

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT	784
UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE	784
<ul style="list-style-type: none"> ● Une espérance de vie qui continue d'augmenter. 784 ● Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante 785 ● Des décès prématurés évitables 785 ● Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés 786 	
LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ	786
<ul style="list-style-type: none"> ● Des avancées, mais aussi des marges de progrès 786 ● Des maladies qui pèsent sur le système de santé 787 	
DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES	788
<ul style="list-style-type: none"> ● Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives 788 ● Alimentation et activité physique 790 ● Santé et vie au travail 790 	
AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ	791

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ

791

DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES

792

- La santé, marqueur des inégalités sociales 792
- Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités. 793
- Des disparités territoriales 794
- L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé 795

CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ

796

- L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique 796
- Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population 796

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT

Au cinquième rang des régions françaises les plus peuplées avec 3 584 848 habitants au 1^{er} janvier 2010, la région s'est accrue de 320 000 personnes, soit 32 000 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2009. Avec un taux de croissance moyen plus marquée dans la région, 0,9 %, qu'au plan national, 0,7 %. S'y distinguent la Vendée (1,5 %) et la Loire-Atlantique (1,2 %). Les trois autres départements enregistrent une évolution similaire à celle de l'hexagone.

Ce dynamisme est lié d'une part à une forte fécondité (44 000 naissances), la plus élevée des régions de France métropolitaine, et une faible mortalité (28 000 décès), ce qui entraîne un solde naturel élevé et d'autre part à des migrations importantes, le solde migratoire expliquant 50 % de la croissance démographique régionale.

La fécondité est en effet la plus élevée des régions de France métropolitaine avec 209 enfants pour

100 femmes, les départements de la région ayant tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale (2007). Le calendrier des naissances a été profondément modifié : 21 % des accouchements concernent des femmes âgées de 35 ans et plus en 2008 et 1,8 % des femmes de moins de 20 ans. La mortalité périnatale régionale reste inférieure à la moyenne nationale.

Mais selon les projections de population de l'Insee à l'horizon 2030 il faut attendre un vieillissement rapide en Pays de la Loire comparé à la moyenne nationale. Alors que les 20-59 ans représentent 53 % de la population aujourd'hui, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront alors les tiers de la population régionale contre 22% aujourd'hui, la part des plus de 75 ans dans la population pourrait doubler de 8,4 % de la population à 14,5 %. Et la population des habitants de plus de 85 ans passerait de 90 000 en 2010 à 134 300 en 2030.

Population totale	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Population légale au 1er janvier 2010	1 281 031 35%	794 497 22%	310 698 9%	572 034 16%	626 588 18%	3 584 848 100%

UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE

● Une espérance de vie qui continue d'augmenter

L'état de santé global des Français, comme des Ligériens, mesuré à l'aide des indicateurs de morbi-mortalité apparaît plutôt bon. Ils suivent presque les mêmes tendances en Pays de la Loire^{ii,iii} qu'au niveau national. Nous analysons successivement les indicateurs de mortalité (tous âges confondus), puis de mortalité prématurée (avant 65 ans) et enfin de morbidité autrement dit les maladies.

Entre 2005 et 2009, l'espérance de vie a continué à progresser. En 2007, la France était en tête des pays européens pour l'espérance de vie féminine, celle des hommes se situait au niveau de la moyenne de l'ancienne Europe des quinze. Dans les Pays de la Loire l'espérance de vie à la naissance est de 84,9 ans pour les femmes, supérieure à la moyenne nationale et de 77,5 ans pour les hommes, proche de la moyenne nationale,

Le taux de mortalité tous âges confondus (8,6 pour 1000) est l'un des plus faibles d'Europe, comme le

taux de mortalité infantile au 5ème rang des pays Européens (3,6 décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances). La mortalité a baissé de façon considérable, de plus de 30% en 20 ans en France comme dans la région des Pays de la Loire. Les quatre grandes causes de mortalité, maladies cardiovasculaires (30%), tumeurs (29%), accidents et morts violentes dont les suicides (9%), et maladies de l'appareil respiratoire (6%) ont toutes connu des baisses régulières depuis 1980, jusqu'à 40% pour le recul de la mortalité cardiovasculaire.

En Pays de la Loire la mortalité régionale des cardiopathies ischémiques est inférieure à la moyenne française et la mortalité régionale par cancer du poumon inférieure à la moyenne française.

En revanche pour les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool, cirrhoses alcooliques, cancers du foie et des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route et suicides, les taux de mortalité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Le taux de mortalité par cancer est en baisse de 10 % sur 20 ans. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués. La situation régionale est globalement peu différente de la moyenne nationale pour les hommes. Elle est plus favorable pour les femmes avec une mortalité inférieure de 4%.

Le suicide a été à l'origine de 710 décès en 2007 en Pays de la Loire. Les décès par suicide sont très rares avant 15 ans, et c'est entre 35 et 54 ans que leur nombre est le plus important. Mais c'est surtout pour les personnes de plus de 75 ans, et notamment pour les hommes, que le risque de suicide est le plus élevé. Les trois quarts des suicides concernent des hommes. La surmortalité régionale du suicide reste récurrente, avec une mortalité qui dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de

● Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante

Si la mortalité est inférieure à la moyenne nationale, la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès est importante. Certes, depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité prématurée a diminué de 33% chez les hommes et 31% chez les femmes. Cependant cette mortalité prématurée reste élevée, surtout chez les hommes: 27 % des décès masculins, 12 % des décès féminins sur la période 2005-2007). En comparaison à d'autres pays européens le taux de mortalité prématurée est 20% plus élevé qu'au Royaume Uni.

