

## La santé dans les Pays de la Loire

Nicole SZTOKMAN

UMR 6590 CNRS – CESTAN, Nantes

BP. 81227

44312 – NANTES Cedex 3

**Résumé :** La population des Pays de la Loire bénéficie d'un niveau de santé satisfaisant. Comparée à la moyenne nationale, la région se caractérise en effet par une sous-mortalité modérée, sauf dans une large fraction du département de Loire-Atlantique. Ce constat, qui s'inscrit dans un contexte régional de densité médicale relativement faible par rapport à la moyenne nationale et de relatif sous-équipement, incite à s'interroger sur l'importance des comportements individuels et collectifs en matière de santé.

**Mots-clés :** Pays de la Loire. Population. Santé.

**Abstract :** The population of "Pays de la Loire" profits by a satisfying standard of health. The region, compared to the national situation, is characterized by a low death rate with large exceptions in the department of Loire-Atlantique. This situation, which takes place in a regional context of low medical density incites to examine the importance of private and collective behaviours with regard to health.

**Key words :** Pays de la Loire. Population. Health.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a récemment révélé les résultats d'une enquête novatrice sur la santé dans le monde. À partir de cinq paramètres originaux, dits indicateurs de performances, cette étude a permis un classement des systèmes de santé des 191 pays membres de l'OMS. Les pays d'Europe occupent une large place parmi les mieux classés et la France se trouve en tête de ce classement. Le rappel de ce résultat nous est apparu justifié avant d'aborder l'analyse de l'état de santé régional. Il devrait permettre en effet de mieux relativiser les remarques et les jugements portés sur la situation régionale.

La situation sanitaire des Pays de la Loire est globalement satisfaisante si l'on en juge par l'indicateur le plus couramment utilisé, à savoir l'espérance de vie à la naissance qui est ici légèrement supérieure à la moyenne nationale. L'analyse plus détaillée de cet état de santé suscite de nombreuses interrogations quant aux facteurs déterminants, tant en ce qui concerne la situation régionale que l'ensemble des disparités géographiques observées sur ce territoire. C'est le cas, notamment, lorsque l'on tente de confronter cet état de santé et le niveau d'équipement médical et chirurgical dans une région donnée.

### I - ÉTAT DE SANTÉ : QUEL TYPE D'APPROCHE ?

La description de l'état de santé d'une population passe par des approches diversifiées mais toujours complémentaires. L'étude des diverses composantes de la mortalité –et de la longévité qui en résulte–, des causes des décès, des offres de soins accessibles à cette population, de ses pratiques en matière de consommation de soins et de médicaments, de ses besoins, de ses modes de vie et en particulier de la fréquence de ses comportements à risques (consommation de produits dangereux pour la santé par exemple) sont au cœur de cette analyse.

Des données fiables sont aujourd'hui disponibles pour conduire, en France, une analyse correcte de ces phénomènes à diverses échelles géographiques, et les bilans qui sont régulièrement publiés en sont la preuve. La publication récente du premier volume d'un atlas de la santé en France, qui traite de la mortalité et des causes de décès dans les régions françaises, en témoigne largement. Certaines précautions doivent toutefois être mises en avant, tant en ce qui concerne les échelles abordées que les indicateurs utilisés.

Apprécier globalement, de manière simple et facilement compréhensible par tous, le niveau de santé d'une population suppose en effet le choix d'un indicateur pertinent. **L'espérance de vie à la naissance**

