétence fortement partagée entre l'ARS et les Conseils Généraux.

Une articulation entre SROMS et schémas départementaux posée par la loi

La loi HPST 2009-879 du 21 juillet 2009 stipule que le «SROMS est réalisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie», et son décret d'application précise le «SROMS prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PSRS».

Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil Général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS, dans le cadre de la commission (de coordination médico-sociale).

Compte tenu du nouveau cadre fixé par la loi, les schémas départementaux de la région intègrent tous la nécessité de s'articuler avec le programme régional de santé et le schéma régional d'organisation médico-sociale établis par l'Agence Régionale de Santé et souhaitent contribuer à l'identification des besoins au niveau territorial.

Le Schéma régional s'est nourri du contenu des ces schémas départementaux, sans donner lieu à superposition mais en complémentarité de ceux-ci.

Un objectif commun

Le SROMS et les schémas départementaux PH et PA ont pour objectif commun de prendre en compte les besoins des personnes handicapées et en perte d'autonomie dont la satisfaction s'inscrit dans une logique de réponse adaptée ou spécifique au sein des besoins de la population générale (besoins de santé, besoins sociaux).

En outre, les axes d'intervention des SROMS et des schémas départementaux en matière médico-sociale sont proches. La prévention, les besoins en santé et les soins et accompagnements médico-sociaux relèvent ainsi des premiers, alors que les seconds sont chargés de l'information, de l'Accueil-orientation-évaluation, de la prévention, des accompagnements médico-sociaux et autres besoins sociaux (participation sociale).

Des problématiques communes identifiées sur le secteur médico-social

En Région Pays de la Loire, les différents schémas départementaux sur le secteur des personnes en situation de handicap comme sur celui des personnes âgées présentent des analogies importantes qui traduisent une communauté de vue sur les problématiques identifiées sur ces secteurs et sur les priorités à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de personnes concernées et anticiper les évolutions à venir pour préserver, voire améliorer, les dispositifs actuels.

Tous les schémas départementaux prennent en considération l'augmentation de l'espérance de vie et les conséquences de la progression importante de la population en perte d'autonomie.

Dépassant l'approche quantitative des premiers plans, ils adoptent une approche dynamique en termes de plans d'action, affirment leur volonté de trouver des solutions souples et innovantes pour répondre aux nouveaux besoins des usagers et à la nécessaire individualisation des réponses apportées.

La quasi-totalité des schémas a adopté une approche considérant les parcours de vie et sur le secteur des personnes en situation de handicap, des propositions d'actions transcendant les âges.

Seul le Conseil Général du Maine et Loire a adopté une démarche de schéma unique transversale PA-PH, les autres privilégiant une approché séparée des deux champs.

Les orientations principales des schémas départementaux permettent d'identifier clairement les options stratégiques retenues par chacun (voir annexe 1).

Convergence des priorités d'action définies dans les schémas départementaux

Les Conseils Généraux de la région privilégient de façon particulièrement marquée une approche basée sur **les parcours de vie** en mettant l'accent sur l'anticipation des périodes de rupture, avec la recherche d'une meilleure articulation entre vie à domicile et vie en institution, la coordination des acteurs, et le travail en réseau.

L'individualisation des prises en charge pour une meilleure adéquation entre réponse et besoins identifiée est une préoccupation partagée qui se traduit par des orientations variées : analyse des besoins, respect du projet de vie et de la personne, personnalisation des réponses.

La volonté de respecter choix de la personne, l'importance de la maintenir dans l'environnement ou elle a toujours vécue et le souhait de ne pas briser les liens familiaux et sociaux existants sont à l'origine de l'affirmation des principes **d'accès aux services de droit commun et de proximité de la prise en charge.**

Le thème de la **vie à domicile** est donc un axe central dans tous les schémas dont il sous-tend plusieurs orientations dont notamment le développement, l'adaptation et surtout la diversification de l'offre et la volonté d'investir des solutions souples et innovantes. Dans le même sens, certaines mesures concernent l'amélioration de **l'habitat** en termes d'adaptation et d'accessibilité ainsi que les **transports**.

L'accompagnement **des familles et des personnes** dans leurs démarches, vient compléter la personnalisation de l'accompagnement évoquée ci-dessus. Il est notamment envisagé sous l'angle de l'exigence de lisibilité du système et de centralisation des informations.

Les aidants, partenaires de l'accompagnement, font également l'objet d'une attention particulière. Plusieurs actions s'attachent à développer un accompagnement de qualité et des solutions de répit pour les soutenir.

>>>

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

>>>

Les départements ont tous abordé la question du vieillissement des personnes en situation de handicap et des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Certains ont adopté une **démarche populationnelle** en proposant des actions spécifiques notamment en faveur des personnes souffrant de handicaps psychiques, des personnes polyhandicapées, des personnes cérébrolésées, autistes…

En termes d'organisation, le renforcement de la **dynamique des CLIC et des MDPH** apparaît nécessaire sur l'ensemble du territoire tant pour améliorer l'accès aux dispositifs que pour coordonner les acteurs dont l'exigence de travail en coopération est réaffirmé.

Le besoin de développement de l'offre et son ajustement à la réalité des besoins des personnes âgées et handicapées, est abordé dans chaque schéma, dans le cadre d'un développement homogène sur les territoires de référence.

Les objectifs propres à chacun des secteurs

Sur le secteur du handicap, sont également identifiés des axes prioritaires relatifs au renforcement de la prise en charge dès la **petite enfance** (prise en charge et diagnostic précoce) et du développement de **l'inclusion scolaire** et du développement de **l'insertion professionnelle** en milieu ordinaire et protégé.

Sur le secteur des personnes âgées, est mis en exergue le soutien et le développement d'actions de **prévention** telles que la sensibilisation au bien vieillir, prévention des chutes, de l'hygiène bucco-dentaire…) de même que **l'accompagnement en fin de vie.**

Les champs moins explorés

Certains champs sont abordés de façon moins approfondis, comme notamment les problématiques relatives aux populations frontières, l'identification des ruptures dans les parcours et la gestion des situations d'urgence.

En termes d'organisation, c'est également le cas des questions relatives à la formation des professionnels, aux processus d'amélioration de la qualité des prises en charge et de celles relatives à l'articulation avec les autres schémas médico-sociaux et hors médico-social, notamment la coordination avec le secteur sanitaire.

Partie 2 L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap en région Pays de la Loire

Introduction

Avec plus de 8 000 enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, la région présente un bon niveau d'inclusion scolaire individuelle et collective malgré certaines disparités territoriales.

Un effort important a été réalisé depuis 5 ans en matière de moyens d'accompagnement des enfants notamment par l'augmentation des effectifs des référents scolaires et une meilleure adéquation de l'affectation des auxiliaires de vie scolaire au regard des besoins suite à une réflexion de l'Education Nationale sur les critères d'affectation.

Le bon niveau d'inclusion actuel est également favorisé par le partenariat développé par les services de l'Education Nationale avec les différents acteurs du champ (DDASS-DRASS puis ARS, certaines MDPH).

Toutefois, des difficultés demeurent tant en termes de moyens mobilisés (places de SESSAD, nombre et formation des d'AVS, formation des enseignants) qu'en termes d'organisation (coordination des différents professionnels autour d'un même enfant, réactivité institutionnelle notamment entre enseignants référents et MDPH)

Si l'inclusion scolaire est de bonne qualité pour les enfants souffrants de troubles sensori-moteurs, des progrès restent à réaliser pour la prise en charge enfants présentant des troubles des apprentissages (notamment TCC, autisme, déficience mentale).

En outre, le nombre croissant des enfants sortant d'ULIS collège, impose le développement de places d'ULIS lycée intégrant également une réflexion sur l'apprentissage et la formation professionnelle de ces jeunes.

Modalités d'accueil

8 396 élèves en situation de handicap ont été scolarisés en milieu ordinaire au cours de l'année scolaire 2009-2010, soit **1,25% des élèves de l'Académie de Nantes.**

Le taux de scolarisation dans le premier degré reste supérieur à celui du second degré (1,4% contre 1%).

On constate que ces deux taux progressent et que l'écart entre les deux se réduit.

A population égale, le taux de scolarisation collective est deux fois plus important dans le public que dans le privé.

Dans le premier degré

En scolarisation individuelle

Le pourcentage d'élèves en situation de handicap en scolarisation individuelle dans le premier degré est passé cette année à 0,9% (soit 3 591 élèves) contre 0,8% les deux années précédentes.

Dans l'enseignement privé ce taux est stable depuis l'an dernier et c'est dans l'enseignement public que l'augmentation a été notable.

En scolarisation collective (CLIS)

En scolarisation collective, ce taux reste inchangé (0,5%) et ce malgré la création de 9 CLIS à la rentrée 2009 qui ont permis d'accueillir 117 élèves supplémentaires.

L'enseignement privé scolarise deux fois moins en dispositif collectif que le public, cet écart étant encore plus marqué en Loire-Atlantique et en Vendée.

A la lecture du tableau suivant, on constate que le nombre de CLIS en Loire-Atlantique reste faible au regard du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le premier degré.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Nb d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire	2 225	1 007	663	928	781	5 604
Nb de CLIS	55	36	24	33	33	181
Ratio	40.5	28	27.6	28.1	23.7	31

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Dans le second degré

En scolarisation individuelle

Le nombre d'élèves du second degré en scolarisation individuelle est passé de 1 472 à 1 827 en deux ans. Si le taux de scolarisation est encore plus élevé dans le public, l'écart public-privé tend à se resserrer.

En scolarisation collective (ULIS- ex UPI)

Dans le second degré 16 ULIS ont été créées à la rentrée 2009. Les 99 ULIS de l'Académie ont scolarisé 965 élèves en 2009-2010 : 687 dans le public et 278 dans le privé.

Dans le second degré, à l'instar du 1er degré, l'enseignement privé scolarise deux fois moins en dispositif collectif que le public, particulièrement dans les départements dans lesquels le privé est le mieux implanté.

A la lecture du tableau suivant, on constate que le nombre d'UPI dans la Sarthe est particulièrement important au regard du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le second degré.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Nb d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire	835	573	478	498	408	2 792
Nb d'UPI	24	19	14	27	15	99
Ratio	-	34.8	30.2	34.1	18.4	27.2

Typologie des troubles

Les troubles cognitifs sont majoritaires avec 48.2%; ils sont suivis des troubles psychiques 15.9% et les troubles des apprentissages 8.6%.

Ces trois types de troubles rassemblent 71,3% des élèves.

Les troubles sensoriels représentent 11,3% des élèves (déficiences auditives 8.1%, visuelles 3.2%)

Les troubles moteurs atteignent 5,3%.

Les troubles cognitifs sont légèrement supérieurs à la moyenne académique en Vendée et en Sarthe, tandis que les **troubles psychiques** le sont dans les trois autres départements de l'Académie.

Ces disparités pourraient être liées au diagnostic médical posé.

Les troubles des apprentissages (troubles « dys ») sont très inférieurs à la moyenne dans le Maine-et-Loire (2,72% pour une moyenne de 8,62%) et supérieurs à la moyenne académique dans la Sarthe (11,65%), en Loire-Atlantique (10,97%) et en Mayenne (9,37%).

Cet important écart peut s'expliquer par l'implication forte des associations dans ces trois derniers départements et par les actions de sensibilisation qui ont été menées tant à destination des familles que des enseignants.

Accompagnement des élèves en milieu ordinaire

En scolarisation collective

L'accompagnement des élèves est principalement assuré par des Auxiliaires de Vie Scolaire Collective (AVS-Co).

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
AVS-co	36	32	14	47	11	140

Les CLIS

91,2% des élèves de CLIS bénéficient d'un AVS-Co dans le premier degré public et 89,5% dans le privé.

En Vendée, en Sarthe et en Maine et Loire, la totalité des CLIS bénéficient d'un AVS, tant dans le privé que dans le public.

La Mayenne fait radicalement évoluer les conditions d'accompagnement en CLIS puisqu'en 2007/2008, seulement 30% des élèves de CLIS bénéficiaient d'un AVS-Co, ils étaient 80% l'année suivante et en 2009/2010, 94% des élèves de CLIS bénéficient d'un accompagnement.

La Loire-Atlantique reste, dans ce domaine, en retrait par rapport aux quatre autres départements de l'Académie puisque 15% des élèves de CLIS dans le public et 22% dans le privé ne bénéficiaient d'aucun accompagnement humain en 2009/2010.

Les ULIS

Dans le second degré la différence d'accompagnement est nettement marquée entre le public (91%) et le privé (71%).

Là encore, on constate de nombreuses disparités départementales.

Dans le public, toutes les ULIS disposent d'un AVS-Co, à l'exception des ULIS 2 du Maine et Loire où les élèves sont accompagnés par le secteur médico-social.

Dans le privé, tous les élèves d'ULIS sont accompagnés en Sarthe, mais ils sont entre 29 à 43% à ne pas l'être dans les quatre autres départements.

En scolarisation individuelle

Premier degré

Dans le public 63% des élèves sont accompagnés : les élèves sont moins accompagnés que la moyenne académique dans le Maine-et-Loire (49%).

Dans l'Académie ce taux a augmenté de 13% en deux ans.

Dans le privé la situation est équivalente au public sauf en Mayenne et en Sarthe, où le taux d'accompagnement est inférieur de 10%.

Second degré

Au niveau académique, environ 25% des élèves sont accompagnés tant dans le public que dans le privé.

Il est à noter que le taux d'accompagnement des élèves dans le second degré a augmenté de 7% en deux ans.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
AVSI	163	73	49	88	66	439

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Contrats aidés	408	185	149	331	150	1 223

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Les enseignants référents

En 2009/2010, les enseignants référents n'ont organisé des équipes de suivi de scolarisation que pour les nouveaux entrants en établissements médico-sociaux, ce qui justifie la distinction faite entre les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et ceux qui sont scolarisés en EMS.

Le poids du Médico-social est plus important en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire que dans les trois autres départements de l'Académie. En revanche, en Loire-Atlantique leurs zones géographiques d'intervention sont généralement plus restreintes.

2009/2010	Nombre de postes d'E.R	Nombre d'élèves en situation de handicap (milieu ordinaire)	Ratio sans le médicosocial	Nombre d'élèves en situation de handicap (milieu ordinaire + EMS)	Ratio avec Medico-social
Loire-Atlantique	19	3 060	161.1	4 866	256.1
Maine et Loire	11	1 580	143.6	2 713	246.6
Mayenne	8.5	1141	134.2.	1 376	161.9
Sarthe	13.5	1 436	106.4	2 090	154.8
Vendée	9	1 189	132.1	1 786	198.4
Académie	61	8 406	137	12 813	210.34

La scolarisation des élèves handicapés en milieu médico-social et hospitalier

Le poids du médico-social est fortement concentré sur la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire.

On notera un fort taux de postes « public » dans la Sarthe, au regard du nombre d'élèves scolarisés.

Il faut également souligner le fait qu'en Mayenne, tous les postes 'enseignement implantés dans les établissements médico-sociaux et de santé relèvent du public.

Nb d'élèves	44	49	53	72	85	Académie
Hospitalier	297	134	20	134	62	647
Médico-éducatif	1 826	1 228	235	654	598	4 541
Total	2 123	1 362	255	788	660	5 181

Nb d'enseignants	44	49	53	72	85	Académie
Hospitalier	19	13	2	6	7	47
Médico-éducatif	138	66,5	15,5	59	38	318
Total	157	79,5	17,5	65	45	365
Total postes public	66,5	30	17,5	34	12	160

Partie 3 ■ Accompagnement des personnes en situation de handicap en région Pays de la Loire aux trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées

Introduction

Le document de cette partie 3 de l'état des lieux a pour but de présenter les principales caractéristiques de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap dans la région. Il est organisé en trois parties correspondant aux trois périodes de la vie : enfance, adulte, personne âgée.

Cette analyse est réalisée par le département observation analyse de l'ARS principalement à partir des données d'autorisation dans FINESS, Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux, complétées de quelques données d'enquêtes.

La comparaison des données départementales et les cartes complémentaires en infra départemental contribuent à la mise en lumière de disparités territoriales.

Les moins de 20 ans en région pays de la Loire

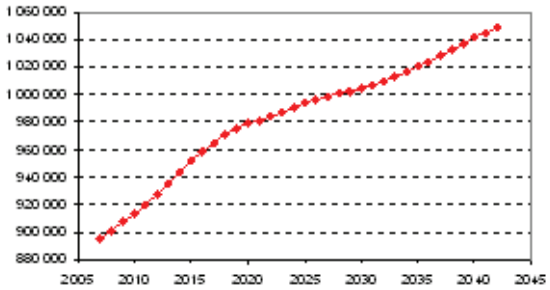
■ Une croissance démographique élevée

Selon les dernières projections démographiques de l'INSEE, les Pays de la Loire compteront 900 000 habitants supplémentaires en 2040, soit la plus forte progression en nombre d'habitants derrière les régions Île-de-France et Rhône-Alpes. La croissance démographique serait principalement portée par les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée. En plus d'avoir un solde naturel conséquent (nombre de naissance moins le nombre de décès) comme les autres départements de la région, ces deux départements ont la particularité d'avoir un solde apparent important (nombre de personnes entrées sur le territoire moins le nombre de personnes sorties).

■ L'évolution des moins de 20 ans : une forte croissance jusqu'en 2020

L'accroissement du nombre de personnes de moins de 20 ans évoluera principalement en 2 phases jusqu'en 2040 (fig1). Tout d'abord, il augmentera fortement jusqu'en 2020 (+0,7% chaque année, soit +85000personnesentre2007et2020).Puisl'augmentation ralentira jusqu'en 2040 (+0,3% chaque année, soit +62 000 personnes entre 2020 et 2040).