Les quatre principales causes de mortalité prématurée en France sont : les tumeurs (38%), dont le cancer du poumon chez l'homme (11%) et cancer

● Des décès prématurés évitables

Parmi les décès prématurés, un certain nombre pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les conduites routières dangereuses. Dans la région, on estime que plus de 2 000 décès pourraient être ainsi évités chaque année. Comme en France, 80% des décès évitables concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon pour les hommes et du sein pour les

21 % chez les femmes pour la période 2005-2007. Cette surmortalité des hommes par rapport aux femmes touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge et tous les départements. Pour les femmes, elle ne concerne que le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Ces deux derniers départements apparaissent particulièrement touchés, avec une surmortalité par suicide qui atteint respectivement 51 et 46 % pour les hommes, et 34 et 61 % pour les femmes sur la période 2005-2007. Cependant en Pays de la Loire, comme en France, le taux standardisé de mortalité par suicide est en recul depuis le milieu des années 80, pour les femmes (-2,3 % en moyenne par an entre 1985 et 2006) et de façon moins marquée pour les hommes (-1,6 %). Cette baisse concerne tous les âges mais est surtout marquée au-delà de 50 ans.

du sein chez la femme (14%), les morts violentes dont le suicide, l'alcoolisme et les cardiopathies ischémiques.

La mortalité prématurée par cancer du poumon augmente chez les femmes dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de mortalité prématurée par cancer du poumon observée au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

Enfin, on note des disparités persistantes entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine et Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée. Il est régional sont supérieurs aux taux nationaux.

femmes et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée évitable est en recul pour chacun des deux sexes. Ainsi, entre 2001 et 2004, le taux standardisé de cet indicateur a diminué de 4% en moyenne chaque année (5% chez les hommes, 3% chez les femmes). Cette évolution, également constatée au plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.



DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



■ Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés

Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie. Il faut aussi ajouter de la vie aux années. La mesure de l'espérance de vie sans incapacité apporte un éclairage sur la qualité de vie. En 2005, en France cet indicateur est estimé à 68 ans pour les hommes et à 69,7 ans chez les femmes. Dans les deux cas, l'espérance de vie sans incapacité était inférieure de cinq ans à celle des pays les mieux classés en Europe alors que l'espérance de vie globale en France reste parmi les plus longues.^{iv}

Les incapacités sont récemment documentées grâce à l'enquête en population générale « Handicap, incapacités, dépendance » (HID)^v. 13% de la population souffre de déficiences motrices, 11%

de déficiences organiques (cardiovasculaires, respiratoires...) et plus de 6% de déficiences intellectuelles ou mentales. Près de 8 millions de personnes présentent des déficiences motrices de gravité variable. Une personne sur trois répond par l'affirmative à la question « Rencontrez vous dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ». 650 à 700 000 personnes handicapées vivent dans des institutions spécialisées, la grande majorité vit donc en milieu ordinaire.

Il y a lieu cependant de noter d'importants progrès ces dernières années concernant l'espérance de vie en bonne santé, par exemple le traitement de la douleur et le traitement de certaines déficiences (cataracte, prothèses de hanche, de genou,...).

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

■ Des avancées, mais aussi des marges de progrès

La situation est plus favorable dans les Pays de la Loire par rapport à la situation nationale pour les maladies cardio-vasculaires.

En revanche la situation est défavorable pour les pathologies et problèmes liés à la consommation excessive d'alcool : cirrhoses alcooliques et cancers du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route, suicides.

Elle est également défavorable pour la prévalence de l'asthme qui est élevée dans la région, au 3^{ème} rang national avec 8 % des enfants de 5-6 ans touchés (6% en France métropolitaine), comme l'allergie en général. La prévalence de l'asthme a augmenté au cours des 20-30 dernières années en France comme dans d'autres pays industrialisés. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. On estime par ailleurs que 15% de la part des asthmes sont attribuables aux expositions professionnelles.

Le nombre d'accidents et de victimes d'accidents de la circulation a connu une baisse marquée dans la région comme en France, depuis 2000 : 500 décès à 30 jours en 2000 et 240 en 2008. Cependant la situation régionale reste défavorable, notamment pour les 15-24 ans (surmortalité d'environ 20 %). Les accidents représentent une cause notable de dé-

ficiences et de handicaps : il y aurait chaque année autant de blessés avec séquelles majeures que de tués. Quant aux accidents de la vie courante, deux populations sont particulièrement touchées. Il s'agit des jeunes, notamment les garçons et des personnes âgées, notamment les femmes, la moitié par chute ou suffocation chez des plus de 75 ans. La mortalité est importante mais en diminution (baisse d'environ de 50 % de la mortalité par chute en 20 ans) et représente 1 070 décès par an (2005-2007)

La situation est aussi défavorable en ce qui concerne les tentatives de suicide des jeunes et des filles qui sont plus fréquemment déclarées chez les 15-25 ans de la région qu'au plan national. Différents facteurs de risques sont bien identifiés¹ : l'instabilité familiale, l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales.

Le poids du suicide est également à mettre en lien avec l'abus d'alcool mais aussi avec la fréquence des troubles de la santé mentale et des affections psychiatriques. Ainsi, la file active des secteurs de psychiatrie de la région - secteurs qui, bien sûr, ne constituent pas toute l'offre de soins en psychiatrie - représente 2,4 % de la population régionale. Ceci illustre bien le poids considérable de ces problèmes de santé dans la population.

¹ La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus octobre 2000

■ Des maladies qui pèsent sur le système de santé

Les indicateurs de morbidité approchés par les motifs d'admission à l'ALD30 permettent d'identifier quatre groupes qui pèsent de façon prépondérante en termes de fréquence dans le recours aux soins, représentant plus des trois quart des affections : les pathologies cardio-vasculaires (4% de l'ensemble des assurés sociaux), les tumeurs malignes (2,3%), le diabète (2,2%) et les affections psychiatriques (1,6%).

Le poids des maladies cardio-vasculaires est favorable dans la région avec une moindre fréquence des admissions en ALD (inférieure de 6%) et des hospitalisations (inférieure de 13%).

Les cancers représentent 18 500 nouveaux cas en 2005, en forte augmentation (+20 % entre 2000 et 2005, multiplié par 2,2 depuis 1980), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+17 % ; multiplié par 1,9), liée à l'augmentation et au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic, à l'augmentation du risque.

Le diabète et l'obésité sont dans la région comme en France, des affections de plus en plus fréquentes. Le diabète traité avec des médicaments représentait 2 % en 1999, 2,7 % en 2006.

