

**2014**  
**Novembre**

[www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

# Observation de la santé des Nantais

Cette étude a été confiée par la Mission santé publique de la Ville de Nantes à l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire. Elle a été réalisée au sein de l'ORS par Sandrine David et Dr Anne Tallec, avec la participation de Françoise Lelièvre.

Les données relatives aux causes médicales de décès, aux hospitalisations en court séjour et aux admissions en affection de longue durée proviennent respectivement de l'Inserm CépiDc, de l'ATIH, et des caisses d'assurance maladie (Cnamts, CCMSA, RSI). Elles sont mises à disposition de l'ORS par ces structures dans le cadre d'une convention avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Les données concernant la couverture maladie et le recours aux soins ont été mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique. Celles relatives à l'incidence des cancers sont issues d'une exploitation spécifique réalisée par le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée. Enfin, les données concernant la tuberculose ont été transmises par l'Institut de veille sanitaire.

Les données de mortalité à l'échelle infracommunale ont été produites par le service de l'état civil de la ville de Nantes et géolocalisées par le service de géomatique de Nantes métropole.

Enfin, ce rapport a bénéficié des critiques et suggestions de nombreux relecteurs.

Merci notamment pour leur contribution à :

- Matthieu Bonnaud, France Nanin et Nathalie Thomas de la CPAM de Loire-Atlantique,
- Solenne Delacour et Dr Florence Molinié du Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée,
- Delphine Antoine et Fatima Aït-Belghiti de l'Institut de veille sanitaire,
- Ronan Ollivier de la Cire des Pays de la Loire,
- Dominique Boullot et Sylvie Gilloux du service de géomatique de Nantes métropole,
- Xavier Samson de la Mission santé publique de la Ville de Nantes.



# Sommaire

Synthèse	7
<b>ÉTAT DE SANTÉ</b>	<b>13</b>
<b>1 Vue d'ensemble de l'état de santé</b>	<b>14</b>
1.1 Mortalité générale	14
1.2 Mortalité prématurée	20
1.3 Affection de longue durée	28
1.3.1 Incidence des ALD (admissions)	28
1.3.2 Prévalence des affections de longue durée (ensemble des bénéficiaires)	32
<b>2 Cancers</b>	<b>35</b>
2.1 Ensemble des cancers	35
2.2 Cancer du sein chez la femme	42
2.3 Cancer du côlon-rectum	45
2.4 Cancer du poumon	48
2.5 Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage	51
2.6 Cancer de la prostate	53
<b>3 Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>55</b>
<b>4 Diabète</b>	<b>59</b>
<b>5 Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>60</b>
<b>6 Tuberculose</b>	<b>62</b>
<b>7 Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé</b>	<b>64</b>
<b>8 Santé mentale et suicides</b>	<b>68</b>
8.1 Affections psychiatriques (hors démences)	68
8.2 Maladie d'Alzheimer et autres démences	70
8.3 Suicides	71
<b>9 Accidents</b>	<b>73</b>
9.1 Accidents de la vie courante	73
9.2 Accidents de la circulation	75
<b>COUVERTURE MALADIE</b>	<b>79</b>
<b>1 Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)</b>	<b>81</b>
<b>2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</b>	<b>84</b>



<b>RECOURS AUX SOINS</b>	<b>87</b>
<b>1 Déclaration d'un médecin traitant</b>	<b>89</b>
<b>2 Soins de médecine générale</b>	<b>91</b>
2.1 Recours au médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans)	91
2.2 Recours au médecin généraliste dans le cadre de la permanence des soins	96
2.3 Soins dentaires	102
2.3.1 Recours au chirurgien-dentiste	102
2.3.2 Prothèses dentaires	109
2.3.3 Soins d'orthodontie chez les enfants	113
<b>3 Soins en ophtalmologie et soins d'optique</b>	<b>116</b>
3.1 Recours à l'ophtalmologiste	116
3.2 Soins d'optique	120
<b>4 Recours à l'orthophoniste chez les enfants</b>	<b>124</b>
<b>5 Recours au gynécologue</b>	<b>126</b>
<b>6 Recours au dépistage</b>	<b>130</b>
6.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus	130
6.2 Dépistage du cancer du sein	134
<b>7 Vaccination contre la grippe saisonnière chez la personne âgée</b>	<b>137</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>141</b>
<b>Eléments de méthode</b>	<b>145</b>
<b>Annexes</b>	<b>153</b>





Encadré 1

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CONCERNANT LA VILLE DE NANTES**

Population : 287 845 habitants en 2011, soit 22 % de la population départementale.

Une population qui a augmenté de 0,4 % par an entre 2006 et 2011 (282 853 habitants en 2006).

3 964 naissances, 2 078 décès en 2012.

23 % des habitants sont âgés de moins de 20 ans (24 % en France) et 14 % ont 65 ans ou plus (17 % en France).

Les professions intermédiaires, les employés et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les catégories sociales les plus représentées, constituant chacune environ un quart des actifs.

Les ouvriers arrivent en quatrième position, avec 16 % des actifs (23 % en France).

Un taux de chômage de 15 % en 2011 (12 % en France).

Sources : recensements de la population 2006 et 2011 (Insee), Etat civil 2012 (Insee)



## Synthèse

### **Une mortalité en recul et qui reste inférieure à la moyenne nationale**

Comme en France, l'espérance de vie des Nantais s'améliore, en lien avec la baisse de la mortalité. Depuis le début des années 2000, la mortalité a ainsi diminué d'environ 15 %.

Actuellement, la mortalité des Nantais est inférieure de 10 % à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité traduit un état de santé de la population nantaise globalement favorable par rapport à la moyenne française. Ce constat est conforté par une fréquence moins élevée des admissions des Nantais en affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie (- 13 % par rapport à la moyenne nationale). La situation apparaît particulièrement favorable chez les femmes, qui connaissent à la fois une sous-mortalité de 16 % et une fréquence des admissions en ALD inférieure de 17 % à la moyenne nationale. Chez les hommes, ces écarts sont moins marqués. La mortalité générale est en effet proche de la moyenne française et la fréquence des admissions en ALD est inférieure de 8 % à cette moyenne.

### **Mais une situation qui reste préoccupante pour la mortalité prématurée**

Une proportion relativement importante des décès surviennent avant 65 ans, c'est-à-dire de façon prématurée eu égard à l'espérance de vie actuelle. A Nantes comme en France, ce constat concerne surtout les hommes puisque 33 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, contre 15 % des décès féminins.

La mortalité prématurée dans la population nantaise est supérieure de 8 % à la moyenne nationale, qui elle-même est l'une des plus élevées des pays européens.

Parmi les 470 décès prématurés annuels survenant dans la population nantaise, près de 150 peuvent être considérés comme évitables car leurs causes sont accessibles à la prévention.

### **Des disparités de mortalité prématurée marquées entre quartiers**

La mortalité prématurée constitue un des outils majeurs pour apprécier l'état de santé d'une population et étudier les inégalités territoriales de santé. De fortes disparités sont observées au sein même de la ville de Nantes, avec des écarts de mortalité prématurée par rapport à la moyenne nantaise, qui varient de - 34 % à + 52 % entre les vingt-huit territoires étudiés.

### **Des maladies chroniques fréquentes**

En lien notamment avec le vieillissement de la population, les progrès du dépistage et de la prise en charge, et l'évolution de certains comportements, les affections chroniques sont particulièrement fréquentes dans la population nantaise, comme en France. 14 % des habitants sont actuellement en ALD et donc atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux. Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques.

### **Maladies cardiovasculaires et diabète : une situation favorable**

- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire au sein de la population nantaise est inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 10 %) comme chez les femmes (- 20 %). Cette sous-mortalité se retrouve chez les moins de 65 ans mais uniquement chez les femmes.

Les données d'admissions en ALD confirment ce constat (1 400 admissions par an). Elles mettent en effet en évidence une moindre fréquence des admissions pour maladies cardiovasculaires parmi les Nantais (- 23 % par rapport à la moyenne nationale), avec un écart encore plus marqué chez les femmes (- 27 %). Cette sous-incidence est également retrouvée chez les moins de 65 ans.

- Environ 620 Nantais sont admis en moyenne chaque année en ALD pour diabète, pathologie qui constitue elle-même un facteur de risque de certaines maladies cardiovasculaires et qui a des facteurs de risque communs avec ces affections



(sédentarité, alimentation...). La fréquence de ces admissions dans la population nantaise est inférieure à la moyenne nationale (- 23 %).

Ce constat s'inscrit dans un contexte ligérien relativement protégé vis-à-vis du diabète, mais il n'en demeure pas moins que l'épidémiologie de cette affection est préoccupante, avec une fréquence élevée et une nette tendance évolutive à la hausse.

### **Cancers : une incidence en baisse mais qui reste supérieure à la moyenne nationale**

1 300 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais. Ces pathologies sont à l'origine en moyenne chaque année de 580 décès dans la population nantaise. Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent en termes d'incidence (33 % des nouveaux cas) et de mortalité (21 % des décès par cancer). Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquemment diagnostiqué (24 % des nouveaux cas) mais c'est le cancer du poumon, dont le principal facteur de risque est le tabagisme, qui est à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer (86 par an).

La fréquence des nouveaux cas de cancers dans la population nantaise suit globalement une tendance à la baisse au cours des dernières années. Malgré ce recul, cette fréquence dépasse de 7 % la moyenne nationale, cette surincidence étant un peu plus marquée chez les hommes (+ 10 %).

La mortalité par cancer dans la population nantaise apparaît proche de la moyenne nationale, ce constat masque toutefois une surmortalité chez les hommes nantais (+ 12 % par rapport à la moyenne nationale).

Cette surincidence des cancers est liée en partie à une plus grande fréquence des cancers pour lesquels la consommation d'alcool et de tabac constituent des facteurs de risque importants, notamment chez les hommes. En effet, chez ces derniers, l'incidence des cancers du foie est supérieure de 50 % à la moyenne nationale. L'écart est également élevé pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (+ 30 %). La fréquence des nouveaux cas de cancer du poumon apparaît

aussi plus importante chez les hommes nantais (environ + 15 %).

L'incidence du mélanome de la peau (60 nouveaux cas par an), dont l'exposition aux rayonnements solaires constitue le principal facteur de risque, est également plus élevée dans la population nantaise chez les hommes comme chez les femmes (+ 50 % par rapport à la moyenne nationale).

Pour le cancer du sein qui bénéficie d'un programme de dépistage organisé, la fréquence des nouveaux cas apparaît légèrement supérieure à la moyenne nationale chez les femmes nantaises. Pour le cancer du côlon-rectum qui fait également l'objet d'un programme de dépistage, l'incidence est proche de cette moyenne.

### **Les pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool surreprésentées**

Plusieurs indicateurs mettent en évidence une plus grande fréquence des pathologies liées à la consommation excessive d'alcool dans la population nantaise. Outre la surincidence des cancers du foie et des voies aérodigestives supérieures évoquée ci-dessus, la fréquence des admissions en ALD pour pathologies en lien direct avec une consommation excessive d'alcool<sup>1</sup> est supérieure d'environ 30 % à la moyenne nationale.

La mortalité par maladies exclusivement provoquées par une consommation excessive d'alcool<sup>1</sup> est, par ailleurs, supérieure de près de 30 % à la moyenne nationale, et cette situation défavorable concerne les hommes comme les femmes. Pour cet indicateur, parmi les dix villes étudiées, seule la ville de Lille présente une mortalité plus défavorable que celle de Nantes.

### **Troubles psychiques et du comportement**

- Chez les hommes nantais, la situation en matière de troubles psychiques et du comportement (hors démences) apparaît un peu plus favorable qu'au plan national. Ainsi, dans la population masculine, le taux d'admissions en ALD pour affections

<sup>1</sup> Maladies alcooliques du foie, troubles mentaux liés à une consommation excessive d'alcool



psychiatriques hors démences est proche de la moyenne française et une sous-mortalité par suicide de près de 30 % est observée.

Chez les femmes, la situation est plus complexe à interpréter. La mortalité par suicide dépasse d'environ 20 % la moyenne nationale au cours de la dernière décennie. Et à l'inverse, la fréquence des admissions pour affections psychiatriques hors démences est inférieure de 18 % à la moyenne française.

- Concernant la fréquence des admissions en ALD pour démences, la situation nantaise est proche de la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes.

### **Les décès par accident de la vie courante avant 65 ans semblent plus fréquents qu'au plan national**

La mortalité par accident de la circulation au sein de la population nantaise (14 décès par an) reste nettement inférieure à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité s'explique par la moindre fréquence des accidents graves dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales.

La mortalité par accident de la vie courante (81 décès par an) apparaît par contre supérieure à la moyenne nationale chez les moins de 65 ans (24 décès par an). Ce constat peut notamment être rapproché de la situation locale défavorable en matière de consommation d'alcool, l'alcool constituant un facteur de risque bien établi des accidents.

### **Soins de ville : le rôle central du médecin généraliste**

- Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté par la population nantaise, après le pharmacien. Selon les données de la CPAM de Loire-Atlantique, 79 % des Nantais relevant du régime général ont consulté, dans l'année, un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans).

- Les soins dentaires et en ophtalmologie occasionnent également des recours réguliers : 41 % des Nantais ont consulté un chirurgien-dentiste libéral dans l'année, 39 % un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années.

- Pour les femmes de 16 ans et plus, le recours dans l'année à un gynécologue libéral est également fréquent : près de 30 % d'entre elles sont concernées.

- De nombreux enfants bénéficient des soins de professionnels libéraux en orthodontie (10 % des 6-10 ans et 39 % des 11-15 ans au cours des deux dernières années) ou en orthophonie (15 % des 6-10 ans dans l'année).

### **Des disparités de recours aux soins selon la couverture maladie**

- En matière de couverture maladie, environ 13 % des Nantais âgés de moins de 65 ans bénéficient de la CMU-C, qui prend en charge, pour les personnes à faibles revenus, les dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire.

- Par rapport aux non-bénéficiaires, les bénéficiaires de la CMU-C ont plus souvent recours dans l'année à un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans), notamment en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux (entre 20h et 8h). Ces bénéficiaires ont également plus souvent recours à des soins de prothèses dentaires.

Par contre, ils consultent moins souvent un ophtalmologiste libéral et bénéficient moins fréquemment de remboursements de soins d'optique. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C ont également moins souvent recours à un gynécologue libéral, et participent moins souvent aux dépistages des cancers du sein et du col utérin. Quant aux enfants relevant de la CMU-C, s'ils sont moins nombreux à avoir consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste libéral et bénéficient moins souvent de soins d'orthodontie, ils recourent plus souvent à un orthophoniste libéral.

### **Des disparités de recours aux soins marquées entre les territoires**

En cohérence avec ces constats, on observe d'importantes disparités de recours entre les quartiers de la ville.

De façon globale, comme les bénéficiaires de la CMU-C, les habitants des quartiers les moins favorisés (relevant du CUCS)<sup>2</sup> ont plus souvent recours, que ceux des autres territoires, à un médecin généraliste libéral dans l'année (ou pédiatre pour les moins de 16 ans), notamment en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux (entre 20h et 8h).

<sup>2</sup> 30 % sont bénéficiaires de la CMU-C vs 9 % des habitants des territoires ne relevant pas du CUCS.



Par contre, ils ont moins souvent recours à des soins spécialisés en secteur libéral : chirurgien-dentiste, prothèses dentaires chez les personnes de 65 ans et plus, ophtalmologiste, soins d'optique, gynécologue chez les femmes, soins d'orthodontie et d'orthophonie pour les enfants.

En matière de prévention, les habitantes des quartiers les moins favorisés participent moins souvent aux dépistages du cancer du sein et du cancer du col utérin. En outre, les personnes âgées de ces quartiers sont moins souvent vaccinées contre la grippe saisonnière.

### **En conclusion**

Cette étude, réalisée à partir des données issues de nombreuses sources, permet de conforter plusieurs problèmes de santé spécifiques à la population nantaise, déjà identifiés dans le rapport précédent de 2010. Comme en France, l'état de santé des Nantais s'améliore, comme en témoigne le recul de la mortalité générale.

La population nantaise est moins concernée par les affections cardiovasculaires et le

diabète qu'au plan national. Ce constat positif peut être lié à différents facteurs protecteurs, d'ordre génétique, comportemental (habitudes alimentaires, activité physique) ou lié à une meilleure prise en charge des personnes à risque par les professionnels de santé.

La situation nantaise apparaît par contre défavorable en matière de mortalité prématurée. Ce constat est notamment lié à une surmortalité par pathologies liées à une consommation excessive d'alcool, par cancer du poumon (pathologie dont le tabac constitue le principal facteur de risque) et par accident de la vie courante.

La réduction de cette mortalité prématurée évitable constitue donc un réel enjeu pour Nantes, à l'échelle de la ville et de ses quartiers.

Enfin, l'analyse des données de la CPAM, réalisée pour la première fois à l'échelle de la ville de Nantes, offre un regard complémentaire sur les disparités territoriales et sociales de recours aux soins. Les enjeux d'accès aux soins et de prévention apparaissent également importants pour la ville de Nantes.







# ÉTAT DE SANTÉ



# 1 Vue d'ensemble de l'état de santé

## 1.1 Mortalité générale

### Eléments de contexte

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance a fortement progressé en France, en lien avec la baisse de la mortalité. Entre 1994 et 2012, elle est passée de 73,6 à 78,4 ans chez les hommes, et de 81,8 à 84,8 ans chez les femmes. L'espérance de vie à la naissance des Françaises est l'une des plus élevées des pays d'Europe, celle des hommes se situe dans la moyenne. La situation est encore plus favorable si l'on considère l'espérance de vie à 65 ans, celle-ci étant en France pour les hommes comme pour les femmes la plus élevée des pays européens.

L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent marquées, notamment chez les hommes. Ainsi, entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans s'élève à 6 ans chez les hommes et à 3 ans chez les femmes [1].

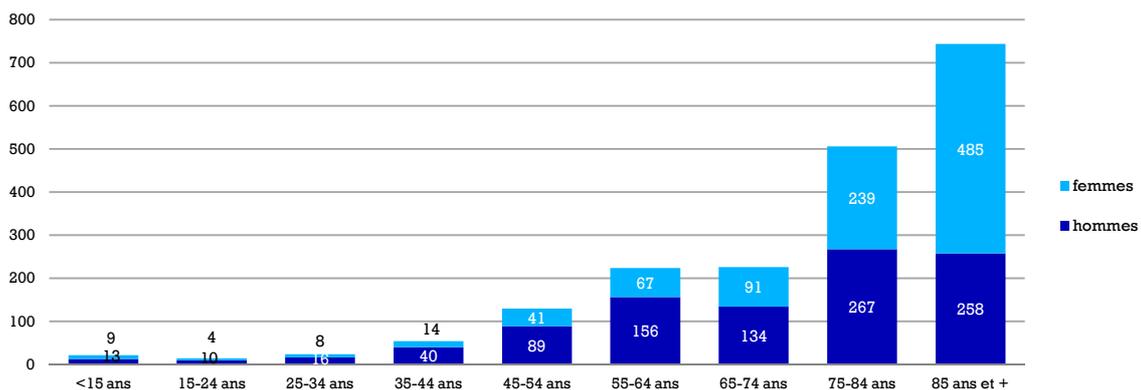
Les données d'espérance de vie ne sont pas directement disponibles pour Nantes, mais l'analyse des données de mortalité permet d'apprécier indirectement la situation.

### Plus de 1 900 Nantais décèdent chaque année, à domicile dans un tiers des cas

1 940 Nantais sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2008-2010. L'âge moyen au décès connaît une progression constante : près des deux tiers de ces décès sont survenus au-delà de 75 ans, et plus d'un tiers au-delà de 85 ans (Fig1).

La grande majorité (81 %) des décès de personnes domiciliées à Nantes surviennent dans la commune, 13 % dans le reste de l'agglomération nantaise et 6 % hors de cette agglomération. Plus d'un tiers (34 %) des décès surviennent au domicile (vs 26 % en France), 43 % dans un établissement de santé public, 13 % dans une clinique privée, 5 % en maison de retraite et 1 % sur la voie publique.

**Fig1 Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe  
Nantes (moyenne 2008-2010)**



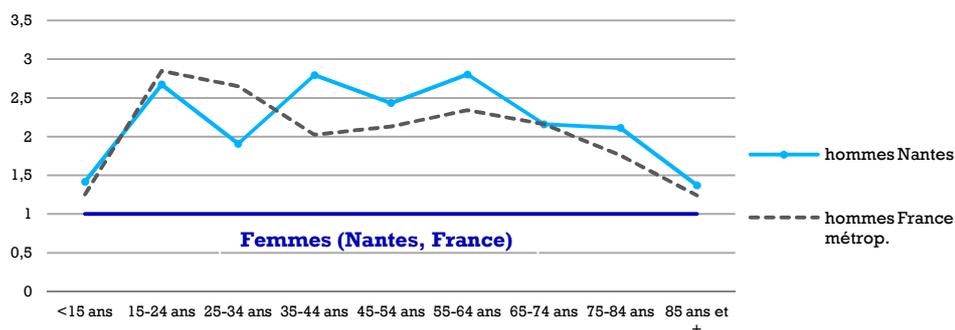
Source : Inserm CépiDc

### Une surmortalité masculine dans toutes les classes d'âge

Comme en France, la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes dans toutes les classes d'âge (Fig2). Globalement, à structure par âge identique, la mortalité masculine est deux fois plus élevée que celle des femmes.



**Fig2 Ratio de mortalité masculine par rapport à la mortalité féminine selon l'âge Nantes, France métropolitaine (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

### Cancers et maladies cardiovasculaires, principales causes de décès

Les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (26 %) constituent les deux principales causes de décès, dans la population nantaise comme en France (Fig3). Viennent ensuite les morts violentes qui représentent 7 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou par suicide.

**Fig3 Principales causes de décès selon le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
<b>Ensemble des cancers*</b>	<b>342</b>	<b>35 %</b>	<b>241</b>	<b>25 %</b>
Cancer du poumon	86	9 %	26	3 %
Cancer du côlon-rectum	28	3 %	27	3 %
Cancer de la prostate	30	3%	-	-
Cancer du foie et voies biliaires intrahépatiques	29	3 %	9	1 %
Cancers des VADS** et œsophage	22	2 %	5	0 %
Cancer du sein	-	-	51	5 %
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>222</b>	<b>23 %</b>	<b>274</b>	<b>29 %</b>
Cardiopathies ischémiques	67	7 %	59	6 %
Maladies vasculaires cérébrales	53	5 %	75	8 %
<b>Traumatismes et empoisonnements</b>	<b>82</b>	<b>8 %</b>	<b>55</b>	<b>6 %</b>
Accident de la vie courante	44	5 %	37	4 %
Suicide	23	2 %	12	1 %
Accident de la circulation	11	1 %	3	0 %
<b>Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***</b>	<b>34</b>	<b>3 %</b>	<b>14</b>	<b>1 %</b>
Autres causes	303	31 %	373	39 %
<b>Toutes causes</b>	<b>982</b>	<b>100 %</b>	<b>958</b>	<b>100 %</b>

Source : Inserm CépiDc

\* Ensemble des tumeurs malignes ; \*\* voies aérodigestives supérieures : lèvre, cavité buccale, pharynx et larynx ;

\*\*\* maladies alcooliques du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.



### Une mortalité en fort recul

Depuis plusieurs décennies, à Nantes comme au plan national, l'espérance de vie à la naissance progresse de façon importante, en lien avec la baisse de la mortalité. Entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010, le taux standardisé de mortalité générale a ainsi diminué d'environ 15 % dans la population nantaise, chez les hommes comme chez les femmes (Fig4).

Cette diminution est d'un ordre de grandeur comparable à celles observées au plan national et dans le reste du département de la Loire-Atlantique.

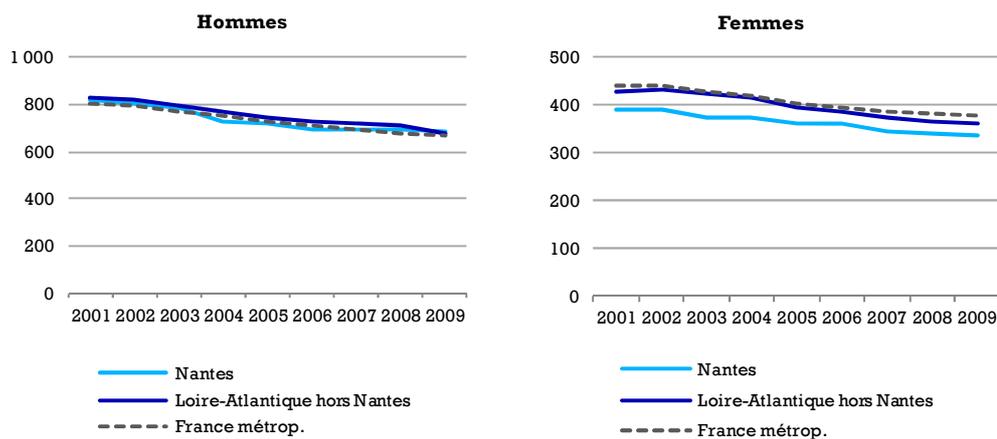
Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les trois principaux groupes de causes de décès que sont les maladies de l'appareil circulatoire (- 22 %), les cancers (- 11 %) et les morts violentes (- 27 %).

### Une mortalité inférieure à la moyenne nationale chez les femmes, proche de cette moyenne chez les hommes

Par rapport à la moyenne nationale, la situation nantaise en matière de mortalité diffère selon le sexe. Chez les hommes, la mortalité est relativement proche de la moyenne nationale depuis le début des années 2000. Chez les femmes, on observe par contre une sous-mortalité sur toute cette période, qui atteint - 16 % en moyenne sur les années 2008-2010 (Fig4).

La situation nantaise apparaît ainsi plus favorable que celle du reste de la Loire-Atlantique, où la mortalité reste depuis plusieurs années légèrement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes et proche de cette moyenne chez les femmes.

**Fig4 Evolution du taux standardisé de mortalité générale selon le sexe Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

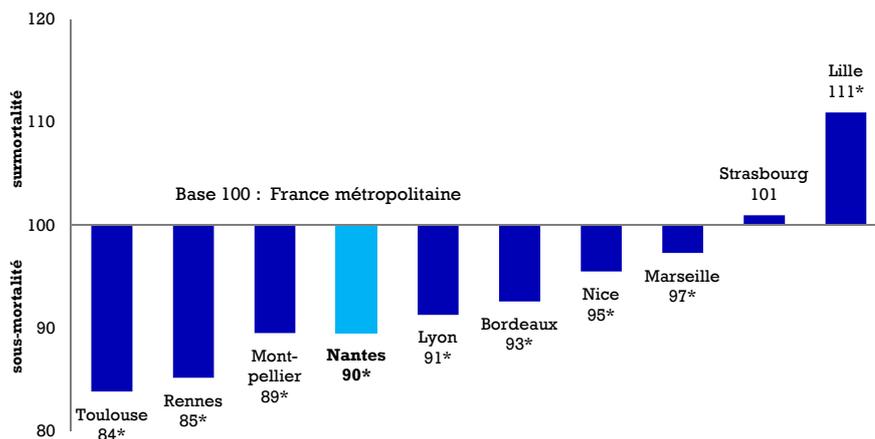


## Une situation plutôt favorable par rapport aux autres villes étudiées

La situation nantaise en matière de mortalité a été comparée à celle d'autres grandes villes françaises : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Rennes, Strasbourg et Toulouse.

Sur ces dix villes françaises, huit présentent une mortalité générale inférieure à la moyenne nationale, une ville connaît une mortalité proche et une ville une mortalité supérieure à cette moyenne (Fig5). Nantes fait partie des villes en situation de sous-mortalité et se situe, avec Toulouse, Rennes et Montpellier, parmi les villes les mieux classées pour cet indicateur.

**Fig5 Indice comparatif de mortalité générale (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

## Des disparités de mortalité très marquées entre les territoires de Nantes

La mortalité générale a été analysée à l'échelle infracommunale, à partir des données d'état civil géocodées par le service géomatique de Nantes métropole. Deux découpages géographiques ont été étudiés. Le premier repose sur vingt-huit territoires qui correspondent à des Triris<sup>3</sup>. Le second distingue les territoires, qui en raison de leur situation sociale difficile, relèvent du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS).

D'importantes disparités de mortalité générale sont observées entre les vingt-huit territoires étudiés de la ville. Sur la période 2007-2013 et à structure par âge comparable, l'écart avec la moyenne de la ville varie de - 28 % à + 54 % (Fig6).

### • La mortalité générale est significativement supérieure à la moyenne de la ville de Nantes dans onze territoires :

- Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby (+ 54 %),
- Chantenay (+ 23 %),
- Madeleine/Champ de Mars (+ 18 %),
- Bellevue/Bourderies (+ 16 %),
- Commerce/Guist'hau (+ 15 %),
- Bout des Landes/Bout des Pavés (+ 14 %),
- Bottière/Pin Sec (+ 12 %),
- Jules Verne/Landreau (+ 12 %),
- Clos Torreau/St Jacques (+ 12 %),
- Ile Beaulieu (+ 11 %),
- Hauts Pavés/Talensac (+ 8 %).

<sup>3</sup> Les communes d'au moins 10 000 habitants sont découpées par l'Insee en Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique), territoires d'environ 2 000 habitants, qui constituent la maille de base en matière de diffusion de données statistiques infracommunales. Les Triris sont des regroupements d'Iris (trois le plus souvent).



Pour les territoires Hauts-Pavés/Talensac et Jules Verne/Landreau, cette surmortalité générale est liée uniquement à une surmortalité aux âges élevés (75 ans et plus).

Sur la période précédente d'étude qui concerne les années 2000-2006, une surmortalité était déjà observée pour seulement six de ces onze territoires : Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby, Chantenay, Bellevue/Bourderies, Bout des Landes/Bout des Pavés, Clos Torreau/St Jacques, Hauts Pavés/Talensac. Pour les cinq autres territoires, la mortalité générale n'était pas significativement différente de la moyenne de la ville.

En outre, les territoires Sainte-Anne/Jean Macé, Canclaux/Mellinet et Dervallières/Contrie présentaient une surmortalité sur la période 2006-2010 qui n'est donc plus retrouvée sur la période 2007-2013.

• **La mortalité générale apparaît relativement proche de la moyenne nantaise sur la période 2007-2013 dans neuf territoires :**

- Ste Anne/Jean Macé,
- Durantière/Zola,
- Pont du Cens/Petit Port/Jonelière,
- Port Boyer/Tortière/Ranzay,
- Dervallières/Contrie,
- Haluchère/Sainte-Luce,
- St Donatien/Waldeck,
- Canclaux/Mellinet,
- Santos Dumon/Chauvinière.

• **Par contre, la mortalité générale est significativement inférieure à la moyenne nantaise dans huit territoires :**

- Saint-Félix/Michelet (- 29 %),
- Schuman/Perverie (- 28 %),
- Procé/Monselet (- 26 %),
- Toutes Aides/Caserne Mellinet (- 26 %),
- Beauséjour/Gaudinière (- 25 %),
- Carcouet/Rte de Vannes (- 21 %),
- Beaujoire/Saint Joseph (- 20 %),
- Doulon (- 14 %).

Sur la période 2000-2006, une sous-mortalité était déjà observée pour sept de ces territoires, à l'exception du territoire de Doulon qui présentait une mortalité non différente de la moyenne nationale (Fig7).

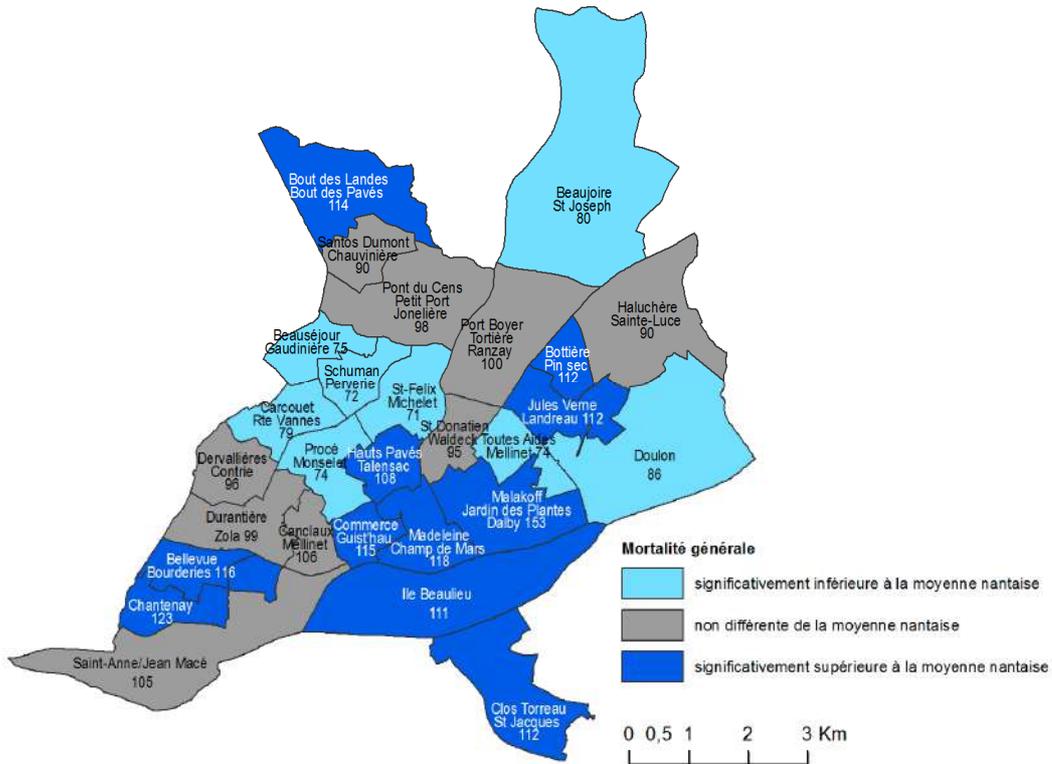
**Une surmortalité masculine de plus de 10 % dans les territoires CUCS**

Enfin, la comparaison des **territoires relevant du CUCS** (cf. annexe 2) et des autres territoires de la ville met en évidence une mortalité générale supérieure de plus de 10 % dans les territoires du CUCS par rapport à celle des autres territoires de la ville sur la période 2007-2013. Un écart était déjà observé sur la période 2000-2006 mais celui-ci était un peu plus marqué (+ 20 %).

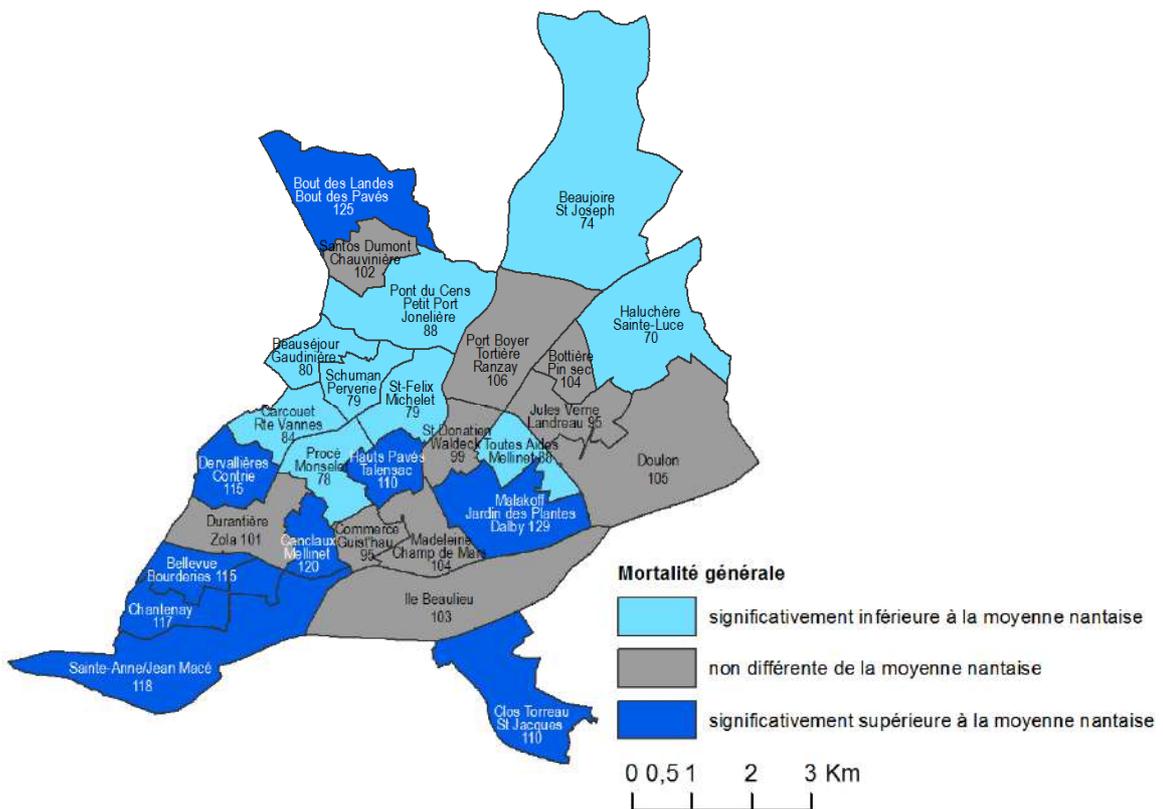
La situation est toutefois différente selon le sexe. Chez les hommes, cette surmortalité générale atteint environ + 25 % sur la période 2007-2013. Chez les femmes, la mortalité générale apparaît par contre relativement proche entre les habitantes des territoires relevant du CUCS et celles des autres territoires. Ce constat masque une surmortalité marquée (+ 50 %) chez les femmes âgées de moins de 65 ans résidant dans les territoires relevant du CUCS (cf. page 25), qui est compensée par sous-mortalité féminine aux âges élevés dans certains de ces territoires.



**Fig6-7 Indice comparatif de mortalité générale**  
**2007-2013**



**2000-2006**



Sources : Etat civil Ville de Nantes, RP (Insee), exploitation ORS



## 1.2 Mortalité prématurée

### Eléments de contexte

Avec l'augmentation de l'âge moyen au décès, les statistiques des causes médicales de décès reflètent de plus en plus la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention et promotion de la santé, d'où l'intérêt du concept de « mortalité prématurée », qui concerne les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Cet indicateur constitue actuellement l'un des outils majeurs pour l'étude des inégalités territoriales de santé, car il est très fiable et peut être mesuré avec précision pour les échelons géographiques fins.

La mortalité prématurée évitable constitue un indicateur complémentaire qui distingue, parmi les décès prématurés, ceux dont la survenue aurait pu être évitée grâce à la prévention (Encadré 2).

### **33 % des hommes et 15 % des femmes décèdent avant 65 ans**

Sur la période 2008-2010, 465 Nantais sont décédés en moyenne chaque année avant l'âge de 65 ans, ce qui représente 24 % du nombre total de décès. Sur ces 465 décès prématurés, 323, soit plus des deux tiers, concernent des hommes.

Comme en France, la part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 33 % décès masculins surviennent avant 65 ans contre 15 % des décès féminins.

### **Les cancers, première cause de décès prématuré**

Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée (Fig8). Ils sont à l'origine de 39 % des décès survenus avant 65 ans (35 % des décès masculins et 46 % des décès féminins).

Chez les hommes, le cancer du poumon est la localisation la plus fréquemment en cause (13 % des décès prématurés).

Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui arrive en première position sur la période 2008-2010, ce cancer étant à l'origine de 12 % des décès prématurés. Le cancer du poumon arrive en seconde position (7 % des décès prématurés) alors que sur la période précédente 2005-2007, il était au premier rang.

Les morts violentes, par suicide ou par accident, représentent 14 % des décès avant 65 ans chez les hommes comme chez les femmes.

Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 11 % des décès prématurés (12 % des décès masculins et 7 % des décès féminins).

Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool représentent 7 % des décès avant 65 ans (8 % des décès masculins et 6 % des décès féminins).

Par ailleurs, il convient de noter la forte proportion de décès prématurés dont la cause médicale est inconnue ou non précisée (code CIM10 : R96-R99) : 14 % des décès masculins et 10 % des décès féminins (contre 6 % et 5 % en France). Ce constat n'est pas récent puisqu'il avait déjà été établi sur les périodes 2005-2007 et 1988-1992.



**Fig8 Principales causes de décès prématurés selon le sexe  
Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Ensemble des cancers*</b>	<b>114</b>	<b>35 %</b>	<b>65</b>	<b>46 %</b>
Cancer du poumon	41	13 %	11	7 %
Cancer du sein	-	-	18	12 %
Cancers des VADS** et œsophage	9	3 %	<3	<2 %
Cancer du foie et voies biliaires intrahépatiques	9	3 %	<3	<2 %
Cancer du côlon-rectum	7	2 %	<3	<2 %
<b>Traumatismes et empoisonnements</b>	<b>45</b>	<b>14 %</b>	<b>20</b>	<b>14 %</b>
Suicide	18	5 %	10	7 %
Accident de la vie courante	17	5 %	8	5 %
Accident de la circulation	9	3 %	<3	<2 %
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>40</b>	<b>12 %</b>	<b>11</b>	<b>7 %</b>
Cardiopathies ischémiques	15	5 %	<3	<2 %
Maladies vasculaires cérébrales	10	3 %	3	2 %
<b>Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***</b>	<b>25</b>	<b>8 %</b>	<b>9</b>	<b>6 %</b>
Autres causes	99	31 %	38	26 %
<b>Toutes causes</b>	<b>323</b>	<b>100 %</b>	<b>142</b>	<b>100 %</b>

Source : Inserm CépiDc

\* Ensemble des tumeurs malignes ; \*\* voies aérodigestives supérieures : lèvre, cavité buccale, pharynx et larynx ;

\*\*\* maladies alcooliques du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

### Un décès sur trois survenant avant 65 ans pourrait être évité

Une part importante des causes de décès prématurés sont accessibles à la prévention et peuvent être considérées comme « évitables » (Encadré 2).

Parmi les 465 décès prématurés dénombrés dans la population nantaise chaque année, 144 peuvent être en effet considérés comme « évitables », soit plus de 30 %. Sur ces 144 décès, 110 concernent des hommes et 34 des femmes.

### Mortalité prématurée et mortalité évitable sont globalement en diminution

La mortalité prématurée a diminué au cours des dix dernières années à Nantes (- 16 %) comme en France, chez les hommes et chez les femmes (Fig9).

Ce recul est notamment à rapprocher de la baisse de la mortalité évitable liée à la prévention. Entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010, cette dernière a diminué d'environ 30 % dans la population nantaise (Fig12).

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

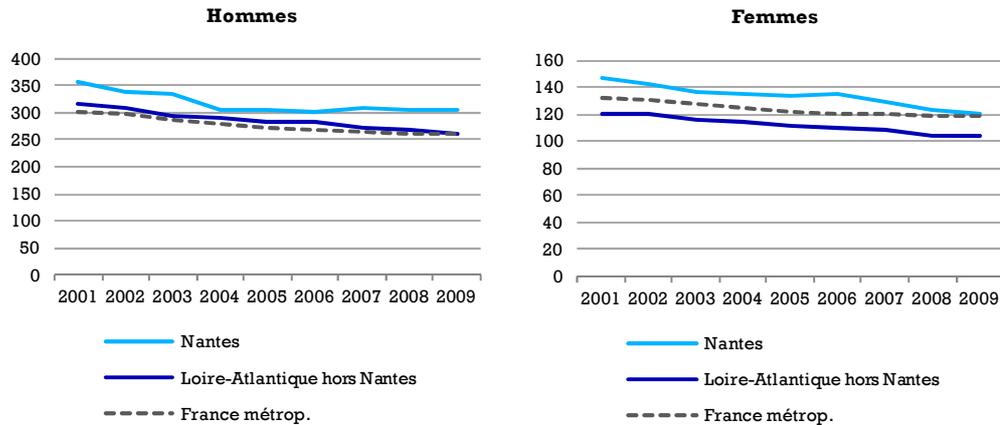
Depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée dans la population nantaise reste supérieure à la moyenne nationale (Fig9). A structure par âge, cette mortalité est supérieure de 8 % à cette moyenne sur la période 2008-2010. Cette surmortalité correspond à un excédent annuel moyen de 36 décès prématurés dans la population nantaise par rapport à la moyenne nationale.

Cet excédent de décès concerne quasi exclusivement des hommes, qui connaissent une mortalité prématurée supérieure de 15 % à la moyenne nationale sur cette période.

La mortalité prématurée des femmes, qui était supérieure d'environ 8 % à la moyenne nationale depuis le début des années 2000, apparaît proche de cette moyenne sur la période 2008-2010. Le suivi de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou s'il s'agit d'une nouvelle tendance qui se dessine.



**Fig9 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée selon le sexe  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**

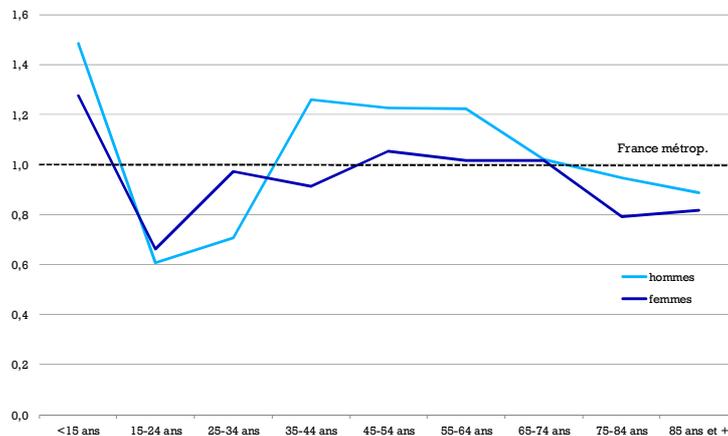


Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une surmortalité qui concerne les enfants et les hommes de 35-64 ans

La comparaison des taux de mortalité par âge avec la moyenne française met en évidence une surmortalité chez les garçons et les filles nantais âgés de moins de 15 ans (Fig10). Une surmortalité est également observée entre 35 et 64 ans chez les hommes nantais. Chez les femmes, la situation nantaise est proche de la moyenne nationale pour ces classes d'âge. Entre 15 et 34 ans et au-delà de 65 ans, la population nantaise connaît par contre une sous-mortalité. Ce constat était déjà observé sur la période 2005-2007.

**Fig10 Ratio de la mortalité générale à Nantes par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

#### Encadré 2

#### MORTALITÉ ÉVITABLE LIÉE À LA PRÉVENTION

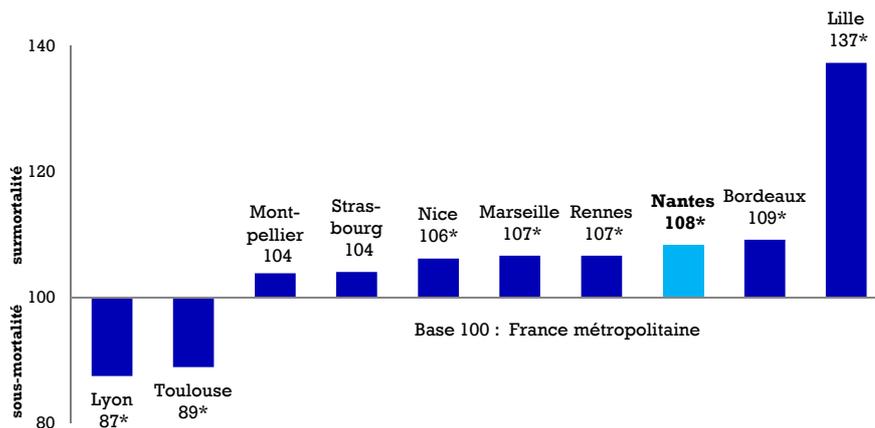
La liste des causes de décès prématurés « évitables » utilisée en France comprend actuellement les décès imputables à la consommation de tabac et/ou d'alcool (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques ou de cause non précisée), les décès par accident de la circulation, chute ou suicide et, dans le registre des maladies infectieuses, les décès par sida [2].



## Une situation plutôt défavorable par rapport aux autres villes étudiées

Sur les dix villes étudiées dans le cadre de cette étude, seules deux présentent une mortalité prématurée significativement inférieure à la moyenne nationale. Cette comparaison met en évidence des écarts très marqués entre les villes. Deux autres villes connaissent une mortalité non significativement différente de cette moyenne et six une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Nantes fait partie des villes en situation de surmortalité prématurée et se situe parmi les villes les moins bien classées pour cet indicateur. Seules les villes de Bordeaux et Lille présentent une mortalité avant 65 ans plus élevée que celle de Nantes (Fig11).

**Fig11** Indice comparatif de mortalité prématurée (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

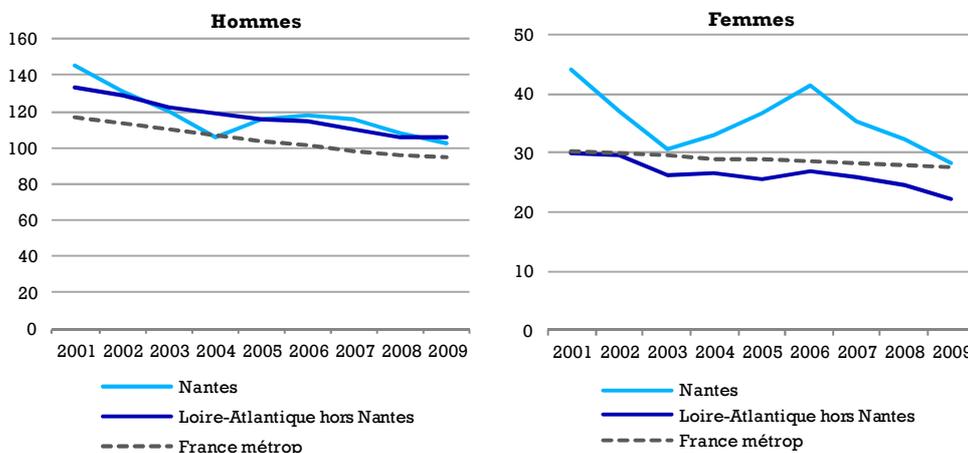
\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

## Une mortalité évitable supérieure à la moyenne nationale ?

Au niveau national, la mortalité évitable est en diminution régulière depuis le début des années 2000. A Nantes, malgré des fluctuations, une tendance analogue semble se dessiner (Fig12).

Chez les hommes comme chez les femmes, la mortalité évitable dans la population nantaise est restée depuis le début des années 2000 globalement supérieure à la moyenne nationale, avec des écarts plus ou moins marqués. Sur la dernière période 2008-2010, l'écart avec la moyenne nationale n'est toutefois pas statistiquement significatif. Le suivi de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou s'il s'agit d'une nouvelle tendance qui se dessine.

**Fig12** Evolution du taux standardisé de mortalité évitable  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.



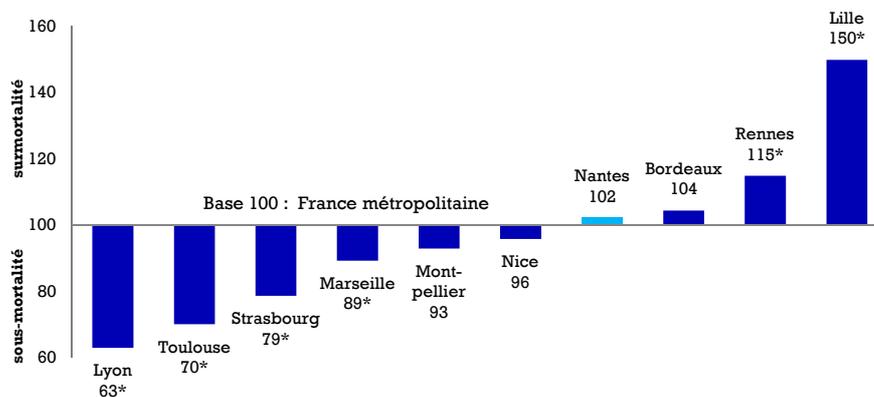
Pour les femmes, la situation nantaise en matière de mortalité prématurée et de mortalité évitable apparaît moins favorable que celle observée dans le reste du département de Loire-Atlantique. En effet, sur la période 2008-2010, ces mortalités sont inférieures à la moyenne nationale dans le reste du département alors qu'elles sont proches de cette moyenne chez les femmes nantaises

Pour les hommes, la situation nantaise apparaît également moins favorable que dans le reste du département mais uniquement pour la mortalité prématurée. Dans le reste du département de Loire-Atlantique, la mortalité prématurée apparaît proche de la moyenne nationale sur la période 2008-2010 alors qu'elle est supérieure à cette moyenne à Nantes. Par contre, pour la mortalité évitable, la situation nantaise ne diffère pas de celle observée dans le reste du département, où une surmortalité masculine est également observée.

### Une situation intermédiaire par rapport aux autres villes

Sur les dix villes étudiées, quatre présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne nantaise et deux une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Pour quatre villes, dont Nantes, la mortalité évitable n'apparaît pas significativement différente de la moyenne nationale. Nantes occupe ainsi une position intermédiaire pour cet indicateur (Fig13).

**Fig13 Indice comparatif de mortalité évitable (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

### De fortes disparités en matière de mortalité prématurée entre les territoires nantais

D'importantes disparités de mortalité prématurée sont observées entre les vingt-huit Triris<sup>4</sup> que compte la ville de Nantes.

Sur la période 2007-2013, la proportion de décès survenant avant 65 ans dépasse 40 % dans certains Triris alors qu'elle est inférieure à 20 % dans d'autres (annexe 3).

Par ailleurs, l'écart de mortalité prématurée avec la moyenne de la ville, à structure par âge comparable sur la période 2007-2013, varie de - 34 % à + 52 % selon les territoires (Fig14).

#### • La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne de la ville de Nantes dans neuf territoires :

- Bout des Landes/Bout des Pavés (+ 52 %),
- Bottière/Pin Sec (+ 51 %),
- Santos Dumont/Chauvinière (+ 49 %),
- Bellevue/Bourderies (+ 44 %),
- Madeleine/Champ de Mars (+ 43 %),

<sup>4</sup> Les communes d'au moins 10 000 habitants sont découpées par l'Insee en Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique), territoires d'environ 2 000 habitants, qui constituent la maille de base en matière de diffusion de données statistiques infra-communales. Les Triris sont des regroupements d'Iris (trois le plus souvent).



- Ile Beaulieu (+ 32 %),
- Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby (+ 23 %),
- Clos Torreau/St Jacques (+ 23 %),
- Dervallières/Contrie (+ 19 %).

Si la population de ces neuf territoires avait connu une mortalité prématurée identique à la moyenne de la ville sur la période 2007-2013, ce sont globalement une cinquantaine de vies de personnes de moins de 65 ans qui auraient été épargnées chaque année dans ces territoires.

Sur la période précédente d'étude qui concerne les années 2000-2006, une surmortalité était déjà observée pour huit ces neuf territoires, à l'exception du territoire Clos Torreau/St Jacques où la mortalité avant 65 ans n'apparaissait pas significativement différente de la moyenne de la ville. En outre, les territoires Chantenay et Sainte-Anne/Jean Macé présentaient alors une surmortalité qui n'est toutefois plus retrouvée sur la période 2007-2013.

