

Observatoire  
Régional  
de la Santé  
des Pays  
de la Loire

# LA SANTÉ OBSERVÉE

dans le territoire  
de santé de  
Châteaubriant

Avril 2005





## Préambule

Ce document a été réalisé à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, par l'Observatoire régional de la santé. Il s'inscrit dans le cadre de la préparation du SROS de 3ème génération, et notamment des projets médicaux de territoire.

Les thèmes traités ont été choisis en concertation avec l'ARH.

Il s'agit, pour la population de chaque territoire, des données concernant :

- la situation démographique actuelle et son évolution à l'horizon 2010, déterminant essentiel du recours aux soins,
- les naissances, qui sont à l'origine d'un pourcentage important des séjours hospitaliers,
- la mortalité, la mortalité prématurée et les causes médicales de décès, qui constituent des éléments comparatifs indispensables à l'analyse de l'état de santé d'une population,
- les diagnostics d'hospitalisation,
- la santé des enfants et des personnes âgées,
- quelques problèmes de santé retenus en raison de leur importance dans le cadre des SROS : cancers, troubles mentaux (avec notamment une approche spécifique des suicides et des conséquences pour la santé de la consommation excessive d'alcool).

Seules les données directement disponibles pour l'ensemble des territoires sont présentées. Des données complémentaires existent souvent, spécifiques à certains territoires comme celles issues du registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, ou encore nécessitant des exploitations spécifiques par les organismes qui les produisent (données de l'assurance maladie par exemple).

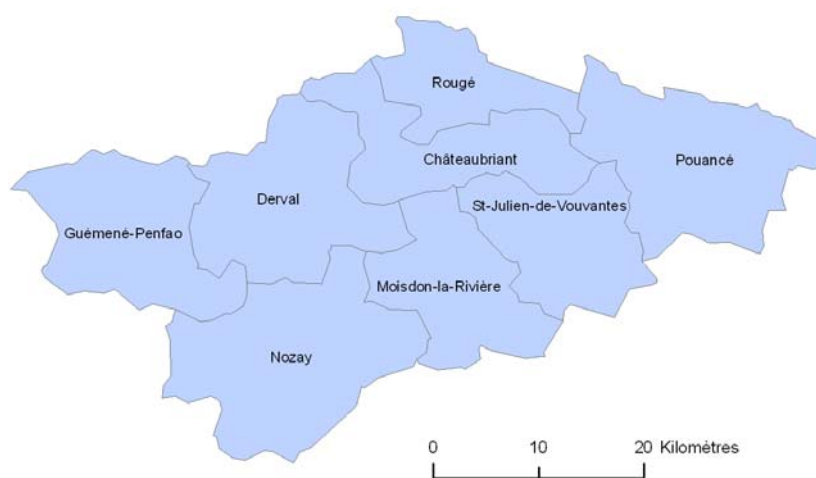
La confrontation de ces données statistiques avec celles concernant l'organisation sanitaire doit permettre de contribuer à une meilleure prise en compte des besoins de santé des habitants des territoires.

## Les territoires de santé des Pays de la Loire



	Population totale au RP99
Nantes	827 865
Saint-Nazaire	249 636
Châteaubriant	67 952
Angers	421 051
Cholet	238 030
Saumur	105 005
Sablé / La Flèche	63 404
Laval	140 222
Mayenne	74 680
Château-Gontier	73 731
Le Mans	440 545
La Roche-sur-Yon	229 250
Les Sables-d'Olonne	91 744
Fontenay-le-Comte	79 039
Challans	82 374
Pays de la Loire	3 222 784

## Le territoire de santé de Châteaubriant



## Sommaire

	Page
<b>1 - Démographie</b>	<b>7</b>
1.1 Population	8
1.2 Projections de population, et vieillissement	12
1.3 Natalité, fécondité	16
1.4 Mortalité	20
<b>2 - Vues d'ensemble</b>	<b>25</b>
2.1 Causes médicales de décès	26
2.2 Mortalité prématurée	30
2.3 Diagnostics d'hospitalisation	34
<b>3 - Santé des populations</b>	<b>39</b>
3.1 La santé des enfants âgés de moins de 1 an	40
3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans	44
3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus	48
<b>4 - Problèmes de santé et déterminants</b>	<b>53</b>
4.1 Cancers	54
4.2 Santé mentale	60
4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool	62
4.4 Suicide	66
<b>Annexes</b>	<b>71</b>



# Démographie

## Contexte national

Depuis 1945, la population de la France métropolitaine a augmenté de 50 %. Au cours de cette période, notre pays a connu en réalité deux régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité et un solde migratoire important jusqu'en 1973. Depuis, une fécondité nettement plus basse et un solde migratoire beaucoup plus faible ont provoqué une réduction de moitié du rythme de la croissance démographique.

Au 1er janvier 2005, la France compte 62,4 millions d'habitants, 60,6 millions en métropole et 1,8 million dans les départements d'outre-mer. Suite aux premiers résultats de la collecte du Recensement de la population 2004, l'INSEE a révisé à la hausse ses estimations de population. Le taux de croissance annuelle de la population est ainsi passé de 0,37 % au cours de la période 1990-1998 à 0,58 % pour la période 1999-2003.

Notre pays, qui représente 13,6 % de la population de l'Union européenne, se situe au deuxième rang des pays de l'Union après l'Allemagne (82 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni. L'Europe représente un poids démographique de 455 millions d'habitants contre 279 millions pour les Etats-Unis, et 145 millions pour la Fédération de Russie.

L'augmentation de la population française en 2004 par rapport à 2003 s'explique à 75 % par l'accroissement naturel et à 25 % par le solde migratoire. La France est, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel. En revanche, en Allemagne, en Autriche, en Italie et en Grèce, le solde naturel est négatif, les décès sont plus nombreux que les naissances. Dans cinq des dix nouveaux pays membres de l'Union européenne - la Pologne, la Hongrie, la Lituanie, la Lettonie et l'Estonie - la population a décliné en 2003.

Au sein de la population française, la part de la population urbaine est croissante : trois personnes sur quatre vivent en ville (1999). Une caractéristique de la France au sein de l'Union européenne est le grand nombre de communes qui maillent son territoire (36 600) : 84 % d'entre elles sont des communes rurales qui représentent moins du quart de la population. Mais les pouvoirs publics encouragent les communes à se regrouper au sein de structures intercommunales, dont les compétences s'élargissent progressivement à tous les domaines de la vie sociale.

Les tendances générales observées depuis vingt ans se confirment, avec une baisse du poids des moins de vingt ans et une progression du groupe d'âge des plus de 60 ans. Au début de l'année 2004, les moins de 20 ans représentent 23,8 % de la population française contre près du tiers en 1962. L'Irlande reste le pays d'Europe qui a la plus forte proportion de moins de vingt ans (31,4 %).

Les personnes en âge d'activité (de 20 à 59 ans) représentent en 2004 un peu plus de la moitié de la population métropolitaine (54,4 %), et leur effectif est en légère augmentation par rapport à 1990.

La proportion des personnes de 60 ans ou plus est en progression, de 19,5 % en 1992 à 21,8 % en 2004. C'est en Irlande que cette proportion est la plus faible (15,2 %) et en Italie qu'elle est la plus élevée (23,5 %).

En 2004, 4,5 millions de personnes immigrées âgées de 18 ans ou plus résident en France métropolitaine, soit 9,6 % de la population du même âge, contre 8,9 % en 1990. 41 % sont originaires de l'Union européenne.



### Faits marquants

Le territoire de santé de Châteaubriant (68 000 habitants) fait partie des territoires les moins peuplés de la région. Il représente 2 % de la population régionale. 18 % des habitants du territoire habitent la commune de Châteaubriant.

Le territoire de santé a perdu 1 700 habitants entre 1990 et 1999, soit environ 200 habitants chaque année. A l'intérieur de la région des Pays de la Loire, Châteaubriant et Fontenay-le-Comte sont les seuls territoires qui ont connu une diminution de leur population au cours de cette période.

Entre les deux derniers recensements, le taux de croissance moyen de la population était négatif : -0,3 % par an dans le territoire de Châteaubriant, contre +0,6 % dans l'ensemble de la région et +0,4 % au plan national. La faiblesse du mouvement naturel n'a pas compensé le solde des départs et des arrivées qui est négatif.

Le territoire de santé de Châteaubriant est concerné, comme le reste du pays, par le vieillissement. La part des moins de 15 ans dans l'ensemble de la population est passée de 21,1 % en 1990 à 18,3 % en 1999. De même, l'effectif des 15-44 ans a diminué de 9 % pendant la période intercensitaire. L'effectif des groupes d'âge des 45-74 ans et celui des 75 ans et plus ont progressé respectivement de 11 et 10 % entre 1990 et 1999.

# 1.1 Population

## L'effectif de la population diminue dans la quasi totalité des cantons du territoire

Le territoire de santé de Châteaubriant (68 000 habitants) fait partie des territoires les moins peuplés de la région après celui de Sablé / La Flèche, et représente 2 % de la population régionale.

Près d'un habitant sur quatre (24 %), soit 16 000 habitants, est domicilié dans le canton de Châteaubriant. 18 % des habitants du territoire habitent la commune de Châteaubriant.

Entre les recensements de la population de 1990 et 1999, le territoire de santé de Châteaubriant a perdu 1 706 habitants, soit environ 200 habitants chaque année.

Le taux d'évolution de l'effectif de la population est négatif : -0,3 % par an (Fig1), contre +0,6 % dans l'ensemble de la région et +0,4 % au plan national. A l'intérieur du territoire, le canton de Châteaubriant a connu une diminution encore plus forte (-0,6 % par an). Trois cantons connaissent également une diminution de population d'amplitude importante, supérieure à 0,5 % par an : Derval, Moisdon-la-Rivière et Saint-Julien-de-Vouvantes.

Guémené-Penfao et Nozay sont les seuls cantons du territoire dont l'effectif de la population a augmenté entre les deux derniers recensements (Fig1).

## La faiblesse du mouvement naturel ne compense pas le solde entre les départs et les arrivées, qui est négatif

La croissance de la population a deux composantes, le mouvement naturel (solde des naissances et des décès) et le solde migratoire (différence entre les départs et les arrivées).

Entre 1990 et 1999, la diminution de la population provient d'un mouvement naturel faible (0,07 % par an), qui ne compense pas le solde migratoire négatif (-0,34 %) (Fig2). Le territoire de Châteaubriant connaît donc une situation inverse de celle du département de Loire-Atlantique, qui a connu un solde migratoire nettement positif entre 1990 et 1999 (+0,38 % par an).

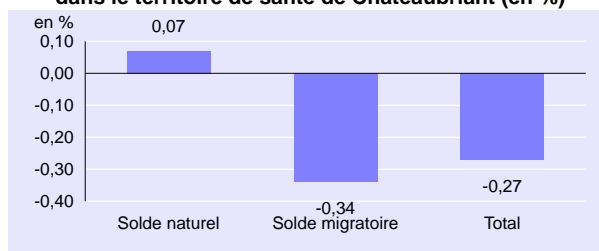
On a dénombré dans le territoire de santé en 2003, 1 028 naissances pour 806 décès, ce qui représente un solde naturel de 222 habitants. Depuis 1999, le solde entre les naissances et les décès est en hausse, à la suite d'une progression importante du nombre de naissances, alors que le nombre de décès est resté relativement stable.

Fig1. Effectifs de population des cantons du territoire de santé de Châteaubriant aux recensements

	1982	1990	1999	TCAM * 90-99
Châteaubriant	18 082	16 880	15 988	-0,6%
Derval	7 829	7 739	7 376	-0,5%
Guémené-Penfao	7 931	7 846	7 961	0,2%
Moisdon-la-Rivière	6 445	6 283	6 015	-0,5%
Nozay	11 116	11 253	11 572	0,3%
Pouancé	10 800	10 546	10 134	-0,4%
Rougé	4 011	4 198	4 209	0,0%
Saint-Julien-de-Vouvantes	4 836	4 913	4 697	-0,5%
<b>Ensemble du territoire</b>	<b>71 050</b>	<b>69 658</b>	<b>67 952</b>	<b>-0,3%</b>
Pays de la Loire	2 931 690	3 057 668	3 222 784	0,6%
France métropolitaine	54 295 612	56 651 955	58 520 688	0,4%

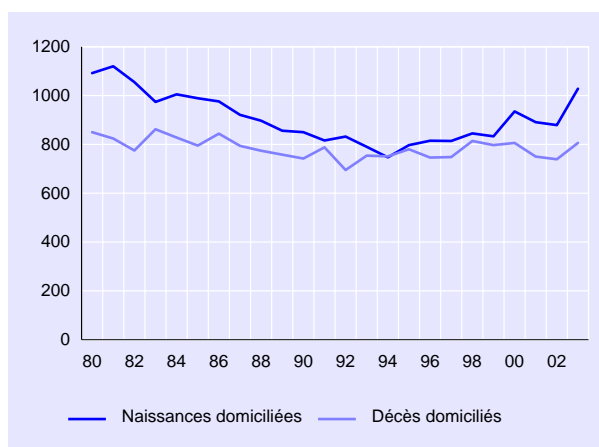
Source : INSEE (RP 82, 90, 99)  
\* Taux de croissance annuel moyen

Fig2. Taux de variation annuel entre 1990 et 1999 dus au mouvement naturel et au solde migratoire dans le territoire de santé de Châteaubriant (en %)



Source : INSEE (RP 90 et 99)

Fig3. Evolution du nombre de naissances et de décès dans le territoire de santé de Châteaubriant



Source : INSEE (Etat civil)

# 1.1 Population

## Le territoire de Châteaubriant ne bénéficie pas du dynamisme démographique du département

Entre 1990 et 1999, la région des Pays de la Loire figure parmi celles qui ont eu la plus forte croissance démographique dans l'ensemble de la France métropolitaine, après l'Alsace, les régions du sud, et Rhône-Alpes. Le taux de croissance annuel moyen 1990-1999 est, dans la région, supérieur de 57 % au taux de croissance métropolitain.

A l'inverse de ce mouvement, le territoire de santé de Châteaubriant a connu, comme celui de Fontenay-le-Comte, une diminution de sa population au cours de la période intercensitaire.

Depuis le recensement de 1999, le dynamisme démographique de la région ne semble pas ralentir. Selon les estimations effectuées par l'INSEE à partir des premiers résultats du recensement 2004, le taux de croissance de la population dans la région est en hausse sensible : +0,76 % par an au cours de la période 1999-2003, pour une moyenne annuelle de 0,59 % entre 1990 et 1999. Cette tendance concerne aussi bien le mouvement naturel que le solde migratoire.

### Les moins de 15 ans

Avec la baisse de la natalité, l'effectif des moins de quinze ans est en baisse au cours de la période 1990-1999 (-1 940). La part des moins de 15 ans est ainsi passée de 21,1 % de la population en 1990 à 18,3 % en 1999 (Fig6).

### Les 15-44 ans

Entre 1990 et 1999, le groupe d'âge des 15-44 ans a également diminué (-8,8 %). Avec 26 500 personnes, il représente 39,0 % de la population du territoire (Fig6).

### Les 45-74 ans

En 1999, 34 % de la population du territoire est âgée de 45 à 74 ans (comme au plan national). Entre 1990 et 1999, l'effectif de ce groupe d'âge a progressé de 11 %, progression beaucoup moins forte que dans les autres territoires de santé de la région.

### Les 75 ans et plus

Dans le territoire de Châteaubriant, comme dans le reste du pays, la population vieillit : l'effectif des 75 ans et plus a augmenté de 10 % entre 1990 et 1999, ce qui correspond à 550 personnes supplémentaires. 8,9 % de la population est âgée de 75 ans ou plus (Fig6).

Fig4. Taux de variation annuel de la population entre 1990 et 1999 dans les territoires de santé des Pays de la Loire (en %)



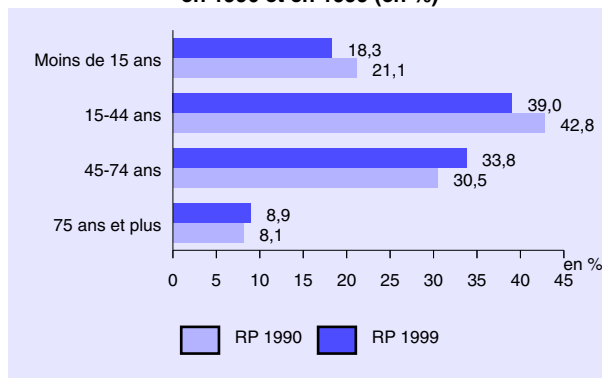
Source : INSEE (RP 90 et 99)

Fig5. Effectifs de population par sexe et âge en 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant, les Pays de la Loire et en France métropolitaine

	Territoire de santé de Châteaubriant			Pays de la Loire	France
	Hommes	Femmes	Ensemble		
Moins de 15 ans	6 352	6 078	12 430	18,3%	17,9%
15-44 ans	13 862	12 657	26 519	39,0%	42,1%
45-74 ans	11 199	11 737	22 936	33,8%	32,3%
75 ans et plus	2 202	3 865	6 067	8,9%	7,7%
<b>Total</b>	<b>33 615</b>	<b>34 337</b>	<b>67 952</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : INSEE (RP 99)

Fig6. Répartition de la population par grands groupes d'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant en 1990 et en 1999 (en %)



Source : INSEE (RP 90 et 99)

### Contexte national

Au cours d'une année donnée, la population évolue en fonction du nombre de naissances, du nombre de décès et des échanges migratoires. Les projections démographiques sont effectuées à partir d'hypothèses de fécondité, de mortalité et de solde migratoire, et contiennent donc une part importante d'incertitude. Pour évaluer l'importance du vieillissement, l'incertitude est cependant plus réduite, les personnes âgées de soixante ou plus ans en 2030 étant déjà nées.

Selon l'INSEE, quelles que soient les hypothèses formulées sur la mortalité, la fécondité et les migrations, la population française va continuer à vieillir au cours des trente prochaines années. Entre 2000 et 2030, l'effectif de la population métropolitaine augmentera, passant de 58,7 à 63,9 millions d'habitants, +8,8 %. Mais cette croissance démographique concerne surtout les régions situées au sud de la France, alors qu'une baisse de population est attendue dans un grand quart nord-est du pays.

Le bouleversement le plus important provient en réalité de l'arrivée des nombreuses générations nées au cours des années 1945-1965, qui atteindront l'âge de soixante ans à partir de 2005, et 85 ans en 2030. Selon les prévisions de l'INSEE, l'effectif des soixante ans ou plus augmentera de 64 % et atteindra 20 millions de personnes : ce groupe d'âge représentera 31 % de la population contre 20,6 % en 2000. L'augmentation sera encore plus forte dans le haut de la pyramide des âges : l'effectif des 75 ans et plus va doubler d'ici 2030, de 4,2 à 8,3 millions de personnes. Même évolution attendue pour les 85 ans et plus, avec 2,4 millions de personnes en 2030 contre 1,2 million en 2000.

Toutefois, cette croissance ne sera pas continue. Ainsi, l'effectif des plus de 85 ans a diminué entre 2000 et 2005, suite à l'arrivée dans leur 85ème année des classes creuses nées entre 1915-1919.

Les conséquences de cette véritable transition démographique ne seront pas uniformes sur le territoire français, le contraste entre les régions extrêmes (sur le plan du vieillissement), étant susceptible de s'accroître. La part des habitants de plus de soixante ans varierait selon les régions, de 23 % en Ile-de-France, à 40 % en Limousin. Les départements peu urbanisés du centre de la France, du Massif central et de Midi-Pyrénées sont ceux qui vieilliront le plus, et le département du Cantal serait le plus âgé, avec près de la moitié de la population âgée de 60 ans ou plus. En revanche, l'Ile-de-France, qui se caractérise par une forte attraction des étudiants et des jeunes actifs mais aussi par des départs massifs au moment de la retraite, aura un vieillissement nettement moins marqué. Les régions méridionales, particulièrement attractives sur le plan démographique, connaîtront également un rajeunissement relatif par rapport à la moyenne des autres régions, car les migrations dont elles bénéficient concernent tous les groupes d'âge et pas seulement les retraités. Il s'agit bien sûr de projections, et l'évolution de la mortalité comme la réalité des mouvements migratoires peuvent remettre en cause ces tendances.

Les conséquences sociales de ces évolutions sont multiples. La forte progression de l'effectif des 45-74 ans, période de la vie où les recours aux soins progressent rapidement, génère des besoins de soins croissants. Par ailleurs, il n'est pas difficile d'imaginer les conséquences de l'augmentation de l'effectif des plus de soixante ans (+64 %), pour le financement des retraites, alors que l'effectif de la population active se stabilise. Enfin, dans le haut de la pyramide des âges, la croissance démographique devrait amplifier les besoins d'aides et de soins des personnes en situation d'incapacité.

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

Territoire de santé de Châteaubriant

### Faits marquants

Selon les estimations effectuées par l'INSEE (modèle Omphale), et si les hypothèses de la projection se confirment, le territoire de Châteaubriant devrait compter environ 58 600 habitants en 2030, contre 67 700 en 2000. L'effectif des moins de vingt ans devrait fortement diminuer (-36 %). En revanche, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait de 38 %. Leur proportion dans la population totale passerait de 24 % à 39 % en trente ans.

A plus court terme, on devrait observer une diminution de l'effectif de la population du territoire de santé de 1,8 % entre 2005 et 2010, correspondant à une "perte" annuelle d'environ 250 habitants.

Entre 2005 et 2010, l'effectif des moins de 15 ans devrait diminuer de 4 % (alors qu'il resterait stable au plan régional). Le rythme de progression du groupe d'âge 45-74 ans entre 2005 et 2010 serait nettement moins élevé que pendant la période 1990-1999.

En ce qui concerne le vieillissement, les évolutions sont variables selon les groupes d'âge. L'effectif des jeunes retraités, qui a baissé entre 2000 et 2005, va reprendre sa courbe ascendante. Au-delà de 85 ans, la baisse amorcée depuis 2000 s'interrompt : l'effectif des 85-89 ans va doubler d'ici 2010 alors que le nombre de personnes âgées de 90 ans ou plus va diminuer au cours des cinq prochaines années.

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

Territoire de santé de Châteaubriant

### D'ici 2030, une transformation massive de l'équilibre actifs/inactifs

Sur la base des hypothèses retenues dans cette projection (voir ci-dessous), la population du territoire devrait continuer à décroître au cours des prochaines décennies. La population du territoire de Châteaubriant devrait atteindre en 2030 environ 58 600 habitants, contre 67 700 en 2000 (Fig1 et Fig5), soit une "perte" de 9 100 habitants (-13 %).

Selon ces projections, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter de 38 % entre 2000 et 2030 (de 16 700 à 23 100 personnes), passant de 24 % à 39 % de la population totale. L'effectif des moins de vingt ans diminuerait quant à lui de 36 %.