Fig1. Projection 2040 des moins de 20 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)



Source : INSEE projection Omphale 2010

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

D'ici 2016, 60 000 ligériens de moins de 20 ans supplémentaires

Le nombre d'enfants de 0-2 ans et de 3-5 ans augmentera de 4% entre 2008 et 2016 alors que l'augmentation sera du double (+8%) pour les 6-19 ans (fig2 et fig3). Ainsi la région comptera environ 10 200 enfants de moins de 5 ans supplémentaires et 50 900 jeunes de plus de 6 à 19 ans.

Fig2. Evolution des moins de 20 ans 2008-2016
Pays de la Loire

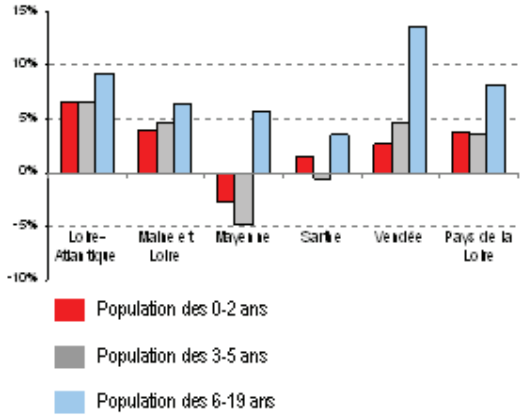


Fig3. Evolution des moins de 20 ans par tranche d'âge
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
0-2 ans	48 880	30 831	11 974	20 913	22 789	135 387
3-5 ans	49 877	31 447	12 496	21 627	22 972	138 418
6-19 ans	226 685	143 096	54 225	98 247	101 431	623 683
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
0-2 ans	7%	4%	-3%	1%	3%	4%
3-5 ans	7%	5%	-5%	-1%	5%	4%
6-19 ans	9%	7%	6%	4%	14%	8%
Evolution en nombre d'habitants 2008-2016*						
0-2 ans	3 256	1 230	-309	307	602	5 086
3-5 ans	3 293	1 467	-602	-116	1 069	5 112
6-19 ans	21 038	9 357	3 110	3 529	13 852	50 887

**application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008*

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

Diminution du nombre d'enfants de moins de 6 ans en Mayenne et très forte progression des 6-19 ans en Vendée

L'évolution à moyen terme des personnes de moins de 20 ans sera très différenciée selon les tranches d'âge et les départements (fig2).

La Mayenne est le département le plus atypique concernant l'évolution des moins de 6 ans puisque les moins de 3 ans et les 3-5 ans vont diminuer à l'horizon 2016.

Pour la population des 6-19 ans, la Vendée se distinguera par un taux d'évolution très supérieur à tous les autres départements (+14% entre 2008 et 2016).

Etablissements et services pour enfants handicapés

Les instituts médico-éducatifs (IME) assurent l'éducation, les soins et l'enseignement des jeunes handicapés déficients intellectuels, avec ou sans trouble associés.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent des enfants qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Les établissements pour enfants déficients moteurs (IEM) accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice importante. Ils assurent un enseignement scolaire et professionnel, accompagné d'un ensemble de soins requis pour la rééducation.

Les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP) accueillent et accompagnent des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

>>>

>>>

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont des services médico-sociaux autonomes ou rattachés aux établissements d'éducation spéciale. L'action de ces services comporte des interventions auprès des jeunes handicapés ainsi que l'accompagnement des familles. Les équipes pluridisciplinaires interviennent sur les lieux de vie de l'enfant ou dans les locaux du SESSAD.

Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) a pour but de mettre à la disposition des enfants ou adolescents, un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur entourage.

Un taux d'équipement pour enfants handicapés proche du taux national

Au 1er janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement global de 9 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans proche du taux national (9,2), ce qui la positionnait 16ième région de France.

Au 1er octobre 2011, les taux d'équipement de la région sont de 5,8 pour les établissements accueillant des enfants handicapés et de 3,6 pour les services, soit un cumul de 9,4 places pour 1000 personnes de moins de 20 ans (fig4). Les places pour enfants handicapés se répartissent à 60% dans les établissements et à 40% en offre de services.

Fig4. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

		44	49	53	72	85	PDL
I.M.E.		1 138	913	248	630	611	3 54
I.T.E.P.		343	252	42	72	56	76
I.E.M.		258	65	16	50	0	38
Etab.Enf.ado.Poly.		119	79	31	29	35	29
CAFS		117	28	50	23	0	21
SESSAD		1 129	818	332	502	447	3 22
*Taux d'équipement	services	3,5	4,0	4,2	3,6	3,0	3,
	Etablissements	6,1	6,5	4,9	5,7	4,8	5,

*Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 0 à 19 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Un taux d'équipement pour enfants handicapés faible en Vendée et plus élevé en Maine et Loire

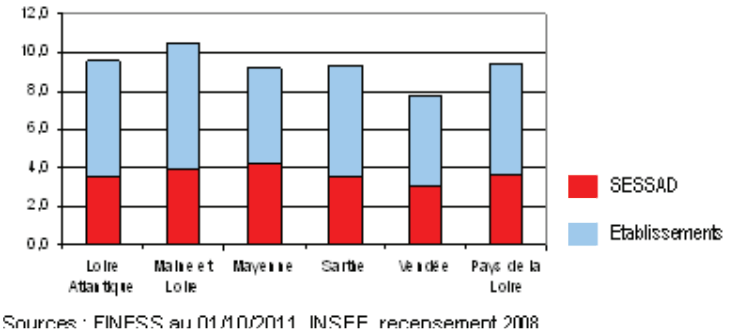
Le département de la Vendée a le taux d'équipement pour enfants handicapés le plus faible de la région (7,8). Les taux d'équipement aussi bien en établissements qu'en services sont de 15% en dessous du niveau régional.

Avec un taux d'équipement de 10,5 (établissements et services confondus), le Maine et Loire est le département de la région le mieux doté.

La Mayenne a la part d'offre de services la plus importante

La Mayenne est le département le plus atypique dans la répartition des places entre services et établissements, 46% en services pour 54% en établissements (fig5). Cette particularité traduit le dynamisme de la Mayenne en termes d'insertion des enfants dans le milieu ordinaire.

Fig5. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de moins de 20 ans)



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

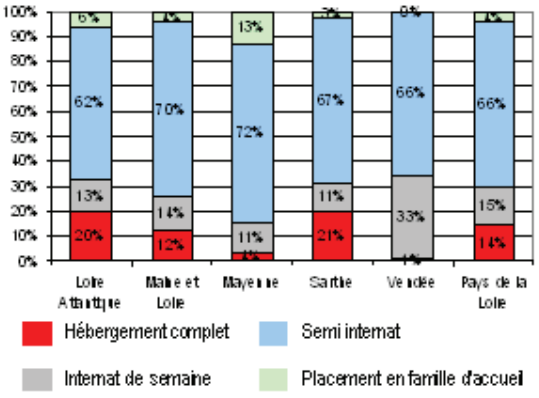
L'hébergement complet moins développé en Mayenne et en Vendée

Dans les Pays de la Loire, 66% des places dans les établissements pour enfants handicapés correspondent à un accueil en semi internat, 15% correspondent à de l'internat de semaine et 14% à de l'hébergement complet (fig6).

La Vendée a privilégié l'internat de semaine par rapport à l'hébergement complet. Elle ne dispose pas de placement en famille d'accueil.

De même, la Mayenne a peu développé l'hébergement complet. A contrario de la Vendée, elle dispose de la proportion la plus élevée de la région de placements en famille d'accueil.

Fig6. Répartition des places par type d'accueil (hors SESSAD)
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

La patientèle en établissements et services pour enfants handicapés

REBECCA est une application internet permettant l'importation de données de synthèse issues des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Une enquête régionale «Amendement Creton 2010» a été réalisée en octobre 2010 par l'ARS Pays de la Loire auprès de 32 associations gestionnaires d'établissements pour enfants afin de connaître les orientations MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) des jeunes de 20 ans et plus qui y étaient encore accueillis.

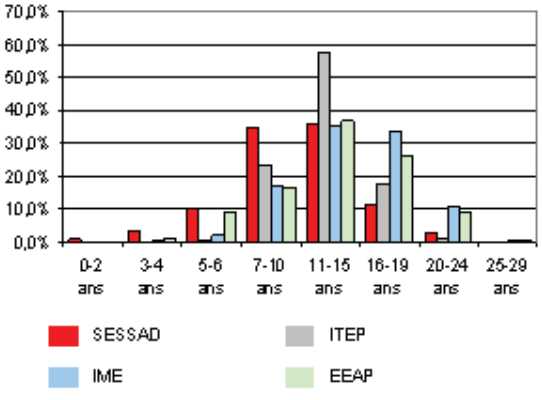
Une pyramide des âges différente selon les catégories d'établissements

Selon les données Rebecca 2009, les SESSAD en Pays de la Loire accueillent les enfants les plus jeunes : 70% des enfants ont entre 7 et 15 ans (fig7).

Les IME et les EEAP accueillent des enfants de moyenne d'âge plus élevée : près de 65% des enfants ont entre 11 et 19 ans.

Enfin en ITEP, près de 60% des enfants pris en charge ont entre 11 et 15 ans.

Fig7. Distribution des enfants par catégorie selon leur âge
Pays de la Loire



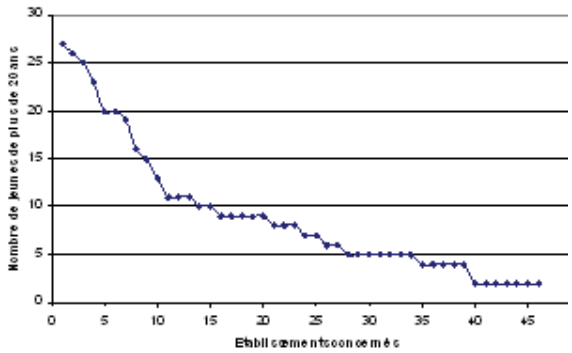
Source : REBECCA 2009

Une répartition des jeunes de plus de 20 ans en établissements pour enfants handicapés concentrée sur un petit nombre d'établissement

L'enquête «Amendement Creton 2010» a recensé 420 jeunes de plus de 20 ans dans les établissements pour enfants handicapés de la région. Ces jeunes disposaient d'orientations MDPH majoritairement en ESAT (160 jeunes), en MAS (79 jeunes), en foyer de vie (68 jeunes) et en FAM (51 jeunes).

La répartition départementale de ces jeunes était similaire à la répartition de la population des moins de 20 ans habitant dans les Pays de la Loire, au moment de l'enquête. Toutefois 10 établissements accueillaient 50% des jeunes de plus de 20 ans (fig8).

Fig8. Nombre de jeunes de plus de 20 ans par établissement
Pays de la Loire



Source : Enquête Amendement Creton 2010

FOCUS : CAMSP et CMPP

Les CAMSP, centres d'action médico-sociale précoce, sont des établissements de prévention et de soins pour les enfants de 0 à 6 ans atteints d'un handicap mental, moteur ou sensoriel, ou présentant un risque de handicap situés à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Les CMPP, centres médico-psycho-pédagogiques, sont des services médico-sociaux qui accueillent des enfants, du plus jeune âge à 20 ans, présentant des troubles neuropsychiques ou des troubles du comportement.

L'enquête ES est réalisée par la DREES, avec l'appui des ARS, auprès des établissements et services pour personnes handicapées, adultes et enfants, de la France métropolitaine et des départements d'Outre mer. Elle permet de dresser un bilan de l'activité de ces structures, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies. Ces données constituent un outil précieux d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales.

Les CAMSP des Pays de la Loire

La région compte 9 CAMSP dont 4 en Loire Atlantique, 2 en Maine et Loire et 1 dans chacun des autres départements. En 2010, ces établissements ont reçu 5046 enfants au moins une fois (« file active », fig9 et fig11). 55% d'entre eux sont âgés de 3 à 5 ans et 37% ont moins de 3 ans. 60% des enfants sont des garçons.

Dans la région, sur les 8 établissements ayant renseigné cet item, un enfant sur deux reçus en 2010, l'était pour la première fois. Cette proportion peut varier selon les départements : de 30% dans la Sarthe à 72% en Vendée.

Dans les Pays de la Loire, 18 enfants sur 1000 de 0 à 5 ans ont été reçus au moins une fois dans un CAMSP en 2010. Ce taux varie selon les départements : de 7,6 en Sarthe à 26 en Loire Atlantique.

Le CAMSP du CHU de Nantes (auditifs) et le CAMSP du CHU d'Angers (polyvalents) se distinguent par un nombre plus important d'enfants en provenance d'un autre département : 17% pour le CAMPS du CHU de Nantes et 7% pour Angers.

>>>

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

>>>

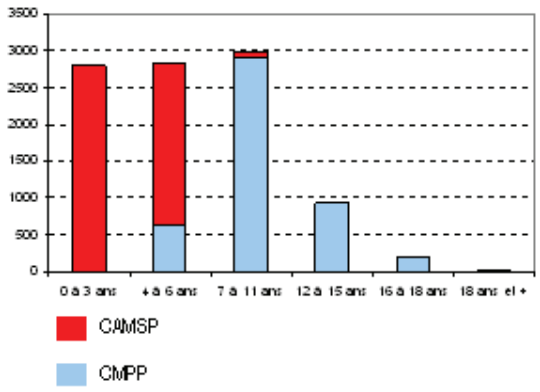
Fig9. File active des CAMSP et CMPP
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
CAMSP						
File active	2563	1278	282	323	600	5046
pour 1000 hab 0-5 ans	26,0	20,5	11,5	7,6	13,1	18,4
% enfants vus pour 1ère fois	50,3*	49,0	39,7	30,7	71,8	50,9
CMPP						
File active	1730	1220	660	612	491	4713
pour 1000 hab 6-20 ans	7,6	8,5	12,2	6,2	4,8	7,6
% enfants vus pour 1ère fois	37,8	30,4	45,0	26,6	32,4	34,9

** Hors CAMSP du CHU Nantes*

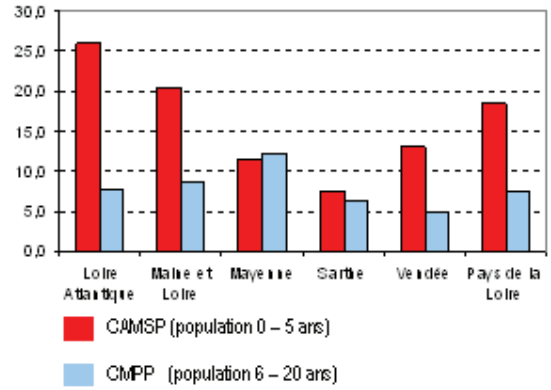
Source : Enquête ES 2010 *(exploitation régionale anticipée)*

Fig10. Répartition des enfants reçus selon l'âge
Pays de la Loire



Source : Enquête ES 2010 *(exploitation régionale anticipée)*

Fig11. File active pour 1000 habitants
Pays de la Loire



Source : Enquête ES 2010 *(exploitation régionale anticipée)*

Les CMPP des Pays de la Loire

La région compte 6 CMPP dont 2 en Loire Atlantique et 1 dans chacun des autres départements. En 2010, ces 6 établissements ont reçu 4713 enfants au moins une fois (« file active », fig9 et fig11). 62% d'entre eux sont âgés de 7 à 11 ans et 90% ont entre 4 et 15 ans. 65% de ces enfants sont des garçons.

Dans la région, près de 35% des enfants vus en 2010 ont été reçus pour la première fois. Cette proportion peut varier légèrement selon les départements : de 27% dans la Sarthe à 45% en Mayenne.

Dans les Pays de la Loire, 7,6 enfants sur 1000 de 6 à 20 ans ont été reçus au moins une fois dans un CMPP en 2010. Ce taux varie selon les départements : de 4,8 en Vendée à 12,2 en Mayenne.

FOCUS : Plan autisme et TED

L'accompagnement et la prise en charge des personnes autistes et atteintes de troubles envahissants du développement (TED) font l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le plan autisme 2008-2010. Le déploiement régional du plan est réalisé dans une logique de dialogue et de concertation avec les partenaires représentés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé et les membres du Comité Technique Régional sur l'Autisme.

La région des Pays de la Loire dispose d'un centre de ressource pour l'autisme «Centre Régional d'Etudes de Ressources pour l'Autisme et les troubles envahissants du développement» (CRERA). En 2012, une nouvelle organisation prévoit des équipes de proximité dans chacun des cinq départements de la région au service des personnes, des familles et des professionnels, notamment ceux des MDPH.

Douze formateurs régionaux ont été désignés pour contribuer à diffuser les nouvelles recommandations et les pratiques validées par la Haute Autorité de Santé dans le domaine de l'autisme et des TED.

L'offre pour l'accueil et l'hébergement des personnes, enfants, adolescents et adultes est de 214 places installées pour l'autisme et de 436 pour les déficiences graves de la communication (Source : FINESS au 1ier juillet 2011).

Différentes études nationales et régionales (ES2010 de la DREES, Parcours scolaires des enfants et adolescents menée avec l'ORS) en cours d'analyse vont permettre d'améliorer la connaissance des problématiques régionales liées à l'autisme et aux TED.

FOCUS : Education nationale

Les **classes d'inclusion scolaire (CLIS) et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)** accueillent des élèves (enfants, préadolescents ou adolescents) présentant un trouble mental, auditif, visuel ou moteur, mais pouvant tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge, à leurs capacités, à la nature et à l'importance de leur trouble.