• **La mortalité prématurée apparaît relativement proche de la moyenne nantaise sur la période 2007-2013 dans huit territoires :**

- Ste Anne/Jean Macé,
- Chantenay,
- Durantière/Zola,
- Pont du Cens/Petit Port/Jonelière,
- Port Boyer/Tortière/Ranzay,
- Commerce/Guist'hau,
- Carcouet/Route de Vannes,
- Beauséjour/Gaudinière.

• **Par contre, la mortalité prématurée est significativement inférieure à la moyenne nantaise dans onze territoires :**

- Saint-Félix/Michelet (- 34 %),
- Doulon (- 34 %),
- Hauts Pavés/Talensac (- 32 %),
- St Donatien/Waldeck (- 32 %),
- Schuman/Perverie (- 30 %),
- Procé/Monselet (- 28 %),
- Canclaux/Mellinet (- 25%),
- Toutes Aides/Caserne Mellinet (- 25 %),
- Haluchère/Sainte-Luce (- 24 %),
- Jules Verne/Landreau (- 21 %),
- Beaujoire/Saint Joseph (- 19 %).

Sur la période 2000-2006, une sous-mortalité était déjà observée pour sept de ces onze territoires : Saint-Félix/Michelet, St Donatien/Waldeck, Schuman/Perverie, Procé/Monselet, Haluchère/Ste-Luce, Jules Verne/Landreau, Beaujoire/St Joseph. Pour les quatre autres territoires, la mortalité prématurée n'était pas significativement différente de la moyenne de la ville sur cette période.

Par ailleurs, la comparaison des **territoires relevant du CUCS** et des autres territoires de la ville met en évidence une proportion des décès survenant avant 65 ans près deux fois plus élevée parmi les habitants des territoires CUCS (38 % vs 21 % pour les habitants des territoires non-CUCS sur la période 2007-2013). Cette différence est toutefois moins marquée si l'on prend en compte les différences de structure d'âge entre ces deux groupes de population (32 % vs 22 %).

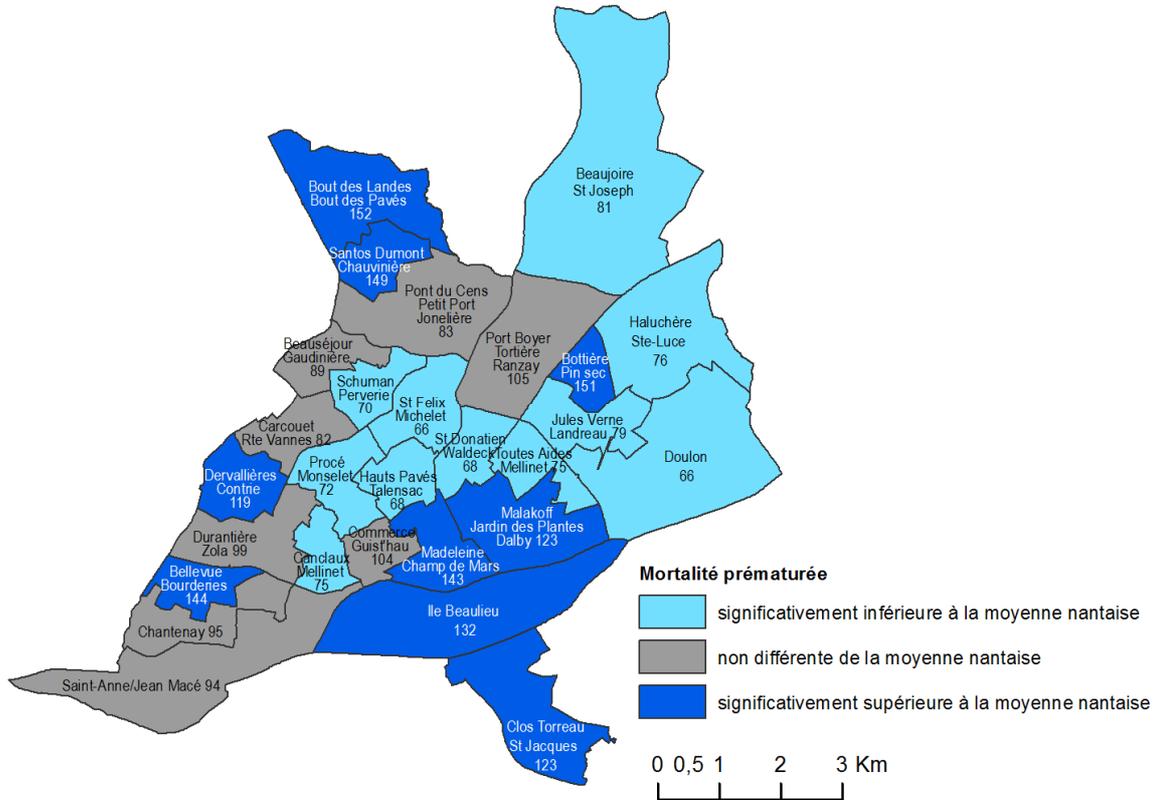
Par ailleurs, la mortalité prématurée est supérieure d'environ 60 % dans les territoires du CUCS par rapport à celle des autres territoires de la ville sur la période 2007-2013. Un tel écart était déjà observé sur la période 2000-2006 (+ 70 %).

Ce constat s'observe chez les hommes comme chez les femmes, avec toutefois un écart un peu plus marqué chez les hommes (+ 70 % sur la période 2007-2013) que chez les femmes (+ 50 %).

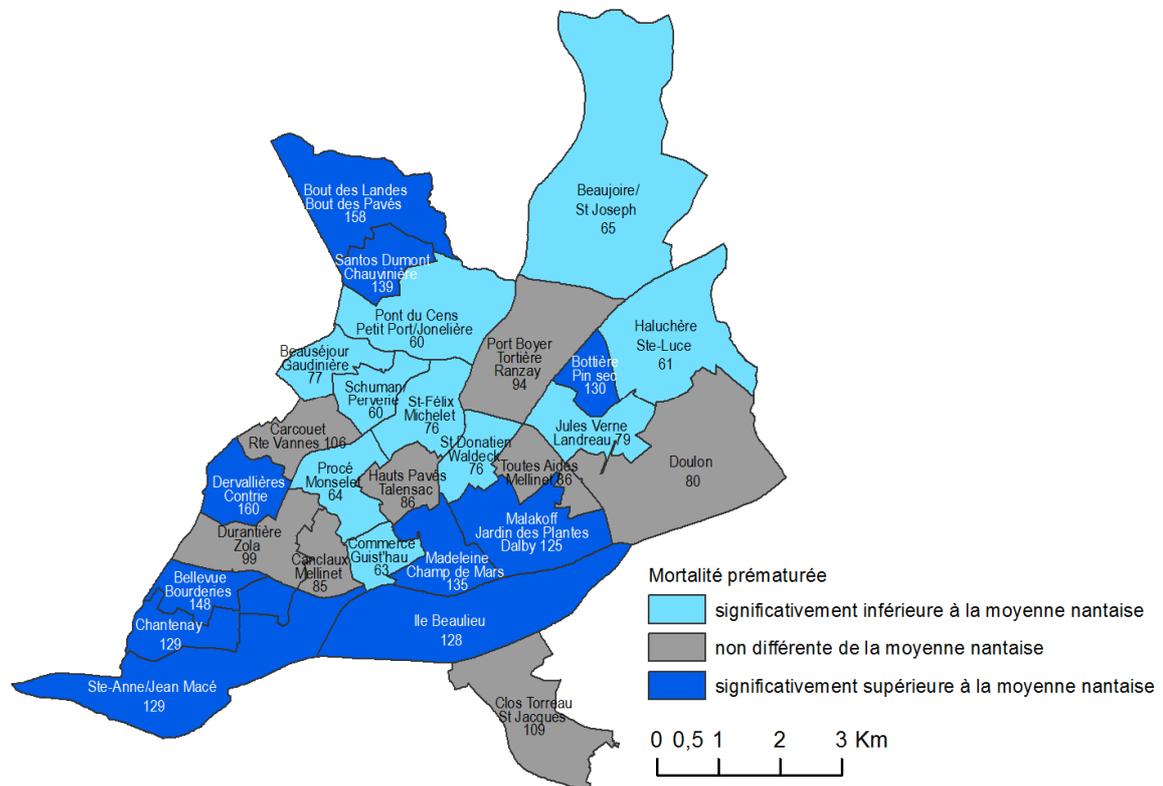


**Fig14-15 Indice comparatif de mortalité prématurée**

**2007-2013**



**2000-2006**



Sources : Etat civil Ville de Nantes, RP (Insee), exploitation ORS



Encadré 3

### MORTALITÉ INFANTILE

Si la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité. Les décès survenant chez des enfants de moins d'un an sont le plus souvent en lien avec des affections d'origine périnatale (syndrome de détresse, respiratoire, prématurité, hypotrophie...), des anomalies congénitales, et la mort subite du nourrisson.

Comme au plan national, la mortalité infantile a fortement diminué à Nantes. Au début des années 1980, on dénombrait chaque année plus de 40 décès d'enfants de moins d'un an dans la population nantaise, soit un taux de mortalité infantile d'environ 10 pour 1 000 naissances.

Au cours des dernières années, une quinzaine d'enfants âgés de moins d'un an résidant à Nantes sont décédés en moyenne chaque année. Rapporté aux 3 900 naissances annuelles domiciliées, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2009-2011.

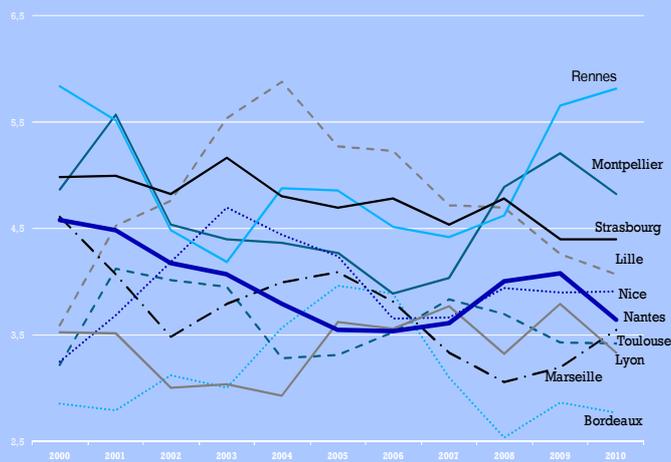
En raison des faibles effectifs de décès concernés, ce taux varie fortement selon les années. Depuis le début des années 2000, il fluctue autour de la moyenne nationale. Sur les années 2009-2011, il apparaît toutefois légèrement supérieur à la moyenne nationale. Le taux de mortalité infantile dans la population nantaise reste néanmoins, depuis le début des années 2000, nettement supérieur au taux observé dans le reste du département de Loire-Atlantique (2,7 pour 1 000 en 2009-2011).

Par rapport aux neuf autres grandes villes françaises étudiées, Nantes occupe globalement, depuis le début des années 2000, une position intermédiaire en matière de mortalité infantile.

#### Evolution du taux de mortalité infantile (1998-2011) Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine



#### Evolution du taux de mortalité infantile (1999-2011)



Sources : Inserm CépiDc, Etat civil (Insee)  
Taux pour 1 000, lissés sur 3 ans.



## 1.3 Affection de longue durée

### Eléments de contexte

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés et coûteux peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin traitant, en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Ces personnes bénéficient alors d'une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour les soins liés à ces affections (éléments de méthodologie page 145).

Les statistiques relatives aux ALD, qu'il s'agisse de celles portant sur les personnes nouvellement admises en ALD ou de celles concernant l'ensemble de la population bénéficiant de ce dispositif, permettent ainsi d'apprécier<sup>5</sup> la fréquence et certaines caractéristiques des pathologies les plus graves. Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète et les pathologies psychiatriques.

La proportion de personnes en ALD parmi celles protégées par le régime général d'assurance maladie atteint près de 16 % en 2012, contre environ 12 % en 2004 et 8 % en 1994 [3] [4] [5]. Cette progression illustre le poids croissant des maladies chroniques, qui résulte notamment du vieillissement de la population, de l'amélioration du dépistage, du diagnostic et des prises en charge, mais aussi pour certaines pathologies comme le diabète, d'une réelle augmentation de l'incidence de la maladie.

#### 1.3.1 Incidence des ALD (admissions)

*Les admissions en ALD (incidence) permettent d'apprécier le flux de personnes entrant en ALD chaque année. Ces statistiques concernent la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) qui couvrent plus de 95 % de la population nantaise. Elles sont détaillées selon l'âge, le sexe et le groupe de pathologies motivant l'admission. Ces données étant issues de fichiers nationaux, elles permettent de réaliser une comparaison de la situation locale avec la moyenne nationale. Par ailleurs, une analyse de l'évolution de ces admissions en ALD entre les périodes 2005-2007 et 2008-2010 a également été menée.*

#### Les hommes plus fréquemment admis en ALD que les femmes

Environ 4 700 Nantais ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie<sup>6</sup>, entre 2008 et 2010. Cet effectif total représente environ 1,6 % de la population nantaise.

Comme au niveau national, les admissions en ALD sont plus fréquentes chez les hommes nantais que chez les femmes. A structure par âge identique, le taux d'admission en ALD des hommes est 1,5 fois plus élevé que celui des femmes.

Cette surincidence masculine est observée dans toutes les classes d'âge, sauf chez les 15-34 ans. L'écart entre les deux sexes est maximum entre 55 et 74 ans, les admissions en ALD étant alors 1,8 fois plus fréquentes chez les hommes.

#### Près d'un tiers des admissions en ALD sont liées à une affection cardiovasculaire

Comme en France, les pathologies les plus souvent à l'origine de ces admissions sont les maladies cardiovasculaires qui regroupent 30 % de l'ensemble des motifs d'admissions. Viennent ensuite les cancers (25 % des admissions), les troubles mentaux et du comportement (15 %) et le diabète (13 %) (Fig16).

<sup>5</sup> Les données ne permettent pas d'apprécier précisément la prévalence des pathologies chroniques dans une population car notamment certains patients atteints d'une maladie chronique ne demandent pas leur admission en ALD (exonération du ticket modérateur à un autre titre, couverture complémentaire satisfaisante, raisons de confidentialité...).

<sup>6</sup> Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



**Fig16 Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon le sexe et le motif d'admission Nantes (moyenne 2008-2010)**

Affection longue durée	Hommes	Femmes	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	67	73	140
2 - Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	-	-	11
3 - Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	129	84	213
4 - Bilharziose compliquée	0	0	0
5 - Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	164	191	354
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	69	34	103
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	46	27	73
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	345	273	618
9 - Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	48	42	89
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	-	-	9
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	7	8	15
12 - Hypertension artérielle sévère	133	162	295
13 - Maladie coronaire	279	156	435
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	55	44	99
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	64	192	256
16 - Maladie de Parkinson	31	27	58
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	12	13	26
18 - Mucoviscidose	-	-	<5
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	30	28	59
20 - Paraplégie	-	-	10
21 - Périaortite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	-	-	15
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	15	33	48
23 - Affections psychiatriques de longue durée	217	217	434
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	22	18	40
25 - Sclérose en plaques	6	17	24
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	-	-	<5
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	18	14	32
28 - Suites de transplantation d'organe	-	-	<5
29 - Tuberculose active, lèpre	14	9	23
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	587	615	1202
<b>Total</b>	<b>2380</b>	<b>2306</b>	<b>4686</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

### Des motifs d'admissions en ALD qui varient selon l'âge

Le poids relatif des affections motivant les admissions en ALD est très différent selon l'âge (Fig17).

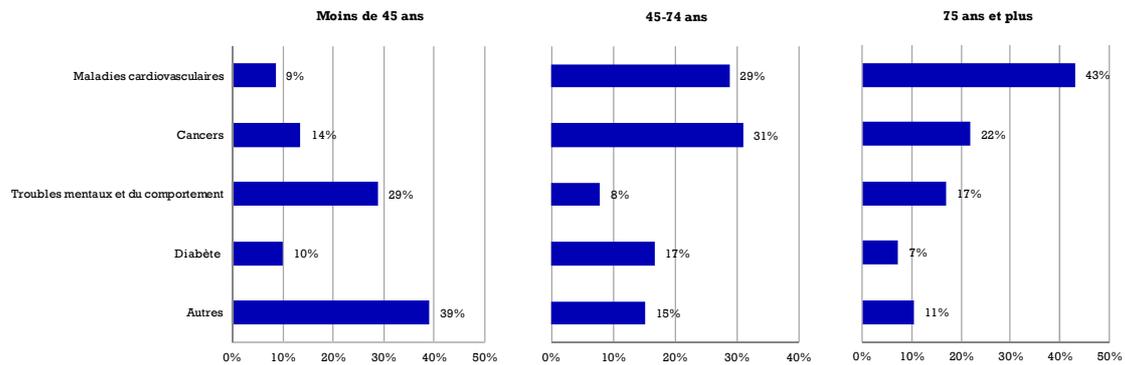
Avant 45 ans, les troubles mentaux et du comportement constituent le motif le plus fréquent d'admissions en ALD (29 %). Les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires arrivent ensuite (respectivement 14 %, 10 % et 9 %).

Entre 45 et 74 ans, les cancers (31 %) et les maladies cardiovasculaires (29 %) constituent les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents, devant le diabète (17 %).

Au-delà de 75 ans, ce sont les maladies cardiovasculaires qui prédominent (43 %), devant les cancers (22 %) et les troubles mentaux (17 %), dont principalement la maladie d'Alzheimer et les autres démences.



**Fig17 Principaux motifs d'admissions en ALD selon l'âge Nantes (moyenne 2008-2010)**



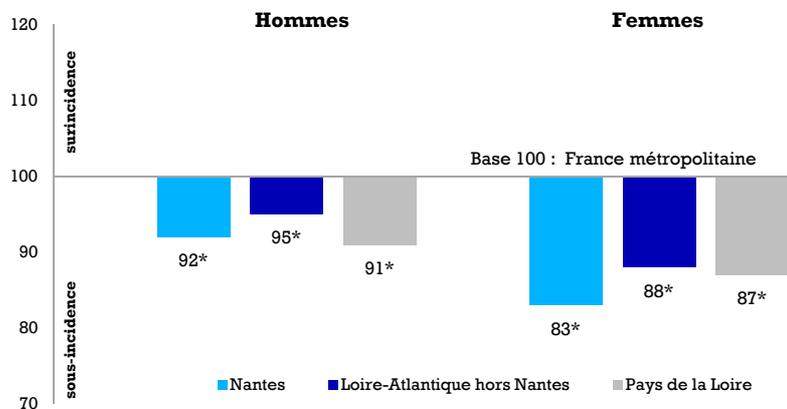
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

**Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale chez les hommes et plus encore chez les femmes**

La fréquence des admissions en ALD dans la population nantaise est inférieure de 13 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010, à structure d'âge comparable. Cette sous-incidence s'observe chez les hommes comme chez les femmes, mais est plus marquée chez ces dernières (- 17 % vs - 8 % chez les hommes) (Fig18).

La situation nantaise ne se distingue pas de celle du reste du département, où une moindre fréquence des admissions en ALD est également observée.

**Fig18 Indice comparatif d'admissions en affection de longue durée Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, Pays de la Loire (moyenne 2008-2010)**



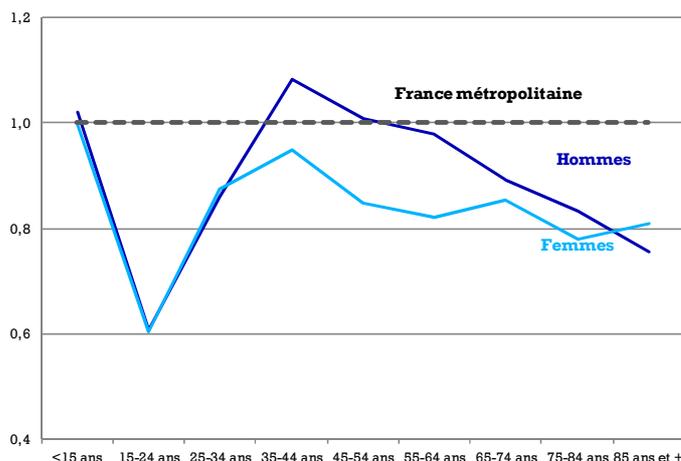
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Cette situation nantaise favorable en matière d'admissions en ALD concerne quasiment toutes les classes d'âge chez les femmes, sauf les enfants de moins de 15 ans. Chez les hommes, cette moindre fréquence des admissions en ALD concerne les 15-34 ans et les 65 ans et plus (Fig19).



**Fig19 Ratio d'admissions en ALD entre Nantes et la moyenne nationale selon l'âge et le sexe (moyenne 2008-2010)**



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Lecture : la fréquence d'admission en ALD des hommes nantais dépasse de 9 % la moyenne nationale chez les 35-44 ans, et est inférieure de 11 % à cette moyenne chez les 65-74 ans.

- Pour les hommes comme pour les femmes, cette sous-incidence des admissions en ALD dans la population nantaise est liée principalement à une moindre fréquence des admissions pour maladies cardiovasculaires. Le taux d'admissions en ALD pour ces affections est en effet inférieur de 23 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010, à structure par âge comparable (- 16 % chez les hommes, - 27 % chez les femmes).

Une moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète est également observée dans la population nantaise, chez les hommes (- 17 %) comme chez les femmes (- 28 %).

Le taux d'admission en ALD pour maladies respiratoires est aussi nettement inférieur à la moyenne nationale (- 38 % chez les hommes et - 47 % chez les femmes). Par ailleurs, la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement apparaît un peu plus faible dans la population nantaise sur la période 2008-2010 (- 7 %), ce constat ne concerne toutefois que les femmes car chez les hommes, cette fréquence est proche de la moyenne nationale.

Une situation analogue est observée dans le reste du département ligérien puisque les taux d'admissions en ALD y sont inférieurs à la moyenne nationale pour chacun de ces groupes d'affections (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, troubles mentaux et du comportement), avec toutefois des écarts moins marqués à l'exception de la fréquence des admissions pour troubles mentaux et du comportement, pour lesquels l'écart atteint - 16 %.

- Par contre, on observe une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancer dans la population nantaise. Le taux d'admissions en ALD pour ces affections est en effet supérieur de 7 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010, à structure par âge comparable (+ 10 % chez les hommes, + 9 % chez les femmes). Cette surincidence concerne principalement les personnes âgées entre 45 et 74 ans. Chez les hommes, elle est liée notamment à une plus grande fréquence des admissions pour cancers des VADS et de l'œsophage (+ 25 %), lymphome malin non hodgkinien (+ 67 %), cancer du poumon (+ 19 %), cancer du foie (+ 57 %) et mélanome de la peau (+ 39 %). Chez les femmes, cette surincidence est liée principalement à une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein (+ 17 %), et dans une moindre mesure à une incidence plus importante des admissions pour mélanome de la peau (+ 49 %) et pour lymphome malin non hodgkinien (+ 30 %).

Une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancer est également observée dans le reste du département, celle-ci concerne notamment ces mêmes localisations cancéreuses.

Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites des ALD (Eléments de méthodologie page 145). En effet, les écarts observés entre Nantes et la moyenne nationale, s'ils peuvent résulter d'une plus ou moins grande fréquence locale des



pathologies, peuvent aussi provenir de différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives en matière d'admission en ALD.

*Toutefois, ces résultats sont globalement cohérents avec les autres indicateurs de mortalité et de morbidité présentés dans ce rapport.*

### **Une fréquence des admissions en ALD en augmentation**

Le taux d'admissions en affection de longue durée a augmenté de 4 % entre 2005-2007 et 2008-2010 dans la population nantaise, à structure par âge comparable. Cette progression est deux fois plus faible que celles observées au plan national (+ 10 %) et dans le reste du département (+ 9 %).

Cette augmentation dans la population nantaise est liée principalement à une hausse des admissions pour diabète (+ 15 %). Une telle progression est également observée au niveau national et dans le reste du département (respectivement + 14 % et + 12 %).

Une progression marquée des admissions en ALD pour affections psychiatriques graves est également observée dans la population nantaise mais celle-ci est moins marquée (+ 6 %). En outre, elle est plus faible que celles constatées en France et dans le reste du département (+ 16 % et + 13 %).

La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est par contre restée stable parmi les Nantais alors qu'au plan national et dans le reste du département, celles-ci ont progressé d'environ 15 %. Enfin, pour les admissions en ALD pour cancers, leur fréquence est restée plutôt stable à Nantes entre 2005-2007 et 2008-2010 comme au plan national et dans le reste du département.

De multiples facteurs peuvent expliquer cette croissance. Certains sont liés au caractère médico-administratif du dispositif des ALD (évolution des critères d'admission, diminution des durées d'exonération, modalités de rétribution des médecins pour le suivi des patients en ALD... (Eléments de méthodologie page 145). Mais le développement du dépistage qui favorise le diagnostic de certaines affections, l'incidence croissante de certaines pathologies et l'amélioration des prises en charge sont également susceptibles de contribuer à cette évolution.

### **1.3.2 Prévalence des affections de longue durée (ensemble des bénéficiaires)**

*Les personnes en ALD (prévalence) au 1<sup>er</sup> juillet 2013 qui permettent d'apprécier le nombre total de personnes en ALD à une date donnée. Ces statistiques concernent la population relevant du seul régime général (hors sections locales mutualistes<sup>7</sup> et hors aide médicale d'Etat) qui couvre 75 % de la population nantaise. Ces données, mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique, sont détaillées selon l'âge, le niveau de couverture maladie (CMU-C ou non) et à un échelon infracommunal. Elles permettent donc notamment de réaliser des comparaisons à l'échelle des quartiers.*

### **Environ 14 % des Nantais sont atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux**

- Parmi les Nantais protégés par le régime général d'assurance maladie<sup>8</sup>, 27 900 étaient en affection de longue durée (ALD) en 2013. Près de 14 % de la population couverte par ce régime est donc atteinte d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux.

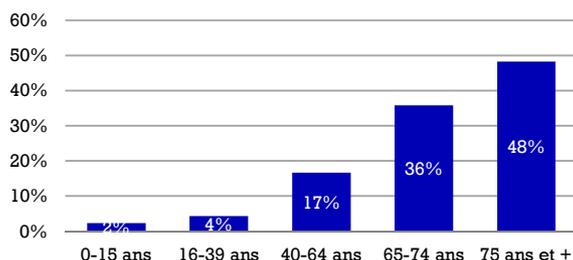
Ce taux de prévalence augmente fortement avec l'âge, il passe de 2 % chez les moins de 16 ans à près de 50 % au-delà de 75 ans (Fig20). Une progression similaire est notamment observée au plan national [3].

<sup>7</sup> Étudiants et fonctionnaires...

<sup>8</sup> Hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat.



**Fig20 Taux de bénéficiaires en ALD selon l'âge**  
Nantes (01/07/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat .

- Le taux de personnes en ALD dans la population nantaise âgée de moins de 65 ans couverte par le régime général apparaît, à structure par âge comparable, peu différent entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la CMU-C (Fig21).

Ce résultat contraste avec les résultats d'une étude nationale menée par la Cnamts qui met en évidence un taux de prévalence des ALD 1,8 fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C par rapport au reste de la population, à structure par âge et sexe comparable [6].

**Fig21 Taux standardisé<sup>1</sup> de bénéficiaires en ALD parmi les moins de 65 ans selon le fait ou non de bénéficier de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2013)

	Effectif	Taux <sup>1</sup>
Bénéficiaires de la CMU-C	1 567	9 %
Non-Bénéficiaires de la CMU-C	13 229	9 %
<b>Total</b>	<b>14 796</b>	<b>9 %</b>

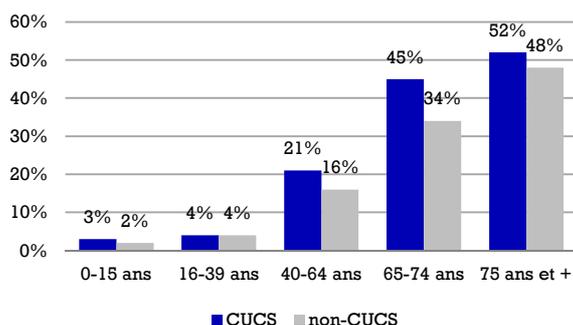
Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. Taux standardisé selon l'âge

### Un taux de personnes en ALD plus élevé parmi les habitants des quartiers CUCS, notamment entre 40 et 75 ans

- Le taux de personnes en ALD est plus élevé dans les territoires prioritaires du CUCS que dans les autres (17 % vs 14 %,  $p < 0,001$ , à structure par âge comparable). Cette plus grande fréquence concerne toutes les classes d'âge à partir de 40 ans, mais elle est surtout marquée entre 40 et 75 ans (Fig22).

Ces constats peuvent notamment être rapprochés de travaux nationaux menés à partir de la cohorte SIRS « santé, inégalités et ruptures sociales » (cf. encadré 25, page 151) qui mettent en évidence des indicateurs de santé déclarés globalement plus défavorables, dans les quartiers populaires, qu'il s'agisse des ZUS ou des quartiers ouvriers. Notamment, certaines pathologies qui constituent des motifs fréquents d'admission en ALD sont plus souvent déclarées par les habitants des ZUS (bronchite chronique, diabète, asthme) [7].

**Fig22 Taux de bénéficiaires en ALD selon l'âge**  
Nantes (01/07/2013)



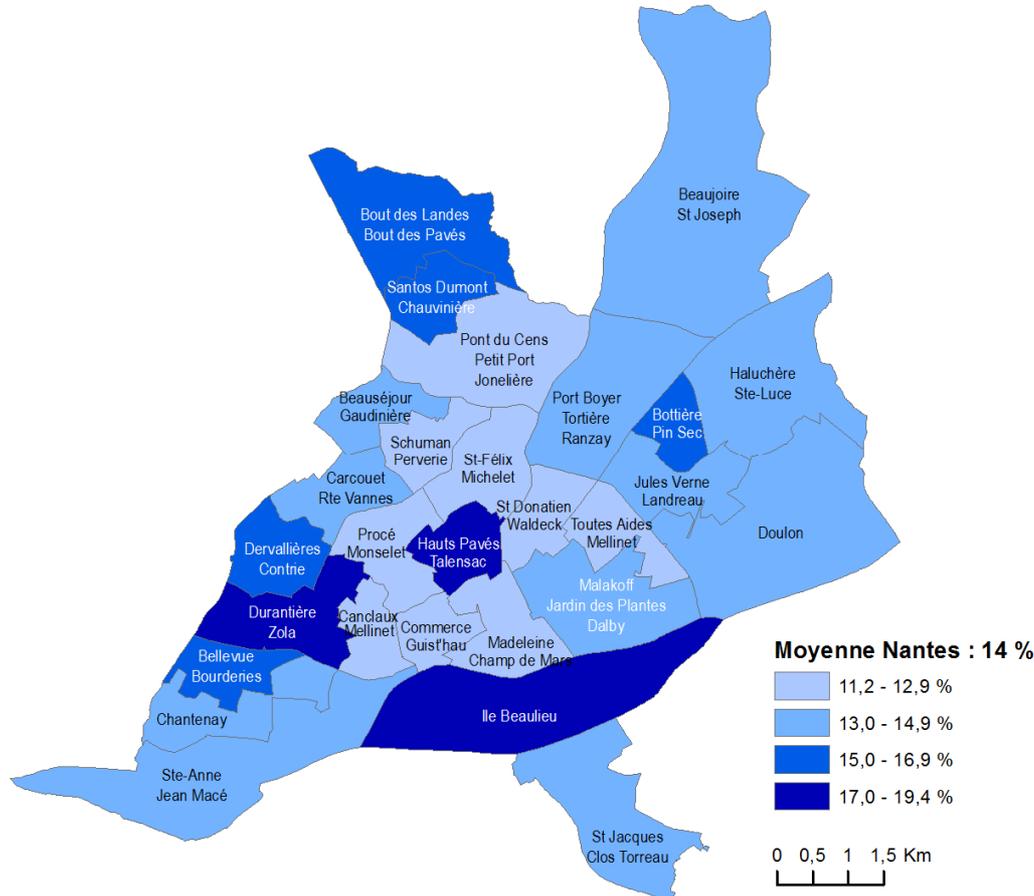
Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



- Le taux de prévalence des personnes en ALD varie de 11 % à 19 % entre les vingt-huit quartiers d'étude, à structure par âge comparable (encadré 4).

Encadré 4

**Taux standardisé<sup>1</sup> de personnes en affection de longue durée (ALD) par Triris**  
Nantes (01/07/2013)



Beaujoire/St Joseph	14%	Hauts Pavés/Talensac	18%***
Beauséjour/Gaudinière	13%*	Ile Beaulieu	18%***
Bellevue/Bourderies	16%***	Jules Verne/Landreau	13%
Bottière/Pin sec	15%**	Madeleine/Champ de Mars	11%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	16%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	14%
Canclaux/Mellinet	11%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	12%**
Carcouet/Rte Vannes	13%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	13%
Chantenay	13%	Procé/Monselet	11%***
Chantenay	13%	Ste Anne/Jean Macé	13%
Dervallières/Contrie	15%**	St Félix/Michelet	11%***
Doulon	14%	Santos Dumont/Chauvinière	15%**
Durantière/Zola	19%***	Schuman/Perverie	11%***
Haluchère/Ste Luce	13%**	St Donatien/Waldeck	12%***
		Toutes Aides/Mellinet	13%
		<b>Nantes</b>	<b>14 %</b>

*différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %*

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

1. Taux standardisé selon l'âge.



## 2 Cancers

### Éléments de contexte

Les cancers sont des affections fréquentes et graves, dont le pronostic s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies, mais reste très variable selon les localisations et le stade au diagnostic.

Les facteurs de risque des cancers sont nombreux et leur effet est cumulatif. A côté des facteurs génétiques, quatre d'entre eux jouent un rôle majeur : le tabac, l'alcool, l'alimentation et le manque d'activité physique.

La responsabilité de certaines expositions professionnelles (notamment l'amiante) ou environnementales (radon) est également bien établie.

Certains cancers peuvent être diagnostiqués précocement grâce au dépistage. Deux localisations - le sein et le côlon-rectum - bénéficient d'un programme de dépistage organisé, qui s'adresse à l'ensemble de la population âgée de 50 à 74 ans.

Les inégalités sociales sont importantes pour ces affections, avec pour les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés, une mortalité par cancer 4,5 fois plus élevée chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes [8].

### 2.1 Ensemble des cancers

#### 1 300 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année au sein de la population

Les cancers constituent, à Nantes comme ailleurs, une pathologie fréquente et grave. Au cours de la période 2008-2010, 1 316 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais, selon les données du Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée (Fig23).

Ces pathologies touchent plus souvent des hommes : 696 cas masculins (53 %) et 620 cas féminins ont été diagnostiqués.

A structure par âge comparable, le taux d'incidence des cancers est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les cancers concernent des personnes relativement jeunes : 44 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chez des personnes de moins de 65 ans.

**Fig23** Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux	Effectif	Taux
0-19 ans	45	49	66	72	9	14
20-44 ans					102	86
45-64 ans	260	922	212	642	472	771
65-74 ans	167	2480	121	1229	288	1737
75-84 ans	156	2945	132	1318	288	1881
85 ans et plus	68	3251	89	1708	156	2137
<b>Total</b>	<b>696</b>	<b>516</b>	<b>620</b>	<b>413</b>	<b>1 316</b>	<b>462</b>

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Insee

1. Taux pour 100 000.



## Cancer du sein et cancer de la prostate, les plus fréquents

La très grande majorité (89 %) des nouveaux cas de cancers diagnostiqués dans la population nantaise sont des tumeurs solides, les hémopathies malignes représentent quant à elles 11 % des nouveaux cas.

Parmi les tumeurs solides, le cancer du sein et le cancer de la prostate sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal, et le cancer du poumon (Fig24). Chacune de ces localisations représentent au moins 10 % des nouveaux cas diagnostiqués chaque année dans la population nantaise.

**Fig24 Principaux nouveaux cas de cancers diagnostiqués selon le sexe et la localisation Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sein	-	-	204	33 %	204	16 %
Prostate	168	24 %	-	-	168	13 %
Côlon-rectum	71	10 %	83	13 %	154	12 %
Poumon	101	15 %	36	6 %	137	10 %
VADS*, œsophage	67	10 %	16	3 %	84	6 %
Mélanome de la peau	26	4 %	34	5 %	60	5 %
Rein	24	3 %	17	3 %	42	3 %
Foie	31	4 %	8	1 %	40	3 %
Thyroïde	12	2 %	28	5 %	40	3 %
Vessie	29	4 %	7	1 %	36	3 %
Pancréas	17	2 %	16	3 %	33	3 %
Estomac	13	2 %	9	1 %	22	2 %
Ovaire	-	-	20	3 %	20	2 %
Corps de l'utérus	-	-	17	3 %	17	1 %
Système nerveux central	10	1 %	8	1 %	17	1 %
Col de l'utérus	-	-	11	2 %	11	1 %
Autres	51	7 %	43	7 %	91	7 %
<b>Ensemble des tumeurs solides</b>	<b>620</b>	<b>89 %</b>	<b>557</b>	<b>90 %</b>	<b>1 176</b>	<b>89 %</b>
Hémopathies malignes**	76	11 %	63	10 %	140	11 %
<b>Ensemble des cancers</b>	<b>696</b>	<b>100 %</b>	<b>620</b>	<b>100 %</b>	<b>1 316</b>	<b>100 %</b>

Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée

\* VADS : voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche, pharynx, larynx

\*\* lymphome non hodgkinien, lymphome de Hodgkin, leucémies aiguës myéloïdes, syndromes myéloprolifératifs chroniques, syndromes myélodysplasiques. La répartition des hémopathies malignes n'a pas été mise à disposition par le Registre en raison d'une modification récente de leur classification.

## L'incidence globale des cancers tend à diminuer

La fréquence des nouveaux cas de cancers dans la population nantaise suit globalement une tendance à la baisse. Entre les périodes 2004-2006 et 2008-2010, le taux standardisé d'incidence a diminué d'environ 11 % chez les hommes et d'environ 7 % chez les femmes. Au plan national, une baisse est également constatée chez les hommes entre 2005 et 2010. Par contre, chez les femmes, l'incidence nationale est restée plutôt stable (Fig25).

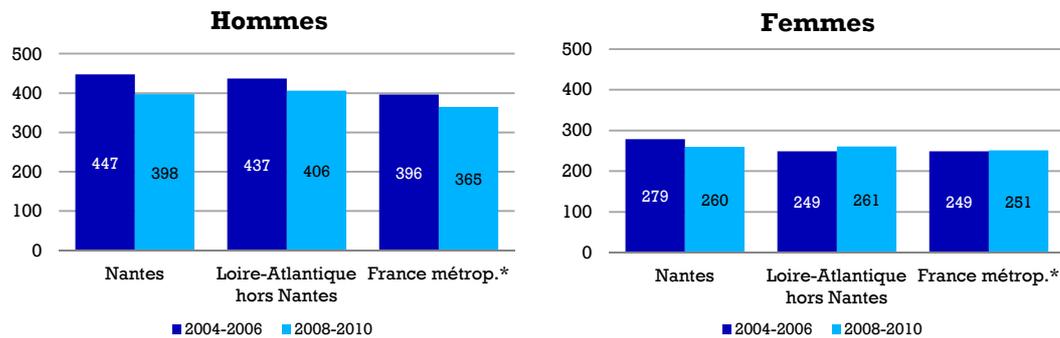
Chez les hommes nantais, cette diminution de l'incidence globale des cancers est liée notamment à une baisse de l'incidence du cancer de la prostate entre 2004-2006 et 2008-2010 (- 17 %). Une évolution comparable est observée au plan national (environ - 20 % entre 2005 et 2009) et dans le reste du département de la Loire-Atlantique (- 21 %).

Chez les femmes nantaises, cette baisse globale de l'incidence est liée principalement à une diminution de l'incidence du cancer du sein (- 8 %) et du cancer du poumon (- 32 %). Ce dernier résultat doit toutefois être considéré avec précaution car au plan national et dans le reste du département de Loire-Atlantique, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes a fortement augmenté entre 2005 et 2010 (respectivement environ + 30 % et + 24 %).

Le suivi de l'incidence du cancer du poumon et plus globalement de l'incidence totale des cancers chez les femmes nantaises sur les prochaines années permettra de savoir si ces évolutions résultent d'une fluctuation aléatoire ou s'il s'agit d'une nouvelle tendance qui se dessine.



**Fig25 Evolution du taux standardisé d'incidence des cancers**  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2010)



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim  
\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010.  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

### Une incidence qui reste supérieure à la moyenne nationale...

Malgré une tendance à la baisse, l'incidence des cancers reste plus élevée dans la population nantaise qu'au niveau national. A structure par âge comparable, le taux d'incidence 2008-2010 mesuré par le Registre des cancers est supérieur de 7 % à l'estimation nationale de 2010<sup>9</sup>. Ce constat concerne les deux sexes, l'incidence des cancers chez les hommes nantais étant supérieure de 10 % à la moyenne nationale. Chez les femmes nantaises, l'incidence apparaît également supérieure à la moyenne nationale, mais l'écart observé (+ 5 %) n'est pas statistiquement significatif (Fig25).

Ce constat défavorable était également observé sur la période 2004-2006, avec des écarts un peu plus marqués : + 13 % par rapport à la moyenne nationale (+ 13 % chez les hommes et + 12 % chez les femmes<sup>10</sup>).

Il est, par ailleurs, cohérent avec celui établi à partir des données d'admissions en ALD. La fréquence des admissions en ALD pour cancers dans la population nantaise est en effet supérieure de 7 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010 (+ 10 % chez les hommes, + 9 % chez les femmes).

Dans le reste du département de la Loire-Atlantique, une surincidence des cancers est également observée sur la période 2008-2010 chez les hommes (+ 15 %), mais aussi chez les femmes (+ 6 %) alors que, chez ces dernières, l'incidence des cancers était proche de la moyenne nationale sur la période 2004-2006.

### ... et qui semble liée à des localisations pour lesquelles l'alcool et le tabac constituent des facteurs de risque importants, notamment chez les hommes

La surincidence des cancers parmi les **hommes** nantais est liée en partie à une surincidence des cancers pour lesquels la consommation excessive d'alcool constitue un des principaux facteurs de risque.

En effet, on observe une incidence des **cancers du foie** sur la période 2008-2010 supérieure d'environ 50 % à la moyenne nationale. Ce constat défavorable était déjà observé sur la période 2004-2006 avec un écart encore plus marqué (+ 85 % par rapport à la moyenne nationale). Ce constat est conforté par les données d'admissions en ALD. La fréquence des admissions en ALD pour cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques chez les hommes nantais est supérieure de 57 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010.

<sup>9</sup> Comparaison réalisée à partir des estimations nationales d'incidence établie pour l'année 2010, publiées en 2013 [9].

<sup>10</sup> Comparaison réalisée à partir des estimations nationales d'incidence établies pour l'année 2005, publiées en 2013 [9]. Les écarts observés sont différents de ceux publiés dans le rapport de 2010 car les calculs reposaient sur les estimations nationales de l'année 2005, publiées en 2008 [10].



Pour les **cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et de l'œsophage**, favorisés par la consommation associée d'alcool et de tabac, une surincidence est également observée chez les hommes nantais (+ 30 %). Ce constat est cohérent avec celui établi à partir des données d'admissions en ALD. La fréquence des admissions en ALD pour cancers des VADS et de l'œsophage chez les hommes nantais est en effet supérieure de 25 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010.

Cette plus grande fréquence des nouveaux cas de cancers du foie, et des VADS et de l'œsophage est également observée pour les hommes dans le reste du département de la Loire-Atlantique (respectivement + 100 % et + 42 %).

L'incidence des **mélanomes de la peau**, dont l'exposition aux rayonnements solaires constitue le principal facteur de risque, est également plus importante parmi les habitants de Nantes qu'au plan national (+ 50 %), chez les hommes comme chez les femmes. Ce constat est conforté par les données d'admissions en ALD. La fréquence des admissions en ALD pour mélanome de la peau dans la population nantaise est supérieure de 44 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010 (+ 39 % chez les hommes, + 49 % chez les femmes).

Une surincidence marquée du **cancer du poumon** était observée chez les femmes nantaises sur la période 2004-2006. Cette situation défavorable n'est toutefois retrouvée sur la période 2008-2010, la fréquence des nouveaux cas de cancer du poumon était alors proche de la moyenne nationale. Le suivi de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou s'il s'agit d'une nouvelle tendance qui se dessine.

Chez les hommes nantais, l'incidence du cancer du poumon est supérieure de 15 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010. Cet écart n'est pas significatif, mais un écart identique était déjà observé sur la période 2004-2006. En outre, la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon est significativement supérieure d'environ 20 % à la moyenne nationale chez les hommes nantais en 2008-2010, comme en 2005-2007. La situation vis-à-vis du cancer du poumon apparaît donc défavorable dans la population masculine.

Pour le **cancer du sein**, l'incidence dans la population féminine nantaise apparaît légèrement supérieure à la moyenne nationale (+ 7 %) sur la période 2008-2010. Cet écart n'est pas significatif, mais une situation analogue était déjà observée sur la période 2004-2006 (surincidence de 8 %). Par ailleurs, la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein des Nantaises est significativement plus élevée sur la période 2008-2010 (+17 %) et cette situation était déjà constatée en 2005-2007 (+ 12 %). Ces éléments permettent de faire l'hypothèse d'une légère surincidence du cancer du sein dans la population nantaise.

Concernant le **cancer du col de l'utérus**, la situation nantaise apparaît par contre plutôt favorable. En effet, même si les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs, le taux d'incidence de ce cancer apparaît plus faible que les estimations nationales pour les deux périodes 2004-2006 et 2008-2010. Ce constat est conforté par les données d'admissions en ALD.

Enfin, une plus grande fréquence du **cancer de la plèvre** (en moyenne cinq nouveaux cas chaque année<sup>11</sup>), avait été mise en évidence chez les hommes nantais sur la période 2004-2006 dans le précédent rapport de 2010. Ce constat ne peut être actualisé car les estimations nationales d'incidence de ce cancer n'ont pas été mises à jour en 2013.

---

<sup>11</sup> En moyenne cinq nouveaux cas de cancer de la plèvre par an sur la période 2008-2010 dans la population nantaise et huit nouveaux cas sur la période 2004-2006



## Les cancers à l'origine de 580 décès par an, dont 180 concernent des personnes de moins de 65 ans

Les cancers, qui constituent la première cause de mortalité, ont été à l'origine de 582 décès en moyenne chaque année sur la période 2008-2010 (342 décès masculins et 241 décès féminins).

Les décès par cancer sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par cancer est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2008-2010.

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang, devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon (Fig26).

**Fig26 Nombre annuel moyen de décès par cancer selon la localisation et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Poumon	86	25 %	26	11 %	112	19 %
Côlon-rectum	28	8 %	27	11 %	55	10 %
Sein	-	-	51	21 %	51	9 %
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	29	8 %	9	4 %	38	7 %
Pancréas	14	4 %	18	7 %	32	5 %
Prostate	30	9 %	-	-	30	5 %
VADS, œsophage	22	6 %	5	2 %	27	5 %
Leucémie	15	4 %	11	5 %	26	5 %
Lymphome malin non hodgkinien	16	5 %	7	3 %	22	4 %
Estomac	12	4 %	5	2 %	17	3 %
Vessie	14	4 %	3	1 %	17	3 %
Ovaire et annexes de l'utérus	-	-	14	6 %	14	2 %
Col et corps de l'utérus	-	-	12	5 %	12	2 %
Autres localisations	75	22 %	54	22 %	129	22 %
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100%</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>583</b>	<b>100 %</b>

Source : Inserm CépiDc

Une part importante des décès par cancer surviennent chez des personnes relativement jeunes. Sur 582 décès annuels survenus entre 2008 et 2010, 179 soit plus de 30 % concernent des personnes de moins de 65 ans (114 décès masculins, 65 décès féminins).

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de décès prématurés par cancer (36 %). Chez les femmes, le cancer du sein est la localisation la plus fréquemment en cause (27 %), devant le cancer du poumon (16 %).

**Fig27 Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux	Effectif	Taux
< 45 ans	7	8	11	12	18	10
45-64 ans	107	379	54	165	161	264
65-74 ans	64	951	45	454	109	655
75-84 ans	104	1957	72	719	176	1147
85 ans et plus	60	2869	59	1126	119	1625
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>253</b>	<b>241</b>	<b>160</b>	<b>582</b>	<b>204</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000.



### Une mortalité par cancer qui suit une tendance à la baisse, et qui reste supérieure à la moyenne nationale chez les hommes

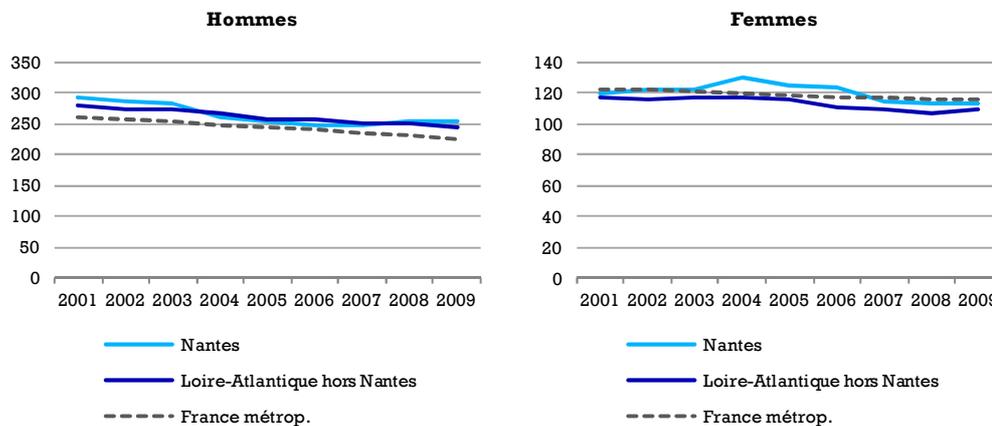
Comme en France, et malgré des fluctuations, la mortalité par cancer dans la population nantaise a diminué entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010 (- 11 %), cette diminution étant plus marquée chez les hommes (-14 %) que chez les femmes (- 5 %) (Fig28).

Malgré ce recul, la mortalité par cancer chez les hommes nantais reste plus élevée qu'au plan national. A structure par âge comparable, cette mortalité dépasse en effet de 12 % la moyenne nationale sur la période 2008-2010.

Chez les femmes du territoire, la mortalité par cancer fluctue autour de la moyenne nationale, tout en restant relativement proche (Fig28).

Dans le reste du département, on retrouve comme à Nantes une surmortalité masculine par cancer mais l'écart avec la moyenne nationale est moins marqué (+ 7 %), et une mortalité féminine proche de cette moyenne.

**Fig28 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer selon le sexe  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976)

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une surmortalité par cancer chez les moins de 65 ans

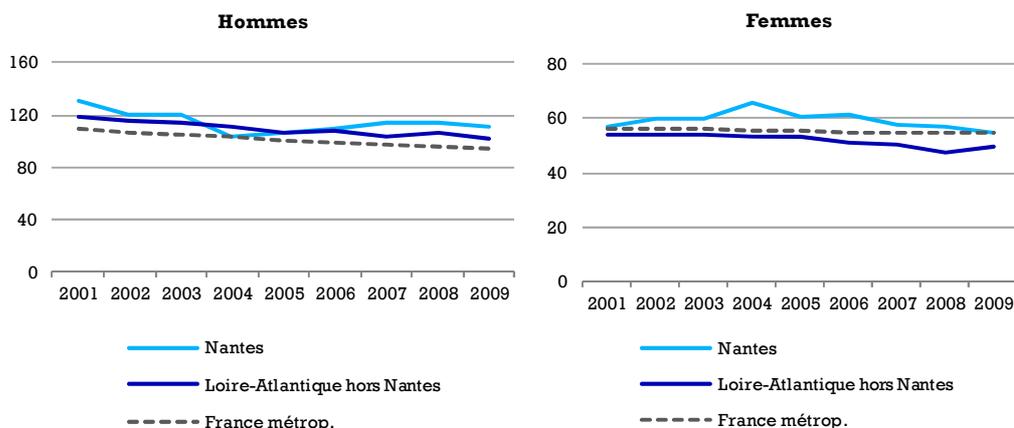
Si l'on considère la mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) par cancer, on retrouve globalement une tendance à la baisse au cours de la dernière décennie (-12 % entre 2000-2002 et 2008-2010, deux sexes confondus (Fig29).

Comme la mortalité tous âges par cancer, la mortalité prématurée par cancer reste supérieure à la moyenne nationale chez les hommes nantais. Cette surmortalité s'élève à 18 % sur la période récente 2008-2010.

Chez les femmes, la mortalité prématurée par cancer est restée constamment supérieure à la moyenne nationale sur la période 2000-2008. Celle-ci apparaît toutefois relativement proche de cette moyenne sur la dernière période 2008-2010.



**Fig29 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée par cancer selon le sexe Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



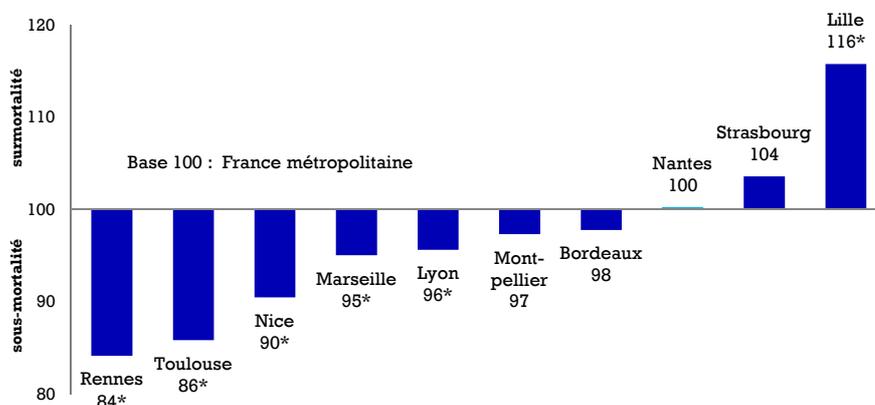
Sources : Inserm CépiDc, Insee  
 Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
 Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une situation moins favorable que dans les autres grandes villes françaises

La situation nantaise en matière de mortalité par cancer a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig30). Par rapport à ces villes, Nantes occupe une situation relative peu favorable. Seules les villes de Strasbourg et Lille connaissent une mortalité par cancer (tous âges) plus marquée que celle observée à Nantes.

Ce classement défavorable se retrouve si l'on considère la mortalité par cancer chez les moins de 65 ans. Parmi les neuf autres villes étudiées, seule la ville de Lille présente une mortalité prématurée par cancer plus élevée que Nantes (Fig31).