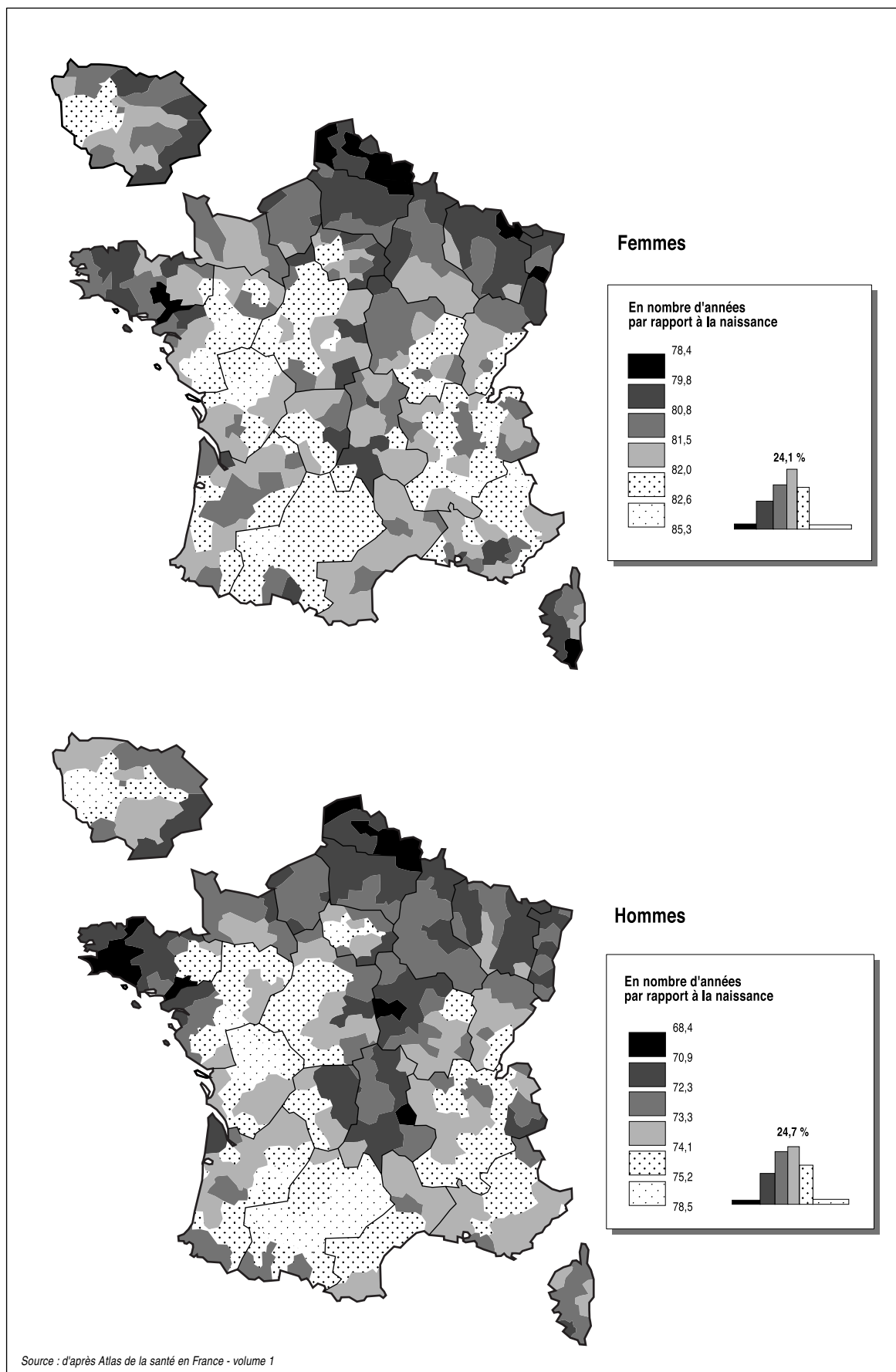
(souvent désigné dans le langage courant par le terme "longévité") est, de nos jours, l'un des plus fréquemment utilisés et des plus médiatisés. Cet indicateur est en effet, apparemment tout au moins, facile à comprendre pour tout un chacun. Il permet de bien mettre en évidence les énormes progrès réalisés au cours des dernières décennies, et de souligner les écarts, parfois considérables, existant entre les longévités féminine et masculine (autour de huit années en France). Ainsi, en France, à l'échelle des zones d'emploi, la longévité varie de manière sensible, de quelque dix ans pour les hommes et de sept ans pour les femmes, une opposition nord-sud se maintenant depuis déjà de longues années (fig. 1). À travers cette première approche, la situation globale des Pays de la Loire apparaît comme satisfaisante, avec une espérance de vie à la naissance sensiblement supérieure à la moyenne française. L'utilisation de cet indicateur se révèle pourtant difficile lorsqu'il s'agit d'analyser la situation de la santé à une échelle plus fine que la zone d'emploi. Un tel indicateur ne peut en effet être calculé pour des effectifs trop restreints et se révèle alors inadapte pour une analyse infrarégionale, à l'échelle cantonale par exemple.

Les **taux de mortalité** sont les indicateurs les plus utilisés pour une telle description. Les sources statistiques sont alors disponibles à des échelles spatiales très fines tant pour les effectifs que pour leurs composantes et les causes de décès. Ces sources ont été, par exemple, utilisées pour la réalisation de l'atlas déjà mentionné ou par l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) des Pays de la Loire pour établir le SROS 1999-2004 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, 1999). Le **taux brut de mortalité** (nombre de décès pour 1 000 habitants) n'est pourtant pas l'indicateur retenu pour apprécier les inégalités de la situation sanitaire à l'intérieur d'une région donnée. Soumis à l'influence de la structure par âge de la population, il reflète avant tout la composition de la population. Ainsi dans les Pays de la Loire (fig. 2), les contrastes apparaissent nettement entre, d'une part, les zones urbaines, plus jeunes et, d'autre part, les zones plus âgées qu'elles soient rurales (périphérie sarthoise par exemple) ou littorales.