Classification des CLIS et ULIS selon le type de trouble :

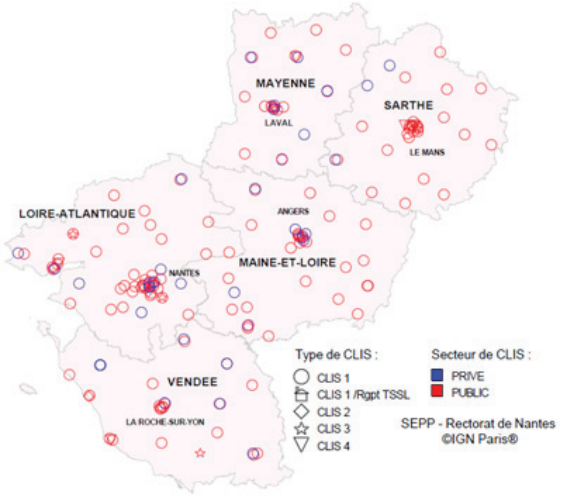
CLIS 1 / ULIS 1 : Troubles des apprentissages

CLIS 2 / ULIS 2 : Troubles auditifs

CLIS 3 / ULIS 3 : Troubles visuels

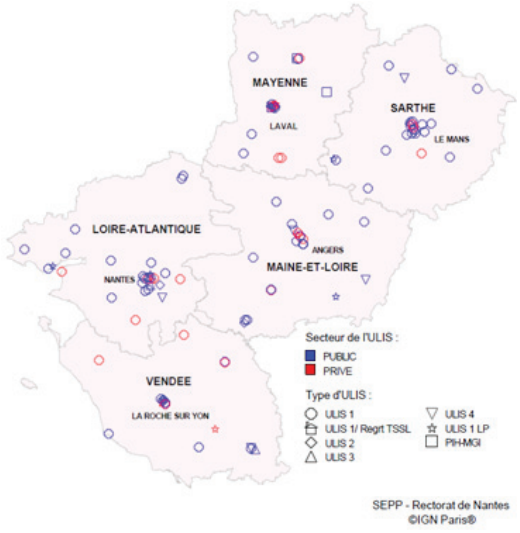
CLIS 4 / ULIS 4 : Troubles moteurs ou maladie chronique ou invalidante

Fig12. Répartition des CLIS par secteur dans l'académie de Nantes



Source : Education nationale 2010/2011

Fig13. Localisation des ULIS dans l'académie de Nantes



Source : Education nationale 2010/2011

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Les 20-59 ans en région pays de la Loire

Une évolution des plus de 20 ans qui double à partir de 2020

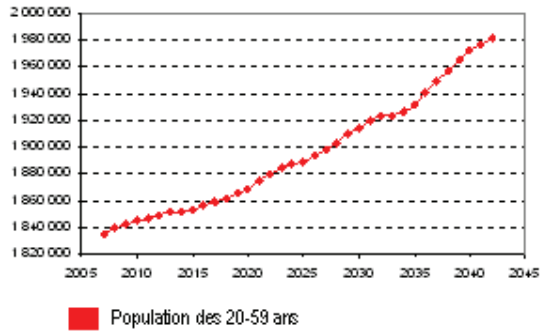
L'accroissement du nombre de personnes de plus de 20 ans évoluera lui aussi en 2 phases principales jusqu'en 2040 (fig14). Tout d'abord, il augmentera de 2% entre 2007 et 2020 (+33 000 personnes, soit +0,14% chaque année). Puis l'augmentation s'accélèrera jusqu'en 2040 (+103 000 personnes, soit +0,3% chaque année).

Une évolution des plus de 20 ans très différenciée selon les départements

D'ici 2016, la Sarthe et la Mayenne connaîtront respectivement une diminution de 1 et 3% (fig15), soit environ 4000 personnes de 20 à 59 ans en moins dans chacun de ces deux départements (fig16).

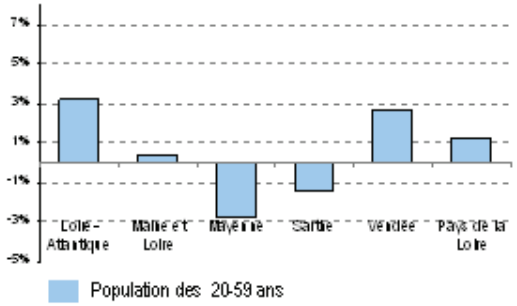
En Vendée et en Loire Atlantique le nombre de personnes de plus de 20 ans augmentera de 3% entre 2008 et 2016. Enfin en Maine et Loire cette population sera stable sur cette période.

Fig14. Projection 2040 des moins des 20-59 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig15. Evolution des 20-59 ans 2008-2016
Pays de la Loire



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig16. Evolution des 20-59 ans
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
20-59 ans	675 495	404 157	153 041	287 428	311 919	1 832 040
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
20-59 ans	3%	0%	-3%	-1%	3%	1%
Evolution en nombre d'habitants 2008-2016*						
20-59 ans	21 925	1 499	-4 282	-4 074	8 373	23 441

*application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

L'offre médicalisée pour adultes handicapés

Les **Maisons d'accueil spécialisées (MAS)** reçoivent des adultes handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les **Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM)** sont des structures destinées à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une surveillance médicale et des soins constants.

Les **Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les **Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)** sont des structures médico-sociales assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers et d'hygiène générale sous la forme de soins techniques et relationnels.

Un équipement pour adultes handicapés supérieur à la moyenne nationale

Au 1er janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement en MAS et FAM de 1,3 places pour 1000 habitants âgés entre 20 et 59 ans contre 1,15 au niveau national ce qui la positionnait 8ème région de France.

Au 1er octobre 2011, les taux d'équipement de la région sont de 0,4 places de services et de 1,8 places d'établissements pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, soit un taux de 2,2 au cumul (fig17). Les places pour adultes handicapés se répartissent pour 83% en établissement et 17% en offre de services.

Fig17. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

		44	49	53	72	85	PDL
MAS		569	432	142	443	248	1 834
FAM		530	261	88	204	331	1 414
SSIAD PH		134	53	19	7	55	268
SAMSAH		61	107	95	83	40	386
*Taux d'équipement	services	0,3	0,4	0,7	0,3	0,3	0,4
	Etablissements	1,6	1,7	1,5	2,3	1,9	1,8

* Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

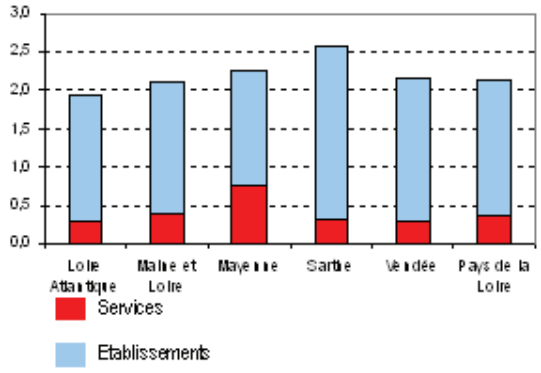
Un taux d'équipement en structures médicalisées pour adultes handicapés élevé en Sarthe et plus faible en Loire Atlantique

La Loire Atlantique est le département des Pays de la Loire qui a le taux d'équipement pour adultes handicapés le plus faible (1,9 fig18).

Avec un taux d'équipement de 2,6 (établissements et services confondus), la Sarthe est le département de la région le mieux doté en places médicalisées pour adultes handicapés et, plus particulièrement, le département le mieux équipé en places d'établissements (2,3 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans contre 1,8 en PDL).

La Mayenne est le département le plus dynamique en termes d'insertion des personnes en milieu ordinaire. Les places de services représentent plus de 30% de l'offre contre 20% au niveau régional. Cette particularité en fait le département le moins doté en places d'établissements (1,5 places pour 1000 habitants).

Fig18. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 20 à 60 ans)



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

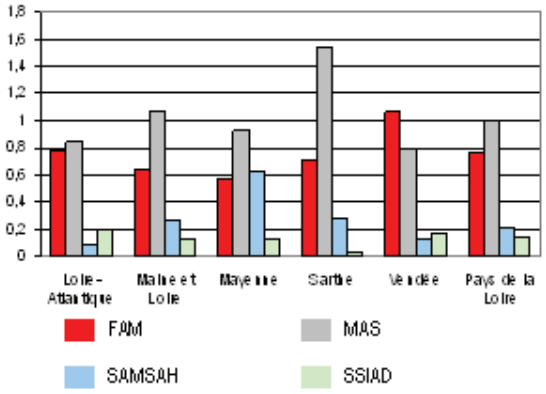
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Une répartition MAS/FAM inversée en Sarthe et en Vendée

Au regard de la région, la Sarthe est le mieux équipé en places de MAS : son taux d'équipement est de 1,5 contre 1 en Pays de la Loire (fig19).

La Vendée est le seul département pour lequel le taux d'équipement en FAM (1) est supérieur au taux d'équipement en MAS (0,8).

Fig19. Taux d'équipement par catégorie d'ESMS
Pays de la Loire



L'offre non médicalisée pour adultes handicapés

Les Foyers d'hébergement pour adultes handicapés (FH) assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans une entreprise adaptée (EA), ou dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT).

Les Foyers de Vie pour adultes handicapés (FV) accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes (activités ludiques, éducatives) ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale. Ces personnes ne nécessitent pas de surveillance médicale ni de soins constants.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Une offre en Mayenne et en Sarthe supérieure à l'offre régionale

Les Pays de la Loire ont un taux d'équipement de 1,4 places de services et de 3,5 places d'établissements non médicalisées, soit un cumul de 4,6 places pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans (fig20). 75% de l'offre non médicalisée pour adultes handicapés se trouve en établissements et 25% dans les services.

Avec un taux d'équipement de 5,6 établissements et services confondus (fig21), la Sarthe et la Mayenne sont les départements des Pays de la Loire les mieux dotés en places non médicalisées pour adultes handicapés. Leur offre en services ou foyers est supérieure de 20% au niveau régional.

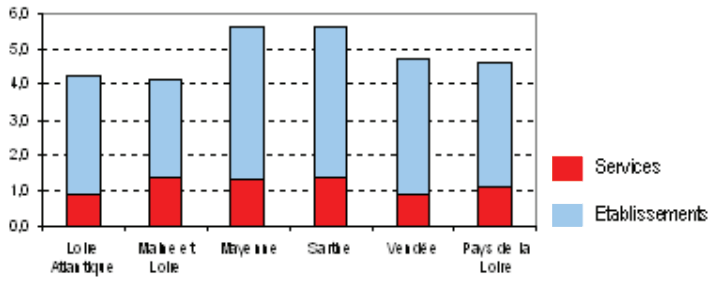
Fig20. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

		44	49	53	72	85	PDL
FH		766	461	375	444	345	2 391
FV		1 468	670	285	766	852	4 041
SAVS		625	544	202	399	273	2 043
Taux d'équipement	services	0,9	1,3	1,3	1,4	0,9	1,1
	foyers	3,3	2,8	4,3	4,2	3,8	3,5

* Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Fig21. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 20 à 60ans)



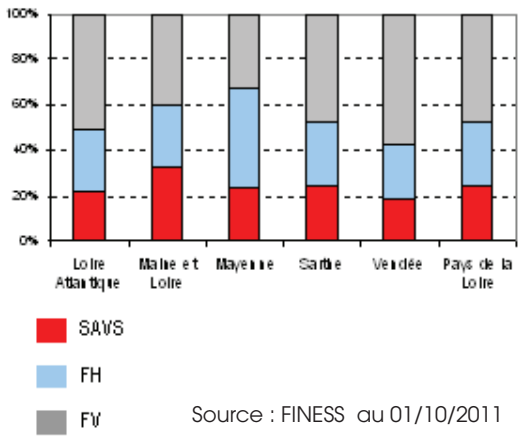
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Une répartition de l'offre non médicalisée par catégorie d'établissements peu différente selon les départements

Dans les Pays de la Loire, 28% des places non médicalisées sont dans les foyers d'hébergement, 48% sont dans les foyers de vie et 25% sont des places de services en SAVS (fig22).

Sont placées aux deux extrêmes : la Mayenne avec 44% des places en foyer d'hébergement et 33% en foyer de vie ; la Vendée avec 23% des places en foyer d'hébergement, 58% en foyer de vie et 19% en SAVS.

Fig22. Répartition des places par catégorie d'ESMS
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

L'insertion professionnelle

Les **établissements et services d'aide par le travail (ESAT)** accueillent des adolescents et adultes handicapés qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni exercer une activité professionnelle indépendante. Ils ont une double vocation - mise au travail et soutien médico-social - pour des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Ils sont financés par l'aide sociale de l'Etat.

Les **Centres de rééducation professionnelle (CRP)** ont pour mission de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle.

Les **centres de pré-orientation professionnelle (CPO)** accueillent des personnes reconnues « Travailleurs Handicapés » par la CDAPH, pour les accompagner dans la définition d'un nouveau projet professionnel.

Un taux d'équipement régional en ESAT proche du taux national

Au 1er janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement en ESAT de 3,5 places pour 1000 habitants âgés entre 20 et 59 ans (contre 3,35 au niveau national) ce qui la situait en 15ème position au niveau national.

Une offre en ESAT faible en Loire Atlantique et forte en Mayenne au regard de la région

Seule la Mayenne a un taux d'équipement au dessus du taux régional : 4,7 contre 3,6 (fig23).

La Loire Atlantique a le taux d'équipement le plus bas.

Fig23. Places autorisées en ESAT
Pays de la Loire

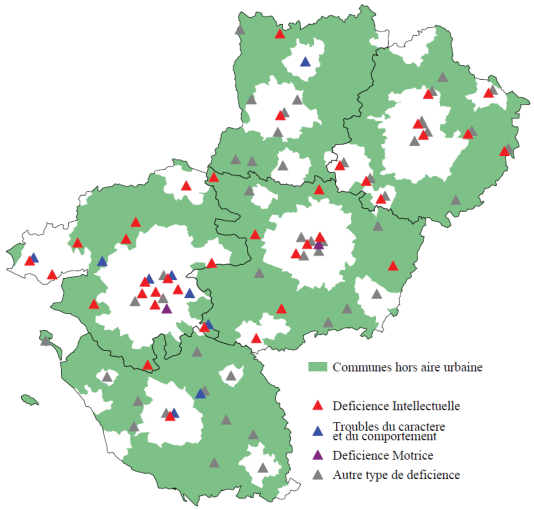
	44	49	53	72	85	PDL
ESAT	2 227	1 441	723	1 035	1 133	6 559
Taux d'équipement	3,3	3,6	4,7	3,6	3,6	3,6

*Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Fig24. Positionnement des ESAT
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/07/2011

Seules la Loire Atlantique et la Sarthe disposent d'un CRP et d'un CPO

Seuls deux départements disposent de Centre de pré-orientation professionnelle et de centre de rééducation professionnelle, il s'agit de la Loire-Atlantique et de la Sarthe (fig25). Bien que ces établissements aient une vocation régionale, le taux d'équipement des Pays-de-la-Loire est bien en deçà de la moyenne nationale.

Fig25. Nombre de places en CPO et CRP
Pays de la Loire

	Nombre de places	
	CPO	CRP
Loire-Atlantique	6	170
dont déficiences visuelles	*6*	*30*
dont tout type de déficience	*0*	*140*
Sarthe	36	156
dont déficience intellectuelle	*20*	*103*
dont tout type de déficience	*16*	*53*

Source : DRASS 2006

Les personnes âgées de 60 ans et plus en pays de la Loire

Une très forte gérontocroissance

Avec 620 000 personnes supplémentaires âgées de 60 ans ou plus d'ici 2040, la région n'échapperait pas à une forte croissance du nombre de personnes âgées (« gérontocroissance »).

Un vieillissement mesuré

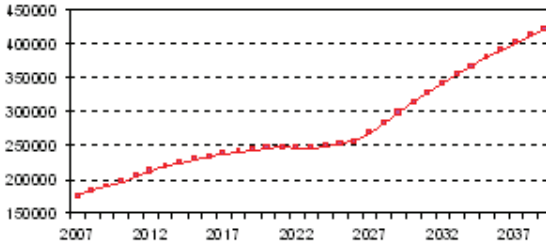
Au regard d'autres régions françaises, le vieillissement de la population en Pays de la Loire resterait mesuré. En effet, en 2030, la population de la région se composerait de 23% de moins de 20 ans (au dessus de la médiane France) et de 30,7% de PA de plus de 60 ans (en dessous de la médiane France).

Explosion des 80 ans et plus par paliers d'ici 2040

En 30 ans le nombre d'habitants de plus de 80 ans devrait augmenter de plus de 200 000 personnes (fig26).

L'accroissement du nombre de personnes de plus de 80 ans serait continu jusqu'en 2020 (+32000 entre 2010 et 2015, moitié moins entre 2015 et 2020), puis un palier plus stable pourrait être observé dans la région avant une nouvelle forte augmentation à partir de 2025 (+60000 entre 2025 et 2030 due aux générations du baby boom).