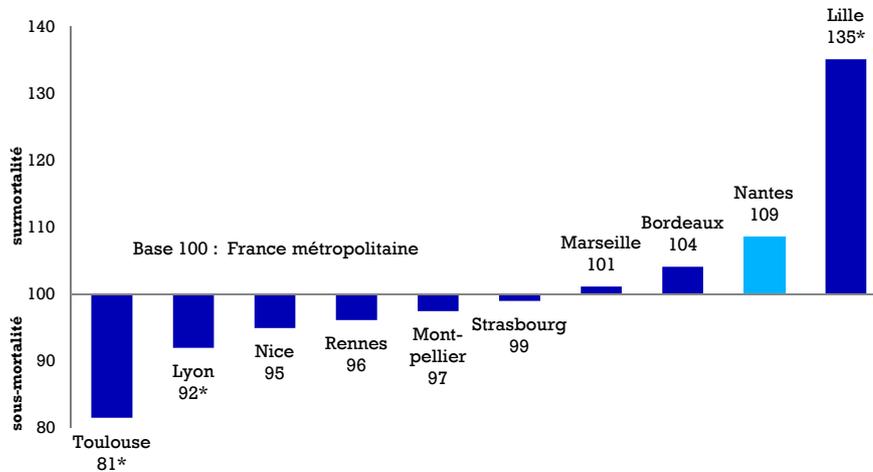
**Fig30 Indice comparatif de mortalité par cancer (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
 \* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %



**Fig31 Indice comparatif de mortalité prématurée par cancer (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

## 2.2 Cancer du sein chez la femme

### Éléments de contexte

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Au cours des trente dernières années, la fréquence de survenue de ce cancer a fortement augmenté. Actuellement, toutes générations confondues, 12 % des Françaises risquent d'être atteintes par cette maladie au cours de leur existence.

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle et polygénique. Les formes familiales avec une prédisposition génétique concernent 5 à 10 % des cancers du sein. Le rôle de l'exposition aux œstrogènes (en lien notamment avec une puberté précoce ou une ménopause tardive, une première grossesse au-delà de 30 ans ou l'absence de grossesse) et de la consommation d'alcool est bien établi. D'autres facteurs joueraient également un rôle, notamment la surcharge pondérale (facteur de risque) et l'activité physique régulière (facteur protecteur) [11].

Le cancer du sein fait l'objet d'un programme national de dépistage, destiné à toutes les femmes de 50 à 74 ans. En Loire-Atlantique, ce programme a été mis en place en 1996 et est géré par l'association Cap Santé Plus-44.

### 200 nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués en moyenne chaque année

Comme en France, le cancer du sein constitue le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes nantaises : 204 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2008-2010, soit un tiers des nouveaux cas de cancers féminins (Fig32).

Le cancer du sein constitue la première cause de décès féminin par cancer, il a été responsable en moyenne chaque année de 51 décès parmi la population féminine nantaise sur la période 2008-2010. Ce qui représente 21 % des décès féminins pour cancer.

Le cancer du sein touche souvent des femmes relativement jeunes. 55 % des nouveaux cas diagnostiqués concernent des femmes de moins de 65 ans et 35 % des décès par cette affection concernent des femmes âgées de moins de 65 ans.



**Fig32 Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancer du sein selon l'âge Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Nouveaux cas diagnostiqués		Décès	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux
0-19 ans	0	-	0	-
20-44 ans	23	39	18	19
45-64 ans	89	270		
65-74 ans	41	416	9	88
75-84 ans	33	329	13	130
85 ans et +	18	346	11	218
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>136</b>	<b>51</b>	<b>34</b>

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, Insee  
1. Taux pour 100 000.

### Une incidence qui suit une tendance à la baisse

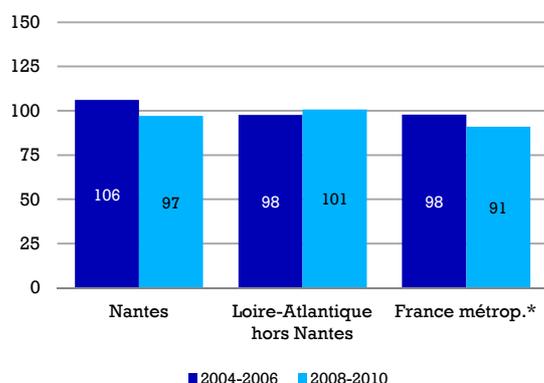
Au plan national, l'incidence du cancer du sein diminue depuis le milieu des années 2000. Cette baisse est probablement temporaire et résulte de la diminution de la prescription de traitements hormonaux de la ménopause.

Parmi les femmes nantaises, la fréquence des nouveaux cas de cancers du sein suit également une tendance à la baisse. Entre les périodes 2004-2006 et 2008-2010, le taux standardisé d'incidence a diminué d'environ 8 % à Nantes (Fig33).

L'incidence des cancers du sein dans la population féminine nantaise est légèrement supérieure à la moyenne nationale sur la période 2008-2010 (+ 7 %). Cet écart n'est pas significatif, mais une situation analogue était déjà observée sur la période 2004-2006 (surincidence de 8 %). Par ailleurs, l'analyse des données d'ALD met en évidence une fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein significativement plus élevée parmi les femmes nantaises sur la période 2008-2010 (+ 17 %), un constat analogue était déjà observé sur la période 2005-2007 (+ 12 %). Ces résultats permettent de faire l'hypothèse d'une légère surincidence du cancer du sein dans la population nantaise.

Dans le reste du département, l'incidence de ce cancer est significativement supérieure à la moyenne nationale (+ 10 %) sur la période 2008-2010, alors que celle-ci était proche de cette moyenne sur la période 2004-2006.

**Fig33 Evolution du taux standardisé d'incidence du cancer du sein chez la femme Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2010)**



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim

\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010.

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

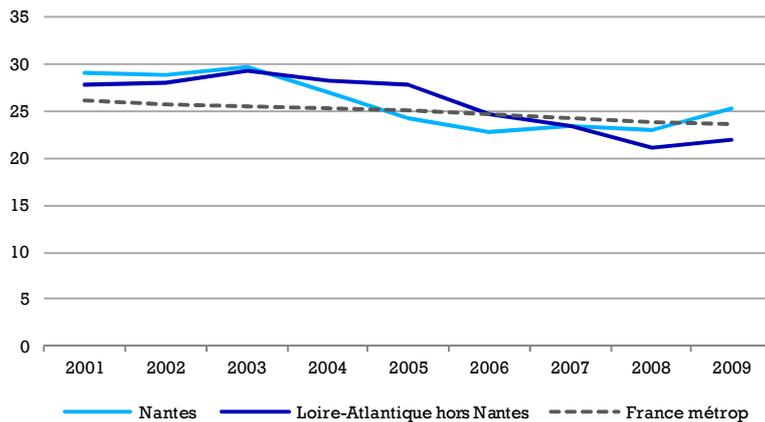


### Une mortalité qui diminue et tend à se rapprocher de la moyenne nationale

Au plan national, la mortalité par cancer du sein suit une tendance à la baisse. Pour la ville de Nantes, malgré des fluctuations, une tendance analogue est observée (- 13 % entre 2000-2002 et 2008-2010).

La mortalité par cancer du sein chez les femmes nantaises fluctue autour de la moyenne nationale. Sur la dernière période 2008-2010, celle-ci est légèrement supérieure à la moyenne nationale (+ 7%), cet écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif (Fig34).

**Fig34 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein chez les femmes Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**

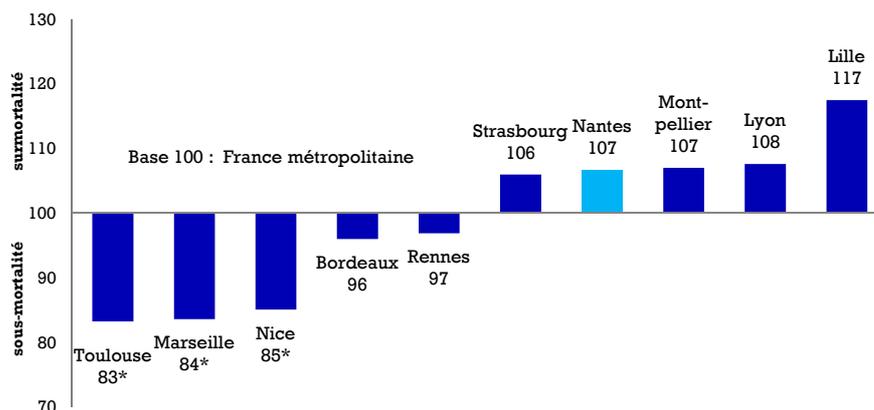


Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

### Une situation intermédiaire par rapport aux autres villes

La situation nantaise en matière de mortalité par cancer du sein a été comparée à celle de neuf autres villes. Sur les dix villes étudiées, trois présentent une mortalité par cancer du sein significativement inférieure à la moyenne nationale. Les sept autres villes se caractérisent par une mortalité qui n'est pas significativement différente de la moyenne nationale. Nantes, qui se situe parmi ces villes, occupe ainsi une position intermédiaire (Fig35).

**Fig35 Indice comparatif de mortalité par cancer du sein chez la femme (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



Le dépistage du cancer du sein fait partie des facteurs susceptibles d'expliquer le recul de la mortalité liée à ce cancer. Une analyse du recours au dépistage du cancer du sein à partir des données de remboursement de la CPAM de Loire-Atlantique, ainsi qu'une analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein à partir des données de l'association Cap santé Plus-44 sont présentées page 134.

## 2.3 Cancer du côlon-rectum

### Eléments de contexte

Les cancers du côlon-rectum se situent au troisième rang des localisations tumorales solides les plus fréquentes chez l'homme (derrière les cancers de la prostate et du poumon) et au deuxième rang chez la femme (derrière le cancer du sein) [9].

Le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque modéré fait appel à deux procédures distinctes, un dépistage individuel opportuniste, et un programme de dépistage organisé communautaire. Ce dernier, destiné à toute la population âgée de 50 à 74 ans, a été mis en place en Loire-Atlantique depuis 2008.

La prévention primaire de ce cancer par la modification des habitudes de vie est également importante. Le rôle favorisant des consommations de viandes rouges et de charcuteries, d'alcool et de tabac, ainsi que du surpoids et de l'obésité, et le rôle protecteur de l'activité physique, sont notamment bien établis. Les augmentations des consommations de fibres alimentaires et de laitages pourraient être des facteurs protecteurs [12].

### 150 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum diagnostiqués en moyenne chaque année

Au cours de la période 2008-2010, 154 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais (71 cas masculins, 83 cas féminins, Fig36). Cela représente près de 12 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués annuellement dans la population nantaise.

Le cancer du côlon-rectum constitue la deuxième cause de décès par cancer, il a été responsable en moyenne chaque année de 55 décès dans la population nantaise sur la période 2008-2010 (28 hommes et 27 femmes). L'écart entre cet effectif de décès et l'effectif de nouveaux cas diagnostiqués (154) reflète le pronostic favorable d'une proportion importante de ces cancers.

Le risque d'être atteint d'un nouveau cas de ce cancer est plus important chez les hommes que chez les femmes. A structure par âge comparable, le taux standardisé d'incidence est 1,4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2008-2010.

De même, la fréquence des décès par cancer du côlon-rectum est plus élevée chez les hommes. A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum est environ deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le cancer du côlon-rectum concerne des personnes plutôt âgées. Plus de 70 % des cancers du côlon-rectum sont diagnostiqués après 65 ans, et 83 % des décès surviennent au-delà de cet âge.



**Fig36 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Nouveaux cas diagnostiqués				Décès			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
< 65 ans	24	20	21	17	7	6	6	4
65-74 ans	16	238	19	193	4	64		
75-84 ans	22	415	22	220	11	201	11	110
85 ans et +	9	430	20	384	6	303	10	192
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>53</b>	<b>83</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>18</b>

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000.

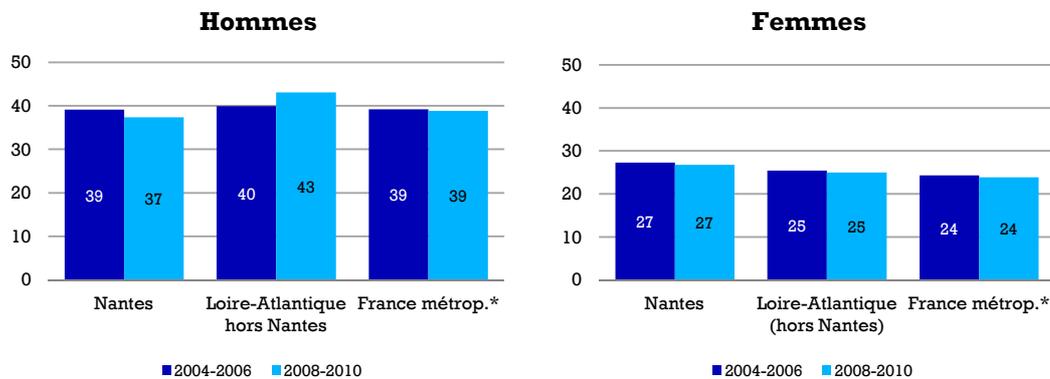
### Une incidence qui reste stable et relativement proche de la moyenne nationale

Comme en France, l'incidence du cancer du côlon-rectum est restée relativement stable dans la population nantaise entre 2004-2006 et 2008-2010 (Fig37).

L'incidence des cancers du côlon-rectum sur la période 2008-2010 est proche de la moyenne nationale chez les hommes et les femmes résidant à Nantes, à structure par âge comparable (Fig37). Un constat analogue était établi sur la période 2004-2006.

Dans le reste du département, on observe une incidence du cancer colorectal supérieure à la moyenne nationale chez les hommes sur la période 2008-2010 (+ 14 %).

**Fig37 Evolution du taux standardisé d'incidence des cancers du côlon-rectum Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2010)**



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim

\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

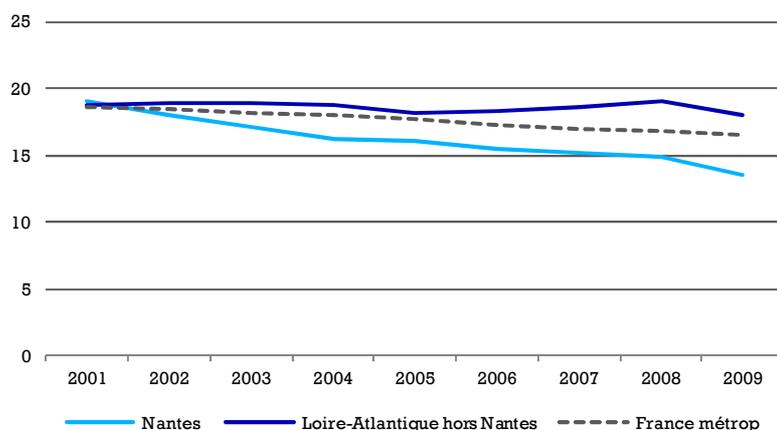
### Une mortalité en fort recul et inférieure à la moyenne nationale

Comme en France, la mortalité par cancer du côlon-rectum est en recul à Nantes. Entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010, cette mortalité a diminué d'environ 30 % (Fig38). Cette baisse étant plus marquée qu'au plan national (- 11 %), l'écart avec la moyenne nationale s'est donc creusé. Sur la période 2008-2010, la mortalité par cancer du côlon-rectum est ainsi inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Cette situation nantaise favorable contraste avec celle observée dans le reste du département où la mortalité par cancer du côlon-rectum reste relativement proche de la moyenne nationale.



**Fig38 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**

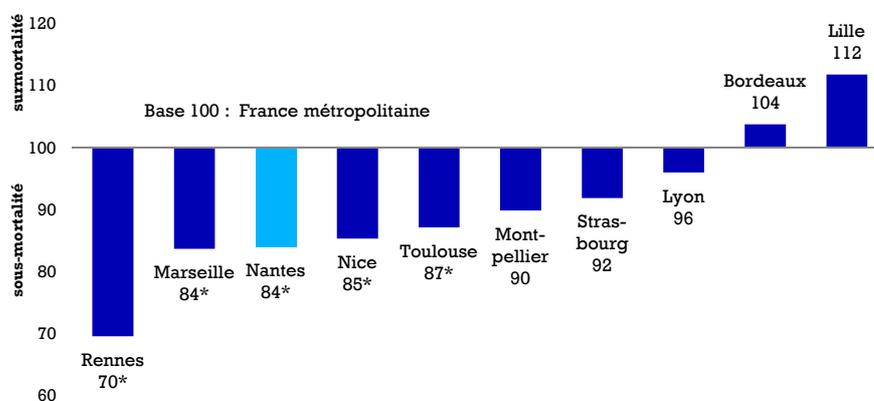


Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

### Une situation plutôt favorable par rapport aux villes étudiées

La situation nantaise en matière de mortalité par cancer du côlon-rectum a été comparée à celle de neuf autres villes (Fig39). Sur les dix villes étudiées, cinq villes, dont Nantes, présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale. Les cinq autres villes présentent une mortalité non statistiquement différente de la moyenne nationale. Nantes se situe donc pour cet indicateur parmi les villes les mieux placées.

**Fig39 Indice comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

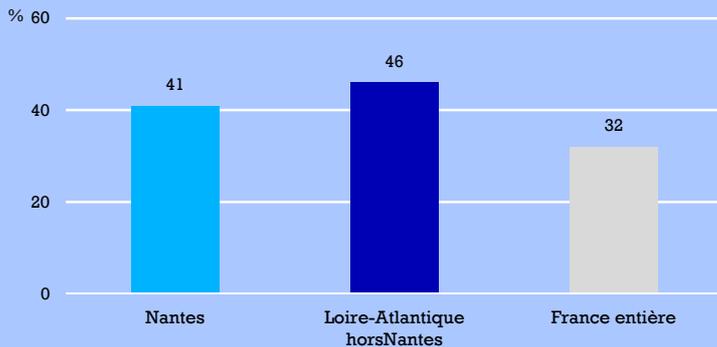


Encadré 5

### UN TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU CÔLON-RECTUM SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE

Le cancer du côlon-rectum bénéficie, comme le cancer du sein, d'un dépistage organisé. Ce dépistage, qui a débuté en Loire-Atlantique en 2008, repose sur un test de recherche de sang occulte dans les selles. Il est proposé, tous les deux ans, aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans. Selon les données de la structure de gestion Cap Santé Plus-44, le taux de participation des Nantais s'élève à 41 % pour la période 2011-2012. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (32 %). Il est néanmoins inférieur au taux observé dans le reste du département (46 %), ainsi qu'aux recommandations européennes de 45 % au minimum.

#### Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France entière (moyenne 2011-2012)



Sources : Cap Santé Plus-44, Insee, InVS

## 2.4 Cancer du poumon

### Éléments de contexte

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a vu sa fréquence augmenter de façon considérable depuis les années 1950 dans la plupart des pays industrialisés, en raison de l'augmentation du tabagisme. La consommation de tabac constitue, en effet, le principal facteur de risque de cette affection, responsable d'environ 80 % des cas. Une part importante de la population est exposée à ce facteur de risque car actuellement, environ 30 % de la population âgée de 15 à 75 ans fume quotidiennement [13].

Certaines expositions professionnelles, notamment l'amiante, constituent aussi des facteurs de risque du cancer du poumon, avec un effet multiplicatif du risque en cas de tabagisme associé.

Le risque de développer un cancer du poumon est 3,6 fois plus élevé chez les hommes et 2,4 fois chez les femmes des classes sociales défavorisées par rapport aux classes sociales les plus favorisées [14].

Ce cancer est de mauvais pronostic, en raison notamment d'un diagnostic le plus souvent tardif. Le taux de survie nette à 5 ans est de 14 % [15].

### 140 nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués et plus d'une centaine de décès chaque année

Le cancer de poumon arrive au quatrième rang des localisations tumorales solides les plus fréquentes : 137 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais sur la période 2008-2010 (101 cas masculins, 36 cas féminins, [Fig40](#)).



Le cancer du poumon, qui se caractérise par un fort taux de létalité, a été responsable en moyenne chaque année de 112 décès parmi les Nantais sur la période 2008-2010 (86 décès masculins, 26 décès féminins).

Ce cancer touche le plus souvent des hommes : 74 % des nouveaux cas de cancer du poumon et 77 % des décès par cancer du poumon concernent des hommes. A structure par âge comparable, le taux standardisé d'incidence et de mortalité du cancer du poumon est environ 4 à 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

### Un cancer qui survient chez des personnes relativement jeunes

Le cancer du poumon touche des personnes relativement jeunes, près de la moitié des nouveaux cas diagnostiqués et des décès concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.

**Fig40** Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)

	Nouveaux cas diagnostiqués				Décès			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
< 65 ans	50	41	17	14	41	34	11	9
65-74 ans	27	401	8	81	17	257	7	68
75-84 ans	18	340	11	72	20	378	6	57
85 ans et +	7	335			8	383	3	51
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>75</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>86</b>	<b>64</b>	<b>26</b>	<b>17</b>

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, Insee  
1. Taux pour 100 000.

### Une incidence qui dépasse d'environ 15 % la moyenne nationale chez les hommes

Comme en France, l'incidence du cancer du poumon est restée relativement stable chez les hommes nantais entre 2004-2006 et 2008-2010 (Fig41).

Même si les écarts avec la moyenne nationale ne sont pas statistiquement significatifs, cette incidence est restée supérieure d'environ 15 % à la moyenne nationale sur les deux périodes 2004-2006 et 2008-2010. Les données d'admissions en ALD pour cancer du poumon confortent par ailleurs ce constat, la fréquence de ces admissions chez les hommes nantais étant significativement supérieure d'environ 20 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010, comme en 2005-2007.

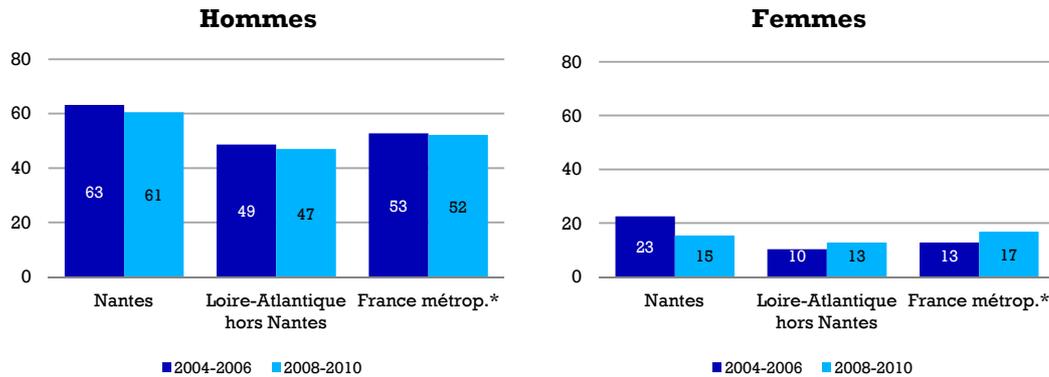
Par contre chez les femmes, l'incidence du cancer du poumon a connu une forte baisse entre 2004-2006 et 2008-2010 alors qu'au plan national et dans le reste du département cette incidence a connu une hausse d'environ 30 %.

L'incidence du cancer du poumon chez les femmes nantaises, qui était nettement supérieure à la moyenne nationale en 2004-2006, devient ainsi proche de cette moyenne nationale sur la période 2008-2010. Le suivi de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou si une nouvelle tendance se dessine.

Dans le reste du département, l'incidence du cancer du poumon est inférieure à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.



**Fig41 Evolution du taux standardisé d'incidence du cancer du poumon**  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France, métropolitaine (2004-2010)



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim  
\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010.  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

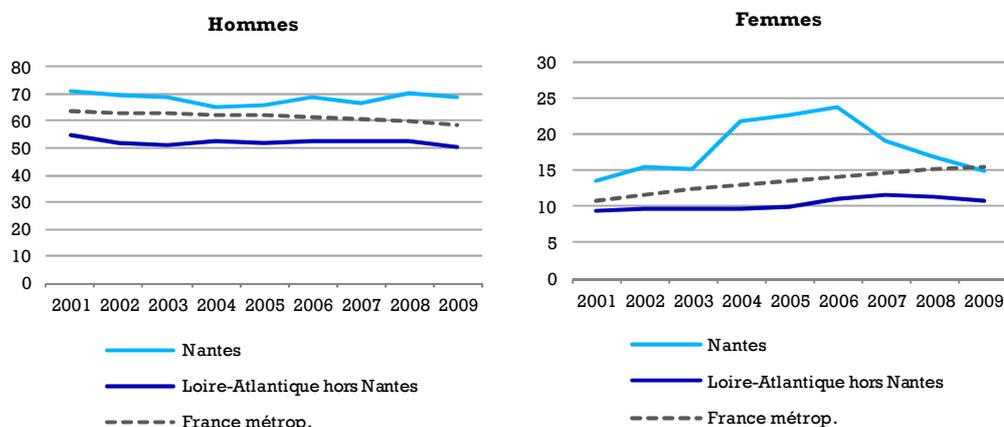
### Une mortalité par cancer du poumon qui ne diminue pas, et qui reste globalement supérieure à la moyenne nationale

Au niveau national, la mortalité par cancer du poumon suit une tendance à la baisse chez les hommes depuis le milieu des années 1990, alors que l'incidence reste stable. Chez les femmes, cette mortalité connaît, comme pour l'incidence, une forte progression (Fig42).

Chez les hommes nantais, la mortalité par cancer du poumon est restée relativement stable au cours de la dernière décennie, tout en restant au dessus de la moyenne nationale. Sur la période 2008-2010, la mortalité masculine par cancer du poumon est ainsi supérieure de 16 % à la moyenne nationale. Si l'on considère les hommes de moins de 65 ans, cette surmortalité est encore plus marquée, elle atteint 31 %.

Chez les femmes nantaises, la mortalité par cancer du poumon a connu des fluctuations importantes entre 2000-2002 et 2008-2010. Cette mortalité est restée constamment supérieure à la moyenne nationale jusqu'en 2008, avec un écart maximal de 60 % au milieu des années 2000. Sur la période récente 2008-2010, la situation semble s'être améliorée, la mortalité par cancer du poumon n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale. Comme pour l'incidence, le suivi de cet indicateur de mortalité sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou si la mortalité par cancer du poumon chez les femmes nantaises est désormais non différente de la moyenne nationale.

**Fig42 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon**  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.



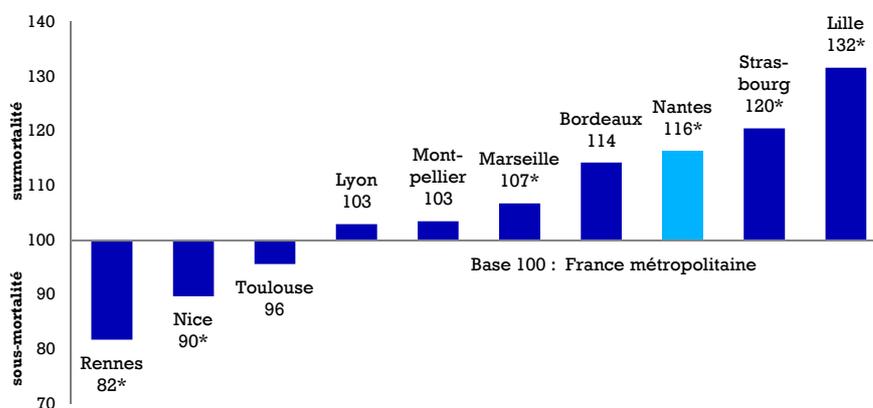
### Une situation qui contraste avec le reste du département

Cette situation nantaise défavorable, plus particulièrement pour les hommes sur la dernière période, contraste avec celle du reste du département de la Loire-Atlantique où, comme pour l'incidence, la mortalité par cancer du poumon est inférieure à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.

### Une position moins favorable que dans les autres grandes villes chez les hommes

La situation nantaise en matière de mortalité masculine par cancer du poumon a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig43). Sur les dix villes étudiées, Nantes se situe parmi les villes les moins bien classées pour cet indicateur. Seules les villes de Strasbourg et Lille présentent une mortalité plus élevée sur la période 2008-2010.

**Fig43** Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les hommes (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

## 2.5 Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

### Éléments de contexte

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la sphère " lèvres, bouche, pharynx " et ceux du larynx. Ils font souvent l'objet d'une approche épidémiologique globale, qui inclut également les cancers de l'œsophage, en raison de leurs caractéristiques communes. Les principaux facteurs de risque de ces cancers sont la consommation de tabac et d'alcool, et en particulier lorsque celles-ci sont associées. Le tabac et l'alcool sont ainsi responsables d'au moins les trois quarts des décès par cancers des VADS et de l'œsophage [16].

### 80 nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage chaque année

Les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage constituent la cinquième localisation tumorale solide la plus fréquemment diagnostiquée : 84 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi la population nantaise, sur la période 2008-2010 (67 cas masculins, 16 cas féminins, Fig44).

Les cancers des VADS et de l'œsophage ont été à l'origine de 27 décès par an parmi la population nantaise (22 hommes, 5 femmes), sur la période 2008-2010, ce qui représente 5 % des décès par cancer.



Les cancers des VADS et de l'œsophage surviennent le plus souvent chez des hommes : 80 % des nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage et 81 % des décès par cancers des VADS concernent des hommes. A structure par âge comparable, le taux standardisé d'incidence et de mortalité du cancer du poumon est environ 6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les cancers des VADS et de l'œsophage touchent des personnes relativement jeunes, 62 % des nouveaux cas diagnostiqués et 44 % des décès concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.

**Fig44 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancers des VADS et de l'œsophage selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Nouveaux cas diagnostiqués				Décès			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Nbre	Taux <sup>1</sup>	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux
< 65 ans	44	36	9	7	9	8	-	-
65-74 ans	13	193	6	24	5	69	-	-
75 ans et +	13	176			8	104	-	-
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>50</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, Insee  
1. Taux pour 100 000.

### Une incidence en recul mais supérieure à la moyenne nationale chez les hommes

Comme en France et dans le reste du département, l'incidence des cancers des VADS est en recul chez les hommes nantais. Entre 2004-2006 et 2008-2010, le taux standardisé d'incidence a diminué de plus de 15 %.

L'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage chez les hommes nantais est supérieure à la moyenne nationale : + 32 % sur la période 2008-2010 (Fig45).

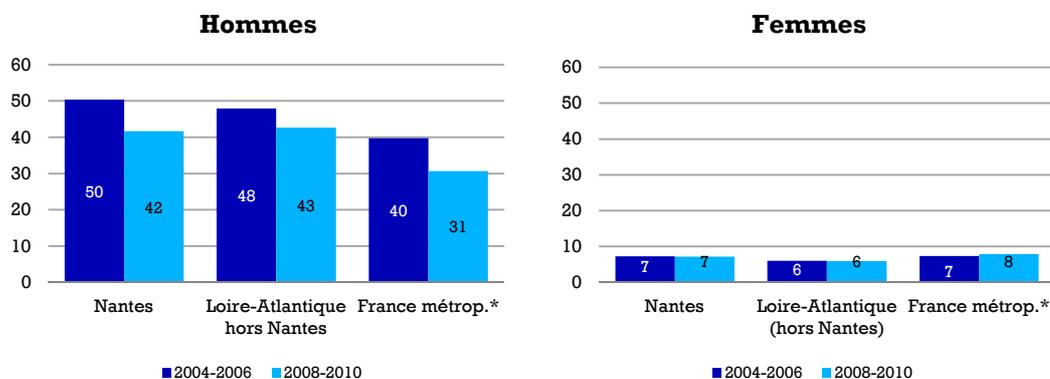
Ce constat est cohérent avec celui établi à partir des données d'admissions en ALD. La fréquence des admissions en ALD pour cancers des VADS et de l'œsophage chez les hommes nantais est en effet supérieure de 25 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010.

Cette situation défavorable se retrouve également pour les hommes du reste du département de la Loire-Atlantique.

Chez les femmes nantaises, l'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage est restée comme en France relativement stable entre 2004-2006 et 2008-2010, et elle apparaît peu différente de la moyenne nationale.

Un constat analogue est observé dans le reste du département.

**Fig45 Evolution du taux standardisé d'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2010)**



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim  
\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010.  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).



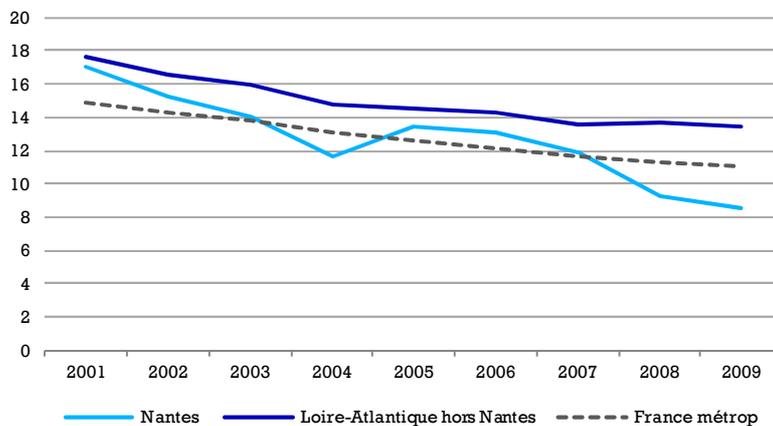
### Une mortalité également en recul

Comme en France, la mortalité par cancers des VADS et de l'œsophage dans la population nantaise a connu une forte baisse au cours de la dernière décennie (- 50 % entre 2000-2002 et 2008-2010, Fig46).

Cette mortalité, qui a connu des fluctuations, est au cours des dernières années inférieure à la moyenne nationale (- 22 % sur la période 2008-2010). Ce constat apparaît ainsi discordant avec la surincidence de ces cancers observée à partir des données du registre. De multiples facteurs peuvent expliquer cette discordance. On peut notamment faire l'hypothèse que la sous-mortalité observée sur la période récente est une simple fluctuation aléatoire et qu'une situation de surmortalité sera à nouveau constatée dans les prochaines années. Seul le suivi dans le temps de ces indicateurs, permettra de valider ou non cette hypothèse.

Dans le reste du département, cette mortalité est également en diminution mais elle reste depuis le début des années 2000 constamment supérieure d'environ 15 % à la moyenne nationale.

**Fig46 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancers des VADS et de l'œsophage Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

## 2.6 Cancer de la prostate

### Éléments de contexte

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme. Le nombre de cas diagnostiqués et le taux d'incidence ont fortement augmenté entre 1980 et 2005, en raison notamment du développement du dépistage individuel de ce cancer par dosage du PSA (Prostate specific antigen). Mais depuis 2005, ces indicateurs suivent une tendance à la baisse. Cette baisse survient dans un contexte où le dosage du PSA est contesté, en lien avec les conséquences négatives du surdiagnostic. On peut également faire l'hypothèse, qu'après plusieurs années de dépistage, la fraction dépistable des cancers prévalents ait été dépistée.

La mortalité liée à ce cancer est, par contre, en recul depuis le début des années 1990. Le dépistage et l'amélioration des traitements contribuent à cette diminution. Ce cancer se caractérise par un pronostic favorable. Le taux de survie nette à 5 ans s'élève à 84 % [15].



## Une incidence en recul et proche de la moyenne nationale

Comme en France, le cancer de la prostate constitue le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes nantais (24 % des nouveaux cas de cancers masculins) : 168 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2008-2010 (Fig47).

Le cancer de la prostate a été à l'origine de 30 décès par an, sur la période 2008-2010. L'écart entre cet effectif de décès et l'effectif de nouveaux cas diagnostiqués (168) témoigne du pronostic favorable d'une proportion importante de ces cancers.

Ce cancer touche surtout des hommes âgés, 61 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes âgés de 65 ans ou plus.

**Fig47 Nombre annuel de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Nouveaux cas diagnostiqués		Décès	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux
< 45 ans	0	-	0	-
45-64 ans	66	234	4	13
65-74 ans	54	802	4	59
75-84 ans	35	661	10	195
85 ans et +	13	622	12	590
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>125</b>	<b>30</b>	<b>22</b>

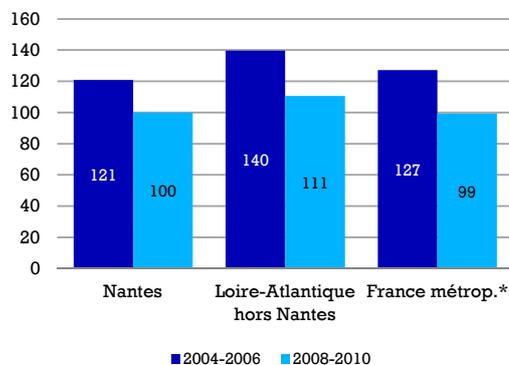
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, Insee  
1. Taux pour 100 000.

Comme en France, la fréquence des nouveaux de cancer de la prostate diagnostiqués a diminué chez les hommes nantais entre 2004-2006 et 2008-2010 (- 17 %, Fig48).

L'incidence du cancer de la prostate chez les hommes nantais est proche de la moyenne nationale sur la période 2008-2010 (Fig48). Un constat analogue était déjà observé sur la période 2004-2006.

Dans le reste du département, l'incidence de ce cancer a connu également un recul mais reste significativement supérieure à la moyenne nationale (+ 13 % sur la période 2008-2010).

**Fig48 Evolution du taux standardisé d'incidence du cancer de la prostate Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2010)**



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim  
\* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005 et 2010.  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).



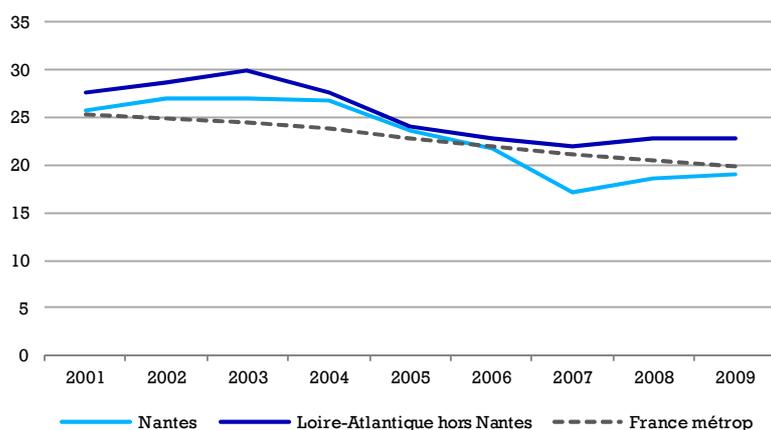
### Une mortalité également en forte baisse et proche de la moyenne nationale

Au niveau national, la mortalité par cancer de la prostate a diminué régulièrement au cours de la dernière décennie.

Pour la ville de Nantes, malgré des fluctuations, une tendance analogue est observée (- 26 % entre 2000-2002 et 2008-2010).

Sur la période récente 2008-2010, la mortalité par cancer de la prostate n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale (Fig49).

**Fig49 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

## 3 Maladies de l'appareil circulatoire

### Éléments de contexte

Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque sont les principales causes de mortalité cardiovasculaire.

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surcharge pondérale.

Les facteurs de prise en charge, et notamment la rapidité de celle-ci, sont susceptibles d'influencer la mortalité liée à ces pathologies.

Les inégalités sociales sont très marquées avec une mortalité cardiovasculaire 4 à 6 fois plus importante dans les groupes socio-professionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés [8].

### Des affections deux fois plus fréquentes chez les hommes

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'admission en ALD : 1 395 Nantais ont été admis en ALD en moyenne chaque année sur la période 2008-2010, majoritairement des hommes (751 vs 645 femmes, Fig50).

Le poids de ces affections est également important en matière de mortalité. Elles représentent la seconde cause de décès, à l'origine d'un quart des décès dans la population nantaise. 496 Nantais sont en effet décédés en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire sur la période 2008-2010.



Les cardiopathies ischémiques et l'hypertension artérielle sévère constituent les deux principaux motifs d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Elles sont respectivement à l'origine de 31 % et 21 % de ces admissions.

Les décès par maladies cardiovasculaires sont quant à eux principalement provoqués par des maladies vasculaires cérébrales et des cardiopathies ischémiques. Ces deux groupes d'affections représentent respectivement 26 % et 25 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire dans la population nantaise.

Même si le nombre de décès est plus faible chez les hommes que chez les femmes (222 décès masculins, 274 décès féminins), la fréquence des décès par maladies cardiovasculaires est à structure d'âge comparable plus importante chez les hommes. Le taux standardisé selon l'âge de mortalité par maladies cardiovasculaires est en effet environ deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2008-2010.

Les maladies de l'appareil circulatoire touchent des personnes plutôt âgées. 46 % des admissions en ALD concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus, et 81 % des décès surviennent après 75 ans (dont 53 % après 85 ans). Ces affections sont néanmoins à l'origine de près de 500 admissions en ALD avant 65 ans (355 hommes, 138 femmes) et 50 décès avant 65 ans (39 décès masculins, 11 décès féminins).

**Fig50 Nombre annuel moyen et taux brut d'admissions en ALD et de décès par maladie de l'appareil circulatoire selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Admissions en ALD				Décès			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Nbre	Taux <sup>1</sup>	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux
< 45 ans	45	48	27	29	7	8	2	2
45-64 ans	311	1102	111	335	32	115	9	26
65-84 ans	327	2721	340	1712	97	809	84	423
85 ans et +	68	3251	167	3206	85	4048	180	3449
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>557</b>	<b>645</b>	<b>430</b>	<b>222</b>	<b>164</b>	<b>274</b>	<b>183</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000

### **Mortalité et morbidité restent nettement inférieures à la moyenne nationale**

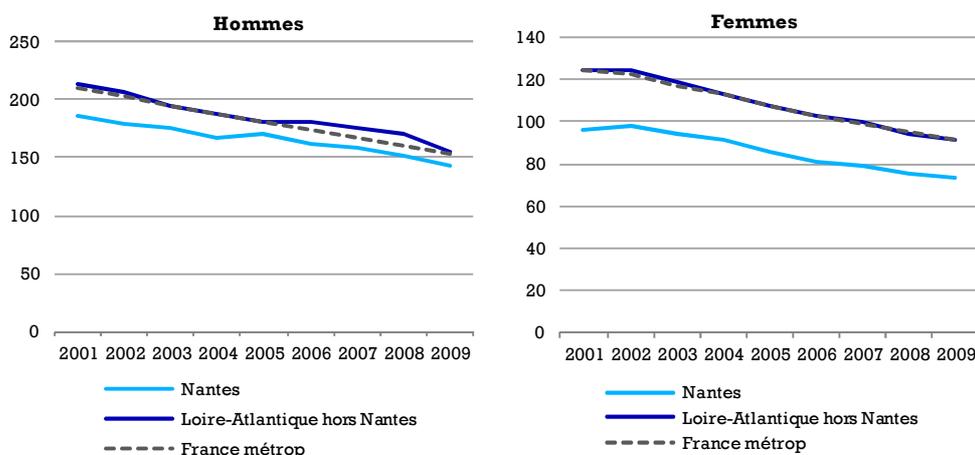
Comme en France, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de plus de 20 % au sein de la population nantaise entre 2000-2002 et 2008-2010. Cette diminution concerne les hommes comme les femmes (Fig51). La mortalité cardiovasculaire avant 65 ans fluctue de façon importante en raison de la taille relativement limitée des effectifs concernés. Toutefois, elle suit également une tendance à la baisse dans la population nantaise.

Depuis le début des années 2000, la mortalité par maladies cardiovasculaires dans la population nantaise "tous âges" reste nettement plus faible qu'au plan national. Sur la période 2008-2010, cette mortalité est inférieure à la moyenne nationale de 20 % chez les femmes. Chez les hommes, l'écart est moins marqué (- 10 %) et tend à se réduire.

Avant 65 ans, la situation nantaise apparaît par contre un peu moins favorable chez les hommes. La mortalité cardiovasculaire reste légèrement supérieure à la moyenne nationale depuis le milieu des années 2000. Chez les femmes de moins de 65 ans, cette mortalité reste inférieure à la moyenne.

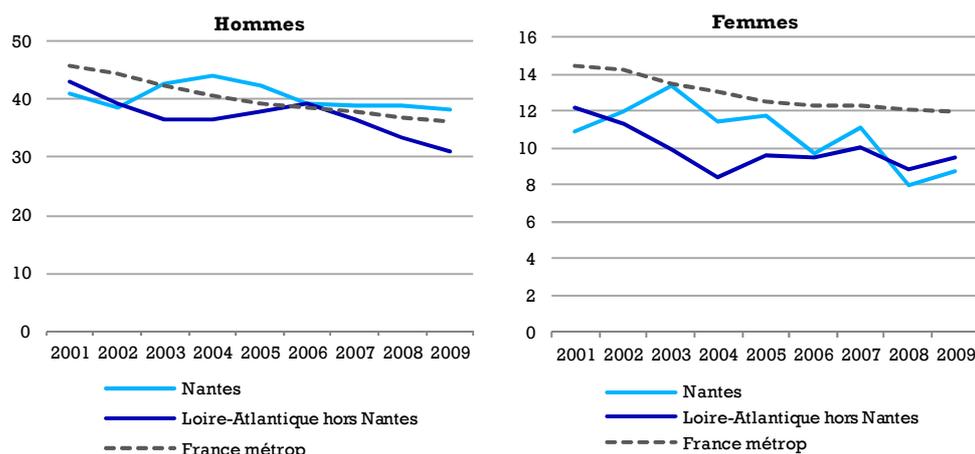


**Fig51 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

**Fig52 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux concernant les admissions en affection de longue durée (ALD). La fréquence de ces admissions en ALD dans la population nantaise est inférieure de 23 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010. Ce constat s'observe chez les hommes (- 16 %) comme chez les femmes (- 27 %).

Chez les moins de 65 ans, une moindre fréquence de ces admissions est également retrouvée, avec là aussi un écart avec la moyenne nationale plus marquée chez les femmes (- 32 % vs - 11 % chez les hommes).

La fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est restée relativement stable dans la population nantaise (tous âges et chez les moins de 65 ans) entre les périodes 2005-2007 et 2008-2010 alors qu'une augmentation de plus de 10 % est observée au plan national, d'où une augmentation de l'écart avec la moyenne nationale ces dernières années.



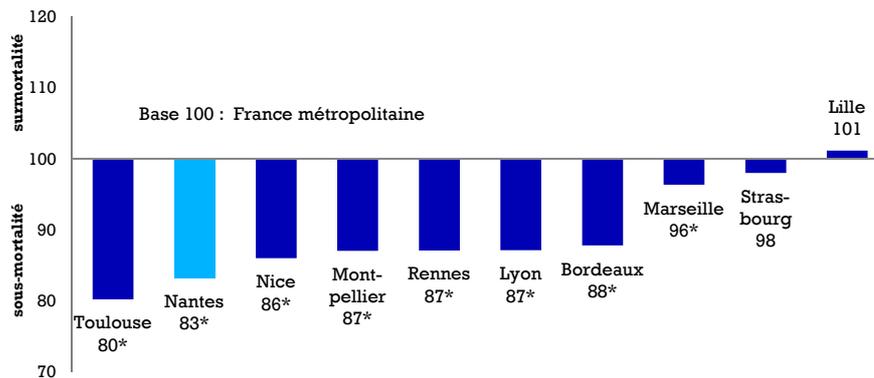
## Nantes en position intermédiaire par rapport aux autres villes pour la mortalité cardiovasculaire avant 65 ans

La situation nantaise en matière de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a été comparée à celle de neuf autres villes françaises.

Sur les dix villes étudiées, deux villes présentent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) proche de la moyenne nationale, et huit villes, dont Nantes, se situent en dessous de cette moyenne. Comme en 2005-2007, Nantes se situe parmi les villes les mieux classées pour cet indicateur, seule la ville de Toulouse présente une mortalité par maladies cardiovasculaires inférieure à Nantes sur la période 2008-2010 (Fig53).

Si l'on considère la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans, Nantes occupe une position intermédiaire (Fig54).

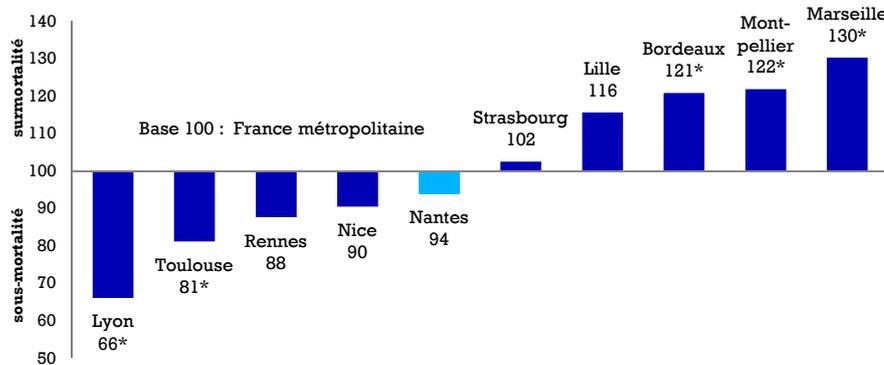
**Fig53** Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

**Fig54** Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



## 4 Diabète

### Éléments de contexte

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide, voire brutale. Le diabète de type 2, qui représente plus de 90 % des cas, s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique.

Le diabète est une maladie particulièrement fréquente (4,6 % de la population française sont traités pharmacologiquement pour cette affection en 2012) et est en forte augmentation [17]. La fréquence de cette pathologie augmente avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et dans les groupes sociaux les moins favorisés [18].

La gravité de cette pathologie tient à ses complications, qui sont fréquentes et graves (plaies du pied pouvant conduire à l'amputation, cécité, infarctus du myocarde, insuffisance rénale...). La prévention de ces complications nécessite une surveillance régulière des personnes diabétiques.

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent donc de prévenir la survenue du diabète de type 2, et font également partie de son traitement.

### Environ 600 Nantais sont admis chaque année en ALD pour diabète

Le diabète a été à l'origine en moyenne chaque année de 618 admissions en affection de longue durée (ALD) au cours de la période 2008-2010, parmi les Nantais relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants).

Comme en France, les personnes admises en ALD pour diabète sont majoritairement des hommes (56 %). A structure par âge comparable, le taux d'admission en ALD est environ 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le diabète touche des personnes relativement jeunes. Près des deux tiers (64 %) des admissions en ALD concernent des personnes âgées de moins de 65 ans (dont 22 % des personnes de moins de 50 ans).

### Une situation locale qui apparaît particulièrement favorable

Sur la période 2008-2010, le taux d'admissions en ALD pour diabète parmi les Nantais est inférieur de 23 % à la moyenne nationale. Cette sous-incidence s'observe chez les hommes (- 17 %) comme chez les femmes (- 28 %) (Fig55).

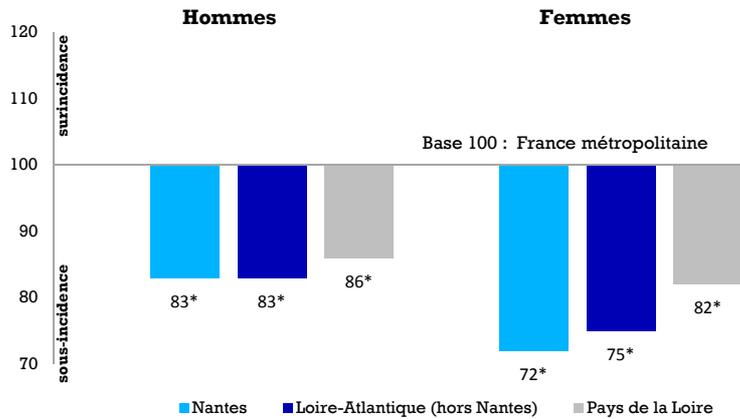
Cette situation nantaise favorable s'inscrit dans un contexte régional et départemental relativement protégé vis-à-vis du diabète puisque les taux d'admissions en Pays de la Loire et dans le département de la Loire-Atlantique (hors Nantes) sont également inférieurs à la moyenne nationale (respectivement - 16 % et - 21 %).

Mais il n'en demeure pas moins que l'épidémiologie de cette affection est préoccupante car sa fréquence est élevée et suit une tendance nette à la hausse. Au plan national comme en Loire-Atlantique, la proportion de personnes traitées pharmacologiquement pour diabète a augmenté entre 2006 et 2009<sup>12</sup>. A Nantes, on observe une hausse de 15 % du taux d'admissions en ALD entre les périodes 2005-2007 et 2008-2010.

<sup>12</sup> Ricci P, Blotière PO, Weill A, et al. (2010). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 42-43. pp. 450-455.



**Fig55 Indice comparatif d'admissions en ALD pour diabète**  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, Pays de la Loire (moyenne 2008-2010)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

## 5 Maladies de l'appareil respiratoire

### Éléments de contexte

Les maladies de l'appareil respiratoire<sup>13</sup> regroupent des affections très différentes, notamment en termes de gravité. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, infections des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou l'asthme.

La bronchite chronique et la BPCO sont particulièrement fréquentes et se caractérisent par la gravité potentielle de leur évolution. Ces pathologies sont fortement liées au tabagisme, mais aussi favorisées par certains environnements professionnels à risque.

L'asthme est une maladie multifactorielle, d'étiologie non clairement élucidée à ce jour, qui résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux.

L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO.

### Une centaine d'admissions en ALD chaque année

99 Nantais ont été admis en affection de longue durée (ALD) pour une maladie de l'appareil respiratoire en moyenne chaque année sur la période 2008-2010 (Fig56).

Plus de la moitié (54 %) de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans et 55 % sont des hommes.

L'insuffisance respiratoire constitue le premier motif de ces admissions (47 %), devant l'asthme (31 %).

Sur la période 2008-2010, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire dans la population nantaise est inférieure de 44 % à la moyenne nationale.

<sup>13</sup> Les affections étudiées dans ce chapitre sont seulement celles classées comme "maladies de l'appareil respiratoire" par la Classification internationale des maladies (CIM). Des pathologies graves ou fréquentes, et notamment le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, ou encore la tuberculose pulmonaire, qui constituent des problèmes de santé publique importants et sont habituellement pris en charge par les pneumologues, ne sont donc pas prises en compte.



## Des décès concernant surtout des personnes âgées et deux fois plus souvent des hommes

107 Nantais sont décédés en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire sur la période 2008-2010, autant d'hommes (52) que de femmes (55) (Fig56).

Les décès par maladies respiratoires concernent le plus souvent des personnes relativement âgées : 86 % des décès surviennent après 75 ans.

La fréquence des décès par maladies respiratoires est plus importante chez les hommes que chez les femmes. A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité est plus de deux fois supérieur à celui des hommes que chez les femmes sur la période 2008-2010.

Les pneumopathies infectieuses et la BPCO chronique constituent les principales causes de ces décès.

**Fig56 Nombre annuel moyen et taux brut d'admissions en ALD et de décès par maladie de l'appareil respiratoire selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Admissions en ALD				Décès			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
< 45 ans	11	12	6	6	8	6	17	12
45-64 ans	21	74	16	47				
65-84 ans	18	152	17	87	22	183		
85 ans et +	4	191	6	109	22	1052	38	729
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>55</b>	<b>37</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000.

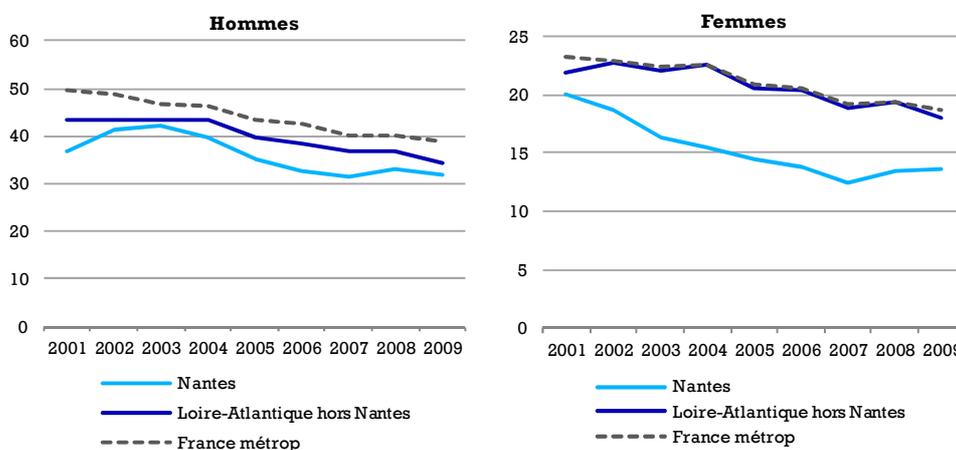
## Une mortalité en recul et qui reste inférieure d'environ 20 % à la moyenne nationale

Comme en France, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a connu un fort recul ces dernières années dans la population nantaise. Entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010, le taux standardisé de mortalité par ces affections a ainsi diminué d'environ 15 % chez les hommes et 30 % chez les femmes (Fig57).