### A l'horizon 2010, baisse significative du groupe d'âge 15-44 ans

A plus court terme, pour la période 2005-2010, l'effectif de la population devrait diminuer de 1,8 % (Fig2). Le territoire "perdrait" chaque année environ 250 habitants, comme au cours de la décennie précédente.

L'effectif des moins de 15 ans diminuerait dans le territoire (-4,3 %), alors qu'il resterait stable au plan régional. Le groupe d'âge dont l'effectif diminuerait le plus serait celui des 15-44 ans (-9,7 % dans le territoire). Entre 2005 et 2010, le groupe d'âge des 75 ans et plus va gagner 870 personnes supplémentaires, soit une augmentation comparable à celle de la période 2000-2005.

### PROJECTIONS DE POPULATION

Ces projections démographiques ont été établies par l'INSEE à l'aide du modèle OMPHALE (scénario U), sur la base des hypothèses suivantes :

- en matière de **fécondité**, l'hypothèse utilisée pour toute la période de projection (2000-2030) est le maintien d'un indice de fécondité correspondant à l'indice calculé en 1999 dans le territoire, au moment du recensement de la population,
- en matière de **mortalité**, l'hypothèse retenue est celle selon laquelle la mortalité observée dans le territoire en 1999 va baisser au cours des trente prochaines années au même rythme que la tendance centrale métropolitaine observée entre la fin des années 1960, et la fin des années 1990,
- en matière de **migrations**, le scénario retenu est celui selon lequel les mouvements migratoires vont se poursuivre selon le même rythme que ceux constatés entre 1990 et 1999 dans le territoire.

Fig1. Evolution de la population entre 2000 et 2030 selon l'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant

	2000	2005	2010	2015	2030
0-14 ans	13 125	12 491	11 949	10 961	8 520
15-44 ans	26 121	24 248	21 897	20 228	15 934
45-74 ans	22 823	23 432	24 233	25 170	24 649
75 ans et +	5 685	6 601	7 474	7 724	9 470
<b>Ensemble</b>	<b>67 754</b>	<b>66 772</b>	<b>65 553</b>	<b>64 083</b>	<b>58 573</b>
Moins de 20 ans	17 781	16 570	15 551	14 678	11 365
Plus de 60 ans	16 747	16 536	17 636	19 005	23 086

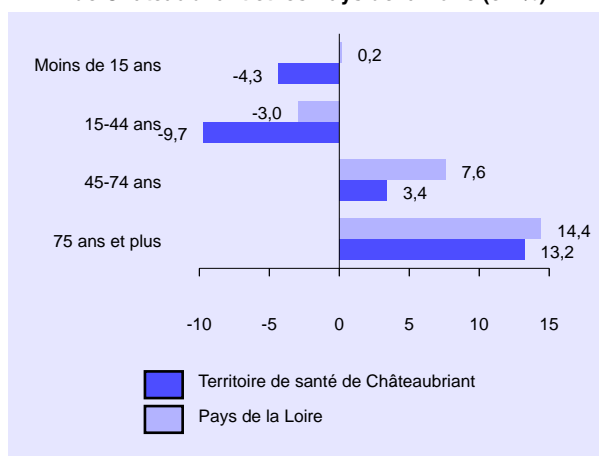
Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

Fig2. Evolution de la population entre 2005 et 2010 selon l'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant, les Pays de la Loire et en France métropolitaine (en %)

	Territoire de santé de Châteaubriant	Pays de la Loire	France
0-14 ans	-4,3	0,2	-1,0
15-44 ans	-9,7	-3,0	-2,4
45-74 ans	3,4	7,6	5,9
75 ans et +	13,2	14,4	12,3
<b>Ensemble</b>	<b>-1,8</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>
Moins de 20 ans	-6,1	-1,1	-1,9
Plus de 60 ans	6,7	13,9	12,1

Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

Fig3. Evolution de l'effectif des différents groupes d'âge entre 2005 et 2010 dans le territoire de santé de Châteaubriant et les Pays de la Loire (en %)



Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

## 1.2 Projections de population, et vieillissement

Territoire de santé de Châteaubriant

### Parmi les plus de soixante ans, des évolutions contrastées

La population du territoire de Châteaubriant, comme celle de l'ensemble de la France, vieillit. Mais la pyramide des âges de la population française est composée, aux âges élevés, de générations d'effectifs très variables, à cause des classes creuses, correspondant aux deux périodes de faible natalité de la première et de la seconde guerre mondiale.

L'effectif des jeunes générations de retraités est en baisse sensible entre 2000 et 2005 (-10,2 %), avec environ 9 900 personnes âgées de 60 à 74 ans (en 2005). Entre 2005 et 2010, contrairement à la situation dans les autres territoires, l'arrivée à l'âge de la retraite des nombreuses générations de l'après-guerre ne va pas provoquer une augmentation importante de ce groupe d'âge (+2 % en cinq ans).

### Une forte augmentation de l'effectif des 85 ans et plus d'ici 2010

Au 1er janvier 2005, un habitant sur dix est âgé de 75 ans ou plus, soit 6 600 personnes (Fig4). Entre 2005 et 2010, la croissance de l'effectif des plus de 75 ans va se poursuivre : + 13 % (Fig3).

L'effectif des 75-79 ans va augmenter de manière modérée entre 2005 et 2010 (+150 personnes).

On dénombre 1 300 personnes âgées de 85 ans ou plus dans le territoire de Châteaubriant au 1er janvier 2005, soit un peu moins de 2 % de la population. Les classes creuses étant entrées dans leur 85ème année en 2000, l'effectif des 85 ans et plus a diminué entre 2000 (1 600) et 2005 (1 300).

A court terme, la tendance va s'inverser : l'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 49 % entre 2005 et 2010, avec toutefois des évolutions différentes selon les groupes d'âge. Le nombre de personnes âgées de 85 à 89 ans est en forte progression : son effectif va plus que doubler entre 2005 et 2010.

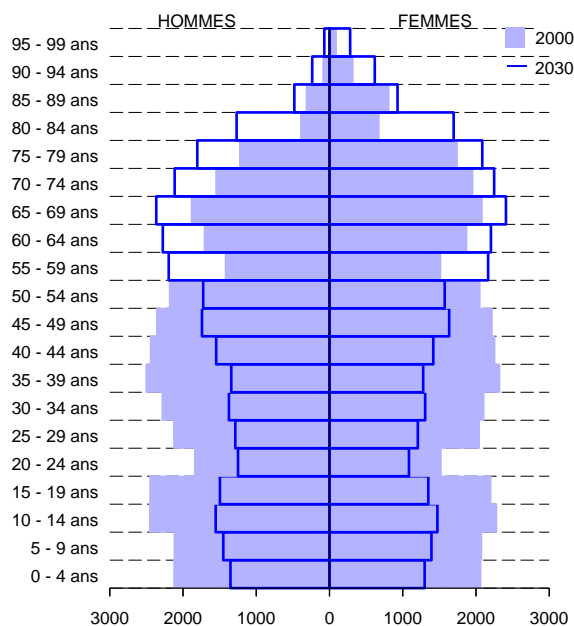
A l'inverse, l'effectif des 90 ans et plus (630 personnes en 2005) va baisser de 25 % (les classes creuses entrent dans leur 90ème année). Ce groupe d'âge est celui pour lequel la demande d'entrée en institution est la plus forte.

**Fig4. Evolution de la population âgée entre 2000 et 2015 selon l'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant**

	2000	2005	2010	Evol. 2005-2010	2015
60 - 74 ans	11 062	9 935	10 162	2,3	11 281
75 - 79 ans	2 971	3 034	3 171	4,5	2 804
80 - 84 ans	1 071	2 274	2 371	4,3	2 529
85 - 89 ans	1 128	666	1 459	119,1	1 564
90 - 94 ans	410	503	312	-38,0	709
95 ans et plus	105	124	161	29,8	118
60 ans et plus	16 747	16 536	17 636	6,7	19 005
75 ans et plus	5 685	6 601	7 474	13,2	7 724
% dans population totale	8,4	9,9	11,4	-	12,1
85 ans et plus	1 643	1 293	1 932	49,4	2 391
% dans population totale	2,4	1,9	2,9	-	3,7

Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

**Fig5. Comparaison des pyramides des âges au 01/01/2000 et au 01/01/2030 dans le territoire de santé de Châteaubriant**



Source : INSEE (projection Omphale, au 1er janvier, scénario central U)

### Contexte national

Depuis près de 30 ans, le nombre de naissances est relativement stable en France et oscille selon les années entre 710 000 et 810 000, après les années 1946-1973 considérées comme une période exceptionnelle en matière de fécondité.

797 400 bébés sont nés en 2004, contre 793 900 l'année précédente. Un peu moins de neuf naissances sur 100 concernent des mères de nationalité étrangère (2002).

La natalité dépend du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité à chaque âge. On mesure la fécondité une année donnée par l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), obtenu en additionnant les taux de fécondité de chaque âge. En 2004, cet indice est estimé par l'INSEE à 1,92 enfant par femme. Les disparités régionales en matière de fécondité, naguère très marquées, tendent à s'estomper, conséquence de l'homogénéisation des comportements.

Au sein de l'Union européenne, les Françaises et les Irlandaises (1,98 enfant par femme) ont la plus forte fécondité. Ces deux pays se situent loin devant la moyenne de l'Europe des 25 (1,48 enfant par femme). Les pays ayant la plus faible fécondité sont l'Espagne, la Grèce, l'Italie, mais aussi Chypre et Malte.

L'indice de fécondité a un caractère conjoncturel et n'illustre pas les comportements des femmes tout au long de leur vie féconde. Pour décrire le comportement d'une génération de femmes, on utilise un autre indicateur, la "descendance finale", qui dénombre les enfants que les femmes d'une génération ont eu au terme de leur vie féconde. Les femmes nées au lendemain de

la deuxième guerre mondiale ont une descendance finale voisine de 2,1 enfants, ce qui assure le remplacement des générations. Pour les générations plus récentes, qui n'ont pas terminé leur vie féconde, cet objectif de remplacement semble devoir être atteint également.

La stabilité relative de la natalité depuis 1973 s'accompagne cependant d'un changement très important dans la structure de la fécondité : la fécondité baisse aux âges jeunes et augmente aux âges élevés. En 2004, l'âge moyen des mères à la naissance continue de progresser (29,6 ans), et une mère sur deux est âgée de 30 ans ou plus contre 27 % en 1980. Par ailleurs, la proportion de naissances chez des mères âgées de 40 ans et plus reste faible (3,4 %), mais est en augmentation.

Les comportements sont cependant variables selon les régions, la proportion de mères âgées d'au moins 35 ans est supérieure à 20 % en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (en 2001), avec un record pour Paris (27 %).

Les enfants qui naissent hors mariage sont de plus en plus nombreux : près de 47,4 % des naissances en 2004, contre seulement un sur cinq en 1985. On observe également des variations importantes selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des territoires d'outre-mer où plus de deux naissances sur trois ont lieu hors mariage (2001).

La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,5 % des accouchements (2001).



### Faits marquants

Après un maximum de 1 100 naissances en 1980 concernant des femmes habitant dans le territoire de Châteaubriant, le nombre de naissances a sensiblement décru dans le territoire de Châteaubriant, jusqu'à son point bas, en 1994 (750 naissances).

Depuis, le nombre de naissances a connu une progression régulière, avec un pic en l'an 2000 (plus de 900 naissances). Au cours de la période récente (2001-2003), le nombre de naissances a continué à augmenter (1 028 nouveau-nés en 2003).

En 2003, 59 % des naissances concernant des femmes habitant le territoire ont eu lieu à Châteaubriant. Le territoire de santé subit principalement l'attraction de l'agglomération nantaise (27 % des naissances), en particulier le canton de Nozay.

## 1.3 Natalité, fécondité

### Le nombre de naissances domiciliées serapproche de son niveau du début des années 1980

En 1980, un maximum de 1 100 naissances concernant des femmes habitant dans le territoire de Châteaubriant a été dénombré. Ensuite, ce nombre a sensiblement décroché jusqu'à son point bas, en 1994, avec seulement 750 naissances.

Depuis, la natalité dans le territoire poursuit une courbe plutôt ascendante. On a observé dans le territoire de Châteaubriant comme au plan national, un pic en l'an 2000 (plus de 900 naissances).

### Au cours de la période récente, une forte augmentation observée en 2003

Au cours de la période récente (2001-2003), le nombre de naissances des femmes habitant dans le territoire de Châteaubriant a continué sa croissance. Une forte augmentation est observée en 2003, avec plus d'un millier de nouveau-nés.

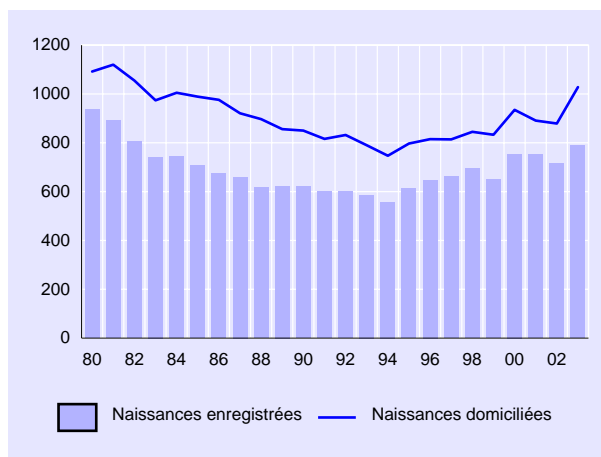
Cette augmentation s'observe pour tous les cantons du territoire, et de façon particulièrement marquée pour Nozay (+47 %). Elle est vraisemblablement liée à des flux migratoires, et à l'arrivée de jeunes femmes en âge de procréer.

### La maternité de Châteaubriant subit la concurrence de l'agglomération nantaise

En 2003, les femmes habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant ont mis au monde 1 028 nouveau-nés (Fig2). Par ailleurs, 790 naissances ont été enregistrées à la maternité de Châteaubriant (Fig1). Comme le montre le graphique (Fig1), l'écart entre le nombre de naissances enregistrées dans les maternités du territoire (colonnes bleues), et le nombre de naissances de femmes du territoire (filet bleu) a toujours été négatif. Mais cet écart est resté relativement stable au cours des dix dernières années.

Cela signifie que les femmes du territoire de Châteaubriant qui accouchent en dehors du territoire sont plus nombreuses que les femmes n'habitant pas le territoire et qui viennent accoucher à Châteaubriant.

Fig1. Evolution du nombre de naissances enregistrées et domiciliées dans le territoire de santé de Châteaubriant



Source : INSEE (Etat civil)

Fig2. Evolution du nombre de naissances domiciliées par canton entre 1999 et 2003 dans le territoire de santé de Châteaubriant

	1999	2000	2001	2002	2003
Châteaubriant	170	212	204	189	209
Derval	80	99	93	87	106
Guémené-Penfao	110	104	111	84	125
Moisdon-la-Rivière	76	80	79	81	79
Nozay	157	188	171	199	252
Pouancé	118	129	116	123	125
Rougé	59	67	52	61	60
Saint-Julien-de-Vouvantes	63	56	65	55	72
<b>Ensemble du territoire</b>	<b>833</b>	<b>935</b>	<b>891</b>	<b>879</b>	<b>1 028</b>

Source : INSEE (Etat civil)

## 1.3 Natalité, fécondité

### 59 % des naissances domiciliées dans le territoire ont lieu à Châteaubriant

En 2003, 59 % des naissances concernant des femmes habitant le territoire ont eu lieu à la maternité du centre hospitalier, mais ce pourcentage est variable selon les cantons.

Dans le canton de Châteaubriant, la quasi-totalité des naissances ont eu lieu à l'hôpital (95 %). Si l'on considère le canton de Châteaubriant et ses cantons limitrophes (Derval, Moisdon-la-Rivière, Pouancé, Rougé et Saint-Julien-de-Vouvantes), on constate que quatre naissances sur cinq ont lieu à Châteaubriant.

A l'inverse, dans le canton de Nozay, seulement 24 % des naissances domiciliées ont lieu à Châteaubriant. L'attractivité des maternités de Nantes, Saint-Herblain et

Saint-Sébastien y est très importante (trois naissances sur quatre). Ce canton de Nozay est celui où l'on a observé la plus forte natalité en 2003 (un quart des naissances du territoire).

Dans le canton de Guémené-Penfao, la situation est plus hétérogène : 17 % des naissances ont lieu à Châteaubriant, 32 % à Nantes, Saint-Herblain ou Saint-Sébastien et 40 % à Redon.

Dans le canton de Pouancé, un peu plus du quart des naissances (27 %) ont lieu à Angers.

**Fig3. Nombre de naissances par lieu de naissance et canton de domicile en 2003 dans le territoire de santé de Châteaubriant**

Commune d'accouchement →	Châteaubriant	Saint-Herblain	Nantes	Redon (35)	Angers	Saint-Sébastien	Château-Gontier	Autres	Total
Canton de domicile ↓									
Châteaubriant	198		5		2	2		2	209
Derval	68	22	4	2		3		7	106
Guémené-Penfao	21	22	14	50		4		14	125
Moisdon-la-Rivière	64	7	2			2		4	79
Nozay	60	103	73			11		5	252
Pouancé	70		2		34		15	4	125
Rougé	58							2	60
Saint-Julien-de-Vouvantes	63	1	5		2		1	0	72
<b>Ensemble de territoire</b>	<b>602</b>	<b>155</b>	<b>105</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>1 028</b>

Source : INSEE (Etat civil)

### Contexte national

Entre 2003 et 2004, le nombre de décès a baissé de manière sensible en France, de 560 100 à 518 100 décès (-7,5 %). Cette tendance est inverse à celle observée l'année précédente, qui avait été marquée par la canicule de l'été 2003, à l'origine de 15 000 décès supplémentaires. Une partie de cette baisse est sans doute la conséquence de "décès anticipés" ayant eu lieu en 2003. Le recul de la mortalité routière influe également cette évolution. Mais ces différents facteurs ne suffisent pas à expliquer ce recul important (-42 000 décès en un an). Les régions où la mortalité a le plus baissé en 2004 ne sont d'ailleurs pas uniquement celles où la canicule a le plus sévi.

La fréquence des décès est fortement liée à l'âge, avec toutefois des différences marquées entre les deux sexes. Ainsi, environ la moitié des décès féminins ont lieu après 85 ans contre seulement 21,7 % des décès masculins (en 2001). La part des décès dits prématurés (avant 65 ans) est de 28 % chez les hommes contre seulement 13,1 % chez les femmes. C'est une des principales causes des écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. En 2004, suite à la baisse importante de la mortalité, l'espérance de vie à la naissance a de nouveau augmenté : elle atteint 76,7 ans pour les hommes, et 83,8 ans pour les femmes.

La France se caractérise par l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes (7,1 ans en 2004), le plus important au sein de l'Union européenne, avec celui de l'Espagne. Cet écart s'explique par une surmortalité masculine à tous les âges de la

vie. Dès la première année de vie, les taux de mortalité des garçons sont plus élevés que ceux des filles. Plus généralement, cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques dont les effets sont très certainement accentués à l'adolescence et à l'âge adulte par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années soixante, se poursuit à un rythme soutenu, avec 3,1 années de vie gagnées depuis 1994 pour le sexe masculin contre 2 pour les femmes. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est ainsi réduit : de 8,2 années en 1994 à 7,1 en 2004.

Jusqu'aux années soixante, le recul de la mortalité trouvait principalement son origine dans la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains a été réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges. Cette baisse concerne la plupart des causes des décès, et notamment les affections cardiovasculaires.

On observe une grande stabilité dans la répartition des lieux de décès, qui est restée pratiquement inchangée depuis dix ans. Un peu plus du quart des décès (27 %) ont lieu au domicile, près de la moitié dans les établissements publics de santé, 8,7 % dans les cliniques, et 10 % en maison de retraite (2001). Par ailleurs, 2 % des décès surviennent sur la voie publique.

### Faits marquants

La mortalité est fortement liée à l'âge. Dans le territoire de Châteaubriant, 39 % des décès ont lieu avant 75 ans, et 61 % après. Mais cette proportion est variable selon le sexe ; un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur quatre.

Le groupe d'âge 25-34 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée, avec un taux de mortalité masculin six fois plus important que le taux féminin.

Au cours de la période 1992-1999, dans le territoire de santé de Châteaubriant, la mortalité ne suit pas la même tendance à la baisse qu'au plan national.

Dans le territoire de santé, la mortalité est supérieure de 12 % par rapport à la moyenne nationale.

La proportion de décès qui surviennent au domicile est comparable à celle observée au plan national.

## 1.4 Mortalité

### La mortalité masculine est plus précoce que la mortalité féminine

La mortalité est fortement liée à l'âge. Dans le territoire de Châteaubriant, 39 % des décès ont lieu avant 75 ans, et 61 % après.

La France figure en Europe parmi les pays qui ont le plus fort écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Dans le territoire de santé de Châteaubriant, un décès masculin sur deux a lieu avant 75 ans, contre seulement un décès féminin sur quatre.

A tous les âges de la vie, les taux de mortalité masculins sont nettement plus élevés que les taux féminins, et cela dès la petite enfance (Fig1).

### Pour les 25-34 ans, le taux de mortalité est six fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Le groupe d'âge 25-34 ans est celui pour lequel la surmortalité masculine est la plus élevée. Pour la période 1996-2000, on a dénombré chaque année 10 décès de personnes âgées de 25 à 34 ans pour seulement un décès féminin. Cela correspond à un taux de mortalité masculin 6 fois plus important que le taux féminin.

Cet écart très important correspond aux pathologies accidentelles qui représentent l'essentiel des décès pour ce groupe d'âge, et traduit les différences entre les hommes et les femmes en matière de conduites à risque.

### Une mortalité qui ne suit pas la tendance à la baisse observée au plan national

Le taux comparatif de mortalité permet de suivre sur un territoire l'évolution de la mortalité au cours d'une longue période, en s'affranchissant des effets des transformations de la structure par âge de la population.

En France, le taux comparatif de mortalité a diminué entre les années 1991-1993 et 1998-2000, de 11 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes.

Chez les hommes du territoire de santé de Châteaubriant, le taux comparatif de mortalité est resté relativement stable au cours de la décennie 90. Il est ainsi resté supérieur à la moyenne nationale et l'écart s'est accru.

Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité a oscillé entre 681 et 752 pour 100 000 au cours de cette même période, sans qu'il soit possible de dégager une tendance évolutive, mais tout en restant supérieur à la moyenne nationale.