Fig26. Projection 2040 des plus de 80 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)

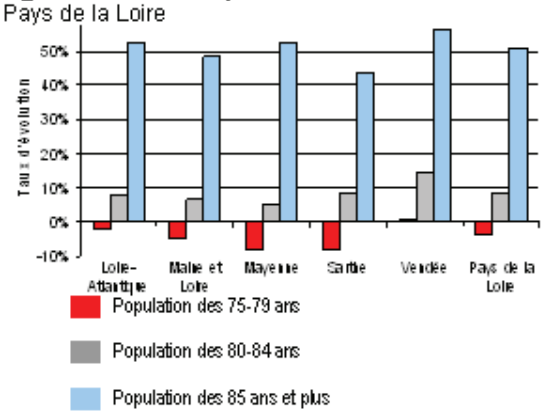


Source : INSEE projection Omphale 2010

Evolution de 15% des 75 ans et plus d'ici 2016

L'évolution à moyen terme des personnes de plus de 75 ans en Pays de la Loire est modérée (+15%) mais très différenciée par tranches d'âge. Sur la période 2008-2016, la population des moins de 80 ans devrait légèrement diminuer (-3%) alors que celle des plus de 85 ans augmenterait de 50%, soit 42 000 personnes (fig27 et 28).

Fig27. Evolution des plus de 75 ans 2008-2016
Pays de la Loire



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig28. Evolution des PA par tranche d'âge
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
75-79 ans	41 691	27 361	12 267	22 422	26 221	129 962
80-84 ans	32 190	21 903	9 937	17 103	19 991	101 123
85 ans et plus	25 493	18 364	8 000	14 831	15 419	82 106
Total	99 373	67 628	30 204	54 356	61 631	313 192
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
75-79 ans	-1%	-5%	-8%	-7%	1%	-3%
80-84 ans	8%	7%	7%	9%	15%	9%
85 ans et plus	52%	49%	51%	43%	59%	51%
Total	16%	13%	13%	12%	20%	15%
Evolution en nombre de PA 2008-2016*						
75-79 ans	-335	-1 473	-957	-1 634	255	-4 148
80-84 ans	2 580	1 550	700	1 582	3 030	9 442
85 ans et plus	13 370	8 941	4 068	6 347	9 129	41 826
Total	15 708	8 988	3 860	6 361	12 305	47 211

*application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

Forte augmentation des personnes âgées dépendantes

Une étude en cours avec l'INSEE permet d'estimer une augmentation de près de 25% entre 2008 et 2016 du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d'aide (fig29). **Ainsi on dénombrerait en 2016 plus de 85 000 personnes âgées dépendantes en Pays de la Loire.**

Fig29. Projection de personnes âgées dépendantes 2008-2016
Pays de la Loire

Nombre de personnes âgées dépendantes	44	49	53	72	85	PDL
2008	22 477	14 541	6 299	11 940	13 581	68 838
2016	27 934	17 770	7 650	14 188	17 468	85 010

Source : INSEE projection de personnes âgées dépendantes 2011, chiffres provisoires

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Hébergement médicalisé pour personnes âgées

Les **EHPAD** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) bénéficient d'équipements médicalisés. Ils ont vocation à accompagner une personne âgée le plus longtemps possible et ont la capacité à leur apporter tous les soins médicaux. Les EHPAD peuvent être des établissements de soins de longue durée, des maisons de retraite ou des foyers logement.

Un **Etablissement de Soins Longue Durée** a pour vocation d'accueillir les personnes ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale constante. Ces services ne sont pas destinés uniquement aux personnes âgées mais ces dernières en constituent une part importante.

Une **maison de retraite** est un hébergement collectif pour personnes âgées qui assure une prise en charge globale de la personne : l'hébergement en chambre, les repas et divers services spécifiques. Le tarif est un prix de pension de type « tout compris ».

Un **foyer logement** est un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs comme la restauration ou le blanchissage et dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge des personnes âgées qui peuvent bénéficier de l'aide sociale ou de l'aide personnalisée au logement.

Un fort taux d'équipement en places d'EHPAD mais une répartition inégale au sein de la région

Au regard de la moyenne nationale, la région des Pays de la Loire a un fort taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées dépendantes de 147 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Cette offre se répartie pour 83% en maison de retraite, 13% en foyer logement et 4% en USLD.

La Sarthe se démarque avec un taux d'équipement significativement plus faible, de 20% inférieur à la moyenne régionale : 117 contre 147 (fig30 et 31). Elle reste néanmoins supérieure à la moyenne nationale (cf. p16).

L'offre pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes en foyer logement est concentrée en Vendée, département qui contribue pour presque 4/5 des places autorisées, et où le taux d'équipement en places de foyers logement EHPAD est pratiquement équivalent à celui offert en maisons de retraite.

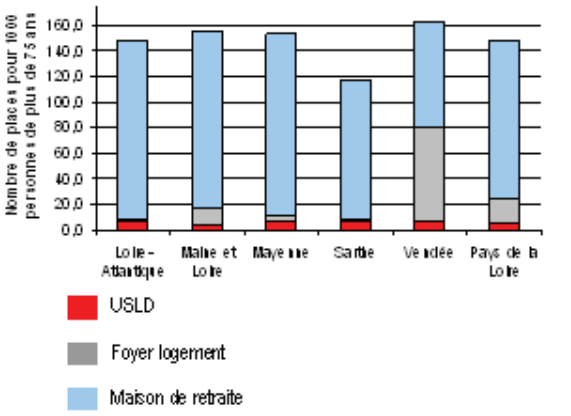
Enfin, le Maine et Loire est le département qui a le taux d'équipement en USLD le plus faible de la région.

Fig30. Répartition des places autorisées en EHPAD
Pays de la Loire

EHPAD	44	49	53	72	85	PDL
Maison de retraite	13 874	9 341	4 228	5 967	4 952	38 362
Foyer logement	147	887	152	60	4 517	5 763
USLD	626	251	188	355	352	1772
Taux d'équipement	148	155	153	117	163	147

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Fig31. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 75 ans et +)



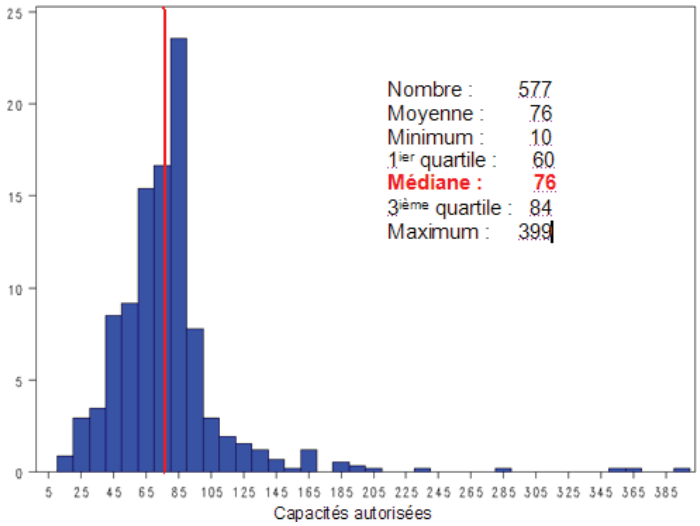
Source : FINESS au 01/10/2011, SAE 2010, INSEE recensement 2008

Des tailles d'établissement variées

Les places d'EHPAD en Pays de la Loire sont réparties sur 577 sites (fig32). Leur capacité moyenne autorisée est de 76 places. Dans la région, un quart des EHPAD ont une taille inférieure à 60 places, la moitié des établissements ont moins de 76 places et les trois quarts ont moins de 84 places (fig6).

5% ont moins de 32 places autorisées et 5% en ont plus de 130. L'EHPAD le plus petit accueille 10 personnes alors que le plus grand en accueille près de 400.

Fig32. Distribution des EHPAD des Pays de la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

La patientèle en EHPAD

L'enquête auprès de l'ensemble des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées (EHPA) est réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales. Ces établissements relèvent soit du secteur social (maisons de retraite, logements foyers, établissements d'hébergement temporaire, établissements expérimentaux pour personnes âgées), soit du secteur sanitaire (établissements de soins de longue durée, établissements ayant une autorisation de discipline sanitaire « soins de longue durée »). Cette enquête apporte des informations exhaustives sur l'activité et le personnel de ces établissements. Elle permet également de mieux connaître le profil des personnes accueillies dans ces structures, notamment leur état de santé.

La dernière enquête EHPA réalisée auprès de ces établissements concerne l'année de 2007. La prochaine enquête aura lieu en 2012.

Les **Groupes Iso-Ressources (GIR)** correspondent au degré d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Il existe six GIR : le GIR 1 correspond à une dépendance très forte, le GIR 6 à une autonomie complète. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le **Gir Moyen Pondéré (GMP)** mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Plus le GMP d'un établissement est élevé plus la dépendance des résidents est forte.

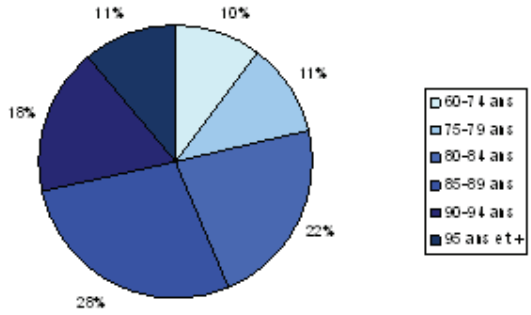
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

80% des résidents en EHPAD ont plus de 80 ans

En 2007, selon l'enquête EHPA, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la région accueillent près de 41 000 personnes. La moitié de la patientèle accueillie est constituée d'octogénaire, 80% des personnes ont plus de 80 ans et 60% ont plus de 85 ans (fig33).

L'enquête EHPA 2007 confirme que l'âge d'entrée en établissement est en recul : il est de 83 ans en moyenne (en 2007).

Fig33. La répartition des résidents en EHPAD selon leur âge
Pays de la Loire



Source : EHPA 2007

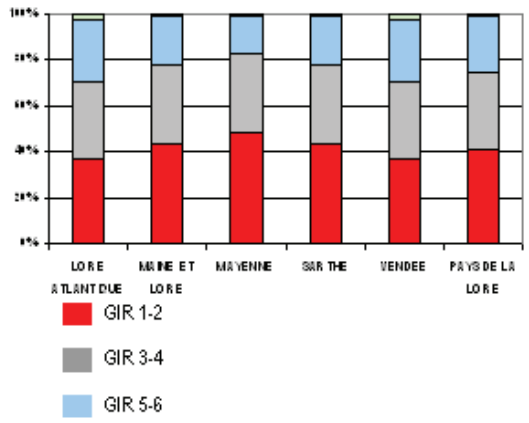
Moins de la moitié des personnes accueillies en EHPAD sont en GIR 1 et 2

En 2007, la patientèle en EHPAD est constituée à 40% de personnes ayant un GIR 1 ou 2, 35% de GIR 3 ou 4 et 25% de GIR 5 ou 6 (fig34).

La répartition selon le GIR des personnes accueillies en EHPAD varie légèrement par département. La Loire Atlantique et la Vendée ont une structure de patientèle très proche avec 37% de GIR 1ou 2 et 27% de GIR 5 ou 6. Les autres départements accueillent pour plus de 40% de leur patientèle des GIR 1 ou 2. C'est en Mayenne que les GIR 1 et 2 sont les plus représentés dans les EHPAD (48%) et que les GIR 5 et 6 sont le moins présents (16%).

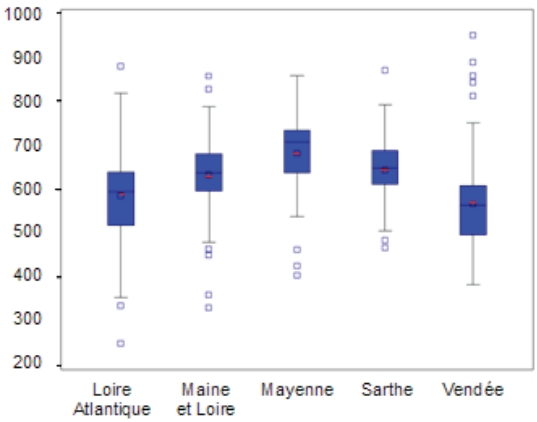
La moyenne des GMP attribués aux EHPAD des Pays de la Loire est 610 (fig35). Conformément à la différence de la répartition par GIR constatée par département, c'est en Mayenne que le GMP moyen est le plus élevé (683). La distribution des EHPAD de la Sarthe selon leur GMP ressemble à celle du Maine et Loire (avec des moyennes respectives de 644 et 633). Enfin, la Loire Atlantique et la Vendée ont les établissements avec les plus faible GMP (les moyennes respectives sont de 585 et 567). Les profils de ces deux départements sont comparables quant à la répartition des EHPAD selon le GMP.

Fig34. Répartition des personnes selon leur GIR
Pays de la Loire



Source : EHPA 2007

Fig35. Distribution des EHPAD des Pays de la Loire selon le GMP



Source : ARS/DAS au 01/01/2011

Les services de soins infirmiers a domicile

Les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles (article L. 312, 6° et 7°). Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, et depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, des soins infirmiers et d'hygiène générale et apportent également des aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement ou bien en raccourcissant certains séjours hospitaliers. A ce titre, ils interviennent principalement au domicile des patients mais aussi, plus rarement, dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées.

Un taux d'équipement en SSIAD équilibré dans tous les départements ligériens

Ces dernières années, la région a renforcé l'offre en services de soins infirmiers à domicile dans tous les départements.

Le Maine-et-Loire, qui était en retard comparativement aux autres départements de la région, a quasiment rattrapé le niveau d'équipement régional. Il dispose de 20,4 places de SSIAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus, alors que le département le mieux doté est la Loire Atlantique avec 21,1 (fig36).

Fig36. Places autorisées en SSIAD
Pays de la Loire

SSIAD	44	49	53	72	85	PDL
Places autorisées	2 087	1 379	625	1 137	1 252	6 480
Taux d'équipement	21,1	20,4	21,0	20,9	20,7	20,8

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

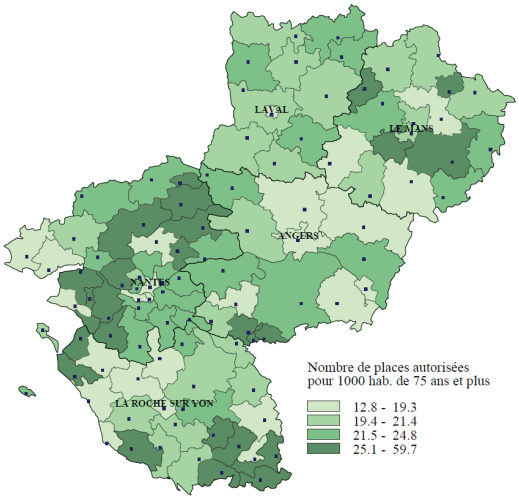
Un taux d'équipement en SSIAD plus hétérogène selon les zones d'intervention

Les zones d'intervention des SSIAD les mieux dotés sont situées au sud-est de la Vendée, au sud du Maine et Loire, au sud du Mans et toute la banlieue ouest et nord de Nantes (fig37).

Les zones d'intervention des SSIAD les moins dotés sont situées à la Roche sur Yon et dans sa banlieue nord et ouest, à Angers et au nord d'Angers, à Nantes et sur la côte de la Loire Atlantique.

La Mayenne est le département ayant les zones d'intervention les plus homogène. La répartition des places de SSIAD est en adéquation avec la répartition des habitants de 75 ans et plus.

Fig37. Taux d'équipement en SSIAD par zone d'intervention Pays de la Loire



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2007

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

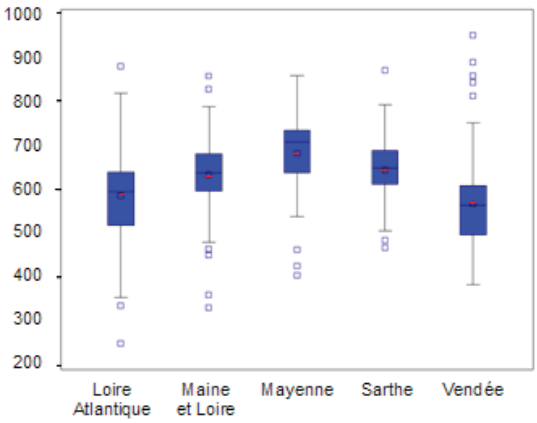
Des tailles de SSIAD variables selon les départements

Les places de SSIAD en Pays de la Loire sont réparties sur 110 structures (fig38). Leur capacité moyenne autorisée est de 59 places mais la moitié de ces structures ont une capacité inférieure à 51 places (¼ ont moins de 35 places et les ¾ ont moins de 66 places). 5% des SSIAD ont moins de 22 places autorisées et 5% ont plus de 117 places. Le plus petit SSIAD accueille 5 personnes âgées alors que le plus important en accueille 327.

Les SSIAD du Maine et Loire sont ceux qui ont le plus grand nombre de places autorisées. La moitié des structures peut accueillir plus de 65 personnes.

Les SSIAD ayant les plus petites capacités sont implantés en Vendée et en Loire Atlantique. En effet, même si le nombre moyen de places en Loire Atlantique est de 65, la moitié des SSIAD ont moins de 45 places autorisées. En Vendée, 13 des 27 SSIAD sont au-dessous des 40 places autorisées.

Fig38. Distribution des SSIAD des Pays de la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

NB: Pour améliorer la lisibilité, le graphe est tronqué à 200 places maximum (un SSIAD de Loire Atlantique n'est pas représenté).

