

Profil santé ville 2014

L

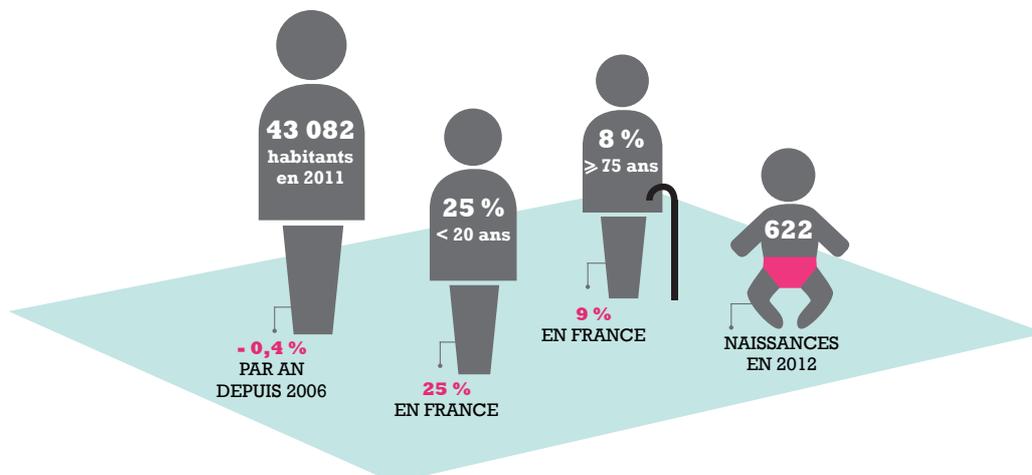


Sommaire

Vue d'ensemble de l'état de santé	05	Couverture maladie, accès aux soins	15
Problèmes de santé	08	Soins de premier recours	16
		Soins plus spécialisés	18

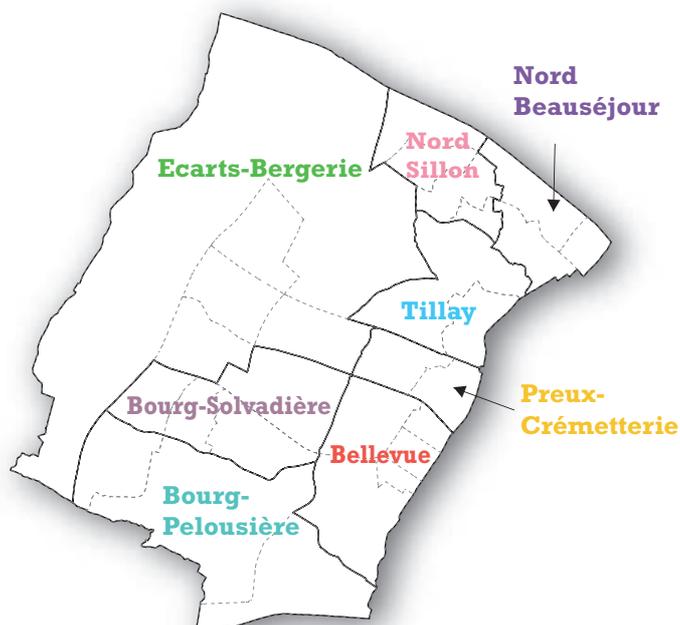


Éléments démographiques



Population des quartiers étudiés

Iris	Quartier	Nb d'habitants (RP 2010)
101, 102, 103, 104	Nord Sillon	5 698
201, 202, 203	Nord Beauséjour	6 588
301, 302	Tillay	4 675
401, 402	Preux-Crémetterie	3 778
501, 502, 503, 504, 505	Bellevue	8 198
601, 602, 603, 604	Bourg-Solvadière	7 127
506, 701, 702	Bourg-Pelousière	4 380
802, 803, 804, 805	Ecarts-Bergerie	2 709
	Saint-Herblain	43 153



Sources : Recensements de la population 2006, 2010, 2011, Etat civil (Insee)

Auteurs

Ce document a été réalisé par Sandrine David, Marie-Cécile Goupil, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec (ORS Pays de la Loire).

Remerciements

Les données présentées dans ce document ont été mises à disposition de l'ORS par l'ASIP Santé, l'ATIH, la CCMSA, la Cnamts, la CPAM de Loire-Atlantique, l'association Cap Santé Plus-44, la Fnors, l'Inserm CépiDc, le RSI, le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée.

Merci pour leur contribution à Matthieu Bonnaud, France Nanin, Nathalie Thomas (CPAM de Loire-Atlantique), Solenne Delacour et Dr Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée), Cécile Picherit (Nantes métropole).



Préambule

Ce profil a été établi à la demande de la ville de Saint-Herblain dans le cadre d'une étude initiée par Nantes métropole.