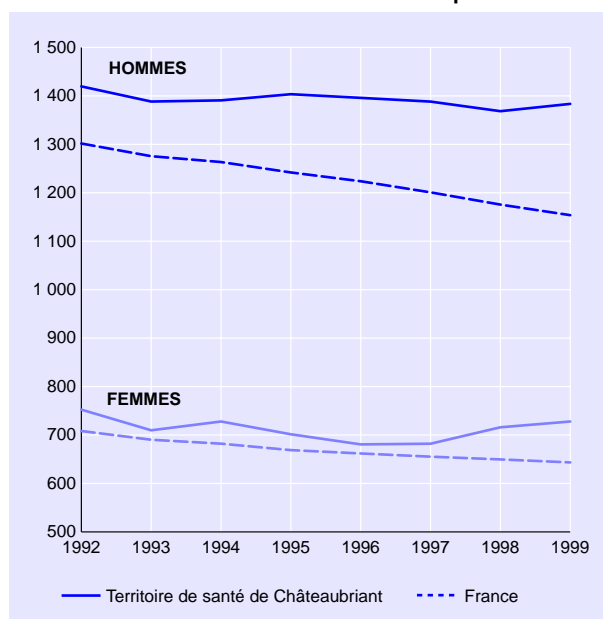
**Fig1. Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par sexe et âge en 1996-2000 dans le territoire de santé de Châteaubriant**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*	Nbre	Taux*
0-4 ans	3	133,0	2	97,3	5	115,4
5-14 ans	0	4,4	1	13,7	1	9,0
15-24 ans	7	151,1	2	40,6	8	99,5
25-34 ans	10	218,2	1	33,9	11	129,0
35-44 ans	15	312,1	6	126,7	21	222,9
45-54 ans	27	597,2	9	201,8	36	405,3
55-64 ans	48	1538,0	17	510,2	65	1003,2
65-74 ans	104	3034,9	52	1283,1	156	2089,1
75-84 ans	115	7126,0	93	3842,3	207	5157,9
85 ans et +	85	19952,8	188	15444,1	272	16609,8
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>1229,7</b>	<b>369</b>	<b>1 075,0</b>	<b>783</b>	<b>1151,5</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* Taux de mortalité pour 100000 habitants

**Fig2. Evolution du taux comparatif de mortalité générale entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**



Sources : INSERM CépiDc, FNORS

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

## 1.4 Mortalité

### Une mortalité supérieure de 12 % à la moyenne nationale

En France, les Pays de la Loire font partie des régions de faible mortalité, avec un indice comparatif de 94, ce qui signifie que la mortalité dans notre région est inférieure de 6 % par rapport à la moyenne nationale.

La très grande majorité des territoires de santé de la région se trouvent dans une situation de sous-mortalité par rapport à la France.

Les indices comparatifs de mortalité les plus faibles sont ceux des territoires de Laval (87) et Angers (89).

Deux territoires se trouvent en situation de surmortalité dans la région : Châteaubriant (112) et Saint-Nazaire (104). Dans le territoire de Châteaubriant, la mortalité est donc supérieure de 12 % par rapport à la moyenne nationale.

### La proportion de décès qui surviennent à domicile est comparable à celle observée au plan national

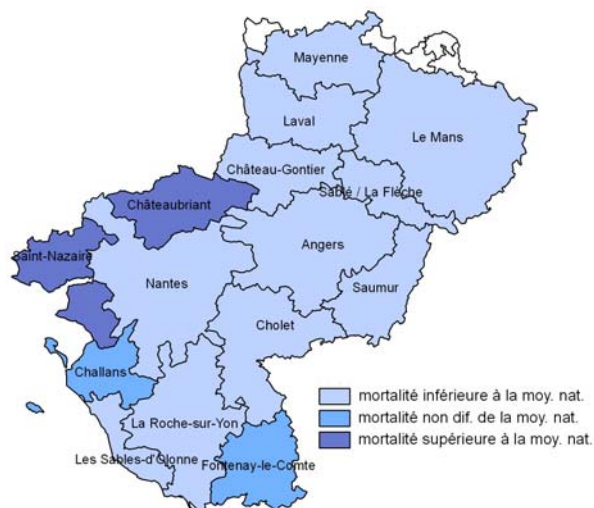
Dans le territoire de Châteaubriant, 24,4 % des décès surviennent à domicile, proportion comparable à celle observée au plan national (25,4 %).

En revanche, la fréquence des décès survenus en établissement de santé est moins importante à Châteaubriant (53,8 %) qu'au plan national (56,1 %).

Dans le territoire, la proportion de décès ayant lieu à domicile est plus élevée pour les moins de 75 ans (28,6 %), que pour les plus de 75 ans (21,8 %).

Parmi les décès de personnes âgées de 75 ans ou plus, plus d'un sur cinq a lieu en maison de retraite, et 52,6 % surviennent en établissement de santé.

**Fig3. Indice comparatif de mortalité générale dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	6 071	827 865	93	**
Saint-Nazaire	2 635	249 636	104	**
Châteaubriant	783	67 952	112	**
Angers	3 362	421 051	89	**
Cholet	1 878	238 030	91	**
Saumur	1 089	105 005	96	**
Sablé / La Flèche	621	63 404	92	**
Laval	1 093	140 222	87	**
Mayenne	782	74 680	91	**
Château-Gontier	721	73 731	91	**
Le Mans	4 103	440 545	91	**
La Roche-sur-Yon	1 952	229 250	94	**
Les Sables-d'Olonne	1 137	91 744	95	**
Fontenay-le-Comte	939	79 039	100	ns
Challans	898	82 374	99	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>28 453</b>	<b>3 222 784</b>	<b>94</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100

ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

**Fig4. Nombre annuel de décès selon le lieu de survenue en 1996-2000 dans le territoire de santé de Châteaubriant**

	Moins de 75 ans		75 ans et plus		Tous âges	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Domicile	87	28,6	104	21,8	191	24,4
Etablissement hospitalier ou clinique privée	169	55,7	253	52,6	421	53,8
Hospice ou maison de retraite	15	4,9	100	20,8	115	14,7
Voie ou lieu public	18	5,9	3	0,5	20	2,6
Autres	15	5,0	20	4,2	35	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>	<b>480</b>	<b>100,0</b>	<b>783</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc





# **Vues d'ensemble**

### Contexte national

Pour chacun des 550 000 décès qui surviennent chaque année en France, un certificat indiquant les causes de la mort est établi par un médecin. Ces informations sont codées au plan national selon un protocole très rigoureux basé sur la classification internationale des maladies de l'OMS. Elles permettent l'établissement annuel de statistiques des causes médicales de décès par le service CépiDc de l'INSERM. Le certificat médical de décès, alors qu'il est souvent considéré par les médecins comme un acte administratif, est donc à la base de la principale source de données épidémiologiques française. Les statistiques des causes médicales de décès permettent par exemple d'apprécier l'ampleur des conséquences sur la santé du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool, de suivre l'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ou de mesurer l'efficacité du dépistage du cancer du sein, de décrire les inégalités de santé entre régions, de réaliser des comparaisons internationales,...

En France, les causes médicales de décès sont très concentrées sur un petit nombre de domaines pathologiques. Alors que la 9ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) comporte 17 chapitres, 4 d'entre eux rassemblent 75 % des décès sur la période 1997-1999 : les maladies de l'appareil circulatoire (31 %), les tumeurs (28 %), les accidents et autres morts violentes (8 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %).

La répartition par âge de survenue des décès liés à chacun de ces 4 groupes de pathologies est très différente. Les décès par maladie de l'appareil circulatoire comme ceux dus aux maladies de l'appareil respiratoire surviennent plus de 3 fois sur 4 chez des personnes âgées de 75 ans ou plus. Un décès par cancer sur 2 concerne des personnes de 45-74 ans. Quant aux décès par accident et autres morts violentes, ils se ré-

partissent tout au long de la vie : 27 % surviennent chez des 15-44 ans, 31 % entre 45 et 74 ans et 40 % au-delà de 75 ans.

Depuis le début des années 80, la baisse régulière de la mortalité observée en France se retrouve pour la plupart des causes de décès. Le recul de la mortalité cardio-vasculaire est particulièrement spectaculaire, avec une baisse du taux comparatif de mortalité de 41 % entre 1981 et 1998. Les morts violentes ont connu également une baisse très marquée (-31 %), qui résulte principalement de la baisse de la mortalité liée aux chutes (-48 %) et aux accidents de la circulation (-33 %). La mortalité par cancer a connu un recul moins net (-9 %), la baisse de la mortalité pour certaines localisations cancéreuses comme les voies aéro-digestives supérieures (-36 %) ne compensant pas l'augmentation de la mortalité pour d'autres localisations comme le poumon (+18 %).

Au sein des 15 pays de l'Union européenne, les principales causes de mortalité sont identiques à celles observées en France, mais leur poids relatif est très différent. Selon les données Eurostat 1997-1999, disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union, la France connaît le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, pour les hommes comme pour les femmes. Sa situation est beaucoup moins favorable pour la mortalité par cancer, notamment pour les hommes. Pour cette cause de décès, la France se situe, en effet, au 2ème rang des pays les plus mal placés pour les hommes et au 11ème rang pour les femmes. Enfin, pour les morts violentes, la France occupe une position franchement défavorable, avec la plus forte mortalité masculine derrière la Finlande et la Grèce et la plus forte mortalité féminine derrière la Finlande. Les taux élevés de mortalité par suicide et par accident de la route en France expliquent cette situation.

## 2.1 Causes médicales de décès

### Faits marquants

Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers constituent les deux principales causes de mortalité dans la population habitant le territoire de santé de Châteaubriant. Ces deux groupes de pathologies représentent respectivement 32 % et 27 % des 780 décès dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont à l'origine de 9 % de l'ensemble des décès, comme les traumatismes et empoisonnements.

La mortalité des habitants du territoire est supérieure de 12 % à la moyenne nationale, résultant d'une surmortalité marquée pour de nombreux groupes de pathologies. La mortalité liée aux affections cardio-vasculaires (+15 %) et celle par maladies de l'appareil respiratoire (+33 %) expliquent pour une large part la surmortalité globale de la population du territoire.

Cette situation défavorable a été constatée depuis de nombreuses années et elle ne s'améliore pas puisque, entre les années 1991-1993 et 1998-2000, la mortalité locale n'a pas diminué, contrairement à ce qui est observé dans la plupart des territoires de santé de la région.

La baisse de la mortalité cardio-vasculaire observée sur cette période a, en effet, été compensée par une tendance à la hausse de la mortalité liée aux cancers.

## 2.1 Causes médicales de décès

**Fig1. Mortalité selon la cause initiale de décès et l'âge, des habitants du territoire de santé de Châteaubriant, pour la période 1996-2000**  
classification OMS CIM 9 - ensemble des 17 chapitres

	Nombre annuel moyen de décès					ICM	Significativité
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1 . Maladies infectieuses et parasitaires	0	1	3	11	15	129	*
2 . Tumeurs	1	7	108	94	209	108	*
3 . Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	0	0	3	16	20	93	ns
4 . Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1	3	4	nd	nd
5 . Troubles mentaux	0	2	5	12	20	103	ns
6 . Maladies du système nerveux et des organes du sens	1	0	8	9	18	87	ns
7 . Maladies de l'appareil circulatoire	1	3	60	191	254	115	**
8 . Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	15	59	74	133	**
9 . Maladies de l'appareil digestif	0	2	21	18	42	126	**
10 . Maladies des organes génito-urinaires	0	0	1	8	10	98	ns
11 . Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0	0	0	nd	nd
12 . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	3	4	nd	nd
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	1	4	6	147	*
14 . Anomalies congénitales	1	0	1	0	2	nd	nd
15 . Certaines affections d'origine périnatale	1	0	0	0	1	nd	nd
16 . Symptômes, signes et états morbides mal définis	0	2	4	29	35	82	**
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	1	22	24	22	69	131	**
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>41</b>	<b>257</b>	<b>480</b>	<b>783</b>	<b>112</b>	<b>**</b>

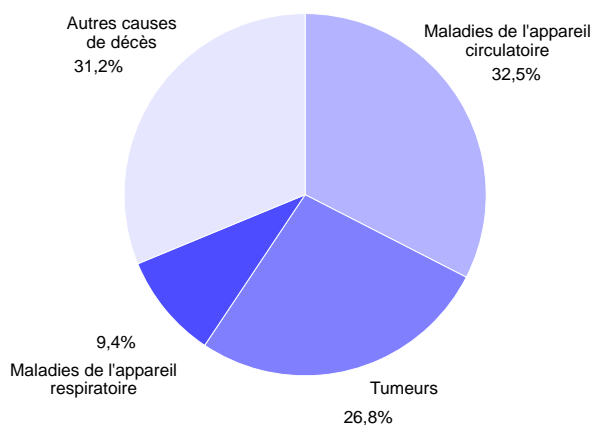
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

ICM France métropolitaine = 100

ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01.

nd : non disponible, le calcul de l'ICM n'a pas été réalisé en raison de la faiblesse des effectifs.

**Fig2. Causes médicales de décès les plus fréquentes dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

## 2.1 Causes médicales de décès

### 59 % des décès sont liés aux maladies de l'appareil circulatoire et aux cancers

Dans la population habitant le territoire de santé de Châteaubriant, 780 décès sont survenus en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. 1 % de ces décès concerne des enfants de moins de 15 ans, 5 % des personnes de 15-44 ans, 33 % des 45-74 ans et 61 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été à l'origine en moyenne chaque année de 250 décès, et les cancers de 210.

Ces 2 groupes de pathologies représentent respectivement 32 % et 27 % des décès survenus au cours de cette période. Mais, ils se distinguent par l'âge de la population concernée :

- 75 % des décès par maladie cardio-vasculaire concernent des personnes âgées de plus de 75 ans,
- les décès par cancer se retrouvent en nombre à peu près équivalents dans les classes d'âge des 45-74 ans (52 % des décès) et des 75 ans et plus (45 %).

Les maladies de l'appareil respiratoire ont provoqué 75 décès en moyenne chaque année, soit 9,5 % de l'ensemble des décès. Ces décès touchent très majoritairement des personnes âgées de plus de 75 ans (80 %).

Quant aux traumatismes et empoisonnements, qui résultent principalement d'accidents de la route, de chutes ou de suicides, ils sont la cause de 70 décès par an (9 % de l'ensemble des décès). Ces décès se répartissent de façon à peu près égale entre les classes d'âge 15-44 ans, 45-74 ans et 75 ans et plus.

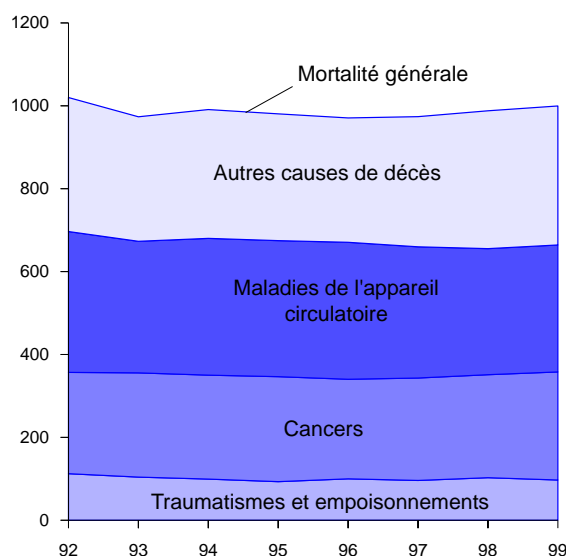
### Une surmortalité globale de 12 %, qui se retrouve pour de nombreux groupes de pathologies

La mortalité des habitants du territoire de santé de Châteaubriant est globalement supérieure à la moyenne nationale au cours de la période 1996-2000. L'indice comparatif de mortalité (ICM) pour cette population est en effet de 112, ce qui correspond à une surmortalité de 12 %, à structure par âge comparable.

Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès dans la population du territoire est supérieur de 85 au nombre de décès qui aurait été constaté si cette population avait présenté la même mortalité que la moyenne nationale.

Sur cette période, la mortalité dans le territoire n'a pas pu être calculée pour tous les groupes de pathologies correspondant aux 17 chapitres de la classification internationale des maladies - 9ème révision (Fig1), en raison de la faiblesse des effectifs de décès de certains de ces groupes.

Fig3. Evolution des taux comparatifs des causes de décès les plus fréquentes entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Mais la surmortalité se retrouve pour plusieurs d'entre eux, et est parfois très marquée : +47 % pour les maladies du système ostéo-articulaire, +33 % pour les maladies de l'appareil respiratoire, +31 % pour les morts violentes, +29 % pour les maladies infectieuses et +26 % pour les maladies digestives.

C'est surtout la surmortalité cardio-vasculaire et celle liée aux maladies de l'appareil respiratoire qui expliquent la surmortalité globale.

### Pas de recul de la mortalité au cours de la dernière décennie

Cette situation défavorable est constatée depuis de nombreuses années, et la dernière décennie n'a pas permis de l'améliorer puisque le taux comparatif de mortalité des habitants du territoire de santé de Châteaubriant est resté stable entre les années 1991-1993 et 1998-2000. Châteaubriant est, avec Saumur et Les Sables-d'Olonne, l'un des trois territoires de santé de la région à ne pas avoir connu de diminution globale de la mortalité sur cette période.

La baisse de la mortalité cardio-vasculaire au cours des années 90 (environ 10 %), observée dans le territoire de Châteaubriant comme dans tous ceux de la région, a, en effet, été compensée par une tendance à la hausse de la mortalité par cancer.

### Contexte national

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 1999, près de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Ceci a conduit au développement du concept de mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. En effet, l'espérance de vie à la naissance atteignant en 2000, en France, 75 ans chez les hommes et 83 ans chez les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés.

En 1999, les décès prématurés ont concerné environ 109 000 personnes en France métropolitaine, ce qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Elle atteint 28 % chez les hommes (76 000 décès prématurés par an) contre 13 % chez les femmes (33 000 décès prématurés par an).

La mortalité prématurée est plus importante en France que dans les pays européens voisins. Cet écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes, et il s'est creusé depuis dix ans. Ainsi, le paradoxe français est-il de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie des personnes âgées de 65 ans parmi les pays de l'Union européenne et une mortalité prématurée défavorable, notamment pour les hommes. Selon les données Eurostat 1997-1999 disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union, la France se situe au 3ème rang des pays les

plus mal placés pour la mortalité prématurée masculine, derrière le Portugal et la Finlande (10ème rang pour les femmes).

Une partie importante de cette mortalité prématurée peut être considérée comme évitable, selon les concepts développés depuis une vingtaine d'années au niveau européen et repris dès 1994 par le Haut comité de santé publique. Plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités, ou au moins diminuer, sans connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau, chez les hommes comme chez les femmes.

Ces mêmes travaux distinguent deux sous-groupes de mortalité prématurée évitable. La mortalité prématurée évitable plutôt liée aux comportements à risque (consommation excessive d'alcool, tabagisme, accidents de la circulation...) pourrait diminuer avec l'évolution de ceux-ci. La mortalité prématurée évitable plutôt liée au système de soins pourrait reculer par une amélioration de la prise en charge des personnes, en particulier par le dépistage de certaines pathologies, cancers notamment.

La mortalité prématurée évitable plutôt liée aux comportements représente environ les deux tiers de la mortalité évitable, et celle plutôt liée au système de soins l'autre tiers. Ce constat est toutefois très différent selon le sexe. Chez les hommes, la mortalité évitable liée aux comportements a un poids trois fois plus important que celle liée au système de soins. Chez les femmes, c'est au contraire la mortalité évitable liée au système de soins qui est la plus fréquente, en particulier du fait du poids des cancers du sein et de l'utérus dans la mortalité des femmes de moins de 65 ans.

### Faits marquants

Au cours de la période 1998-2000, 150 habitants du territoire de santé de Châteaubriant âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 110 hommes et 40 femmes.

Ces décès prématurés représentent 19 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (26 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (10 %).

Responsables de 35 % des décès avant 65 ans, les tumeurs constituent la principale cause de mortalité prématurée. Viennent ensuite les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (essentiellement les accidents de la circulation, les suicides et les accidents de la vie courante), qui représentent 25% des décès prématurés.

Châteaubriant est, avec Saint-Nazaire et Challans, l'un des trois territoires de santé de la région dont la population connaît une situation de surmortalité prématurée.

La mortalité prématurée des habitants du territoire est, en effet, supérieure de 17 % à la moyenne nationale. Cette situation résulte d'une nette surmortalité masculine qui ne s'est pas réduite depuis le début des années 90.

## 2.2 Mortalité prématurée

### Chaque année, 150 décès surviennent avant 65 ans

Au cours de la période 1996-2000, 150 habitants du territoire de santé de Châteaubriant âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, 110 hommes et 40 femmes.

Ces décès prématurés représentent 19 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (26 % du nombre total de décès masculins) que chez les femmes (10 %).

### A l'origine de la mortalité prématurée : les cancers et les morts violentes

Comme en France, les cancers constituent dans le territoire de santé de Châteaubriant la principale cause de la mortalité prématurée. Ce groupe de pathologies est à l'origine de 35 % des décès avant 65 ans (33 % chez les hommes, 38 % chez les femmes).

Chez les hommes, le cancer des voies aéro-digestives supérieures (7,5 % de l'ensemble des décès prématurés masculins) et le cancer du poumon (7 %) sont les plus fréquemment en cause. Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause de décès prématurés (13 %).

Les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (essentiellement les accidents de la circulation, les suicides et les accidents de la vie courante), sont responsables de 25 % des décès prématurés.

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le troisième groupe de pathologies à l'origine de la mortalité prématurée. Elles représentent 13 % des causes de décès avant 65 ans.

Les psychoses alcooliques, l'alcoolisme, et les cirrhoses du foie (liées dans leur très grande majorité à une consommation excessive d'alcool) sont globalement responsables de 11 % des décès prématurés (11,5 % chez les hommes, 10 % chez les femmes). Si on y ajoute les cancers des voies aéro-digestives supérieures, liés le plus souvent à une consommation excessive d'alcool associée au tabac, ces pathologies sont à l'origine de 18 % des décès prématurés (19 % chez les hommes, 13 % chez les femmes).

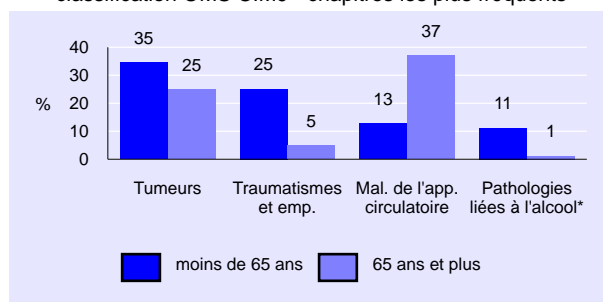
Lorsque les décès surviennent après 65 ans, cette répartition des causes de décès se modifie. Les maladies de l'appareil circulatoire deviennent la principale cause de mortalité (37 % des décès chez les plus de 65 ans). Les tumeurs (25 %) et surtout les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements (5 %) sont en revanche moins fréquemment en cause.