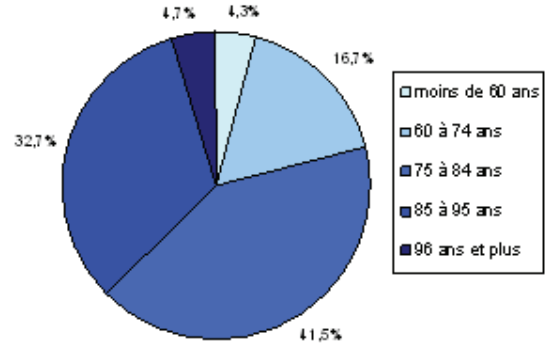
La patientèle en SSIAD

L'enquête auprès de l'ensemble des Services de Soins A Domicile (enquête SSIAD) est réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cette enquête apporte des informations exhaustives sur l'activité et le personnel de ces établissements. Elle permet également de mieux connaître le profil des personnes accueillies dans ces structures, notamment leur état de santé.

80% des personnes prises en charge en SSIAD ont plus de 75 ans

Sur l'ensemble des personnes différentes prises en charge dans la région des Pays de la Loire en 2008, près de 80% d'entre eux sont âgés de 75 ans et plus et un peu moins de 40% ont plus de 85 ans (fig39). Les moins de 60 ans représentent 4,4%. La répartition régionale par tranche d'âge diffère peu de la répartition nationale.

Fig39. La répartition des résidents en SSIAD selon leur âge
Pays de la Loire



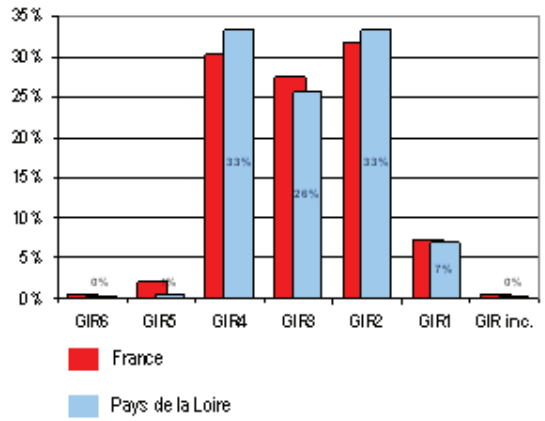
Source : Enquête SSIAD 2009

60% des personnes prises en charge dans un SSIAD de la région est en GIR 3 ou 4

La patientèle en SSIAD est constituée à 40% de personnes ayant un GIR 1 ou 2 et 60% de GIR 3 ou 4 (fig40).

La répartition selon le GIR des personnes accueillies en SSIAD est comparable à celle de la France métropolitaine.

Fig40. Répartition des personnes selon leur GIR
Pays de la Loire

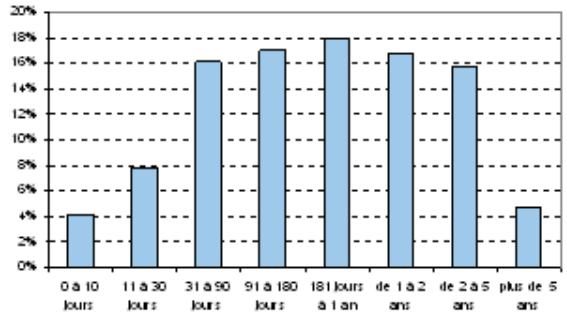


Source : Enquête SSIAD 2009

Plus de 37% des personnes prises en charge dans un SSIAD y sont depuis au moins un an

Sur la période de l'enquête, 20% des bénéficiaires étaient pris en charge depuis plus de 2 ans (fig41), 37% depuis au moins 1 an, 55% depuis au moins 6 mois. Ces ratios sont similaires quelque soit la catégorie de bénéficiaires considérée et sont proches de la moyenne nationale.

Fig41. Distribution du temps de pris en charge d'une personne
Pays de la Loire



Source : Enquête SSIAD 2009

Complémentarité de l'hébergement médicalisé et des soins à domicile

En Pays de la Loire, les données du recensement de la population INSEE indiquent que sur 175 000 personnes âgées de plus de 80 ans, 40% vivent seules à leur domicile (environ 70 000) et 19% vivent en établissement (environ 33 000).

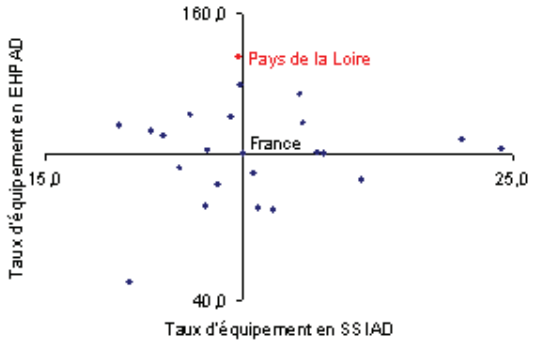
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

C'est la région de France la mieux équipée en places d'EHPAD et une région moyennement équipée en places de SSIAD

Au 1er janvier 2010, le taux d'équipement en EHPAD de la région est d'environ 40% supérieur au taux national : 142 places pour 1000 personnes de plus 75 ans en Pays de la Loire contre 101 en France métropolitaine (fig42) ce qui en fait la région la plus équipée en places médicalisées par habitant de plus de 75 ans.

Au 1er janvier 2010, le taux d'équipement en SSIAD de la région est quasiment identique au taux national (19 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans). Les Pays de la Loire sont la 12ème région de France en places de SSIAD par habitant de plus de 75 ans.

Fig42. Croisement des taux d'équipement en places médicalisées et places de SSIAD par région



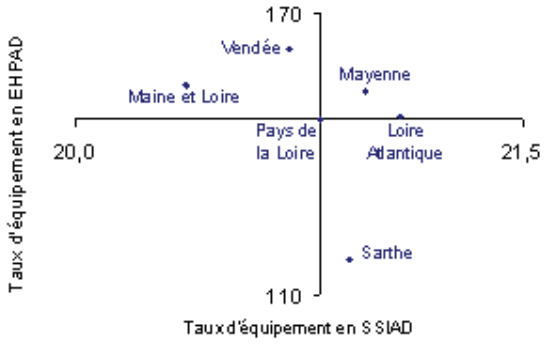
Source : STATISS 2010

Les 5 départements de la région sont bien dotés

Globalement, les départements des Pays de la Loire sont bien équipés en places médicalisées. Chaque département a un taux supérieur à celui du national. La Sarthe qui est le département le moins bien doté de la région reste 17% au-dessus du taux national (fig43).

L'équipement des places de SSIAD étant homogène d'un département à l'autre dans les Pays de la Loire, ils sont tous comparables au taux national.

Fig43. Croisement des taux d'équipement en places médicalisées et places de SSIAD en Pays de la Loire



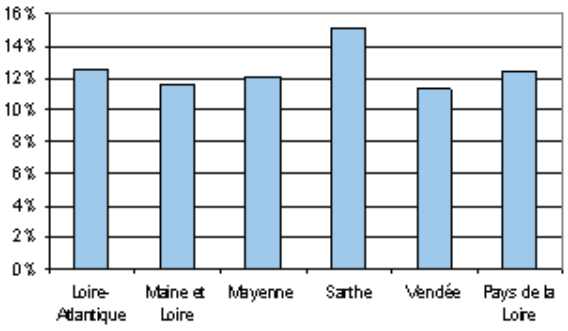
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Une part de l'offre en SSIAD dans l'offre médicalisée inférieure à la moyenne nationale

En Pays de la Loire, le nombre de places de SSIAD pèse un peu plus de 12% dans l'offre médicalisée pour personnes âgées (fig44). Cette offre représente 16% au niveau national.

Seule la Sarthe s'approche de la proportion nationale (15%). Les autres départements de la région sont semblable les uns des autres avec une proportion avoisinant les 12%.

Fig44. Part des places de SSIAD dans l'offre médicalisée
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

Dispositifs de répit pour les aidants : Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise: isolement, absence de l'aidant, départ en vacances, travaux dans le logement etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile en post hospitalisation.

Plus de 1000 places en Pays de la Loire, dont 23% non médicalisées

1028 places d'hébergement temporaire sont implantées en Pays de la Loire. 789 sont médicalisées (soit 77% des places autorisées) et 239 sont non médicalisées (fig45).

60% des places d'hébergement temporaire en Mayenne sont médicalisées. Cette proportion est de 70% en Sarthe et Vendée.

La Loire Atlantique et le Maine et Loire sont les départements ayant les plus fortes proportions de places médicalisées (environ 90%).

Fig45. Places autorisées en hébergement temporaire
Pays de la Loire

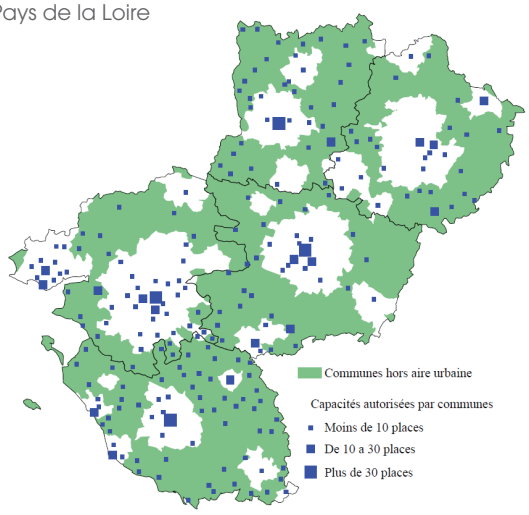
Hébergement temporaire	44	49	53	72	85	PDL
Places autorisées	311	183	132	146	256	1 028
Dont médicalisées	270	161	75	102	181	789
Taux d'équipement	3,1	2,7	4,4	2,7	4,2	3,3
Dont médicalisé	2,7	2,4	2,5	1,9	3,0	2,5

Source : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Une bonne couverture du territoire laissant quelques zones moins bien dotées

Globalement, les places d'hébergement temporaire sont bien réparties sur l'ensemble de la région (fig46). Toutefois, certaines zones apparaissent légèrement déficitaires au regard de la région : le Nord de la Loire Atlantique (Territoires de Châteaubriant, d'Ancenis et Savenay), l'est du Maine et Loire (Territoires de Longué-Jumelles, Doué la Fontaine et Chemillé) et le Nord de la Sarthe (Territoire de Mamers).

Fig46. Communes ayant des places d'hébergement temporaire
Pays de la Loire



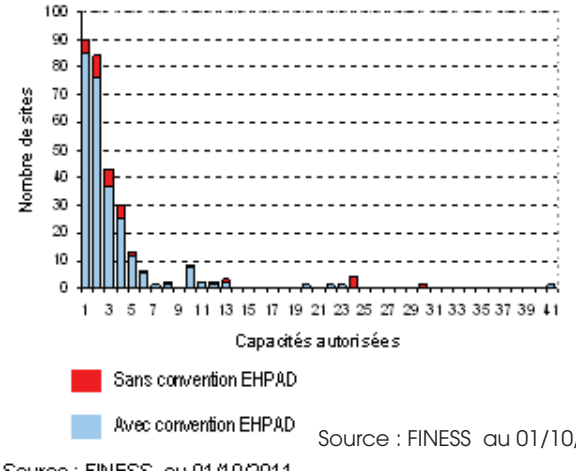
Source : FINESS au 01/10/2011

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Très peu de sites proposent plus de 5 places

Les 1 028 places d'hébergement temporaire sont réparties sur 293 sites (fig47). 75% des sites n'ont pas plus de 3 places autorisées, 20% en ont entre 4 et 10 et 5% en ont au moins 11. En moyenne, les structures ont 3,5 places autorisées d'hébergement temporaire et la plus importante en a 41.

Fig47. Distribution des sites d'hébergement temporaire des Pays la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

Dispositifs de répit pour les aidants : Accueil de jour

Les structures **d'accueil de jour** permettent à des personnes vivant à domicile d'être accueillies sur une courte période (d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine). Ces structures sont soit autonomes soit rattachées à un EHPAD.

La majorité des places d'accueil de jour sont rattachées à un établissement

920 places d'accueil de jour sont implantées en Pays de la Loire. 731 sont rattachées à un établissement, soit 80% des places autorisées et 189 sont dans des structures autonomes (fig48).

Fig48. Places autorisées d'accueil de jour
Pays de la Loire

Accueil de jour	44	49	53	72	85	PDL
Structures autonomes	80	38	0	27	44	189
Attaché à un établissement	268	193	50	110	110	731
Taux d'équipement	3,5	3,4	1,7	2,5	2,5	3,0

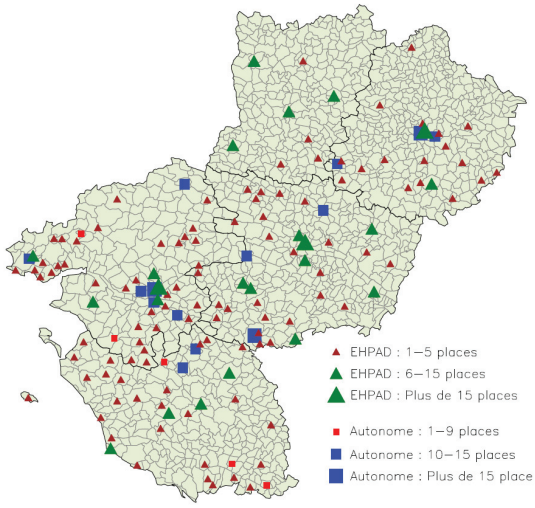
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

L'offre en places d'accueil de jour est inégalement répartie sur le territoire régional

La Loire Atlantique et le Maine et Loire sont les départements les mieux dotés en places d'accueil de jour avec à peu près 3,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

La Mayenne est le département des Pays de la Loire le moins équipé en places d'accueil de jour et aucune structure autonome n'y est implantée (fig49).

Fig49. Communes ayant des places d'accueil de jour Pays de la Loire



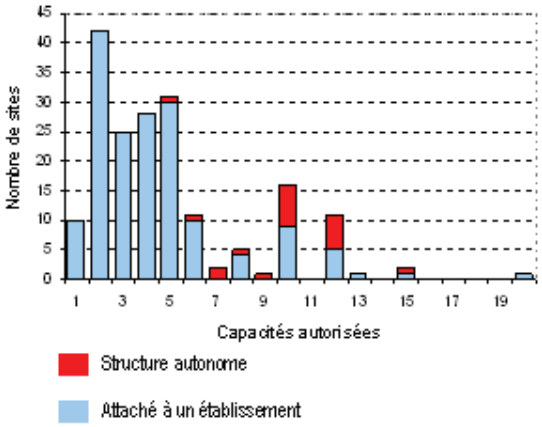
Source : FINESS au 22/04/2011

Un grand nombre de sites n'atteint pas le seuil critique : à savoir au moins 6 places pour une structure attachée à un établissement et 10 pour une structure autonome

Les 920 places d'accueil de jour sont réparties sur 186 sites dont 20 structures autonomes. 80% des sites rattachés à un établissement ont moins de 6 places et 30% des structures autonomes ont moins de 10 places (fig50).

En moyenne, les structures autonomes ont 10 places d'accueil de jour autorisées et les structures rattachées à un établissement en ont 4,3.

Fig50. Distribution des sites d'accueil de jour des Pays la Loire selon leur nombre de places autorisées



ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Hébergement non médicalisé pour personnes âgées

Une répartition de places non médicalisées contrastée à l'intérieur de la région

En Pays de la Loire, 8700 places d'hébergement pour personnes âgées sont non médicalisées (fig51). Elles représentent 16% de l'offre en maison de retraite et foyer logement.

La Sarthe et le Maine et Loire sont les départements les plus dotés en places d'hébergement non médicalisé. Leur taux d'équipement sont respectivement de 44 et 39 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. En Sarthe, 29% de l'offre en maison de retraite et foyer logement est non médicalisée (20% en Maine et Loire et 16% sur la région).

Fig51. Répartition des places autorisées non médicalisées
Pays de la Loire

Non EHPAD	44	49	53	72	85	PDL
Foyer logement	995	2 622	296	1 756	484	6 153
Maison de retraite	1 163	0	71	654	642	2 530
Taux d'équipement	22	39	12	44	19	28

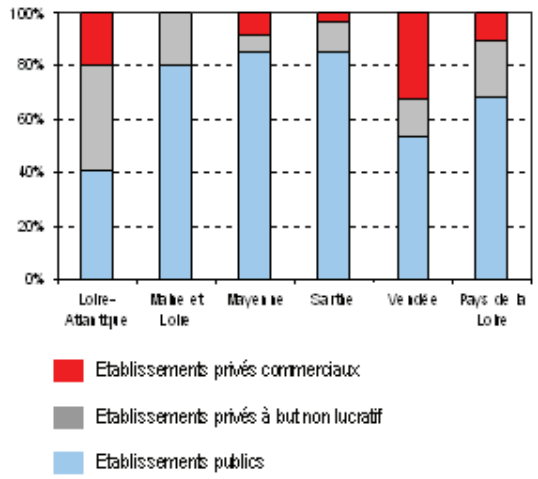
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Une répartition des places selon le statut de l'établissement différenciée selon les départements

Sur la région, près de 70% des places d'hébergement non médicalisé pour personnes âgées sont dans des établissements publics, 20% sont dans établissements privés à but non lucratif et 10% en établissements privés commerciaux (fig52).

La taille du secteur public varie d'un département à l'autre. Il représente un peu plus de 80% des places dans les départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine et Loire, 54% en Vendée et seulement 40% en Loire Atlantique.

Fig52. Répartition des places non EHPAD selon leur statut
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

FOCUS : Plan Alzheimer

Pour adapter l'accueil en établissement (EHPAD et USLD) à la spécificité de la maladie, deux types de dispositifs sont créés : les PASA et les UHR. Ces dispositifs visent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Leur objectif est d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles moyens et sévères du comportement, tout en ayant une approche globale qui doit être induite par le projet d'établissement, notamment en ce qui concerne l'environnement.