Il repose sur l'analyse d'un certain nombre de données concernant l'état de santé et le recours aux soins de la population de Saint-Herblain, ainsi que l'offre de soins sur la commune.

En raison du fort impact de la structure par âge de la population sur les indicateurs de santé et de recours aux soins, tous ces indicateurs sont, sauf mentions contraires, standardisés sur l'âge, c'est-à-dire qu'ils permettent des comparaisons entre années ou entre territoires en gommant les effets des différences de structure par âge.

Les indicateurs concernant la ville de Saint-Herblain ont ainsi été comparés, aussi souvent que possible, à la moyenne de Nantes métropole, à la moyenne de la Loire-Atlantique (hors Nantes métropole) et à la moyenne française. Les analyses infracommunales ont été réalisées sur les territoires définis en partenariat avec les services de la ville.

Les limites de cette description de la santé des habitants de Saint-Herblain et de certains de ses déterminants sont liées :

- à la disponibilité des indicateurs (toutes les données nécessaires à l'analyse du très vaste champ de la santé ne sont pas disponibles à l'échelon communal, et encore moins à l'échelle infracommunale),
- à la sélection des indicateurs étudiés. Tous les indicateurs de santé potentiellement mobilisables à l'échelle d'une commune n'ont pas été analysés dans ce travail (motifs d'hospitalisation par exemple).
- aux effectifs concernés, parfois insuffisants pour étudier les situations de façon détaillée ou sources de variations aléatoires importantes dans les séries chronologiques de données. Pour limiter cet impact, de nombreux indicateurs ont été calculés à partir de données cumulées sur plusieurs années.

Enfin, au-delà de ces limites de méthode, cette approche de la santé des Herblinois reste strictement quantitative et il importe de l'enrichir et de la confronter avec les perceptions des acteurs locaux.



Eléments de méthode : sources et indicateurs

Sources des données

► Affections de longue durée (ALD)

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin traitant, 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 une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %).

La liste des ALD, définie par décret, comprend trente causes d'exonération différentes.

Les données d'ALD présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile du patient. Ces données ont été étudiées à la fois en termes de prévalence et d'incidence, de façon globale ou selon la (les) pathologie(s) à l'origine de l'admission en ALD :

- les données d'incidence (nouvelles admissions en ALD sur la période 2006-2010) sont présentées en figures 6, 15, 18, 19, 20. Ces données couvrent les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants).

- les données de prévalence (nombre total de personnes en ALD à une date donnée) sont présentées figures 5, 16 et 17.

Les données de la figure 5, mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique, couvrent uniquement le régime général, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME). Elles concernent le nombre total de bénéficiaires (assurés et ayants droit) en ALD au 01/07/2013.

Les données présentées en figures 16 et 17 couvrent les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants). Elles concernent le nombre total de bénéficiaires (assurés et ayants droit) en ALD pour diabète au 31/12/2012.

En raison de leur caractère médico-administratif, les statistiques d'ALD présentent certaines limites pour apprécier la prévalence et l'incidence d'une pathologie dans une population. Notamment, certains patients ne demandent pas leur admission en ALD (existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue, exonération du ticket modérateur à un autre titre, couverture complémentaire satisfaisante, raisons de confidentialité...).

► Causes médicales de décès

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 (10^e révision : CIM-10 depuis 2010).

Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (et non au lieu de survenue de décès) et elles concernent uniquement la cause initiale de décès.

► Accès aux soins, couverture maladie et recours aux soins

Les données de couverture maladie et de recours aux soins présentées dans ce document ont été mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique. Ces données, issues des bases de remboursement, concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) relevant du régime général, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME).

Ces données sont rapportées au lieu de domicile du bénéficiaire. Les données de recours aux soins ne prennent pas en compte les actes réalisés dans certaines structures de soins, et notamment : les actes et consultations externes en établissements de santé publics et en ESPIC*, les actes/soins réalisés lors d'une hospitalisation en établissements de santé publics et en ESPIC, les examens et actes réalisés dans les centres d'examen 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.

► Démographie médicale

Les données de démographie médicale présentées dans ce document sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), qui couvre actuellement quatre professions de

santé (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme). Ce répertoire, mis à disposition par l'ASIP Santé, est élaboré par l'Etat en collaboration avec les Ordres des professionnels concernés et l'assurance maladie. Il recense l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tous ces professionnels de santé. Ces données ont été consolidées et complétées, notamment pour le secteur d'activité, par les données disponibles sur le site ameli.fr de la Cnamts.

► Dépistage organisé du cancer du sein et du cancer du côlon-rectum

Les données de participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer colorectal (figures 11 et 12) ont été mises à disposition par l'association Cap Santé Plus - 44, structure de gestion des dépistages organisés dans le département de Loire-Atlantique. Ces données sont rapportées au domicile du patient et concernent les années 2011-2012.