L'obésité touche 6,6 % de la population adulte en 1997, 11,5 % en 2006, 13,3% en 2009. La région est cependant en situation favorable par rapport au niveau national en proportion de personnes obèses ou en surcharge pondérale chez les adultes. La proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Elle est de 14,5% en France (enquête Obépi 1997-2009).

Chez les adolescents et adultes, cet écart avec la France tend à se réduire. Dans les Pays de la Loire, la prévalence de l'obésité et du surpoids pour les plus de 15 ans est estimée à 11,5% et l'écart, qui était favorable avec la France (14%) tend à se réduire (1^{er} rang, par ordre croissant en 2000, 7^{ème} rang en 2006). Les résultats de l'enquête Baromètre santé-jeunes (12-25 ans) entre 2000 et 2005 et Obépi (adultes) entre 1997 et 2009 montrent une augmentation plus rapide de la prévalence de la surcharge pondérale dans la région qu'en France.

Toutefois, ce constat n'est pas observé chez les jeunes enfants. Entre les générations des enfants

nés au milieu des années 1990 et celles des enfants nés au début des années 2000, on observe une tendance à la baisse de la prévalence de la surcharge pondérale, et celle-ci apparaît plus marquée dans les Pays de la Loire qu'au niveau national (enquêtes Drees 1999-2000, 2005-2006 provisoires). Chez les enfants de 5-6 ans scolarisés la proportion d'enfants obèses et en surcharge pondérale est respectivement 1,7% et 10,6% dans la région pour respectivement 3,9 % et 14,5% en France (enquête Drees 1999-2000). Les résultats provisoires de l'enquête de la Drees, effectuée auprès des enfants de 5-6 ans scolarisés en 2005-2006, confirment cette situation favorable dans la région.

Le poids des troubles mentaux et du comportement dont la fréquence est difficile à mesurer est souvent sous-estimé. En pays de la Loire, 2,4 % de la population totale était suivie par les secteurs de psychiatrie en 2003.

Le poids de la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui de 36 500 cas estimés dans la région Il sera de 55 000 en 2020.

Concernant les maladies infectieuses, l'épidémie de rougeole en France et dans la région depuis 2008 s'intensifie en 2010, mettant en exergue l'insuffisance de la couverture vaccinale, même si une amélioration a été constatée. Par ailleurs, on ne saurait méconnaître l'importance des infections nosocomiales avec une situation moyenne de la région (12^{ème} rang national^{vi}). Les investigations récentes de cas groupés concernent des infections à bactéries pyocyaniques en réanimation, de streptocoques A en obstétrique ou bien une épidémie de gastroentérites dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. La situation protégée des Pays de Loire par rapport aux staphylocoques résistant à la méthicilline (SARM)^{vii}, doit être relativisée par le mauvais classement de la France au sein de l'Europe. Enfin, il convient de citer les maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH. La région occupe une position moyenne (9^{ème} rang) pour la fréquence de la découverte de la séropositivité au VIH^{viii} avec une évolution moins favorable que dans les autres régions notamment liée à la situation en Loire Atlantique.

Concernant les maladies professionnelles, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la première cause de maladies professionnelles en France. Elles touchent 17% des hommes et 27 % des femmes. La région Pays de la Loire est la se-



DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



conde région française la plus touchée. Selon les résultats d'une enquête menée pendant deux semaines consécutives en 2007 auprès de médecins du travail volontaires de la région (Programme de surveillance des maladies à caractère professionnelle), la prévalence des maladies à caractère professionnel dans la population salariée s'élève à 4,8 %. Les troubles musculo-squelettiques s'élèvent à 2,9 %, la souffrance psychique touche 1,1 % des hommes et 2,2% des femmes.

L'enquête SAMOTRACE 2007-2008 a montré dans la région que 36% des invalidités pour troubles psychiatriques sont en lien avec le travail, dont 29% le sont complètement et 7% le sont partiellement.

Enfin concernant les affections liées à l'amiante il existe une surmortalité par rapport au niveau national liée au mésothéliome pleural en Loire-Atlantique (+80%) et en Sarthe (+60 %) sur la période 2005-2007.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES

Les conduites et habitudes de vie y compris au travail déterminent l'état de santé. Trois attitudes sont fréquemment citées comme ayant un fort impact sur la santé : la consommation de produits comme l'alcool et le tabac, la sédentarité et son corollaire la pratique de l'exercice physique, et les comportements alimentaires. Loin d'être uniquement liées à une décision individuelle mais probablement en interaction complexe et dynamique avec des déterminants sociaux, certaines de ces attitudes sont

classiquement qualifiées de « comportements à risque » et invitent à une classification des maladies sous le vocable de « mortalité évitable ». Ainsi, en 2006, au sein des 27 pays de l'Union Européenne, la France a les taux de décès prématurés, liés à des comportements à risques parmi les plus élevés, après les pays nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique. 2 000 décès leurs sont ainsi attribués dans la région (80% concernent des hommes).

● Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives

Alcool et tabac

Un tiers des personnes âgées de plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool (trois fois plus élevée chez l'homme que chez la femme), même si la consommation par habitant a diminué de plus de 10% en 5 ans et que l'on note un recul très important de la mortalité directement liée à cette consommation (40 à 50 % en 20 ans). La situation régionale est nettement défavorable liée à la surmortalité par accidents de la circulation et par suicide, la surmortalité des hommes pour de nombreuses affections, et des habitudes régionales d'alcoolisation excessive qui perdurent dans les jeunes générations avec une expérimentation précoce d'alcool très préoccupante.

Bien que le risque alcool/addictions ait été activement suivi dans la région, la Conférence régionale de santé a souligné que des marges de progrès existent en matière de promotion de la santé, prévention, d'accès aux soins, de maintien dans l'emploi et de réinsertion. Ce thème reste donc l'une des priorités pour la politique de santé de la région.

L'usage du tabac concerne en France 26,6% des femmes et 33,3 % des hommes. Cette consommation est en baisse très marquée depuis 2000 dans la région comme en France (1200 cigarettes par habitant en 2001, 780 en 2008). La consommation régionale historiquement faible explique la faible mortalité régionale par cancer du poumon, de la vessie, par broncho-pneumopathie chronique obstructive, par maladies cardio-vasculaires.