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins.

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) accueillent, nuit et jour, sous forme de petites unités, des résidents ayant des troubles sévères du comportement. Elles sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

>>>

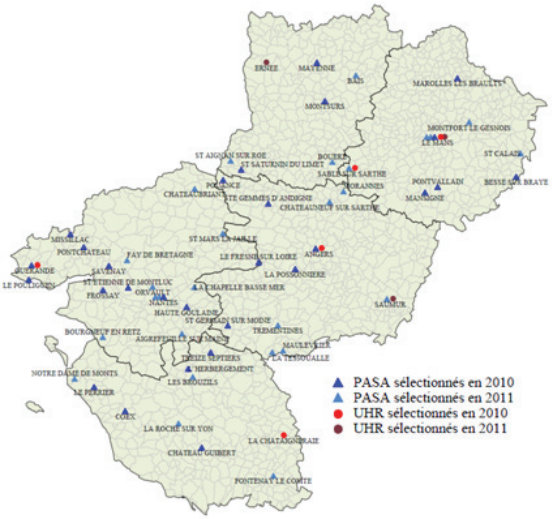
>>>

Fig53. Places autorisées Alzheimer
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Accueil de jour	291	229	30	63	108	721
Hébergement temporaire	44	61	98	18	22	243
Hébergement EHPAD	803	328	50	540	664	2 385
SSIAD	20	30	10	10	10	80

Sources : FINESS au 01/10/2011

Fig54. Répartition des PASA et UHR Pays de la Loire



Source : ARS/DQE au 01/10/2011

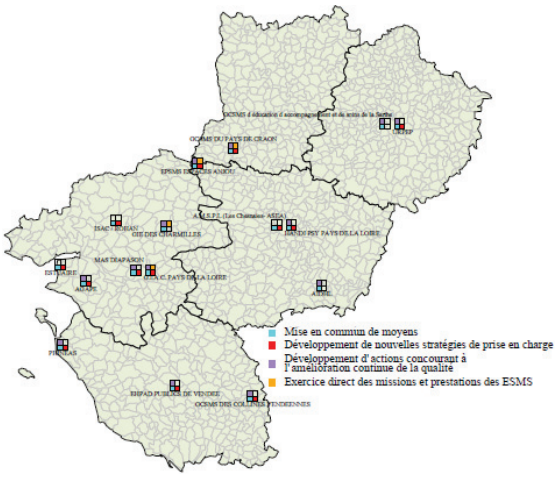
FOCUS : Structures de coopération entre ESMS

Le développement de la coopération entre les établissements et services sociaux et médicosociaux a été réaffirmé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Parmi les modalités ouvertes, sont visés les GIE (Groupement d'Intérêt Économique), les GIP (Groupement d'Intérêt Public), les groupements d'employeurs et les GCSMS (Groupements de Coopération Sociale et Médico-sociale).

Le **GCSMS** permet à ses membres d'organiser et de formaliser la coopération et le partenariat. Cela va de la simple mise en commun de moyens, à la gestion d'un personnel à temps partagé jusqu'à l'exercice des missions des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Fig55. Champ d'intervention des structures de coopération Pays de la Loire



Source : ARS/DQE au 01/10/2011

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Taux d'équipement infra départementaux

Fig56. Taux d'équipement en IME/IEM/ITEP/EEAP Pays de la Loire

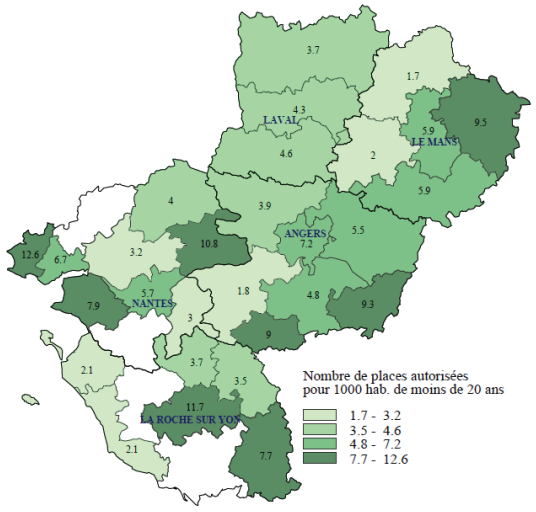


Fig57. Taux d'équipement en MAS/FAM Pays de la Loire

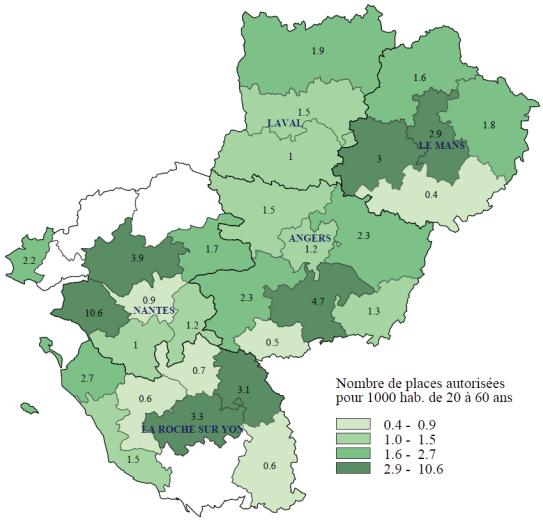


Fig58. Taux d'équipement en EHPAD Pays de la Loire

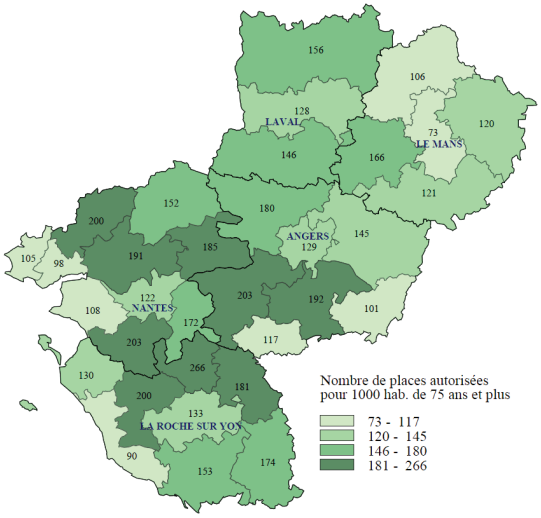


Fig59. Taux d'équipement en Hébergement temporaire Pays de la Loire

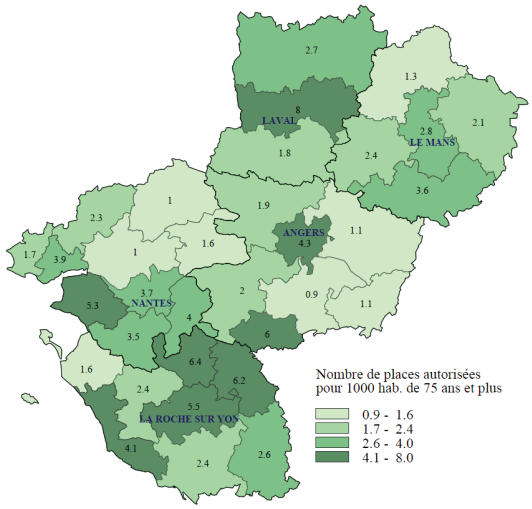
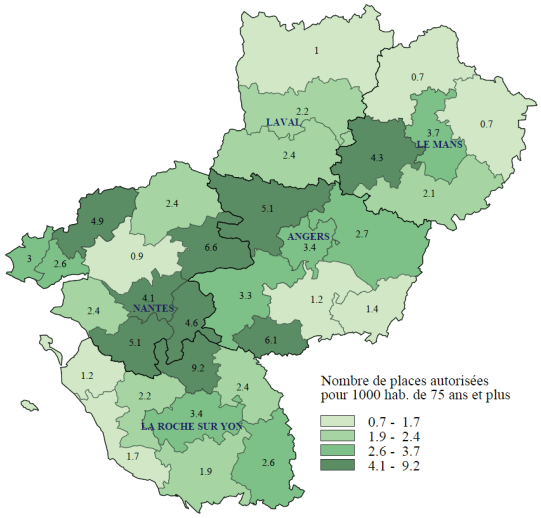


Fig60. Taux d'équipement en Accueil de jour
Pays de la Loire



Sources : FINESS 2011, INSEE recensement 2007

Territoires infra départementaux d'observation

Méthodologie

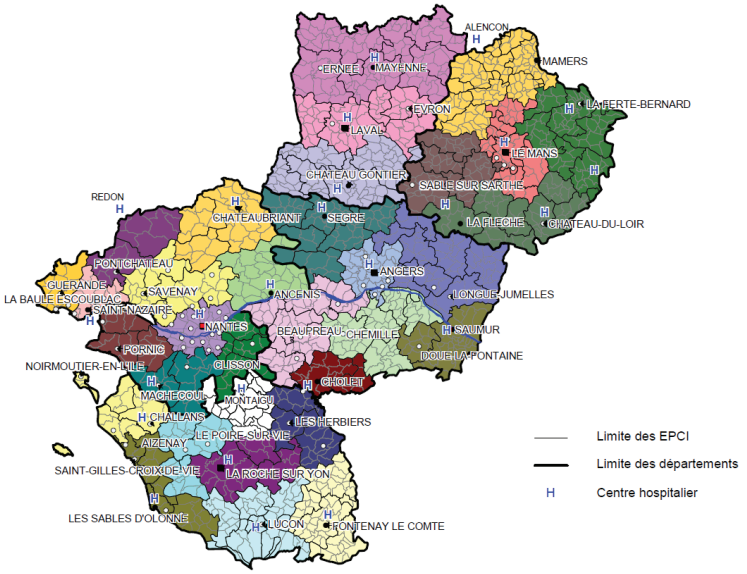
Le Département Observation et Analyses de l'Agence Régionale de Santé a travaillé, en partenariat avec l'INSEE, à la définition d'un zonage infra-départemental d'observation, permettant d'engager une étude sur des projections de personnes âgées dépendantes.

Le premier objectif de ce zonage est de pouvoir répondre à des besoins d'observation fine dans tous les champs d'observation en lien avec la santé : démographie, épidémiologie, données de professionnels de santé, hospitalières, sociales et médico-sociales. Leur taille, suffisamment bien calibrée en termes de population concernée (toutes plus de 50 000 habitants), permet d'assurer une bonne significativité des données.

Ce travail a été mené en concertation avec les délégations territoriales de l'ARS en début d'année 2011. Il croise des approches de coordination des politiques publiques existantes (regroupement d'EPCI) et une logique de bassins de vie (recours à un hôpital de proximité).

Ce zonage permettra à l'ARS de fournir régulièrement des statistiques et analyses détaillées en termes d'observation : des indicateurs de santé ont déjà été publiés en octobre 2011 et font apparaître les spécificités territoriales au sein de chaque département de la région.

De même, les priorités du PRIAC pourront être éclairées à l'aune de cet état des lieux médicosocial de l'offre qui sera approfondi à l'infradépartemental. Une publication sur les projections de personnes âgées dépendantes, en partenariat avec l'INSEE, sera également disponible en février 2012.



GLOSSAIRE

Competences psychosociales

Aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement (OMS 1993)

Consultation avancee equipes mobiles

Les consultations avancées sont des consultations spécialisées qui réalisent des diagnostics et/ou des prises en charge dans les services de proximité (maisons de santé pluriprofessionnelles, hôpitaux locaux, …), dans les situations ou les médecins de premier recours ont besoin d'un appui technique et spécialisé. Elles peuvent être organisées en téléconsultation. Les équipes mobiles, sont des équipes pluri-professionnelles, spécialisées sur une pathologie ou une thématique. Rattachées à une structure hospitalière, elles interviennent au sein des autres services de l'hôpital mais aussi en proximité auprès des professionnels de premier recours qui les sollicitent.

Continuité des soins

Le principe de continuité des soins a pour objectif d'assurer à l'ensemble des concitoyens un accès aux soins 24H/24.

D'un point de vue administratif, elle se distingue de la permanence des soins, qui répond à des critères précis de santé et d'horaire

Contrat local de santé

Ces contrats prévus par la loi HPST et conclus entre l'Agence et les collectivités territoriales, visent la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Ils concernent les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Ils peuvent également associer d'autres acteurs de la santé volontaires.

Coordonnateur

Professionnel dont la compétence première est sanitaire ou médico-sociale, désigné pour être responsable de la coordination des acteurs participant :

- au bon déroulement du parcours de soins d'un patient
- à la réalisation du projet de vie d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge.

Crédits GEM (groupes d'entraide mutuelle)

Crédits destinés spécifiquement à la création de groupes d'entraide mutuelle

Crédits fléches

Crédits réservés et affectées et décidés nationalement pour des dépenses spécifiques prévues par exemple dans le cadre de plans comme le plan alzheimer

Dossier médical personnel (DMP)

Le Dossier Médical Personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il permet au patient et aux professionnels de santé autorisés, de partager, partout et à tout moment, les informations de santé (antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, résultats d'examens complémentaires) utiles à la coordination des soins du patient. *(Source : http://www.dmp.gouv.fr)*

Dossier unique d'inscription

C'est un dossier type formalisant une demande d'entrée en EHPAD, et valable pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dans la région. il pourrait à termes permettre une gestion centralisée des listes d'attente.

Education pour la santé

Composante de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé est un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions de développement de leurs capacités vis à vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. Il s'agit de l'éducation « pour » la santé de la personne ou de la population elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire, et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les autorités extérieures.

Education thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient a pour objectif d'aider les patients atteints de maladie chronique (et leur famille) à comprendre la maladie et son traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'ETP, qui fait partie intégrante de la prise en charge du patient, comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. *(Source : OMS et HAS)*

Enveloppes anticipées

Autorisation d'engagement de crédits notifiés par la caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) correspondant au financement des mesures

nouvelles de création de places prévues et revues chaque année pour les trois années suivantes.

Enveloppe médicalisation

Crédits spécifiques de la caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie attribués par l'ARS ans le cadre des signature de convention tripartites pour la médicalisation des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD

Filière / réseau

- **Filière :** Une «filière de soins» c'est la trajectoire des patients telle que l'on peut la décrire a posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatrices, soit réglementaires ou législatives. Cette filière est caractérisée par :
  - les intervenants successifs
  - la nature des soins apportés par chacun d'entre eux
  - les règles de progression du patient entre ces divers intervenants

(…) L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte rendu. *(Source : Université de Rennes – 2002)*

- **Réseau :** Groupement d'individus, d'organisations et d'organismes structuré de façon non hiérarchique autour de questions ou de préoccupations communes, qui font l'objet d'une action préventive et systématique reposant sur une volonté d'agir et la confiance *(Source : OMS – glossaire de la promotion de la santé – 1999)*

Gestionnaire de cas

Professionnel de l'accompagnement dont la mission est d'assurer le suivi et la coordination de l'ensemble des interventions (des secteurs sanitaire, social et médico-social) mises en place au profit, dans les situations les plus complexes, d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge.

Le gestionnaire de cas assure la continuité informationnelle et relationnelle. Il prend en compte l'ensemble des problématiques de la personne et doit garantir une réponse harmonisée complète et adaptée (cf. plan Alzheimer).

Indicateur de ressources (ou de moyens)

Les indicateurs de ressources informent sur les moyens financiers, humains, matériels, organisationnels ou réglementaires utilisés (…) pour la mise en œuvre du programme. *(Communauté européenne, MEANS, Evaluer les programmes socio-économiques, Volume 2 – Choix et utilisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation, 1999, 261 p)*

Indicateur d'action

Les indicateurs d'actions mesurent le type d'utilisation des ressources pour parvenir à des réalisations. Ils attestent du travail mené pour produire des réalisations spécifiques

Indicateur de réalisation

Les indicateurs de réalisations représentent le produit de l'activité des opérateurs.

Ils permettent de déterminer si une action est « réalisée / en cours / à faire » (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Kit méthodologique, sur le suivi et l'évaluation du projet régional de santé (PRS), Septembre 2011)

Indicateur de résultat

Les indicateurs de résultats représentent les avantages immédiats du programme (ou exceptionnellement les inconvénients immédiats) pour les destinataires directs.

Indicateur d'impact

Les indicateurs d'impacts représentent les conséquences du programme au-delà de son interaction directe et immédiate avec les destinataires.

On distingue deux catégories d'impact : ceux selon qui s'attachent aux conséquences qui apparaissent ou perdurent à court ou moyen terme **chez les destinataires directs du programme** (impacts spécifiques), et ceux qui affectent à court ou moyen terme des **personnes ou organismes qui ne sont pas destinataires directs**

Les impacts inattendus (retombées) sont rarement développés.

(Communauté européenne, MEANS, Evaluer les programmes socio-économiques, Volume 2 –Choix et utilisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation, 1999, 261 p.)