► Hospitalisations en court séjour liées à une intoxication éthylique aiguë (IEA)

Les données présentées dans ce document sont issues des bases nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information de médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO), qui est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière reposant sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales. Ces bases de données ont été mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les statistiques présentées concernent les hospitalisations de jeunes âgés entre 10 et 24 ans sur les années 2006-2011, elles sont rapportées au domicile du jeune (figure 22).

► Incidence des cancers

Le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée 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 sur la période 2008-2010, pour les habitants de Saint-Herblain.

Ces données d'incidence ont été comparées aux estimations nationales des nouveaux cas de cancers établies par le réseau des registres des cancers français Francim pour l'année 2010.

Indicateurs

► **Taux standardisé de mortalité sur l'âge** : permet de comparer la situation de deux territoires ou deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Saint-Herblain, Nantes métropole...) 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 de standardisation dite directe sur une période de trois ans, et se base sur les taux de mortalité spécifiques par tranche d'âge.

► **Indice comparatif de morbidité/mortalité** : permet de comparer l'incidence/la mortalité de pathologies dans la population d'une zone géographique (ici : Saint-Herblain, Nantes métropole...) par rapport à celle d'une autre zone géographique (ici : France métropolitaine), en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation dite indirecte sur une période de plusieurs années. Cet indice correspond à un rapport en base 100 du nombre de cas/décès observés dans la population étudiée au nombre de cas/décès qui serait obtenu si les taux par classe d'âge étaient identiques à ceux de la population de référence (ici : France métropolitaine). La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du Chi2 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.

Définitions

► **Incidence** : indicateur dynamique de morbidité. Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenus pendant une période de temps donnée.

► **Prévalence** : indicateur statique de morbidité. Proportion du nombre de cas (d'une maladie) observée à un instant donné sur une population dont sont issus les cas.

* Etablissement de santé privé à but non lucratif.



A. Vue d'ensemble de l'état de santé

► Espérance de vie et mortalité générale

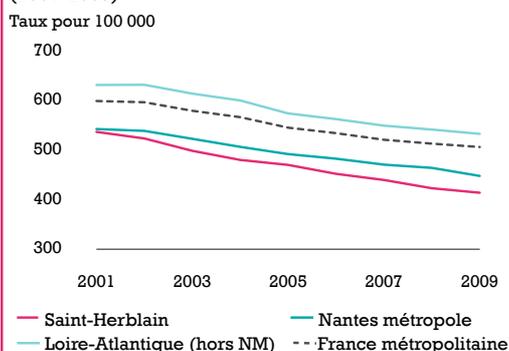
Au cours des dernières décennies, la mortalité générale a fortement diminué en France, notamment aux âges élevés. Il en résulte une augmentation marquée de l'espérance de vie à la naissance. Entre 1990 et 2009, cette dernière a ainsi augmenté en moyenne de 3 mois par an chez les hommes et de 2 mois par an chez les femmes. En 2012, l'espérance de vie à la naissance en France atteint 78,4 ans chez les hommes et 84,8 ans chez les femmes.

Par rapport aux autres pays d'Europe, l'espérance de vie à la naissance en France est l'une des plus élevées pour les femmes, alors qu'elle se situe dans la moyenne pour les hommes. La situation nationale est encore plus favorable si l'on considère l'espérance de vie à 65 ans : celle des Français étant la plus élevée des pays européens, pour les hommes comme pour les femmes.

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 atteint 6 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes, et n'a pas diminué depuis les années 1990.

Au cours des années 1980, ces années de vie "gagnées" apparaissaient majoritairement comme des années vécues en bonne santé, sans maladies chroniques ni incapacités sévères. Cette époque se caractérisait donc par une progression de l'espérance de vie sans incapacité. Mais depuis le début des années 2000, cette progression s'est interrompue. Ce constat est d'interprétation complexe, mais il semble que les gains d'espérance de vie sur la période récente ne soient plus majoritairement des gains de vie en bonne santé, notamment chez les femmes de 50 à 65 ans.

Fig.1 Evolution du taux standardisé de mortalité générale (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans
NM : Nantes métropole

Faits marquants

- Comme en France, l'espérance de vie des habitants de Saint-Herblain s'améliore, en lien avec une baisse de la mortalité. Cette dernière a diminué de 23 % entre 2001 et 2009 (fig1).
- Environ 270 Herblinois décèdent en moyenne chaque année (fig2). Rapporté à la population de la ville, et en prenant en compte sa structure par âge, cela correspond à un taux de mortalité inférieur de 18 % à la moyenne française (fig1).
- Cette sous-mortalité a eu tendance à s'amplifier depuis le début des années 2000.
- Pour cet indicateur, Saint-Herblain connaît une situation un peu plus favorable que l'agglomération nantaise dont la mortalité est inférieure de 10 % à la moyenne française. Elle contraste avec celle du reste du département de la Loire-Atlantique (hors agglomération nantaise), où l'on observe une surmortalité de 6 % (fig1).