La mortalité par maladies respiratoires dans la population nantaise reste en outre, depuis plusieurs années, inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 19 %) comme chez les femmes (- 19 % sur la période 2008-2010).

La situation nantaise apparaît ainsi plus favorable que dans le reste du département, où la mortalité par maladies respiratoires est proche de la moyenne nationale chez les femmes, et est inférieure à cette moyenne chez les hommes mais avec un écart moins marqué qu'à Nantes (-12 %).

**Fig57 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

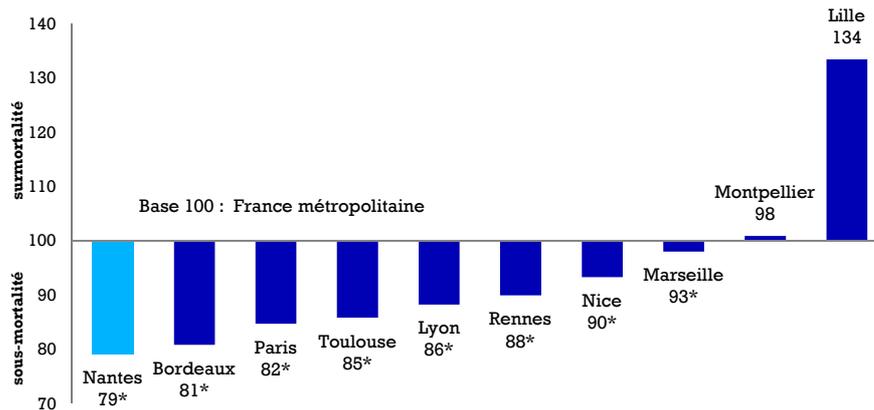
Note : les échelles des graphiques sont différentes.



## Une situation très favorable par rapport aux autres villes françaises

La situation nantaise en matière de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig58). Cette comparaison met en évidence des écarts très marqués entre les villes. Sur les dix villes étudiées, une ville présente une mortalité significativement supérieure à la moyenne nationale, deux villes se situent proches de cette moyenne. Sept villes, dont Nantes, présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne française. Nantes est la mieux placée car elle présente la plus faible mortalité des dix villes étudiées.

**Fig58** Indice comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

## 6 Tuberculose

### Éléments de contexte

La tuberculose est une maladie infectieuse qui atteint le plus souvent les poumons. Le bacille tuberculeux se transmet exclusivement par voie aérienne, par l'intermédiaire de sécrétions émises par une personne contagieuse (toux, parole...). Toutes les personnes infectées ne développeront pas la maladie car, dans 90 % des cas, le bacille reste à l'état dormant dans l'organisme (infection tuberculeuse latente). Seules 5 à 10 % des personnes contaminées feront une tuberculose maladie. Cette proportion est toutefois nettement plus élevée chez les personnes immunodéprimées. La tuberculose-maladie atteint le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais peut atteindre d'autres organes (localisations pleurales, ganglionnaires, méningées...). Seules les formes affectant l'appareil respiratoire peuvent être contagieuses. Parmi celles-ci, les formes les plus contagieuses sont celles où des bacilles tuberculeux sont retrouvés dans les expectorations par un examen microscopique direct. La prise régulière et complète d'un traitement adéquat permet de guérir la maladie, de limiter la transmission et de prévenir la résistance aux antituberculeux [19].

La maladie est plus fréquente chez les personnes âgées, dans les populations en extrême précarité comme les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions insalubres, chez les personnes incarcérées et chez les migrants en provenance de pays à forte endémie [20].

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Au niveau national, l'exhaustivité de la déclaration de la tuberculose est estimée à environ 65 % [21]. Malgré cette sous-déclaration, très variable selon les départements, les données de déclaration obligatoire permettent de décrire l'évolution de l'incidence de la maladie dans le temps et dans l'espace. Ce système a été modifié en 2003, avec la prise en compte des infections tuberculeuses latentes chez les enfants de moins de 15 ans.



### Un taux de déclaration de la tuberculose maladie qui tend à augmenter

43 cas de tuberculose maladie (localisations pulmonaires et extra-pulmonaires) ont été déclarés en 2012 dans la population nantaise, soit environ 15 pour 100 000 habitants (Fig59).

Ce taux de déclaration fluctue de façon importante mais tend à augmenter depuis le milieu des années 2000 alors qu'il est en baisse au plan national.

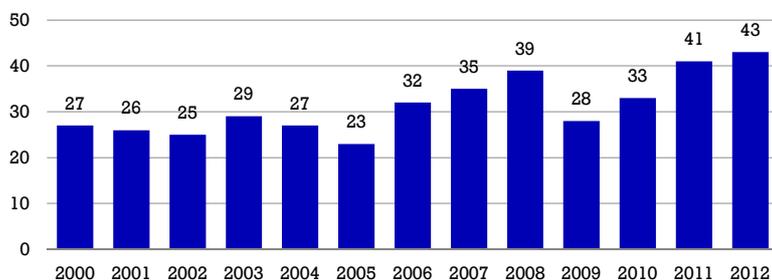
A l'échelle de la région des Pays de la Loire et du département de la Loire-Atlantique, une tendance à la hausse est également observée mais de façon nettement moins marquée qu'à Nantes [22]. Cette progression de l'incidence des cas déclarés de TM peut résulter d'une recrudescence de la maladie mais aussi d'une amélioration de l'exhaustivité de la déclaration de cette pathologie. A Nantes, elle peut aussi être liée à des actions de dépistage menées ces dernières années auprès de certaines populations à risque.

### Un taux très supérieur à la moyenne nationale

En raison de cette hausse, l'écart entre la situation nantaise et la moyenne nationale s'est amplifié ces dernières années. Le taux de déclaration de la tuberculose maladie dans la population nantaise, qui semblait plutôt proche de la moyenne nationale au début des années 2000, est en effet supérieur à cette moyenne depuis le milieu des années 2000. Pour l'année 2012, le taux de déclaration de TM est environ deux fois plus élevé à Nantes qu'au plan national (15 vs 8 pour 100 000, Fig60). Le taux nantais est également nettement plus élevé que les taux observés dans les Pays de la Loire (6 pour 100 000) et en Loire-Atlantique (8 pour 100 000).

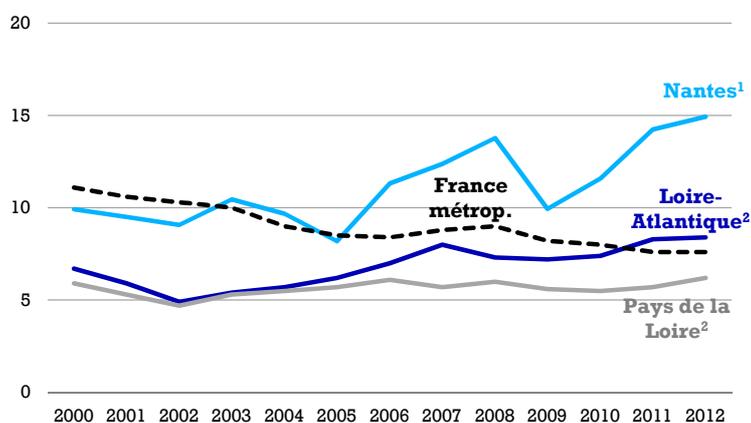
Ce constat est à rapprocher de la plus forte concentration de populations à risque dans les zones urbaines (populations d'origine étrangère, personnes sans domicile fixe, détenus...). Des taux de déclaration de TM nettement supérieurs à la moyenne nationale sont notamment observés à Marseille (12 pour 100 000 en 2010 vs 8 en France métropolitaine) ou à Bordeaux (11,5 pour 100 000 en 2008 vs 9 en France métropolitaine) [23] [24].

**Fig59 Evolution du nombre de cas déclarés de tuberculose dans la population nantaise Nantes (2000-2012)**



Source : InVS, déclaration obligatoire de tuberculose, situation au 10 octobre 2014

**Fig60 Evolution du taux brut de cas de tuberculose maladie déclarés Nantes, Loire-Atlantique, Pays de la Loire France métropolitaine (2000-2012)**



Source : InVS, déclaration obligatoire de tuberculose, situation 10 octobre 2014 ; Insee (recensement de population et estimations de population pour Nantes, estimations localisées de population pour les autres échelons géographiques)



Taux pour 100 000 habitants.

1. Données domiciliées ; 2. Données au lieu de déclaration de la tuberculose.

## 7 Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé

### Éléments de contexte

La consommation de boissons alcoolisées a de multiples effets négatifs sur la santé et la vie sociale.

Sa consommation ponctuelle augmente le risque d'accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...) et de comportements violents ou délictueux. Consommé en forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique qui, dans certains cas, peut engager le pronostic vital. Il favorise aussi le passage à l'acte suicidaire.

La consommation chronique d'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies. Certaines de ces affections sont identifiées comme étant directement et uniquement provoquées par la consommation d'alcool. C'est le cas, en particulier, des cirrhoses alcooliques du foie et des psychoses alcooliques. D'autres, beaucoup plus nombreuses, sont des pathologies pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque plus ou moins important. Il s'agit notamment des cancers des voies aérodigestives supérieures, du cancer du côlon-rectum chez l'homme, du cancer du sein chez la femme. Concernant les affections cardiovasculaires, si le rôle protecteur d'une faible consommation d'alcool paraît établi, les consommations plus importantes augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral, de certains troubles du rythme cardiaque et d'hypertension artérielle [31] [32].

Les effets de la consommation d'alcool sur la santé sont difficiles à quantifier, en raison de la multiplicité des problèmes de santé concernés. Ce document apporte un éclairage sur les conséquences de cette consommation sur la santé des habitants de la ville de Nantes à travers deux approches complémentaires.

La première porte sur les hospitalisations pour intoxications éthyliques aiguës des jeunes de moins de 25 ans.

La seconde utilise des indicateurs d'admission en affection de longue durée et de mortalité pour les pathologies directement et uniquement liées à l'alcool. Elle ne permet donc pas de quantifier l'ampleur du problème, car les nombreuses pathologies favorisées par la consommation d'alcool ne sont pas prises en compte dans ces indicateurs. Mais, elle permet de décrire certaines caractéristiques de la population concernée, et surtout de suivre l'évolution de la situation locale et de réaliser des comparaisons avec d'autres territoires.

### Environ 160 jeunes nantais hospitalisés chaque année pour ou avec une intoxication éthylique aiguë

164 hospitalisations de jeunes nantais âgés de moins de 25 ans liées à une intoxication éthylique aiguë (IEA) ont été enregistrées dans des services hospitaliers de court séjour en 2011 (Fig61).

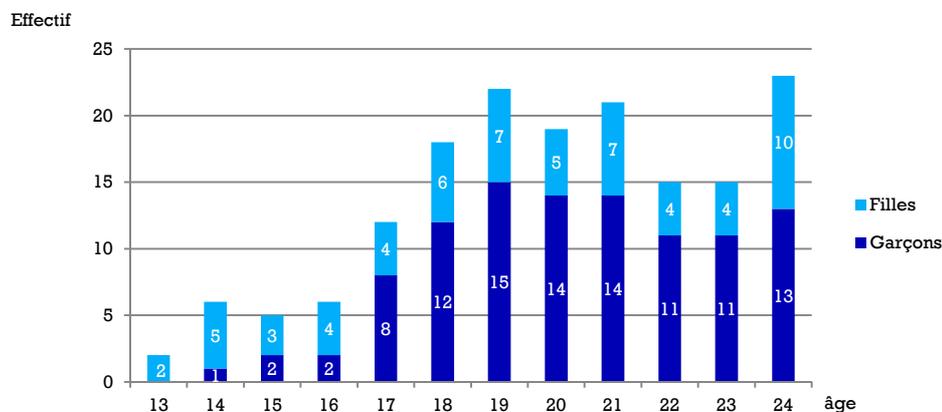
19 % de ces hospitalisations concernent des jeunes âgés de moins de 18 ans (32 % en France).

Ces hospitalisations liées à une IEA concernent, dans 63 % des cas, des garçons (68 % en France). Toutefois, avant 18 ans, les hospitalisations sont plus nombreuses chez les filles que chez les garçons.

Sur les 164 hospitalisations liées à une IEA chez des jeunes Nantais de moins de 25 ans dénombrées en 2011, on compte sept hospitalisations avec complications sévères, c'est-à-dire pour lesquelles un coma ou des soins de réanimation, de surveillance continue ou des soins intensifs ont été notifiés.



**Fig61 Répartition des séjours hospitaliers liés à une intoxication aiguë à l'alcool de jeunes nantais âgés de moins de 25 ans, selon l'âge et le sexe (2011)**



Source : PMSI-MCO (données domiciliées)

A Nantes comme au plan national, le taux des hospitalisations liées à une IEA a augmenté chez les jeunes de 10-24 ans sur la période 2006-2011 (Fig62).

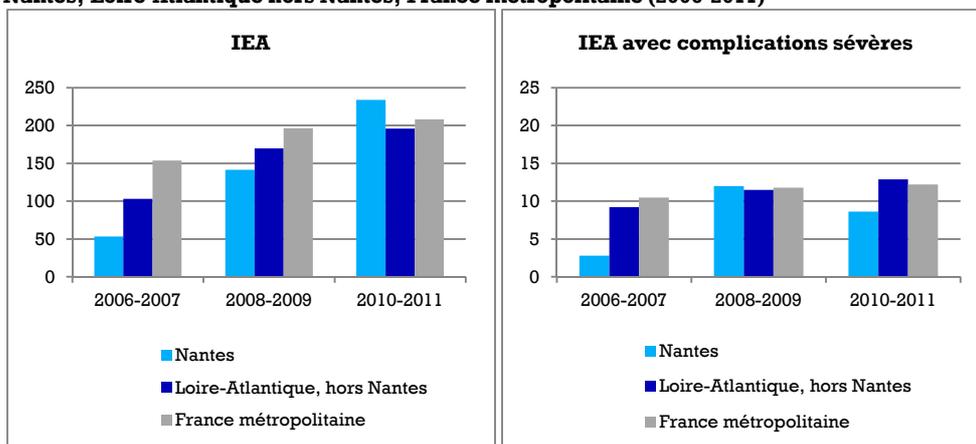
Sur la période 2010-2011, le taux d'hospitalisations pour IEA chez les jeunes nantais est supérieur de plus de 10 % à la moyenne nationale. Ce constat, s'il peut refléter une plus grande fréquence des IEA chez les jeunes nantais, peut aussi résulter, au moins pour partie, d'une plus grande propension locale à hospitaliser les jeunes concernés, en lien notamment avec les modes d'organisation des soins ou les pratiques de l'entourage et des professionnels participant à la prise en charge de ces situations. Des pratiques différentes de codage des motifs de séjours hospitaliers dans les établissements de santé peuvent aussi contribuer à cet écart.

Si l'on considère les seules hospitalisations pour IEA **avec complications sévères**, il est vraisemblable qu'elles sont moins liées à une plus ou moindre grande propension à hospitaliser et que leur taux permet des comparaisons plus robustes.

Au plan national, le taux d'hospitalisations pour IEA avec complications sévères, a également augmenté entre 2006 et 2009 puis semble se stabiliser sur la période 2010-2011 (Fig62).

Pour les jeunes nantais, le taux fluctue de façon importante en raison du faible nombre de cas (7 cas en 2011) et son évolution ne peut être interprétée. Sur la période 2010-2011, il apparaît toutefois plus faible qu'au plan national et dans le reste du département.

**Fig62 Evolution du taux d'hospitalisations liées à une IEA chez les jeunes de 10-24 ans Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2011)**



Sources : PMSI-MCO (ATHH), RP (Insee), données domiciliées



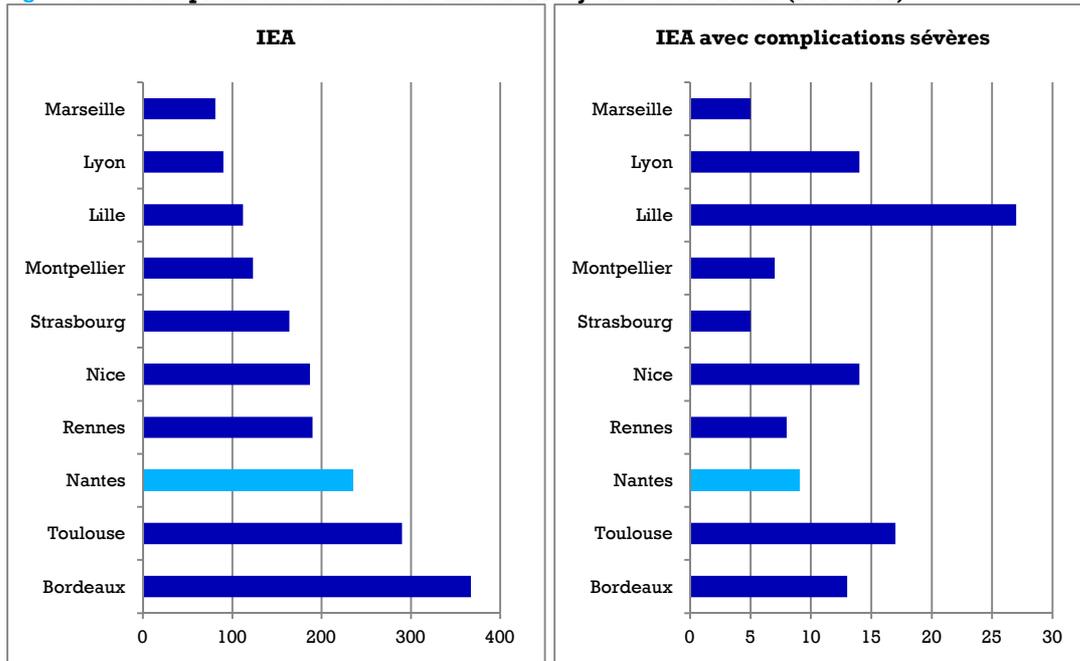
Taux pour 100 000.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

La situation nantaise a été comparée à celle de neuf grandes villes françaises sur la période 2010-2011. Cette comparaison met en évidence chez les 10-24 ans des écarts importants entre ces villes, avec un rapport de 1 à 5 pour le taux global d'hospitalisations pour IEA et le taux d'hospitalisations pour IEA avec complications sévères.

Nantes fait partie des villes qui ont un taux élevé d'hospitalisations pour IEA, mais un taux intermédiaire d'hospitalisations pour IEA avec complications sévères (Fig63).

**Fig63 Taux d'hospitalisations liées à une IEA chez les jeunes de 10-24 ans (2010-2011)**



Sources : PMSI-MCO (ATH), RP (Insee), données domiciliées

Taux pour 100 000.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Des indicateurs de mortalité et de morbidité liés à l'alcool très défavorables

Depuis plusieurs décennies, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool<sup>14</sup> est en diminution au niveau national. Pour la ville de Nantes et dans le reste du département, malgré des fluctuations temporelles notamment chez les femmes, une tendance analogue est globalement observée depuis le début des années 2000. Entre les périodes 2000-2002 et 2008-2010, cette mortalité a diminué de plus de 30 %.

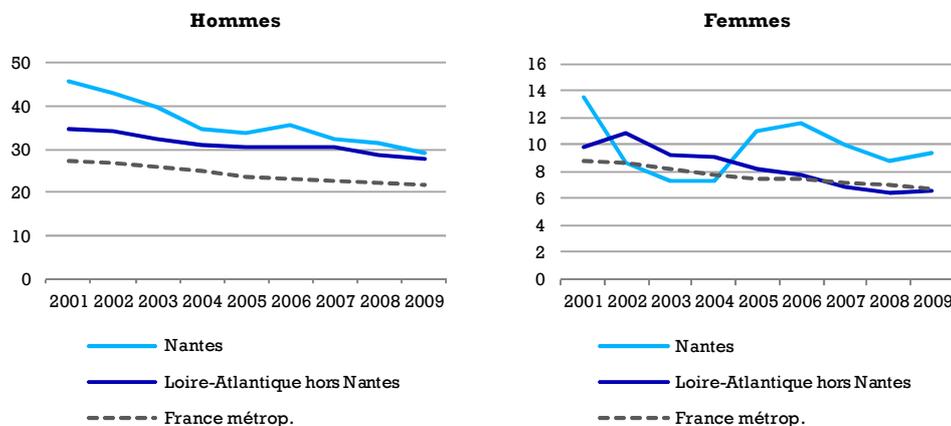
Malgré cette évolution, la mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool parmi les Nantais reste nettement supérieure à la moyenne nationale : + 30 % chez les hommes, + 38 % chez les femmes sur la période 2008-2010 (Fig64).

Une surmortalité par maladies directement liées à la consommation excessive d'alcool est également retrouvée dans le reste du département chez les hommes (+ 27 %), mais pas chez les femmes.

<sup>14</sup> Maladies alcooliques du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.



**Fig64 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool**  
**Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
 Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
 Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Ce constat défavorable est retrouvé si l'on considère les données d'admissions en ALD sur la période 2008-2010. Leur analyse met en évidence une fréquence globale des admissions pour pathologies provoquées par une consommation excessive d'alcool<sup>15</sup> dans la population nantaise supérieure d'environ 30 % à la moyenne nationale.

Ces données illustrent également la plus grande fréquence des pathologies liées à l'alcool dans la population masculine, puisque 70 % des personnes admises en ALD sont des hommes, qui dans leur grande majorité (88 %) sont âgés de moins 65 ans.

### Nantes reste une des villes les plus mal placées dans ce domaine

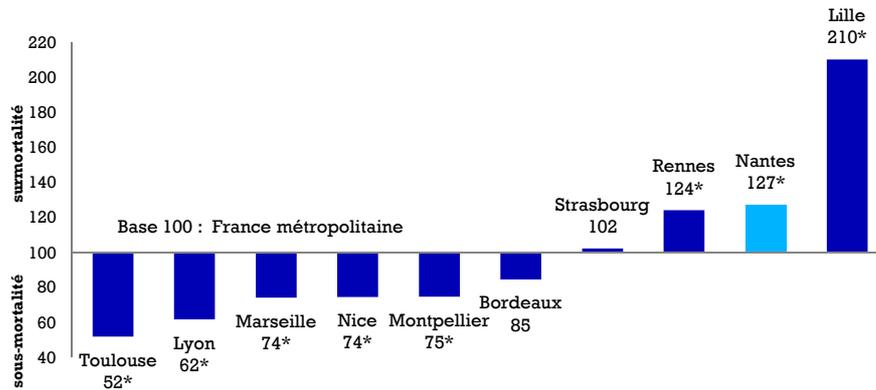
La situation nantaise en matière de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig65). Cette comparaison met en évidence des écarts de mortalité très marqués entre les villes, avec un rapport de 1 à 4. Sur les dix villes étudiées, cinq présentent une mortalité pour maladies liées à une consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne nationale, deux une mortalité non différente et trois villes, dont Nantes, présentent une mortalité significativement supérieure à la moyenne nationale.

Comme en 2005-2007, Nantes se situe parmi les villes les plus mal classées en 2008-2010 pour cet indicateur. Seule, la ville de Lille présente, pour ces affections, une mortalité supérieure à celle de Nantes.

<sup>15</sup> Maladies alcooliques du foie ou cirrhose du foie, troubles mentaux liés à une consommation excessive d'alcool.



**Fig65 Indice comparatif de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

## 8 Santé mentale et suicides

### Eléments de contexte

La santé mentale est un champ très vaste qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées, la souffrance psychologique qui peut être liée au contexte social et relationnel des personnes, et plus largement la notion de bien-être psychologique. Ce domaine est donc difficile à apprécier sur le plan épidémiologique.

Néanmoins, les données d'admission en affection de longue durée pour troubles mentaux et du comportement permettent d'évaluer le poids de ces affections dans la population nantaise.

Dans cette étude, ont été analysées, de façon distincte, les affections psychiatriques qui peuvent toucher toutes les tranches d'âge de la population, et les démences qui surviennent très majoritairement aux âges élevés. L'étude des données de mortalité par suicide offre un regard complémentaire sur la santé mentale de la population nantaise.

### 8.1 Affections psychiatriques (hors démences)

#### Plus de 400 admissions en ALD pour affection psychiatrique chaque année

434 Nantais ont été admis en moyenne chaque année en ALD pour une affection psychiatrique (autre qu'une démence) sur la période 2008-2010. Ces admissions concernent autant d'hommes que de femmes.

Ces personnes admises en ALD sont relativement jeunes, 89 % d'entre elles ont moins de 65 ans : 16 % moins de 20 ans, 41 % entre 20 et 44 ans et 32 % entre 45 et 64 ans.

Les affections les plus fréquemment à l'origine de ces admissions en ALD sont :

- les troubles de l'humeur (35 %), dont majoritairement les épisodes dépressifs (18 %) et les troubles affectifs bipolaires (15 %),
- la schizophrénie et troubles délirants (20 %),
- les troubles de la personnalité (16 %),
- les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (8 %).

Les admissions pour schizophrénie et troubles délirants, pour troubles de la personnalité et pour troubles bipolaires concernent des personnes relativement jeunes : 55 à 75 % des personnes ont moins de 45 ans lors de leur admission.

Les personnes admises en ALD pour épisodes dépressifs ou troubles liés à la consommation d'alcool sont en moyenne un peu plus âgées : 60 à 70 % des personnes ont plus de 45 ans.



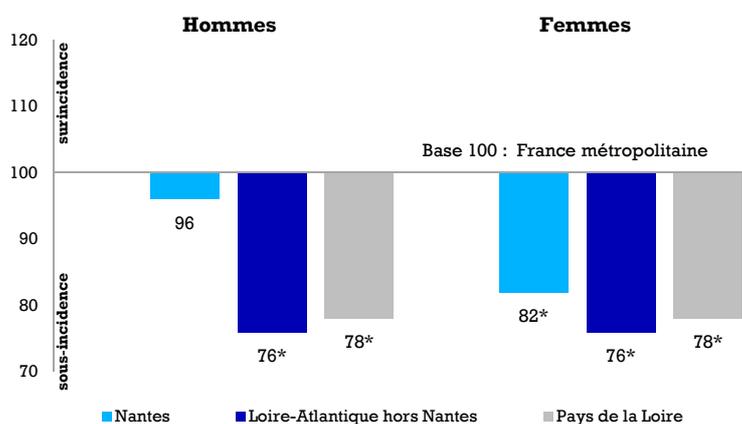
### Une situation proche de la moyenne nationale chez les hommes, plus favorable pour les femmes

La fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques graves a augmenté de 6 % dans la population nantaise entre les périodes 2005-2007 et 2008-2010. Cette progression est toutefois moins marquée que celles observées au plan national (+ 16 %) et dans le reste du département de la Loire-Atlantique (+ 13 %).

L'écart avec la moyenne nationale s'est donc creusé, la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques graves dans la population nantaise est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2010 (Fig66). Ce constat masque une situation différente selon le sexe. Chez les hommes, le taux d'admissions en ALD pour ces affections n'apparaît pas significativement différent de la moyenne nationale. Chez les femmes, cette sous-incidence atteint 18 %.

Dans le reste du département, une moindre fréquence des admissions en ALD pour maladies psychiatriques graves est également observée chez les femmes mais aussi chez les hommes.

**Fig66** Indice comparatif d'admissions en ALD pour affections psychiatriques graves Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, Pays de la Loire (moyenne 2008-2010)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %



## 8.2 Maladie d'Alzheimer et autres démences

### Éléments de contexte

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance chez les personnes âgées [25].

Selon des travaux français, 13 % des hommes et 20 % des femmes âgées de plus de 75 ans souffriraient d'une démence (maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée). Environ 70 % des individus atteints de démences souffriraient de la maladie d'Alzheimer [26]. Aujourd'hui, il n'est pas possible de prévenir, ni de traiter efficacement cette pathologie. La prévention des maladies vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète, ainsi que la promotion d'une hygiène de vie adaptée (exercice physique notamment) pourraient retarder l'apparition de la maladie [26] [27]. Pour les malades diagnostiqués à un stade débutant, des traitements et des actions sur les fonctions cognitives permettent d'en retarder la progression.

### 250 admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences chaque année

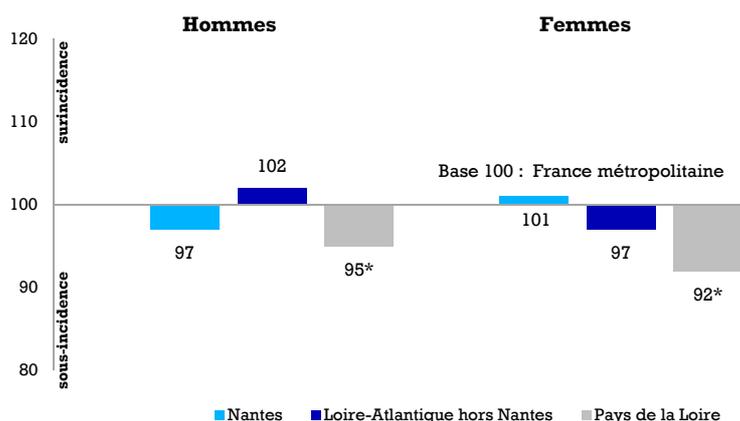
256 Nantais ont été admis en ALD en moyenne chaque année pour maladie d'Alzheimer et autres démences sur la période 2008-2010.

Trois quarts des personnes admises en ALD pour ces affections sont des femmes et près de 90 % sont âgées de 75 ans ou plus.

La fréquence des admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences dans la population nantaise est restée stable entre 2005-2007 et 2008-2010, et est proche de la moyenne nationale sur la période 2008-2010. Ce constat concerne les hommes comme les femmes (Fig67).

Dans le reste du département, un constat analogue est retrouvé.

**Fig67** Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, Pays de la Loire (moyenne 2008-2010)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



## 8.3 Suicides

### Eléments de contexte

Les suicides, qui constituent une cause de décès deux à trois fois plus fréquentes que les accidents de la circulation, surviennent en général lors d'un évènement qui déborde les mécanismes d'adaptation d'une personne déjà vulnérable. Différents facteurs de risque du suicide sont actuellement bien établis.

La famille et plus généralement le support social protègent du suicide : les suicides sont plus fréquents chez les hommes divorcés, vivant seuls ou qui ont perdu 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 zones rurales.

L'abus de l'alcool est un puissant facteur de risque, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Enfin, les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sont également plus à risque [28] [29] [30].

### Plus d'une trentaine de décès par suicide chaque année

Sur la période 2008-2010, 35 Nantais se sont suicidés en moyenne chaque année. Ce nombre de décès doit être considéré comme un minimum car, pour diverses raisons, les statistiques des causes médicales de décès le sous-estiment. Au niveau national, la sous-estimation du nombre de suicides s'élève à environ 10 %.

La fréquence des décès par suicide est plus importante chez les hommes que chez les femmes (23 décès masculins, 12 décès féminins, [Fig68](#)). A structure par âge comparable, le taux masculin standardisé de mortalité par suicide est environ deux fois plus élevé que le taux féminin, sur la période 2008-2010.

Les décès par suicide ont concerné, dans 80 % des cas, des personnes relativement jeunes, âgées de moins de 65 ans.

**Fig68 Nombre annuel moyen et taux brut de décès par suicide selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux
< 45 ans	8	9	3	4
45-64 ans	9	33	6	19
65-84 ans	5	39	2	8
85 ans et +	1	32	0	6
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>8</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000.

### Une mortalité par suicide inférieure à la moyenne nationale chez les hommes, plutôt supérieure à cette moyenne chez les femmes

Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par suicide est en diminution au plan national. A Nantes, la mortalité par suicide connaît, en raison des faibles effectifs de décès concernés, des fluctuations. Mais, cette mortalité a connu, comme en France, une légère tendance à la baisse au cours des années 2000 ([Fig69](#)).

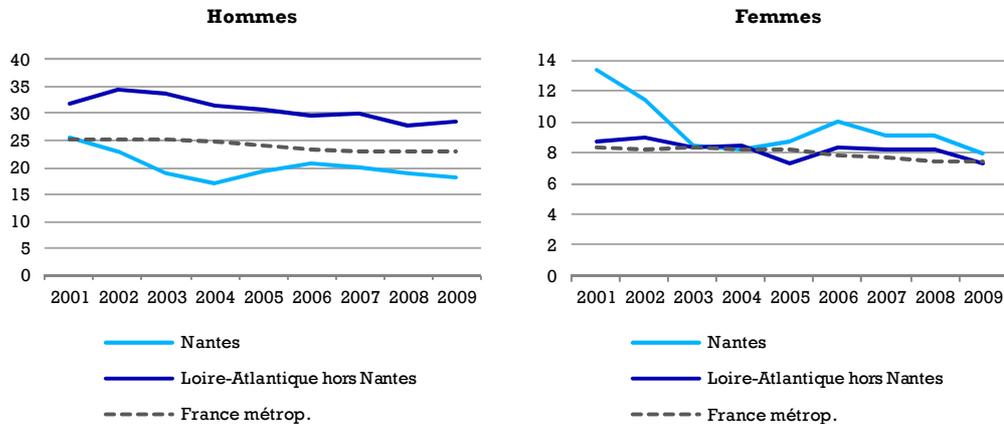
Chez les hommes nantais, la mortalité par suicide reste inférieure à la moyenne nationale depuis plusieurs années. Sur la période 2008-2010, l'écart avec la moyenne nationale atteint - 27 %. Cette situation contraste avec celle observée dans le reste du département où la mortalité masculine par suicide est supérieure de 22 % à la moyenne nationale.

Chez les femmes, la situation apparaît plus défavorable que celle des hommes. La mortalité féminine par suicide, qui connaît des fluctuations importantes en raison des faibles effectifs de



décès, est restée constamment proche ou supérieure à la moyenne nationale au cours des dix dernières années, avec une surmortalité moyenne d'environ 20 %.

**Fig69 Evolution du taux standardisé de mortalité par suicide  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**

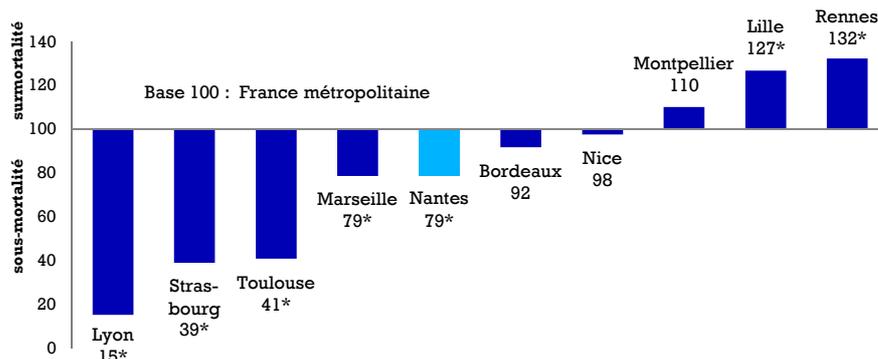


Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).  
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une position intermédiaire par rapport aux autres villes étudiées

La situation nantaise en matière de mortalité par suicide a été comparée à celle des neuf autres villes françaises (Fig70). Cette comparaison met en évidence des écarts très marqués entre les villes. Sur les dix villes étudiées, deux villes présentent une mortalité par suicide significativement supérieure à la moyenne nationale, trois villes ont une mortalité non significativement différente de cette moyenne, et cinq villes, dont Nantes, se caractérisent par une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale. Nantes occupe une position intermédiaire pour cet indicateur.

**Fig70 Indice comparatif de mortalité par suicide (moyenne 2008-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



## 9 Accidents

### 9.1 Accidents de la vie courante

#### Eléments de contexte

Les accidents de la vie courante (accidents domestiques, scolaires, de sport, de loisirs...), pourtant moins médiatisés, sont plus fréquents que les accidents de la circulation.

Les hommes jeunes et les personnes âgées sont les plus concernés. Chez les premiers, cette situation est principalement liée au mode de vie (loisirs, pratique sportive intense...) et aux prises de risque plus fréquentes. Chez les seniors, la survenue des accidents est associée à des facteurs liés à la personne et à son état de santé (troubles sensoriels, ostéoporose, troubles de la vigilance et de l'équilibre liés aux médicaments...) mais aussi à son environnement.

En France, 11 millions de personnes ont recours chaque année à un professionnel de santé pour accident de la vie courante. 4,5 millions d'entre elles sont prises en charge par un service d'urgences et plus de 500 000 sont hospitalisées. 20 000 décès annuels sont attribuables à ces accidents [33] [34].

Pour la ville de Nantes, seules les données de mortalité permettent d'apprécier l'épidémiologie des accidents de la vie courante.

#### Les accidents de la vie courante à l'origine de 80 décès par an

Sur la période 2008-2010, 81 Nantais sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la vie courante (Fig71).

La majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées. En effet, aucun de ces décès ne concerne des jeunes de moins de 15 ans, 30 % concernent des Nantais âgés entre 15 et 64 ans, 70 % des personnes de plus de 65 ans (dont 63 % de plus de 75 ans).

Les chutes accidentelles expliquent près de la moitié des décès par accident de la vie courante (45 %). Les suffocations sont à l'origine de 16 % des décès, les intoxications 10 %, les noyades et les accidents par le feu 5 % chacun.

Avant 65 ans, les chutes et les intoxications représentent chacune environ 25 % des décès par accident de la vie courante, devant les noyades (12 %) et les accidents par le feu (10 %).

Après 65 ans, les chutes accidentelles sont à l'origine de plus de 50 % des décès par accident de la vie courante, les suffocations arrivant au second rang (20 %).

La fréquence des décès par accident de la vie courante est plus importante chez les hommes que chez les femmes. A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2008-2010.

Chez les hommes, ces décès surviennent en moyenne à des âges plus jeunes : 36 % des décès masculins par accident de la vie courante surviennent avant 65 ans contre 19 % des décès féminins.

**Fig71 Nombre annuel moyen et taux brut de décès par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux
< 25 ans	2	5	3	3
25-34 ans	2	8		
35-44 ans	4	24		
45-54 ans	5	32		
55-64 ans	3	24	4	28
65-74 ans	4	54	2	24
75 ans et+	24	325	27	177
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>25</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee

1. Taux pour 100 000.



### Une mortalité supérieure à la moyenne nationale chez les moins de 65 ans

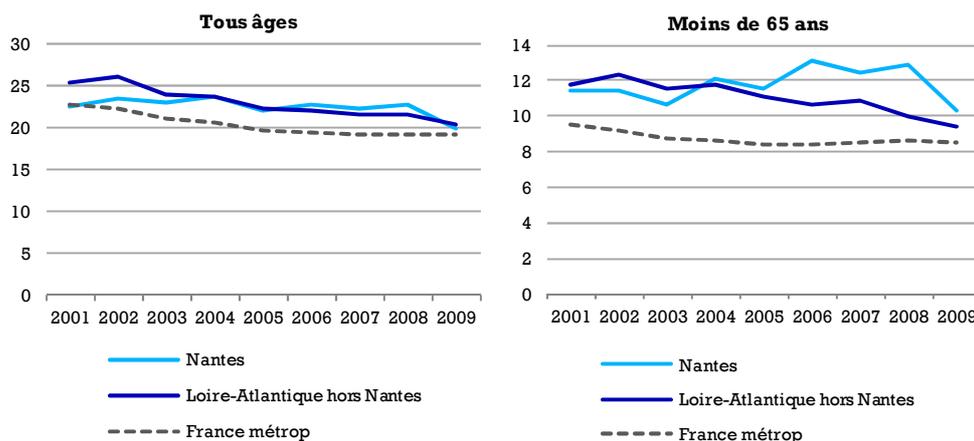
La mortalité par accident de la vie courante a fortement diminué en France depuis le début années 1980, cette baisse tend à se ralentir ces dernières années. A Nantes, la mortalité par accident de la vie courante est restée globalement stable entre les périodes 2000-2002 et 2007-2009, mais une baisse est observée sur la dernière période 2008-2010 (Fig72).

La mortalité par accident de la vie courante est proche de la moyenne nationale sur la période 2008-2010.

Mais, si l'on considère les moins de 65 ans, la mortalité par accident de la vie courante dans cette population est restée constamment supérieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000, avec des écarts variant d'environ + 20 % à + 50 %. Sur la période récente 2008-2010, l'écart avec la moyenne nationale s'élève à + 19 %, cet écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif.

Dans le reste du département de Loire-Atlantique, la mortalité par accident de la vie courante dans la population tous âges et chez les moins de 65 ans est restée constamment supérieure à la moyenne nationale jusqu'en 2008, avec des écarts atteignant respectivement environ + 10 % et + 30 %. Toutefois, les écarts observés avec la moyenne nationale sur la période récente 2008-2010 sont moins marqués et ne sont pas statistiquement significatifs.

**Fig72 Evolution du taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

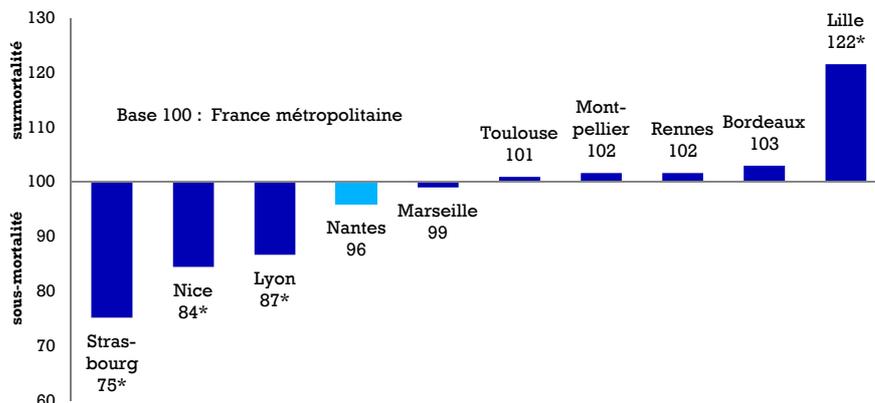
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

### Une situation intermédiaire par rapport aux autres villes

La situation nantaise en matière de mortalité par accident de la vie courante (tous âges) a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig73). Sur les dix villes étudiées, trois présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale, une seule une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Pour six villes, dont Nantes, la mortalité par accident de la vie courante n'apparaît pas différente de la moyenne nationale. Nantes occupe ainsi une position intermédiaire pour cet indicateur.



**Fig73** Indice comparatif de mortalité par accident de la vie courante (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

\* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

## 9.2 Accidents de la circulation

### Éléments de contexte

Malgré une augmentation régulière du trafic routier, le risque de décéder d'un accident de la circulation n'a cessé de reculer depuis quarante ans. Le nombre de tués est ainsi passé de 18 000 en 1972 à 3 700 en 2012. Au cours de la dernière décennie, la diminution a été particulièrement marquée (- 52 % entre 2001 et 2010). Plus de 75 000 blessés sur les routes ont également été dénombrés en 2011, dont 27 000 ont dû être hospitalisés [35]. Une part importante de ces blessés resteront atteints de séquelles majeures, en lien notamment avec un traumatisme crânien ou une lésion médullaire ou des membres inférieurs. Le nombre de personnes atteintes de séquelles majeures est équivalent à celui du nombre de tués : environ 3 700 chaque année. Les hommes représentent environ les trois quarts des tués et des blessés avec séquelles majeures [36].

Les accidents de la circulation ont des causes multiples, relevant à la fois des comportements des individus (vitesse du véhicule et alcoolémie du conducteur notamment), des infrastructures, des conditions de circulation et des équipements des véhicules. 29 % des décès survenus en 2010 auraient pu être évités par le non-dépassement des taux d'alcoolémie et au moins 18 % par le respect des limitations de vitesse par les conducteurs [37].

Pour Nantes, sont disponibles des données sur les tués et blessés suite à des accidents survenus sur le territoire de la commune, ainsi que des statistiques sur la mortalité par accident de la route de la population domiciliée dans la ville. Seules ces dernières sont présentées dans ce rapport.

### Les accidents de la circulation à l'origine d'une quinzaine de décès par an

Sur la période 2008-2010, 14 Nantais sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation. Ces décès concernent dans deux tiers des cas, des hommes relativement jeunes, de moins de 65 ans (9 décès sur 14, [Fig74](#)).



**Fig74 Nombre annuel moyen et taux brut de décès par accident de la circulation selon l'âge et le sexe Nantes (moyenne 2008-2010)**

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux <sup>1</sup>	Effectif	Taux
< 25 ans	3	7	-	-
25-44 ans	3	7	-	-
45-64 ans	3	11	-	-
65 ans et +	2	12	-	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Sources : Inserm CépiDc, Insee  
1. Taux pour 100 000.

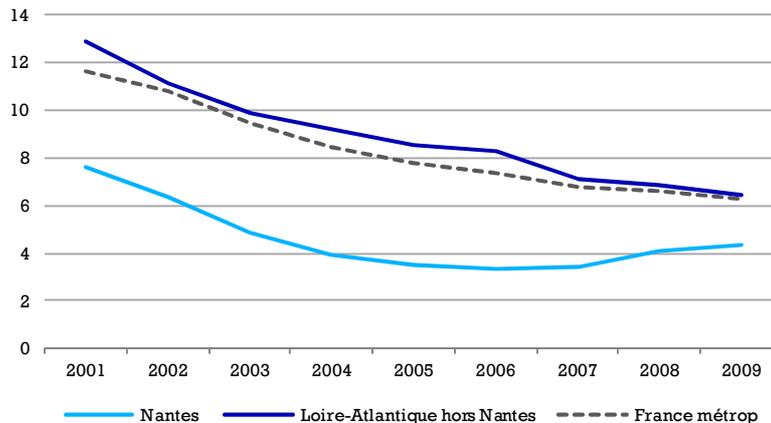
### Une mortalité qui reste nettement inférieure à la moyenne nationale...

Depuis plusieurs décennies, la mortalité par accident de la circulation a fortement diminué en France. A Nantes, cette mortalité a connu également une forte baisse, elle semble néanmoins se stabiliser, voire tendre à la hausse, au cours des dernières années (Fig75).

La mortalité par accident de la circulation dans la population nantaise reste toutefois inférieure à la moyenne nationale d'environ 30 % chez les hommes comme chez les femmes, alors que dans le reste du département, elle est proche de cette moyenne sur la période 2008-2010.

Ce constat favorable est lié notamment à la moindre fréquence des accidents graves dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales.

**Fig75 Evolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2000-2010)**



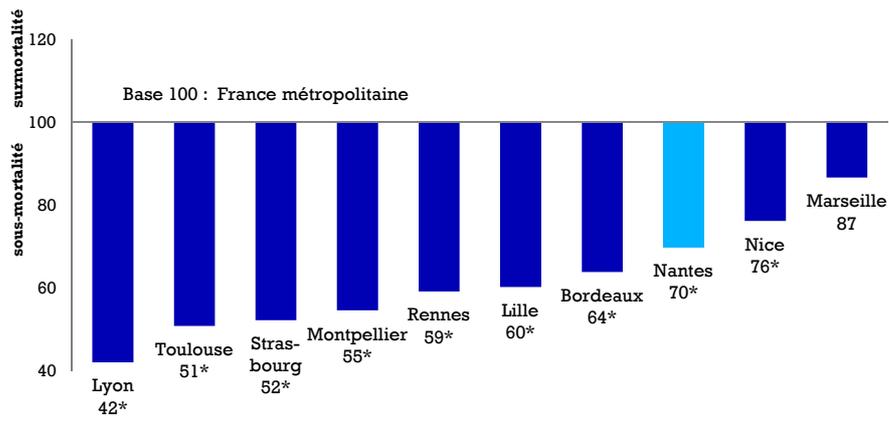
Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).

### ... comme dans de nombreuses grandes villes françaises

La situation nantaise en matière de mortalité par accident de la circulation a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig76). Sur les dix villes étudiées, neuf dont Nantes présentent une mortalité par accident de la circulation significativement inférieure à la moyenne nationale sur la période 2008-2010. Seule Marseille présente une mortalité qui n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale.



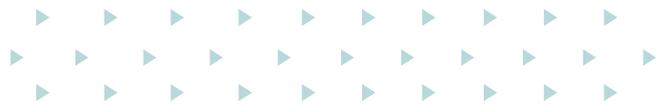
**Fig76** Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation (moyenne 2008-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (IARC 1976).





# COUVERTURE MALADIE



### **Éléments de contexte**

Le système français d'assurance maladie est composé de plusieurs régimes auxquels l'affiliation est obligatoire pour les personnes auxquelles ils sont destinés.

Le régime général couvre environ 90 % de la population, qui sont principalement les salariés du secteur privé ainsi que, par délégation à des sections locales mutualistes (SLM), les étudiants et certains groupes professionnels (fonctionnaires...).

Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés) et le régime social des indépendants (RSI) qui représentent chacun environ 5 % de la population. S'y ajoutent les régimes spéciaux (mines, militaires, marins, SNCF...).

2,3 millions de personnes, non rattachées à un régime existant comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la couverture maladie universelle (CMU) de base, et de fait affiliées au régime général fin 2013 [38].

Pour couvrir la part du coût des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, près de 90 % de la population française souscrit un contrat pour une couverture complémentaire privée [39], qui prend en charge tout ou partie de ces coûts. Ces contrats, qui peuvent être individuels ou collectifs, offrent des conditions de remboursement extrêmement variables.

6 % de la population bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui prend en charge pour les personnes à faibles revenus, les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire dans les limites d'un panier de biens et services [39] (cf. page 81).

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée pour faciliter l'acquisition d'une complémentaire par les personnes dont les ressources sont modestes, mais au-dessus du seuil de revenus donnant droit à la CMU-C (cf. page 84).

Enfin, l'aide médicale d'Etat (AME) permet l'accès gratuit aux soins pour les personnes les plus démunies de nationalité étrangère en situation irrégulière.



# 1 Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

## Éléments de contexte

Les personnes à bas revenus<sup>16</sup>, résidant en France de manière stable et régulière, peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire. La CMU-C prend en charge, avec dispense d'avance de frais, les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, dans les limites d'un panier de biens et services (ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation, forfait journalier hospitalier, les dépenses de lunetterie et de prothèses avec des tarifs plafonnés...). Les bénéficiaires de la CMU-C sont en outre exonérés de la participation forfaitaire de un euro sur les actes médicaux et les analyses de laboratoire, ainsi que des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport sanitaire et actes paramédicaux [40].

La CMU-C peut être gérée au choix du bénéficiaire, soit par le régime de base dont il dépend, soit par un organisme complémentaire agréé. Le régime général gère actuellement environ 85 % des bénéficiaires de la CMU-C [41].

Actuellement, 4,3 millions de personnes bénéficient de la CMU-C en France métropolitaine, soit 6,7 % de la population totale [38].

## 13 % des Nantais de moins de 65 ans bénéficient de la CMU-C, soit un taux près deux fois supérieur à la moyenne nationale

- 23 200 Nantais relevant du régime général<sup>17</sup> bénéficient de la CMU-C pour leur couverture complémentaire en 2013 (Fig77).

Les bénéficiaires de la CMU-C se répartissent de façon quasi-équivalente entre les deux sexes (11 400 hommes et 11 800 femmes).

- Les bénéficiaires de la CMU-C sont une population relativement jeune. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C dépasse 20 % chez les moins de 20 ans, alors qu'il se situe autour de 10-12 % entre 20 et 49 ans, et de 7 % chez les 50-64 ans (Fig78).

Chez les 65 ans et plus, le taux de bénéficiaires de la CMU-C est très faible (1 %) car le minimum vieillesse est supérieur au plafond de ressources pour bénéficier de la CMU-C.

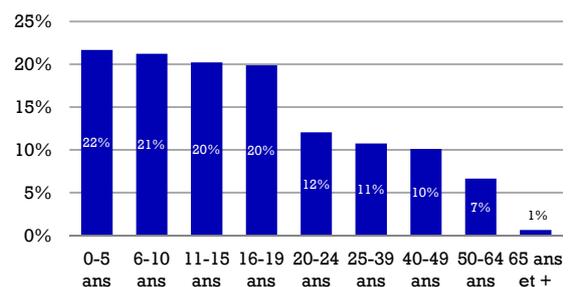
**Fig77 Effectif de bénéficiaires de la CMU-C selon l'âge et le sexe – Nantes (01/07/2013)**

	Hommes	Femmes	Total
0-5 ans	1 832	1 692	3 524
6-10 ans	1 332	1 246	2 578
11-15 ans	1 155	1 123	2 278
16-19 ans	812	741	1 553
20-24 ans	617	929	1 546
25-39 ans	2 977	3 440	6 417
40-49 ans	1 442	1 434	2 876
50-64 ans	1 178	1 076	2 254
65 ans et +	102	97	199
<b>Total</b>	<b>11 447</b>	<b>11 778</b>	<b>23 225</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

**Fig78 Taux de bénéficiaires de la CMU-C selon l'âge – Nantes (01/07/2013)**



Si l'on compare la structure par âge des bénéficiaires de la CMU-C à celle des non-bénéficiaires de la CMU-C de moins de 65 ans, on constate que les bénéficiaires de la CMU-C sont nettement plus jeunes que les non-bénéficiaires de la CMU-C. Ainsi, 50 % des

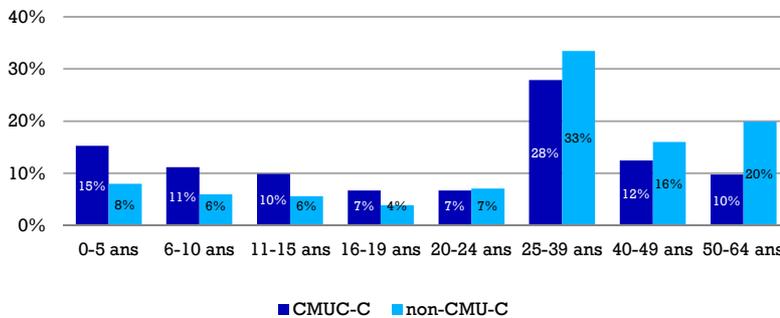
<sup>16</sup> 720 € en moyenne par mois pour une personne seule en juillet 2014.

<sup>17</sup> Hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...).



bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 25 ans contre 31 % parmi les non-bénéficiaires (Fig79).

**Fig79 Répartition des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la CMU-C selon l'âge parmi les moins de 65 ans Nantes (01/07/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

- Rapporté à la population couverte âgée de moins de 65 ans<sup>18</sup>, cet effectif de bénéficiaires de la CMU-C correspond à un taux de 13 %. Ce taux de bénéficiaires de la CMU-C dans la population nantaise couverte par le régime général (hors sections locales mutualistes) est nettement supérieur à la moyenne du département de la Loire-Atlantique (6 %<sup>19</sup>) et à la moyenne française (8 %<sup>19</sup> chez les moins de 65 ans).