Inégalités de santé

Différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux. Les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux :

- caractéristiques biologiques des individus,
- comportements et styles de vie personnels,
- influences des groupes sociaux,
- facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé…),
- conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société

GLOSSAIRE

Maintien à domicile / Vie à domicile

Sachant que le droit de chacun à choisir son lieu de vie doit être affirmé, la notion de maintien à domicile d'une personne recouvre non seulement son domicile personnel ou le domicile de son aidant, mais aussi le domicile collectif ou accompagné dans lequel cette personne a choisi de vivre (dans la limite de ses capacités). On préfèrera le terme de «vie à domicile»

Maladie chronique

Maladie qui se déroule sur un long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient *(Source : Glossaire européen en santé publique)*

Mesures nouvelles sous réserve de notifications futures

Prévision de créations de places sous réserve des notifications futures par la CNSA d'enveloppes dont le montant n'est pas connu à ce jour. (le financement de ces créations de places n'est donc pas assuré)

Mortalité prématurée

Décès survenus avant 65 ans *(Source : IRDES – définitions des indicateurs d'état de santé)*

Réponse graduée :

Niveau de proximité / Niveau de recours / Niveau de référence ou d'expertise

Dans le cadre de la réponse graduée telle qu'organisée dans le PRS Pays de la Loire

- **Le niveau de proximité** est le niveau où s'organise la réponse en proximité aux besoins de santé de la population. Il relève d'une approche globale de la personne, tant sur le plan des soins de premier recours, polyvalents, que sur celui de la prévention, de l'accompagnement, de la réinsertion et de la réadaptation.
- **Le niveau de recours** concerne la prise en charge des personnes dont la pathologie nécessite une réponse spécialisée, technique, des compétences multidisciplinaires, des plateaux techniques d'exploration, …
- **Le niveau de référence** ou d'expertise répond au besoin d'un degré élevé d'expertise, tant pour le dépistage, les explorations, le diagnostic, le traitement, que pour l'enseignement et la recherche.

Parcours de vie / Parcours de soins

- **Le parcours de vie individuel** est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc. (Elder, 1998). Dans ce domaine, l'objectif du PRS est la bonne prise en compte de l'ensemble de ces axes dans le respect du souhait de l'intéressé et en tenant compte de ses capacités.
- **Le parcours de soins** peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire depuis l'apparition de la maladie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. Chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, en fonction de sa maladie et par la spécificité de sa situation caractérisée par ensemble des composantes humaines, culturelles, sociologiques le concernant. *(Viviane CAILLAVET-BACHELLEZ, «le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire» - EHESP septembre 2010)*

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, placées au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Elles ont pour mission de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles les accompagnent également dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Permanence des soins

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. *(Source : Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, Charles DESCOURS, janvier 2003)*

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique qui s'impose au praticien vis-à-vis de sa patientèle.

Personne en situation de handicap quel que soit l'âge

Dans le cadre du PRS Pays de la Loire, la notion de «personne en situation de handicap quel que soit l'âge» s'entend pour tout individu souffrant d'une limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société, ou de dépendance, subie dans son environnement raison d'une altération substan-

tielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Plan blanc élargi

Plan coordonnant au niveau départemental l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un évènement qu'un établissement de santé seul ne pourrait maîtriser. Il permet la mobilisation, si nécessaire par réquisition, de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'événement.

Premier recours / Second recours / secteur ambulatoire

- La loi HPST prévoit que les **soins de premier recours**, ainsi que la prise en charge continue des malades en proximité concernent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. *(Source : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)*
- **Les soins de second recours** sont les soins qui, en raison de leur complexité, ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes et de ce fait sont assurés par les médecins spécialistes (Source : Sénat, rapport n°380, 2009)
- **Secteur ambulatoire ou «soins de ville» :** Il s'agit de tous les soins (préventifs et curatifs) dispensés à un patient non hospitalisé par les professionnels libéraux et les centres de santé.

Prévention

La prévention se définit « non seulement comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de leur santé» *(Pr SAN MARCO, Mme FERRON, « Agences Régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé », INPES novembre 2009)*

On distingue actuellement trois types de prévention (qui remplacent les anciennes notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire) :

- **prévention universelle** destinée à l'ensemble de la population (promotion de la santé, éducation pour la santé, sécurité sanitaire…)
- **prévention sélective ou prévention orientée** vers des sous-groupes en fonction des risques spécifiques auxquels ils sont exposés (veille et alertes sanitaires, vaccination, dépistage de pathologies)
- **prévention indiquée** ou ciblée pour les patients ou personnes en perte d'autonomie (éducation thérapeutique, association soins/prévention)

Professionnel de santé

Tous les prestataires de soins médicaux-et paramédicaux, travaillant dans le cadre du système de santé relavant du champ sanitaire et médico-social ainsi que les autres fournisseurs de soins (d'après l'Organisation mondiale de la Santé, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève 2001, Equipe Classification, Évaluation, Enquêtes et Terminologie)

Projet de vie

Le projet de vie a vocation à intégrer la globalité des informations relatives à une personne en situation de handicap quel que soit son âge : données socio-culturelles, psycho-sociales, capacités physiques et psychiques, entourage, conditions de vie, expression des besoins et des souhaits de la personne et de son entourage. Il identifie, à partir de ce tableau global, les options les plus conformes aux envies de l'intéressé, compatibles avec les différentes contraintes existantes.

Projet personnalisé

Document prévu par la loi de 2005, élaboré pour toute personne suivie ou prise en charge dans un établissement ou service médico-social et destiné à organiser en lien avec ses souhaits de l'intéressé et ceux de sa famille le projet de vie de l'intéressé. Il intègre, dans sa construction, la vie passée de la personne, ses valeurs, ses compétences, son histoire, ses appétences

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci. Définie par la Charte d'Ottawa en 1986, elle s'organise en un certain nombre d'axes stratégiques susceptibles de permettre aux personnes et aux groupes d'améliorer leur santé : élaborer une politique publique de santé, créer des milieux favorables, protéger l'environnement, renforcer l'action communautaire, développer les attitudes personnelles, réorienter les services de santé.

Redéploiement

Utilisation d'une enveloppe de crédits devenus disponibles pour une affectation différente de celle prévue lors de l'autorisation d'engagement parce qu'elle n'a pas pu être dépensée comme prévu (projet avorté par exemple)

GLOSSAIRE

Référent

Le référent, régulièrement présent auprès d'une personne en situation de handicap quel que soit l'âge, est susceptible d'assurer la transmission des informations et leur retour à l'intéressé pour faciliter l'adéquation et la compréhension de la prise en charge par les différents professionnels impliqués. En fonction de la situation, il peut s'agit de l'aidant, d'un membre de la famille, d'un proche ou d'un voisin.

Régulation

La régulation est un acte médical qui gère la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel. Elle comprend l'analyse de la demande, la détermination et le déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, le suivi et la mise en œuvre de cette réponse et l'orientation vers un hôpital ainsi que la préparation de son accueil *(Source : CHRU Strasbourg)*

Elle s'applique également aux appels médicaux non urgents lorsqu'il s'agit d'orientation vers la réponse la plus appropriée.

Sécurité sanitaire

Ensemble des programmes, décisions et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant des pouvoirs publics et de leur régulation.

Soin non programmé / Urgence

On entend par **«soins non programmés»** l'ensemble des demandes de soins qui ne font l'objet d'aucune anticipation. Elles correspondent aux demandes pour lesquelles le patient estime avoir besoin de voir un médecin quelle que soit l'heure et quel que soit le motif de sa venue (urgence ou non).

Est considérée comme **«une urgence»** toute situation non prévue, qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et exigeant la mobilisation rapide d'un médecin. *(Source : CNAMTS)*

Territoire

- **Territoire de santé** : En région pays de la Loire, c'est le département *(cf. arrêté ARS du 5 octobre 2010)*
- **Territoire de proximité** : c'est une zone géographique restreinte que l'ARS détermine comme cadre pertinent de l'organisation de la réponse à un besoin. Ce cadre est susceptible de varier en fonction du champ concerné : soins ambulatoires, permanence des soins, prises en charge médicales et médico-sociales pour les personnes handicapées quel que soit leur âge.
- **Territoire de premier recours** : c'est une zone géographique restreinte qui garantit à tous les malades et usagers, l'accès à proximité de leur lieu de vie ou de travail, à :
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ;
- la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ;
- l'éducation pour la santé

(Source : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, 2008)

Veille sanitaire

Ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. *(Source : La veille et l'alerte sanitaires en France. Institut de veille sanitaire, 2011)*

Zone de défense

La zone de défense est un échelon administratif spécialisé, voué à trois missions :

- l'élaboration des mesures non militaires de défense et la coopération avec l'autorité militaire (la circonscription militaire de défense coïncide avec la zone) ;
- la coordination des moyens de sécurité civile ;
- l'administration d'un certain nombre de moyens de la police nationale et de moyens des transmissions du ministère de l'Intérieur.

La «zone de défense et sécurité ouest» regroupe les régions de Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie, Haute-Normandie et Centre. C'est le directeur général de l'ARS de Bretagne qui coordonne l'action des autres ARS, services et organismes relevant du ministère chargé de la santé, implantés dans la zone Ouest.

Taux de diversification

Nombre de places en service / nombre total de place ce taux permet d'apprécier la part de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire par rapport à l'offre en institution

Agenda 21 local

Guide de mise en œuvre du développement durable pour le 21ème siècle établi lors de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement en 1992 à Rio De Janeiro. Ce guide affirme le rôle essentiel qui revient aux territoires et aux collectivités locales en matière de développement durable. A chaque niveau de collectivité, revient la responsabilité d'élaborer, pour son territoire, et de mettre en œuvre, un programme d'action répondant aux principes de l'Agenda 21. En France, un cadre de référence national des projets territoriaux de développement durable a été adopté en 2006, élaboré en concertation avec les autres ministères, les associations d'élus et les collectivités locales, a permis de donner un cadre et une définition commune aux agendas 21 locaux.

GLOSSAIRE

LES MÉTIERS DE LA SANTÉ

Source : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Professions médicales et pharmaceutiques

- Anesthésiste-réanimateur
- Cardiologue
- Chirurgien
- Chirurgien-dentiste
- Gynécologue-obstétricien
- Médecin
- Médecin gériatre
- Pharmacien
- Préparateur en pharmacie
- Préparateur en pharmacie hospitalière
- Radiologue
- Sage-femme

Professions de soins et activités paramédicales

- Agent de service mortuaire
- Agent de stérilisation
- Aide-soignant
- Ambulancier
- Assistant dentaire
- Auxiliaire de puériculture
- Brancardier
- Infirmier
- Infirmier anesthésiste
- Infirmier de bloc opératoire
- Ingénieur en biologie médicale
- Manipulateur en électro-radiologie médicale
- Puéricultrice
- Radiophysicien en radiothérapie
- Technicien en analyses biomédicales

Les métiers de rééducation

- Diététicien
- Ergothérapeute
- Masseur-kinésithérapeute
- Opticien-lunetier
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Psychomotricien
- Pédicure-Podologue

Les métiers d'appareillage

- Epithésiste
- Oculariste
- Orthoprothésiste
- Orthopédiste-orthésiste
- Podo-orthésiste
- Prothésiste dentaire

Les métiers administratifs et d'accueil

- Assistant de recherche clinique
- Permanencier auxiliaire de régulation médicale
- Responsable des admissions et des frais de séjour
- Responsable des secrétariats médicaux
- Secrétaire médical
- Technicien d'information médicale
- Technicien d'études cliniques

Les métiers d'encadrement technique

- Responsable des services biomédicaux
- Responsable des services techniques généraux

Les métiers des systèmes d'information et télécoms

- Responsable d'applications hospitalières

Les métiers des équipements et installations

- Responsable biomédical
- Technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux
- Technicien de maintenance des fluides médicaux

Les métiers d'encadrement et de formation

- Cadre d'unité de gynécologie obstétrique
- Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
- Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales
- Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales
- Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales
- Cadre de secteur de gynécologie obstétrique
- Cadre formateur en gynécologie obstétrique
- Directeur des soins et des activités paramédicales

Les professions de direction

- Directeur d'hôpital public
- Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales
- Directeur d'établissement sanitaire et social
- Directeur d'établissement social et médico-social
- Directrice d'école de sages-femmes

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

AAC
Appel A Candidature

AAH
Allocation pour Adulte Handicapé

AAP
Appel A Projet

AASQA
Association Agréées pour la Surveillance de la Qualité de l'Air

ACA
Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire

ACS
Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

ACSE
Agence nationale pour la Cohésion Sociale de l'Egalité des chances

ACT
Appartement de Coordination Thérapeutique

ADAPEI
Association Départementale d'Amis, de Parents et de Personnes confrontées à des Déficits Intellectuels

ADELI
Automatisation Des Listes

ADEME
Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ADGESTI
Association Départementale de Gestion des Structures Intermédiaire

ADIL
Agence Départementale pour l'Information sur le Logement

ADMR
Aide à Domicile en Milieu Rural

ADOPS
Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ADSL
Asymétric Digital Subscriber Line

AELB
Agence de l'Eau Loire-Bretagne

AFAD
Association Familiale d'Aide à Domicile

AFORBAT
Association pour la Formation Professionnelle dans le Bâtiment et les Travaux publics

AFPA
Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AFSSAPS
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AFTE
Accueil Familial Thérapeutique Enfant

AJ
Accueil de Jour

ALD
Affection de Longue Durée

ALMA
Allo Maltraitance

AM
Assurance Maladie

AM
Assistance Médicale

AMAD
Association de Maintien à Domicile

AME
Aide Médicale d'Etat

AMELI
Assurance Maladie En Ligne

AMM
Autorisation de Mise sur le Marché

AMP
Aide Médico Psychologique

AMP
Assistance Médicale à la Procréation

AMU
Aide Médicale Urgente

AMUEL
Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire

ANAH
Agence Nationale de l'Habitat

ANAP
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM
Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANPAA
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

APA
Allocation Personnalisée d'Autonomie

APEI
Association des Parents d'Enfants Inadaptés

APIC
Agir pour une Insertion Citoyenne et Solidaire

APM
Agence de Presse Médicale

APS
Agir en Prévention Santé

APSYADES
Association pour le Soin, l'Ecoute et la Recherche en Psychiatrie et Addictologie

APT
Animation des Politiques de Territoire

AQUARES
réseau pour l'Amélioration de la Qualité, la Gestion des Risques et l'Evaluation en Santé

ARCF
Association des Aînés Résidents en Collectivité et de leurs Familles

ARDAH
Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière

AREC
Assistance Respiratoire Extra Corporelle

ARH
Agence régionale de l'Hospitalisation

ARIA
Association pour la Réadaptation et l'Intégration par l'Accompagnement

ARLIN
Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

AROMSA
Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole

ARS
Agence Régionale de Santé

AS
Assistante Sociale

AS
Aide-Soignant

ASE
Aide Sociale à l'Enfance

ASIP
Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

ASL
Accompagnement Social au Logement

ASN
Autorité de Sûreté Nucléaire

ASP
Abdomen Sans Préparation

ATMP
Association Tutélaire des Majeurs Protégés

ATSU
Association des Transports Sanitaires d'Urgence

AVC
Accident Vasculaire Cérébral

AVS
Auxiliaire de Vie Sociale

BIPS
Breizh IP Santé

BRGM
Bureau de Recherche Géologiques et Minières

CAARUD
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues

CADA
Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAF
Caisse d'Allocations Familiales

CAFS
Centre d'Accueil Familial Spécialisé

CAMSP
Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CANTOU
Centre d'Activité Naturelles Tirées d'Occupation Utiles

CAPEB
Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment

CAPI
Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CAPS
Centres d'Accueil et de Permanence des Soins

CAP-TV
Centre Anti-Poison et de ToxicoVigilance

CAQOS
Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins

CARSAT
Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CATS
Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours

CATTP
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAUE
Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement

CBUM
Contrat de Bon Usage du Médicament

CCAAT
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie

CCAS
Centre Communal d'Action Sociale

C-CLIN
Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

CDAG
Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDAPH
Commission Départementale d'Aide aux Personnes Handicapées

CDCI
Commission Départementale de Coopération Intercommunale

CDCPH
Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CDO
Conseil Départemental de l'Ordre

CDOM
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDPK
Comité National de Prévention en Kinésithérapie

CDPS
Centre Départemental des Profession de Santé

CDS
Continuité Des Soins

CEAS
Centre d'Etude et d'Action Sociales

CEIP-A
Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances – Addictovigilances

CESAME
Centre de Santé Mentale Angevin

CESP
Contrat d'Engagement de Service Public

CG
Conseil Général

CH
Centre Hospitalier

CHD
Centre Hospitalier Départemental

CHGM
Centre Hospitalier Georges Mazurelle

CHHA
Centre Hospitalier du Haut Anjou

CHLVO
Centre Hospitalier Loire Vendée Océan

CHM
Centre Hospitalier du Mans

CHRS
Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHS
Centre Hospitalier Spécialisé

CHT
Communauté Hospitalière de Territoire

CHU
Centre Hospitalier Universitaire

CIAS
Centre Intercommunal d'Action Sociale

CIDD
Comité Interministériel pour le Développement Durable

CIDDIST
Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CIM
Classification Internationale des Maladies

CIDPA
Centre d'Information Départemental pour les Personnes Agées

CIRE
Cellule InterRégionale d'Epidémiologie

CIS
Centre d'Incendie et de Secours

CJO
Corrigé des Jours Ouvrés

CLAN
Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

CLAND
Comité de Liaison Alimentation Nutrition Départemental

CLCC
Centre de Lutte contre le Cancer

CLIC
Centre Local d'Information et de Coordination

CLS
Contrat Local de Santé

CLSM
Conseil Local de Santé Mentale

CMCM
Centre Médico-Chirurgical du Mans

CME
Commission Médicale d'Etablissement (public)

CME
Commission Médicale d'Etablissement (privé)

CMEI
Conseiller Médical en Environnement Intérieur

CMP
Centre Médico-Psychologique

CMPP
Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMR
Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction

CMU
Couverture Maladie Universelle

CMU-C
Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM
Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNP
Conseil National de Pilotage

CNSA
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CO
Monoxyde de Carbone

COD
Centre Opérationnel Départemental

CODAMUPS-TS
Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CODERPA
Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