**Fig1. Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans et pourcentage de décès prématurés par rapport à l'ensemble des décès sur la période 1996-2000 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**

	Territoire de santé de Châteaubriant		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14 ans	3	3	2 961	2 163
15-24 ans	7	2	3 472	1 224
25-34 ans	10	1	5 487	2 133
35-54 ans	42	14	32 566	14 289
55-64 ans	48	17	32 062	13 491
<b>Nombre total de décès prématurés</b>	<b>110</b>	<b>37</b>	<b>76 547</b>	<b>33 300</b>
% des décès prématurés sur l'ensemble des décès	26,5	10,1	28,1	12,9

Source : INSERM CépiDc

**Fig2. Répartition des causes de décès selon l'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant en 1996-2000 classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents**



Source : INSERM CépiDc

\* psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie

**Fig3. Nombre annuel moyen de décès prématurés par cause pour la période 1996-2000 dans le territoire de santé de Châteaubriant classification OMS CIM9 - chapitres les plus fréquents**

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
<b>Tumeurs</b>	<b>36</b>	<b>33,2</b>	<b>14</b>	<b>38,2</b>
dont : - cancer du poumon	7	6,8	0	1,1
- cancers des VADS *	8	7,5	1	1,6
- cancer du sein	-	-	5	12,9
- cancer du foie, voies biliaires	2	2,0	1	1,6
- cancer du côlon-rectum	1	1,3	1	3,8
<b>Traumatismes et empoisonnements</b>	<b>30</b>	<b>27,0</b>	<b>7</b>	<b>19,4</b>
dont : - suicides	12	11,3	2	5,9
- accid. circulation	10	8,8	2	5,9
<b>Maladies de l'app. circulatoire</b>	<b>14</b>	<b>13,1</b>	<b>4</b>	<b>11,3</b>
dont : - cardiopathies ischémiques	4	4,0	1	1,6
- mal. vasculaires cérébrales	3	3,1	1	3,8
<b>Pathologies liées à l'alcool **</b>	<b>13</b>	<b>11,5</b>	<b>4</b>	<b>10,2</b>
<b>Autres causes</b>	<b>17</b>	<b>15,1</b>	<b>8</b>	<b>21,0</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

\* lèbres de la cavité buccale et du pharynx, oesophage, larynx

\*\* psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie



## 2.2 Mortalité prématurée

### Une mortalité prématurée qui reste supérieure à la moyenne nationale

En France, le taux standardisé de mortalité prématurée, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité prématurée à structure d'âge identique, a diminué de 14 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000.

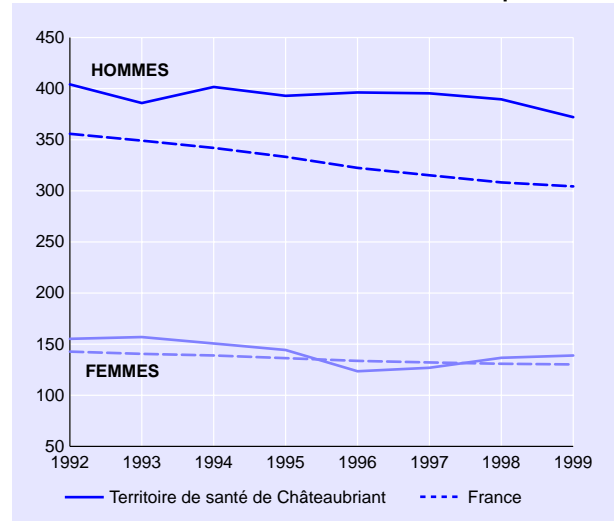
Chez les hommes du territoire de santé de Châteaubriant, le taux standardisé de mortalité prématurée n'a pas suivi au cours des années 90 une évolution à la baisse aussi régulière et prononcée que le taux national. Il est resté supérieur à ce dernier et l'écart s'est accru. Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité prématurée est resté, au cours de cette décennie, statistiquement non différent du taux national, mais il est difficile d'en dégager une tendance évolutive.

L'indice comparatif de mortalité prématurée est l'indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité prématurée dans le territoire de santé de Châteaubriant à celle observée au plan national à structure d'âge identique. Sur la période 1996-2000, il est égal à 117 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une surmortalité prématurée globale de 17 %. Cela signifie que, chaque année, le nombre de décès prématurés dans la population du territoire est supérieur de plus de 20 au nombre de décès prématurés qui aurait été constaté si cette population avait présenté la même mortalité prématurée que la moyenne nationale.

A l'intérieur de la région des Pays de la Loire, deux autres territoires de santé connaissent également cette situation de surmortalité prématurée (Saint-Nazaire et Challans). Les territoires de Saumur, de Sablé/La Flèche, de Mayenne, du Mans, des Sables-d'Olonne et de Fontenay-le-Comte présentent une mortalité prématurée statistiquement non différente de la moyenne nationale. Six territoires présentent une sous-mortalité prématurée par rapport à la France : Nantes (-3 %), Angers (-10 %), Cholet (-15 %), Laval (-12 %), Château-Gontier (-14 %) et La Roche-sur-Yon (-9 %).

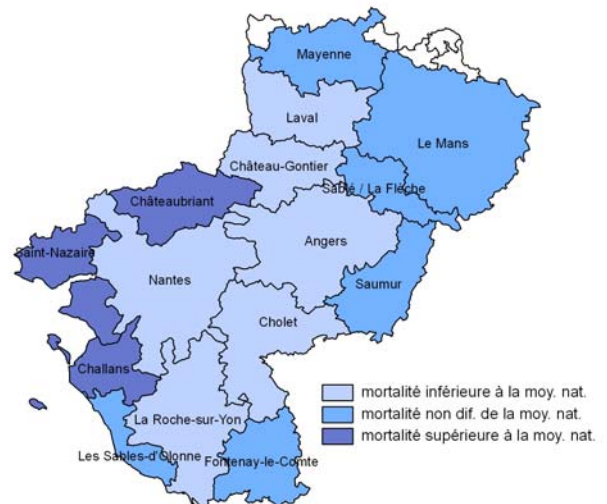
L'ensemble de la région des Pays de la Loire présente une sous-mortalité prématurée (-3 %) par rapport à la moyenne nationale.

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



Territoire	Nbre annuel de décès	Population < 65 ans au RP 99	ICM	Significativité
Nantes	1 471	712 111	97	*
Saint-Nazaire	575	201 765	120	**
Châteaubriant	147	54 291	117	**
Angers	670	356 354	90	**
Cholet	371	200 667	85	**
Saumur	202	84 294	105	ns
Sablé / La Flèche	109	51 684	95	ns
Laval	227	118 038	88	**
Mayenne	125	58 785	93	ns
Château-Gontier	113	59 377	86	**
Le Mans	791	360 242	97	ns
La Roche-sur-Yon	388	190 815	91	**
Les Sables-d'Olonne	190	67 395	104	ns
Fontenay-le-Comte	144	61 830	97	ns
Challans	174	65 109	109	*
<b>Pays de la Loire</b>	<b>5 763</b>	<b>2 673 280</b>	<b>97</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### Contexte national

Selon les données issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), 14,6 millions de séjours hospitaliers ont été effectués en 2000 dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements publics et privés de France métropolitaine. 4,3 millions d'entre eux, soit près de 30 %, sont des séjours de moins de 24 heures, programmés pour la plupart.

Le taux d'hospitalisation en services de médecine, chirurgie et obstétrique est très élevé dans la première année de vie (plus de 500 séjours pour 1 000 habitants). Ensuite, il diminue pour atteindre un minimum entre 5 et 14 ans (100 pour 1 000 habitants) puis remonte progressivement et à partir de 75 ans, retrouve et dépasse le niveau observé avant 1 an.

A tout âge, les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins, sauf entre 15 et 44 ans, période où les hospitalisations plus nombreuses des femmes sont motivées par la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Les données médicales recueillies, et notamment le diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant, permettent d'analyser les affections prises en charge à l'hôpital. Malgré certaines limites liées aux objectifs et aux modalités du PMSI, les informations ainsi mobilisées sont riches de constats et d'interrogations, pour les cliniciens comme pour les gestionnaires du système de santé.

La répartition des diagnostics d'hospitalisation selon les 21 chapitres de la 10ème classification internationale des maladies (CIM 10) montre tout d'abord que 12 % des séjours ont pour diagnostic principal un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme", c'est-à-dire correspondent principalement à des hospitalisations pour surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal, ou chimiothérapie. Dans plus de 60 % des cas, il s'agit de séjours programmés de moins de 24 heures.

Ces séjours liés à un "motif autre qu'une maladie ou un traumatisme" constituent le

diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (12 % des séjours) et le second chez les femmes. Chez ces dernières, la grossesse et l'accouchement constituent en effet le premier diagnostic d'hospitalisation, à l'origine de 1,2 million de séjours annuels soit près de 16 % de l'ensemble des séjours féminins.

Viennent ensuite chez les hommes comme chez les femmes les maladies de l'appareil digestif (12 % des séjours), les maladies de l'appareil circulatoire (9 %), les lésions traumatiques et empoisonnements (8,5 %) et les tumeurs (8 %).

Les diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents varient très fortement selon les groupes d'âge. Avant un an, ce sont les affections périnatales qui prédominent (34 % des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (15 %), bronchites et bronchiolites notamment (8 %).

Entre 1 et 14 ans, 20 % des séjours sont liés aux maladies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire, 14 % aux lésions traumatiques et empoisonnements et 12 % aux maladies de l'appareil digestif, appendicite et pathologies bucco-dentaires principalement.

Entre 15 et 44 ans, les motifs d'hospitalisation sont très différents selon le sexe. Pour les hommes, 19 % des séjours ont pour diagnostic principal une affection d'origine traumatique, 15 % une pathologie digestive (affections bucco-dentaires, hernie abdominale et appendicite notamment) et 10 % des atteintes ostéo-articulaires (dorso-lombalgies et affections péri-articulaires le plus souvent). Chez les femmes, plus de 40 % des séjours sont liés à la grossesse.

Pour la tranche d'âge 45-74 ans, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil digestif ont un poids équivalent (13 %).

Au-delà de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont au premier plan (20 % des séjours), devant les tumeurs, les maladies de l'œil (cataracte notamment) et les maladies de l'appareil digestif. Ces 3 groupes de pathologies représentent chacun environ 10 % des séjours.

### Faits marquants

16 400 séjours hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné en moyenne chaque année des habitants du territoire de santé de Châteaubriant au cours de la période 2001-2003. Cela correspond à un taux annuel de séjours de 24 pour 100 habitants.

Les motifs "autres qu'une maladie ou un traumatisme" (surveillance et examen ou investigation sans résultat anormal principalement) et les maladies de l'appareil digestif constituent les deux groupes de diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquents, chacun à l'origine d'environ 12 % de l'ensemble des séjours.

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours en service de médecine-chirurgie-obstétrique de la population du territoire est globalement inférieure de 9 % à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence s'observe pour de nombreux groupes de pathologies et c'est pour les pathologies dermatologiques (-31 %) et infectieuses que la différence avec la moyenne nationale est la plus marquée. A l'inverse, la fréquence des séjours en MCO dépasse nettement la moyenne nationale pour les tumeurs bénignes (+60 %) et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (+22 %).

Ces écarts entre le territoire et la moyenne nationale sont complexes à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer ce qui résulte de disparités de morbidité, et ce qui est à rattacher à des différences dans les modalités de prise en charge ou les pratiques de soins (traitement en ville ou à l'hôpital, soins hospitaliers ambulatoires ou en hospitalisation, séjours uniques ou itératifs...), voire aux problèmes spécifiques liés aux traitements du PMSI.

## 2.3 Diagnostics d'hospitalisation

**Fig1. Séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique selon le diagnostic principal d'hospitalisation et l'âge des habitants du territoire de santé de Châteaubriant, pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de séjours					ICH <sup>1</sup>	Significativité
	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus	Total		
1 . Certaines maladies infectieuses et parasitaires	63	37	48	52	200	76	**
2 . Tumeurs	26	201	1 154	358	1 739	115	**
dont : - Tumeurs malignes	4	44	574	231	854	95	**
- Tumeurs bénignes	20	144	530	103	797	160	**
3 . Mal. sang et org. hémato. et certains troubles immunitaires	6	19	60	51	136	95	ns
4 . Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	25	83	170	58	336	78	**
5 . Troubles mentaux et du comportement <sup>2</sup>	9	121	126	63	319	96	ns
6 . Maladies du système nerveux	15	133	217	88	454	81	**
7 . Maladies de l'oeil et de ses annexes	28	25	313	349	714	89	**
8 . Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	123	32	34	7	197	100	ns
9 . Maladies de l'appareil circulatoire	7	145	816	711	1 678	97	*
10 . Maladies de l'appareil respiratoire	260	108	249	229	845	92	**
11 . Maladies de l'appareil digestif	175	663	856	314	2 007	95	**
12 . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	24	83	51	34	192	69	**
13 . Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	22	258	467	167	913	82	**
14 . Maladies de l'appareil génito-urinaire	77	246	436	202	961	95	**
15 . Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	1 273	3	0	1 276	100	ns
16 . Certaines affections d'origine périnatale	136	0	0	0	136	88	*
17 . Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	98	38	25	4	165	122	**
18 . Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	106	136	291	222	755	70	**
19 . Lésions traumatiques, empoisonnements	153	515	435	268	1 371	101	ns
21 . Autres motifs de recours aux soins	178	442	1 153	230	2 003	79	**
<b>Total</b>	<b>1 531</b>	<b>4 558</b>	<b>6 904</b>	<b>3 406</b>	<b>16 398</b>	<b>91</b>	<b>**</b>

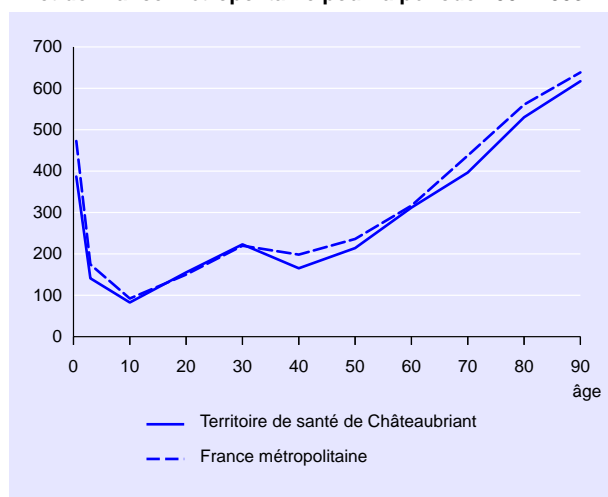
Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

<sup>1</sup> ICH : indice comparatif d'hospitalisation ; ICH France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01.

<sup>2</sup> : il s'agit des séjours dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique pour lequel le diagnostic principal appartient au chapitre "troubles mentaux et du comportement" de la CIM 10. Ce dénombrement ne concerne pas les séjours dans les services de psychiatrie (qui ne renseignent pas le PMSI).

**Fig2. Taux de séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique par âge des habitants du territoire de santé de Châteaubriant et de France métropolitaine pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

## 2.3 Diagnostics d'hospitalisation

Territoire de santé de Châteaubriant

### 16 400 hospitalisations\* annuelles concernent des habitants du territoire

Entre 2001 et 2003, 16 400 hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné, en moyenne chaque année, des habitants du territoire de santé de Châteaubriant. Rapporté à la population du territoire (68 000 habitants), cela correspond à un taux moyen de 24 séjours hospitaliers pour 100 habitants. Ce taux varie fortement avec l'âge et est surtout élevé aux âges extrêmes de la vie (Fig2).

9 % de ces séjours concernent des enfants de moins de 15 ans, 28 % des personnes de 15-44 ans, 42 % des 45-74 ans et 21 % des personnes âgées de 75 ans ou plus.

24 % de ces séjours ont eu une durée de moins de 24 heures.

Les maladies de l'appareil digestif et les "motifs autres qu'une maladie ou un traumatisme" constituent chacun le diagnostic principal de 12 % des séjours (Fig1). Pour ces derniers, il s'agit principalement de séjours pour surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal. Dans plus de 50 % des cas, il s'agit de séjours de moins de 24 heures.

Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (10 % des séjours) et les lésions traumatiques et empoisonnements (8 %).

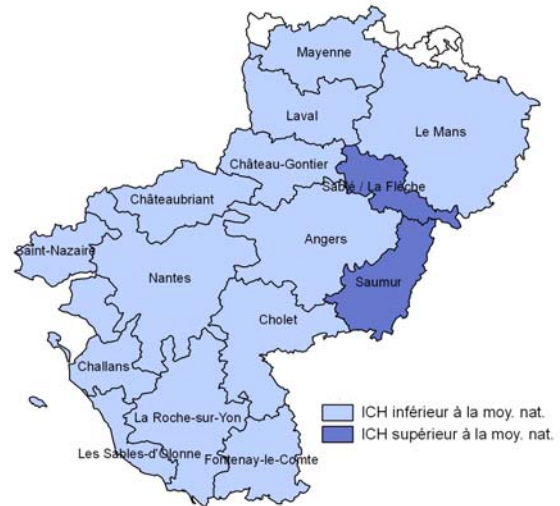
### Une fréquence des séjours hospitaliers inférieure de 9 % à la moyenne nationale

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique de la population du territoire de Châteaubriant est globalement inférieure de 9 % à la moyenne nationale. Si la population de ce territoire connaissait les mêmes taux d'hospitalisation par âge que la moyenne nationale, ce sont 1 500 séjours hospitaliers en MCO supplémentaires qui seraient dénombrés chaque année.

Cette moindre fréquence des hospitalisations des habitants du territoire se retrouve pour toutes les classes d'âge sauf entre 15 et 34 ans. Elle est surtout marquée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées de 35 à 44 ans (Fig2).

Dans la région, la population du territoire de Challans connaît la fréquence de séjours en MCO la plus faible, inférieure de 20 % à la moyenne nationale. A l'inverse, la population du territoire de Saumur présente la fréquence des séjours la plus élevée, dépassant de 16 % la moyenne nationale (Fig3).

Fig3. Indice comparatif d'hospitalisation en MCO\* des habitants des territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003



	Nbre annuel de séjours	Population totale au RP99	ICH	Significativité
Nantes	169 767	827 865	84	**
Saint-Nazaire	61 269	249 636	93	**
Châteaubriant	16 398	67 952	91	**
Angers	92 176	421 051	88	**
Cholet	50 171	238 030	84	**
Saumur	32 374	105 005	116	**
Sablé / La Flèche	17 130	63 404	104	**
Laval	34 288	140 222	97	**
Mayenne	17 796	74 680	88	**
Château-Gontier	18 747	73 731	97	**
Le Mans	100 805	440 545	88	**
La Roche-sur-Yon	53 820	229 250	92	**
Les Sables-d'Olonne	25 554	91 744	96	**
Fontenay-le-Comte	20 524	79 039	95	**
Challans	17 752	82 374	80	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>741 543</b>	<b>3 222 784</b>	<b>90</b>	<b>**</b>

Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
ICH France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### Des séjours moins fréquents pour les pathologies dermatologiques et infectieuses, plus fréquents pour les tumeurs bénignes et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques

La fréquence des hospitalisations en MCO des habitants du territoire de Châteaubriant est très inférieure à la moyenne nationale pour plusieurs groupes de pathologies (Fig1). C'est pour les pathologies dermatologiques (-31 %) et infectieuses (-24 %) que l'écart est le plus marqué.

En revanche, la fréquence des séjours en MCO dépasse nettement la moyenne nationale pour les tumeurs bénignes (+60 %) et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (+22 %).

\* hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique



# **Santé des populations**

### Contexte national

Si en France, comme dans l'ensemble des pays développés, la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de la maladie et de la mort. En témoignent les taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, qui sont du même ordre de grandeur avant un an et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ainsi que le niveau relativement élevé de la mortalité infantile, même si celui-ci a considérablement reculé au cours des dernières décennies.

En 2000, près de 3 500 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France métropolitaine. Rapporté aux 770 000 naissances annuelles, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,5 décès pour 1 000 naissances. Pour cet indicateur, la France se situe en 2000 au 5ème rang des pays européens, les pays du Nord étant les mieux placés.

Environ la moitié de ces décès surviennent lors la première semaine de vie, et 65 % le premier mois. Les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 42 % des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 23 % des décès, et le syndrome de la mort subite du nourrisson (10 %). La surmortalité masculine s'observe dès la naissance : elle est globalement de 30 % avant un an et atteint 50 % pour la mort subite du nourrisson.

La mortalité infantile a connu un recul considérable au cours des dernières décennies. Elle a été divisée par deux entre 1970 et 1990, puis par 1,6 entre 1990 et 2000. Cette évolution résulte principalement ces dernières années de la mise en place d'une politique de prévention efficace de la mort subite du nourrisson basée essentiellement sur la modification des modalités de couchage des enfants, et plus généralement des progrès de la médecine néonatale. Aujourd'hui, ces progrès posent toutefois la question du devenir des enfants nés très prématurément

(environ 9 000 naissances annuelles avant 33 semaines) car on estime que 30 % des handicaps psychomoteurs et sensoriels majeurs de la petite enfance sont liés aux séquelles de la prématurité.

Avant un an, le recours aux soins hospitaliers est particulièrement fréquent. Ainsi, une enquête nationale menée en 2002 par la DREES observait des taux de passage aux urgences qui approchaient 300 %. En d'autres termes, il y avait eu pour ces enfants de moins d'un an trois fois plus de recours aux urgences que leur nombre dans la population générale. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation en 2000 atteignaient 529 séjours pour 1 000 enfants nés vivants (hors séjours des nouveau-nés restés près de leur mère).

Les diagnostics d'hospitalisation des enfants de moins d'un an sont, comme la mortalité infantile, dominés par les affections périnatales. Elles constituent le diagnostic principal du tiers des séjours hospitaliers (soit 138 000 séjours en 2000). Les pathologies infectieuses représentent l'autre grand groupe de diagnostics d'hospitalisation de ces enfants. Les bronchites et bronchiolites aiguës sont ainsi à l'origine de 8 % des séjours et les maladies infectieuses intestinales de 6 %.

En ambulatoire, la prise en charge de la santé des jeunes enfants est assurée par de nombreux professionnels et notamment par les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins et puéricultrices des services de Protection maternelle et infantile (PMI). Si, comme pour l'hôpital, la pathologie infectieuse constitue un motif fréquent de recours aux soins de ville, la dimension préventive de cette prise en charge est également très importante (suivi de la croissance, du développement psychomoteur et affectif, vaccinations, conseils alimentaires...) et donne lieu à des consultations régulières, au-delà des bilans de santé obligatoires.



## 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

Territoire de santé de Châteaubriant

### Faits marquants

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, 4 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000.