Une préoccupation particulière concernant les jeunes

Les consommations de produits psycho actifs ne concernent pas seulement les jeunes mais elles occupent à cet âge une place particulière. Ainsi la consommation d'alcool et de cannabis jouent un rôle important dans la survenue des accidents qui est la première cause de mortalité des jeunes. En outre le risque d'installation d'une dépendance à un produit est d'autant plus élevé qu'il est expérimenté tôt dans la vie.

Les habitudes de jeunes ligériens en matière de consommation de tabac ainsi qu'en matière d'usage du cannabis restent peu différentes de la moyenne nationale. En 2005, le tabagisme quoti-

dien concerne 30 % des jeunes ligériens de 15-25 ans, contre 31 % en France et 7% ont une consommation régulière de cannabis (dix fois ou plus souvent dans le mois) avec une stabilité du taux de fumeurs dépendants (11%) chez les jeunes de 15-25 ans. Malgré un recul de l'âge d'initiation au tabagisme constaté entre 2000 et 2005, 24% des jeunes ligériens âgés entre 12 et 14 ans déclarent avoir déjà fumé. Mais cet écart se réduit progressivement.

Il n'en est pas de même au regard de leur consommation d'alcool, domaine où la situation régionale est défavorable².

Ainsi, en 2005 :

- (se reporter aux cartes du panorama statistique)
- De façon globale, le problème est essentiellement un problème de répartition géographique des professionnels, notamment des médecins, sur le territoire.
- Pour les médecins généralistes en Pays de la Loire, la problématique démographique se pose surtout en Mayenne et en Sarthe, avec des densités très faibles sur certains territoires, ainsi que sur certains territoires de Vendée.
- 44% des 18-25 ans contre 33 % en France déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et 20% des 15-25 ans déclarent en consommer plusieurs fois par semaine
- 21% des garçons de 18 à 25 ans contre 12 % en France déclaraient boire 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine (essentiellement le week-end) et (28% des 15-25 une fois par mois ou plus).
- 22% des 18-25 ans (et 15 % des 15-17 ans) déclaraient avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois, contre 15 % (et 11 %) en France
- 16% des garçons de 18 à 25 ans déclaraient être régulièrement ivres (au moins 10 ivresses dans l'année), plus souvent ivres que leurs homologues du reste de la métropole, avec un taux d'ivresses répétées en nette hausse chez les jeunes de 17 ans entre 2002/2003 et 2005 (de 24 % à 34 %).
- 57% des 12-14 ans déclarent une expérimentation précoce.

Drogues illicites

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de la poly-

consommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments. Globalement chez les jeunes comme pour l'ensemble de la population, la consommation de substances psychoactives est un comportement plutôt masculin.

Le cannabis

L'usage régulier du cannabis dans la région demeure relativement stable chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans (7% des 15-25 ans) et très proche de la moyenne nationale³. Cette consommation concerne plus fréquemment les garçons (10% des 15-25 ans) que les filles (3%). Selon le baromètre santé-jeunes 2005, 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir souvent fumé du cannabis en étant seul, au cours de l'année. 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir connu à cause du cannabis des effets indésirables, 30% des problèmes de mémoire et 10% des difficultés scolaires ou professionnelles.

Les autres drogues

5% des 15-17 ans et 13% des 18-25 ans ont déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis. Les poppers (solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle) sont en 2005 les plus expérimentés devant les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne.

Très peu de jeunes adoptent un usage répété de ces drogues : 1 à 2% des 15-25 ans déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Enfin l'héroïne est très rarement citée parmi les produits expérimentés mais les acteurs régionaux soulignent une augmentation de son usage.

Les jeunes Ligériens de 17 ans présentent des expérimentations de poppers franchement plus élevées que ceux mesurés sur l'ensemble du territoire. En revanche, les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne sont inférieures aux niveaux nationaux (Atlas Escapade 2008 - Observatoire français des drogues et toxicomanies).

Recours aux soins des usagers de drogues

Selon une étude de la DREES, au cours du mois de novembre 2003, 990 usagers de drogues ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région, dont les deux-tiers à l'un des neuf Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Si le taux régional de recours a augmenté en une décennie, il reste parmi les plus faibles de France (2nd rang).

²Rapport régional 2009 de l'ORS sur la santé des jeunes

³Enquête baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2005, ORS Pays de la Loire 2006



DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



● Alimentation et activité physique

L'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique constituent des déterminants essentiels du surpoids et de l'obésité. Dans la région, la proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Certes, elle est de 14,5% en France mais la position plutôt protégée de la région tend à disparaître pour les adolescents et les adultes (enquêtes Obépi, Baromètre santé jeunes). Cette situation est particulièrement préoccupante parce que l'obésité retentit fortement sur l'ensemble de la santé, physique, mentale et sociale. Mais aussi parce que la nutrition constitue un déterminant majeur des maladies cardio-vasculaires et du diabète, et joue aussi un rôle désormais bien démontré dans la survenue de nombreux cancers (35% des décès

● Santé et vie au travail

La souffrance au travail en lien avec les évolutions actuelles des conditions de travail, ainsi que l'importance des dommages qui en résultent pour la santé mentale et physique des salariés, sont désormais considérés comme un enjeu de santé publique majeur.

Ces risques peuvent en effet, provoquer ou favoriser des pathologies mentales ou physiques, augmenter le risque d'accident du travail ou de trajets, être facteurs de précarisation voire d'exclusion à l'issue d'un processus de fragilisation pouvant conduire à la perte d'emploi. Avec 27% des consultations, le risque psychosocial est le 1er motif de consultation dans les services dédiés aux pathologies professionnelles en France et dans la région* (principales pathologies : dépression et anxiété). Les risques psychosociaux au travail, en tant que risques émergents, ont été identifiés comme l'une des priorités thématiques par la Conférence régionale de santé et la région s'est dotée d'un réseau régional de médecins du travail contribuant au repérage des phénomènes émergents.

par cancer attribuables). L'enjeu nutritionnel, à tous les âges de la vie, semble donc fondamental.