Un **taux de mortalité standardisé** doit être calculé, (fig. 2) qui élimine cet effet d'âge, à savoir les inégalités spatiales de la structure par âge des populations. La méthode dite de "population-type" est ici utilisée. La structure par âge moyenne de la population française (recensement de 1990) est choisie comme population de référence et, appliquée à tous les espaces analysés, sert de base au calcul d'un taux de mortalité standardisé. Ces taux permettent alors de mener des comparaisons à des échelles relativement fines et d'analyser de manière valable les disparités infrarégionales. L'image cartographique qui apparaît alors est fondamentalement différente de la précédente. Des inégalités apparaissent toujours mais leur distribution spatiale répond à de nouveaux facteurs. C'est donc à partir de l'observation de cet indicateur et d'indices comparatifs basés sur la moyenne française, que nous tenterons d'établir un constat sur l'état de santé dans notre région.

## II - UNE SOUS-MORTALITÉ RÉGIONALE MODÉRÉE

Les Pays de la Loire se caractérisent donc par une sous-mortalité relative eu égard à la moyenne nationale, l'écart étant de l'ordre de 5 %. Replacée dans l'ensemble du territoire, caractérisée par une opposition nord-sud assez fortement marquée, la région se rattache donc à l'ensemble méridional, le plus favorisé en termes de santé-longévité. Mais située sur les marges de cet ensemble, les Pays de la Loire jouxtent des régions marquées au contraire par une surmortalité plus ou moins accentuée, telle la Bretagne voisine où cette surmortalité est de + 5 % par rapport à la moyenne nationale. C'est donc un écart de 10 points qui sépare les deux régions en ce domaine. En réalité, cette sous-mortalité modérée place les Pays de la Loire dans une position moyenne au sein du territoire national. Les écarts sont en effet très creusés (39 points entre le minimum et le maximum) entre les régions les plus favorisées et celles où le retard est encore très fort (tableau 1). Rappelons que ce contraste nord-sud qui caractérise la France d'aujourd'hui ne date que d'un siècle environ. Au XIX<sup>e</sup>, la situation était totalement inversée. Le renversement s'est progressivement développé avec, d'une part, les progrès médicaux et chirurgicaux importants de ces dernières décennies et, d'autre part, la mise en place au cours des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles d'activités variées et de conditions de travail très contrastées.



**Fig. 1 : L'espérance de vie à la naissance (1988-1992) par zone d'emploi**

	ICM Hommes	ICM Femmes
France entière	100	100
Midi-Pyrénées	89	91
<b>Pays de la Loire</b>	<b>95</b>	<b>95</b>
Nord-Pas-de-Calais	128	118

Source : INSEE

**Tableau 1 : Sur ou sous-mortalité selon les régions  
ICM : Indicateur comparatif de mortalité ; France : base 100**

Cette sous-mortalité concerne la totalité de la population (tableau 2). Hommes et femmes sont également touchés, ce qui n'est pas toujours le cas dans les régions françaises (en Bretagne, par exemple, la surmortalité déjà mentionnée affecte les femmes dans une moindre mesure que les hommes). Certes, la longévité masculine est ici comme ailleurs largement inférieure à celle des femmes mais l'écart est légèrement moindre que pour la moyenne nationale (7,8 années contre 8,1).

De même, toutes les classes d'âge de la population régionale en bénéficient (tableau 2). Le phénomène est particulièrement sensible pour les plus jeunes comme en attestent les taux de mortalité infantile (nombre de décès annuels pour 1 000 naissances vivantes) inférieurs de 15 % à la moyenne nationale, écart qui s'est d'ailleurs accentué au cours des années quatre-vingt-dix. Mais le constat est également valable pour les autres classes y compris pour la "mortalité prématurée" qui concerne les 16-65 ans. L'importance de cette mortalité prématurée est, en France, une caractéristique importante de l'état de santé des populations. Alors que la longévité française est une des plus longues du monde (3<sup>e</sup> rang mondial pour l'ensemble de la population, 2<sup>e</sup> rang pour les femmes), la mortalité prématurée demeure élevée, pour les hommes notamment, le fait étant lié à des facteurs comportementaux sur lesquels nous reviendrons. Les Pays de la Loire n'échappent pas à cette caractéristique mais les taux de mortalité prématurée sont inférieurs à la moyenne nationale respectivement de 6 % pour les hommes et de 8 % pour les femmes.