Rapportés aux 850 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,7 décès pour 1 000 naissances, proche de la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la mortalité infantile a fortement diminué dans le territoire de santé de Châteaubriant au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le taux de mortalité infantile est passé de 11,4 à 4,7 pour 1 000 naissances, ce qui correspond à une baisse de 59 % (-53 % en France).

Le recours aux soins hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est particulièrement fréquent chez les enfants de moins d'un an. Le taux annuel de séjours hospitaliers atteint ainsi 390 séjours pour 1 000 enfants nés vivants pour les années 2001 à 2003. Ce taux est toutefois inférieur de 18 % à la moyenne nationale (476).

## 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

Territoire de santé de Châteaubriant

### 4 décès d'enfants de moins d'un an en moyenne chaque année

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, 4 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000 (Fig1). Rapportés aux 850 naissances annuelles domiciliées dans le territoire au cours de la même période, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 4,7 décès pour 1 000 naissances. Ce taux est proche de la moyenne nationale (5,0).

Comme en France, la surmortalité masculine s'observe dès la naissance dans le territoire de santé de Châteaubriant. Le taux de mortalité infantile est 1,3 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (1,3 en France).

### Une mortalité infantile en baisse

Comme en France, la mortalité infantile a fortement diminué dans le territoire de santé de Châteaubriant au cours des deux dernières décennies. Entre les années 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 12 à 4 (Fig1).

Le taux de mortalité infantile, indicateur qui permet d'étudier l'évolution de la mortalité infantile en s'affranchissant de la diminution du nombre de naissances, est passé de 11,4 à 4,7 pour 1 000 naissances au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 59 % (-53 % en France).

### Le faible nombre de décès ne permet pas une analyse fiable de leurs causes

En France, les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sur les 5 années étudiées sont les affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), qui représentent 40 % des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment), 23 %, et le syndrome de la mort subite du nourrisson, 11 %.

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, il est difficile d'étudier la répartition des causes de décès et de la comparer à la situation nationale dans la mesure où les effectifs concernés sont faibles (Fig1).

**Fig1. Causes de décès des enfants de moins d'un an habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**

classification OMS CIM 9 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en France (en %)
	1980-1984	1996-2000	1996-2000
Maladies infectieuses et parasitaires	0	0	2,2
Tumeurs	0	0	1,1
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	1	0	1,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	0,3
Troubles mentaux	0	0	0,0
Maladies du système nerveux et des organes du sens	0	1	4,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	2,0
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	1,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	0	0	0,3
Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	0,0
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	0,0
Anomalies congénitales	2	1	22,7
Certaines affections d'origine périnatale	4	1	40,4
Symptômes, signes et états morbides mal définis	4	0	18,1
<i>dont : - mort subite du nourrisson</i>	1	0	11,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	1	0	4,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

## 3.1 La santé des enfants âgés de moins d'un an

Territoire de santé de Châteaubriant

### Un recours aux soins hospitaliers important

Les séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprennent pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

Entre 2001 à 2003, plus de 340 hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné, en moyenne chaque année, des enfants de moins d'un an domiciliés dans le territoire de santé de Châteaubriant (Fig2).

Rapportés au nombre de naissances vivantes du territoire, cela correspond à un taux annuel de séjours très important, 390 séjours pour 1 000 enfants nés vivants, proche de celui observé chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (Fig2 p. 32). Ce taux est toutefois inférieur de 18 % à la moyenne nationale (476).

Cette situation se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire et pour la majorité des territoires de santé de la région. Le territoire de Château-Gontier présente un taux de séjours proche de la moyenne nationale. Les territoires de Saint-Nazaire, Saumur, Sablé / La Flèche, Fontenay-le-Comte et Laval se distinguent par un taux supérieur à la moyenne nationale (Fig3).

### Les affections périnatales et les infections sont les diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquents

Comme en France, les affections d'origine périnatale, prématurité et hypotrophie notamment, constituent le diagnostic principal des séjours hospitaliers des enfants de moins d'un an le plus fréquent dans le territoire de santé de Châteaubriant. Elles représentent 40 % des séjours (140 séjours par an).

Les infections et leurs complications constituent l'autre motif d'hospitalisation le plus fréquent. Les bronchites et bronchiolites aiguës (rattachées au chapitre des maladies respiratoires dans la classification internationale des maladies, CIM-10<sup>ème</sup> révision), sont ainsi à l'origine de 7 % des séjours, les maladies intestinales infectieuses (rattachées au chapitre des maladies infectieuses et parasitaires), de 5 %, et les otites moyennes et mastoïdites (rattachées au chapitre des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde), d'environ 2 %.

Enfin 8 % des séjours ont pour diagnostic principal d'hospitalisation une malformation congénitale ou une anomalie chromosomique (Fig2).

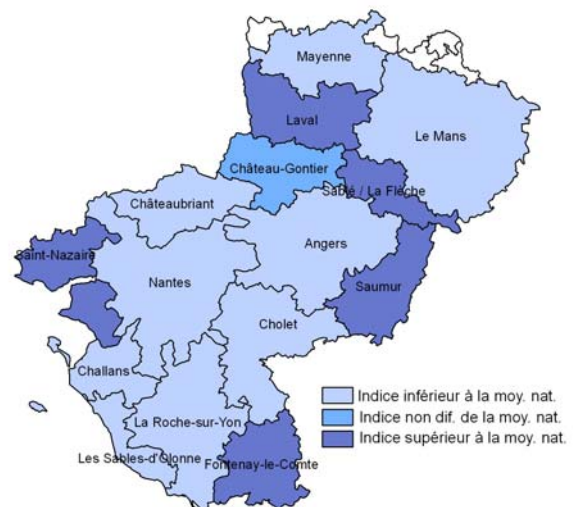
**Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants de moins d'un an habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant en moyenne annuelle pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	20	5,7
	dont : - maladies intestinales infectieuses	17	5,0
2.	Tumeurs	0	0,1
	dont : - Tumeurs malignes	0	0,0
	- Tumeurs bénignes	0	0,1
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	0,3
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	6	1,8
5.	Troubles mentaux et du comportement	1	0,2
6.	Maladies du système nerveux	2	0,6
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	6	1,9
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	9	2,6
	dont : - otites moyennes et mastoïdite	8	2,4
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	1	0,4
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	36	10,4
	dont : - bronchites et bronchiolites aiguës	24	6,9
11.	Maladies de l'appareil digestif	18	5,4
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2	0,7
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1	0,4
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	12	3,4
16.	Certaines affections d'origine périnatale	136	39,8
	dont : - prématurité et hypotrophie	43	12,6
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	27	8,0
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	26	7,6
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	6	1,9
21.	Autres motifs de recours aux soins	31	9,0
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

**Fig3. Indice d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les enfants âgés de moins d'un an dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE

Unité : pour 1000 naissances vivantes

NB : le dénombrement des séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprend pas les séjours des nouveau-nés bien portants restés près de leur mère (Codes CIM Z38).

Indice d'hospitalisation France métropolitaine = 100

Note de lecture : "indice non dif. de la moy. nat." signifie que l'indice observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.

### Contexte national

La classe d'âge des moins de 15 ans, qui compte plus de 10 millions d'enfants en 1999, correspond à l'enfance et au début de l'adolescence. Période essentielle dans le développement somatique et psycho-affectif de l'individu, elle constitue une étape primordiale pour les apprentissages, les acquisitions culturelles et scolaires, l'intégration à la vie sociale, le développement des comportements et habitudes de vie, autant de domaines où l'environnement, familial et social, joue un rôle très important. Sur un plan somatique, la santé des enfants de 1-14 ans se distingue très nettement de celle des enfants de moins d'un an, tant en termes de morbidité que de mortalité, et fait donc l'objet d'une approche spécifique.

Entre 1 et 14 ans, la grande majorité des enfants sont en bonne santé. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, caries dentaires, troubles de la réfraction...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés. Ces affections sont également les motifs les plus fréquents de recours aux soins de ville, devant les actes de prévention, examens systématiques et vaccinations notamment. Ces affections bénignes sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux curatifs ou préventifs (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose de drains transtympaniques, extractions dentaires...).

Un certain nombre d'enfants de cette classe d'âge n'en sont pas moins atteints de pathologies lourdes, comme les pathologies mentales, représentant près du tiers des motifs d'admissions en affection de longue durée (ALD). Il s'agit principalement de retards mentaux, de troubles envahissants du développement - autisme notamment - et de trisomie 21. Les autres causes fréquentes d'admissions en ALD sont l'insuffisance respiratoire chronique grave (principalement l'asthme sévère), les affections cardio-vas-

culaires congénitales, les affections neuromusculaires, et pour les filles, la scoliose structurale évolutive nécessitant un traitement orthopédique ou chirurgical. Les tumeurs (leucémies et tumeurs du système nerveux central principalement) représentent 6 % des motifs d'admissions en ALD mais constituent la seconde cause de décès (20 %) dans cette classe d'âge. La mortalité par cancer des moins de 15 ans est toutefois en nette diminution (- 25 % entre 1990 et 1997), notamment grâce aux progrès dans le traitement des leucémies.

Les accidents de la circulation et de la vie courante représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants, en France plus que dans la plupart des pays européens. Entre 1 et 14 ans, les taux d'hospitalisation et de mortalité sont très bas par rapport à ceux des autres classes d'âge. Les accidents et leurs conséquences sont à l'origine de plus d'un tiers des décès (environ 600 par an) et de plus de 10 % des hospitalisations. Les garçons sont particulièrement concernés avec, en 1999, une mortalité par accident supérieure de 45 % à celle des filles et des taux d'hospitalisation pour traumatisme près de deux fois plus élevés. La mortalité par accident a toutefois fortement reculé (- 29 % entre 1990 et 1997).

Deux problèmes de santé émergents, en France comme dans la plupart des pays européens, concernent particulièrement les enfants de 1 à 14 ans : l'asthme et l'obésité. Selon l'enquête ISAAC, l'asthme concerne 9 % des enfants et 12 % des adolescents. Quant au surpoids et à l'obésité, liés à la fois à la modification des comportements alimentaires et à la diminution de l'activité physique, ils affectent en France 14 % des garçons de 7 à 9 ans et 18 % des filles selon une étude de l'Institut de veille sanitaire.

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé de Châteaubriant

### Faits marquants

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, un enfant âgé de 1 à 14 ans est décédé en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Rapporté à la population territoriale de cette tranche d'âge au recensement de 1999, cela correspond à un taux de mortalité des 1-14 ans de 11 décès pour 100 000. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (17).

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a fortement diminué dans le territoire de santé de Châteaubriant au cours des deux dernières décennies.

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 1 200 séjours hospitaliers ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire de Châteaubriant. Parmi ces séjours hospitaliers, près de 600 sont considérés comme des séjours chirurgicaux.

Les diagnostics principaux responsables du plus grand nombre de séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans sont les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (13 %) et les otites moyennes et mastoïdites (9 %).

La fréquence des séjours hospitaliers dans cette classe d'âge est inférieure de 15 % à la moyenne nationale.

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé de Châteaubriant

### Un décès d'enfant âgé de 1 à 14 ans en moyenne chaque année

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, un enfant âgé de 1 à 14 ans est décédé en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000 (Fig1).

Rapporté à la population territoriale de cette tranche d'âge au recensement de 1999, cela correspond à un taux de mortalité des 1-14 ans de 11 décès pour 100 000. Ce taux n'est pas statistiquement différent de la moyenne nationale (17).

En France, les causes de mortalité les plus fréquentes chez les enfants de 1 à 14 ans sont les causes extérieures de traumatismes et les empoisonnements qui représentent 40 % des décès dans cette tranche d'âge.

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, il n'est pas possible d'étudier la répartition des causes de décès et de la comparer à la situation nationale dans la mesure où les effectifs concernés sont faibles.

### Une mortalité en baisse

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a fortement diminué dans le territoire de santé de Châteaubriant au cours des deux dernières décennies. Entre les périodes 1980-1984 et 1996-2000, le nombre annuel moyen de décès est ainsi passé de 4 à 1.

Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, le taux de mortalité a diminué de 25 à 11 pour 100 000 au cours de la même période, ce qui correspond à une baisse de 54 %. Cette diminution n'est pas statistiquement significative, en raison de la faiblesse des effectifs étudiés, mais elle est intéressante à mentionner car elle se retrouve au plan national (-47 %).

**Fig1. Causes de décès des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**

classification OMS CIM 9 - ensemble des chapitres

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en France (en %)
	1980-1984	1996-2000	1996-2000
Maladies infectieuses et parasitaires	0	0	3,7
Tumeurs	0	0	18,3
dont : - leucémies	0	0	4,6
- tumeurs de l'encéphale	0	0	4,0
Mal. endocriniennes, nutrition, métabolisme, tbles immun.	0	0	3,6
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1,8
Troubles mentaux	0	0	0,1
Maladies du système nerveux et des organes du sens	0	0	8,2
Maladies de l'appareil circulatoire	0	0	4,2
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	3,5
Maladies de l'appareil digestif	0	0	1,0
Maladies des organes génito-urinaires	0	0	0,2
Complications de la grossesse, de l'accouchement, ...	0	0	0,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	0,1
Mal. du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0	0	0,4
Anomalies congénitales	0	0	7,1
Certaines affections d'origine périnatale	0	0	0,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	0	0	7,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	2	1	40,5
dont : - accidents de la circulation	1	0	17,1
- noyade	0	0	5,3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

## 3.2 La santé des enfants âgés de 1 à 14 ans

Territoire de santé de Châteaubriant

### Près de 1 200 hospitalisations chaque année

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, près de 1 200 séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont concerné des enfants âgés de 1 à 14 ans domiciliés dans le territoire de Châteaubriant (dont 60 % de garçons). Cela représente 7 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO de la population de ce territoire.

Parmi ces séjours hospitaliers, près de 600 sont considérés comme des séjours chirurgicaux, dont 300 ont une durée inférieure à 24 heures.

Les diagnostics principaux responsables du plus grand nombre de séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans sont les maladies chroniques des amygdales et végétations adénoïdes (13 %) et les otites moyennes et mastoïdites (9 %). Pour ces 2 groupes d'affections, les séjours chirurgicaux et de moins de 24 heures sont les plus nombreux (respectivement 52 % et 90 %).

Les maladies de l'appareil digestif (comprenant les maladies des dents et du parodonte) sont responsables de 156 séjours hospitaliers (13 %).

Les lésions traumatiques et empoisonnements sont à l'origine de près de 147 séjours hospitaliers chez les enfants de 1 à 14 ans (dont 66 % de garçons). Les fractures du membre supérieur constituent les atteintes les plus fréquentes.

### Une fréquence de séjours hospitaliers inférieure à la moyenne nationale

Au cours de la période 2001-2003, l'indice comparatif d'hospitalisation, chez les enfants âgés de 1 à 14 ans est égal à 85 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une fréquence de séjours inférieure de 15 % à la moyenne nationale (Fig3).

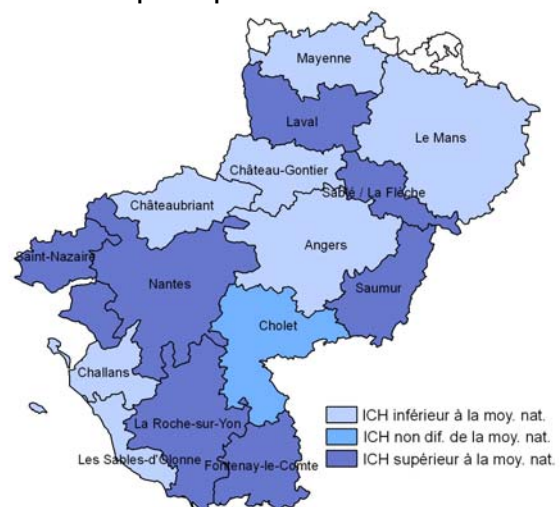
Une telle situation se retrouve dans les territoires de Challans (-26 %), Château-Gontier (-10 %), Angers (-9 %), les Sables-d'Olonne (-5 %), Mayenne (-4 %) et Le Mans (-2 %).

**Fig2. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des enfants âgés de 1 à 14 ans habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant en moyenne annuelle pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	43	3,6
2.	Tumeurs	26	2,2
	dont : - Tumeurs malignes	4	0,4
	- Tumeurs bénignes	20	1,7
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	5	0,4
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	19	1,6
5.	Troubles mentaux et du comportement	8	0,7
6.	Maladies du système nerveux	13	1,1
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	22	1,8
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	114	9,6
	dont : - otites moyennes et mastoïdite	109	9,1
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	6	0,5
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	224	18,9
	dont : - mal.chron. amygdales, adénoïdes	156	13,1
	- asthme	23	1,9
11.	Maladies de l'appareil digestif	156	13,2
	dont : - maladies des dents et du parodonte	48	4,0
	- appendicite	75	6,3
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	21	1,8
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	21	1,7
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	65	5,5
16.	Certaines affections d'origine périnatale	0	0,0
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	70	5,9
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	80	6,7
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	147	12,3
21.	Autres motifs de recours aux soins	147	12,4
	<b>Total</b>	<b>1 188</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

**Fig3. Indice comparatif d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les enfants âgés de 1 à 14 ans dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE ICH France métropolitaine = 100

Note de lecture : "indice non dif. de la moy. nat." signifie que l'indice observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.

### Contexte national

Les personnes âgées de 75 ans et plus, dont les 2/3 sont des femmes, étaient 4,5 millions en France en 1999. Elles devraient être 6 millions en 2020 et représenter alors 9,6 % de la population. L'augmentation du nombre de personnes âgées résulte principalement du recul marqué de la mortalité, l'espérance de vie à 75 ans atteignant 10 ans pour les hommes et 13 ans pour les femmes en 2000, contre respectivement 8 et 10 ans en 1970. Cette augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées témoigne d'une amélioration globale de leur santé, d'autant plus qu'entre 1981 et 1991 (dernières données disponibles), elle s'est accompagnée d'une augmentation de leur espérance de vie sans incapacité.

L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence des situations de polyopathologies, la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques. Avec les années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies vont s'ajouter à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences de différentes natures. Ainsi, selon l'enquête HID (handicap-incapacité-dépendance), une proportion importante de personnes âgées de plus de 75 ans souffre de déficiences motrices (51 % des personnes), visuelles (38 %), organiques (35 %), auditives (22 %) ou mentales (18 %). Ces déficiences sont de gravités très variables et sont susceptibles de réduire de façon plus ou moins marquée les capacités des personnes concernées à effectuer les actes de la vie courante, d'autant que la prévention de ces incapacités par la réadaptation reste insuffisamment développée en France. La perte d'autonomie qui en résulte va mobiliser l'entourage mais aussi les services professionnels. Elle va également amener certaines personnes, et notamment les plus isolées et âgées d'entre elles, à entrer en institution. Cela reste toutefois le fait d'une minorité puisque, en 1999, 90 % des personnes de plus de 75 ans vivaient à leur domicile.

Parmi les principales pathologies qui affectent

les personnes âgées, les maladies cardio-vasculaires sont au premier plan. Dans cette classe d'âge, elles constituent le motif de la moitié des séjours de soins de ville, de 20 % des hospitalisations de court séjour, de 40 % des admissions en affection de longue durée (ALD) et de 39 % des décès. La baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires, due pour une large part à l'amélioration de leur prise en charge et notamment au traitement de l'hypertension artérielle, a fortement contribué au recul de la mortalité générale.

Les cancers constituent l'autre grande cause de morbidité et de mortalité chez les personnes de 75 ans et plus, représentant 26 % des admissions en ALD et 20 % des décès.

Les troubles mentaux deviennent particulièrement fréquents dans cette classe d'âge, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels comme l'anxiété et les états dépressifs ou de troubles organiques comme les démences dégénératives, et notamment la maladie d'Alzheimer. La démence touche ainsi près de 4 % des 75-79 ans, 8 % des 80-84 ans et 26 % des 90 ans et plus. Cette affection représente à elle seule près de 13 % des motifs d'admission en ALD chez les plus de 75 ans.

Par ailleurs, un certain nombre de pathologies fréquentes chez les personnes âgées bénéficie de traitements qui améliorent sensiblement la qualité de vie des personnes concernées. Ainsi, la cataracte représente 9 % des motifs d'hospitalisation en court séjour des plus de 75 ans (200 000 séjours par an) et on estime que 8 % des personnes âgées sont porteuses d'une prothèse de hanche et 3 % d'une prothèse de genou.

La prévention du vieillissement pathologique passe par une meilleure reconnaissance et/ou prise en compte de certains problèmes de santé des personnes âgées. C'est notamment le cas de l'ostéoporose, qui est à l'origine d'une proportion importante des fractures des personnes âgées, de la dénutrition, particulièrement fréquente en institution, ou encore de la iatrogénie médicamenteuse.



## 3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé de Châteaubriant

### Faits marquants

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, au cours de la période 1996-2000, la mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus est supérieure de 11 % à celle observée en moyenne en France. C'est le seul territoire de santé de la région qui connaît cette situation.

Comme à tous les âges, la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès des personnes âgées de 75 ans et plus, à l'origine de 40% des décès de cette tranche d'âge en 1996-2000. Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité à ces âges (20 % des décès).

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, plus de 3 400 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées dans le territoire de Châteaubriant.

La fréquence des séjours hospitaliers pour ce groupe d'âge est inférieure de 5 % à celle constatée en moyenne en France.

Les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les personnes de 75 ans et plus (21% des séjours). La cataracte constitue également un diagnostic d'hospitalisation fréquent dans cette classe d'âge (9 % des séjours).

## 3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé de Châteaubriant

### Les maladies cardio-vasculaires au premier rang des causes de décès

Au cours de la période 1996-2000, chaque année, en moyenne, sont décédés 480 habitants du territoire de Châteaubriant, âgés de 75 ans et plus (61 % du nombre total de décès). Le taux comparatif de mortalité masculin est 1,6 fois plus élevé que le taux féminin pour la période 1998-2000.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès des personnes âgées de 75 ans et plus (40 % des décès en 1996-2000).

Les cancers constituent l'autre grande cause de mortalité (20 % des décès de cette tranche d'âge).

### Une mortalité supérieure à la moyenne nationale

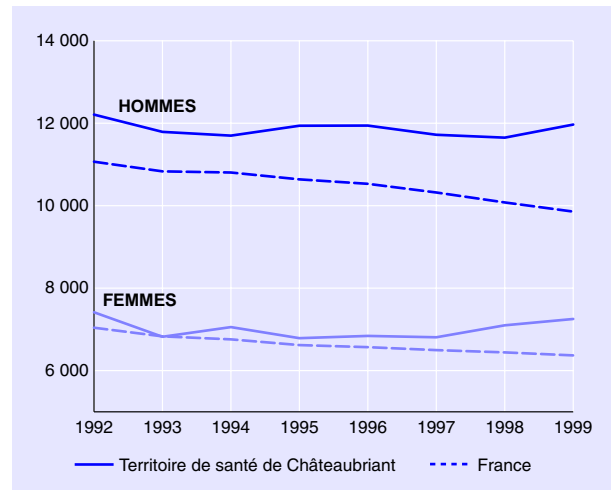
En France, le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité à structure d'âge identique, a diminué de 11 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes, entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000 (Fig1).