Le baromètre santé montre qu'un français sur deux avait pratiqué une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé (intense ou régulière). Les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquent beaucoup moins d'activité physique. Cette donnée est importante quand on réfléchit à tous les acteurs de la vie sociale ou citoyenne en capacité de faire des propositions motivantes et originales à ce groupe d'âge au-delà d'une simple injonction soignante à «faire de l'exercice».

Au total de meilleures habitudes alimentaires combinées à une moindre consommation tabagique peuvent en partie expliquer une mortalité régionale des cardiopathies ischémiques inférieure à la moyenne française

Le baromètre santé vient opportunément compléter ses données en montrant que quatre actifs sur cinq disent ressentir une pénibilité physique ou mentale au travail et quatre sur dix déclarent que le travail affecte leur santé. Le stress vient en tête des affections déclarées (28%) suivi de fatigue générale (27%), du mal de dos (22,9%) et des douleurs musculaires du dos et du cou (19%). Plus précisément pour faire face à ces troubles, quatre personnes sur dix déclarent manger plus souvent que d'habitude, fumer davantage et augmenter sa consommation d'alcool (un buveur sur dix). Manger, fumer et boire ne seraient donc pas que des déterminants liés au comportement individuel... Enfin le travail comporte des risques liés à l'exposition à des produits potentiellement dangereux pour la santé. On estime que 4% de l'ensemble des cancers sont attribuables à des facteurs professionnels. Mais il est très probable que ce taux soit sous-estimé et qu'il puisse atteindre 15 à 20% pour certaines pathologies comme le cancer pulmonaire enquête (SUMER 2003).

AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les indicateurs de perception décrivant ce que les usagers et professionnels considèrent comme important^{xi} conduisent aussi à mesurer l'état de santé de la population. Trois quarts des français ont une perception très positive de leur état de santé mais cette perception évolue défavorablement avec l'âge.

D'autres indicateurs comme la qualité de vie ou la souffrance psychique sont mesurés régulièrement par le baromètre santé^{xii} de l'Inpes.

Les déterminants psychosociaux doivent aussi être pris en compte dans la mesure de l'état de santé. Les travaux en sciences humaines^{xiii xiv} ont montré la part déterminante des concepts d'estime de soi, d'image de soi et de reconnaissance sociale ainsi que le sentiment de contrôle sur sa santé, de «coping» ou des concepts plus récents et plus complexes comme la résilience ou «l'empowerment»

dans la maladie chronique^{xv}. La perception d'un individu du contrôle qu'il exerce sur son état de santé fait l'objet de très nombreux travaux dans la littérature avec la proposition de modèles conceptuel plus récent^{xvi} et plus complexe tendant à montrer combien le lieu de contrôle, le contrôle perçu, l'efficacité de soi, la hardiesse ou le sentiment d'auto-maîtrise sont de bons facteurs de protection de l'état de santé d'un individu en favorisant des attitudes de prévention primaire et secondaire. Ainsi la façon dont un individu ou un groupe maîtrise un ensemble de dix compétences peut avoir un impact significatif sur des déterminants importants comme la consommation de produits, l'alimentation ou ce qui détermine sa santé mentale la prise en compte de tous ces éléments amène à repenser l'organisation des services de premier recours et leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé.

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ

Indépendamment des menaces terroristes accrues ces dernières années, exigeant des préparations et des réponses spécifiques, l'organisation sanitaire est de plus en plus souvent confrontée à l'émergence de maladies nouvelles et/ou l'apparition de nouvelles formes de risques sanitaires, dont certains sont dits majeurs. Pour un certain nombre de ces risques, leur diffusion peut être extrêmement rapide sur la planète.

L'opinion publique, largement relayée et amplifiée par les médias, est très sensible à ces nouvelles menaces, potentiellement graves et d'extension rapide. Depuis 10 ans environ, les pouvoirs publics ont mis en place une politique prenant en compte ces nouvelles menaces. Cependant, la population n'a pas suffisamment été associée aux mesures prises au niveau national ou local et ses rapports aux risques majeurs restent encore très distendus.

Parmi ces risques sanitaires émergents ou ré-émergents, on peut citer :

L'apparition ou l'adaptation de nouveaux agents pathogènes infectieux, type virus grippal pandémique, SRAS, fièvres hémorragiques, dengue,

Chikungunya, VIH du fait de modifications environnementales, climatiques ou de mutations génétiques.

La circulation accrue et rapide des agents pathogènes et de leurs vecteurs est favorisée par les échanges humains et commerciaux mondiaux ; des vecteurs s'adaptent à de nouveaux territoires (ex : moustique tigre).

L'aggravation ou la recrudescence de maladies infectieuses existantes, comme la résurgence de maladies infectieuses favorisées par une couverture vaccinale insuffisante (rougeole, coqueluche,...), et qui se développent plus particulièrement dans certaines collectivités, la résistance accrue aux antibiotiques de nombreuses bactéries ou le développement des maladies infectieuses nosocomiales en secteur de soin.

La diffusion de produits toxiques dangereux (lait à la mélanine, meubles et diméthylfumarate,...) au travers des échanges commerciaux mondiaux.

L'impact sanitaire potentiel à grande échelle de catastrophes naturelles (mouvements de terrain, inondations, crises climatiques,...) ou industrielles



DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



(pollutions, rupture de barrage,...), même si les risques en termes de probabilité sont le plus souvent faibles.

La densification humaine et les regroupements occasionnels de populations favorisent potentiellement l'apparition de ces risques sanitaires. Les ports et aéroports se sont par ailleurs souvent montrés des

portes fréquentes d'entrée d'épidémies ou de pandémies.

L'enjeu, dans ce cadre, est de détecter le plus précocement possible cette survenue d'un risque nouveau ou ré-émergent et de le gérer avec pertinence (surveillance, alerte, gestion de l'alerte voire de la crise).

DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES

● La santé, marqueur des inégalités sociales

Les déterminants sociaux impactent directement et graduellement l'état de santé. Ces inégalités de santé sont les plus fortes d'Europe^{xvii} et se creusent.