### Un taux de bénéficiaires de la CMU-C trois fois plus élevé dans les quartiers relevant du CUCS

- En lien avec les difficultés économiques et sociales qui les caractérisent, les territoires prioritaires du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) présentent en moyenne un taux de bénéficiaires de la CMU-C trois fois plus élevé que celui observé dans les territoires nantais ne relevant pas du CUCS (30 % vs 9 %,  $p < 0,001$ , Fig80). Toutefois, des écarts importants existent entre les quartiers relevant du CUCS, avec un taux de bénéficiaires de la CMU-C qui varie de 24 % à 38 % (cf. annexe 5). Dans le rapport annuel de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), un taux plus élevé de bénéficiaires de la CMU-C est également retrouvé en 2011 chez les habitants des ZUS par rapport à ceux qui résident dans les quartiers hors ZUS des unités urbaines abritant des ZUS (21 % vs 9 %), mais l'écart est moins marqué que celui observé à l'échelle de la ville de Nantes en 2013 [43].

**Fig80 Proportion de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans selon le fait ou non de résider dans un territoire du CUCS Nantes (01/07/2013)**

	Effectif	%
CUCS	10 381	30 %
Non-CUCS	12 645	9 %
<b>Total Nantes</b>	<b>23 026</b>	<b>13 %</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

### Des disparités territoriales marquées

- D'importantes disparités sont observées au sein de la ville. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C varie de 3 % à 28 % entre les vingt-huit quartiers d'étude (encadré 6). Les taux les plus élevés concernent les quartiers les moins favorisés de la ville mais aussi le quartier du

<sup>18</sup> Du régime général

<sup>19</sup> Estimation tous régimes (régime général, agricole, social des indépendants) parmi les moins de 65 ans [38] [42].

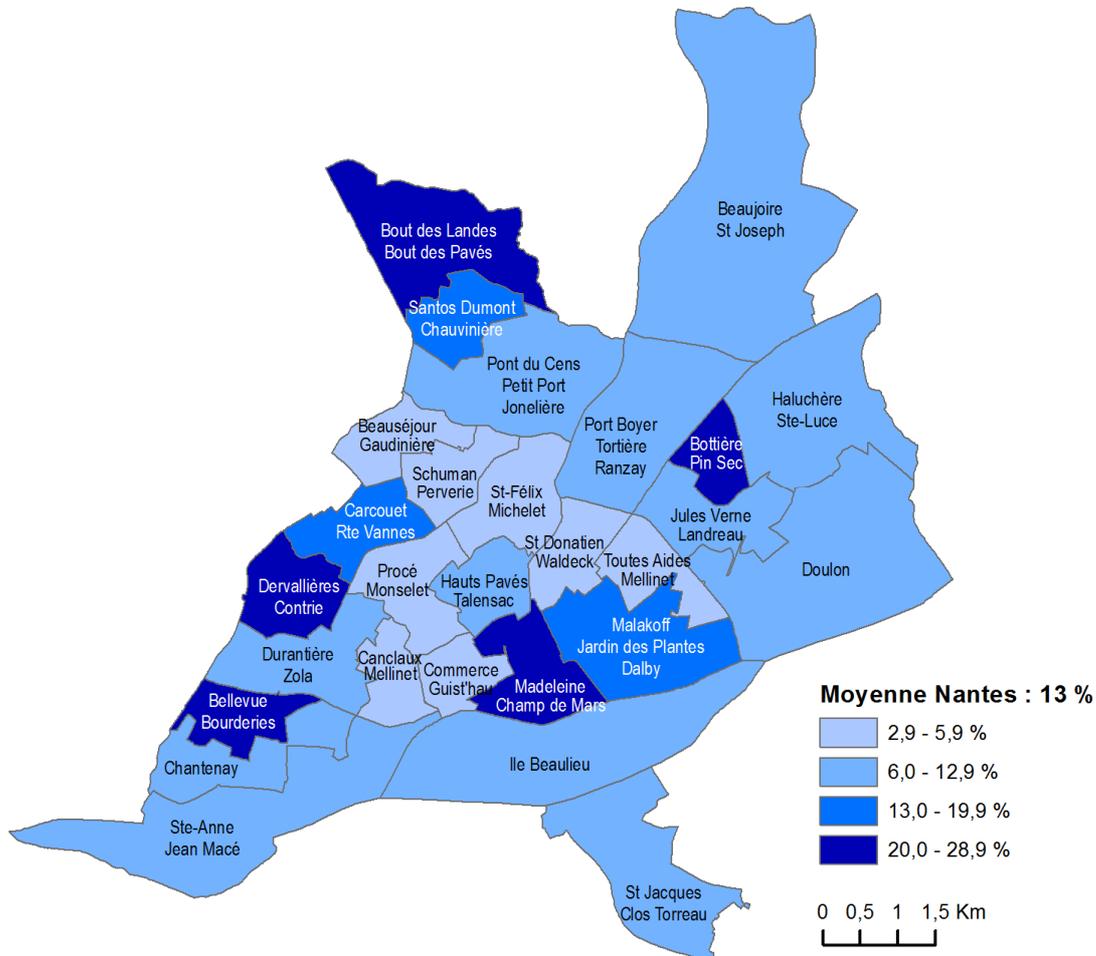


centre Madeleine/Champ de Mars. Pour ce dernier quartier, le fait que le CCAS y soit implanté et que les personnes sans domicile fixe soient domiciliées dans cette structure peut expliquer notamment cette situation.

Encadré 6

**Proportion brute de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans par Triris**

Nantes (01/07/2013)



Beaujoire/St Joseph	11%***	Hauts Pavés/Talensac	7%***
Beauséjour/Gaudinière	5%***	Ile Beaulieu	10%***
Bellevue/Bourderies	27%***	Jules Verne/Landreau	7%***
Bottière/Pin sec	25%***	Madeleine/Champ de Mars	26%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	26%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	16%***
Canclaux/Mellinet	6%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	9%***
Carcouet/Rte Vannes	19%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	13%
Chantenay	9%***	Procé/Monselet	3%***
Clos Torreau/St Jacques	11%***	Ste Anne/Jean Macé	7%***
Commerce/Guist'hau	4%***	St Félix/Michelet	4%***
Dervallières/Contrie	28%***	Santos Dumont/Chauvinière	19%***
Doulon	10%***	Schuman/Perverie	5%***
Durantière/Zola	7%***	St Donatien/Waldeck	5%***
Haluchère/Ste Luce	9%***	Toutes Aides/Mellinet	5%***
		<b>Nantes</b>	<b>13 %</b>

*différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %*

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

### Éléments de contexte

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée en 2005, pour faciliter l'acquisition d'une complémentaire par les ménages modestes non couverts par la CMU-C. Cette aide financière a pour objectif de réduire le montant à charge de la cotisation d'un contrat d'assurance complémentaire santé. Cette aide s'applique uniquement aux contrats individuels et dits « responsables ». Elle s'adresse aux ménages ayant des ressources jusqu'à 35 % supérieures au plafond de l'octroi de la CMU-C<sup>20</sup>. Son montant varie selon l'âge des personnes couvertes.

En juillet 2013, une attestation d'ACS avait été délivrée par les organismes d'assurance maladie à 1,15 million de bénéficiaires, soit environ 1,8 % de la population française [38]. Parmi ces bénéficiaires, seuls 80 % ont effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire pour bénéficier d'une réduction du montant de leur complémentaire santé.

Toutefois, le nombre de bénéficiaires effectifs de l'ACS reste très inférieurs au nombre de bénéficiaires potentiels. En 2012, seulement 30 à 43 % des bénéficiaires potentiels ont effectué cette demande d'attestation auprès de leur organisme d'assurance maladie. Les principaux freins identifiés à son recours sont la méconnaissance du dispositif, les difficultés pour faire valoir ses droits du fait de la complexité des démarches administratives et le reste à charge du prix du contrat à acquérir et des prestations de soins lorsque la démarche est accomplie [44].

### Une attestation d'ACS délivrée à 2 % des Nantais relevant du régime général

- En juillet 2013<sup>21</sup>, 4 500 Nantais bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) avaient reçu une attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), ces bénéficiaires l'ayant utilisée ou non au cours des douze derniers mois.

Cet effectif représente 2,1 % de la population nantaise couverte par ce régime.

- Comme pour les résultats concernant la CMU-C, la situation est très différente dans les territoires nantais relevant du CUCS et dans ceux qui n'en relèvent pas. En effet, le taux de destinataires d'une attestation de l'ACS est en moyenne quatre fois plus élevé dans les territoires CUCS (5,2 % vs 1,4 %,  $p < 0,001$  ; Fig81). Toutefois, on ne sait pas combien l'ont utilisée.

Des disparités marquées existent entre les différents territoires du CUCS. Le territoire prioritaire Port Boyer présente notamment un taux de bénéficiaires d'une attestation de l'ACS près de deux fois plus faible que celui de la ZUS de Malakoff (3,2 % vs 6,2 %, cf. annexe 5).

**Fig81 Proportion de bénéficiaires d'attestation ACS**  
Nantes (01/07/2013)

	Effectif	%
CUCS	2 077	5,2 %
Non CUCS	2 430	1,4 %
<b>Total Nantes</b>	<b>4 507</b>	<b>2,1 %</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes

- Le taux de bénéficiaires d'une attestation de l'ACS varie de façon importante entre les vingt-huit quartiers d'étude : de 0,3 % à 5,0 % (encadré 7).

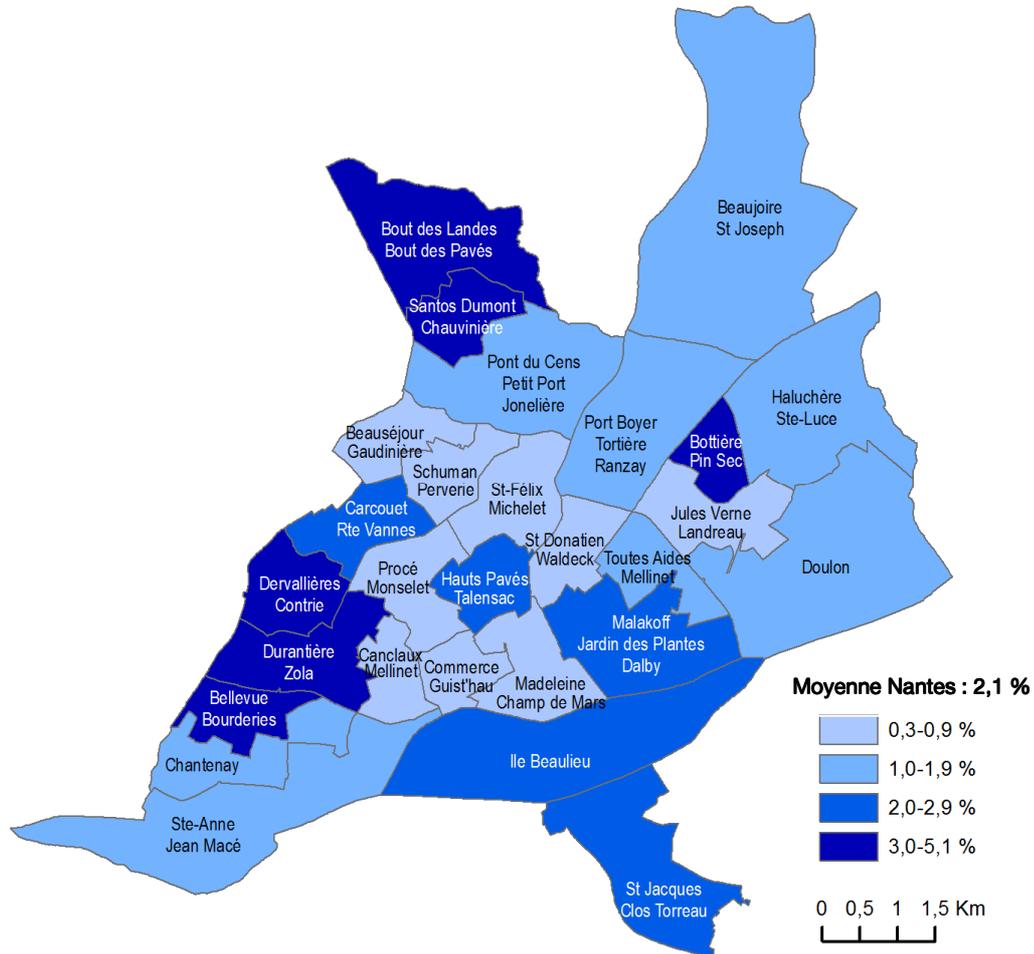
<sup>20</sup> Entre 721 € et 973 € pour une personne seule à partir de juillet 2014.

<sup>21</sup> Sur 12 mois glissants.



Encadré 7

**Proportion brute<sup>1</sup> de bénéficiaires d'une attestation ACS par Triris**  
Nantes (01/07/2013)



**Moyenne Nantes : 2,1 %**

- 0,3-0,9 %
- 1,0-1,9 %
- 2,0-2,9 %
- 3,0-5,1 %

Beaujoire/St Joseph	1,9%	Hauts Pavés/Talensac	2,2%
Beauséjour/Gaudinière	0,9%***	Ile Beaulieu	2,9%***
Bellevue/Bourderies	5,0%***	Jules Verne/Landreau	1,0%***
Bottière/Pin sec	4,4%***	Madeleine/Champ de Mars	0,9%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	3,9%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	2,6%***
Canclaux/Mellinet	0,7%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	1,1%***
Carcouet/Rte Vannes	3,0%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	1,7%*
Chantenay	1,9%	Procé/Monselet	0,3%***
Clos Torreau/St Jacques	2,3%	Ste Anne/Jean Macé	1,5%**
Commerce/Guist'hau	0,4%***	St Félix/Michelet	0,7%***
Dervallières/Contrie	4,6%***	Santos Dumont/Chauvinière	3,9%***
Doulon	1,1%***	Schuman/Perverie	0,7%***
Durantière/Zola	3,7%***	St Donatien/Waldeck	0,6%***
Haluchère/Ste Luce	1,5%**	Toutes Aides/Mellinet	1,1%***
		<b>Nantes</b>	<b>2,1%</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

1. Les données mises à disposition n'étaient pas détaillées selon l'âge.





# **RECOURS AUX SOINS**



## Éléments de contexte

De multiples facteurs influencent le recours aux soins. L'offre et l'accessibilité géographique des services de soins jouent bien évidemment un rôle important. Mais le recours aux soins est également lié aux ressources financières, organisationnelles, culturelles des individus, à leur environnement/réseau social, à leur rapport au corps et à la maladie, et plus généralement à leur histoire de vie...

Même si l'accès aux soins constitue l'un des droits fondamentaux des usagers, des inégalités sociales de recours aux soins persistent en France comme dans la plupart des pays européens. Globalement, les populations en situation de précarité sont davantage exposées au non-recours aux soins que les non-précaires [45]. Par ailleurs, les populations les moins favorisées ont plus souvent recours à des soins de généralistes que les plus favorisées, et moins souvent à des soins de spécialistes [46].

La couverture maladie par les régimes obligatoires, la couverture complémentaire santé, auxquelles s'ajoutent d'autres dispositifs pour les populations les moins favorisées (CMU-C, ACS, AME), ainsi que la dispense d'avance de frais pour certains soins ou bénéficiaires, permettent de limiter le reste à charge et le renoncement à des soins pour raisons financières.

Le reste à charge, qui correspond aux dépenses non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, dépend de nombreux facteurs. Il varie notamment selon les circonstances des soins (accident du travail, maladie professionnelle, maternité, affection de longue durée...), les caractéristiques du contrat de complémentaire souscrit, la catégorie des biens et soins médicaux, le respect ou non du parcours de soins coordonnés ou encore le tarif pratiqué par le professionnel.

De manière générale, les dépenses qui restent à la charge des assurés sociaux tendent à augmenter, en raison des mesures mises en place pour contribuer à l'équilibre des comptes de l'assurance et du développement du secteur à honoraires libres, essentiellement chez les spécialistes.

En matière d'avance de frais, les pratiques sont différentes selon le type de biens ou de soins médicaux : les officines pharmaceutiques pratiquent le plus souvent le tiers payant, de même que les établissements de santé, alors que les patients doivent en général effectuer l'avance de frais pour les examens complémentaires (radiologie, biologie médicale...) ou pour consulter un médecin libéral. Des dispenses d'avance de frais sont cependant prévues pour les patients qui bénéficient de la CMU-C, de l'ACS (pour la partie prise en charge par l'assurance maladie) mais aussi pour les soins liés à un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle...



# 1 Déclaration d'un médecin traitant

## Eléments de contexte

Depuis 2005, les assurés de 16 ans et plus sont invités à choisir leur médecin traitant et à le déclarer à leur caisse d'assurance maladie. Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il assure en effet les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il met en place un suivi médical personnalisé, et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents. Il tient à jour le dossier médical du patient, coordonne le parcours de soins de son patient et centralise les avis des autres soignants [47].

En termes de remboursement, le reste à charge (« le ticket modérateur ») du patient peut être majoré si celui-ci n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte directement un médecin en dehors du parcours de soins coordonnés (c'est-à-dire sans prescription préalable de son médecin traitant).

## Près de neuf Nantais sur 10 ont déclaré un médecin traitant

- 88 % des bénéficiaires nantais au régime général, âgés de 16 ans et plus, ont déclaré un médecin traitant. Ce taux brut est proche de la moyenne nationale qui s'élève à 90 % fin 2011 [4].

- Les bénéficiaires de la CMU-C (tous âges) sont en proportion un peu moins nombreux que les autres bénéficiaires à avoir déclaré un médecin traitant (84 % vs 88 %,  $p < 0,001$ ).

Ces taux n'étant pas standardisés selon l'âge (les données nécessaires n'étant pas disponibles), une partie de cet écart peut être liée à l'âge. En effet, le taux de déclaration d'un médecin traitant augmente avec l'âge [48] et la population CMU-C est en moyenne plus jeune que la population non CMU-C.

Toutefois, ce constat a déjà été mis en évidence au plan national à partir d'une analyse des données de l'enquête ESPS 2006. « *Les personnes ayant la CMU-C ont, toutes choses égales par ailleurs, une relativement moindre propension à désigner un médecin traitant* ». Selon les auteurs de cette étude, ce constat, qui n'est donc pas seul le reflet de l'âge, peut notamment s'expliquer « *parce qu'aucune pénalité ne s'applique dans les faits aux CMUistes qui ne choisiraient pas de médecin traitant, et parce que les CMUistes recourant moins aux spécialistes, ils ont moins de raisons à désigner un médecin dont l'un des rôles est justement de les orienter vers les soins de spécialistes* » [48].

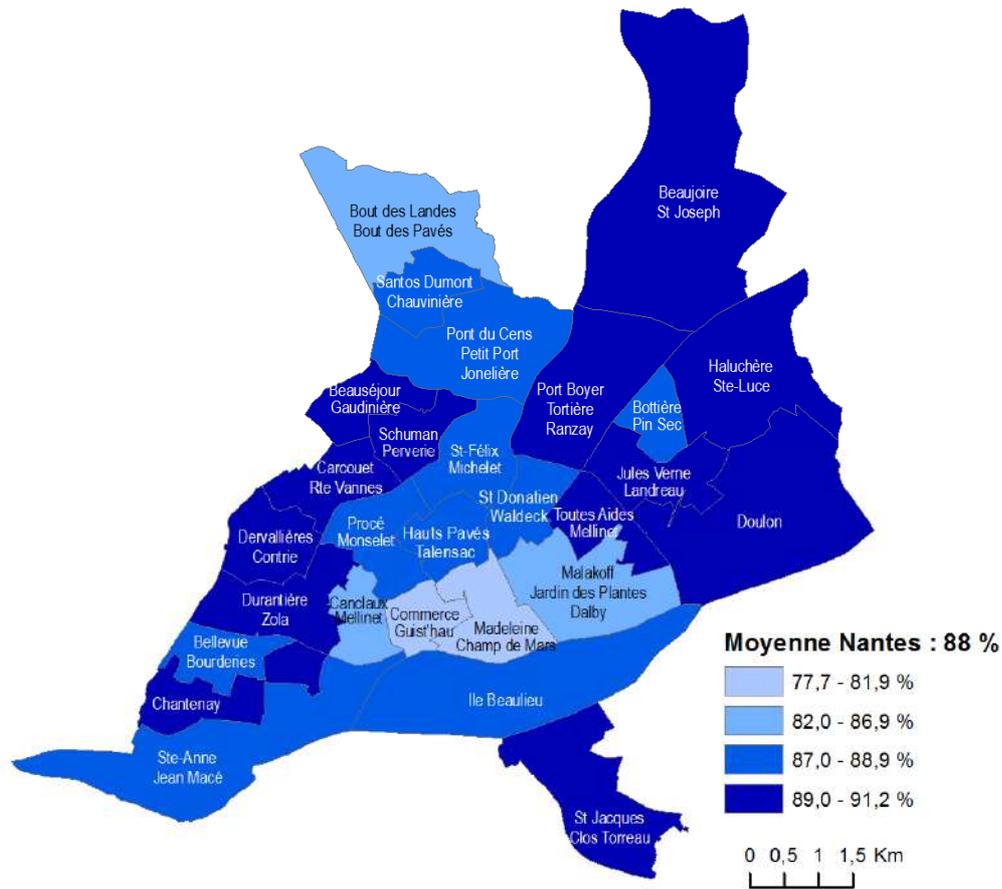
- Par contre, en moyenne aucune différence n'est observée concernant la déclaration d'un médecin traitant entre les bénéficiaires résidant dans un territoire prioritaire du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et ceux résidant dans les territoires ne relevant pas du CUCS. Un constat analogue a été établi en 2005 à partir des données de la cohorte SIRS [7].

- Le taux brut de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant varie de 78 % à 91 % entre les vingt-huit quartiers d'étude (encadré 8). Les taux les plus faibles sont observés sur les territoires du centre de la ville : Commerce/Guist'hau (81 %) et Madeleine/Champ de Mars (78 %).



Encadré 8

**Proportion brute<sup>1</sup> de bénéficiaires de 16 ans et plus ayant déclaré un médecin traitant par Triris  
Nantes (01/07/2013)**



Beaujoire/St Joseph	90%***	Hauts Pavés/Talensac	88%
Beauséjour/Gaudinière	91%***	Ile Beaulieu	88%
Bellevue/Bourderies	87%	Jules Verne/Landreau	89%***
Bottière/Pin sec	88%	Madeleine/Champ de Mars	78%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	83%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	86%***
Canclaux/Mellinet	85%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	88%
Carcouet/Rte Vannes	90%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	90%***
Chantenay	90%***	Procé/Monselet	88%
Clos Torreau/St Jacques	90%***	Ste Anne/Jean Macé	88%
Commerce/Guist'hau	81%***	St Félix/Michelet	88%*
Dervallières/Contrie	89%***	Santos Dumont/Chauvinière	89%*
Doulon	90%***	Schuman/Perverie	89%
Durantière/Zola	90%***	St Donatien/Waldeck	89%*
Haluchère/Ste Luce	90%***	Toutes Aides/Mellinet	90%***
		<b>Nantes</b>	<b>88 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
Les données mises à disposition n'étaient pas détaillées selon l'âge.



## 2 Soins de médecine générale

### 2.1 Recours au médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans)

#### Eléments de contexte

Le médecin généraliste est le professionnel de santé auquel la population a le plus fréquemment recours après le pharmacien. Près de 90 % de la population consulte un généraliste (libéral ou non) au moins une fois dans l'année [49], pour quatre ou cinq consultations et visites en moyenne par an [50]. Chez les enfants, et notamment les plus jeunes, le recours au pédiatre est également fréquent, mais celui-ci reste néanmoins plus faible que le recours au médecin généraliste : en 2002, en France, 95 % des enfants de moins de 3 ans avaient consulté un médecin généraliste, 55 % un pédiatre [51].

Globalement, la fréquence des recours au médecin généraliste varie selon le sexe, l'âge et l'état de santé. Les écarts selon le niveau de revenus sont moins marqués ; à besoins de santé comparables, les milieux les plus modestes ont un peu plus souvent recours au médecin généraliste que les milieux aisés [52].

#### Un recours au médecin généraliste libéral

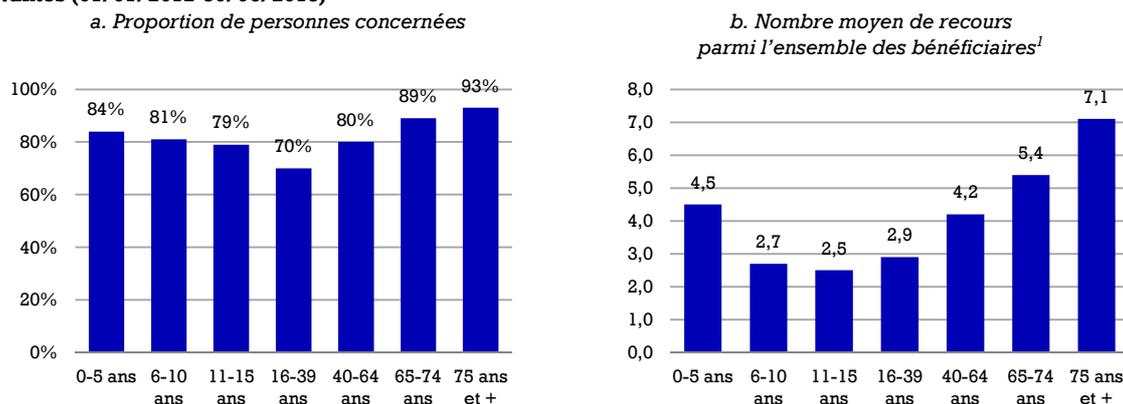
- 79 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois un médecin généraliste<sup>22</sup> libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans).

Si l'on considère le nombre de recours, les Nantais consultent en moyenne 3,9 fois un médecin généraliste dans l'année (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans).

Même si les données ne sont pas strictement comparables, le nombre peut être mis en regard du nombre moyen de consultations ou visites de médecin généraliste remboursées qui s'élevait au plan national à 4,3 par habitant en 2012 [50].

Ce sont les personnes âgées qui ont le plus souvent recours à un médecin généraliste : 93 % des Nantais âgés de 75 ans et plus ont consulté un praticien libéral dans l'année, avec en moyenne sept consultations ou visites par an (Fig82).

**Fig82 Recours à un médecin généraliste libéral (ou à un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants

<sup>22</sup> Y compris médecin à mode d'exercice particulier (MEP).



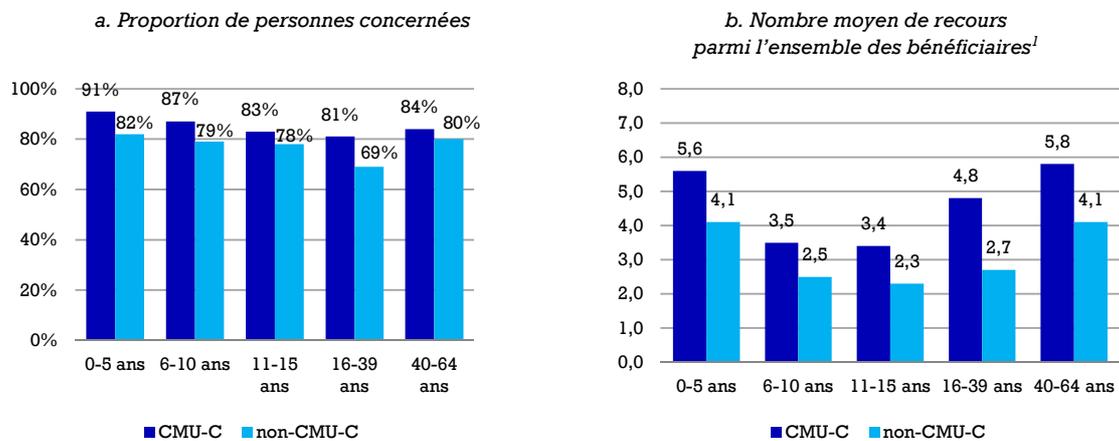
## Un recours au médecin généraliste libéral plus important chez les bénéficiaires de la CMU-C

• Les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste ou à un pédiatre libéral (84 % vs 76 % chez les moins de 65 ans, à structure par âge comparable,  $p < 0,001$ ).

Ce constat concerne toutes les classes d'âge, l'écart étant le plus marqué chez les 16-39 ans (81 % vs 69 %,  $p < 0,001$ , Fig83a).

Par ailleurs, la fréquence moyenne des recours dans l'année est plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C (Fig83b) : 5,1 consultations ou visites de médecin généraliste (ou pédiatre) libéral par an vs 3,3 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C (à structure par âge comparable).

**Fig83 Recours à un médecin généraliste libéral (ou à un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficiaire de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants

## Un recours au médecin généraliste libéral un peu plus fréquent parmi les habitants des territoires relevant du CUCS

• Le recours à un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans) apparaît globalement plus fréquent chez les habitants des territoires prioritaires du CUCS. A structure par âge comparable, le taux de bénéficiaires ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste libéral et le nombre annuel moyen de recours sont en effet plus élevés chez les résidents des territoires relevant du CUCS (recours au moins une fois dans l'année : 82 % vs 79 % ; nombre annuel moyen de recours par bénéficiaire : 4,6 vs 3,9, à structure par âge comparable).

Ce constat concerne toutes les classes d'âge (Fig84 et 85).

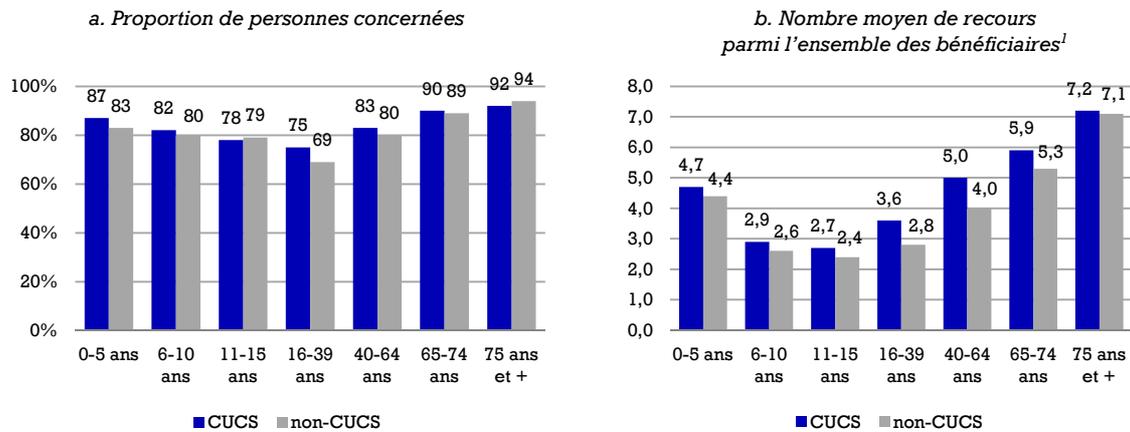
**Fig84 Recours à un médecin généraliste libéral (ou pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)

	% <sup>1</sup>	Nb annuel moyen d'actes <sup>1,2</sup>
CUCS	82 %	4,6
Non-CUCS	79 %	3,9
<b>Total</b>	<b>79 %</b>	<b>4,0</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. Taux/Nombre standardisé selon l'âge.  
2. Parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général (y compris les non-consultants)



**Fig85 Recours à un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait de résider ou non dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants

Ce recours au médecin généraliste plus fréquent chez les habitants des territoires prioritaires du CUCS, également observé chez des bénéficiaires de la CMU-C, apparaît cohérent avec les données de la littérature.

En effet, selon l'enquête ESPS 2010, le taux de personnes de 18 ans et plus ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste était peu différente entre les résidents des ZUS et les non-résidents, mais le nombre annuel moyen de visites à ce professionnel de santé était, comme à Nantes, plus élevé chez les résidents des ZUS [43].

Une analyse menée à partir de données de la Cnamts de 2008, dans le cadre de l'évaluation de la loi CMU, dresse un constat analogue, et explique le recours plus fréquent au médecin généraliste des bénéficiaires de la CMU-C par le fait qu'ils « *privégeraient les soins de première nécessité au détriment de la prévention et des actes de spécialistes* ». Elle souligne toutefois qu' « *on ne peut écarter les éventuels refus de soins opposés par les médecins spécialistes à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C* » [53].

### Un recours au médecin généraliste libéral plus faible parmi les bénéficiaires du centre ville

- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral) varie de 70 à 85 % entre les vingt-huit quartiers d'étude (à structure par âge comparable).

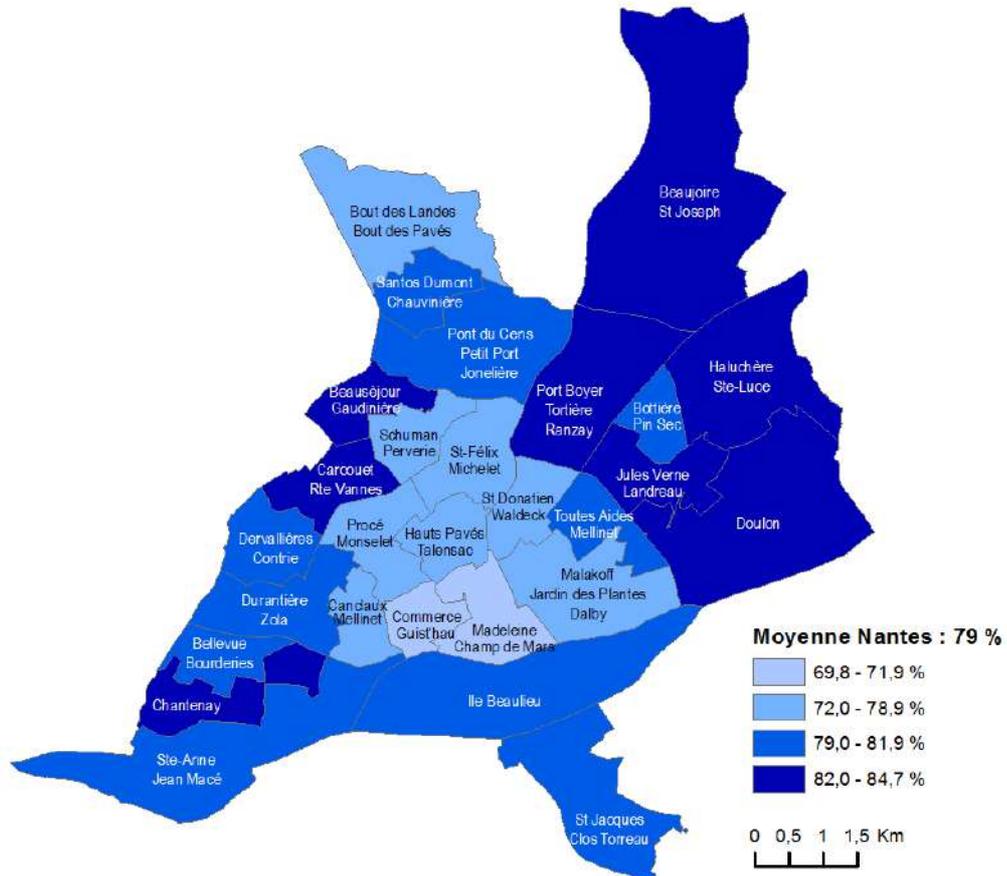
Le nombre moyen de recours à ce professionnel de santé dans l'année varie quant à lui de 3,1 à 4,6.

De façon globale, le recours à un médecin généraliste libéral apparaît plus faible chez les habitants des quartiers du centre ville. (encadrés 9 et 10).



Encadré 9

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes ayant consulté un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois par Triris**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	85%***	Hauts Pavés/Talensac	78%**
Beauséjour/Gaudinière	83%***	Ile Beaulieu	80%*
Bellevue/Bourderies	82%***	Jules Verne/Landreau	82%***
Bottière/Pin sec	81%***	Madeleine/Champ de Mars	72%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	76%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	78%**
Canclaux/Mellinet	75%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	80%
Carcouet/Rte Vannes	82%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	82%***
Chantenay	83%***	Procé/Monselet	76%***
Clos Torreau/St Jacques	82%***	Ste Anne/Jean Macé	79%
Commerce/Guist'hau	70%***	St Félix/Michelet	79%
Dervallières/Contrie	81%***	Santos Dumont/Chauvinière	82%***
Doulon	83%***	Schuman/Perverie	79%
Durantière/Zola	80%	St Donatien/Waldeck	76%***
Haluchère/Ste Luce	84%***	Toutes Aides/Mellinet	81%**
		<b>Nantes</b>	<b>79%</b>

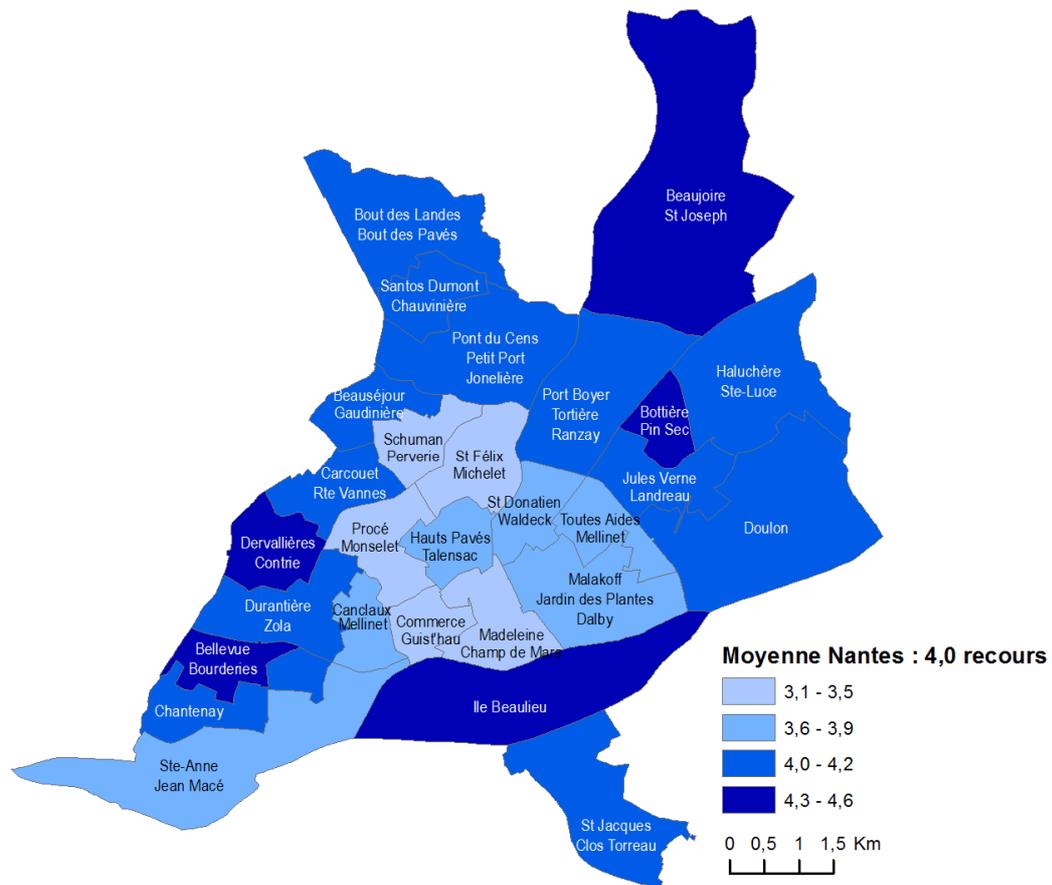
différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. Taux standardisé selon l'âge.



Encadré 10

**Nombre annuel moyen standardisé<sup>1</sup> de recours au médecin généraliste libéral (ou au pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général et par Triris**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	4,3	Hauts Pavés/Talensac	4,0
Beauséjour/Gaudinière	4,2	Ile Beaulieu	4,3
Bellevue/Bourderies	4,4	Jules Verne/Landreau	4,1
Bottière/Pin sec	4,4	Madeleine/Champ de Mars	3,5
Bout des Landes/Bout des Pavés	4,2	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	4,0
Canclaux/Mellinet	3,6	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	4,0
Carcouet/Rte Vannes	4,3	Port Boyer/Tortière/Ranzay	4,2
Chantenay	4,2	Procé/Monselet	3,4
Clos Torreau/St Jacques	4,1	Ste Anne/Jean Macé	3,9
Commerce/Guist'hau	3,1	St Félix/Michelet	3,5
Dervallières/Contrie	4,6	Santos Dumont/Chauvinière	4,3
Doulon	4,1	Schuman/Perverie	3,5
Durantière/Zola	4,1	St Donatien/Waldeck	3,6
Haluchère/Ste Luce	4,2	Toutes Aides/Mellinet	3,9
		<b>Nantes</b>	<b>4,0</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

1. Nombre standardisé selon l'âge.



## 2.2 Recours au médecin généraliste dans le cadre de la permanence des soins

### Eléments de contexte

Le recours aux médecins généralistes libéraux, en dehors des heures d'ouverture des cabinets, s'effectue principalement dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

A Nantes, cette permanence est assurée par le Centre d'accueil et de permanence des soins (Caps) et/ou l'association SOS médecins.

L'accès au Caps s'effectue par un appel au centre 15 et après avis médical, ou suite à une orientation par le service des urgences<sup>23</sup>.

SOS médecins intervient sur rendez-vous, sans passer nécessairement par le centre 15. Les patients peuvent bénéficier d'une visite au domicile<sup>24</sup> ou alors d'une consultation dans l'un des deux centres de l'association situés à Nantes<sup>25</sup> et à Rezé<sup>26</sup>.

### 6 à 8 % des Nantais ont recours dans l'année à un médecin généraliste libéral entre 20h et 8h

- 21 700 recours<sup>27</sup> à un médecin généraliste libéral entre 20h et 8h dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires ont été dénombrés entre le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et le 30 juin 2013. Cela représente en moyenne un recours pour dix Nantais bénéficiaires du régime général (hors SLM).

Au cours de cette période, 6 % des Nantais relevant du régime général (hors SLM) ont consulté au moins une fois un médecin généraliste libéral dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires entre 20h et minuit ou entre 6 et 8h (« en début ou fin de nuit »), et 2 % entre minuit et 6h (« nuit profonde »).

- Le recours nocturne à un médecin généraliste libéral varie selon l'âge. Il est le plus fréquent chez les enfants de 0-10 ans : plus de 20 % des enfants de 0-5 ans et environ 10 % des enfants de 6-10 ans ont été pris en charge au moins une fois dans l'année par un médecin généraliste libéral entre 20h et 8h dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (Fig86a).

Une évolution similaire selon l'âge est observée si l'on considère le nombre moyen de recours nocturne à un médecin généraliste dans l'année (Fig86b).

<sup>23</sup> Le Caps de Nantes, situé dans le centre ville, à proximité du CHU, est ouvert du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de 14h à minuit, et le dimanche et les jours fériés de 9h à minuit.

<sup>24</sup> Interventions à domicile sur 15 communes sur 24 de la Métropole nantaise, 7 jours sur 7, 24h/24

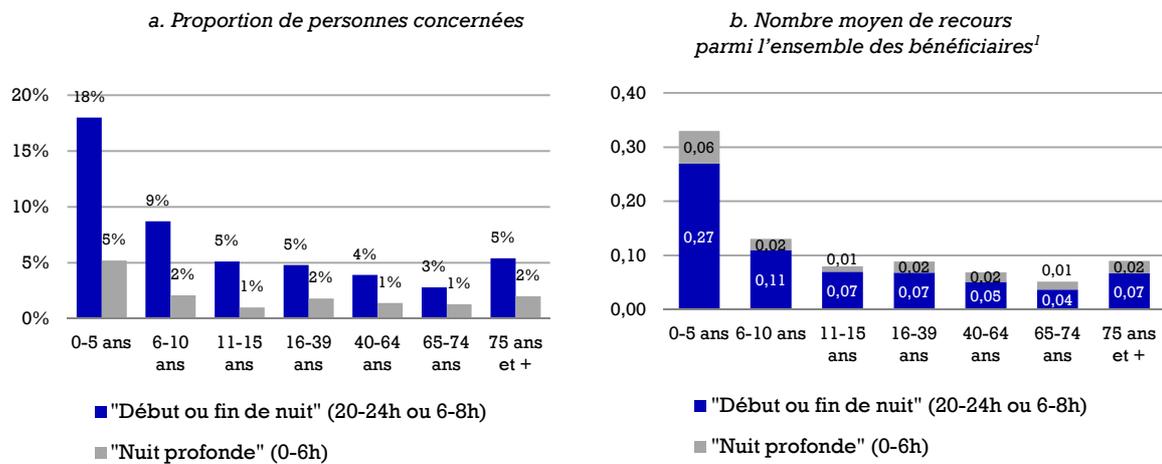
<sup>25</sup> Le centre de consultation de Nantes est ouvert 7 jours sur 7, de 9 h à minuit

<sup>26</sup> Le centre de consultation de Rezé est ouvert sur les périodes de fermeture des cabinets médicaux (du lundi au vendredi : 20h - 24h ; samedi : 12h - 24h ; dimanche et jours fériés : 09h - 24h).

<sup>27</sup> Ces dénombrements prennent en compte uniquement les recours pour lesquels une majoration spécifique à la permanence des soins a été remboursée (« consultation régulée de nuit » ; « visite de nuit » ; « consultation régulée milieu de nuit » ; « visite régulée milieu de nuit »). Ils ne prennent pas en compte « les actes non régulés » (c'est-à-dire les recours à un médecin généraliste libéral la nuit en dehors de SOS médecins et du CAPS).



**Fig86 Recours à un médecin généraliste libéral pendant la nuit au cours des douze derniers mois selon l'âge et la plage horaire**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



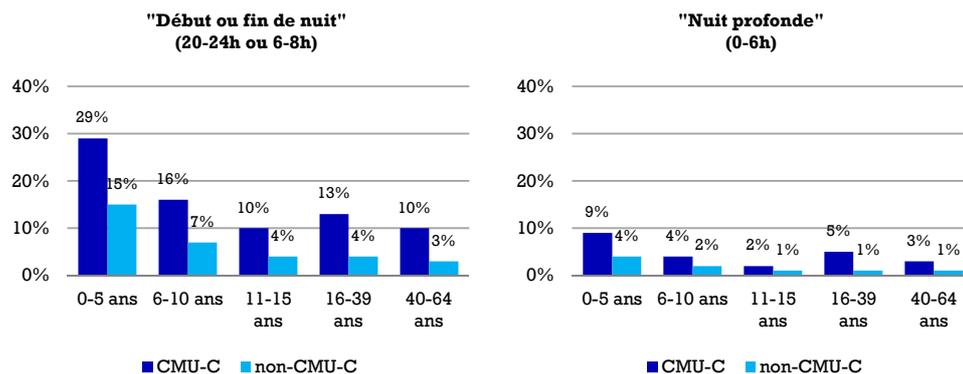
Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants

**Le recours à un médecin généraliste libéral pendant la nuit deux à trois fois plus fréquent chez les populations les moins favorisées**

- Le recours nocturne à un médecin généraliste libéral est nettement plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires (13 % vs 5 % en début ou fin de nuit, 4,4 % vs 1,6 % la nuit profonde, à structure par âge comparable).

Ce constat concerne toutes les classes d'âge (Fig87).

**Fig87 Proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste libéral au cours des douze derniers mois « la nuit » selon la plage horaire, l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)

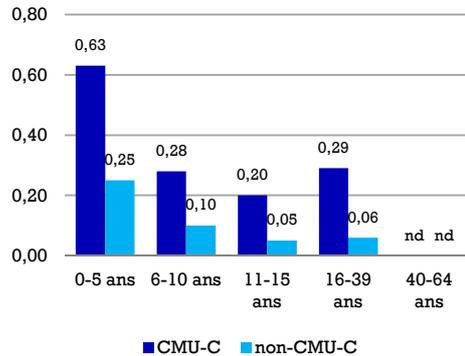


Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

Les écarts sont encore plus marqués si l'on considère le nombre annuel moyen de recours pendant la nuit, celui-ci étant en moyenne 2,5 à 4 fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (Fig88).



**Fig88 Nombre moyen de recours à un médecin généraliste libéral pendant la nuit\* au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 \* Entre 20h et 6h ; Nd : non disponible

- Par ailleurs, en cohérence avec ces résultats, le recours de nuit à un médecin généraliste libéral est globalement plus fréquent chez les habitants des territoires relevant du CUCS (Fig89 et 90).

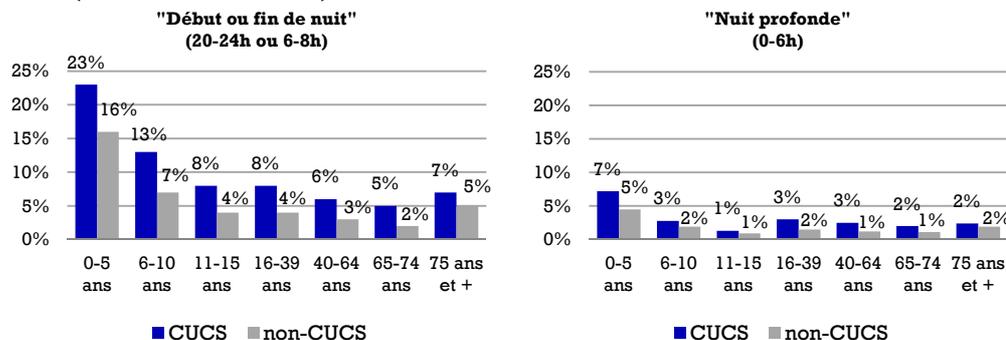
A structure par âge comparable, ces derniers sont, en effet, environ 1,8 fois plus nombreux à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste libéral la nuit que les habitants des territoires ne relevant pas du CUCS (9 % vs 5 % en début ou fin de nuit ; 2,9 % vs 1,7 % la nuit profonde). Un écart comparable est retrouvé si l'on considère le nombre annuel moyen de recours par habitant (0,16 vs 0,09 ; à structure par âge comparable).

**Fig89 Recours à un médecin généraliste libéral « la nuit » au cours des douze derniers mois selon le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**

	Tous âges			0-15 ans		
	20-24h ou 6-8h <sup>1</sup> (%)	0-6h <sup>1</sup> (%)	Nombre <sup>1</sup> moyen de recours 20h-6h	20-24h ou 6-8h (%)	0-6h (%)	Nombre moyen de recours 20h-6h
CUCS	9 %	2,9 %	0,16	16 %	4,2 %	0,29
Non-CUCS	5 %	1,7 %	0,09	10 %	2,7 %	0,17
<b>Total</b>	<b>6 %</b>	<b>1,9 %</b>	<b>0,10</b>	<b>11 %</b>	<b>3,1 %</b>	<b>0,20</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. Taux/Nombre standardisé selon l'âge.

**Fig90 Proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste libéral « la nuit » au cours des douze derniers mois selon l'âge, la plage horaire et le fait de résider ou non dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



Des différences marquées sont toutefois observées entre les territoires relevant du CUCS concernant le recours au médecin généraliste pendant la nuit pour les enfants de moins de 16 ans. Le taux de recours à un médecin généraliste libéral en début ou fin de nuit est ainsi près deux fois plus élevé pour les enfants résidant dans la ZUS des quartiers Nord que pour ceux résidant dans le site prioritaire Breil-Malville (19 % vs 11 %, cf. annexe 5).

Ce plus grand recours nocturne au médecin généraliste libéral des habitants des quartiers les moins favorisés, qui peut être interprété comme un recours plus fréquent sur le mode de l'urgence, peut être mis en regard des résultats de la cohorte SIRS 2005, qui mettent en évidence un recours aux urgences hospitalières plus fréquent parmi les résidents des ZUS [7].

- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste libéral en début ou fin de nuit (entre 20-24 h ou 6-8 h) varie de 4 à 9 % selon les vingt-huit quartiers d'étude.

Les taux les plus faibles concernent les quartiers du centre ville, les taux les plus élevés sont observés sur les territoires socialement les moins favorisés (encadré 11).

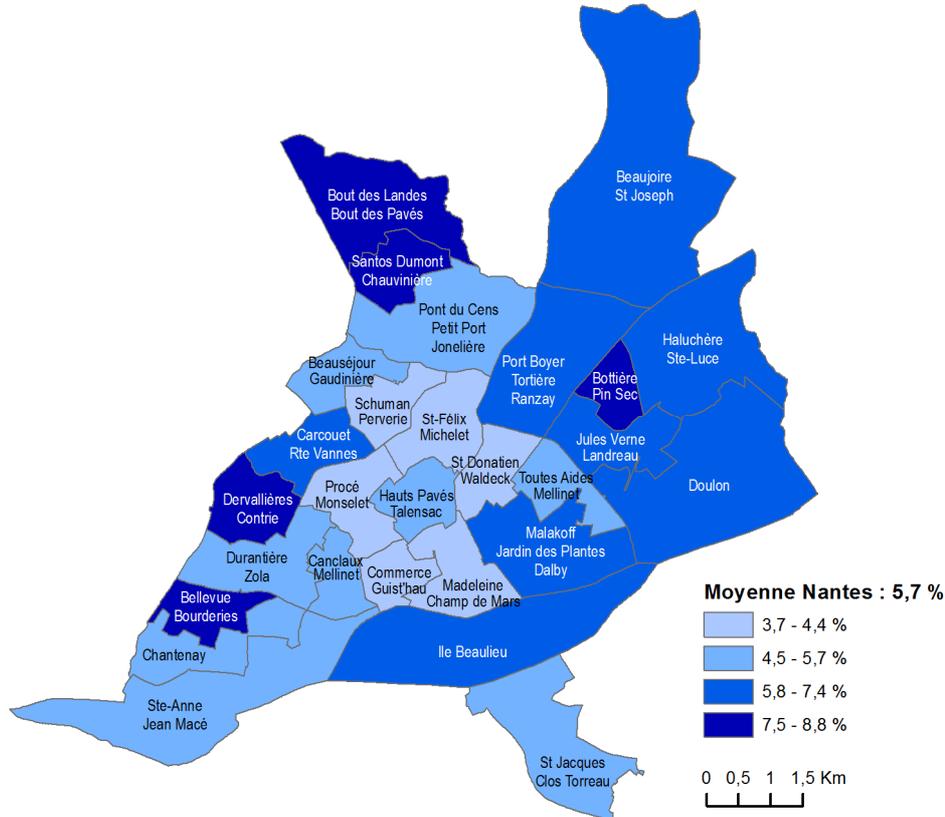
Ces constats se retrouvent si l'on considère seulement les enfants, groupe de population le plus concerné par ces recours de nuit (encadré 12).