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, le taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus a oscillé entre 11 600 et 12 200 pour 100 000 chez les hommes et entre 6 800 et 7 400 pour 100 000 chez les femmes. Sur l'ensemble de la décennie, ces taux sont restés supérieurs à la moyenne nationale et les écarts se sont accrues.

L'indice comparatif de mortalité permet de comparer la mortalité des habitants du territoire de santé de Châteaubriant à celle observée au plan national, à structure d'âge identique. Chez les personnes de 75 ans et plus, sur la période 1996-2000, il est égal à 111 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une surmortalité de 11 % par rapport à la moyenne nationale.

Châteaubriant est le seul territoire de santé de la région dont la population âgée connaît une telle surmortalité, la majorité des territoires présentant une situation de sous-mortalité pour cette classe d'âge (Fig3).

**Fig1. Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

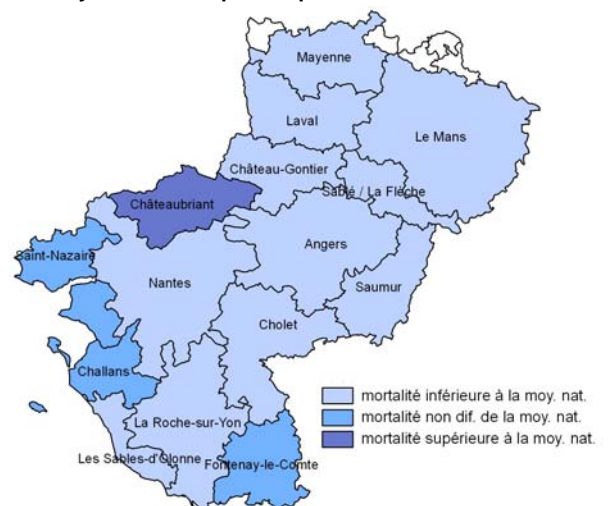
**Fig2. Causes de décès des personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant**

classification OMS CIM 9 - chapitres les plus fréquents

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Châteaub.	France
Maladies de l'appareil circulatoire	222	191	39,8	38,5
- cardiopathies ischémiques	40	43	9,0	9,4
- maladies vasculaires cérébrales	84	49	10,2	9,7
- insuffisance cardiaque	38	37	7,8	7,0
Tumeurs	65	94	19,5	19,7
Maladies de l'appareil respiratoire	44	59	12,2	10,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	30	29	6,0	7,0
Autres	95	108	22,5	24,8
<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>480</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM CépiDc

**Fig3. Indice comparatif de mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100

Note de lecture : "mortalité non dif. de la moy. nat." signifie que l'ICM observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.

## 3.3 La santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire de santé de Châteaubriant

### 3 400 séjours hospitaliers par an

En moyenne chaque année, au cours de la période 2001-2003, 3 400 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée ont concerné des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées dans le territoire de santé de Châteaubriant (dont 44 % d'hommes). Le taux comparatif annuel d'hospitalisation pour cette tranche d'âge atteint 550 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Parmi les séjours hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus, près de 1 000 sont considérés comme des séjours chirurgicaux, dont seulement 8 % ont une durée inférieure à 24 heures.

### Une fréquence de séjours hospitaliers inférieure à la moyenne nationale

L'indice comparatif d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers des habitants du territoire de santé de Châteaubriant à celle observée au plan national, à structure d'âge identique.

Au cours de la période 2001-2003, cet indice est égal à 95 pour les deux sexes confondus, ce qui correspond à une fréquence de séjours inférieure de 5 % à la moyenne nationale.

Ce moindre recours à l'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique s'observe pour la plupart des territoires de santé de la région, avec un maximum de -23 % pour le territoire de Nantes (Fig5). Trois territoires ont un recours plus fréquent que la moyenne nationale : Château-Gontier (+7 %), Sablé / La Flèche (+8 %) et Saumur (+14 %).

### Pathologies cardio-vasculaires et cataracte

Avec plus de 700 séjours annuels, soit 21 % des séjours, les pathologies cardio-vasculaires constituent le diagnostic principal d'hospitalisation le plus fréquent chez les personnes de 75 ans ou plus en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

La cataracte est également un diagnostic fréquent dans cette classe d'âge (9 % des séjours). La totalité de ces séjours sont chirurgicaux et seulement 14 % ont une durée de moins de 24 heures.

Les tumeurs malignes\* sont responsables de 230 séjours par an (7 % des séjours) chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

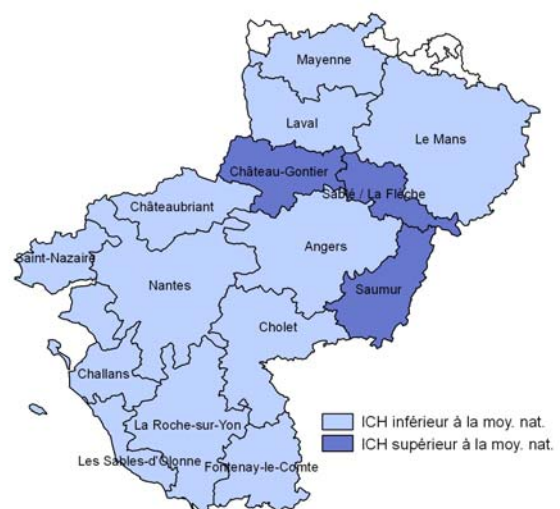
\* : Les dénombrements des séjours pour cancer dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique présentés dans ce document ne comprennent pas les séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Ces séances ne sont, en effet, pas comptabilisées de façon exhaustive et homogène selon les établissements. D'une part, les séances de radiothérapie effectuées dans un centre ambulatoire ne sont pas prises en compte par le PMSI. D'autre part, certains établissements considèrent que chaque séance correspond à un séjour, alors que pour d'autres, c'est une série de séances qui est comptée comme un séjour.

**Fig4. Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique des personnes âgées de 75 ans et plus habitant dans le territoire de santé de Châteaubriant en moyenne annuelle pour la période 2001-2003**  
classification OMS CIM 10 - ensemble des chapitres

	Diagnostic principal	Nbre de séjours	%
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	52	1,5
2.	Tumeurs	358	10,5
	dont : - Tumeurs malignes	231	6,8
	- Tumeurs bénignes	103	3,0
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	51	1,5
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	58	1,7
5.	Troubles mentaux et du comportement	63	1,9
6.	Maladies du système nerveux	88	2,6
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes	349	10,2
	dont : - cataracte	312	9,2
8.	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	7	0,2
9.	Maladies de l'appareil circulatoire	711	20,9
	dont : - insuffisance cardiaque	246	7,2
	- troubles de la conduction et du rythme cardiaque	82	2,4
10.	Maladies de l'appareil respiratoire	229	6,7
	dont : - pneumonie	79	2,3
11.	Maladies de l'appareil digestif	314	9,2
	dont : - hernie inguinale	30	0,9
	- diverticulose intestinale	35	1,0
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	34	1,0
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	167	4,9
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	202	5,9
16.	Certaines affections d'origine périnatale	0	0,0
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4	0,1
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	222	6,5
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements	268	7,9
21.	Autres motifs de recours aux soins	230	6,8
	<b>Total</b>	<b>3 406</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

**Fig5. Indice comparatif d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003**



Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
ICH France métropolitaine = 100

Note de lecture : "indice non dif. de la moy. nat." signifie que l'indice observé dans le territoire n'est pas statistiquement différent de 100.



# **Problèmes de santé et déterminants**

### Contexte national

Les tumeurs malignes ou cancers occupent une place de plus en plus importante dans la morbidité. Pour l'année 2000, le réseau français des registres des cancers (Francim) estime à environ 280 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine. Ce nombre a augmenté de 24 % entre 1980 et 1990, et de 32 % entre 1990 et 2000. Cette progression considérable est liée non seulement à l'accroissement et au vieillissement de la population, mais aussi à la plus grande fréquence des cancers, réelle ou liée à l'amélioration de leur dépistage. Ainsi, entre 1990 et 2000, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale a augmenté de 15 % chez les femmes, passant de 196 à 226 nouveaux cas pour 100 000, et de 16 % chez les hommes, passant de 302 à 349 pour 100 000.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et, chez la femme, le sein, le côlon-rectum et l'utérus.

En termes de mortalité, les tumeurs (dont 97 % sont des cancers) constituent globalement la deuxième cause de décès après les affections cardio-vasculaires. En 2000, elles sont responsables de 150 000 décès en France et représentent la première cause de décès chez l'homme (92 000 décès, soit 33 % des décès masculins) et la deuxième chez la femme (58 000 décès, soit 23 %). Globalement, environ 30 % des décès par tumeur surviennent chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Ces pathologies constituent ainsi la première cause de mortalité prématurée chez les hommes comme chez les femmes (représentant 35 et 42 % de l'ensemble des décès avant 65 ans).

Les deux principales causes de décès par tumeur chez l'homme sont le cancer du poumon (23 000 décès en 2000) et le cancer de la prostate (10 000) chez la femme, ce sont le cancer du sein (11 600 décès par an) et le cancer colo-rectal (7 500).

Contrairement au taux d'incidence, le taux de mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années 80 chez les hommes.

Par rapport aux autres pays de l'Europe des 15, la France occupe une position relativement défavorable en matière de mortalité par cancer, au 2ème rang des pays où cette mortalité est la plus élevée pour les hommes et au 11ème rang pour les femmes (sur 14 pays, les données concernant la Belgique n'étant pas disponibles).

Au sein du territoire de France métropolitaine, les disparités sont importantes. Sur la période 1997-1999, la mortalité par tumeur dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes en Nord-Pas-de-Calais, alors qu'en Midi-Pyrénées elle est inférieure à cette moyenne de respectivement 16 et 8 %.

La survie des patients cancéreux est un indicateur essentiel pour juger de l'efficacité globale du système de soins. En France, elle est une des meilleures d'Europe.

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et inter-agissent souvent entre eux. On estime actuellement que chaque année en France, 30 000 décès par cancer sont imputables au tabac chez l'homme (soit 35 % de l'ensemble des décès masculins par cancer), et 2 000 chez la femme (3,4 % des décès féminins par cancer). 8 à 16 % des décès par cancer seraient imputables à l'alcool et 35 % aux facteurs nutritionnels. Le rôle des expositions professionnelles reste mal connu et serait sous-estimé.

En 2003, un plan de mobilisation nationale contre le cancer a été mis en place par le gouvernement. Ce plan porte principalement sur la prévention, le dépistage, la qualité des soins centrés autour du patient, l'accompagnement social, la formation et la recherche.

### Faits marquants

Dans le territoire de Châteaubriant, la mortalité par cancer est supérieure à la moyenne nationale de 8 %.

Au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été responsables de 200 décès en moyenne chaque année. A l'origine de 27 % de l'ensemble des décès sur la période 1996-2000, ils constituent l'une des deux principales causes de mortalité avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire.

35 % des décès survenus avant 65 ans sont dus à un cancer.

Le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer dans le territoire de santé de Châteaubriant (représentant respectivement 13 % et 10 % des décès par cancer).

Les cancers du poumon, du foie et des voies aéro-digestives supérieures (VADS), pour lesquels le tabac et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque importants, sont à l'origine de 28 % des décès par cancer. Ces trois localisations sont même responsables de 38 % des décès par cancer avant 65 ans.

Le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation de 850 séjours concernant les habitants du territoire de santé de Châteaubriant (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003. Parmi ces séjours, 44 % étaient des séjours chirurgicaux.

A structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer dans la population du territoire de santé de Châteaubriant est inférieure de 12 % à la moyenne nationale.

# 4.1 Cancers

## MORTALITE PAR CANCER

### Chaque année, 200 décès par cancer dans le territoire de Châteaubriant

Dans la population du territoire de santé de Châteaubriant, au cours de la période 1996-2000, les cancers ont été responsables de 200 décès en moyenne chaque année, dont 62 % d'hommes (Fig3).

Comme en France, les cancers constituent l'une des deux principales causes de mortalité, avec les maladies de l'appareil cardio-vasculaire, respectivement 27 % et 32 % de l'ensemble des causes de décès survenus au cours de la période 1996-2000.

Les cancers touchent des personnes relativement jeunes dans le territoire de santé de Châteaubriant comme en France. 25 % des décès dus à cette affection surviennent avant 65 ans (28 % chez les hommes, 19 % chez les femmes). Globalement, 35 % des décès prématurés (avant 65 ans) sont dus à un cancer.

### Une mortalité en augmentation et supérieure de 8 % à la moyenne nationale

Les Pays de la Loire font partie des régions dont la mortalité par cancer est très proche de celle de la France (Fig2). Cette situation se retrouve dans la moitié des territoires de santé de la région.

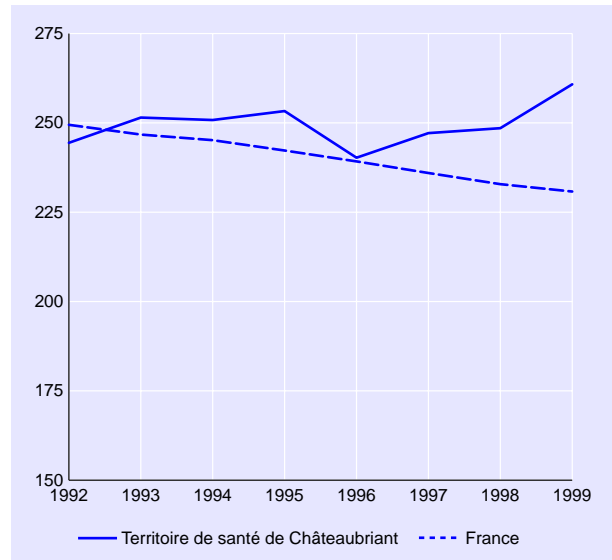
Les territoires de Château-Gontier, Laval, Mayenne et du Mans sont par contre en situation de sous-mortalité (avec des indices comparatifs de mortalité respectivement égaux à 89, 91, 94 et 94).

A l'inverse, ceux des Sables-d'Olonne et de Saint-Nazaire connaissent une situation de surmortalité (avec des ICM respectivement égaux à 106 et 108).

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, le nombre annuel de décès par cancer est passé de 184 au début des années 90, à 203 à la fin des années 90, ce qui correspond à une augmentation globale de 10 %.

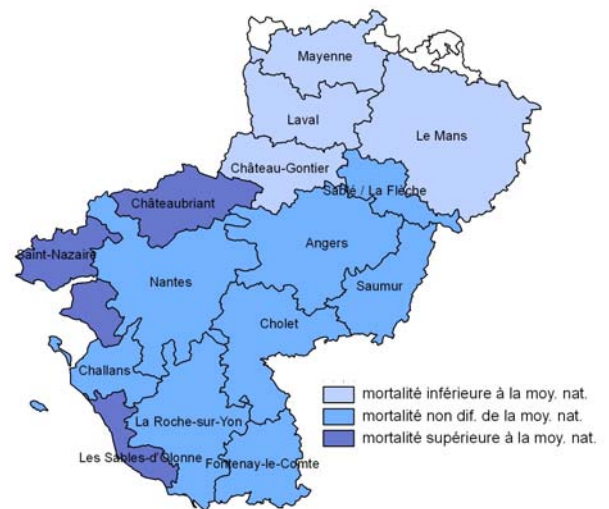
Après une période de stabilité entre le début et le milieu des années 90, le taux comparatif de mortalité par cancer a connu depuis une tendance à la hausse, s'écartant ainsi du taux national (Fig1). Sur la période 1996-2000, la mortalité par cancer dans le territoire de santé de Châteaubriant est supérieure de 8 % à la moyenne nationale.

Fig1. Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Fig2. Indice comparatif de mortalité par cancer dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



Territoire de santé	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	1 768	827 865	100	ns
Saint-Nazaire	740	249 636	108	**
Châteaubriant	203	67 952	108	*
Angers	960	421 051	99	ns
Cholet	535	238 030	96	ns
Saumur	294	105 005	100	ns
Sablé / La Flèche	159	63 404	93	ns
Laval	301	140 222	91	**
Mayenne	206	74 680	94	*
Château-Gontier	180	73 731	89	**
Le Mans	1 093	440 545	94	**
La Roche-sur-Yon	560	229 250	100	ns
Les Sables-d'Olonne	347	91 744	106	**
Fontenay-le-Comte	246	79 039	102	ns
Challans	254	82 374	105	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>7 954</b>	<b>3 222 784</b>	<b>99</b>	<b>*</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01



## Cancer du côlon-rectum et cancer du poumon

Le côlon-rectum et le poumon constituent les deux localisations à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer, dans le territoire de santé de Châteaubriant comme au plan national (respectivement 13 % et 10 % des décès par cancer).

Viennent ensuite les cancers des voies aéro-digestives supérieures (9 %), le cancer du foie (8 %) et le cancer de la prostate (7 %).

Pour les décès concernant des personnes âgées de moins de 65 ans, les cancers des VADS (18 %), le cancer du poumon (14 %) et le cancer du sein (10 %) sont les plus fréquents.

La répartition des décès par cancer est différente selon le sexe (Fig4).

Chez les hommes, le cancer du poumon et les cancers des VADS représentent chacun 14 % des décès masculins par cancer. Viennent ensuite le cancer de la prostate (12 %), le cancer du foie (12 %) et le cancer du côlon-rectum (10 %).

Chez les femmes les cancers du côlon-rectum (18 %) et du sein (16 %) sont les localisations les plus fréquemment en cause.

## Le tabac et la consommation excessive d'alcool : des facteurs de risque importants

Le tabac et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque importants du cancer et une part importante des cancers du poumon, du foie et des VADS peuvent leur être attribués.

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, ces trois localisations sont à l'origine de 28 % des décès par cancer.

Cette proportion est plus importante lorsque ces décès surviennent avant 65 ans. Les localisations cancéreuses principalement liées au tabagisme et/ou à la consommation excessive d'alcool sont ainsi responsables de 38 % des décès prématurés par cancer (cancer du poumon : 14 %, cancers des VADS : 18 %, cancer du foie : 6 %).

**Fig3. Décès par cancer selon les localisations des habitants du territoire de santé de Châteaubriant**

	Nombre annuel moyen de décès		Répartition en % 1996-2000	
	1980-1984	1996-2000	Châteaub.	France*
VADS**	21	19	9,5	8,0
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	8	16	8,1	4,8
Estomac	14	9	4,4	3,8
Intestin grêle	0	1	0,5	0,2
Côlon-rectum	23	26	12,6	11,4
Pancréas	5	10	4,9	4,8
Autres parties de l'appareil digestif	9	8	3,7	nd
Trachée, bronches, poumon	13	20	10,0	17,5
Plèvre	1	1	0,3	0,7
Autres parties de l'appareil respiratoire	2	5	2,7	2,4
Os et cartilage articulaire	1	2	1,0	0,5
Mélanome	1	2	0,8	0,9
Peau non mélanique	1	1	0,4	0,3
Tissu conjonctif et autres tissus mous	1	2	0,8	0,5
Sein	10	12	6,1	7,8
Utérus	4	3	1,6	2,1
Ovaires et autres annexes de l'utérus	4	6	2,9	2,3
Prostate	11	15	7,4	6,5
Rein et organe urinaire autre ou non précisé	3	6	2,9	2,4
Vessie	2	4	1,8	3,2
Autres parties de l'appareil génito-urinaire	2	2	0,8	0,4
Encéphale	1	2	1,1	2,0
Sièges autres et sans précision	13	14	7,0	6,7
Maladie de Hodgkin	1	0	0,2	0,2
Lymphome malin non hodgkinien	3	5	2,6	3,0
Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	2	4	2,0	1,6
Leucémie	7	8	3,8	3,3
Tumeurs malignes de sièges multiples indép.	0	1	0,6	nd
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

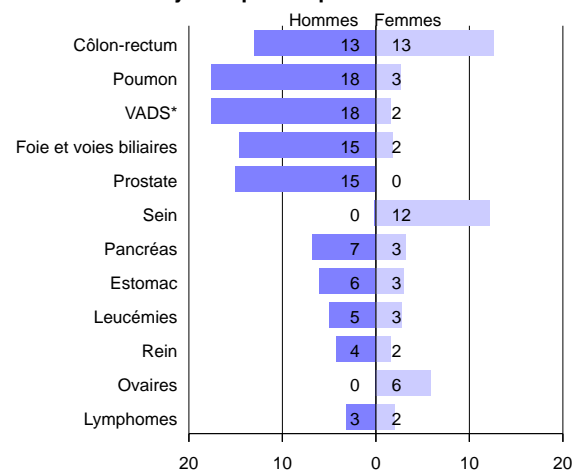
Source : INSERM CépiDc

\*1998-1999 pour la France

\*\* VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage)

nd : non disponible

**Fig4. Nombre annuel de décès pour les principales localisations cancéreuses des habitants du territoire de santé de Châteaubriant en moyenne pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

\* VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx et oesophage)

## 4.1 Cancers

### HOSPITALISATIONS POUR CANCER

#### 850 séjours hospitaliers chaque année

Au cours de la période 2001-2003, parmi les habitants du territoire de santé de Châteaubriant, le cancer a constitué, en moyenne chaque année, le diagnostic principal de 854 séjours dans les services hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique, hors séances de chimiothérapie et de radiothérapie (Fig6). 20 % de ces séjours ont une durée inférieure à 24 heures.

Parmi ces séjours hospitaliers pour cancer, 44 % sont des séjours chirurgicaux. 13 % de ces séjours chirurgicaux ont une durée inférieure à 24 heures.

Les séjours hospitaliers pour cancer sont plus nombreux chez les hommes (61 % des séjours) que chez les femmes, dans le territoire de Châteaubriant comme en France.

67 % des séjours hospitaliers pour cancer concernent des personnes âgées entre 45 et 74 ans.