La prise en compte de données sociales comme les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude ou le niveau de revenus des ménages aboutit, quels que soient les indicateurs considérés à la mise en évidence d'une dégradation de l'état de santé selon d'importants gradients.

Sur la période 1990-1999, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de deux ans celle des ouvrières, alors que cet écart est de 7 ans entre les hommes cadres supérieurs et les ouvriers. Un homme sans diplôme a une mortalité prématurée multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant

un niveau d'études supérieures, ce facteur multiplicatif est de 1,9 chez les femmes. En outre, au plan national, ces écarts tendent à se creuser chez les hommes alors qu'ils restent stables chez les femmes (INSEE première n°1025, juin 2005). La région Pays de la Loire n'échappe pas à une aggravation des inégalités sociales de santé. En 2001-2003, le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans dans la région est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-ouvriers-employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

A titre d'information, le tableau ci-dessous présente la part des départements en fonction des minima sociaux (API, AAH, ASS, RMI, minimum vieillesse) et des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans (actualisation 2008), comparée à la population.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56%	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

Des inégalités de qualité de vie s'ajoutent aux précédentes du fait de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives, gestes de la vie). A 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité, contre 24 pour un ouvrier, soit respectivement 73% et 60% de la suite de leur vie. A 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45% de l'espérance de vie des cadres et 62% celle des ouvriers. On peut parler de double peine pour les ouvriers par rapport aux cadres supérieurs : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.

Les inégalités sociales de mortalité sont aussi plus

importantes en France que dans d'autres Pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ainsi, entre 1980 et 1989, sur 11 pays européens, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapportés à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France vs 1, en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal).

Ces inégalités sociales de santé trouvent leurs origines dans les déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance tout au long de

la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement, ainsi que la discrimination que certains subissent dans la prise en charge^{xviii}.

Par ailleurs, les déficits croissants des finances sociales (- 9,7 Mds en 2008 et -24,6 Mds attendus en 2009) s'accompagnent d'une augmentation continue de la part des coûts restant à la charge des patients, aggravant les inégalités socio-économiques de santé et augmentant la fréquence du renoncement aux soins parmi les populations les plus vulnérables. En 2004, 13% des adultes (16% des femmes versus 11% des hommes) déclaraient avoir renoncé aux soins au moins une fois pour des raisons financières dans l'année.

L'étude de l'IRDES^{xix} confirme l'importance d'un fort gradient social associé à « l'état de santé déclaré ». Ainsi, les ménages d'ouvriers et d'employés se déclarent en plus mauvaise santé que les cadres et les professions intermédiaires. On déclare plus fréquemment une maladie ou un problème de santé plus on a un faible revenu, un faible niveau d'instruction ou une situation d'inactivité ou de chômage et en particulier pour les maladies chroniques^{xx}.

Tout comme l'étude « HID^{xxi} » qui confirme aussi le poids des déterminants sociaux et montre que les

● Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités

De tous temps, les principaux progrès en matière de santé l'ont été principalement par l'amélioration des conditions de vie et d'environnement. Encore aujourd'hui dans de nombreux pays, la santé est principalement déterminée par le développement socioéconomique d'un pays, y compris entre certains groupes sociaux au sein des pays dits « développés ». Cependant le système de soins n'est pas le moindre des déterminants de santé. Ses performances sont indéniables et ont connu un développement prépondérant au cours du XX^e siècle grâce aux progrès scientifiques et à une accessibilité au système rendue possible par les lois de sécurité sociale, prolongées plus récemment par la Couverture Maladie Universelle.

L'accessibilité au système a donc un impact important sur l'état de santé. Des études décrivent de façon détaillée le renoncement aux soins (entre autres pour raisons financières : 49% pour les soins dentaire, 18% pour les lunettes et 9% pour les soins

chances de récupérations deux ans après un problème fonctionnel (physique, sensitif ou cognitif) étaient plus importantes chez les personnes diplômées, sans doute grâce à un meilleur accès de ces derniers aux aides techniques ou à la rééducation^{xxii}.

La prise en compte de ces données permet de mieux comprendre, l'importance de divers dispositifs de prévention, de réhabilitation, de rééducation, relevant du champ de l'ARS. Par ailleurs, ces dispositifs concourent par certains de leurs services ou de leurs actions à faciliter cet accès à des populations graduellement socialement moins favorisées, et pas seulement à quelques groupes identifiés en grande exclusion.

Plus généralement il semble que la santé ne peut se décrire comme un « état statique » mesurable mais comme un processus dynamique d'accumulation tout au long de la vie, dont l'étude de l'IRDES se fait récemment l'écho en montrant que les conditions de vie dans l'enfance contribuent plus aux inégalités sociales de santé que les styles de comportements individuels. Il s'agit donc de prendre en compte la part importante que prennent les dispositifs de socialisation initiale, hors champ de l'ARS comme l'éducation nationale, mais relevant de son périmètre comme les dispositifs de repérage et d'accompagnement des questions de santé de la petite enfance ou les actions du secteur associatif sur le soutien à la parentalité.

de spécialistes) et l'absence de complémentaire santé qui reste le principal facteur de renoncement.

Trois états^{xxiii} sont autant de situations de précarité semblant plus particulièrement faire obstacle à l'accès à ces droits et donc l'accès à la santé :

- l'état de pauvreté qui concerne notamment des populations telles que les sans-domicile-fixe (SDF), les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres (dont certains sont SDF) ;

- l'état de dépendance qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;

- l'état de relégation qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant.

Le parcours de soin de chaque individu au sein du système n'est pas à négliger, car le traitement peut être différencié selon la situation sociale^{xxiv}.

Enfin la répartition territoriale de l'offre de soin impacte aussi la santé des Ligériens.