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	74,5	82,3	73,8	81,9
Indice comparatif de mortalité	95	95	100	100
Taux de mortalité infantile* (96-98)	4,1		4,8	
Indice comparatif de mortalité prématurée**	94	92	100	100
Part des décès prématurés (%)	29	13	31	14

Source : DRASS Pays de la Loire

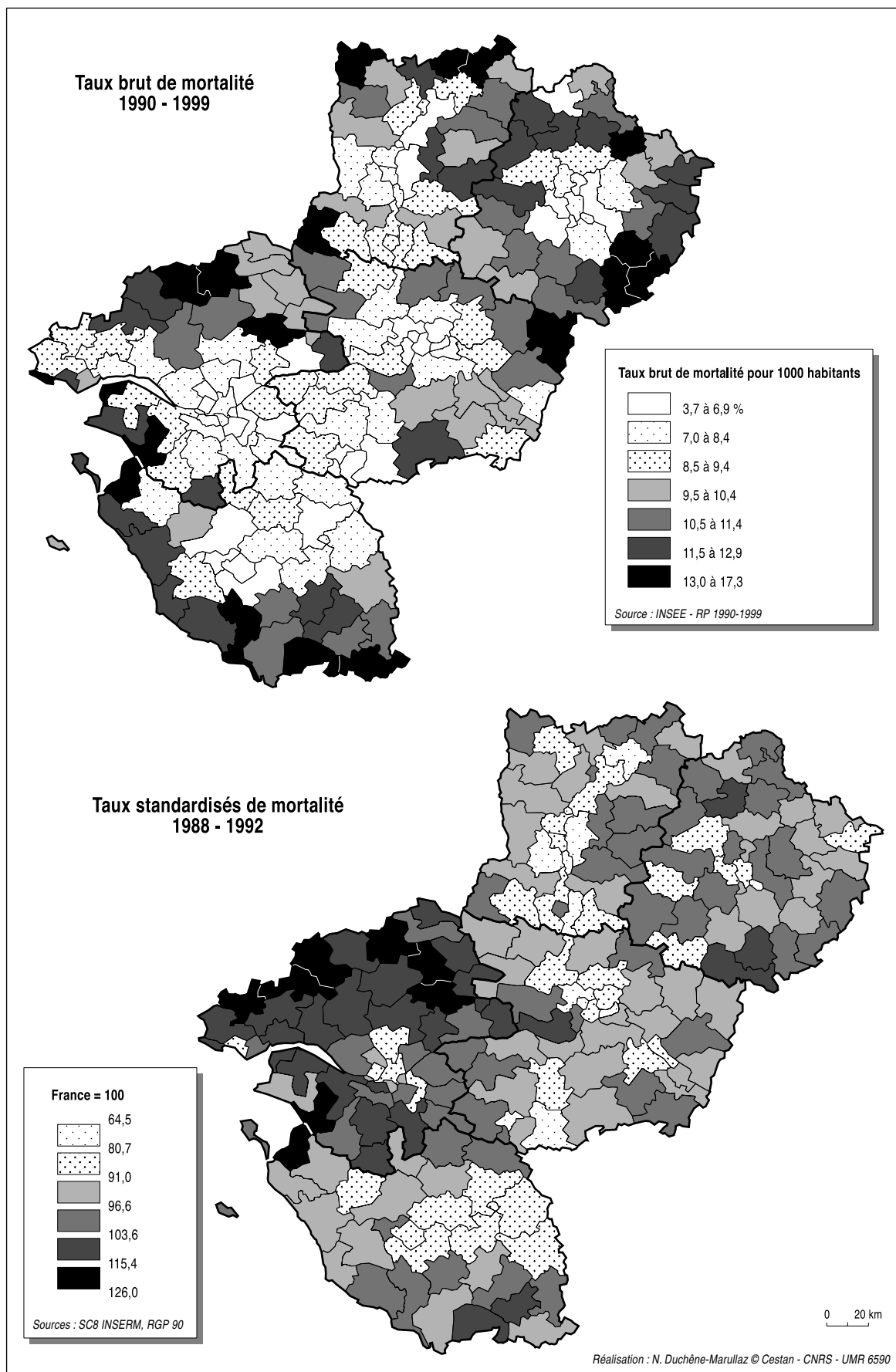
- \* nombre de décès annuels pour 1 000 naissances vivantes
- \*\* mortalité des 16-65 ans