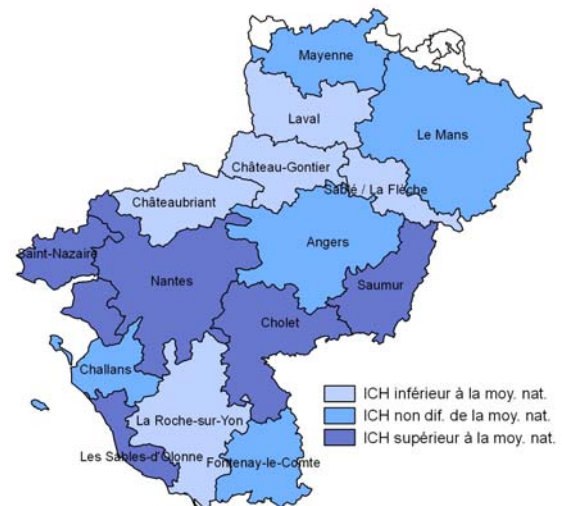
#### Une fréquence de séjours hospitaliers chirurgicaux inférieure à la moyenne nationale

Dans les Pays de la Loire, l'indice comparatif d'hospitalisation chirurgicale, qui permet de comparer à structure d'âge identique la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer des ligériens avec la situation nationale, est égal à 105 (Fig5). Cela signifie que dans la région, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

Pour les habitants du territoire de santé de Châteaubriant, à structure d'âge identique, la fréquence des séjours hospitaliers chirurgicaux pour cancer est inférieure à la moyenne nationale de 12 %.

Cette situation se retrouve pour les territoires de santé de Château-Gontier (-15 %), Laval (-12 %), La Roche-sur-Yon (-8 %) et Sablé / La Flèche (-6 %).

Fig5. Indice comparatif d'hospitalisation chirurgicale pour cancer dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 2001-2003



	Nbre annuel de séjours chirurgicaux	Population totale au RP99	ICH chirurgical	Significativité
Nantes	4 992	827 865	119	**
Saint-Nazaire	1 793	249 636	116	**
Châteaubriant	373	67 952	88	**
Angers	2 166	421 051	99	ns
Cholet	1 356	238 030	105	**
Saumur	746	105 005	115	**
Sablé / La Flèche	348	63 404	94	*
Laval	669	140 222	88	**
Mayenne	470	74 680	99	ns
Château-Gontier	379	73 731	85	**
Le Mans	2 579	440 545	99	ns
La Roche-sur-Yon	1 185	229 250	92	**
Les Sables-d'Olonne	795	91 744	113	**
Fontenay-le-Comte	536	79 039	103	ns
Challans	530	82 374	98	ns
<b>Pays de la Loire</b>	<b>19 216</b>	<b>3 222 784</b>	<b>105</b>	<b>**</b>

Sources : DREES (PMSI MCO, données domiciliées), INSEE  
 ICH France métropolitaine = 100  
 ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### MÉTHODOLOGIE

Les dénombrements des séjours pour cancer dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, utilisés dans ce document, ne comprennent pas les hospitalisations ayant comme diagnostic principal un code "séances" de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Ces séances ne sont, en effet, pas comptabilisées de façon exhaustive et homogène dans le PMSI :

- les séances de radiothérapie effectuées en centre ambulatoire, de même que les chimiothérapies à domicile, ne sont pas prises en compte par le PMSI,
- selon les consignes de codage, certains séjours correspondent à une seule séance alors que d'autres correspondent une série de séances.

## Six localisations à l'origine de plus de la moitié des séjours hospitaliers pour cancer

Six localisations tumorales sont à l'origine de plus de la moitié des 854 séjours hospitaliers annuels des habitants du territoire de santé de Châteaubriant pour lesquels le cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (Fig6) :

- prostate (12 %),
- côlon-rectum (11 %),
- voies aéro-digestives supérieures (VADS) (8 %),
- peau non mélanique (8 %),
- sein (8 %),
- poumon (6 %).

Les séjours pour tumeurs malignes secondaires (ou métastases) représentent 10 % des séjours.

## Des modalités d'hospitalisation et de prise en charge très variables selon les localisations

La proportion de séjours chirurgicaux varie très fortement selon les localisations (Fig7). Si l'on considère les localisations les plus fréquentes, elle est particulièrement élevée pour le cancer de la peau non mélanique (93 %), le cancer du sein (94 %) et le cancer de la vessie (83 %).

La proportion de séjours chirurgicaux est de 55 % pour le cancer de la prostate et de 46 % pour le cancer du côlon-rectum. Elle est seulement de 26 % pour les cancers des VADS et 12 % pour le cancer du poumon.

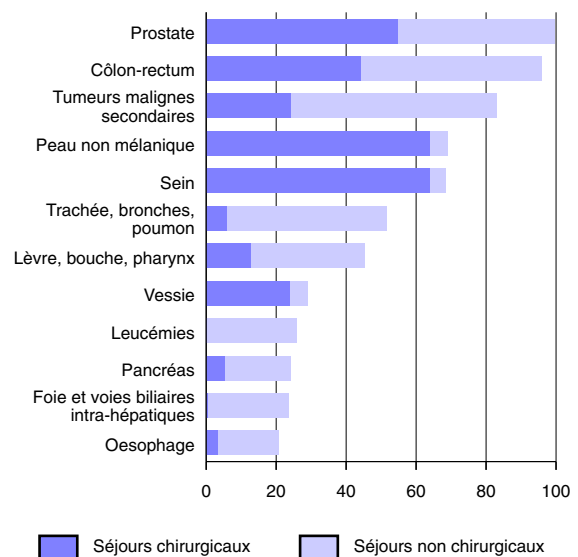
La proportion de séjours de moins de 24 heures varie aussi très fortement selon les localisations. Pour les localisations les plus fréquentes, cette proportion est élevée pour le cancer de la peau non mélanique (57 %). Elle est de 19 % pour le cancer du poumon et de 12 % pour le cancer de la prostate. Elle est plus faible pour le cancer du côlon-rectum (8 %), les cancers des VADS (8 %) et le cancer du sein (5 %).

**Fig6. Nombre annuel de séjours hospitaliers pour cancer selon les localisations des habitants du territoire de santé de Châteaubriant en moyenne pour la période 2001-2003**

Diagnostic d'hospitalisation	Nbre séjours	%
Lèvre, bouche, pharynx	45	5,3
Oesophage	21	2,4
Estomac	19	2,2
Côlon-rectum	96	11,2
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	24	2,8
Pancréas	24	2,8
Larynx	6	0,7
Trachée, bronches, poumon	52	6,1
Mélanome	20	2,4
Peau non mélanique	69	8,1
Sein	68	8,0
Col de l'utérus	4	0,5
Corps de l'utérus	7	0,8
Prostate	100	11,7
Vessie	29	3,4
Système nerveux central	7	0,8
Thyroïde	9	1,0
Leucémies	26	3,0
Tumeurs malignes secondaires	83	9,7
Autres tumeurs malignes	145	17,0
<b>Total</b>	<b>854</b>	<b>100,0</b>

Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

**Fig7. Nombre annuel de séjours hospitaliers pour les principales localisations cancéreuses des habitants du territoire de santé de Châteaubriant en moyenne pour la période 2001-2003**



Source : DREES (PMSI MCO, données domiciliées)

### Contexte national

La santé mentale est un champ vaste et complexe qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et celui de la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier champ est beaucoup plus difficile à cerner sur le plan épidémiologique, parce que sa reconnaissance dépend autant du contexte culturel ou sociétal que du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale, par les personnes concernées et par les soignants. Malgré ces incertitudes, la santé mentale apparaît comme une dimension fondamentale et souvent sous-estimée de la santé. Elle constitue un déterminant majeur du comportement face à la santé et à la maladie, de la consommation de soins, de la capacité d'insertion sociale et professionnelle, de la mortalité prématurée... Une part importante de cette dernière est en effet liée aux suicides et aux conduites addictives, causes de décès dont le lien avec les troubles psychiques est bien établi. Les suicides et les troubles mentaux liés à l'alcool représentent ainsi respectivement 7 % et 2 % des décès avant 65 ans chez les hommes, et 6 % et 1 % des décès avant 65 ans chez les femmes.

Les troubles mentaux constituent un motif majeur de recours aux soins. Ainsi, selon l'enquête nationale HID (handicaps-incapacités-dépendances) menée en 1999, 2,1 % de la population (soit 1,2 million de personnes) déclarent avoir régulièrement consulté pour troubles psychiques ou mentaux au cours des 3 mois précédant l'enquête. Cette proportion est maximum chez les 40-50 ans, notamment chez les femmes pour qui elle atteint 6,7 % dans cette classe d'âge.

En médecine de ville, d'après l'enquête permanente sur la prescription médicale 1998 (EPPM) d'IMS Health, 12 % des consultations de médecins libéraux sont motivées par au moins un trouble mental. Ces affections sont ainsi au 4ème rang des motifs de recours aux soins de ville, derrière les maladies respiratoires (20 % des séances), circulatoires (19 %) et ostéo-articulaires (12 %). Les principales pathologies en cause sont les dépressions (5 %) et les troubles névrotiques (4 %).

En milieu hospitalier, dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, les troubles mentaux constituent en 2000 le diagnostic principal de 272 000 séjours (près de 2 % de l'ensemble des séjours). S'y ajoutent les séjours dans les établissements de psychia-

trie publics, avec près de 300 000 personnes hospitalisées au moins une fois en 1999 dans les secteurs adultes. Plus globalement, 1,5 million de personnes ont été vues au moins une fois dans les secteurs de psychiatrie adultes et enfants en 1999.

La fréquence et la chronicité des pathologies mentales, ainsi que l'importance de la prise en charge qu'elles nécessitent, expliquent qu'elles constituent la 2ème cause d'affections de longue durée (ALD), en incidence (100 000 admissions en 1998) comme en prévalence (estimation de 950 000 personnes en 1994).

Mais les enquêtes épidémiologiques en population montrent que la pathologie diagnostiquée dans le cadre d'une demande de soins ne représente qu'une part de la morbidité. Si la pathologie schizophrénique et les autres psychoses chroniques, qui concernent entre 1 et 2 % de la population générale, sont relativement bien diagnostiquées, il n'en est pas de même des pathologies anxieuses, dépressives, addictives. On estime ainsi que les dépressions majeures concernent 5 % de la population générale en prévalence ponctuelle et entre 17 et 20 % en prévalence vie entière, mais que la moitié seulement des troubles dépressifs font l'objet de soins, et moins de 25 % font l'objet de soins spécialisés en psychiatrie. Les troubles mentaux organiques et les démences, qui affectent principalement les personnes âgées, sont également des affections sous-médicalisées.

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux et souvent intriqués, et sont notamment représentés par les événements traumatisants de la vie et en particulier de l'enfance, l'isolement affectif, les situations de précarité et la consommation excessive d'alcool. La vie professionnelle constitue également un élément essentiel à prendre en compte, à la fois en raison des conséquences psychopathologiques de certaines conditions de travail, mais aussi parce qu'elle représente souvent l'un des révélateurs des troubles mentaux. Ces pathologies constituent ainsi de loin le premier motif d'admission en invalidité (27 % des admissions en 1998). Par ailleurs, selon l'enquête HID, seulement 40 % des personnes de 20 à 59 ans déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux exercent une activité professionnelle, contre près des 3/4 de celles qui ne sont pas dans ce cas.

### Faits marquants

Au niveau d'un territoire de santé, on ne dispose pas de données sur la prévalence des troubles mentaux dans la population. Mais, les données de mortalité sur le suicide et sur les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, causes de décès dont le lien avec les troubles psychiques est bien établi, sont des éléments d'information disponibles au niveau local. Ces causes de décès font l'objet d'une analyse détaillée dans les deux fiches thématiques suivantes.

Les habitants du territoire de santé de Châteaubriant présentent ainsi une mortalité par suicide supérieure de 62 % à la moyenne nationale pour les années 1996-2000.

En ce qui concerne les cirrhoses du foie, qui sont dans leur très grande majorité directement liées à une consommation excessive d'alcool, la mortalité de la population est également supérieure de 59 % à celle observée en moyenne au plan national. Cet indicateur donne toutefois une image partielle et surtout différée de la situation dans ce domaine.

Les troubles mentaux constituent un motif majeur de recours aux soins, mais les données concernant les habitants du territoire de santé de Châteaubriant n'ont pas pu être mobilisées (voir encadré ci-dessous).

Les données relatives aux recours aux soins pour troubles mentaux des habitants des territoires de santé n'ont pu être mobilisées dans le cadre de cette étude, car de façon générale, ces informations ne sont pas disponibles ou sont peu accessibles.

- On ne dispose pas de données sur les motifs de recours aux soins en médecine générale, et en particulier sur ceux concernant les troubles mentaux.
- Les données concernant les recours aux soins auprès des psychiatres libéraux installés en ville et les prescriptions de médicaments spécifiques au traitement des troubles mentaux sont enregistrées dans les bases informatiques des caisses d'assurance maladie. Mais elles ne sont pas directement disponibles et leur analyse par territoire nécessite des exploitations spécifiques.
- Les données sur les recours aux soins dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics (et notamment celles recueillies au moyen de la fiche par patient) ne sont pas mobilisables de façon systématique pour tous les territoires de santé.
- Enfin les données concernant les séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé généraux ayant pour diagnostic principal un trouble mental sont disponibles (320 séjours par an sur la période 2001-2003 pour les habitants du territoire de santé de Châteaubriant). Elles figurent au chapitre 2.3 "Diagnosics d'hospitalisation" de ce document (page 36), mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique car elles donnent une image trop partielle de la situation.

### Contexte national

Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardio-vasculaires, troubles mentaux... Il accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... Selon les travaux de C. Hill, l'alcool est responsable aujourd'hui en France de près d'un décès sur 9 (un décès masculin sur 7 et un décès féminin sur 33). Dans la population de 45 à 64 ans, cela concerne plus d'un décès sur 4 chez les hommes et plus d'un sur 10 chez les femmes. L'alcool est aussi responsable de malformations congénitales pour 1 à 4 naissances sur mille.

Au cours des dernières décennies, la mortalité principalement liée à l'alcool a connu en France un recul très important. Ainsi, entre le début des années 80 et la période 1997-1999, la mortalité par cirrhose du foie (dont plus de 80 % est due à la consommation excessive d'alcool) a reculé de 50 % pour les hommes et les femmes et la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme de près de 40 %.

La consommation moyenne d'alcool (mesurée à partir des ventes) est en effet en baisse constante depuis plusieurs décennies. Elle est passée de 25 litres d'alcool pur par adulte en 1970 à 13 litres en 1997. Mal-

gré cette baisse, la France reste pour des raisons à la fois culturelles et sociales l'un des pays du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée.

Le Baromètre santé 12-75 ans, réalisé au plan national, montre que les habitudes de consommation d'alcool s'installent progressivement avec l'âge. Si l'on considère aujourd'hui l'ensemble de la population, ce sont les adultes, et notamment ceux de sexe masculin qui ont les consommations les plus importantes, tant en termes de fréquence que de quantités consommées. Par contre, les 15-25 ans déclarent beaucoup plus fréquemment des états d'ivresse que les adultes.

Selon l'expertise collective INSERM réalisée en 2001, l'augmentation du risque de mortalité et de maladies graves liées à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes par jour. Bien que tous les individus n'aient pas la même sensibilité à l'alcool, ces observations conduisent à recommander de ne pas dépasser 2 à 3 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 à 4 verres pour les hommes.

En ce qui concerne les dispositifs de prévention, la publicité pour les boissons alcoolisées est limitée par la loi du 10 janvier 1991 (assouplie en 1994). Par ailleurs, le seuil d'alcoolémie au volant considéré comme une infraction est fixé à 0,5 g/l en 1995.

## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé de Châteaubriant

### Faits marquants

Les pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des voies aéro-digestives supérieures) sont à l'origine de 44 des 780 décès survenus en moyenne chaque année parmi les habitants du territoire de santé de Châteaubriant au cours de la période 1996-2000.

Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas.

21 % du nombre total de décès de personnes âgées de 45 à 64 ans sont provoqués par ces affections.

La mortalité par cirrhose du foie constitue un bon indicateur des habitudes de consommation excessive d'alcool d'une population lors des décennies précédentes. Les habitants du territoire de santé de Châteaubriant présentent pour cette affection une mortalité supérieure de 59 % à la moyenne nationale au cours de la période 1996-2000. Cette surmortalité est la plus forte de celles observées dans les différents territoires de santé de la région.

## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé de Châteaubriant

### 81 % des décès directement liés à l'alcool concernent des hommes

Les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, les cirrhoses du foie, qui sont dans leur très grande majorité directement liées à une consommation excessive d'alcool, et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), liés le plus souvent à une consommation excessive d'alcool associée au tabac, sont à l'origine de 44 décès par an dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000 (Fig1).

Ces décès concernent des hommes dans 81 % des cas.

La consommation excessive d'alcool joue également un rôle causal ou favorisant dans la survenue de nombreuses autres pathologies ou traumatismes. Elle est ainsi à l'origine d'une part importante des 13 décès par accidents de la route survenus en moyenne chaque année dans la population du territoire de Châteaubriant au cours de la période 1996 à 2000.

### Un poids important dans la mortalité des moins de 65 ans

Les pathologies directement liées à l'alcool (cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou à l'association alcool-tabac (cancer des VADS) constituent des causes de mortalité importantes chez les personnes jeunes. Dans le territoire de santé de Châteaubriant, ces pathologies sont responsables de 14 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 21 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans.

Au-delà de 65 ans, les autres causes de décès, notamment cardio-vasculaires, augmentent fortement et on ne compte que 3 % des décès directement liés à l'alcool ou à l'association alcool-tabac (Fig2).

Le taux de mortalité par cancers des VADS augmente de façon prononcée et quasi-continue avec l'âge entre 35 et 75 ans et diminue au delà.

Une forte progression entre 35 et 55 ans se retrouve pour le taux de mortalité par cirrhose du foie, qui diminue par contre pour les âges plus élevés.

Le taux de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme augmente également avec l'âge entre 25 et 55 ans, âge auquel il atteint un maximum, mais la progression est nettement moins prononcée que pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie (Fig3).

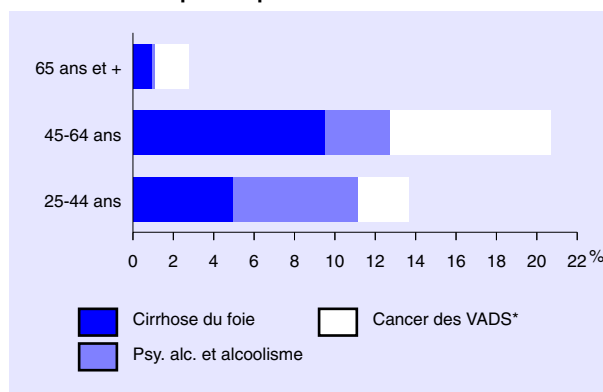
**Fig1. Nombre annuel moyen de décès directement liés à l'alcool dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000**

	Hommes		Femmes	
	Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
Cirrhose du foie	12	8	6	3
Psychose alcoolique et alcoolisme	5	5	1	0
Cancer des VADS*	18	8	2	1

Source : INSERM CépiDc

\* VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage)

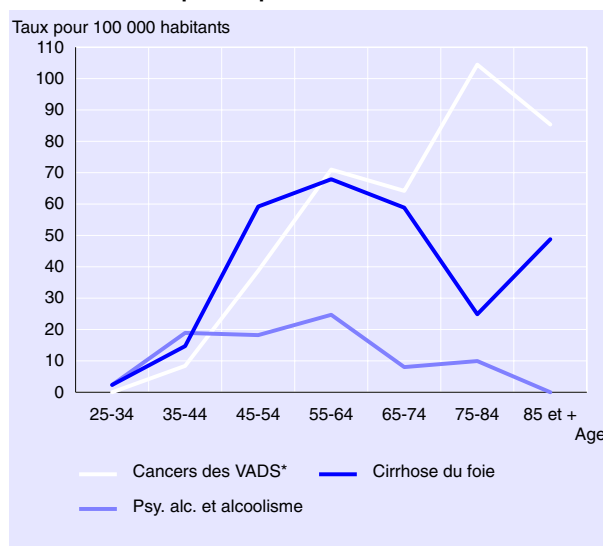
**Fig2. Part des causes de décès directement liées à l'alcool dans la mortalité générale selon le groupe d'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000**



Source : INSERM CépiDc

\* VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage)

**Fig3. Taux de mortalité par âge dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\* VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage)



## 4.3 Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool

Territoire de santé de Châteaubriant

### Une mortalité par cirrhose du foie qui reste supérieure à la moyenne nationale

En France, la mortalité principalement liée à l'alcool a poursuivi au cours des années 90 la baisse constatée pour la décennie précédente. Ainsi, entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité par cirrhose du foie à structure d'âge identique, a reculé de 11 %.

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, il est difficile de dégager une tendance évolutive au cours des années 90 du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie. Ce dernier reste très nettement supérieur à la moyenne nationale sur l'ensemble de la décennie (Fig4).

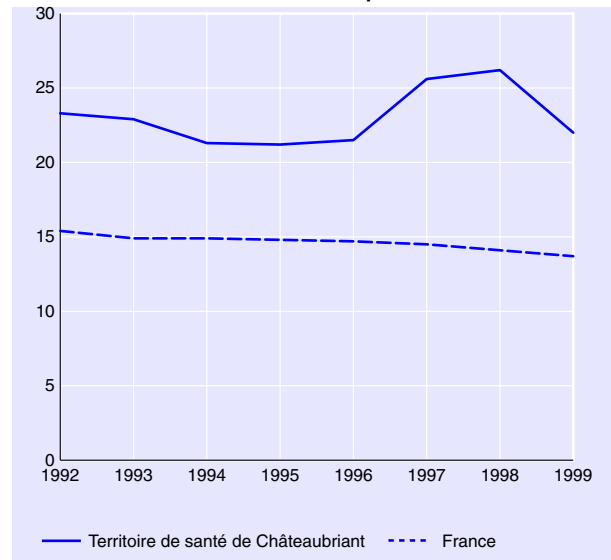
L'indice comparatif de mortalité par cirrhose du foie, indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité par cirrhose du foie dans le territoire de santé de Châteaubriant à celle observée au plan national à structure d'âge identique, est ainsi égal à 159 pour les années 1996 à 2000, ce qui correspond à une surmortalité par cirrhose du foie de 59 %, la plus forte de celles observées dans les différents territoires de santé de la région (Fig5).

Cette situation de surmortalité se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+15 %) et pour six autres territoires : Saint-Nazaire (+54 %), Saumur (+45 %), Challans (+41 %), les Sables-d'Olonne (+28 %), Nantes (+22 %) et le Mans (+16 %).

Pour sept territoires (Angers, Cholet, Sablé / La Flèche, Laval, Château-Gontier, La Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte), la mortalité par cirrhose du foie n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale.