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

DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



Des disparités territoriales

Des disparités persistent entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité

prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

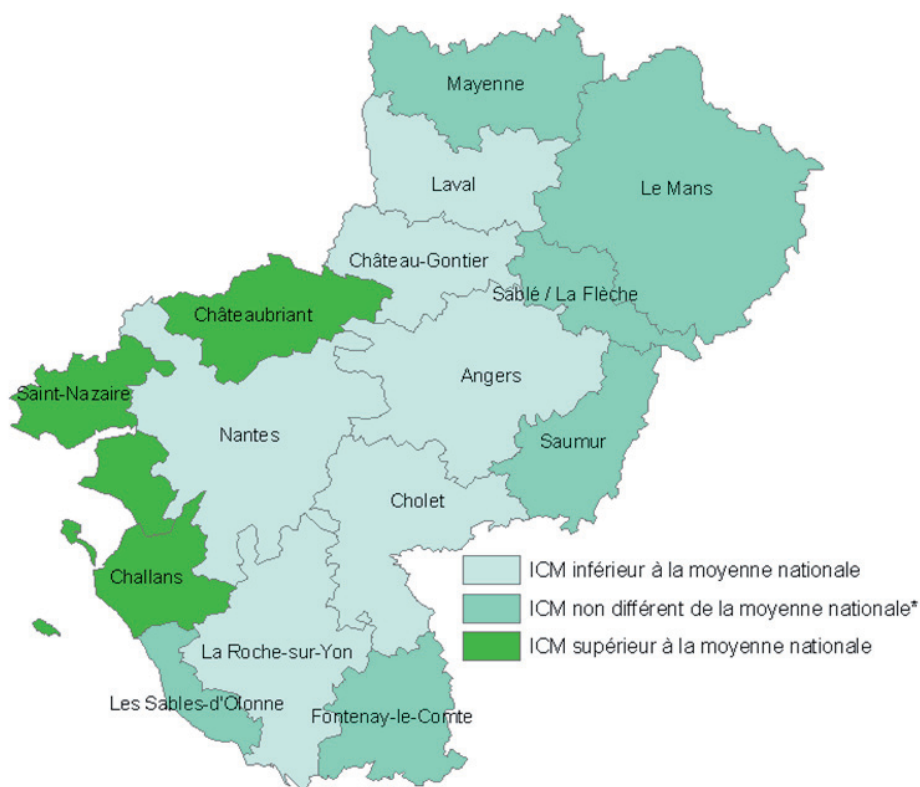


Figure 1 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé - Pays de la Loire (moyenne 1996-2000) (Source: ORS Pays de la Loire)

Comme en France, la mortalité prématurée évitable a cependant régressé sensiblement dans

chacun des départements de la région comme le montre le tableau suivant :

	moyenne 1997-1999	moyenne 2001-2003	moyenne 2005-2007
Loire-Atlantique	83,1	76,8	68,3
Maine-et-Loire	74,0	69,4	61,5
Mayenne	71,9	69,9	59,9
Sarthe	86,2	78,8	71,0
Vendée	78,8	78,6	70,6
Pays de la Loire	79,8	75,1	66,8

Tableau 1: Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée évitable par actions sur les comportements (pour 100 000 habitants)

L'évaluation du Plan régional de santé publique a montré la nécessité d'investir d'avantage sur la di-

mension territoriale de la prévention en santé.

■ L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé

Les risques sanitaires liés à l'environnement plus souvent « subis » que « acceptés »

Aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène...) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Toutefois, malgré la diminution des expositions de type aigu liée aux rejets industriels moins bien maîtrisés qu'actuellement dans les années 50-60, cette dynamique doit être nuancée, sous l'effet d'une exposition croissante ou, simplement, durable à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible doses : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré^{xv}, contamination des eaux par les nitrates et pesticides et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles...). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se situe au deuxième rang pour son activité agricole et au quatrième pour l'industrie, est maillée par des ressources en eau fragilisées, et marqué par la présence de zones industrielles à risque :

Poids du secteur agricole : la région est classée au deuxième rang au niveau national avec 29500 exploitations principalement d'élevage bovins et hors sol ainsi que des cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, horticulture). Il est à noter la fragilité des ressources en eau par rapport aux rejets agricoles (nitrates et pesticides),

4^{ème} région industrielle : importance des rejets atmosphériques principalement situés en Basse Loire (par exemple la raffinerie de Donges pour les composés organiques volatils et le dioxyde de soufre, la centrale électrique de Cordemais pour les oxydes d'azote).

Problématique côtière : 141 sites de baignade sur le littoral et 57 en eau douce, 50 sites de pêche à pied de loisirs, impact du tourisme sur les problématiques d'hygiène du milieu

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines, compte-tenu de la diffusion rapide et à

grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes et nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui. La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

Les résultats du baromètre santé-environnement 2007 (ORS) montrent que par rapport au niveau national, les ligériens s'estiment mieux informés que les français sur certains thèmes (qualité de l'eau, pollution des sols) et sont donc moins inquiets à l'égard des risques collectifs et individuels. Toutefois, des inégalités environnementales sont notées :

personnes âgées : sentiment d'information, risques collectifs élevés, risques individuels et ressenti plus faibles

milieux sociaux défavorisés : moindre information, méconnaissances, moindre représentation des risques associée à un moindre ressenti (risque monoxyde de carbone, peintures au plomb, légionelles, pollution de l'air et du sol)

Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon^{xvii}. La région est caractérisée dans chacun des départements par des zones géologiques favorables à l'émission de radon, résultant de la radioactivité naturelle (2^{ème} cancérogène pulmonaire après le tabac en France, avec 5% à 13% des cas de décès par cancer du poumon attribuables au radon).



DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE



Ainsi, il existe une déficience de l'appropriation par le public, notamment les populations socialement défavorisées, des risques environnementaux pour les relativiser avec l'ensemble des déterminants de santé et permettre un discernement raisonné des conduites et attitudes à tenir.

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15% de

la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérigènes, les ouvriers sont les plus exposés^{xxvii}. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérigènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés).^{xxviii}

CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ

● L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique

Les trente dernières années sont marquées par une « transition épidémiologique » où l'on passe du poids des maladies infectieuses au développement de maladies chroniques.^{xxix} Cette transition s'explique d'abord par le vieillissement de la population. En France comme au niveau régional, un habitant sur trois aura plus de 60 ans en 2030 (soit 50% d'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans), contre un sur cinq actuellement.^{xxx} En Pays de la Loire, il y aura 134 300 habitants de plus de 85 ans en 2030 contre 90000 aujourd'hui. On estime que le nombre de personnes atteintes de

la maladie d'Alzheimer progressera de 36 500 cas actuels à 55 000 en 2020.