**Tableau 2 : Une sous-mortalité modérée pour l'ensemble de la population (1995)**

### III - L'IMPORTANCE DE LA MORTALITÉ VIOLENTE

Globalement, la hiérarchie des causes de décès qui prévaut dans les Pays de la Loire est identique à celle de l'ensemble du territoire. Cette structure, qui s'est mise en place à partir des années soixante, comporte trois causes principales :

- Les maladies de l'appareil circulatoire occupent toujours la première place et provoquent environ un tiers des décès. Depuis une vingtaine d'années, la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires est pourtant en diminution ;



**Fig. 2 : La mortalité dans les Pays de la Loire**

- Les tumeurs arrivent en deuxième position, avec plus de 27 % des décès. Leur poids tend à s'accroître notamment pour les hommes chez qui elles sont devenues la cause première ;
- Les morts violentes, enfin, constituent la troisième cause, avec quelque 10 % environ des décès et sont responsables, avec les maladies liées à l'alcoolisme, d'une large fraction de la mortalité prématurée observée en France. Leur poids s'est accru à partir des années cinquante avec la diffusion de l'automobile et la multiplication des accidents de circulation. Ces derniers diminuent depuis quelques années mais restent encore trop nombreux. Les suicides, en augmentation, sont devenus depuis le début des années quatre-vingt, la cause première de mortalité violente.

Notons au passage que les maladies infectieuses et parasitaires qui étaient encore au début du XX<sup>e</sup> siècle le premier facteur de mortalité (sans doute un décès sur quatre), ne provoquent aujourd'hui que moins de 2 % des décès. Certes, l'apparition du Sida et la reprise de certaines formes de tuberculose entraînent leur remontée depuis quelques années. Mais celle-ci doit être relativisée. Ainsi la part de la tuberculose qui s'élevait à 10 % environ de la mortalité au début du vingtième siècle ne concerne aujourd'hui que 0,1 % des décès.

Au-delà de ce schéma global valable pour l'ensemble du territoire, les Pays de la Loire présentent des traits nettement distinctifs. Pour les femmes, « toutes les causes de décès sont concernées par la sous-mortalité » (Atlas de la santé en France, 1999, vol 1, p. 61), trait commun à de nombreuses régions au sud de la Loire. La situation est nettement plus complexe en ce qui concerne la mortalité masculine : « La sous-mortalité est particulièrement marquée pour les causes de décès associées au tabagisme et, pour autant qu'on puisse en juger, à la pollution : tumeurs de l'appareil respiratoire, bronchites chroniques, etc. On note en revanche, une légère surmortalité par suicides, accidents de la circulation et tumeurs de l'estomac » (Atlas de la santé en France, 1999, vol 1, p. 58). Le cas des Pays de la Loire n'est pas isolé. On retrouve ces mêmes caractéristiques dans une large fraction du Centre-Ouest de la France (Centre, bassin Rennais, Poitou-Charentes, Limousin) mais aussi en Franche-Comté et, selon les auteurs de cet atlas, « ce profil est caractéristique de zones plutôt rurales et peu industrialisées ».

#### a) Sexe masculin

	<b>Pays de la Loire</b>	<b>Valeurs minimales</b>	<b>Valeurs maximales</b>
<b>Maladies cardio-vasculaires</b>	92	84 (I de F)	130 (N-P de C.)
<b>Tumeurs</b>	98	98 (Midi-Pyr.)	130 (N-P de C.)
<b>Cirrhose et alcoolisme</b>	120	53 (Corse)	175(N-P de C.)
<b>Suicides</b>	122	56 (I de F)	158 (Bretagne)

#### b) Sexe féminin

	<b>Pays de la Loire</b>	<b>Valeurs minimales</b>	<b>Valeurs maximales</b>
<b>Maladies cardio-vasculaires</b>	93	84 (I de F)	127 (Alsace)
<b>Tumeurs</b>	99	99 (Midi-Pyr.)	113 (N-P de C.)
<b>Cirrhose et alcoolisme</b>	104	41 (Corse)	236 (N-P de C.)
<b>Suicides</b>	126	50 (I de F)	150 (Bretagne)

Source : INSERM SC

**Tableau 3 : Causes de décès : sur ou sous-mortalité (1995)**  
**ICM : Indicateur comparatif de mortalité (France=100)**

Deux faits majeurs apparaissent donc : d'une part la relative sous-mortalité pour de nombreuses causes pathologiques de décès, d'autre part une surmortalité prononcée, notamment pour les hommes, en ce qui concerne la mortalité violente et les décès liés à l'alcoolisme. L'importance des facteurs comportementaux apparaît ici dans toute son ampleur.