Encadré 11

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes ayant consulté un médecin généraliste libéral en début ou fin de nuit (entre 20h-24h ou 6h-8h) au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	6,3%*	Hauts Pavés/Talensac	5,1%*
Beauséjour/Gaudinière	5,0%*	Ile Beaulieu	5,8%
Bellevue/Bourderies	8,1%***	Jules Verne/Landreau	5,8%
Bottière/Pin sec	8,0%***	Madeleine/Champ de Mars	4,3%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	8,8%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	5,9%
Canclaux/Mellinet	4,7%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	4,9%*
Carcouet/Rte Vannes	5,9%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	6,4%**
Chantenay	5,5%	Procé/Monselet	4,1%***
Clos Torreau/St Jacques	5,3%	Ste Anne/Jean Macé	5,0%*
Commerce/Guist'hau	4,2%***	St Félix/Michelet	3,8%***
Dervallières/Contrie	7,6%***	Santos Dumont/Chauvinière	7,9%***
Doulon	6,1%	Schuman/Perverie	4,1%***
Durantière/Zola	5,5%	St Donatien/Waldeck	4,3%***
Haluchère/Ste Luce	6,2%	Toutes Aides/Mellinet	5,0%*
		<b>Nantes</b>	<b>5,7 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

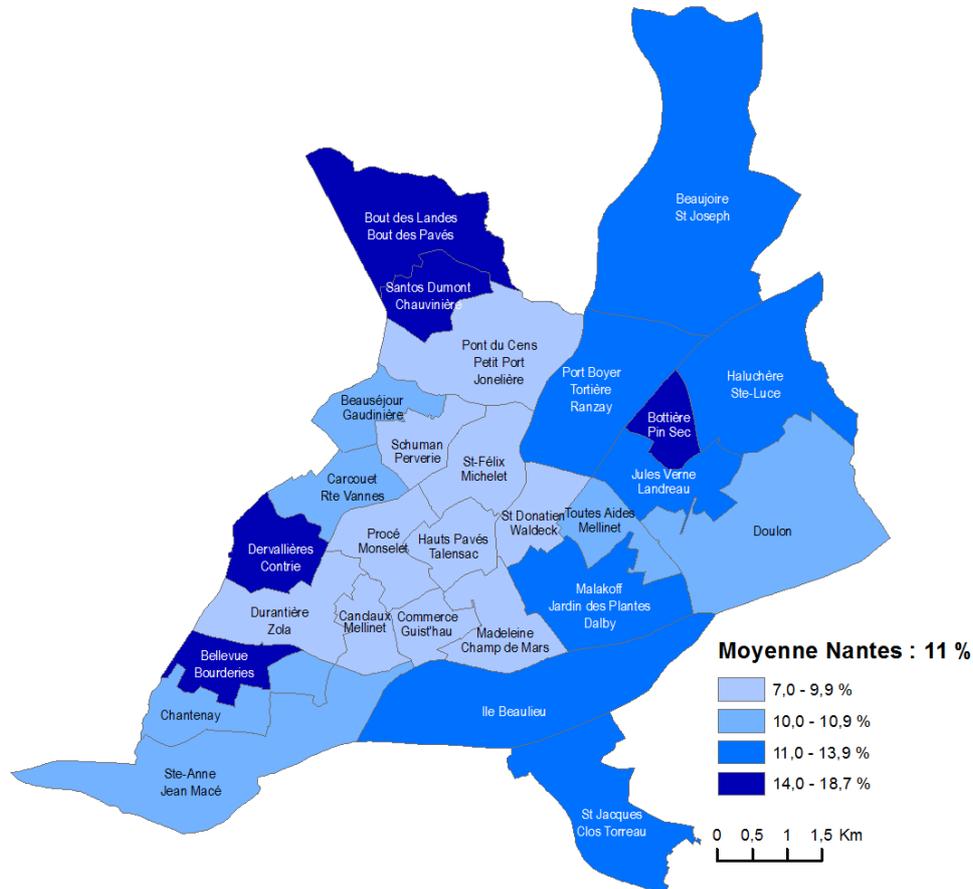
1. Proportion standardisée selon l'âge.



Encadré 12

**Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant consulté un médecin généraliste libéral en début ou fin de nuit (entre 20h-24h ou 6h-8h) au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	12%	Hauts Pavés/Talensac	9%*
Beauséjour/Gaudinière	11%	Ile Beaulieu	13%
Bellevue/Bourderies	15%***	Jules Verne/Landreau	12%
Bottière/Pin sec	14%***	Madeleine/Champ de Mars	8%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	19%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	12%
Canclaux/Mellinet	10%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	10%
Carcouet/Rte Vannes	10%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	13%*
Chantenay	10%	Procé/Monselet	8%***
Clos Torreau/St Jacques	11%	Ste Anne/Jean Macé	10%
Commerce/Guist'hau	9%**	St Félix/Michelet	7%***
Dervallières/Contrie	14%***	Santos Dumont/Chauvinière	16%***
Doulon	11%	Schuman/Perverie	8%**
Durantière/Zola	10%*	St Donatien/Waldeck	9%**
Haluchère/Ste Luce	13%	Toutes Aides/Mellinet	10%
		<b>Nantes</b>	<b>11 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 2.3 Soins dentaires

### Eléments de contexte

Le recours au chirurgien-dentiste résulte principalement d'un besoin de soins dentaires, qui peuvent être de natures très variées (soins conservateurs, soins prothétiques, soins chirurgicaux, soins d'orthodontie...). Mais, il peut aussi s'inscrire dans une démarche préventive, et c'est dans ce contexte que l'assurance maladie propose des examens bucco-dentaires de prévention pour les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme M'T dents. Ces examens sont pris en charge à 100 % sans avance de frais.

Les soins courants (traitement de caries, détartrage...) font l'objet des mêmes conditions de remboursement que les soins médicaux. En revanche, le reste à charge est souvent important pour les autres soins, tels que la pose de prothèses dentaires.

La moitié de la population consulte au moins une fois par an un chirurgien-dentiste [49]. Ce recours est moins fréquent chez les personnes non diplômées, au chômage, au foyer et en situation de précarité, chez les ménages disposant de faibles revenus ou d'un faible niveau de couverture complémentaire [54] [55].

L'analyse de ces disparités de recours est complexe car différents facteurs sont susceptibles de les influencer. Le premier de ces facteurs est bien évidemment l'état de santé bucco-dentaire. Cet état de santé est, dès l'enfance, moins bon chez les populations les moins favorisées [56]. L'hygiène de vie et les pratiques alimentaires, en particulier la consommation de boissons sucrées et le grignotage, peut expliquer en partie cet écart. Mais l'état de santé n'est pas le seul facteur qui influence ce recours aux soins dentaires. Ce dernier peut être lié à d'autres déterminants, dont la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son image ou encore à la prévention [55].

Enfin, en raison des restes à charge fréquents pour certains d'entre eux, les soins dentaires sont les soins qui font le plus souvent l'objet de renoncement pour raisons financières : dans l'enquête ESPS 2012, 18 % des personnes de 18 ans et plus déclarent avoir renoncé à des soins dentaires dans l'année pour ce motif [39].

### 2.3.1 Recours au chirurgien-dentiste

#### Quatre Nantais sur dix consultent un chirurgien-dentiste libéral dans l'année

- 41 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste libéral (y compris ODF<sup>28</sup>) au cours des douze derniers mois. Cette proportion varie selon l'âge, ce sont les enfants de 6-15 ans qui ont le plus souvent recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste (55 %, [Fig91a](#)).

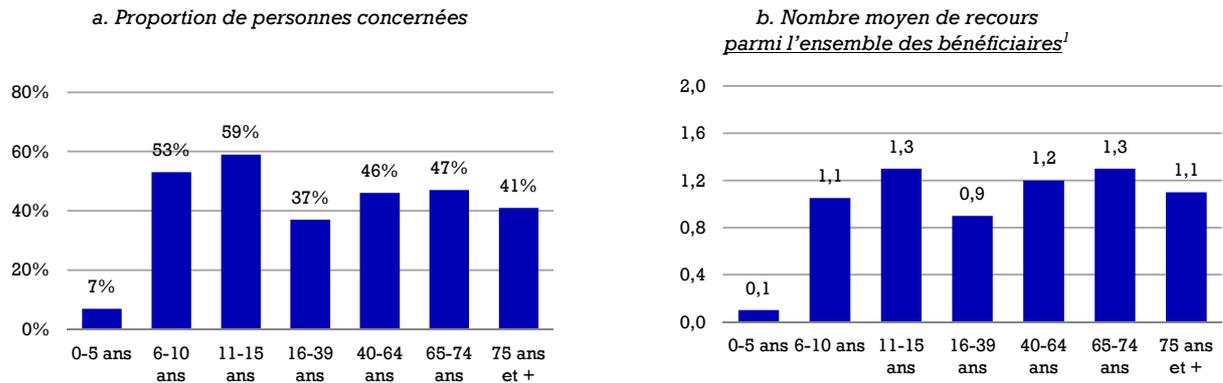
Si l'on considère le nombre de recours, les Nantais consultent en moyenne une fois un chirurgien-dentiste libéral dans l'année. Cette moyenne connaît une évolution avec l'âge globalement comparable à l'évolution du taux, avec toutefois un nombre de recours chez les 65-74 ans comparable à celui des 11-15 ans ([Fig91b](#)).

---

<sup>28</sup> ODF : orthopédie dento-faciale.



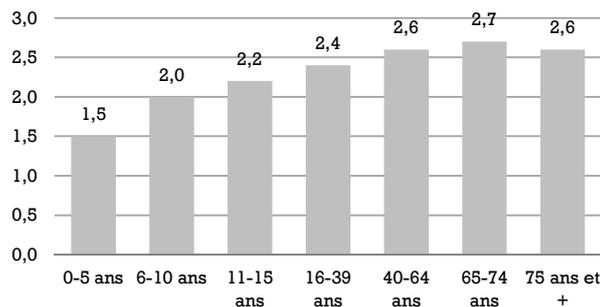
**Fig91 Recours à un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes  
 1. y compris non-consultants

En outre, si l'on considère les seuls consultants, le nombre annuel moyen de recours au chirurgien-dentiste augmente progressivement avec l'âge (Fig92).

**Fig92 Nombre annuel moyen de recours chez un chirurgien-dentiste par consultant<sup>1</sup> selon l'âge  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes  
 1. bénéficiaire du régime général ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois

### Un nombre d'actes dentaires remboursés plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C

- A structure par âge comparable, le taux de personnes de moins de 65 ans ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien dentiste libéral dans l'année diffère peu chez les bénéficiaires de la CMU-C (41 %) et les non-bénéficiaires (40 %).

Ce constat masque des disparités selon l'âge. Les enfants de 6-15 ans bénéficiaires de la CMU-C sont un peu moins nombreux à avoir eu recours à un chirurgien-dentiste libéral dans l'année (51 % vs 57 % des non-bénéficiaires,  $p < 0,001$ ). Par contre, chez les 16-39 ans, le recours apparaît un peu plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (42 % vs 36 %,  $p < 0,001$  ; Fig93a).

Le nombre annuel moyen de recours à un chirurgien-dentiste est globalement, à structure par âge comparable plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires (1,2 recours vs 0,9 recours pour l'ensemble de la population, consultants dans l'année ou non ; Fig93b). Si l'on considère le nombre annuel de recours chez les seuls consultants, celui-ci apparaît également plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (2,9 vs 2,3 recours, à structure par âge comparable, Fig94).

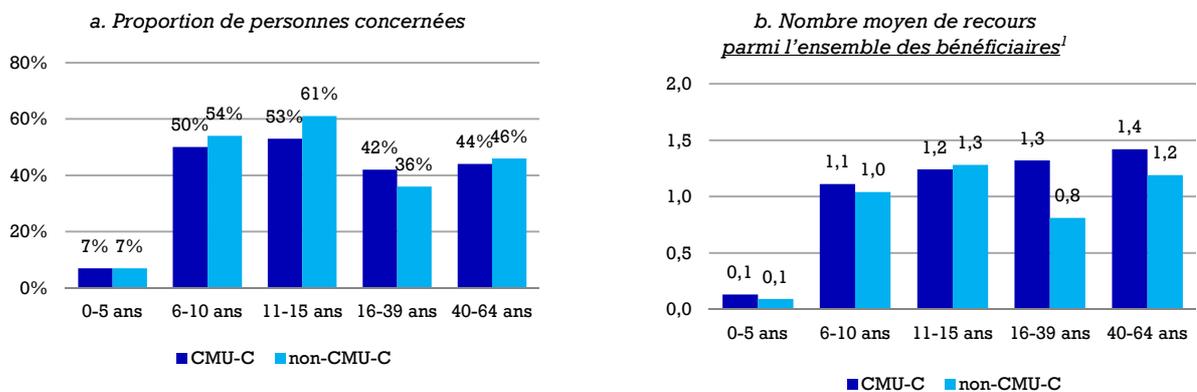


Quelle que soit la population considérée (ensemble des bénéficiaires ou consultants uniquement), c'est entre 16 et 39 ans que la différence du nombre de recours entre les bénéficiaires de la CMU-C et les non-bénéficiaires est la plus marquée.

L'ensemble de ces constats peuvent être mis en regard des résultats de l'enquête ESPS qui mettent en évidence un recours au chirurgien-dentiste plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C, toutes choses égales par ailleurs [54].

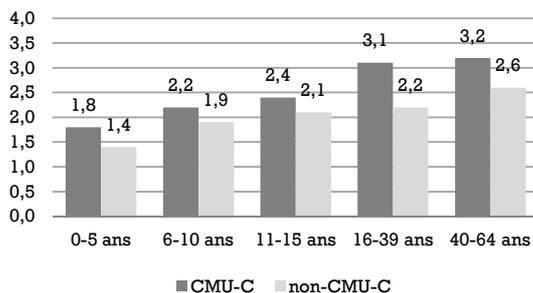
En outre, le nombre moyen plus élevé de recours à un chirurgien-dentiste parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C et des seuls consultants peut être mis en lien avec un besoin de soins plus important dans cette population. En effet, d'après l'enquête ESPS 2010, les bénéficiaires de la CMU-C (mais aussi les personnes non couvertes par une complémentaire santé) déclarent moins souvent avoir une « très bonne » ou « bonne » santé dentaire par rapport aux personnes couvertes par une complémentaire santé privée [57].

**Fig93 Recours à un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait de bénéficier ou non de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants

**Fig94 Nombre annuel moyen de recours chez le chirurgien-dentiste par consultant<sup>1</sup> selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. bénéficiaire du régime général ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois



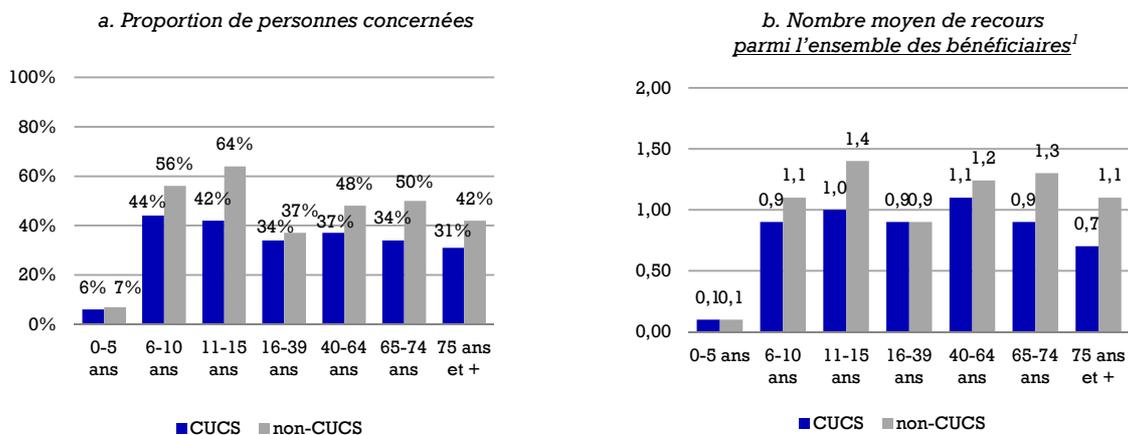
### D'importantes disparités territoriales de recours au chirurgien-dentiste : un moindre recours chez les habitants des quartiers les moins favorisés

- Le recours à un chirurgien-dentiste libéral au moins une fois dans l'année est globalement plus faible chez les habitants de territoires prioritaires du CUCS (34 % vs 42 %,  $p < 0,001$ , à structure par âge comparable). Ce constat concerne toutes les classes d'âge, mais l'écart est particulièrement marqué chez les 11-15 ans (42 % vs 64 %) et les 65-74 ans (34 % vs 50 %, Fig95a).

Le nombre moyen de recours à un chirurgien-dentiste dans l'année apparaît également plus faible chez les habitants des territoires relevant du CUCS (0,9 recours pour vs 1,0, à structure par âge comparable, Fig95b). Par contre, si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de recours apparaît un peu plus élevé chez les résidents des territoires relevant du CUCS (2,6 vs 2,4 recours, Fig96).

Même si ce moindre recours au chirurgien-dentiste libéral des habitants des quartiers prioritaires peut être pour partie lié à un recours à des soins dentaires dans un cadre autre que libéral (notamment lors de consultations externes dans un établissement public), un tel constat a déjà été mis en évidence dans la littérature. Ainsi, selon l'enquête ESPS 2008, les habitants des ZUS déclarent moins souvent avoir eu recours à un dentiste au cours des deux dernières années que les habitants hors ZUS. Par ailleurs, les habitants des ZUS déclarent plus fréquemment avoir un « mauvais » ou « très mauvais » état de santé dentaire. Enfin, ils sont plus nombreux à déclarer avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières [58].

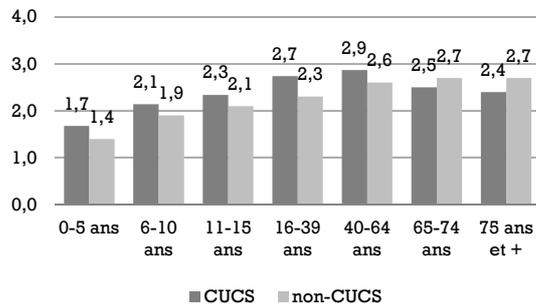
**Fig95 Recours à un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants



**Fig96 Nombre annuel moyen de recours chez le chirurgien-dentiste par consultant<sup>1</sup> selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

1. bénéficiaire du régime général ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois

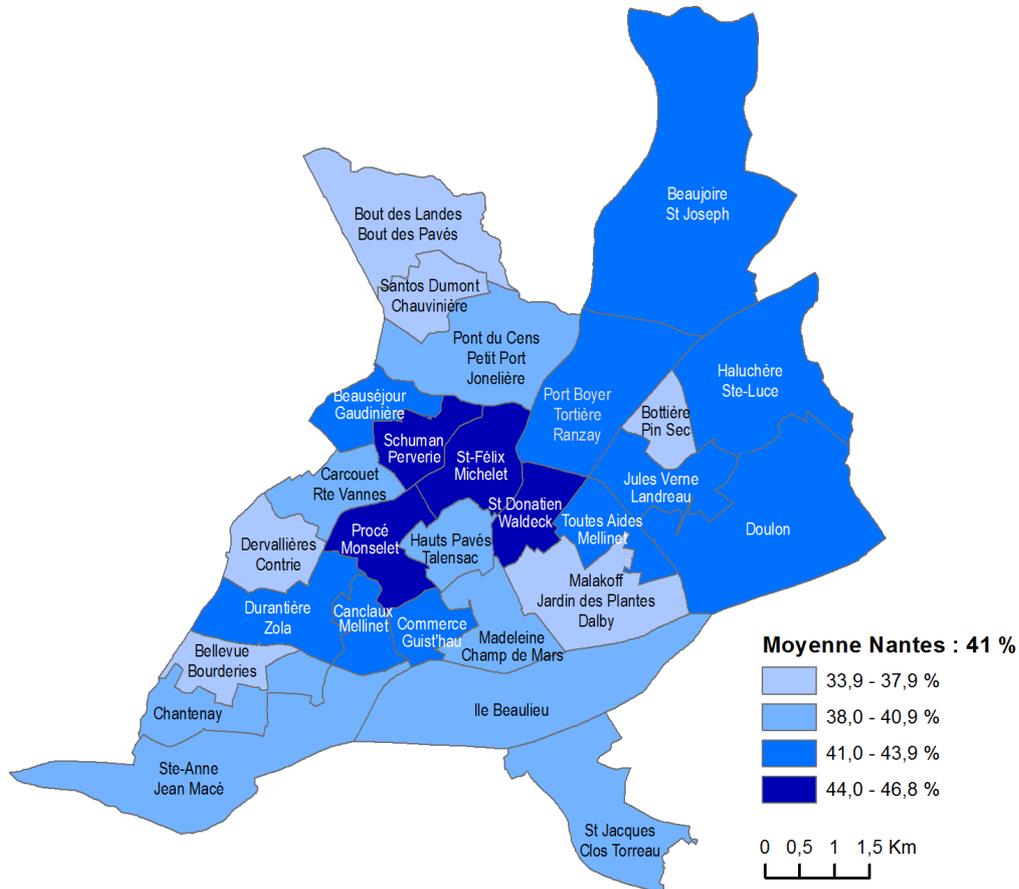
- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste libéral varie de 34 % à 47 % selon les vingt-huit quartiers d'étude, à structure par âge comparable. Les taux les plus faibles concernent les quartiers les moins favorisés (encadré 13). Ce constat se retrouve si l'on considère le taux de recours à un chirurgien-dentiste libéral chez les enfants de moins de 16 ans, avec des écarts entre quartiers encore plus marqués (25 % à 47 %, encadré 14).



Encadré 13

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	43%***	Hauts Pavés/Talensac	40%
Beauséjour/Gaudinière	44%***	Ile Beaulieu	38%***
Bellevue/Bourderies	34%***	Jules Verne/Landreau	42%
Bottière/Pin sec	35%***	Madeleine/Champ de Mars	41%
Bout des Landes/Bout des Pavés	34%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	38%***
Canclaux/Mellinet	43%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	41%
Carcouet/Rte Vannes	41%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	43%***
Chantenay	41%	Procé/Monselet	45%***
Clos Torreau/St Jacques	40%	Ste Anne/Jean Macé	41%
Commerce/Guist'hau	43%**	St Félix/Michelet	46%***
Dervallières/Contrie	36%***	Santos Dumont/Chauvinière	36%***
Doulon	43%**	Schuman/Perverie	47%***
Durantière/Zola	42%	St Donatien/Waldeck	47%***
Haluchère/Ste Luce	44%***	Toutes Aides/Mellinet	43%**
<b>Nantes</b>		<b>41 %</b>	

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

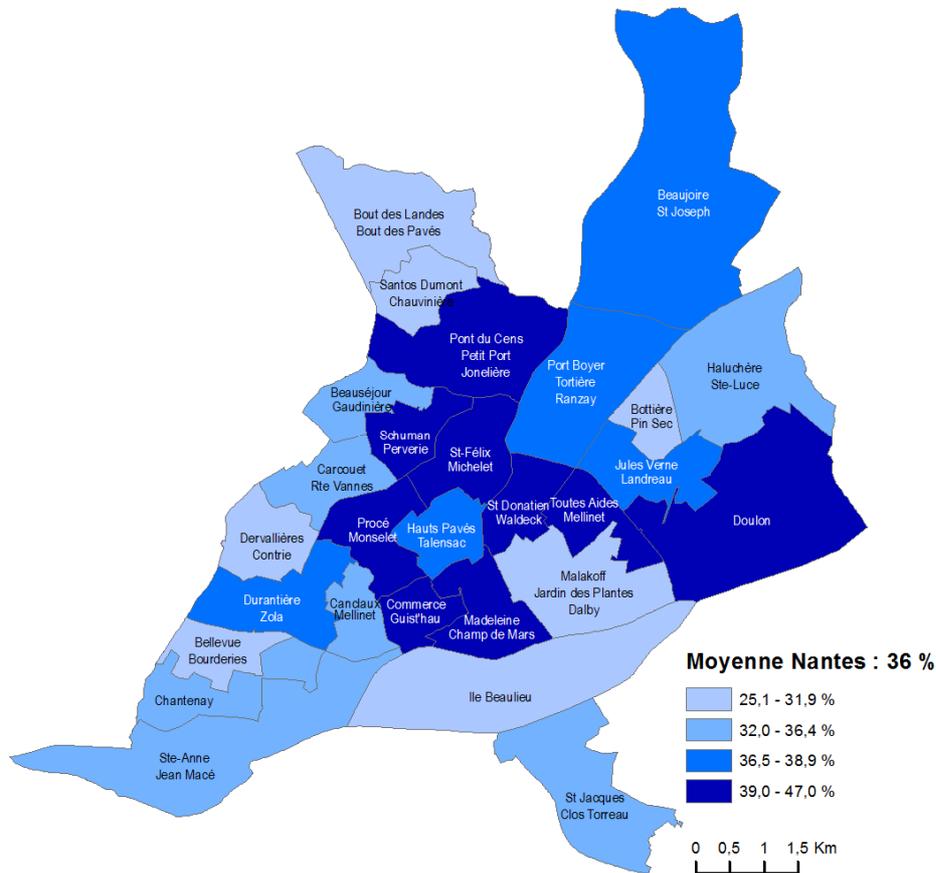
1. Proportion standardisée selon l'âge.



Encadré 14

**Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste libéral au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	38%	Hauts Pavés/Talensac	37%
Beauséjour/Gaudinière	35%	Ile Beaulieu	31%***
Bellevue/Bourderies	28%***	Jules Verne/Landreau	37%
Bottière/Pin sec	30%***	Madeleine/Champ de Mars	41%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	25%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	31%***
Canclaux/Mellinet	34%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	41%**
Carcouet/Rte Vannes	35%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	37%
Chantenay	35%	Procé/Monselet	45%***
Clos Torreau/St Jacques	36%	Ste Anne/Jean Macé	36%
Commerce/Guist'hau	41%***	St Félix/Michelet	43%***
Dervallières/Contrie	32%***	Santos Dumont/Chauvinière	31%**
Doulon	41%**	Schuman/Perverie	47%***
Durantière/Zola	39%*	St Donatien/Waldeck	42%***
Haluchère/Ste Luce	36%	Toutes Aides/Mellinet	39%*
		<b>Nantes</b>	<b>36 %</b>

*différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %*

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



### 2.3.2 Prothèses dentaires

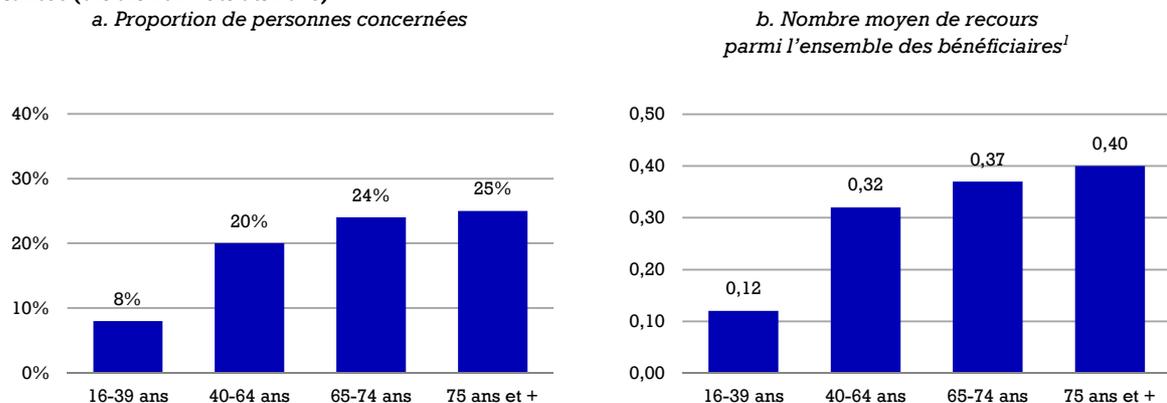
#### Un adulte sur 6 a bénéficié d'actes de prothèses dentaires au cours des 2 dernières années

• 16 % des Nantais âgés de 16 ans et plus relevant du régime général ont bénéficié d'au moins un remboursement d'actes de prothèses dentaires<sup>29</sup> au cours des 24 derniers mois. Ce taux augmente avec l'âge, passant de 8 % chez les 16-39 ans à environ 25 % chez les 65 ans et plus (Fig97a).

Une évolution selon l'âge similaire est observée si l'on considère le nombre moyen de recours à des actes de prothèses dentaires au cours des 2 dernières années, avec toutefois une augmentation qui se poursuit au-delà de 74 ans (Fig97b).

Par contre, si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de recours à des prothèses dentaires varie globalement peu selon l'âge.

**Fig97 Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants

#### Des actes de prothèses dentaires plus souvent remboursés chez les bénéficiaires de la CMU-C

• A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir bénéficié au moins une fois dans les deux dernières années d'actes de prothèses dentaires (20 % vs 14 % chez les 16-64 ans,  $p < 0,001$ ).

Par ailleurs, parmi les personnes ayant bénéficié de soins de prothèses dentaires, le nombre moyen de recours est plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C.

En outre, ce recours plus marqué des bénéficiaires de la CMU-C aux soins de prothèses dentaires se retrouvent concernent les 16-39 ans comme les 40-64 ans (Fig98).

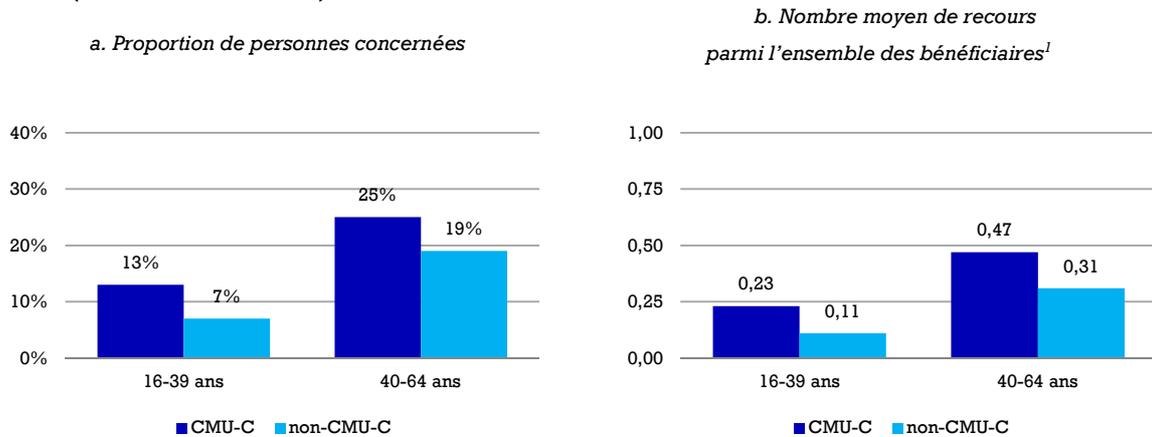
Cette plus grande fréquence des soins de prothèses dentaires parmi les bénéficiaires de la CMU-C est retrouvée dans la littérature, notamment dans une étude basée sur les données du Sniiram à l'échelle de la région Midi-Pyrénées [59].

Ce constat peut être notamment rapproché de la moins bonne santé bucco-dentaire de cette population. Dans l'enquête ESPS 2008, les bénéficiaires la CMU-C ainsi les personnes sans CS déclarent plus fréquemment avoir une dent manquante non remplacée que les bénéficiaires d'une CS privée, à structure par âge et sexe comparable [60].

<sup>29</sup> Les actes pris en compte sont les suivants : actes de « prothèse dentaire amovible », « prothèse dentaire fixe esthétique », « prothèse dentaire fixe métallique », « prothèse dentaire/dentiste », actes divers de prothèse dentaire.



**Fig98 Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficiaire de la CMU-C  
Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants

### Un moindre recours aux prothèses dentaires chez les personnes de plus de 65 ans des quartiers les moins favorisés

- La proportion de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'actes de prothèses dentaires et le nombre moyen de recours n'apparaissent pas différents entre les habitants des territoires du CUCS et ceux des autres territoires de la ville, à structure par âge comparable.

Ce résultat contraste avec un besoin de soins qui semble plus important dans cette population. En effet, selon l'enquête ESPS 2008, les habitants des ZUS déclarent plus souvent avoir des dents absentes non remplacées [58].

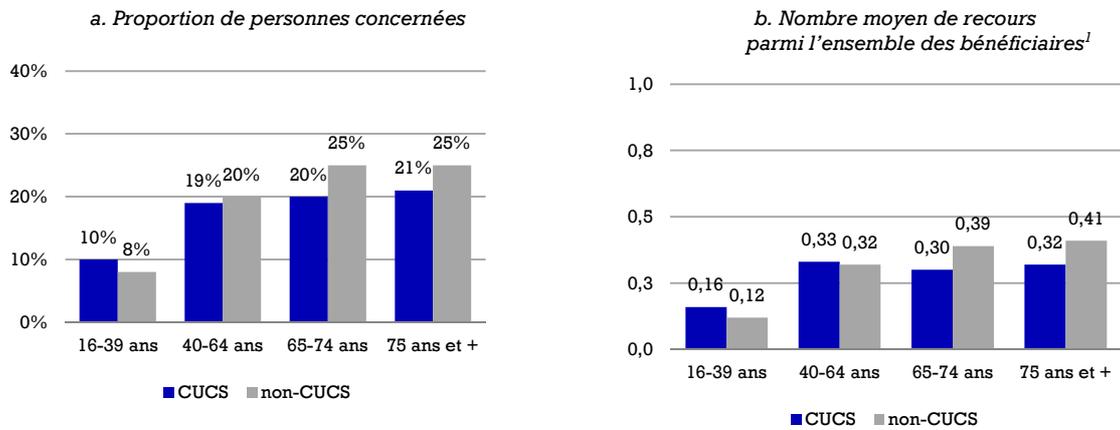
Des écarts sont toutefois observés selon l'âge (Fig99). Le recours à des soins de prothèses dentaires apparaît un peu plus élevé chez les habitants des territoires relevant du CUCS âgés de 16-39 ans par rapport à ceux résidant dans un territoire ne relevant pas du CUCS. Ce recours est proche chez les 40-64 ans. Par contre, un moindre recours aux actes de prothèses dentaires est observé chez les habitants des territoires relevant du CUCS âgés de plus de 65 ans : 21 % d'entre eux ont bénéficié, au moins une fois au cours des 24 derniers mois, d'actes de prothèses dentaires vs 25 % des 65 ans et plus résidant en dehors de territoires CUCS ( $p < 0,001$ ). De plus, ces personnes de plus de 65 ans ont eu recours en moyenne 0,31 fois à des actes de prothèses dentaires pendant cette période vs 0,40 fois pour les 65 ans et plus résidant dans des territoires de la ville ne relevant pas du CUCS<sup>30</sup>.

Même si ce moindre recours aux prothèses dentaires des plus de 65 ans peut être pour partie lié à un recours dans un cadre autre que libéral (notamment lors de consultations externes dans un établissement public), on peut toutefois faire l'hypothèse que, jusqu'à 64 ans, le bénéfice de la CMU-C favorise l'accès aux soins de prothèses dentaires des populations les plus précaires, qui sont des soins faiblement remboursés par l'assurance maladie. Et qu'à partir de 65 ans, « la quasi-absence » de bénéfice possible de la CMU-C (en raison du plafond de ressources de la CMU-C qui est inférieur au minimum vieillesse) constitue un frein pour recourir à ces soins.

<sup>30</sup> Ce constat se retrouve si l'on considère le nombre moyen de recours chez les seuls consultants.



**Fig99 Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants

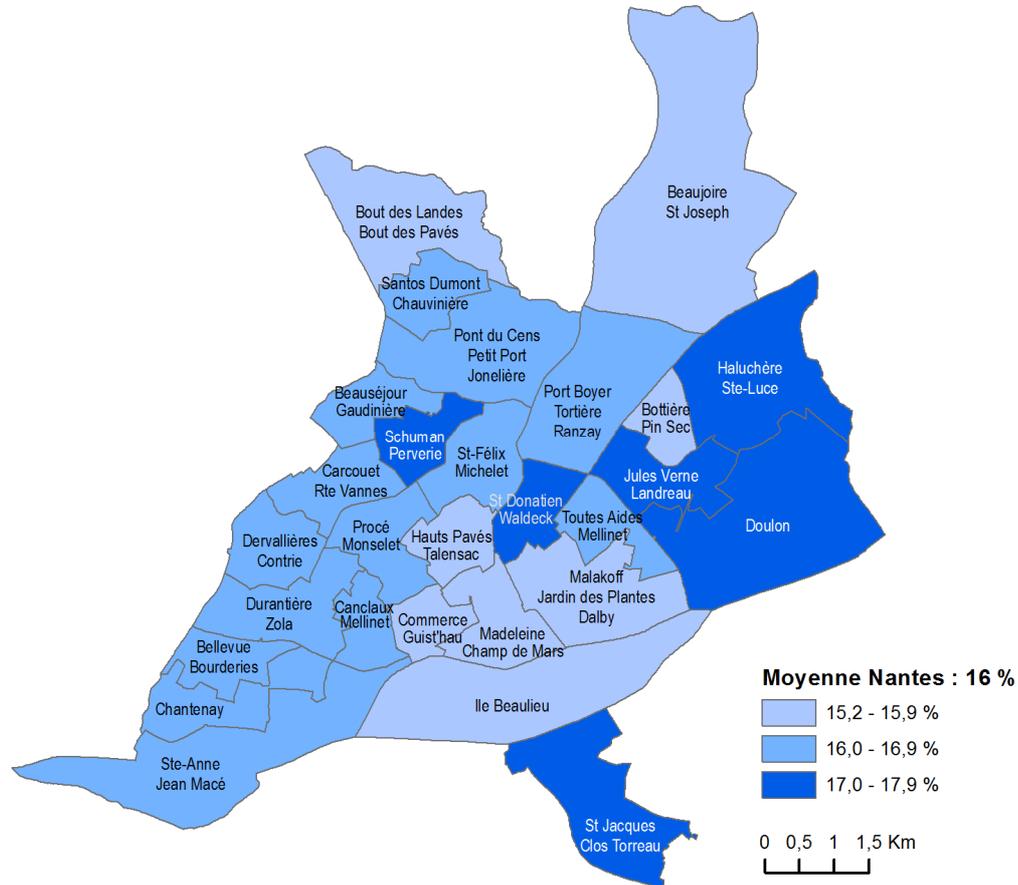
- La proportion de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'actes de prothèses dentaires varie assez peu selon les territoires de la ville, de 15 % à 18 % (à structure par âge comparable, encadré 15).



Encadré 15

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'un remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	16%	Hauts Pavés/Talensac	16%
Beauséjour/Gaudinière	17%	Ile Beaulieu	16%*
Bellevue/Bourderies	17%	Jules Verne/Landreau	17%*
Bottière/Pin sec	16%	Madeleine/Champ de Mars	15%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	15%*	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	16%
Canclaux/Mellinet	16%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	16%
Carcouet/Rte Vannes	16%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	17%
Chantenay	17%	Procé/Monselet	17%
Clos Torreau/St Jacques	18%***	Ste Anne/Jean Macé	17%
Commerce/Guist'hau	15%*	St Félix/Michelet	17%
Dervallières/Contrie	16%	Santos Dumont/Chauvinière	16%
Doulon	17%	Schuman/Perverie	18%*
Durantière/Zola	16%	St Donatien/Waldeck	17%*
Haluchère/Ste Luce	17%	Toutes Aides/Mellinet	17%
		<b>Nantes</b>	<b>16 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 ‰

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. Proportion standardisée selon l'âge.



### 2.3.3 Soins d'orthodontie chez les enfants

#### Éléments de contexte

L'orthodontie, également appelée orthopédie dento-faciale (ODF), permet de corriger les malpositions dentaires et les malformations des mâchoires afin de redonner une dentition fonctionnelle et esthétique.

Même si les traitements orthodontiques sont possibles pratiquement à tous les âges, une grande partie d'entre eux commence vers 10-12 ans.

Les traitements d'orthodontie ou d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont remboursés par l'assurance maladie pour les enfants de moins de 16 ans sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs aux montants facturés aux bénéficiaires. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre.

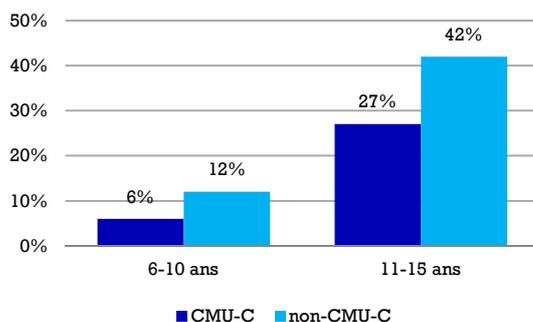
#### Un quart des enfants de 6-15 ans ont bénéficié de soins d'orthodontie au cours des deux dernières années

- 24 % des enfants nantais de 6-15 ans relevant du régime général ont bénéficié de soins d'orthodontie<sup>31</sup> au cours des 24 derniers mois : 10 % des 6-10 ans et 39 % des 11-15 ans.

#### Des soins d'orthodontie moins fréquents chez les enfants bénéficiaires de la CMU-C

- Les enfants couverts par la CMU-C sont en proportion moins nombreux que les autres enfants du régime général à avoir bénéficié au moins une fois, au cours des deux dernières années, de soins d'orthodontie (16 % vs 27 % chez les 6-15 ans,  $p < 0,001$ ). Ce constat concerne les 6-10 ans, comme les 11-15 ans (Fig100).

**Fig100 Proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

<sup>31</sup> Les actes pris en compte sont les actes réalisés par un chirurgien-dentiste (y compris ODF) ou un stomatologue : « orthodontie par dentiste », « orthodontie par médecin », « forfait prothèse orthodontique (CMU hors panier de soins) », « forfait orthodontie (CMU) ».

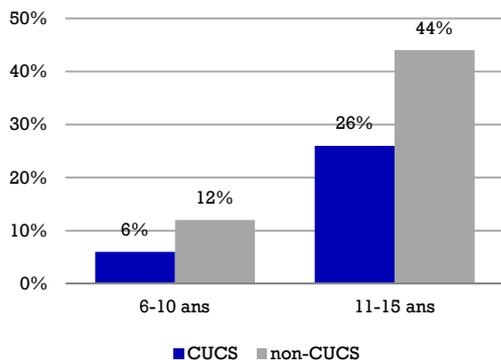


### Des disparités territoriales marquées, avec un moindre recours aux soins d'orthodontie chez les enfants des quartiers les moins favorisés

- Les enfants résidant dans les territoires relevant du CUCS de la ville sont près de deux fois moins nombreux que les enfants des autres territoires à avoir bénéficié de soins d'orthodontie au cours des deux dernières années (15 % vs 27 %,  $p < 0,001$ , Fig101).

On note, par ailleurs, des écarts entre les territoires relevant du CUCS, les enfants résidant le territoire Bellevue/Bourderies présentent un taux de recours aux soins d'orthodontie (20 %) supérieur à celui des autres territoires (entre 12 et 15 %).

**Fig101 Proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

Ce constat du moindre recours aux soins d'orthodontie des enfants résidant dans les territoires relevant du CUCS apparaît cohérent avec le moindre recours des enfants bénéficiaires de la CMU-C. En raison de l'importance des écarts observés, il paraît vraisemblable qu'il existe des disparités sociales de recours à ces soins, même si ce résultat doit être considéré avec précaution car d'une part, il peut être lié pour partie à un recours dans un cadre autre que libéral (notamment lors de consultations externes dans un établissement public), d'autre part, aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée pour le conforter.

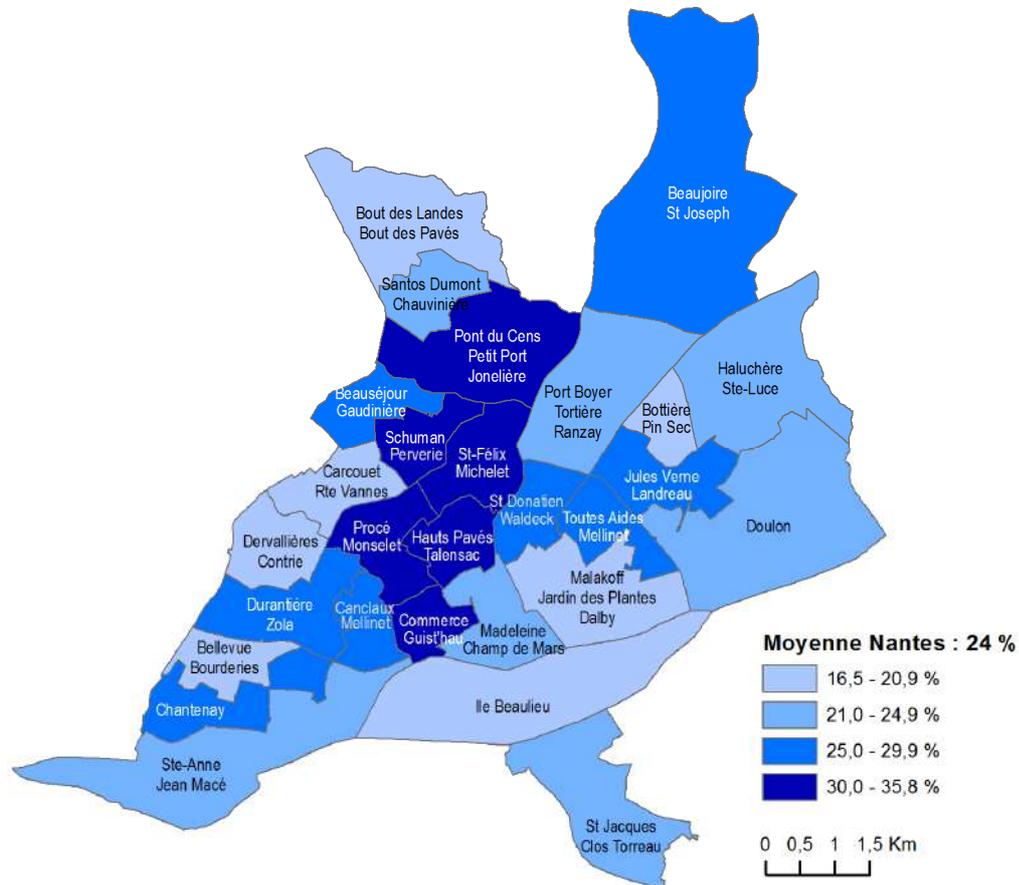
- La proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie varie de façon importante entre les vingt-huit quartiers d'études, de 17 % à 36 % (encadré 16). Les taux les plus faibles sont observés chez les enfants résidant les quartiers les moins favorisés et les taux les plus élevés concernent globalement les enfants des quartiers du centre ouest de la ville. Ces disparités territoriales de recours sont observées quelle que soit la classe d'âge (variations de 5 à 16 % chez les 6-10 ans ; et de 28 à 55 % chez les 11-15 ans).



Encadré 16

**Proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	27%*	Hauts Pavés/Talensac	31%***
Beauséjour/Gaudinière	28%	Ile Beaulieu	20%**
Bellevue/Bourderies	19%***	Jules Verne/Landreau	26%
Bottière/Pin sec	18%***	Madeleine/Champ de Mars	22%
Bout des Landes/Bout des Pavés	17%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	20%***
Canclaux/Mellinet	26%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	32%***
Carcouet/Rte Vannes	20%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	23%
Chantenay	26%	Procé/Monselet	33%***
Clos Torreau/St Jacques	23%	Ste Anne/Jean Macé	24%
Commerce/Guist'hau	33%***	St Félix/Michelet	34%***
Dervallières/Contrie	18%***	Santos Dumont/Chauvinière	21%
Doulon	24%	Schuman/Perverie	36%***
Durantière/Zola	26%	St Donatien/Waldeck	29%*
Haluchère/Ste Luce	22%	Toutes Aides/Mellinet	26%
		<b>Nantes</b>	<b>24 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 3 Soins en ophtalmologie et soins d'optique

### Eléments de contexte

L'ophtalmologiste est l'un des médecins spécialistes les plus fréquemment consultés.

La pathologie oculaire regroupe un large éventail d'affections de fréquence et de gravité variables, allant du défaut réfractif corrigé le plus souvent par le port de lunettes ou de lentilles, à des maladies pouvant conduire à la cécité. Environ 60 % de la population porte des lunettes ou des lentilles [39]. Parmi les maladies oculaires graves, la rétinopathie diabétique, la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) sont responsables de la majorité des déficiences visuelles chez l'adulte. Elles affectent principalement les personnes de plus de 50 ans.

Les consultations d'ophtalmologie font l'objet des mêmes conditions de remboursement que les consultations de médecine générale. Le niveau de remboursement de la lunetterie par l'assurance maladie obligatoire étant faible et très variable selon les contrats de complémentaire santé, le reste à charge est souvent élevé. Les soins d'optique sont ainsi, après les soins dentaires, ceux qui font le plus souvent l'objet de renoncement : 10 % des adultes déclarent avoir renoncé à des soins d'optique (lunettes, verres, montures ou lentilles) pour raisons financières dans l'année [39].

### 3.1 Recours à l'ophtalmologiste

#### Quatre Nantais sur dix ont consulté un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années

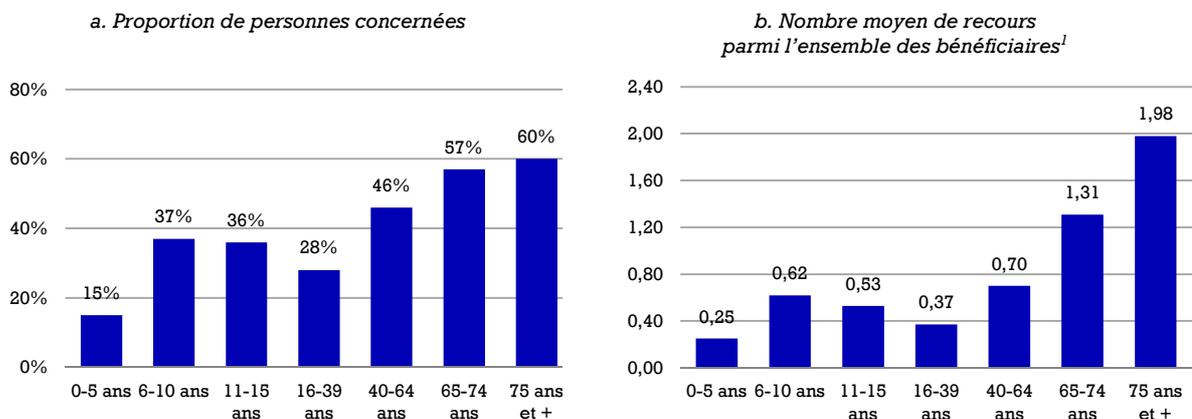
- 39 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois.

Le recours à un ophtalmologiste est plus fréquent chez les personnes âgées. Près de 60 % des 65 ans et plus ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années (Fig102a).

En outre, le nombre moyen de recours à ce spécialiste augmente fortement à partir de cet âge. Avant 65 ans, les Nantais consultent en moyenne moins d'une fois tous les deux ans un ophtalmologiste. Les 65-74 ans consultent ce médecin spécialiste en moyenne 1,3 fois au cours de cette période, et les personnes âgées de plus de 75 ans en moyenne 2 fois (Fig102b).

Si l'on considère les seuls consultants, le nombre moyen de recours varie assez peu selon l'âge avant 65 ans, celui-ci augmente ensuite fortement avec l'âge. Il atteint 3,3 chez les 75 ans et plus.

**Fig102 Recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois selon l'âge Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**

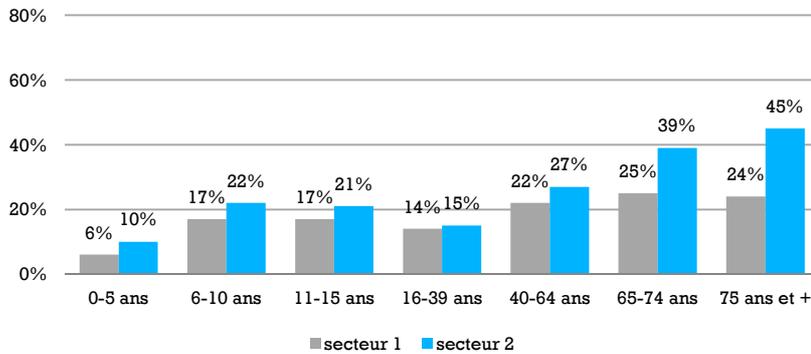


Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. y compris non-consultants



- Les Nantais ont plus souvent eu recours à un ophtalmologiste libéral de secteur 2 (23 %) que de secteur 1 (18 %) <sup>32</sup>. Au cours des 24 derniers mois. Ce constat concerne toutes les classes d'âge mais l'écart est plus marqué chez les personnes âgées de 65 ans et plus (43 % vs 24 %, Fig103).

**Fig103 Proportion de bénéficiaires ayant eu recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le secteur conventionnel Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

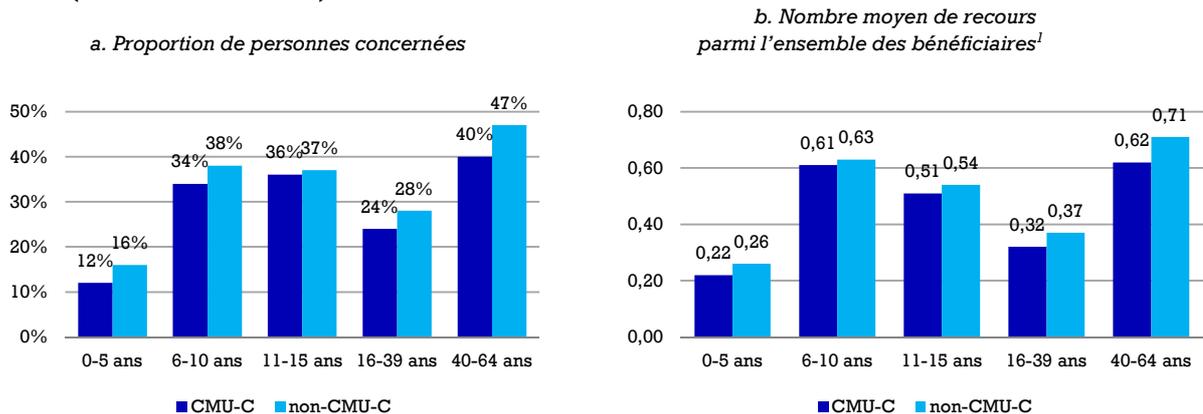
### Un moindre recours chez les bénéficiaires de la CMU-C

- A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois au cours des deux dernières années à un ophtalmologiste libéral (31 % vs 36 % chez les moins de 65 ans,  $p < 0,001$ ). Ce moindre recours concerne toutes les classes d'âge (Fig104).

Un constat analogue est observé si l'on considère le nombre moyen de recours.

Par contre, si l'on considère les seuls consultants, le nombre moyen de recours à un ophtalmologiste au cours des deux dernières années apparaît globalement proche entre les bénéficiaires de la CMU-C et les non-bénéficiaires.

**Fig104 Recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficiaire de la CMU-C Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants

<sup>32</sup> En secteur 1, les tarifs des actes sont fixés par convention nationale et servent de référence pour les remboursements effectués par l'assurance maladie. En secteur 2, le professionnel fixe librement son tarif et peut appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

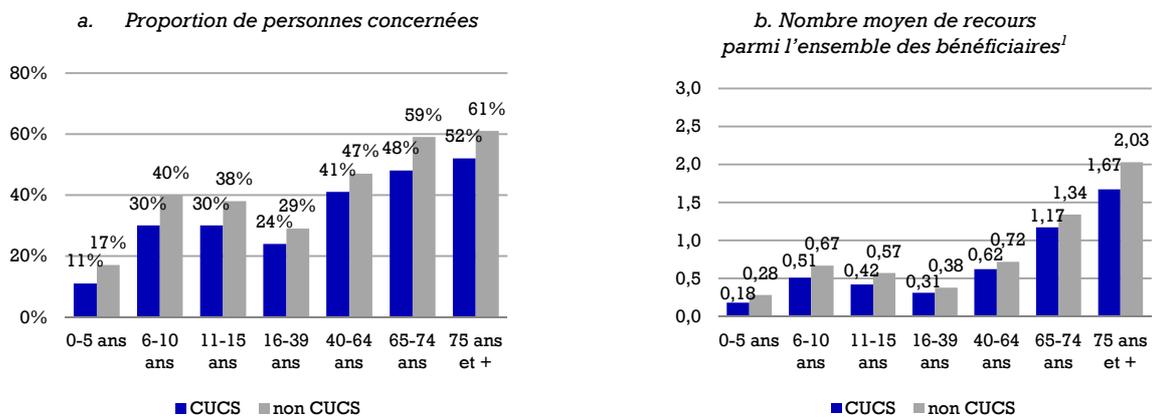


Les bénéficiaires de la CMU-C ont moins souvent recours à des ophtalmologistes de secteur 2 que les non-bénéficiaires : 15 % en ont consulté au cours des deux dernières années vs 21 % des non-bénéficiaires âgés de moins de 65 ans.