Les progrès des techniques médicales comme l'amélioration des dépistages précoces, des traitements augmentant les durées de vie de patients atteints de pathologies (cancer...) conduisent à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Or la prise en charge des maladies chroniques nécessitent, au-delà des soins, de nouvelles pratiques plus transversales et intersectorielles^{xxxi} de tous les acteurs de la santé. Ceci d'autant que les maladies chroniques se traduisent fréquemment sous forme de polyopathologies notamment chez les personnes âgées.

● Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population

Cette évolution est conjointe à des évolutions marquantes de la société : montée de la précarité sociale, modification profonde des habitudes de vie et accroissement des facteurs de risque liés aux modes de vie (alimentation, sédentarité, etc.), nouvelles expositions, dégradation des conditions de travail et des environnements, avec de nouvelles expositions, sans que la part plus individuelle ou collective de ces risques « subis » ou « choisis » soit toujours facile à démontrer.

L'ensemble des secteurs de la société est marqué par un souhait d'une meilleure prise en compte des besoins, des demandes et des désirs exprimés par les individus eux-mêmes, individuellement ou collectivement.

Le droit à la santé s'est considérablement transformé avec un droit à l'information et à la participation des usagers à toutes les décisions qui ont des conséquences sur leur santé. Individuellement la loi reconnaît un droit à l'accès au dossier médical

jusqu'au consentement éclairé dans les décisions thérapeutiques. Les associations d'usagers sont de plus en plus impliquées dans les lieux de décisions du système de soins (CA des Hôpitaux ou des Agences sanitaires, commissions multiples en santé publique). Les associations de consommateurs s'emparent de nombreux sujets pour influencer sur des décisions d'ordre économiques ou politiques dont les conséquences peuvent entraîner des dommages importants sur la santé de la collectivité.

Par ailleurs, on note une forte attente sociétale en termes de protection sanitaire et d'accès aux progrès techniques. Le principe de précaution est aujourd'hui inscrit dans la constitution et concerne souvent des questions de santé. Le succès d'Internet n'épargne pas la santé qui reste l'un des sujets les plus traités sur la toile. La foison de forums sur la santé et des questions médicales illustre l'envie des Français de s'informer et de comprendre les tenants et aboutissants de la santé. Cependant la confiance n'est pas aveugle... et la dernière crise sanitaire lors de la grippe H1N1 a montré la difficulté et la complexité des attentes et des comportements de toute la société. chez les personnes âgées.

NOTES DE FIN - BIBLIOGRAPHIE

- ⁱ DRESS. L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. Paris, La Documentation française, 2007.
- ⁱⁱ Communication publique : éléments d'états des lieux et principaux enjeux en Pays de la Loire, décembre 2009. ORS Pays de la Loire.
- ⁱⁱⁱ Santé observée 2007, ORS Pays de la Loire
- ^{iv} Jagger C et al. Inequalities in healthy life year in the EU in 2005 : a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* (2008) 372 : 2124-2131
- ^v Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.
- ^{vi} Santé observée 2010, ORS Pays de la Loire
- ^{vii} Infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les établissements de santé, France 2005-2008, Invs, décembre 2009
- ^{viii} VIH et sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS. http://www.sante-pays-de-laloire.com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan_nov2009.pdf
- ^{ix} Lang T. La santé se construit dans un environnement social. *Questions de santé publique* 2009, 7, 1-4.
- ^x Dr JY Dubré, Les facteurs de risques psycho-sociaux liés au travail, CRS 27 novembre 2009
- ^{xi} Pascal J, Sambuc R, Lombrail P. Etat de santé des Français. In : Bourdillon F, Brucker G, Tabuteau D. *Traité de Santé Publique*, Paris 2007, Flammarion- Médecine science, 203-208.
- ^{xii} Beck F, Guibert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint Denis, INPES, 2007.
- ^{xiii} Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Bien être et qualité de vie*. Paris : Dunod, 2002
- ^{xiv} Life skills for psychosocial competence. In : *Life skills education in schools*. Genève : OMS, 1993.
- ^{xv} Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : autodétermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain 2007.
- ^{xvi} Pauwels A, Janne P, Reynaert C. De différents modèles de croyance envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 1999, 9 :
- ^{xvii} Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F. *Traité de Prévention* Paris 2009, Flammarion- Médecine science, 14-19.
- ^{xviii} Lombrail, Lang
- ^{xix} Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierr A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles. *Question d'économie de la santé - IRDES*, 2007, 117 : 1-6.
- ^{xx} Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Etudes et résultats-DRESS*, 2005 : 1-12.
- ^{xxi} Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.
- ^{xxii} Cambois E, Lièvre A. Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête HID. *Etudes et résultats-DRESS*, 2004, 349 : 1-12.
- ^{xxiii} Égaut devant la santé : une illusion ? Du droit à la santé et de l'accès aux soins des populations vulnérables. Avril 2010. Collectif Inter associatif Sur la Santé.
- ^{xxiv} Lang T. *Journées de Santé Publique*, Québec, Nov. 2008.
- ^{xxv} Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), impact sanitaire de la pollution atmosphérique, <http://www.afsset.fr/index.php?pageid=1013&parentid=424>
- ^{xxvi} O Catelinois et al. Lung cancer attributable to indoor radon exposure in France, *Environ. Health Perspect.* 114(9) : 1361-6, 2006
- ^{xxvii} Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? *Santé Publique*, 2008, Suppl.3 : S9-S17.
- ^{xxviii} Guignon N. Enquête « SUMER 2001-2002 » (surveillance médicale des risques professionnels). *Documents pour le médecin du travail* 2001 ; 86 :161-5
- ^{xxix} Questionnements et propositions sur la politique de santé en France, Société française de santé publique, février 2002
- ^{xxx} INSEE
- ^{xxxi} Huard P, Shaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010, 41, 237-247.