La fréquence de la mortalité par suicide est une des caractéristiques majeures de la région. Elle l'emporte même sur la mortalité liée aux accidents de circulation pourtant supérieure de 9 % à la moyenne nationale. Chaque année, depuis le milieu de la décennie quatre-vingt, 700 à 800 personnes décèdent par suicide dans les Pays de la Loire. Cette surmortalité touche les hommes comme les femmes et ces dernières sont ici nettement plus affectées que dans la majorité des autres régions françaises. Ainsi la surmortalité par

suicide s'élève respectivement à + 22 % et plus 26 % par rapport à la moyenne nationale, plaçant les Pays de la Loire aux 6<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> rangs des régions les plus concernées. Pour les femmes, seules la Bretagne, La Basse et la Haute-Normandie dépassent ce bilan.

Les décès par suicide restent néanmoins majoritairement masculins (7 décès sur 10 environ). Ils s'observent pour tous les âges de la population de plus de 15 ans mais augmentent avec l'âge. Ils ont progressé ces dernières années parmi les jeunes adultes (25 à 35 ans) surtout pour les hommes, et pour les femmes âgées de 35 à 64 ans, cette évolution régionale reflète les tendances observées au niveau national. Il en va de même en ce qui concerne les caractéristiques sociales des personnes concernées, le suicide étant particulièrement fréquent parmi les personnes seules, vivant en zone rurale, sans emploi ou appartenant aux catégories socio-professionnelles les moins favorisées.

La mortalité liée à l'alcoolisme est plus difficile à analyser en raison de la complexité des formes de décès (un accident automobile peut être dû à un taux d'alcoolémie élevé, un suicide être lié à une consommation régulière d'alcool) mais aussi à l'imprécision de certaines déclarations de décès. Quelle que soit la marge d'erreur qui en résulte, la région se caractérise par une importante surmortalité liée à l'alcoolisme, surmortalité estimée, pour les hommes, à 20 % dans le début des années quatre-vingt-dix. Certaines maladies liées à la consommation d'alcool sont pourtant relativement peu fréquentes dans la région. C'est le cas, pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures liés à l'association alcool-tabac. La cause en est claire, le tabagisme régional ayant été relativement modeste au cours des décennies passées. Les modifications des comportements en ce domaine ne manquent pas de nous interpeller. Mais il ne faut pas négliger le fait que la mortalité liée à l'alcool a diminué au cours de ces dernières années, une baisse de l'ordre de 15 à 20 % ayant été enregistrée dans la région entre 1988-1990 et 1993-1995.

#### IV - UN ÉTAT DE SANTÉ SPATIALEMENT CONTRASTÉ

Ce portrait global de l'état de santé des Pays de la Loire masque en réalité des disparités spatiales prononcées. L'image cartographique de l'ICM (fig. 2) montre clairement cette inégalité : quatre départements (Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée) connaissent effectivement ce phénomène de sous-mortalité. Dans la plupart des cantons, on peut observer un ICM inférieur à 100, et les quelques espaces cantonaux qui échappent à cette règle (cantons ruraux périphériques sarthois pour l'essentiel) présentent une surmortalité légère, qui reste proche de la moyenne nationale. Des inégalités infra-départementales subsistent toutefois, au profit des villes les plus importantes (Angers, Cholet, Laval par exemple), caractéristique que l'on retrouve fréquemment dans la quasi totalité des régions françaises.

La situation de la Loire-Atlantique se distingue fortement de cette image globale. À l'exception de l'agglomération nantaise qui offre les signes d'une légère sous-mortalité, l'ensemble du département se caractérise par une surmortalité qui peut, selon les cantons, atteindre voire dépasser 20 %. Le nord du département, et plus particulièrement le Castelbriantais, est particulièrement touché par ce phénomène. Replacée dans le cadre plus vaste du Grand Ouest, la Loire-Atlantique se distingue plus nettement du reste de la région et doit être, en ce domaine, rattachée aux espaces breton et normand eux aussi caractérisés par une surmortalité prononcée.