### Un moindre recours chez les habitants des quartiers les moins favorisés

- Le recours à un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années est globalement moins fréquent chez les habitants des territoires relevant du CUCS (33 % vs 40 %,  $p < 0,001$  ; 0,61 recours en moyenne vs 0,74 ; à structure par âge comparable). Ce constat s'observe dans toutes les classes d'âge (Fig105a et Fig105b).

**Fig105 Recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. Y compris non-consultants

Ce constat du moindre recours à un ophtalmologiste libéral des habitants des territoires relevant du CUCS, cohérent avec le moindre recours à ces professionnels des bénéficiaires de la CMU-C, doit toutefois être interprété avec précaution car ces situations peuvent être liées pour partie à des recours dans un cadre autre que libéral (notamment lors de consultations externes dans un établissement public). Par ailleurs, le moindre recours aux médecins spécialistes des populations en situation de précarité est bien établi par la littérature.

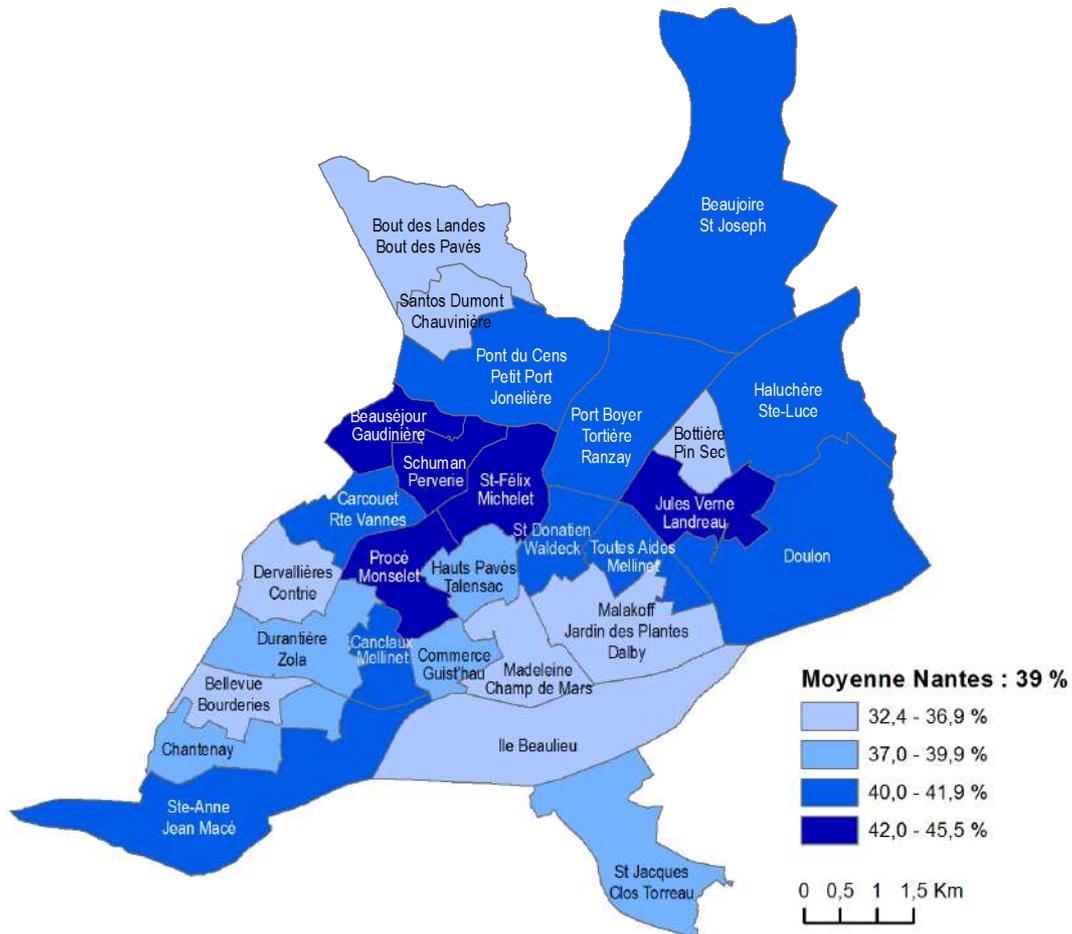
- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois, au cours des deux dernières années, un ophtalmologiste libéral varie de 32 à 46 % selon les vingt-huit quartiers d'étude. Les taux les plus faibles concernent globalement les habitants des quartiers les moins favorisés (encadré 17).



Encadré 17

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes ayant consulté un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	41%***	Hauts Pavés/Talensac	39%
Beauséjour/Gaudinière	46%***	Ile Beaulieu	36%***
Bellevue/Bourderies	35%***	Jules Verne/Landreau	43%***
Bottière/Pin sec	34%***	Madeleine/Champ de Mars	36%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	32%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	35%***
Canclaux/Mellinet	40%*	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	41%**
Carcouet/Rte Vannes	41%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	41%***
Chantenay	39%	Procé/Monselet	43%***
Clos Torreau/St Jacques	39%	Ste Anne/Jean Macé	41%*
Commerce/Guist'hau	39%	St Félix/Michelet	43%***
Dervallières/Contrie	35%***	Santos Dumont/Chauvinière	36%***
Doulon	41%**	Schuman/Perverie	43%***
Durantière/Zola	39%	St Donatien/Waldeck	41%**
Haluchère/Ste Luce	42%***	Toutes Aides/Mellinet	42%***
		<b>Nantes</b>	<b>39 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

1. Proportion standardisée selon l'âge.



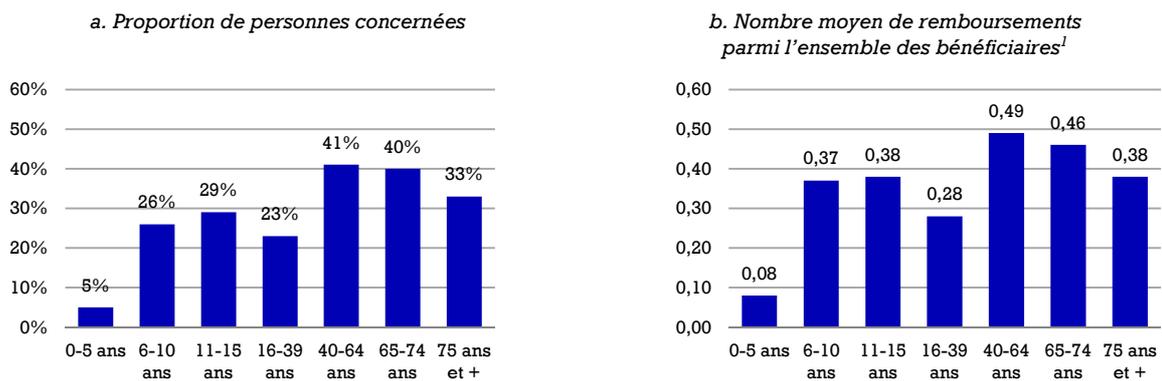
## 3.2 Soins d'optique

- 30 % des Nantais relevant du régime général ont bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes (verres et/ou monture) ou de lentilles<sup>33</sup> au cours des 24 derniers mois.

Ce taux varie selon l'âge, ce sont les personnes âgées entre 40 et 74 ans qui sont le plus souvent concernées (Fig106a).

Si l'on considère le nombre moyen de remboursements au cours des 24 derniers mois, une évolution selon l'âge globalement comparable est retrouvée (Fig106b).

**Fig106 Remboursement de lunettes\* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon l'âge Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 \* Verres optiques, monture  
 1. y compris non-consultants

Si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de remboursements au cours des 24 derniers mois varie relativement peu selon l'âge, entre 1,2 et 1,6.

### Un recours aux soins d'optique un peu plus faible chez les adultes bénéficiaires de la CMU-C

- A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois (25 % vs 30 % chez les moins de 65 ans,  $p < 0,001$ ).

Toutefois, ce constat concerne uniquement les classes d'âge entre 16 et 64 ans. Par contre, on n'observe pas de différence chez les enfants (Fig107a).

On observe des résultats similaires si l'on considère le nombre moyen de remboursements au cours des deux dernières années (Fig107b).

Mais si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de remboursements est globalement proche entre les bénéficiaires de CMU-C et ceux qui ne le sont pas.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cet écart observé chez les adultes bénéficiaires de la CMU-C et les non-bénéficiaires.

Le renouvellement de lunettes peut être motivé par plusieurs raisons, notamment par l'évolution de troubles de la vue ou par de préoccupations d'esthétiques (achat plaisir). On peut faire l'hypothèse que le renouvellement de lunettes pour ce dernier motif est moins fréquent parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

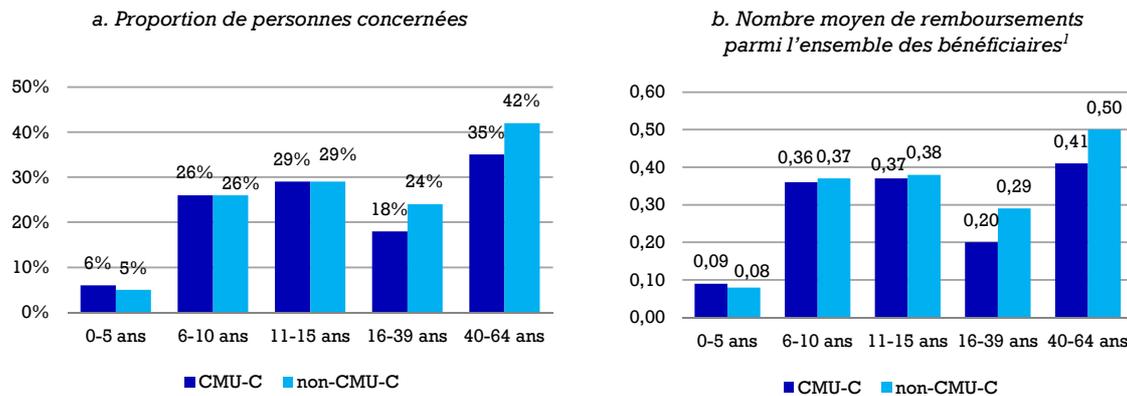
En outre, le coût financier peut constituer un frein au recours aux soins d'optique. Selon l'enquête ESPS 2012, par rapport aux bénéficiaires d'une complémentaire santé (CS) privée,

<sup>33</sup> Les actes pris en compte sont les actes exécutés par un fournisseur « optique médicale » : les prestations d'« optique », « monture optique », « lentilles optiques », « verres optiques », « forfait monture CMU », « forfait optiques unifocaux (CMU) ».



les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes sans CS déclarent plus fréquemment avoir renoncé dans l'année à des soins d'optique (lunettes, verres, montures ou lentilles) pour des raisons financières (à structure par âge et sexe comparable). Les personnes sans CS sont toutefois plus souvent concernées que les bénéficiaires de la CMU-C [39].

**Fig107 Remboursement de lunettes\* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficiaire de la CMU-C**  
Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
\* verres optiques, monture  
1. y compris non-consultants

### Des soins d'optique moins fréquents chez les habitants des quartiers relevant du CUCS

- Les habitants des territoires relevant du CUCS sont en proportion moins nombreux à avoir bénéficié d'un remboursement de lunettes dans les deux dernières années (26 % vs 31 %,  $p < 0,001$ , à structure par âge comparable, Fig108). Ce constat concerne quasiment toutes les classes d'âge, l'écart le plus marqué concerne les 65-74 ans (32 % vs 42 %, Fig109a).

Si l'on considère le nombre moyen de recours, on observe un constat analogue (Fig109b).

Le motif financier peut en partie expliquer cette différence. Dans les enquêtes ESPS 2008 et 2010, même si les écarts observés n'étaient pas statistiquement significatifs, le taux de renoncement à des lunettes pour raisons financières apparaissait un peu plus élevé chez les résidents des ZUS par rapport aux habitants hors ZUS [43][58].

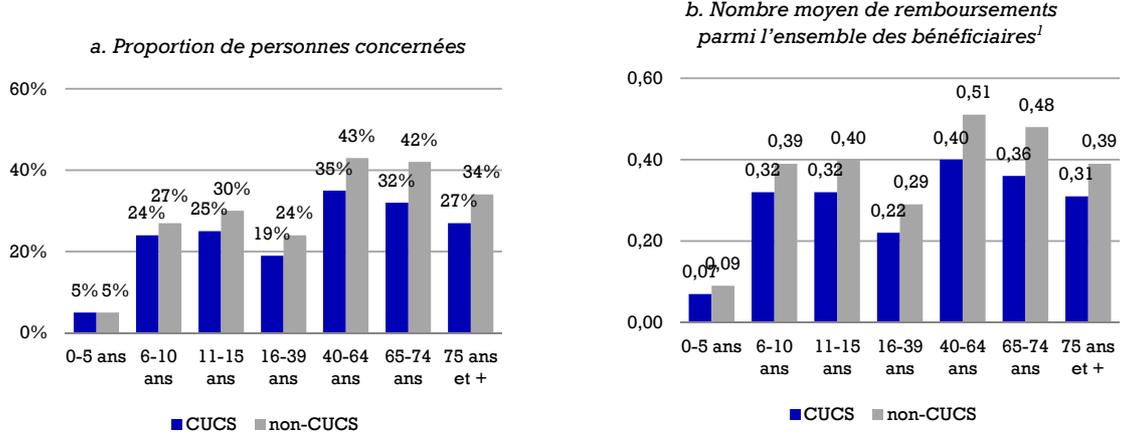
**Fig108 Remboursement de lunettes\* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS**  
Nantes (01/07/2011-30/06/2013)

	% <sup>1</sup>	Nb moyen <sup>1</sup> de remboursements	Nb moyen <sup>1</sup> de remboursements parmi les consultants
CUCS	26 %	0,30	1,19
Non-CUCS	31 %	0,38	1,23
<b>Total</b>	<b>30 %</b>	<b>0,37</b>	<b>1,22</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes  
1. Taux/nombre standardisé selon l'âge.  
\* verres optiques ou monture.



**Fig109 Remboursement de lunettes ou de lentilles\* au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



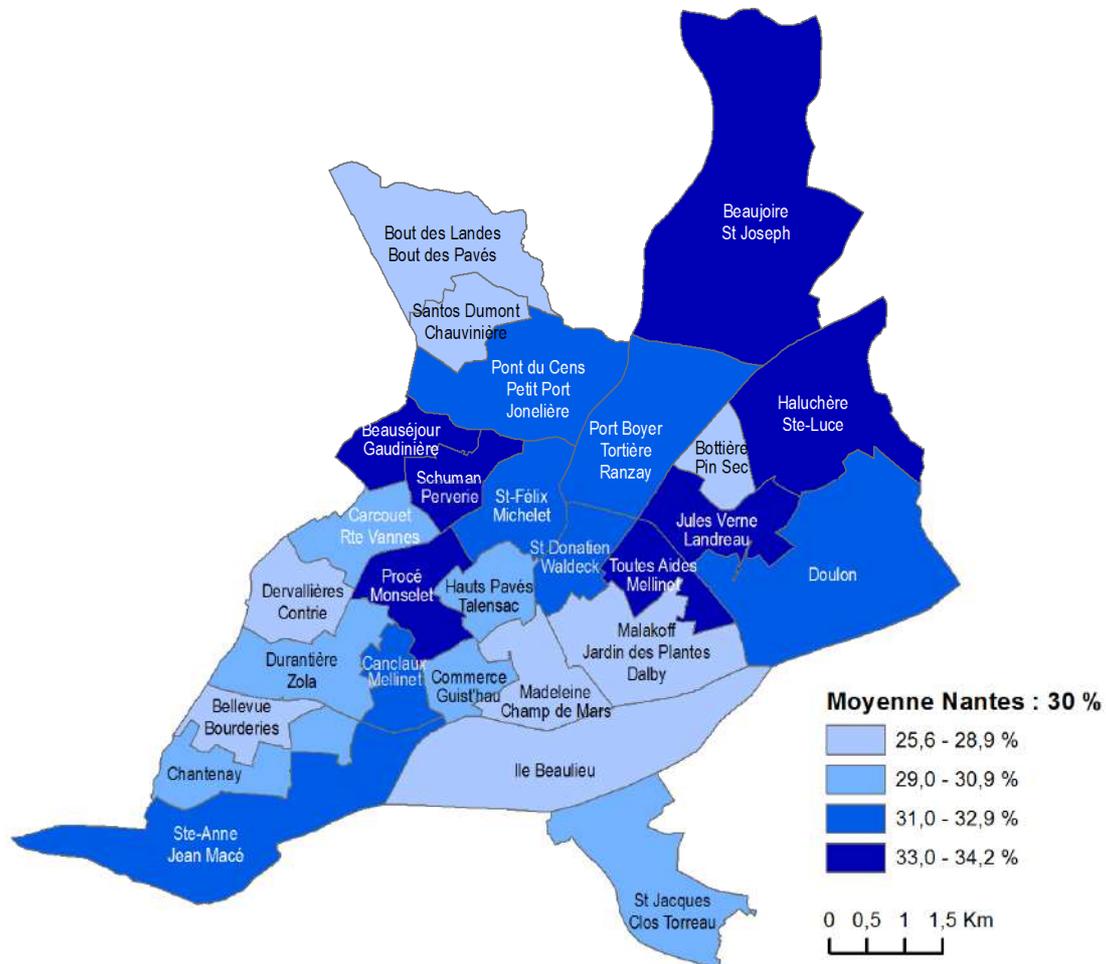
Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. y compris non-consultants

- La proportion de personnes ayant bénéficié d'un remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois varie de 26 à 34 % selon les vingt-huit quartiers d'étude. Les taux les plus faibles sont observés parmi les habitants des quartiers les moins favorisés (encadré 18).



Encadré 18

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes\* au cours des 24 derniers mois par Triris**  
Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	33%***	Hauts Pavés/Talensac	29%
Beauséjour/Gaudinière	34%***	Ile Beaulieu	28%***
Bellevue/Bourderies	26%***	Jules Verne/Landreau	34%***
Bottière/Pin sec	27%***	Madeleine/Champ de Mars	28%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	26%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	28%***
Canclaux/Mellinet	32%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	31%
Carcouet/Rte Vannes	31%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	33%***
Chantenay	29%	Procé/Monselet	34%***
Clos Torreau/St Jacques	30%	Ste Anne/Jean Macé	32%**
Commerce/Guist'hau	31%	St Félix/Michelet	33%***
Dervallières/Contrie	26%***	Santos Dumont/Chauvinière	27%***
Doulon	32%**	Schuman/Perverie	34%***
Durantière/Zola	30%	St Donatien/Waldeck	31%
Haluchère/Ste Luce	34%***	Toutes Aides/Mellinet	33%***
		<b>Nantes</b>	<b>30 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
1. Proportion standardisée selon l'âge.



## 4 Recours à l'orthophoniste chez les enfants

### Éléments de contexte

Les motifs de recours à l'orthophonie sont multiples (troubles de l'articulation, de la parole, du langage, bégaiement, surdité...). Chez l'enfant, la r  ducation de troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...) constitue le principal motif.

Au plan national, les troubles spécifiques des apprentissages concerneraient 5 à 6 % des enfants, soit environ un enfant par classe en moyenne [61].

La réalisation d'un bilan et d'une r  ducation orthophonique se font sur prescription médicale, le plus souvent par un médecin généraliste.

### Un recours à l'orthophonie un peu plus élevé chez les enfants bénéficiaires de la CMU-C

- 15 % des enfants Nantais de 6-10 ans relevant du régime général ont consulté un orthophoniste libéral au cours des douze derniers mois.

Chaque enfant bénéficiant de soins d'orthophonie en libéral réalise en moyenne 17,8 séances dans l'année (bilan orthophonique compris).

Les enfants couverts par la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres enfants du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral (19 % vs 14 %).

Par ailleurs, si l'on considère le nombre moyen de recours par enfant concerné, celui-ci appar  t également plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (19,7 vs 17,1 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C).

### Des disparités territoriales

- Les enfants résidant dans les territoires relevant du CUCS sont un peu moins nombreux que les enfants des autres territoires à avoir eu recours à un orthophoniste libéral dans l'année (14 % vs 16 %).

Les écarts sont toutefois importants entre les territoires relevant du CUCS, notamment 9 % des enfants résidant dans la ZUS des quartiers Nord ont consulté un orthophoniste libéral vs 25 % des enfants résidant dans le territoire prioritaire de Port Boyer.

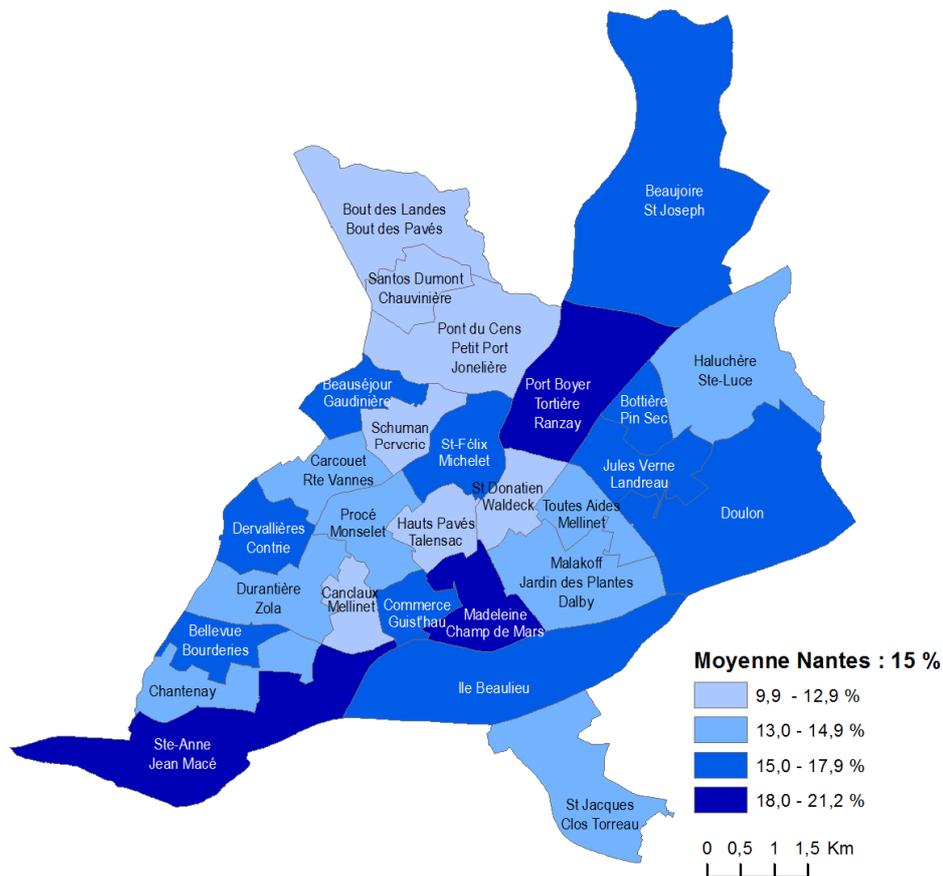
- La proportion d'enfants de 6-10 ans ayant consulté un orthophoniste libéral au cours des douze derniers mois varie de façon importante selon les vingt-huit quartiers d'étude, de 10 à 21 % (encadré 19).



Encadré 19

**Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste libéral au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	18%	Hauts Pavés/Talensac	12%
Beauséjour/Gaudinière	17%	Ile Beaulieu	17%
Bellevue/Bourderies	15%	Jules Verne/Landreau	16%
Bottière/Pin sec	16%	Madeleine/Champ de Mars	21%*
Bout des Landes/Bout des Pavés	10%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	14%
Canclaux/Mellinet	11%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	13%
Carcouet/Rte Vannes	14%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	20%**
Chantenay	15%	Procé/Monselet	14%
Clos Torreau/St Jacques	14%	Ste Anne/Jean Macé	20%*
Commerce/Guist'hau	16%	St Félix/Michelet	17%
Dervallières/Contrie	16%	Santos Dumont/Chauvinière	11%*
Doulon	16%	Schuman/Perverie	13%
Durantière/Zola	14%	St Donatien/Waldeck	12%
Haluchère/Ste Luce	14%	Toutes Aides/Mellinet	15%
		<b>Nantes</b>	<b>15 %</b>

*différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %*

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 5 Recours au gynécologue

### Eléments de contexte

La femme peut avoir recours à différents professionnels de santé pour un suivi gynécologique ou d'une grossesse. Les gynécologues médicaux ou les gynécologues-obstétriciens occupent une place importante lors de ces suivis puisque, selon l'enquête Baromètre santé 2010, plus de la moitié des femmes de 15-75 ans déclarent avoir consulté un gynécologue (libéral ou non) dans l'année [62].

- 29 % des Nantaises relevant du régime général et âgées de 16 ans ou plus ont consulté un gynécologue (médical ou obstétricien) libéral au cours des douze derniers mois<sup>34</sup>.

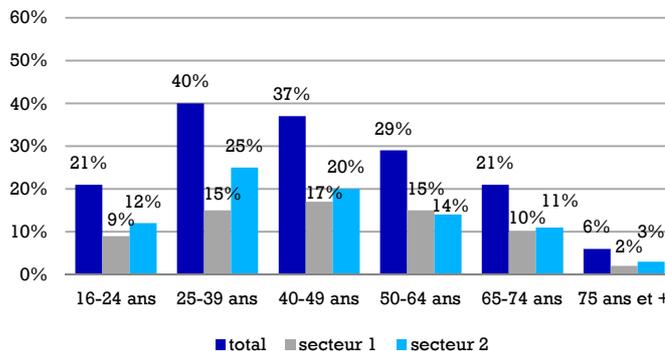
Le recours au gynécologue est maximal entre 25 et 39 ans (40 %), celui-ci diminue ensuite progressivement avec l'âge (Fig110).

Les Nantaises ont un peu plus souvent eu recours à un gynécologue libéral de secteur 2 (16 %) que de secteur<sup>35</sup> 1 (13 %) au cours des douze derniers mois.

Entre 16 et 49 ans, les femmes ont plus souvent eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral de secteur 2 que de secteur 1.

Après 50 ans, les femmes sont quasi aussi nombreuses à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral de secteur 1 qu'à un gynécologue libéral de secteur 2.

**Fig110 Proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge et le secteur conventionnel**  
Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

Les femmes, qui ont eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue, ont consulté ce médecin spécialiste en moyenne deux fois au cours de cette période.

### Un moindre recours au gynécologue libéral chez les bénéficiaires de la CMU-C

- A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours dans l'année à un gynécologue libéral (21 % vs 35 % chez les moins de 65 ans,  $p < 0,001$ ). Ce constat concerne toutes les classes d'âge (Fig111).

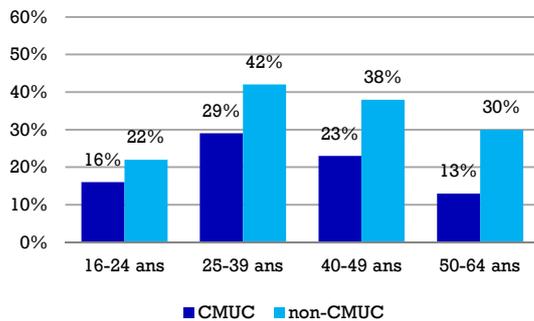
En outre, ce moindre recours s'observe quel que soit le secteur d'activité du gynécologue (secteur 1 : 8 % vs 16 % ; secteur 2 : 14 % vs 20 %).

<sup>34</sup> Cette proportion a été calculée en faisant la somme de la proportion de femmes ayant eu recours dans l'année à un gynécologue libéral de secteur 1 et de celle des femmes ayant eu recours à un gynécologue libéral de secteur 2. Cette proportion est donc légèrement surestimée car une même femme peut avoir eu recours dans l'année à un gynécologue de secteur 1 et à un gynécologue de secteur 2.

<sup>35</sup> En secteur 1, les tarifs des actes sont fixés par convention nationale et servent de référence pour les remboursements effectués par l'assurance maladie. En secteur 2, le professionnel fixe librement son tarif et peut appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.



**Fig111 Proportion de femmes de 16-64 ans ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**

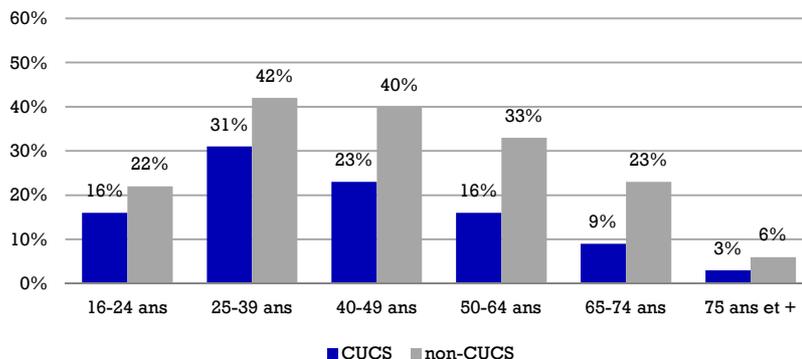


Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

**Des disparités territoriales importantes, un recours au gynécologue plus faible chez les femmes résidant dans les quartiers les moins favorisés**

- En cohérence avec les résultats observés pour les bénéficiaires de la CMU-C, les habitantes de territoires prioritaires du CUCS sont en proportion moins nombreuses à avoir eu recours à un gynécologue libéral dans l'année (19 % vs 32 %,  $p < 0,001$ , à structure par âge comparable, Fig112).

**Fig112 Proportion de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2012-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

Ce constat du moindre recours à un gynécologue libéral des habitants des territoires relevant du CUCS, cohérent avec le moindre recours à ces professionnels des bénéficiaires de la CMU-C, doit toutefois être interprété avec précaution car ces situations peuvent être liées pour partie à des recours aux soins pour des motifs en lien avec la gynécologie-obstétrique auprès d'autres professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, sage-femme) ou dans un autre cadre que libéral (PMI, consultations externes des établissements publics...).

Cependant, les données de la littérature semblent conforter les résultats observés à l'échelle de la ville de Nantes puisqu'elles mettent en évidence un moins bon suivi gynécologique chez les femmes les moins favorisées. Ainsi, selon l'enquête SIRS de 2005, les femmes de l'agglomération parisienne résidant en ZUS ont deux fois plus de risque de ne pas avoir de suivi gynécologique régulier (par un médecin ou un gynécologue) par rapport aux habitants des quartiers dits « moyens » ou « supérieurs » [7].

En outre, l'Observation du non-recours aux droits et aux services (Odenore) a mis en évidence, à partir des données des centres d'examen de santé, que l'absence de suivi gynécologique régulier (une fois par an) est nettement plus fréquente chez les femmes actives précaires, dont



les bénéficiaires de la CMU-C, par rapport aux femmes actives non précaires [45]. Enfin, selon l'enquête périnatale 2010, les femmes issues des classes sociales les moins favorisées ont un moins bon suivi de grossesse [63].

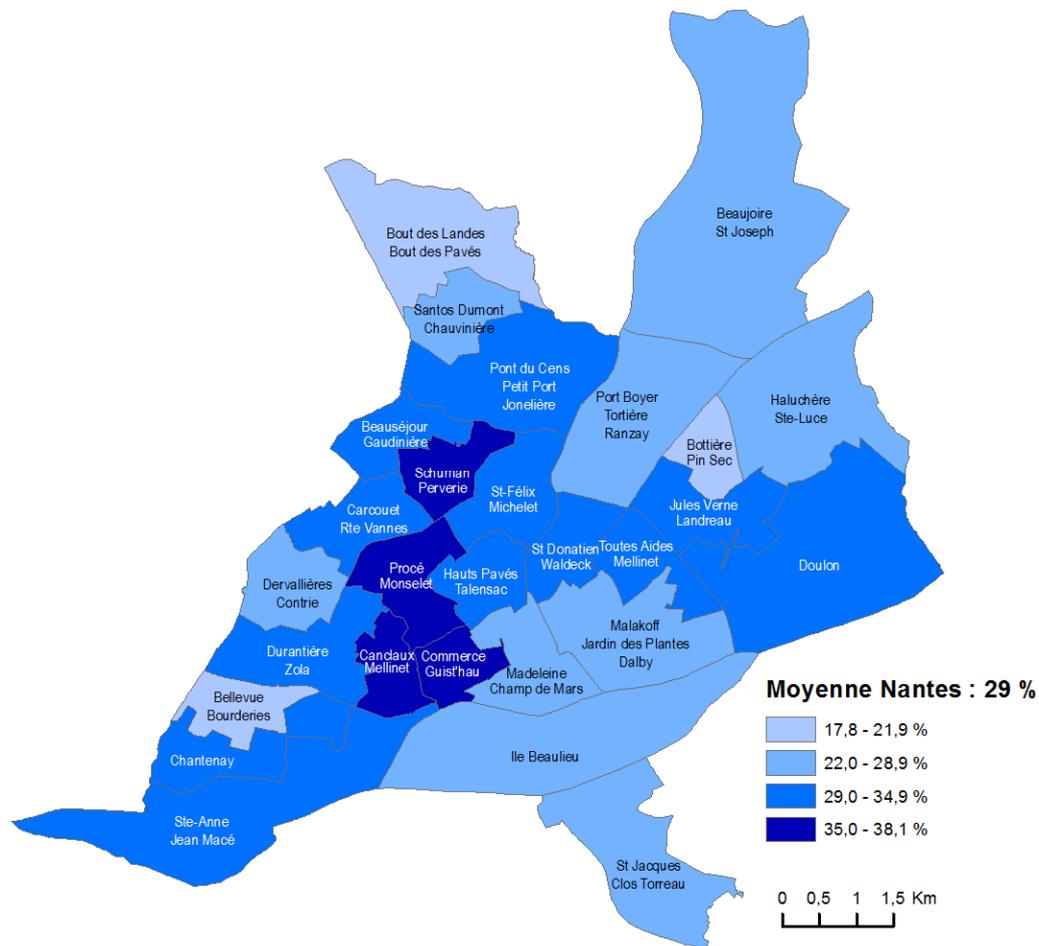
- La proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue libéral varie de 18 à 38 % selon les vingt-huit quartiers d'étude. Les taux les plus faibles sont globalement observés parmi les femmes des quartiers les moins favorisés (encadré 20).



Encadré 20

**Proportion standardisée<sup>1</sup> de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des douze derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2012-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	26%***	Hauts Pavés/Talensac	30%
Beauséjour/Gaudinière	34%***	Ile Beaulieu	25%***
Bellevue/Bourderies	21%***	Jules Verne/Landreau	30%
Bottière/Pin sec	18%***	Madeleine/Champ de Mars	28%*
Bout des Landes/Bout des Pavés	22%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	25%***
Canclaux/Mellinet	38%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	31%*
Carcouet/Rte Vannes	30%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	26%***
Chantenay	33%***	Procé/Monselet	38%***
Clos Torreau/St Jacques	27%***	Ste Anne/Jean Macé	33%***
Commerce/Guist'hau	37%***	St Félix/Michelet	34%***
Dervallières/Contrie	24%***	Santos Dumont/Chauvinière	27%**
Doulon	30%	Schuman/Perverie	37%***
Durantière/Zola	33%***	St Donatien/Waldeck	33%***
Haluchère/Ste Luce	29%	Toutes Aides/Mellinet	34%***
		<b>Nantes</b>	<b>29 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat  
 1. Proportion standardisée selon l'âge



## 6 Recours au dépistage

### 6.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus

#### Eléments de contexte

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme avant 45 ans. Son principal facteur de risque est l'infection à papillomavirus humain, transmise le plus souvent par voie sexuelle. Mais d'autres facteurs tels que le tabagisme et l'immunodépression concourent à la survenue de ce cancer. Du fait de leur évolution lente, les lésions précancéreuses du col peuvent être dépistées à un stade précoce et sont alors facilement curables.

Le dépistage du cancer du col repose sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes de 25 à 65 ans. Le frottis de dépistage peut être réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme, en cabinet de ville, à l'hôpital (consultations hospitalières de gynécologie), dans les centres de planification familiale, ainsi que dans certains laboratoires d'analyse médicale sur prescription médicale [64].

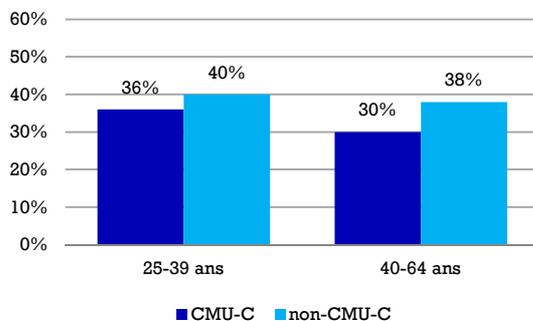
En complément du dépistage, une vaccination contre les infections à papillomavirus humain est recommandée pour toutes les jeunes filles à partir de 11 ans.

Le taux de couverture du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est estimé à 57 % pour les années 2006-2008, avec notamment un moindre recours des femmes âgées de plus de 50 ans et de celles appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus modestes [65].

#### Un taux de dépistage du cancer du col de l'utérus un peu plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C

- 38 % des Nantaises relevant du régime général et âgées de 25 à 64 ans ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin<sup>36</sup> en secteur libéral au cours des 24 derniers mois. Ce taux est légèrement plus élevé chez les 25-39 ans (40 %) que chez les 40-64 ans (37 %).
- Les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion un peu moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir bénéficié d'un frottis en secteur libéral (34 % vs 39 % chez les 25-64 ans,  $p < 0,001$ ). Un écart entre ces deux groupes de population est observé chez les 25-39 ans et chez les 40-64 ans, mais celui-ci est plus marqué chez ces dernières (30 % vs 38 %, Fig113).

**Fig113 Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C Nantes (01/07/2011-30/06/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

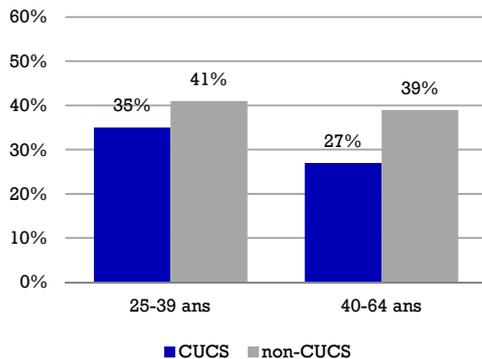
<sup>36</sup> Les actes pris en compte sont : « examen cytopathologique de prélèvement (frottis) du col de l'utérus » ; « examen cytopathologique en phase liquide (technique monocouche) de prélèvement (frottis) du col de l'utérus ».



## D'importantes disparités territoriales, avec un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes résidant dans les quartiers relevant du CUCS

- Les habitantes des territoires relevant du CUCS sont en proportion moins nombreuses à avoir bénéficié d'un frottis en secteur libéral au cours des deux dernières années (30 % vs 40 %,  $p < 0,001$ ). Ce constat s'observe chez les 25-39 ans et les 40-64 ans, mais l'écart est plus marqué chez ces dernières (27 % vs 39 %, Fig114).

**Fig114** Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

Ce constat d'un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus des habitantes des territoires relevant du CUCS, cohérent avec le moindre recours à ce dépistage des bénéficiaires de la CMU-C, doit toutefois être interprété avec précaution car ces situations peuvent être liées pour partie à un recours au dépistage dans un autre cadre que libéral (notamment lors de consultations externes dans les établissements publics...).

Cependant, le moindre recours au dépistage du cancer du col utérin des bénéficiaires de la CMU-C est conforté par les données de la littérature. Une analyse menée à partir des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie met d'ailleurs en évidence un écart, entre les femmes bénéficiaires de la CMU-C et celles qui ne le sont pas, nettement plus marqué qu'à Nantes. Ainsi sur la période 2006-2008, 43 % des femmes de 25-49 ans et 32 % des 50-65 ans bénéficiant de la CMU-C ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années, contre respectivement 63 % et 50 % pour les autres femmes [65].

Par contre, dans l'enquête SIRS de 2005, aucune différence n'a été observée entre les habitantes des ZUS et celles des autres quartiers concernant l'ancienneté moyenne du dernier dépistage du cancer du col utérin.

Mais les motifs de non-recours à ce dépistage cités dans le cadre de cette enquête permettent d'enrichir le constat établi pour la ville de Nantes. Parmi les femmes n'ayant pas eu de frottis du col utérin depuis trois ans, les femmes de ZUS retiennent plus souvent que les autres femmes parmi les motifs proposés<sup>37</sup>, le fait de ne pas « aimer » cet examen, le manque de temps ou d'autres soucis, les raisons financières, et la méconnaissance des lieux où cet examen peut être pratiqué [7].

<sup>37</sup> Liste des motifs proposés : « parce que vous ne savez pas où le faire », « parce que vous n'aimez pas cet examen », « parce que personne ne vous l'a proposé », « pour des raisons financières (des questions d'argent) », « parce que vous n'avez pas le temps, vous avez d'autres soucis », « parce que vous redoutez les résultats, vous préférez ne pas savoir », « parce que vous n'en avez pas besoin, tout va bien ».



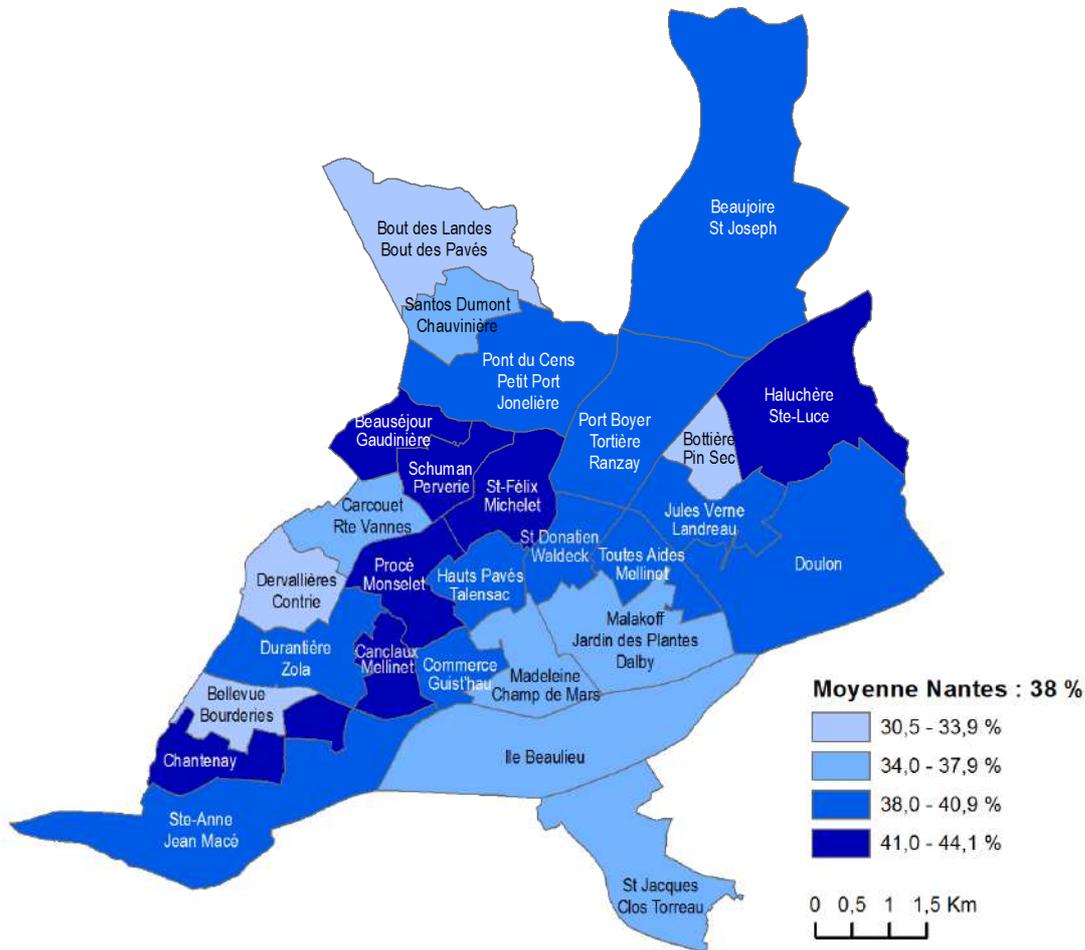
- La proportion de femmes ayant bénéficié d'un frottis (en secteur libéral) au cours des 24 derniers mois varie de 31 à 44 % selon les vingt-huit quartiers d'étude. Globalement, les taux les plus faibles sont observés chez les femmes des quartiers les moins favorisés (encadré 21).



Encadré 21

**Proportion brute de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis en secteur libéral au cours des 24 derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	40%	Hauts Pavés/Talensac	40%*
Beauséjour/Gaudinière	42%**	Ile Beaulieu	38%
Bellevue/Bourderies	31%***	Jules Verne/Landreau	39%
Bottière/Pin sec	31%***	Madeleine/Champ de Mars	36%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	32%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	36%**
Canclaux/Mellinet	42%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	40%
Carcouet/Rte Vannes	36%*	Port Boyer/Tortière/Ranzay	39%
Chantenay	41%*	Procé/Monselet	43%***
Clos Torreau/St Jacques	37%	Ste Anne/Jean Macé	39%
Commerce/Guist'hau	39%	St Félix/Michelet	41%*
Dervallières/Contrie	33%***	Santos Dumont/Chauvinière	36%
Doulon	41%	Schuman/Perverie	44%***
Durantière/Zola	40%	St Donatien/Waldeck	41%*
Haluchère/Ste Luce	41%*	Toutes Aides/Mellinet	40%
		<b>Nantes</b>	<b>38 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 6.2 Dépistage du cancer du sein

### Eléments de contexte

Le cancer du sein est chez la femme le plus fréquent des cancers et la première cause de décès par cancer. De nombreux travaux internationaux mettent en avant un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec une réduction de mortalité de 15 à 20 % [66] [67].

Depuis 2004, le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est généralisé sur l'ensemble du territoire français. Toutes les femmes de 50-74 ans sont invitées, tous les deux ans, à effectuer un examen de dépistage, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En dehors du dépistage organisé, les femmes peuvent avoir recours, sur prescription médicale, à un dépistage « individuel ».

Le taux de participation au dépistage organisé sur la période 2012-2013 s'élevait à 52,1 % en France, taux nettement inférieur au taux de 65 % préconisé par le Plan cancer 2009-2013.

La participation au dépistage (individuel ou organisé) du cancer du sein est notamment plus faible chez les femmes de milieux défavorisés [68] [69].

### Un taux de dépistage du cancer du sein nettement plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C

- 62 % des Nantaises relevant du régime général et âgées de 50-74 ans ont effectué une mammographie<sup>38</sup> en secteur libéral au cours des 24 derniers mois.
- Les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir effectué une mammographie au cours des 24 derniers mois : 42 % vs 63 % chez les 50-74 ans ( $p < 0,001$ ).

### Un moindre recours au dépistage du cancer du sein chez les femmes résidant dans les quartiers relevant du CUCS

- Les habitantes des territoires relevant du CUCS sont en proportion moins nombreuses à avoir bénéficié d'une mammographie en secteur libéral au cours des deux dernières années (53 % vs 64 %,  $p < 0,001$ ). Des disparités sont observées entre les différents territoires relevant du CUCS. Les femmes résidant les ZUS des Dervallières et de Malakoff présentent les plus faibles taux de dépistage du cancer du sein (respectivement 45 % et 47%) ; les taux les plus élevés sont observés chez les femmes résidant les sites prioritaires de Port Boyer et de la Halvêque (respectivement 60 % et 59 %).
- La proportion de femmes ayant effectué une mammographie en secteur libéral au cours des 24 derniers mois varie de 53 à 69 % selon les vingt-huit quartiers d'étude. Globalement, les taux les plus faibles sont observés chez les femmes des quartiers les moins favorisés (encadré 23).

Ce constat d'un moindre recours au dépistage du cancer du sein des habitants des territoires relevant du CUCS, cohérent avec le moindre recours à ce dépistage des bénéficiaires de la CMU-C, doit toutefois être interprété avec précaution car ces situations peuvent être liées pour partie à un recours au dépistage dans un autre cadre que libéral (notamment lors de consultations externes dans les établissements publics...).

Cependant, la moindre participation au dépistage du cancer du sein des bénéficiaires de la CMUC est confortée par les données de la littérature.

<sup>38</sup> Les actes pris en compte sont les actes de « mammographie bilatérale », « mammographie unilatérale », « mammographie de dépistage ».



En effet, ce constat est retrouvé à partir des données du régime général pour la ville de Marseille : en 2010-2011, 51 % des Marseillaises âgées de 50-64 ans relevant de la CMU-C ont bénéficié d'une mammographie<sup>39</sup> vs 61 % des femmes ne relevant pas de la CMU-C [70]. En outre, selon l'enquête ESPS 2010, la proportion de femmes de 50-74 ans ayant déclaré ne pas avoir fait de mammographie dans les trois dernières années est nettement plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C et les femmes n'ayant pas de couverture complémentaire privée par rapport à celles disposant d'une CS privée (respectivement 35 %, 33 % vs 13 %) [57].

Par contre, dans l'enquête SIRS de 2005, aucune différence significative n'a été observée entre les habitantes des ZUS de plus de 40 ans et celles des autres quartiers concernant l'ancienneté de la dernière mammographie. En outre, les motifs de l'absence de mammographie étaient proches entre ces deux groupes de population [7].

Encadré 22

**UN TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE**

Le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en Loire-Atlantique en 1996. Ce dépistage repose sur une mammographie à laquelle les femmes de 50 à 74 ans sont conviées tous les deux ans par l'association Cap Santé Plus-44, structure départementale de gestion des dépistages organisés des cancers.

Le taux de participation à ce programme pour la période 2011-2012 s'élève à 63 %<sup>40</sup> pour les femmes Nantaises. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (53 %), mais est inférieur au taux observé dans le reste du département (71 %) ainsi qu'à l'objectif national de 65 % fixé par le Plan cancer 2009-2013.

**Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein  
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France entière (moyenne 2011-2012)**



Sources : Cap Santé Plus-44, Insee, InVS

<sup>39</sup> Mammographie de dépistage organisé ou bilatérale.

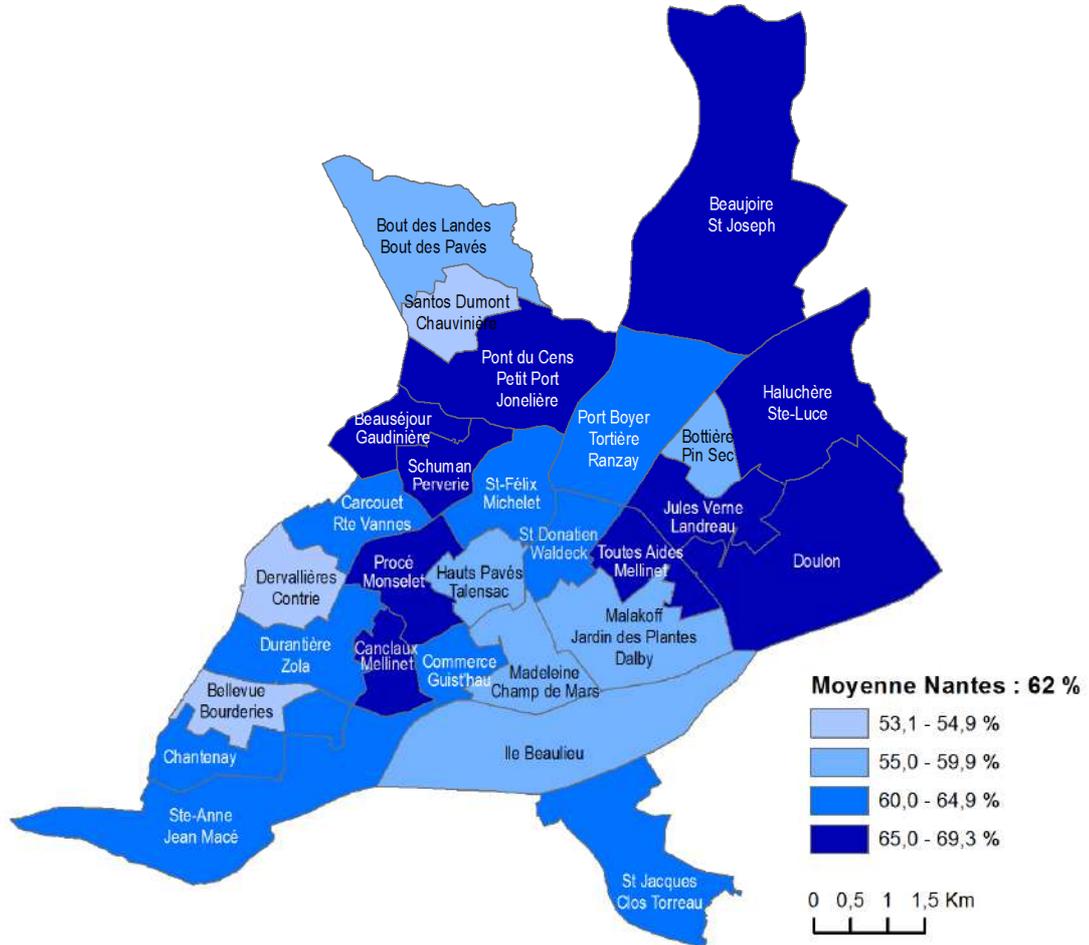
<sup>40</sup> Taux calculés à partir des populations du RP 2009.



Encadré 23

**Proportion brute de femmes de 50-74 ans ayant effectué une mammographie en secteur libéral au cours des 24 derniers mois par Triris**

Nantes (01/07/2011-30/06/2013)



Beaujoire/St Joseph	68%***	Hauts Pavés/Talensac	58%**
Beauséjour/Gaudinière	67%**	Ile Beaulieu	57%***
Bellevue/Bourderies	53%***	Jules Verne/Landreau	69%***
Bottière/Pin sec	58%*	Madeleine/Champ de Mars	56%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	56%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	57%***
Canclaux/Mellinet	68%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	69%***
Carcouet/Rte Vannes	62%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	64%
Chantenay	63%	Procé/Monselet	67%***
Clos Torreau/St Jacques	64%	Ste Anne/Jean Macé	60%
Commerce/Guist'hau	63%	St Félix/Michelet	64%
Dervallières/Contrie	53%***	Santos Dumont/Chauvinière	54%***
Doulon	69%***	Schuman/Perverie	68%**
Durantière/Zola	63%	St Donatien/Waldeck	62%
Haluchère/Ste Luce	68%**	Toutes Aides/Mellinet	67%*
		<b>Nantes</b>	<b>62 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat



## 7 Vaccination contre la grippe saisonnière chez la personne âgée

### Éléments de contexte

La grippe est une infection respiratoire aiguë ; souvent considérée comme bénigne, elle peut entraîner des complications graves chez les sujets à risque (personnes âgées ou fragilisées par une pathologie chronique). Plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus.