CODES
Comité Départemental d'Education pour la Santé

CODOS
Comités Départementaux d'Organisation des Soins

COPIL
Comité de Pilotage

CORDAM
Collège Régional de l'Assurance Maladie

CORECS
Comité Régional de Concertation des Soins

COREDIR
Comité Régional des Directeurs Inter-Régime

COREVIH
Coordination Régionale de lutte contre l'infection à VIH

CPAM
Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF
Centre de Planification et d'Education Familiale

CPG
Contrat Pluriannuel de Gestion

CPO
Centre de Préorientation Professionnelle

CPOM
Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPS
Carte de Professionnel de Santé

CRCI
Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CRDA
CAMSP Régional pour Déficient Auditif

CREHPSY
Centre Ressources pour le Handicap Psychique

CRE
Contrat de Retour à l'Equilibre

CREAI
Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

CRERA
Centre Régional d'Etudes et des Ressources pour l'Autisme des Pays de la Loire

CRH
Coordonnateur Régional de l'Hémovigilance

CRLCC
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

CRPV
Centre Régional de PharmacoVigilance

CRRA
Centres de Régulation et de Réception des Appels

CRSA
Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CRUQPC
Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSAPA
Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP
Code de la Santé Publique

CSS
Code de la Sécurité Sociale

CSTB
Centre Scientifique et Technique du Bâtiment

CUCS
Contrats Urbains de Cohésion Sociale

CUPS
Centres Urbains de Permanence des Soins

CUSUNP
Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

CVS
Corrigé des Variations Saisonnières

CVS
Conseil de Vie Sociale

DAF
Dotation Annuelle de Financement

DAM
Délégué de l'Assurance Maladie

DAS
Direction de l'Accompagnement et des Soins

DCC
Dossier Communicant en Cancérologie

DCEM
Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DC-GDR
Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque

DDA
Direction Départementale de l'Agriculture

DDASS
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS
Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDCSPP
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DDPP
Direction Départementale de la Protection des Populations

DDT
Direction Départementale des Territoires

DDTM
Direction Départementale des Territoires et de la Mer

DEC
Direction de l'Enseignement Catholique

DES
Diplôme d'Etudes Spécialisées

DG-ARS
Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGOS
Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS
Direction Générale de la Santé

DHOS
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIASM
Dispositif d'Appui en Santé Mentale

DIRC-HUGO
Département Interrégional de Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

DIRECCTE
Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DLU
Dossier de Liaison d'Urgence

DMI
Dispositif Médicaux Implantables

DMP
Dossier Médical Personnel

DMS
Durée Moyenne de Séjour

DNDR
Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux

DOA
Département Observation et Analyses

DOP
Dispositif d'Orientation des Patients

DP
Dossier Pharmaceutique

DP
Dialyse Péritonéale

DPC
Développement Professionnel Continu

DPI
Dossier Patient Informatisé

DPI
Diagnostic Pré-Implantatoire

DPN
Diagnostic PréNatal

DPPS
Direction de la Prévention et Protection de la Santé

DPRS
Direction du Projet Régional de Santé

DQE
Direction de la Qualité et de l'Efficience

DRAAF
Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DREAL
Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DREES
Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRIRE
Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement

DRJSCS
Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DRSM
Direction Régionale du Service Médiacal

DSS
Direction de la Sécurité Sociale

DSIO
Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation

DT
Délégation Territoriale

DU
Diplôme Universitaire

DUP
Déclaration d'Utilité Publique

EBM
Evidence Based Medecine

ECHO
Expansion des Centres d'Hémodialyse de l'Ouest

EDI
Espace d'Initiatives et de Découvertes

EHESP
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPA
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG
Evènement Indésirable Grave

ELSA
Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMA
Equipe Mobile Alzeihmer

EMG
Equipe Mobile de Gériatrie

EML
Equipement Matériel Lourd

EMPP
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMS
Etablissement Médico-Social

EMS
Equipe Médico-Social

EMSP
Equipe Mobile de Soins Paliatifs

EN
Education Nationale

ENEIS
Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associées aux Soins

ENMR
Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ENRS
Espace Numérique Régional de Santé

EPCI
Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

EPO
Erythropoïétine

EPP
Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPSMS
Etablissement Public Social et Médico Social

ERASME
Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique

ERP
Etablissement Recevant du Public

ES
Etablissement de Santé

ESA
Equipe Spécialisée Alzeihmer

ESAT
Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ESFORA
Espace de Formation par Alternance

ESMS
Etablissements sociaux et médico-sociaux

ESPIC
Etablissement de Santé Privé d'Interêt Collectif

ESSMS
Etablissement et Services Sociaux et Médicaux-Sociaux

ETP
Education Thérapeutique du Patient

FAM
Foyer d'Accueil Médicalisé

FAMLA
Fédération des Associations et Mouvements de Lutte contre l'Alcoolisme

FAQSV
Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FDGDON
Fédération Départementale des Groupements de Défense contre les Organismes Nuisibles

SIGLES

FFB
Fédération Française du Bâtiment

FFBTP
Fédération Française du Bâtiment et des Travaux Publics

FHF
Fédération Hospitalière de France

FIQCS
Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR
Fonds d'Intervention Régional

FIV
Fécondation In Vitro

FJT
Foyer de Jeunes Travailleurs

FMC
Formation Médicale Continue

FMESPP
Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FNARS
Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

FNPEIS
Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires

FNPEISA
Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires Agricole

FO
Foyer Occupationnel

FTM
Foyer de Travailleurs Migrants

GCS
Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS
Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GDR
Gestion du Risque

GEIST
Groupement d'Etudes pour l'Insertion Sociale des personnes porteuses d'une Trisomie 21

GEM
Groupe d'Entraide Mutuelle

GEMS
Groupement d'Etudes des Maladies du Sein

GEVA
Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GHS
Groupe Homgène de Séjours

GIE
Groupement d'Intérêt Economique

GIR
Groupe Iso Ressources

GMP
GIR Moyen Pondéré

GPEC
Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GROG
Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

GRSP
Groupement Régional de Santé Publique

HAD
Hospitalisation A Domicile

HAS
Haute Autorité de Santé

HbA1C
Hémoglobine glycosylée

HCAAM
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HELI-SMUR
Héliporté Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

HL
Hôpital Local

HPST
Hôpital Patients Santé et Territoires

HT
Hospitalisation temporaire

HTA
HyperTension Artérielle

HTP
Hospitalisation à Temps Partiel

HUGO
Hôpitaux Universitaire du Grand Ouest

IA
Inspection Académique

IAS
Infections Associées aux Soins

ICO
Institut de Cancérologie de l'Ouest

IDE
Infirmier Diplômé d'Etat

IEC
Inhibiteur de l'Enzyme de Convertion

IFAS
Institut de Formation d'Aide-Soignants

IFMK
Institut de Formation des Masseurs-Kinésithérapeutes

IFREMER
Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS
Inspection Générale des Affaires Sociales

IGS2
Indice de Gravité Simplifié (seconde version)

IJ
Indemnité Journalière

IMC
Infarctus du Myocarde

IME
Institut Médico-Éducatif

INCa
Institut National du Cancer

INSEE
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS
Institut de Veille Sanitaire

IP
Internet Protocol

IPP
Inhibiteur de la Pompe à Proton

IPRP
Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IRA
Infection Respiratoire Aiguë

IRC
Insuffisance Rénale Chronique

IRCNA
Institut Régional du Cancer Nantes-Atlantique

IRCT
Insuffissance Rénale Chronique Terminale

IRDES
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IREPS
Instance Régionale d'Education Pour la Santé

IRM
Imagerie par Résonance Magnétique

IRSA
Institut inter Régional pour la Santé

IST
Infections Sexuellement Transmissibles

ITEP
Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

IVA
Indice de Valorisation de l'Activité

IVG
Interruption Volontaire de Grossesse

JO
Journal Officiel

LFSS
Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LHSS
Lits Halte Soins Santé

LNP
Les Nouvelles Pharmaceutiques

LPP
Liste des Produits et Prestations

MAIA
Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MARPA
Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

MAS
Maison d'Accueil Spécialisé

MDA
Maison Départementale des Adolescents

MDO
Maladie à Déclaration Obligatoire

MDPH
Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEP
Médecin ayant un Mode d'Exercice Particulier

MERRI
Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation

MG
Médecin généraliste

MICS
Medical Imaging Cloud Services

MIG
Mission d'Intérêt Général

MIGAC
Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MILDT
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MISE
Mission Inter-Service de l'Eau

SIGLES

MISEN
Mission Inter-Service de l'Eau et de la Nature

MISP
Médecin Inspecteur de Santé Publique

ML
Médecins Libéraux

MMDS
Maîtrise Médicalisée des Dépenses de Santé

MMG
Maison Médicale de Garde

MMS
Mini Mental Score

MNE
Mayenne Nature Environnement

MOE
Maître d'OEuvre

MPR
Médecin Physique et de Réadaptation

MRS
Mission Régionale de Santé

MS
Médico-Social

MSA
Mutualité Sociale Agricole

MSAP
Mise Sous Accord Préalable

MSP
Maison de Santé Pluri-professionnelle

MT
Médecin Traitant

NMR
Nouveau Mode de Rémunération

NTIC
Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OCDE
Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMEDIT
Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS
Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM
Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

ONEMA
Office National de l'Eau et des Milieux Aquatiques

OPAH
Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat

ORL
Oto-Rhino-Laryngologie

ORS
Observatoire Régional de Santé

ORSEC
Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

ORU
Observatoire Régional des Urgences

OSCARS
Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PA
Personnes Agées

PACS
Picture Archiving and Communication System

PAPS
Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PARM
Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PASEO
Réseau Prévention / Accueil / Soutien / Ecoute / Orientation

PASA
Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PASS
Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PATHOS
Outil d'évaluation des besoins en soins techniques liés aux pathologies, permettant de déterminer le niveau de mobilisation de ressources nécessaire à la prise en charge de chaque patient

PCAP
Période Comparable à l'Année Précédente

PCEM
Premier Cycle des Etudes Médicales

PCH
Prestation de Compensation du Handicap

PCOSS
Plateforme de Coordination de l'Observation Sanitaire et Sociale

PDALPD
Plan Départemental d'Action pour le Logement des PersonnesDéfavorisées

PDI
Programme Départemental d'Insertion

PDITH
Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PDL
Pays De la Loire

PDLHI
Pôle Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PDS
Permanence Des Soins

PDSA
Permanence Des Soins Ambulatoire

PDSES
Permanence Des Soins en Etablissements de Santé

PDSH
Permanence des Soins Hospitalière

PDU
Plan de Déplacement Urbain

PEC
Prise En Charge

PEC
Pilotage des Emplois et des Compétences

PEP
Pratique Exigible Prioritaire

PF
Planning Familial

PGFP
Plan Global de Financement Pluriannuel

PGNS
Pôle Gérontologique Nord Sarthe

PH
Personnes Handicapées

PH
Praticien Hospitalier

PHISP
Pharmacien Inspecteur de Santé Publique

PHMEV
Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville

PHRC
Protocole Hospitalier de Recherche Clinique

PHV
Personne Handicapée Vieillissante

PIF
Point Information Famille

PJJ
Protection Judiciaire de la Jeunesse

PLH
Programme Local de l'Habitat

PLITH
Plan Local d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PLU
Plan Local d'Urbanisme

PME
Petites et Moyennes Entreprises

PMI
Protection Maternelle et Infantile

PMP
PATHOS Moyen Pondéré

PMSI
Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PMT
Projet Médical de Territoire

PNNS
Programme National Nutrition Santé

PPC
Pression Positive Continue

PPC
Plan Personnalisé de Compensation

PPR
Plan de Prévention des Risques

PPS
Plan Personnalisé de Santé

PRAPS
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRGDR
Programme Régional de Gestion du Risque

PRIAC
Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRIOR
Plateforme Régionale d'Information et d'Orientation des maladies Rares

PRITH
Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PRS
Projet Régional de Santé

PRSE
Plan Régional Santé Environnement

PRSP
Plan Régional de Santé Publique

PRST
Plan Régional Santé-Travail

PS
Professionnel de Santé

PSP
Pôle de Santé Pluri-professionnel

PSSL
Pôle Santé Sarthe et Loire

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

PTS
Programme Territorial de Santé

PUI
Pharmacie à Usage Intérieur

QES
Question d'Economie de la Santé

RADAR
Réseau d'Aide Décisionnelle Aux Réponses Sociales

RAPSSY
Réseau d'Aide aux Professionnels des Secteurs Sanitaire et Social Yonnais

RCP
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RCT
Recours Contre Tiers

RDV
Rendez-vous

REAAP
Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

REIN
Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

RESAAD (49)
Réseau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire

RESAAD (72)
Réseau Sarthois des Addictions

RESPPA
Réseau Souffrance Psychique et Précarité Angevin

RESUS
Réseau des Urgences Sarthoises

RGS 72
Réseau Genre et Sexualité (Sarthe)

RIAM
Réseau des Intervenants en Addictologie en Mayenne

RIS'ADD
Réseau d'Information et de Santé en Addictologie

RNSA
Réseau National de Surveillance Aérobiologique

ROI
Region Of Interest

ROR
Répertoire Opérationnel des Ressources

ROR
Rougeole, Oreillons, Rubéole

RPPS
Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RPU
Résumé de Passage aux Urgences

RSI
Régime Social des Indépendants

RTCN
Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes

RPV
Réseau Privé Virtuel

RSD
Réglement Sanitaire Départemental

RSSI
Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information

SAAD
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAD
Service d'Aide à Domicile

SADAPA
Service de Soins à Domicile des Personnes Agées

SAGE
Schéma d'Aménagement et de Gestion de l'Eau

SAMSAH
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU
Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS
Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés

SATED
Section Autiste et Troubles Envahissants du Développement

SATM
Santé au Travail en Mayenne

SAU
Service d'Accueil des Urgences

SAVS
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCA
Syndrome Coronarien Aigu

SCHS
Service Communal d'Hygiène et de Santé

ScoRAN
Stratégie de Cohérence Régionale pour l'Aménagement Numérique

SCOT
Schémas de Cohérence Territoriale

SDIS
Service départemental d'Incendie et de Secours

SDPA
Soins à Domicile aux Personnes Agées

SEES
Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé

SEHA
Section d'Education pour enfants sourds avec Handicaps Associés

SERDAA
Service d'Education et de Rééducation à Domicile pour Aveugles et Amblyopes

SESSAD
Service d'Education Spécial et de Soins A Domicile

SI
Système d'Information

SIAO
Service Intégré de l'Accueil et de l'Organisation

SIDA
Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise

SIH
Syndicat Inter Hospitalier

SIH
Système d'Information Hospitalier

SIOS
Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire

SIP
Système d'Information Partagé

SIPFP
Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SIPS
Système d'Information Partagé de Santé

SIS
Système d'Information de Santé

SLD
Soins de Longue Durée

SMASA
Service Mutualisé d'Accompagnement aux Soins en Addictologie

SMIC
Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SMIEC
Service Médical Inter Entreprise du Choletais

SMUR
Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNDD
Stratégie Nationale de Développement Durable

SNIIR-AM
Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SPAL
Service de Psychiatrie Adultes Lavallois

SPASAD
Service Polyvalent d'Aides et de Soins A Domicile

SPIP
Service Pénitentiaire Insertion et Probation

SREPS
Schéma Régional d'Education Pour la Santé

SRHM
Service des Ressources Humaines et des Moyens

SROMS
Schéma Régional d'Organisation Médico Social

SROS - PRS
Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROS I à III
Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRP
Schéma Régional de Prévention

SSEFIS
Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire

SSI
Sécurité des Systèmes d'Information

SSIAD
Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSPE
Sécurité Sanitaire des Personnes et de l'Environnement

SSR
Soins de Suite et de Réadaptation

STAPS
Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

STATISS
Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

STICS
Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses

SUMPPS
Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SURSAUD
Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès

T2A
Tarification à l'Activité

TCC
Thérapies Cognitivo-Comportementales

TEAM
Association des directeurs d'établissements médico-sociaux

TED
Troubles Envahissants du Développement

TEP
Tomographie à Emission de Positons

TH
Travailleurs Handicapés

THM
Trihalométhanes

TIAC
Toxi-Infection Alimentaire Collective

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

TMD
Transport de Matières Dangereuses

TMR
Transport de Matières Radiologiques

TNF
Tumor Necrosis Factor

TPE
Très Petites Entreprises

UCC
Unité Cognitivo-Comportementale

UCOG
Unité de Coordination en Onco-Gériatrie

UCSA
Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UDAF
Union Départementale des Associations Familiales

UDM
Unité de Dialyse Médicalisée

UDAMAD
Union Départementale des Associations de Maintien A Domicile

UHR
Unité d'Hébergement Renforcé

ULIS
Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UMAC
Unité Mobile d'Assistance Circulatoire

UMD
Unité Mobile de Dialyse

UMD
Unités pour Malades Difficiles

UMIGP
Unité Mobile Intersectorielle de Géronto-Psychiatrie

UMP
Unité Médico-Psychologique

UNAFAM
Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques

UNCAM
Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNV
Unité Neuro Vasculaire

UPAD
Unité pour Personnes Agées Désorientées

URCAM
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML
Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS
Union Régionale des Professions de Santé

USIC
Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USIP
Unités de Soins Intensifs Psychiatriques

USLD
Unité de Soins de Longue Durée

USP
Unité de Soins Palliatifs

UTET
Unité Transversale d'Education Thérapeutique

UT-DIRECCTE
Unité Territoriale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

VAD
Visite A Domicile (en psychiatrie)

VAE
Validation des Acquis de l'Expérience

VHC
Virus de l'Hépatite C

VIH
Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSAV
Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

VSL
Véhicule Sanitaire Léger

WE
Week-End