L'observation des causes de mortalité est lourde d'enseignements : les décès liés à l'alcoolisme et le suicide sont deux des facteurs principaux de cette surmortalité. Cette situation n'est pas nouvelle. On peut reprendre, pour le mieux comprendre, les commentaires de R. Séchet à propos de la Bretagne (Atlas de la santé en France, vol 1, 1999, p. 145) : « la surmortalité bretonne, déjà nette au début du siècle, était encore prononcée à la fin des années 1970 comme le résultat d'un alcoolisme important, d'un niveau d'éducation médiocre et de la faiblesse des revenus ». Le contexte a bien changé depuis : le développement économique est réel, le niveau d'instruction a considérablement progressé (les jeunes de l'Ouest obtiennent, au baccalauréat par exemple, des résultats qui comptent parmi les meilleurs de toute la France) et la consommation d'alcool est en baisse. Mais l'inertie est grande qui ralentit les conséquences sur les comportements individuels ou collectifs et ne peut encore se faire sentir sur l'état de santé de cette région.

Secteur sanitaire	ICM Hommes	ICM Femmes	ICM Alcoolisme	ICM Suicide
Nantes	103.6	97.4	138.6	123.6
Saint-Nazaire	111.6.	100.6	164.8	121.4
Laval	90.0	92.0	81.1	143.0
Le Mans	90.8	93.9	108.7	158.7
Angers	89.8	89.8	111.5	107.6
Cholet	89.0	95.1	95.3	76.1
La Roche-sur-Yon	95.6	95.0	99.6	102.7
Pays de la Loire	95.8	94.6	115.9	122.0

Source : DRASS

**Tableau 4 : État de santé des Pays de la Loire : des disparités spatiales prononcées (1991-1994)  
(France : base 100)**

Si l'on en juge à partir de l'analyse des suicides, la région apparaît « comme une zone de transition entre une France du Nord-Ouest où la mortalité par suicides est accentuée et une France du Sud et de l'Est où cette cause est moins fréquente » (A. Tallec, N. Sztokman, Atlas de la santé en France, p. 152). Cette frontière traverse l'espace régional, le découpant en une zone nord (englobant le Castelbriantais, la Mayenne et surtout la Sarthe) de forte mortalité par suicide, et une zone sud comprenant l'ensemble de la Vendée, le sud des départements du Maine-et-Loire et de la Loire-Atlantique, où les taux peuvent être fortement inférieurs à la moyenne nationale. C'est le cas, notamment pour les hommes, dans le Choletais ou en Vendée intérieure. « Sans doute faut-il relier cette observation au passé de ces régions, marqué par les guerres de Vendée. De fortes traditions d'entraide (solidarité familiale ou solidarité associative) se sont en effet maintenues dans cette nébuleuse choletaise et vendéenne, zone marquée par le catholicisme et où la mobilisation sociale a toujours été vive. Il en est résulté une intégration poussée des populations, facteur essentiel dans la résistance des individus au suicide selon Durkheim » (A. Tallec, N. Sztokman, op. cité).

## V - ÉTAT DE SANTÉ ET OFFRE DE SOINS

Si l'on en juge par la situation des Pays de la Loire il n'y a pas, dans un pays développé ayant un système de santé structuré et couvrant l'ensemble du territoire et toutes les classes de la société, un lien systématique entre état de santé et offres de soins. La région, en effet arrive au 19<sup>e</sup> rang des régions françaises en ce qui concerne la densité médicale (professionnels libéraux et salariés). Elle se distingue en cela très nettement de la moyenne nationale tant en ce qui concerne la densité médicale proprement dit que la composition de celle-ci.

En 1999, la région dispose de 247 médecins pour 100 000 habitants contre 302 pour la moyenne nationale. Ce différentiel représente un "manque" (?) de près de 1 800 professionnels soit plus de 22 % du total actuel. La comparaison avec d'autres régions françaises est plus explicite encore et souligne bien l'absence du lien systématique évoqué plus haut. Ainsi, la densité régionale est très loin de la densité observée dans les régions méditerranéennes (tableau 5) ; elle est égale à celle de la Haute et Basse-Normandie qui sont en situation de surmortalité ; elle est enfin inférieure aux densités observées en Bretagne ou dans le Nord-Pas-de-Calais, régions souffrant également d'une surmortalité accentuée.

La décomposition de cette densité permet de mettre en évidence la prédominance des médecins généralistes, plus nombreux que les spécialistes (117 pour 100 en 1999). Ce trait n'est pas très distinctif. On le retrouve dans la plupart des régions, avec un même ordre de grandeur dans le Nord-Ouest, ou nettement plus accentué dans le Nord-Pas-de-Calais (134 pour 100) et en Picardie (131). Seules trois régions, l'Alsace, la Provence-Côte d'Azur et surtout l'Île-de-France (ces deux dernières se signalant par leur très forte densité médicale) se caractérisent par la forte présence des médecins spécialistes (respectivement 95, 92 et 86 généralistes pour 100 spécialistes).