La vaccination est considérée comme la principale mesure de prévention de la grippe. Elle est possible pour tous les individus à partir de l'âge de six mois ; elle est recommandée pour les personnes à risque de complications (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines maladies chroniques, personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen et long séjour...), les femmes enceintes, les personnes présentant une obésité, les personnes en contact avec les personnes à risque de complication (professionnels de santé, entourage d'un nourrisson de moins de six mois présentant des facteurs de risque de grippe grave...)

L'assurance maladie prend en charge à 100 % le vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes ciblées par les recommandations.

Chez les 65 ans et plus, la couverture vaccinale, qui est en recul ces dernières années, est estimée à 53 % en 2012-2013, taux largement inférieur à l'objectif de 75 % retenu par la loi de santé publique.

- 55 % des Nantais, relevant du régime général, âgés de 65 ans ou plus, ont bénéficié d'un vaccin contre la grippe saisonnière entre le 1<sup>er</sup> septembre 2012 et le 31 janvier 2013<sup>41</sup>. Ce taux augmente avec l'âge, passant de 42 % chez les 65-74 ans à 65 % chez les 75 ans et plus.

Ces taux sont sous-estimés, plus particulièrement pour les 75 ans et plus, car ils ne prennent pas en compte les vaccins réalisés dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'une pharmacie à un usage interne. En effet, pour ces établissements, les médicaments sont pris en compte dans le forfait soins de l'EHPAD.

Ce taux de couverture vaccinale dans la population nantaise apparaît cohérent avec celui observé dans la population marseillaise, qui est toutefois calculé sur une période d'observation différente (48,5 % de septembre à décembre 2012) [70].

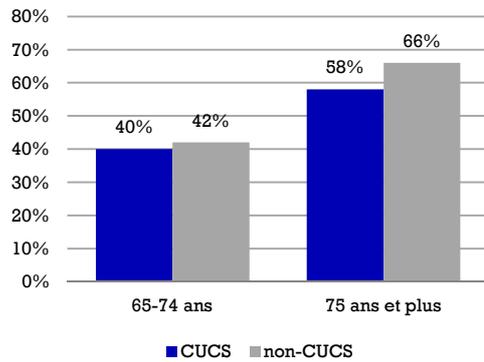
### Un moindre recours à la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 75 ans et + résidant dans les quartiers les moins favorisés

- Les habitants des territoires prioritaires du CUCS âgés de 65 ans et plus sont en proportion moins nombreux à avoir été vaccinés contre la grippe l'hiver 2012-2013 (49 % vs 56 %,  $p < 0,001$ ). Cet écart concerne les 75 ans et plus (58 % vs 66 %). Chez les 65-74 ans, la proportion est proche entre les deux groupes de population (Fig115). Des écarts sont notamment observés entre les territoires relevant du CUCS, la ZUS Quartier Est et le site prioritaire Halvêque présentent les plus faibles taux de personnes âgées vaccinées contre la grippe saisonnière (42 %).

<sup>41</sup> Hors vaccin effectué lors d'une hospitalisation dans le secteur public, vaccin effectué en EHPAD disposant d'une pharmacie à usage interne.



**Fig115 Proportion de personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe l'hiver 2012-2013 selon l'âge et le fait ou non de résider dans un territoire relevant du CUCS Nantes (01/09/2012-31/01/2013)**



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire  
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat

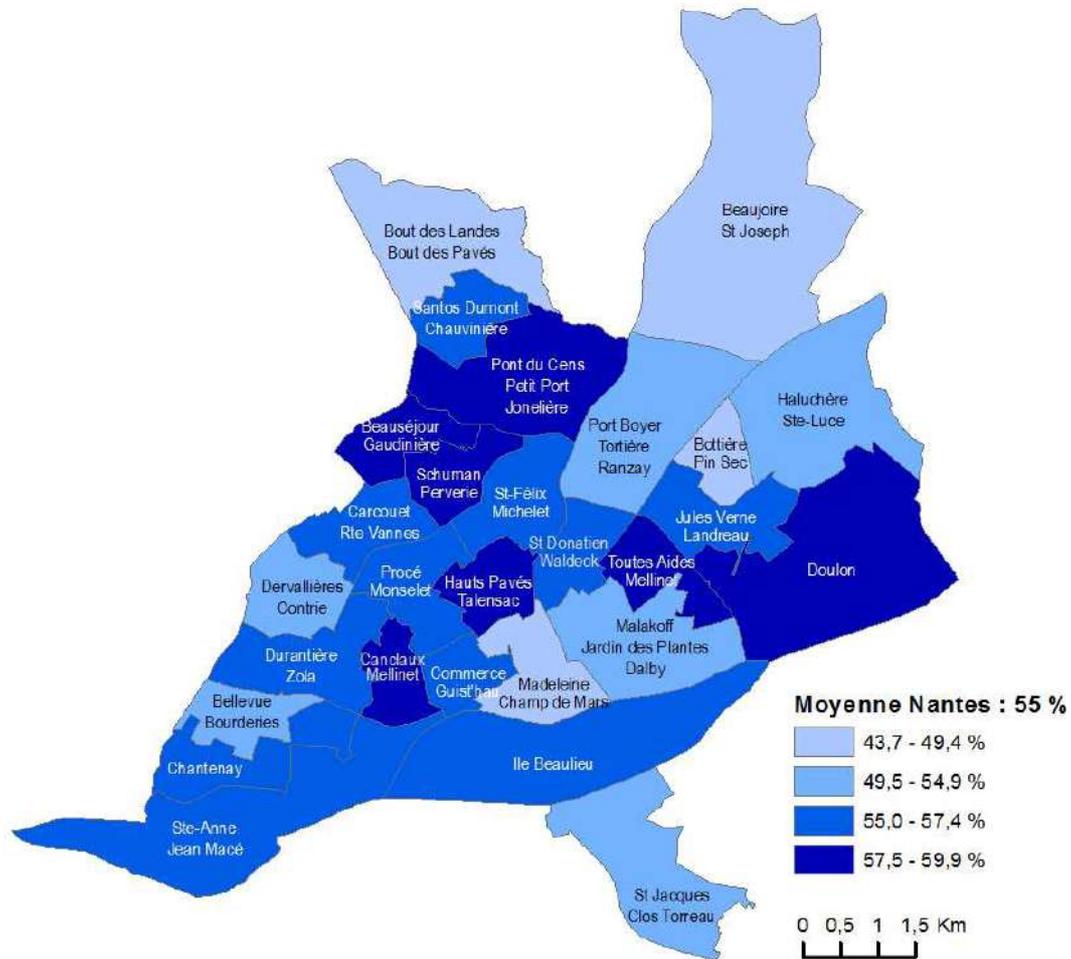
- La proportion de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe saisonnière pendant l'hiver 2012-2013 varie de 44 à 60 % selon les vingt-huit quartiers d'étude (encadré 24).



Encadré 24

**Proportion brute de personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe l'hiver 2012-2013 par Triris**

Nantes (01/09/2012-31/01/2013)



Beaujoire/St Joseph	47%***	Hauts Pavés/Talensac	58%*
Beauséjour/Gaudinière	60%**	Ile Beaulieu	56%
Bellevue/Bourderies	51%*	Jules Verne/Landreau	57%
Bottière/Pin sec	44%***	Madeleine/Champ de Mars	49%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	48%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	51%**
Canclaux/Mellinet	58%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	58%
Carcouet/Rte Vannes	56%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	53%
Chantenay	56%	Procé/Monselet	57%*
Clos Torreau/St Jacques	54%	Ste Anne/Jean Macé	57%
Commerce/Guist'hau	55%	St Félix/Michelet	57%
Dervallières/Contrie	53%	Santos Dumont/Chauvinière	57%
Doulon	59%*	Schuman/Perverie	58%
Durantière/Zola	56%	St Donatien/Waldeck	57%
Haluchère/Ste Luce	52%	Toutes Aides/Mellinet	58%
		<b>Nantes</b>	<b>55 %</b>

différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : \* 5 % ; \*\* 1 % ; \*\*\* 1 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire  
 Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat





## Bibliographie

- [1] Blanpain N. (2011). L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee première*. Insee. n° 1372. 4 p.
- [2] HCSP. (2013). Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». 33 p.
- [3] Cnamts. (2013). Fréquence des ALD au 31/12/2012. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php>.
- [4] Weill A, Vallier N, Salanave B, et al. (2006). Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. *Pratiques et organisation des soins*. Cnamts. vol. 37, n° 3. pp. 173-188.
- [5] Fender P, Païta M, Ganay D, et al. (1997). Prévalence des trente affections de longue durée pour les affiliés au Régime général de l'Assurance Maladie en 1994. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 45, n° 6. pp. 454-464.
- [6] Païta M, Ricordeau P, de Roquefeuil L, et al. (2007). Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. *Points de repère*. Cnamts. n° 8. 12 p.
- [7] Onzus. (2009). Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles. Les éditions de la DIV. 150 p.
- [8] Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G, et al. (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of epidemiology and community health*. vol. 63, n° 3. pp. 197-202.
- [9] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. (2013). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. InVS. 122 p.
- [10] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
- [11] INCa. (2014). Les cancers en France. Édition 2013. 260 p.
- [12] HAS, INCa. (2012). Guide médecin ALD n° 30 - Cancer colorectal. Adénocarcinome. 57 p.
- [13] Guignard R, Beck F, Richard JB, et al. (2013). Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Éd. Inpes. 56 p.
- [14] Menvielle G, Boshuizen H, Kunst AE, et al. (2009). The Role of Smoking and Diet in Explaining Educational Inequalities in Lung Cancer Incidence. *Journal of the national cancer institute*. vol. 101, n° 5. pp. 321-330.
- [15] Grosclaude P, Remontet L, Belot A, et al. (2013). Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. InVS. 412 p.
- [16] International Agency for research on cancer. (2007). Attributable Causes of Cancer in France in the year 2000. 177 p.
- [17] Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, et al. (2014). Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 30-31. pp. 493-499.
- [18] Romon I, Dupin J, Fosse S, et al. (2006). Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 45. pp. 347-350.
- [19] Institut Pasteur. (2009). Tuberculose. [En ligne]. <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/tuberculose>.
- [20] Circulaire de la DAP n° 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.
- [21] Antoine D, Che D. (2013). Épidémiologie de la tuberculose en France. Journée tuberculose, 10 avril 2013. 16 p. [diaporama].
- [22] Ollivier R, Hubert B. (2013). Surveillance de la tuberculose dans les Pays de la Loire entre 2001 et 2011. *BVS. Bulletin de veille sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 17. 8 p.
- [23] Charlet F, Blanes de Canecaude J, Polignano S. (2011). La tuberculose déclarée dans les Bouches du Rhône. Année 2010. Principales données épidémiologiques. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. 16 p.



- [24] Receveur MC, Laville I, Texier-Maugein J, *et al.* (2010). La surveillance épidémiologique de la tuberculose en Gironde (France), 1995-2008 : de l'intérêt du travail en réseau. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 49-50. pp. 507-510.
- [25] OMS. (2012). La démence. *Aide-mémoire*. n° 362. 3 p.
- [26] Gallez C. (2005). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Assemblée nationale. 256 p.
- [27] Inserm. (2007). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux, sociétaux. Expertise collective. Les éditions Inserm. 654 p.
- [28] Anaes, Fédération française de psychiatrie. (2000). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000. Éd. John Libbey Eurotext. 446 p.
- [29] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, *et al.* (2010). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. InVS. 8 p.
- [30] Courtet P. (2010). Suicides et tentatives de suicide. Éd. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.
- [31] Inserm. (2001). Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Les éditions Inserm. 358 p.
- [32] INCa. (2011). Alcool et cancers (Fiches repère). 8 p.
- [33] Dalichampt M, Thélot B. (2008). Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. InVS. 46 p.
- [34] Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. (2011). Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 19-20. pp. 328-332.
- [35] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2013). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2012. 110 p.
- [36] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.
- [37] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2011). La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2010. Éd. La Documentation française. 383 p.
- [38] Fonds de financement de la CMU. (2014). Rapport d'activité 2013 du Fonds CMU. 132 p.
- [39] Célant N, Guillaume S, Rochereau T. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Irdes. 302 p.
- [40] Boisguérin B. (2012). Renoncement aux soins. Actes du colloque. Drees. 150 p.
- [41] Fonds de financement de la CMU. Bénéficiaires de la CMU-C. [En ligne]. [http://www.cmu.fr/effectifs\\_cmuc.php](http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php).
- [42] Insee. (2014). Résultats du recensement de la population 2011. [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2011/rp2011.htm>.
- [43] Onzus. (2012). Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2012. Les éditions de la DIV. 292 p.
- [44] Couble V, Giacalone L, Libersac AC, *et al.* (2014). Étude des motifs de non renouvellement de l'aide à la complémentaire santé. Fonds de financement de la CMU, EN3S. 63 p.
- [45] Chauveaud C, Rode A, Warin P. (2010). Le non-recours aux soins des actifs précaires. Odenore. 8 p.
- [46] Or Z, Jusot F, Yilmaz E. (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe. *Revue économique*. vol. 60, n° 2. pp. 521-543.
- [47] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. [En ligne]. <http://www.ameli.fr>.
- [48] Dourgnon P, Guillaume S, Naïditch M, *et al.* (2007). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 124. 4 p.
- [49] Enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire. .
- [50] Cnamts. Snir 2012 (Système national interrégimes).
- [51] Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, *et al.* (2007). La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *Études et résultats*. Drees. n° 588. 8 p.
- [52] Devaux M, de Looper M. (2012). Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-09. Health Working Paper n° 58. Organisation de coopération et de développements économiques. 60 p.
- [53] Fonds de financement de la CMU. (2009). Évaluation de la loi CMU. Rapport n° 4. Juin 2009. 132 p.



- [54] Rochereau T, Azogui-Lévy S. (2013). La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 185. 6 p.
- [55] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2011). Synthèse du plan de prévention bucco-dentaire. 7 p.
- [56] Calvet L, Moisy M, Chardon O, *et al.* (2013). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats*. Drees. n° 847. 6 p.
- [57] Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. (2012). Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Irdes. 232 p.
- [58] Onzus. (2011). Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2011. Les éditions de la DIV. 304 p.
- [59] Insee Midi-Pyrénées, ARS Midi-Pyrénées. (2014). Caractéristiques et recours aux soins des populations bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire : plus jeunes, plutôt féminines et en moins bonne santé. 8 p.
- [60] Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Irdes. 254 p.
- [61] Inserm. (2007). Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Expertise collective. Les éditions Inserm. 842 p.
- [62] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [63] Vilain A, Gonzalez L, Rey S, *et al.* (2013). Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. *Études et résultats*. Drees. n° 848. 6 p.
- [64] INCa. (2013). Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus (Fiches repère). 8 p.
- [65] HAS. (2010). La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. 235 p.
- [66] InVS. (2012). Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer du sein. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 35-36-37. pp. 389-420.
- [67] INCa. (2012). Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013 ? 18 p.
- [68] HAS. (2011). La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. Synthèse et recommandations. 54 p.
- [69] Duport N, Serra D, Goulard H, *et al.* (2008). Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. vol. 56, n° 5. pp. 303-313.
- [70] SIRSéPACA - Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. [En ligne]. <http://www.sirsepaca.org>.





## Éléments de méthode

### ► Admissions en ALD

#### Source

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin, en affection de longue durée (ALD), admission qui est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire une prise en charge à 100 % par rapport au tarif de l'assurance maladie). La liste des ALD, définie par décret, comprend trente causes d'exonération différentes. Une admission en ALD peut également être acceptée pour des affections hors liste (ALD n°31) ou en cas de polyopathie invalidante (ALD n°32).

Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile du patient. Elles concernent les nouvelles admissions (incidence) en ALD<sub>30</sub> (hors ALD n°31 et 32) pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants), qui couvrent au moins 95 % de la population. Ces données sont issues des bases de données mises à disposition de la Fédération des Observatoires régionaux de la santé (Fnors) par les caisses nationales d'assurance maladie notamment pour alimenter la base de données SCORE-santé.

Ces données sont regroupées soit selon le numéro d'ALD, soit selon le code de la Classification internationale des maladies (CIM), une même ALD pouvant recouvrir plusieurs diagnostics différents. Les résultats sont présentés par numéro d'ALD<sub>30</sub>, ou à partir du code CIM10 renseigné en étiologie de l'ALD, regroupé selon les chapitres et sous-chapitres de la CIM10.

#### Indicateurs utilisés

L'effectif d'admission est la moyenne des effectifs des admissions sur une période de trois ans (2008-2010).

L'indice comparatif d'admission en ALD permet de comparer, globalement ou par numéro d'ALD, ou par regroupements de codes de la CIM10, l'incidence d'une zone géographique (ici : Laval, Mayenne hors Laval, Pays de la Loire) avec la moyenne d'une autre zone géographique (ici : France métropolitaine).

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD observé dans une zone géographique au nombre d'admissions qui serait obtenu si les taux d'admission pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de la zone géographique de comparaison (ici : France métropolitaine). Cet indicateur est calculé sur une période de trois ans (2008-2010).

Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2009, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible à l'échelle infradépartementale par âge détaillé.

La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du Chi<sup>2</sup> au seuil de 5 %. *Exemple* : l'indice comparatif d'admissions en ALD de la France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une incidence supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un indice de 84 une sous-incidence de 16 % à cette moyenne.

#### Limites d'utilisation des ALD exonérantes à des fins épidémiologiques

Le nombre de personnes admises en affection de longue durée exonérante pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

- Certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, ce qui conduit à une sous-estimation des nouveaux cas. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants :
  - existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue, englobant la prise en charge de la nouvelle affection (ex : patient initialement exonéré pour diabète et développant une hypertension artérielle),



- exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médicosocial...),
- couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle...),
- raisons de confidentialité.

- **Une surestimation de l'incidence est également possible.**

C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant. Actuellement, les durées d'attribution du bénéfice d'une ALD exonérante sont de cinq ans pour la plupart des pathologies.

Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).

- **Certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie,** notamment dans les contextes suivants :

- amélioration des possibilités de diagnostic,
- évolution des possibilités thérapeutiques, et notamment disponibilité de nouveaux traitements coûteux,
- évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits,
- évolution de la situation financière du patient,
- modification du bénéfice lié à l'exonération du ticket modérateur.

Par ailleurs, il faut souligner que pour certaines pathologies, le motif d'admission retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral ou hémiplégié par exemple).

## ► Causes médicales de décès

### Source

Les statistiques des causes médicales de décès sont établies annuellement par l'Inserm CépiDc à partir des données des certificats médicaux de décès, qui mentionnent, pour chaque décès, la cause initiale et la cause immédiate de la mort, ainsi que les états morbides associés. Ces données sont croisées avec les informations sociodémographiques sur la personne décédée transmises par l'Insee. Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies (9<sup>e</sup> révision entre 1979 et 1999, 10<sup>e</sup> depuis 2000).

Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (et non au lieu de survenue de décès). Elles concernent uniquement la cause initiale de décès. Elles sont issues des bases de données de l'Inserm CépiDc mises à disposition par la Fnors (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé), ou du site internet de l'Inserm CépiDc.

### Indicateurs utilisés

L'effectif de décès est la moyenne des effectifs de décès sur la période 2008-2010.

Le taux de mortalité standardisé sur l'âge est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici, population européenne IARC 1976). Son calcul est réalisé selon la méthode dite directe sur une période de trois ans, et se base sur les taux de mortalité spécifiques par tranche d'âge. Il permet de comparer la situation de deux territoires ou deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

L'indice comparatif de mortalité permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité d'une zone géographique (ici : Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, autres villes françaises) avec la moyenne d'une autre zone géographique (ici : France métropolitaine). Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation indirecte.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de la zone géographique de comparaison (ici : France



métropolitaine). Cet indicateur est calculé sur une période de trois ans (2008-2010). La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du Chi2 au seuil de 5 %.

*Exemple* : l'indice comparatif de mortalité de la France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un indice de 84 une sous-mortalité de 16 % à cette moyenne.

## ► Incidence des cancers

### Source

Le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée a été mis en place en 1998. Il enregistre tous les nouveaux cas de cancers chez les personnes habitant la Loire-Atlantique ou la Vendée au moment du diagnostic. Pour cette étude, le Registre a mis à disposition les données d'incidence des cancers pour Nantes et le reste du département de la Loire-Atlantique, pour les périodes 2004-2006 et 2008-2010.

### Indicateurs utilisés

L'effectif de nouveaux cas de cancers est la moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués entre 2008 et 2010 au sein de la population étudiée (ici : Nantes ou Loire-Atlantique hors Nantes).

Le taux d'incidence standardisé sur l'âge est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici, population mondiale modifiée Francim). Son calcul est réalisé selon la méthode dite directe, et se base sur les taux d'incidence spécifiques par tranche d'âge. Pour Nantes et la Loire-Atlantique (hors Nantes), les taux sont calculés sur les périodes 2004-2006 et 2008-2010. Pour la France métropolitaine, ils sont calculés à partir des estimations nationales d'incidence des années 2005 et 2010 (2009 pour le cancer de la prostate).

Il permet de comparer la situation de deux territoires ou deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

L'indice comparatif d'incidence permet de comparer, globalement ou pour une localisation cancéreuse donnée, l'incidence d'une zone géographique (ici : Nantes ou Loire-Atlantique hors Nantes) avec la moyenne d'une autre zone géographique (ici : France métropolitaine). Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation indirecte.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de nouveaux cas de cancers observé dans une zone géographique au nombre de nouveaux cas de cancers qui serait obtenu si les taux d'incidence pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de la zone géographique de comparaison (ici : France métropolitaine).

Cet indicateur a été calculé pour les deux périodes 2004-2006 et 2008-2010 en rapportant le nombre de nouveaux cas observés au nombre de nouveaux cas théorique. Cet effectif théorique a été calculé à partir des taux nationaux d'incidence des années 2005 et 2010, issus des dernières estimations nationales établies par le réseau des Registres des cancers français Francim<sup>42</sup>.

Pour le cancer de la prostate, les dernières estimations d'incidence sont disponibles uniquement jusqu'en 2009. Les comparaisons de la situation nantaise et de celle du reste du département à la moyenne nationale ont été effectuées à partir des estimations nationales des années 2005 et 2009.

La significativité des indices comparatifs d'incidence a été testée à partir d'un test du Chi2 au seuil de 5 %.

*Exemple* : l'indice comparatif d'incidence de la France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une incidence supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un indice de 84 une sous-incidence de 16 % à cette moyenne.

---

<sup>42</sup> Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.



### ► Hospitalisations liées à une intoxication éthylique aiguë

Les données utilisées sont issues des bases nationales du PMSI-MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), mises à disposition de l'ORS par l'ATIH. Elles regroupent les séjours en établissements publics, privés et privés participant au service public hospitalier (PSPH). Les hospitalisations liées à une IEA ont été étudiées sur la période 2006-2011.

Les hospitalisations liées à une IEA retenues dans cette étude correspondent aux séjours hospitaliers avec l'un des codes suivants :

- un code F10.0<sup>43</sup> en diagnostic principal (DP) ou en diagnostic associé significatif (DAS),
- un code R78.0 en DP ou DAS,
- un code Y90 ou Y91 en DAS.

Au sein de ces séjours, une seconde sélection a été réalisée afin d'identifier les hospitalisations avec complications sévères, c'est-à-dire caractérisées par un coma ou par des soins de réanimation, intensifs ou de surveillance continue. Dans cette sélection, ont ainsi été retenus les séjours comportant :

- un code R40.2 « coma, sans précision » en DP ou DAS,
- un code F10.05 « intoxication aiguë avec coma » en DP ou DAS,
- un supplément de « réanimation », de « réanimation pédiatrique », de « soins intensifs issus de réanimation », de « soins intensifs », ou de « surveillance continue ».

### ► Analyse des données de la CPAM de Loire-Atlantique

#### Contexte

La Ville de Nantes développe une politique de prévention et de promotion de la santé vers les Nantais avec comme enjeu la lutte contre les inégalités de santé.

Pour contribuer à l'étude de ces inégalités, la CPAM de Loire-Atlantique a mis à disposition de la Mission santé publique de la ville de Nantes, dans le cadre d'une convention de partenariat, des données agrégées concernant l'accès et le recours aux soins des Nantais à l'échelle communale et infracommunale.

La Mission santé publique a confié l'analyse de ces données à l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

#### Champ des données

- Les données présentées dans ce document concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droits) relevant du régime général domiciliés à Nantes au 01/07/2013, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et hors bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME). Ces données excluent *in fine* les étudiants, les fonctionnaires, les bénéficiaires du régime agricole, du régime social des indépendants et des régimes spéciaux (Régime des Mines, militaires, SNCF, RATP, EDF-GDF, Sénat, Régime des Marins, Clercs de Notaire, Cultes...)

- Afin de mener des analyses à l'échelle infracommunale, les adresses des bénéficiaires ont fait l'objet d'une géolocalisation par le service géomatique de Nantes métropole (après accord de la CNIL). Les bénéficiaires pour lesquels l'adresse était inconnue ou imprécise ont été exclus de l'analyse (correspondant à environ 6 % des adresses).

Les données brutes ont été mises à disposition par la CPAM à l'échelon de l'Iris ou à un échelon géographique supérieur (Triris, quartier ou commune) afin de garantir le secret statistique, ainsi que selon le zonage des territoires relevant du CUCS (zones urbaines sensibles et sites prioritaires).

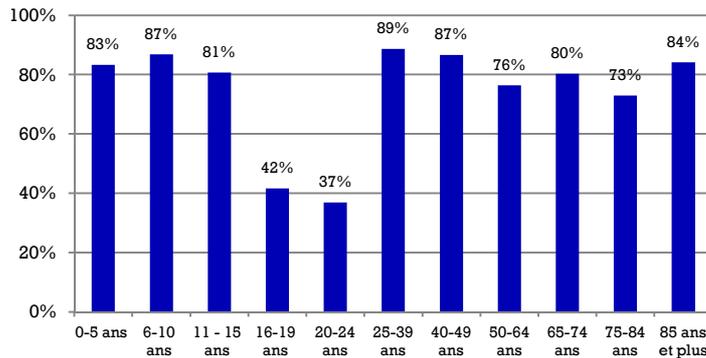
- Les données étudiées concernent au total 213 136 personnes, soit environ 75 % de la population nantaise.

Ce taux de couverture varie de 37 % à 89 % selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, ce taux est supérieur à 80 %. Il est inférieur à 45 % chez les 16-24 ans en raison de la non-inclusion des étudiants. Il avoisine 90 % chez les 25-49 ans, et il est plus faible au-delà.

<sup>43</sup> Y compris les subdivisions du code F10.0 (F10.00 à F10.07).



**Fig116 Taux de couverture du régime général (hors SLM et AME) selon l'âge Nantes (01/07/2013)**



Sources : CPAM de Loire-Atlantique, RP2010 - exploitation ORS Pays de la Loire

**Fig117 Effectif de bénéficiaires du régime général (hors SLM et AME) selon l'âge et le sexe Nantes (01/07/2013)**

	Hommes	Femmes	Total
0-5 ans	8 312	7 934	16 246
6-10 ans	6 197	5 944	12 141
11-15 ans	5 747	5 514	11 261
16-19 ans	4 013	3 785	7 798
20-24 ans	6 294	6 526	12 818
25-39 ans	31 193	28 583	59 776
40-49 ans	14 382	14 080	28 462
50-64 ans	15 502	18 505	34 007
65-74 ans	5 602	7 710	13 312
75-84 ans	3 749	7 423	11 172
85 ans et +	1 509	4 634	6 143
<b>Total</b>	<b>102 500</b>	<b>110 638</b>	<b>213 136</b>

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

- Les données brutes mises à disposition par la CPAM sont des effectifs de bénéficiaires et des effectifs de recours.

Un recours correspond à l'exécution à une date donnée d'au moins un acte remboursé par la CPAM. Lorsque plusieurs actes sont réalisés auprès d'un patient par un même professionnel à une date donnée, un seul recours est comptabilisé.

- Les indicateurs présentés dans ce document ne prennent pas en compte les actes réalisés dans certaines structures de soins, et notamment :

- les actes et consultations externes réalisés en établissement public et en établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic),
- les actes/soins réalisés lors d'une hospitalisation en établissement public et en Espic,
- les examens et actes réalisés dans les centres d'examens de santé,
- les soins délivrés dans le cadre de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass),
- les actes réalisés dans le cadre de la Protection maternelle infantile (PMI),
- les recours aux urgences sans hospitalisation.

Par ailleurs, les recours aux soins non remboursés et les actes gratuits ne sont pas comptabilisés.

### Analyse statistique

Les indicateurs qui ont été calculés à partir de ces données brutes sont de trois ordres :

- des taux/proportions de bénéficiaires concernés,
- des moyennes de recours par bénéficiaire du régime général,
- des moyennes de recours par bénéficiaire du régime général ayant eu recours lors de la période considérée.



De façon globale, les indicateurs ont été étudiés selon différents critères :

- la classe d'âge du bénéficiaire,
- le bénéficiaire ou non de la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) ; cette variable permet d'appréhender la situation des populations les plus précaires.
- le lieu de résidence, qui permet d'étudier les disparités territoriales. Celles-ci ont été étudiées selon deux zonages : le zonage Triris, qui correspond à un regroupement d'Iris (annexe 1), et selon le zonage CUCS/non CUCS (annexe 2).

Le zonage Triris a été privilégié au zonage plus fin de l'Iris car, pour un certain nombre d'indicateurs, les données brutes n'étaient pas disponibles à l'échelle de l'Iris en raison du respect du secret statistique. Ainsi, les données ont été étudiées selon les 28 Triris composant la ville de Nantes (annexe 1). Chaque Triris comporte entre 4 722 à 12 417 bénéficiaires du régime général.

Le zonage CUCS/non CUCS distingue les territoires relevant du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et les autres qui ne le sont pas. Les territoires CUCS regroupent les neuf quartiers suivants : Bellevue/Bourderies, Dervallières, Malakoff, Breil/Malville, Quartiers Nord, Port Boyer, Halvêque, Quartier Est, Le Clos Toreau (cf. annexe 2).

Ces neuf quartiers comportent au total 39 631 bénéficiaires du régime général (hors sections locales mutualistes). Chaque territoire CUCS comporte entre 1 258 à 8 107 bénéficiaires du régime général.

Le recours aux soins varie notamment selon l'âge. Les indicateurs étudiés ont donc été standardisés sur l'âge, lorsque cela était possible et justifié.

A défaut d'un niveau de détail fin des données à l'échelle infracommunale par âge, cette standardisation directe a été effectuée le plus souvent sur la base de classes d'âge assez larges : 0-15 ans ; 16-39 ans ; 40-64 ans ; 65 ans et plus. Cette contrainte méthodologique est susceptible d'atténuer les écarts observés pour certains indicateurs, notamment ceux qui varient fortement avec l'âge.

Les comparaisons des proportions ont été réalisées à l'aide du test Chi2 avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

Une cartographie par Triris a été réalisée pour un certain nombre d'indicateurs.

La constitution des classes a été établie sur la base de la méthode statistique dite des seuils naturels (seuils de Jenks). Le découpage en classes est déterminé de façon à minimiser la variance intraclasse et à maximiser la variance interclasse. Elle présente l'avantage de proposer un découpage où les entités d'une même classe sont les plus proches possibles et de bien isoler les différents groupes. Les seuils des classes ont été arrondis à la valeur entière ou à la première décimale.

### **Mise en regard des résultats obtenus avec ceux de la littérature**

Les résultats observés pour les habitants de Nantes ont été confrontés aux données disponibles dans la littérature.

Notamment, les comparaisons effectuées selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C ont été rapprochées des résultats publiés de l'enquête ESPS réalisée par l'Irdes.

Les comparaisons effectuées selon le critère de résidence CUCS/non CUCS ont été rapprochées des résultats de l'enquête ESPS publiés par l'ONZUS et l'Irdes, ou encore des résultats de la cohorte SIRS menée auprès d'un échantillon représentatif de personnes de la région parisienne.



Encadré 25

#### L'ENQUETE ESPS ET LA COHORTE SIRS

L'**Enquête santé protection sociale (ESPS)** est réalisée par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) tous les deux ans. Elle recueille, depuis 1988, des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins auprès d'un échantillon de plus de 8 000 ménages vivant en milieu ordinaire (hors institution) en France métropolitaine, soit près de 23 000 personnes de tous âges. Cette enquête représentative est réalisée par téléphone ou à défaut en face à face. S'y ajoute un recueil de données par des questionnaires auto-administrés concernant l'état de santé, le recours aux soins, la couverture complémentaire et les conditions de travail.

La **cohorte SIRS** (Santé, inégalités et ruptures sociales) a été constituée en 2005 dans le cadre d'un projet de recherche collaboratif entre l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Centre national de la recherche scientifique (Cnrs) et l'Institut national d'études démographiques (Ined).

Un échantillon aléatoire de 3 000 personnes, représentatif de la population francophone de plus de 18 ans vivant dans l'agglomération parisienne (départements de Paris (75), des Hauts-de-Seine (92), de Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94)), a été constitué par tirage au sort à trois niveaux successifs (iris, ménage, individu).

Une première vague d'enquête s'est déroulée en face à face, à domicile, à l'automne 2005 (entretien d'une durée moyenne de 50 minutes). Une seconde vague a été réalisée en 2007 par téléphone et une troisième en 2009-2010 en face-à-face.

Lors de ces enquêtes, ont été recueillies, pour chaque individu, des informations concernant la situation économique, l'intégration sociale, le capital psychologique, l'état de santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation du système de soins.

#### Analyse exploratoire du recours aux soins selon le niveau de couverture complémentaire santé chez les enfants et les personnes âgées

Les données transmises par la CPAM étaient détaillées selon le niveau de couverture complémentaire santé du bénéficiaire : complémentaire santé (CS) connue par la CPAM, pas de complémentaire santé (CS) connue par la CPAM, CMU-C.

Une analyse préliminaire de cette variable a mis en évidence que la proportion globale de bénéficiaires identifiés sans CS connue par la CPAM ne permettait pas d'apprécier le taux effectif de bénéficiaires ne disposant pas de CS. En effet, chez les 16-39 ans, le taux de bénéficiaires sans CS connue était, en effet, particulièrement élevé (22 %) au regard des données disponibles dans la littérature (6 % selon l'enquête ESPS 2012 [39]).

Une analyse exploratoire des recours aux soins selon la notion de CS connue ou non a toutefois été menée chez les enfants et les personnes âgées, pour lesquels le biais semblait moins marqué.

Les résultats de cette analyse présentés, en annexe 4, doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du manque de fiabilité de cette variable « complémentaire santé ».





# Annexes



## Annexe 1. Cartographie des Triris





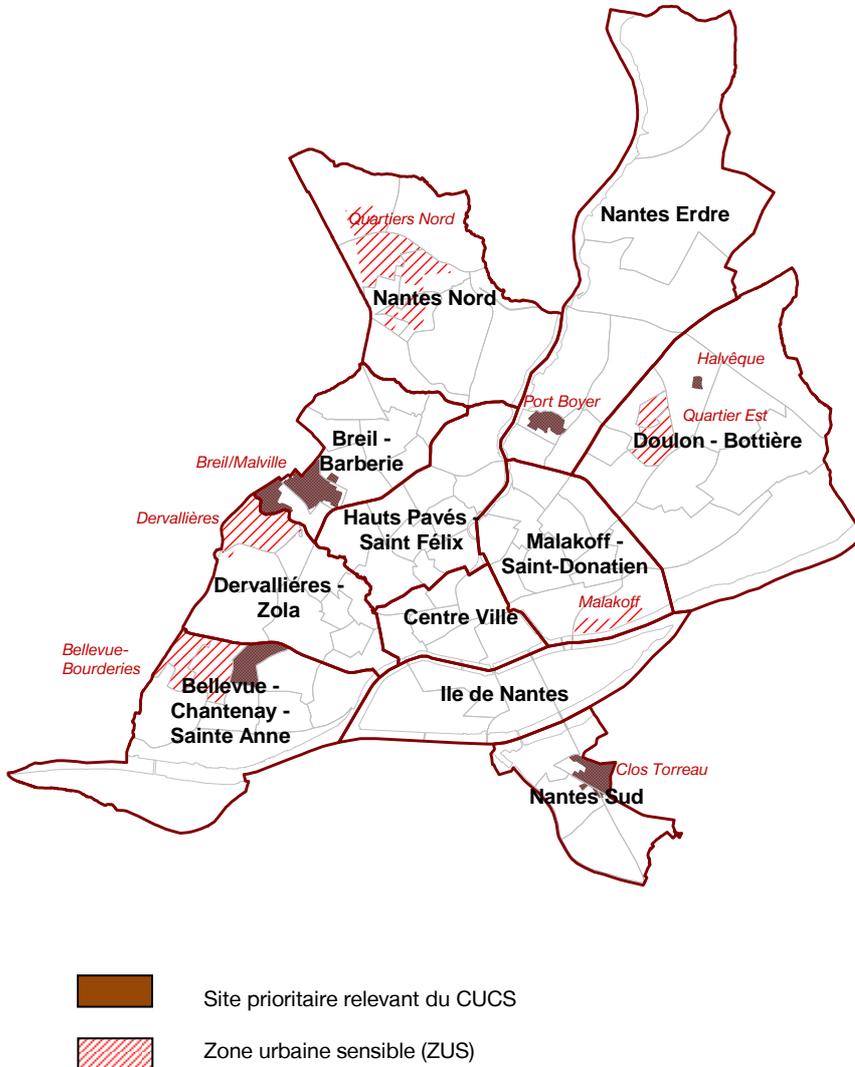
## Composition des Triris

Triris	N° Iris	Libellé Iris		Triris	N° Iris	Libellé Iris
Beaujoire/ St Joseph	0906	Beaujoire-Halvêque		Ile Beaulieu	0601	ZA Sainte-Anne-Zone Portuaire
	0908	ZA Chanterrie-Gachet			0602	République-Les Ponts
	0909	Saint-Joseph-Erdre			0603	Beaulieu-Mangin
	0910	Saint-Joseph-Bourg			0604	Ile Beaulieu
Beauséjour/ Gaudinière	0705	Beauséjour		Jules Verne/ Landreau	1002	Le Landreau
	0706	Gaudinière			1003	Bd des Poilus
	0707	Barberie			1005	Jules Verne
Bellevue/ Bourderies	0202	Mendès France		Madeleine/ Champ de Mars	0102	Gloriette-Feydeau
	0203	Lauriers			0105	Bretagne
	0204	Croix Bonneau-Bourderies			0106	Decré-Cathédrale
Bottière/ Pin sec	1006	La Bottière			0108	Madeleine
	1007	Pilotière			0109	Champ de Mars
	1008	Pin Sec			0504	Dalby
Bout des Landes/ Bout des Pavés	0803	Bout des Pavés-Chêne des Anglais		Malakoff/ Jardin des Plantes/ Dalby	0505	Coulmiers-Jardin des Plantes
	0804	Bout des Landes			0506	Malakoff
	0805	ZA Hauts de Gesvre			0507	Vieux Malakoff
Canclaux/ Mellinet	0307	Petit Bois		Pont du Cens/ Petit Port/ Jonelière	0508	Richebourg-Saint-Clément
	0308	Canclaux			0801	Pont du Cens-Côte d'Or
	0309	Mellinet			0808	Bourgeonnière-Petit Port
	0311	Gare Maritime			0809	Jonelière-Université
	0312	Bouhier			0901	Plessis Tison
Carcouet/ Rte Vannes	0701	Carcouet		Port Boyer/ Tortière/ Ranzay	0902	Tortière
	0702	Breil-Malville			0903	Port Boyer
	0703	Rte de Vannes			0904	Eraudière-Renaudière
Chantenay	0201	Plessis Cellier-Roche Maurice		Procé/ Monselet	0905	Ranzay-Grand Clos
	0205	Mairie de Chantenay			0401	Procé
	0208	Boucardière-Mallève			0402	Monselet
Clos Torreau/ St Jacques	1101	Grêneraie-Clos Torreau		Saint-Felix/ Michelet	0406	Vannes-Saint-Pasquier
	1102	Saint-Jacques-Pirmil			0407	Rennes-Bellamy
	1103	Saint-Jacques-Ripossière			0409	Saint-Félix
	1104	Sèvre			0410	Université-Michelet
	1105	Lion d'Or-Gilarderie			0802	Chauvinière
Commerce/ Guist'hau	0101	Dobrée-Bon Port		Santos Dumont/ Chauvinière	0806	Santos Dumont
	0103	Graslin-Commerce			0807	Boissière
	0104	Guist'hau			0708	Schuman
Dervallières/ Contrie	0302	Contrie		Schuman/ Perverie	0709	Rond Point de Rennes
	0303	Dervallières-Chézine			0710	Perverie
	0304	Joncours-Procé			0509	Waldeck-Sully
Doulon	1001	Mairie de Doulon		St Donatien/ Waldeck	0510	Saint-Donatien
	1011	Le Vieux Doulon			0511	Coudray
	1013	ZA Les Mauves			0206	Salorges-Sainte-Anne
Durantière/ Zola	0301	Durantière		Ste-Anne/ Jean Macé	0207	Jean Macé
	0305	Grillaud-Procé			0209	ZA Cheviré-Zone Portuaire
	0306	Zola			0501	Caserne Mellinet
Haluchère/ Sainte-Luce	1009	Haluchère-Perray		Toutes Aides/ Caserne Mellinet	0502	Âgenêts
	1010	Route de Sainte-Luce			0503	Toutes-Aides
	1012	ZA Le Bois Briand				
Hauts Pavés/ Talensac	0403	Viarme				
	0404	Talensac-Pont Morand				
	0405	Hauts Pavés				
	0408	Bellamy-Barbin				



## Annexe 2. Cartographie des territoires relevant du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS)

Les territoires relevant du Contrat urbain de cohésion sociale sont composés des cinq Zones urbaines sensibles (Quartiers Nord, Quartier Est, Malakoff, Dervallières, Bellevue/Bourderies) et des quatre sites prioritaires (Breil/Malville, Port Boyer, Halvêque, Clos Torreau).





**Annexe 3. Nombre total de décès observés, proportion observée et standardisée de décès prématurés selon le territoire Nantes (cumul des années 2007-2013 et 2000-2006)**

	2007-2013			2000-2006		
	Nb cumulé de décès prématurés observés	% observée de décès prématurés	% standardisée de décès prématurés	Nb cumulé de décès prématurés observés	% observée de décès prématurés	% standardisée de décès prématurés
Beaujoire/St Joseph	137	42%	24%	104	38%	22%
Beauséjour/Gaudinière	82	20%	28%	81	20%	24%
Bellevue/Bourderies	185	41%	31%	200	44%	35%
Bottière/Pin sec	132	41%	34%	131	39%	33%
Bout des Landes/Bout des Pavés	126	46%	34%	144	52%	35%
Canclaux/Mellinet	96	14%	17%	112	17%	18%
Carcouet/Rte Vannes	92	22%	24%	113	24%	31%
Chantenay	83	18%	19%	116	26%	28%
Clos Torreau/St Jacques	157	22%	26%	145	22%	25%
Commerce/Guist'hau	117	18%	21%	83	14%	17%
Dervallières/Contrie	120	32%	30%	173	38%	36%
Doulon	62	17%	18%	79	20%	19%
Durantière/Zola	157	18%	24%	174	20%	25%
Haluchère/Sainte-Luce	61	30%	20%	48	34%	22%
Hauts Pavés/Talensac	76	13%	15%	99	16%	21%
Ile Beaulieu	206	27%	28%	207	34%	32%
Jules Verne/Landreau	98	15%	17%	104	20%	20%
Madeleine/Champ de Mars	177	41%	30%	183	39%	34%
Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	186	20%	19%	205	23%	25%
Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	93	27%	20%	73	23%	16%
Port Boyer/Tortière/Ranzay	178	28%	25%	168	26%	22%
Procé/Monselet	113	16%	23%	111	15%	21%
Sainte-Anne/Jean Macé	89	27%	21%	113	31%	28%
Saint-Felix/Michelet	68	21%	22%	80	23%	24%
Santos Dumont/Chauvinière	110	33%	37%	102	31%	34%
Schuman/Perverie	60	23%	23%	51	18%	20%
St Donatien/Waldeck	68	16%	17%	75	15%	20%
Toutes Aides/Caserne Mellinet	69	24%	24%	78	25%	25%
<b>Total</b>	<b>3198</b>	<b>24%</b>	-	<b>3352</b>	<b>25%</b>	-

Sources : Etat civil Ville de Nantes, RP (Insee), exploitation ORS



#### **Annexe 4. Analyse des taux de recours selon le niveau de couverture complémentaire santé chez les enfants et les personnes âgées**

- Les données transmises par la CPAM étaient détaillées selon trois niveaux de couverture complémentaire santé du bénéficiaire : complémentaire santé (CS) connue par la CPAM, complémentaire santé non connue par la CPAM, CMU-C.
- Une analyse préliminaire des données en fonction de cette variable a mis en évidence que la proportion globale de bénéficiaires sans CS connue par la CPAM ne permettait pas d'apprécier le taux de bénéficiaires ne disposant pas de CS. En effet, dans la population nantaise relevant du régime général (hors sections locales mutualistes), le taux de bénéficiaires sans CS connue par la CPAM s'élevait à 15 % alors que seulement 5 % des personnes enquêtées dans l'enquête nationale ESPS de 2012 déclarent ne pas être couvertes par une complémentaire santé [39].
- Cet écart entre les données de la CPAM et l'enquête ESPS est particulièrement marqué chez les adultes d'âge moyen. Le taux de personnes sans CS connue est notamment trois à quatre fois supérieur aux taux observés dans l'enquête ESPS. Chez les enfants et les personnes âgées de 65 ans et plus, l'écart entre les données de la CPAM et l'enquête ESPS est un peu moins marqué.
- Une analyse exploratoire des recours aux soins des Nantais relevant du régime général (hors sections locales mutualistes) selon la connaissance ou non d'une CS a donc été menée pour ces deux groupes de population afin de vérifier si les modalités « CS connue » ; « CS non connue » permettaient d'identifier les bénéficiaires « avec CS » et « sans CS ». Pour les adultes d'âge moyen, cette analyse n'a pas été réalisée car l'écart entre les données de la CPAM et l'enquête ESPS est trop important.

	<b>Nantes (régime général) % CS non connue</b>	<b>ESPS 2012 – France métropolitaine % non couverts par CS (privée ou CMU-C)</b>
0-15 ans	8 %	4 % (0-14 ans)
16-39 ans	22 %	6 % (15-39 ans)
40-64 ans	12 %	4 %
65 ans et plus	9 %	5 %
<b>Total</b>	<b>15 %</b>	<b>5 %</b>

- Chez les enfants comme chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les écarts de taux de recours aux soins de ville étudiés sont particulièrement importants entre les bénéficiaires « avec CS connue » et « sans CS connue ».

Mais lorsque l'on considère les seuls bénéficiaires ayant eu recours aux soins sur la période étudiée (« les consommateurs/consultants »), le nombre d'actes remboursés est relativement proche entre les bénéficiaires « avec CS connue » et les bénéficiaires « sans CS connue » chez les enfants comme chez les personnes âgées de 65 ans et plus, quel que soit l'indicateur considéré.

Ce constat apparaît contradictoire avec les données de la littérature qui mettent en évidence un moindre recours aux soins chez les personnes qui ne bénéficient pas de CS [40]. Dans ce contexte, on peut faire l'hypothèse que parmi les bénéficiaires « sans CS connue », une part non négligeable d'entre eux bénéficie en fait d'une CS privée qui n'est pas connue de la CPAM. De ce fait, on peut supposer que les écarts de recours entre les bénéficiaires avec CS et sans CS sont au moins aussi importants que ceux observés entre les bénéficiaires « avec CS connue » et les bénéficiaires « sans CS connue », qui figurent dans les deux tableaux ci-après.



**Comparaison des taux bruts de recours aux soins de ville entre les bénéficiaires « avec CS connue » et « sans CS connue » chez les enfants de moins de 16 ans  
Nantes**

	Avec CS connue (eff=28 112)		Sans CS connue (eff=3 152)		CMUC (eff=8 380)	
	%	Nb moyen d'actes/consommant	%	Nb moyen d'actes/consommant	%	Nb moyen d'actes/consommant
Médecin généraliste ou pédiatre au cours des douze derniers mois	83 %	3,9	54 %	3,3	87 %	5,0
Médecin généraliste en début ou fin de nuit au cours des douze derniers mois	10 %	1,3	6 %	1,4	20 %	1,7
Médecin généraliste nuit profonde au cours des douze derniers mois	2,4 %	1,1	1,9 %	1,2	5,6 %	1,2
Dentiste au cours des douze derniers mois	39 %	2,0	17 %	1,8	33 %	2,2
Soins d'orthodontie (6-15 ans) au cours des douze derniers mois	28 %	2,7	9 %	2,5	16 %	2,5
Ophthalmologiste au cours des 24 derniers mois	30 %	1,6	14 %	1,5	26 %	1,6
Remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois	19 %	1,4	9 %	1,2	18 %	1,3
Orthophoniste (6-10 ans) au cours des douze derniers mois	15 %	17,1	7 %	16,6	19 %	19,7

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

**Comparaison des taux bruts de recours aux soins de ville entre les bénéficiaires « avec CS connue » et « sans Cs connue » chez les personnes âgées de 65 ans et plus  
Nantes**

	Avec CS connue (hors CMUC) (eff=27 636)		Sans CS connue (eff=2 192)	
	%	Nb moyen d'actes/consommant	%	Nb moyen d'actes/consommant
Médecin généraliste au cours des douze derniers mois	94 %	7,0	69 %	6,0
Médecin généraliste en début ou fin de nuit au cours des douze derniers mois	4 %	1,3	4 %	1,3
Médecin généraliste nuit profonde au cours des douze derniers mois	1,7 %	1,2	1,3 %	1,2
Dentiste au cours des douze derniers mois	46 %	2,6	23 %	2,5
Prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois	26 %	1,6	13 %	1,4
Ophthalmologiste au cours des 24 derniers mois	61 %	2,9	33 %	2,8
Remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois	38 %	1,2	18 %	1,1
Vaccin contre la grippe saisonnière	57 %	-	32 %	-

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire



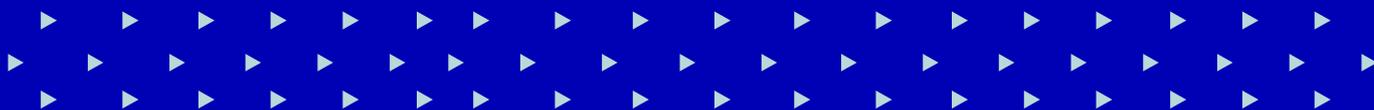
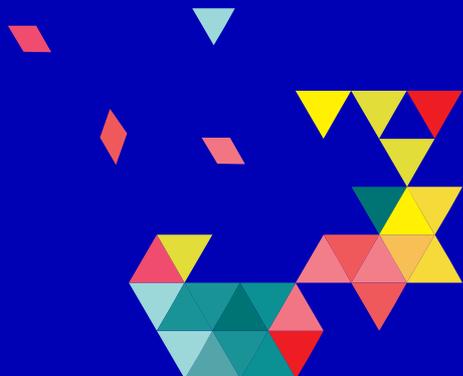
## Annexe 5. Résultats détaillés par territoire relevant du CUCS

	Bellevue – Bourderies	Dervallières	Malakoff	Breil – Malville	Quartiers Nord	Port Boyer	Halvêque	Quartier Est	Clos Toreau	Nantes
CMU-C (moins de 65 ans)	25%***	38%***	33%***	34%***	28%***	29%***	28%***	32%***	24%***	<b>13 %</b>
Attestation ACS délivrée	4,8%***	5,9%***	6,2%***	5,5%***	5,3%***	3,2%**	4,1%***	5,8%***	5,7%***	<b>2,1 %</b>
ALD <sup>1</sup>	16%***	16%***	18%***	16%*	18%***	17%***	17%**	17%***	16%*	<b>14 %</b>
Déclaration médecin traitant (16 ans et plus)	88%	88%	84%***	89%**	88%	88%	88%	88%	85%***	<b>88 %</b>
Médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois <sup>1</sup>	82%***	80%	81%	84%***	81%***	84%***	85%***	81%	82%*	<b>79 %</b>
Médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois (nb moyen d'actes par bénéficiaire du régime général) <sup>1</sup>	4,4	4,7	4,6	4,9	4,5	4,9	4,7	4,6	4,3	<b>4,0</b>
Médecin généraliste « en début ou fin de nuit » au cours des douze derniers mois <sup>1</sup>	8%***	9%***	9%***	8%***	10%***	9%***	8%***	9%***	8%***	<b>6 %</b>
Médecin généraliste « en début ou fin de nuit » au cours des douze derniers mois (0-15 ans)	15%***	17%***	16%***	11%	19%***	17%***	14%	15%***	16%**	<b>11 %</b>
Dentiste au cours des douze derniers mois <sup>1</sup>	34%***	31%***	32%***	35%***	32%***	38%*	38%*	33%***	34%***	<b>41 %</b>
Dentiste au cours des douze derniers mois (0-15 ans)	29 %	26 %	30 %	30 %	25 %	29 %	27 %	28 %	33 %	<b>36 %</b>
Prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois <sup>1</sup> (16 ans et plus)	17%	16%	16%	16%	15%**	16%	15%	16%	16%	<b>16 %</b>
Soins d'orthodontie au cours des douze derniers mois (6-15 ans)	20%***	13%***	15%***	12%***	15%***	13%***	15%***	14%***	13%***	<b>24 %</b>
Ophthalmologiste au cours des 24 derniers mois <sup>1</sup>	36%***	29%***	30%***	36%**	33%***	36%**	35%***	31%***	34%***	<b>39 %</b>
Remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois <sup>1</sup>	26%***	21%***	25%***	27%***	25%***	29%	28%	25%***	27%***	<b>30 %</b>
Orthophoniste au cours des douze derniers mois (6-10 ans)	15%	13%	14%	13%	9%***	25%**	18%	14%	13%	<b>15 %</b>
Gynécologue au cours des douze derniers mois (16 ans et plus) <sup>1</sup>	22 %***	19 %***	16 %***	22 %***	21 %***	16 %***	15 %***	14 %***	17 %***	<b>29 %</b>
Frottis au cours des 24 derniers mois (25-64 ans)	31%***	29%***	29%***	32%***	32%***	28%***	33%*	28%***	27%***	<b>38 %</b>
Mammographie au cours des 24 derniers mois (50-74 ans)	54%***	45%***	47%***	55%**	53%***	60%	59%	55%***	53%**	<b>62 %</b>
Vaccin contre la grippe saisonnière (65 ans et plus)	52%	47%***	46%**	52%	52%	46%*	42%***	42%***	45%**	<b>55 %</b>

Source : CPAM Loire- Atlantique, exploitation ORS Pays de La Loire

1. Taux ou nombre standardisé selon l'âge.





**Ville de Nantes**

Mission santé publique  
2 rue de l'Hôtel de Ville  
44094 Nantes Cedex 1  
Tél. 02 40 41 96 33

**Observatoire régional de la santé (ORS)**

Hôtel de la région • 1, rue de la Loire  
44966 Nantes Cedex 9  
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75  
[accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com)  
[www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)