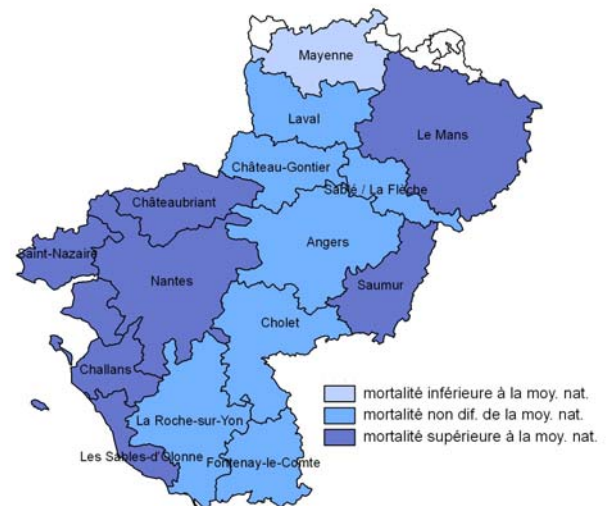
Enfin, le territoire de Mayenne présente une mortalité par cirrhose du foie inférieure de 31 % à la moyenne nationale (Fig5).

**Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine**



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

**Fig5. Indice comparatif de mortalité par cirrhose du foie dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000**



Territoire	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	138	827 865	122	**
Saint-Nazaire	62	249 636	154	**
Châteaubriant	17	67 952	159	**
Angers	58	421 051	101	ns
Cholet	34	238 030	99	ns
Saumur	24	105 005	145	**
Sablé / La Flèche	10	63 404	105	ns
Laval	21	140 222	102	ns
Mayenne	8	74 680	69	*
Château-Gontier	9	73 731	81	ns
Le Mans	78	440 545	115	**
La Roche-sur-Yon	33	229 250	97	ns
Les Sables-d'Olonne	23	91 744	128	**
Fontenay-le-Comte	12	79 039	89	ns
Challans	20	82 374	141	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>551</b>	<b>3 222 784</b>	<b>115</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01

### Contexte national

En 1999, plus de 10 000 décès par suicide ont été déclarés en France, ce qui représente 2 % des décès. Ce nombre de décès est en outre vraisemblablement sous-estimé, une enquête de l'INSERM sur les décès de cause indéterminée évaluant à environ 7 % cette sous-estimation. Plus de 70 % des décès par suicide concernent des hommes. L'incidence du suicide varie fortement avec l'âge : elle augmente jusqu'à 40 ans, reste relativement constante jusqu'à 70 ans, puis augmente fortement, surtout chez les hommes. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (38 %), les armes à feu (24 %) et l'ingestion de substances toxiques (14 %). Les noyades sont moins souvent recensées. Les hommes se suicident principalement par pendaison ou par armes à feu, les femmes par pendaison ou par ingestion de toxique.

Selon les statistiques Eurostat, sur la période 1997-1999, les taux standardisés de mortalité par suicide en France atteignent 26 pour 100 000 habitants chez les hommes et 8,7 chez les femmes. Ils sont parmi les plus élevés des pays de l'Union européenne. La France occupe ainsi le 3ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (37,7) et l'Autriche (28,3) pour les hommes et le 2ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (9,7) pour les femmes.

Au cours des trente dernières années, le taux de mortalité par suicide, tous âges confondus, a connu en France d'importantes fluctuations. Relativement stable avant 1968, il a ensuite augmenté jusqu'en 1985, l'augmentation étant plus marquée à partir de 1976 (progression de près de 40 % entre 1976 et 1985). Depuis 1985, où il a atteint en moyenne pour les 2 sexes 26,3 pour 100 000 habitants, il ne cesse de diminuer. Ces tendances globales recouvrent des évolutions variables selon les tranches d'âge et selon le sexe. Ainsi, les taux de mortalité des hommes de plus de 65 ans ont connu les variations de plus fortes amplitudes alors que la mortalité par suicide des femmes de 15 à 24 ans a très peu varié.

L'analyse de ces évolutions met également en évidence l'influence de la conjoncture économique sur la propension au suicide des individus : par exemple, une remontée

de la mortalité par suicide a été constatée pendant toute la première moitié des années quatre-vingt. Des différences de comportements vis-à-vis du suicide ont aussi été mises en évidence selon les cohortes de naissances : une plus forte mortalité par suicide a ainsi été observée pour la génération du "baby-boom", par rapport à celle de l'entre-deux-guerres.

D'autres facteurs de risque de suicide sont bien identifiés. La famille et le soutien social protègent du suicide, notamment les hommes : il y a plus de suicide chez les hommes divorcés, vivant seuls ou après la perte de leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les régions rurales.

Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont également à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). La dépression notamment concerne plusieurs millions de personnes. Une enquête menée par le CREDES évaluait à près de 10 % la prévalence de la dépression chez les hommes dès l'âge de 30 ans, et à 20 % chez les femmes. Mais elle n'est pas toujours diagnostiquée et seule une minorité reçoit un traitement adapté.

Le risque de décès par suicide est également très fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Une étude récente estime à 160 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours au système de soins. La moitié d'entre elles a bénéficié d'une intervention d'un médecin généraliste, 80 à 90 % d'une prise en charge par les urgences hospitalières, directement ou en étant adressé par un médecin généraliste. Le nombre de celles ne donnant pas lieu à un recours aux soins est difficile à estimer. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, surtout les plus jeunes. Elles se font majoritairement par intoxication médicamenteuse, et sont souvent de faible gravité sur le plan somatique. Par contre, les récurrences sont fréquentes (elles représentent 35 à 45 % des tentatives) et souvent précoces, notamment chez les jeunes.

### Faits marquants

Au cours de la période 1996-2000, 21 habitants du territoire de santé de Châteaubriant se sont suicidés en moyenne chaque année.

La mortalité par suicide est supérieure de 62 % à celle constatée au plan national. Châteaubriant est avec Le Mans et Challans l'un des trois territoires de santé de la région qui connaît la plus forte surmortalité par suicide.

Trois décès sur quatre concernent des hommes.

Comme au plan national, la fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge. Mais le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. Entre 15 et 44 ans, il est responsable de 18 % des décès.

## 4.4 Suicide

### Le suicide : à l'origine de plus de 20 décès chaque année

Au cours de la période 1996-2000, 21 habitants du territoire de santé de Châteaubriant se sont suicidés en moyenne chaque année. 17 de ces décès, soit les trois-quarts, ont concerné des hommes (Fig1).

La comparaison de la mortalité par suicide et de la mortalité par accident de la circulation illustre l'importance du problème. Pour la période 1996-2000, le suicide a causé 1,4 fois plus de décès que les accidents de la route (15 décès en moyenne chaque année).

### Entre 15 et 44 ans, près d'un décès sur cinq est un suicide

Le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. Ce constat résulte de la fréquence relativement faible des autres causes de décès. Dans le territoire de santé de Châteaubriant, le suicide est à l'origine de 10 % des décès prématurés (avant 65 ans).

C'est pour la population âgée de 15 à 44 ans que le suicide a le poids le plus important dans la mortalité, puisqu'il est à l'origine de 18 % des décès survenus dans cette tranche d'âge (Fig2).

### Mais la fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge

Si l'on rapporte pour chaque tranche d'âge le nombre de décès par suicide à la population concernée, on constate que la fréquence des décès par suicide varie de façon importante avec l'âge.

En France, elle augmente entre 15 et 35 ans, reste relativement constante jusqu'à 65 ans, puis augmente fortement au-delà.

Dans le territoire de santé de Châteaubriant, cette progression avec l'âge de la fréquence des décès par suicide s'observe également (Fig3).

Pour toutes les tranches d'âge, le taux de mortalité par suicide des habitants du territoire de Châteaubriant est plus élevé que la moyenne nationale.

**Fig1. Nombre annuel moyen de décès par suicide dans le territoire de santé de Châteaubriant pour la période 1996-2000**

	Hommes	Femmes	Deux sexes
Moins de 15 ans	0	0	0
15-44 ans	6	1	7
45-74 ans	8	2	10
75 ans et plus	3	1	3
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>21</b>

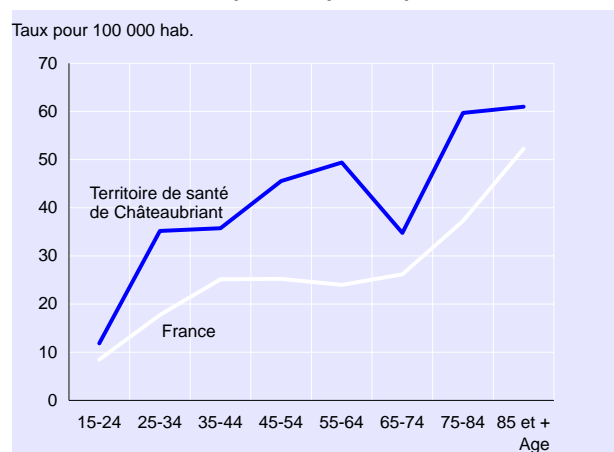
Source : INSERM CépiDc

**Fig2. Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès en 1996-2000 (en %)**

	Territoire de santé de Châteaubriant	Pays de la Loire	France
Moins de 15 ans	0	0	1
15-44 ans	18	19	16
45-74 ans	4	4	3
75 ans et plus	1	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Source : INSERM CépiDc

**Fig3. Taux de mortalité par suicide selon l'âge dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine pour la période 1996-2000**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## 4.4 Suicide

### Une mortalité par suicide qui reste supérieure à la moyenne nationale

En France, la mortalité par suicide diminue depuis le milieu des années 90, après avoir connu une période de stabilité au début de la décennie. Entre les périodes 1991-1993 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par suicide, indicateur qui permet de suivre l'évolution de la mortalité par suicide à structure d'âge identique, a globalement diminué de 16 %.

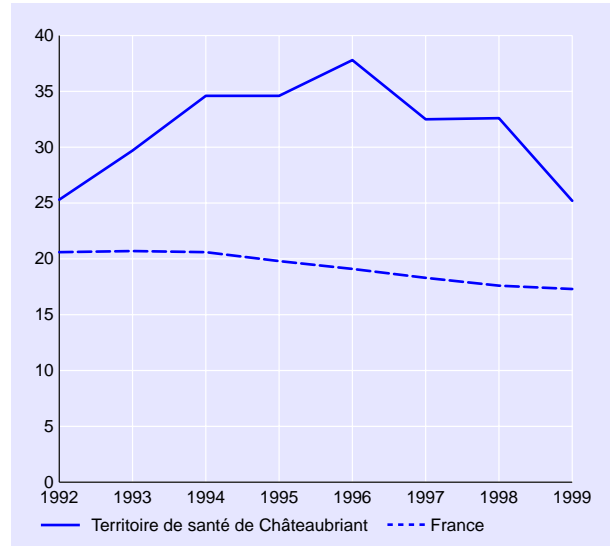
Dans le territoire de santé de Châteaubriant, le taux comparatif de mortalité par suicide a augmenté entre le début et le milieu des années 90. Il a diminué depuis, tout en restant très nettement supérieur au taux national (Fig4).

L'indice comparatif de mortalité par suicide, qui permet de comparer la mortalité dans le territoire de santé de Châteaubriant à celle observée au plan national, à structure d'âge identique, est ainsi égal à 162 pour les années 1996 à 2000. Cela correspond à une surmortalité par suicide des habitants du territoire qui atteint 62 % sur cette période (Fig5).

Cette situation de surmortalité se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+26 %) et dans la majorité des territoires de santé de la région. Le territoire de Châteaubriant fait partie de ceux pour lesquels la surmortalité est particulièrement importante, avec celui du Mans (+68 %) et de Challans (+60 %).

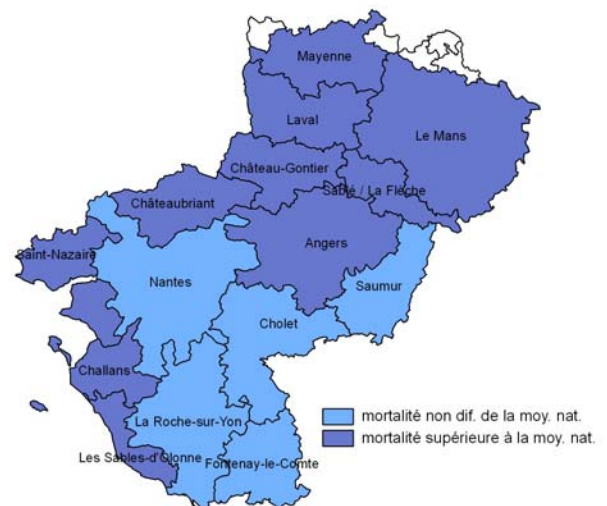
Une mortalité statistiquement non différente de la moyenne nationale s'observe pour 5 territoires : Nantes, Cholet, Saumur, La Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte.

Fig4. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide entre 1992 et 1999 dans le territoire de santé de Châteaubriant et en France métropolitaine



Sources : INSERM CépiDc, FNORS  
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Fig5. Indice comparatif de mortalité par suicide dans les territoires de santé des Pays de la Loire pour la période 1996-2000



	Nbre annuel de décès	Population totale au RP99	ICM	Significativité
Nantes	152	827 865	104	ns
Saint-Nazaire	65	249 636	137	**
Châteaubriant	21	67 952	162	**
Angers	92	421 051	122	**
Cholet	40	238 030	93	ns
Saumur	23	105 005	117	ns
Sablé / La Flèche	18	63 404	154	**
Laval	36	140 222	144	**
Mayenne	23	74 680	157	**
Château-Gontier	18	73 731	132	**
Le Mans	139	440 545	168	**
La Roche-sur-Yon	43	229 250	101	ns
Les Sables-d'Olonne	23	91 744	122	*
Fontenay-le-Comte	18	79 039	114	ns
Challans	26	82 374	160	**
<b>Pays de la Loire</b>	<b>746</b>	<b>3 222 784</b>	<b>126</b>	<b>**</b>

Sources : INSERM CépiDc, INSEE  
ICM France métropolitaine = 100  
ns : différence non significative ; \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01



# **Annexes**

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES

### MOUVEMENT NATUREL

Le mouvement naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.

### SOLDE MIGRATOIRE

Le solde migratoire est la différence entre l'effectif des immigrants et l'effectif des émigrants.

### MODELE OMPHALE

A l'issue de chaque recensement de la population, l'INSEE effectue des projections de population. Le modèle utilisé, Omphale, permet d'appliquer différents scénarios basés sur des hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations de population.

Le scénario retenu pour cette étude est le "Scénario central U". Il correspond aux hypothèses suivantes :

- en matière de fécondité, l'hypothèse utilisée pour toute la période de projection (2000-2030) est le maintien d'un indice de fécondité correspondant à l'indice calculé en 1999 dans le territoire, au moment du recensement de la population,

- en matière de mortalité, l'hypothèse retenue est celle selon laquelle la mortalité observée dans le territoire en 1999 va baisser au cours des trente prochaines années au même rythme que la tendance centrale métropolitaine observée entre la fin des années 1960, et la fin des années 1990,

- en matière de migrations, le scénario retenu est celui selon lequel les mouvements migratoires vont se poursuivre selon le même rythme que ceux constatés entre 1990 et 1999 dans le territoire.

## NATALITE

### NAISSANCES DOMICILIEES

Jusqu'en 1993, la statistique des naissances correspond à l'ensemble des enfants nés vivants, c'est-à-dire les enfants déclarés vivants et les faux mort-nés (enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil, dans les trois jours francs qui suivent la naissance). A partir de 1993, la statistique des naissances correspond aux enfants nés vivants et viables. Elles sont établies à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère.

### NAISSANCES ENREGISTREES

Elles sont établies à partir des bulletins d'état civil et comptabilisées au lieu d'accouchement.

### INDICE CONJONCTUREL DE FECONDITE (ICF)

(nombre moyen d'enfants pour 100 femmes)

L'ICF est le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité à chaque âge, observés l'année considérée, demeuraient inchangés. Egalement appelé somme des naissances réduites, il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans.

## MORTALITE

### DECES DOMICILIES

Les décès domiciliés sont établis à partir des bulletins d'état civil et comptabilisés au domicile de la personne décédée.

### TAUX COMPARATIF OU STANDARDISE DE MORTALITE

Le taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) est le taux 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 métropolitaine au recensement de 1990). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

### INDICE COMPARATIF DE MORTALITE (ICM)

Cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans un territoire, avec la moyenne nationale.

L'ICM est un rapport en base 100 entre le nombre de décès observé dans le territoire de santé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans ce territoire étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale ; un ICM de 84 signifie une sous-mortalité de 16 % par rapport à la moyenne France.

### MORTALITE SUPERIEURE/INFERIEURE

Dans la légende des cartes comparant les Indices comparatifs de mortalité par territoire de santé, le terme "mortalité supérieure" (versus inférieure) signifie que la mortalité du territoire est statistiquement supérieure (versus inférieure) à la valeur moyenne française (un test statistique ayant été effectué).

### TAUX DE MORTALITE INFANTILE

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances vivantes.



## MORTALITE PREMATUREE

Décès survenus avant 65 ans.

## DECES EVITABLES

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

Les travaux européens classent les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

## CAUSES MEDICALES DE DECES

Les statistiques de causes médicales de décès sont établies à partir des bulletins remplis par le médecin qui constate le décès. Ce bulletin précise les causes médicales du décès, en distinguant la cause initiale, la cause immédiate et les états morbides ou physiologiques associés. La cause initiale est définie comme le problème (maladie, accident...) à l'origine du processus morbide

qui a conduit au décès. Sauf information contraire, dans ce document, les calculs sont effectués à partir de la cause initiale de décès.

Une fois codés, les certificats sont transmis, sous forme anonyme, à l'INSERM - CépiDc qui assure le codage des causes de décès selon les règles de la Classification internationale des maladies (9ème révision), définie par l'Organisation mondiale de la santé. Ces données médicales viennent alors enrichir un fichier de données socio-démographiques transmis au CépiDc par l'INSEE.

Les données publiées par territoire sont domiciliées, c'est-à-dire rapportées au lieu de domicile de la personne, quel que soit le lieu de survenue du décès.

Les limites d'utilisation de ces données résultent tout d'abord de la certification, dans la mesure où le médecin qui remplit le certificat de décès ne dispose pas toujours de l'information nécessaire ou ne le fait pas toujours avec une précision suffisante. Cette situation s'observe notamment pour les personnes âgées, chez lesquelles les polyopathologies sont fréquentes et rendent parfois le remplissage du certificat difficile. Ainsi, dans les Pays de la Loire comme en France, près de 5 % des décès sont de cause mal définie. Mais c'est surtout chez les personnes âgées que cette situation est fréquente, puisque ce pourcentage est d'environ 3 % chez les moins de 85 ans et 8 % au-delà.

L'autre biais potentiel provient de la codification, même si l'utilisation de protocoles rigoureux de codage et depuis 2000 de la codification automatique, réduit fortement ce risque.

## CLASSIFICATION CIM9 OMS

9ème révision de la Classification internationale des maladies, définie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification comporte 17 chapitres.

### Mortalité par cancer

*Tumeurs :*

Code CIM9 : 140-239

Code CIM10 : C00-D48

*Cancers (tumeurs malignes) :*

Code CIM9 : 140-208

Code CIM10 : C00-C97.

### Mortalité liée à la consommation excessive d'alcool

*Cirrhose alcoolique et sans précision du foie :*

Code CIM9 : 571.0-571.3, 571.5

Code CIM10 : K70, K746.

*Psychose alcoolique et syndrome de dépendance alcoolique :*

Code CIM9 : 291, 303

Code CIM10 : F10.

*Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) :*

Code CIM9 : 140-149, 150, 160

Code CIM10 : C00-C14, C15, C32.

## **Mortalité par suicide**

Code CIM9 : E950-E959

Code CIM10 : X60-X84.

## **DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION**

Le dénombrement des séjours hospitaliers est effectué à partir du PMSI (programme de médicalisation du système d'information), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les diagnostics recueillis pour chaque séjour sont codés avec la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa 10ème révision (CIM 10), qui comporte 21 chapitres. Le chapitre 20 "Causes externes de morbidité et de mortalité" qui permet de coder les circonstances des accidents, des chutes et des empoisonnements n'est pas utilisé pour coder le diagnostic principal d'hospitalisation.

Dans ce document, les séjours sont classés en fonction du seul diagnostic principal (voir définition ci-dessous).

Une personne ayant bénéficié de plusieurs hospitalisations est comptée autant de fois qu'elle a été hospitalisée dans l'année.

Les séjours liés aux troubles mentaux ne prennent en compte que les hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (court séjour). En revanche, les hospitalisations plein temps dans les unités de soins psychiatriques (qui ne renseignent pas le PMSI) ne sont pas dénombrées.

Il s'agit de données brutes, non redressées. En particulier, les séjours pour lesquels le code postal n'a pas été correctement renseigné, ne sont pas comptabilisés. Les défauts d'exhaustivité (bases de données incomplètes) ne font pas non plus l'objet d'un redressement.

Les séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an ne comprennent pas les séjours des nouveau-nés bien portants, restés près de leur mère (diagnostic principal : Z38).

Les hospitalisations ayant un code "séances" comme diagnostic principal n'ont pas été prises en compte (voir méthodologie EBS).

## **DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'HOSPITALISATION**

Dans le résumé de sortie du PMSI en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Déterminer le DP consiste à répondre à la question : "pour quoi le patient a-t-il été principalement pris en charge pendant son séjour dans l'unité ?". Le DP, qui est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale, est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant, y compris les résultats des différents examens effectués.

## **INDICE COMPARATIF D'HOSPITALISATION (ICH)**

L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge et sexe. La base 100 correspond à la valeur de la population de référence.

Pour obtenir l'ICH, on calcule tout d'abord pour la population de référence (ici la France métropolitaine), les taux de séjours par tranche d'âge. On applique ensuite ces taux, pour chacun des groupes d'âge, à l'effectif de la population étudiée, réparti entre les mêmes tranches d'âge. On obtient ainsi un effectif théorique de séjours "attendus". L'ICH est le rapport entre l'effectif observé dans la zone étudiée et l'effectif théorique calculé. Lorsque cet indice est égal à 120, cela signifie que les séjours hospitaliers sont 20 % plus fréquents dans la zone étudiée que dans la zone de référence.

## **ICH SUPERIEUR/INFERIEUR**

Dans la légende des cartes comparant les ICH par territoire, un ICH supérieur (versus inférieur) signifie que l'ICH du territoire est statistiquement supérieur (versus inférieur), à la valeur moyenne française (base 100), un test statistique ayant été effectué.

## **SEJOUR CHIRURGICAL**

Un séjour chirurgical est un séjour qui comprend au moins un acte opératoire classant (tous les autres séjours sont considérés comme "médicaux").



Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire  
11, rue Lafayette - BP 90402 - 44004 NANTES CEDEX 1  
Tél. 02 40 20 64 10 - Fax 02 40 35 15 68  
[arh44-directeur@arh44.sante.gouv.fr](mailto:arh44-directeur@arh44.sante.gouv.fr)

---

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire  
Hôtel de la région - 1, rue de la Loire - 44966 NANTES CEDEX 9  
Tél. 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 05 61  
[accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com)