Cette faiblesse de la densité médicale globale se retrouve pour la quasi totalité des spécialités et s'aggrave pour certaines d'entre elles. Ainsi la région est la plus mal dotée de France en gynécologie-obstétrique



(22<sup>e</sup> rang, densité 5,3 contre 7,9 pour la moyenne nationale), en pédiatrie (22<sup>e</sup> rang et densité de 5,2 contre 9,4) et compte parmi les plus mal placées en cardiologie (20<sup>e</sup> rang, 5,8 contre 8,6) et radiologie (21<sup>e</sup> rang, 5,1 contre 7,1). Ce bilan doit être étendu à d'autres types de personnel de santé, comme le montre notamment le tableau 5. C'est le cas en particulier pour les infirmiers et ce constat ne peut qu'être rapproché de la crise manifeste qui sévit dans l'ensemble du milieu hospitalier et qui est actuellement fortement dénoncée même au niveau national.

	Médecins	Dentistes	Infirmiers	Masseurs Kinés.	Orthophonistes
<b>France</b>	303	69	544	89	24
<b>Pays de la Loire</b>	<b>247</b>	<b>57</b>	<b>505</b>	<b>73</b>	<b>18</b>
<b>PACA</b>	370	93	620	128	33
<b>Midi-Pyrénées</b>	333	84	656	100	28
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	264	46	427	82	22
<b>Bretagne</b>	272	69	539	88	17

Source : DRASS Pays de la Loire

**Tableau 5 : Une densité médicale inférieure à la moyenne nationale (nombre de médecins salariés et libéraux pour 100 000 habitants en 1999)**

Le constat concernant l'équipement hospitalier est plus délicat à formuler. Il est difficile de juger si le nombre de lits est insuffisant dans certains services, surtout lorsqu'on est étranger au milieu médical. L'appréciation est d'autant plus délicate que de profondes transformations sont en cours, tant en ce qui concerne le poids relatif des divers services, que la répartition des établissements hospitaliers. Les critères pouvant servir de base à cette appréciation suscitent d'ailleurs quelques réserves et diverses interrogations. Les densités (nombre de lits pour X habitant par exemple) sont-elles suffisamment parlantes ? Ne faut-il pas davantage prendre en compte les besoins réels (mais sait-on les mesurer vraiment ?) et les confronter aux équipements existants ? Les mêmes interrogations se posent en ce qui concerne les équipements lourds, scanners, IRM, angiographes numérisés, postes d'hémodialyse par exemple, équipements soumis à des autorisations ministérielles le plus souvent. En ce domaine, la situation peut apparaître assez satisfaisante pour la région, si l'on en juge par le nombre d'équipements installés. Encore faudrait-il pour en juger plus précisément, analyser les délais imposés aux patients qui se sont vus orientés vers de tels examens et les attentes qu'ils devront subir lorsqu'ils arriveront dans les services concernés. Autant de questionnements qui nécessitent encore de nombreuses études, et ne sauraient être abordés ici.

Une certitude s'impose cependant face à ce rapide bilan concernant les Pays de la Loire ; le niveau de santé d'une population dépend certes d'une offre de soins suffisante, techniquement avancée et spatialement bien diffusée sur l'ensemble du territoire. Mais, cette offre étant acquise, l'état de santé est fortement marqué par des déterminants comportementaux, individuels et collectifs : hygiène de vie, comportements à risques (circulation, consommation d'alcool, toxicomanie mais aussi mauvaise gestion de la consommation des médicaments, automédication), maintien de liens sociaux et de solidarité.

## **Bibliographie :**

SALEM G., RICAN S., JOUGLA E. et al., 1999, *Atlas de la santé en France, volume 1 : Les causes de décès*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ed. John Libbey, 189 p.

*Alcool, consommation et conséquences sur la santé, Région des Pays de la Loire*, 1997, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, 23 p.

*La santé observée, Pays de la Loire, faits marquants*, in *Tableau de bord régional sur la santé*, 1998, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, 47 p.

*Mémento 1999-2000 Pays de la Loire*, statistiques et indicateurs de la santé et du social, DRASS Pays de la Loire, 47 p.

*Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, 1999-2004*, 1999, Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays de la Loire, 94 p.

*STATISS 2000, les régions françaises*, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, DRASS Pays de la Loire, 73 p.

*Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire*, 1996, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, 86 p.