Fig.2 Répartition des décès par sexe et classe d'âge Saint-Herblain (moyenne annuelle 2006-2010)

	Hommes	Femmes	Total
< 35 ans	4	3	7
35-44 ans	6	2	8
45-54 ans	14	6	20
55-64 ans	24	13	37
65-74 ans	24	17	41
75-84 ans	44	36	80
85 ans et +	23	51	74
Total	138	127	266

Source : Inserm CépiDc



► Mortalité prématurée

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, 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 de promotion de la santé. D'où l'utilisation croissante des indicateurs de « mortalité prématurée », définie comme celle 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.

En France, un décès sur 5 survient avant 65 ans. Les hommes ayant un risque nettement plus élevé que les femmes de décéder prématurément, 2 décès sur 3 avant 65 ans concernent des hommes.

Au cours des dernières décennies, la mortalité prématurée a connu un net recul en France, chez les hommes comme chez les femmes. Mais la France reste l'un des pays de l'Europe de l'Ouest les plus mal placés pour la mortalité prématurée masculine.

L'analyse des causes de cette mortalité avant 65 ans permet d'estimer que 37 % des décès prématurés masculins et 23 % des décès prématurés féminins pourraient être évités grâce à la prévention primaire.

Fig.3 Principales causes de décès prématurés Saint-Herblain (moyenne annuelle 2006-2010)

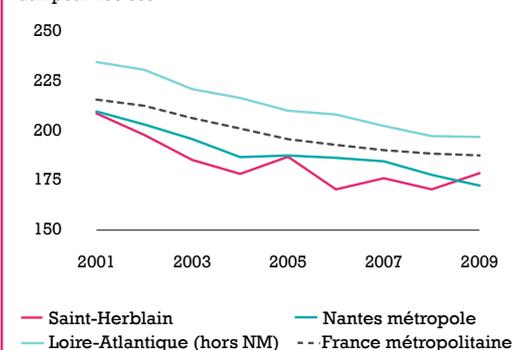
	Total	%
Cancers	32	44 %
dont : - cancer du poumon	11	15 %
- cancer du foie, voies biliaires intrahépatiques	4	6 %
Maladies cardiovasculaires	10	14 %
Traumatismes et empoisonnements	9	13 %
dont : - suicide	4	6 %
Pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool ¹	4	6 %
Autres causes	17	24 %
Total	72	100 %

Source : Inserm CépiDc

1. cirrhose du foie et psychose alcoolique

Fig.4 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée (2001-2009)

Taux pour 100 000



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Faits marquants

► Environ 70 Herblinois de moins de 65 ans décèdent en moyenne chaque année. Ces décès prématurés représentent 27 % du nombre total de décès des habitants de la commune (fig3).

► Sur ces 70 décès, près des deux tiers concernent des hommes. La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 34 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, contre 19 % des décès féminins.

► Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée (fig3). Ils sont à l'origine de 44 % des décès avant 65 ans, devant les maladies cardiovasculaires (14 %) et les morts violentes, par suicide ou accident.

► Parmi les 70 décès annuels, une vingtaine peuvent être considérés comme "évitables"* car leurs causes sont accessibles à la prévention.

► Comme en France, la mortalité prématurée dans la population herblinoise est en baisse (- 14 % entre 2001 et 2009) (fig4).

► Pour cet indicateur, Saint-Herblain connaît une situation relativement favorable, avec un mortalité prématurée inférieure d'environ 5 % à la moyenne nationale (fig4).

Cette situation favorable est également observée à l'échelle de la métropole nantaise (- 5 % par rapport à la moyenne nationale). Comme pour la mortalité générale, la situation herblinoise contraste avec celle du reste du département (hors agglomération nantaise), où l'on observe une surmortalité chez les moins de 65 ans (+ 5 %).

* Sont considérés comme "évitables", 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.



► Affections de longue durée

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. 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 d'apprécier 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. 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.

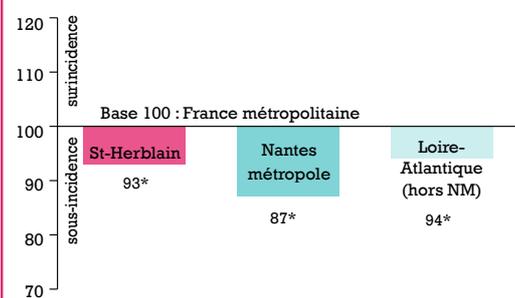
L'interprétation des données relatives aux ALD doit être menée en tenant compte des limites liées au caractère médico-administratif de ces données.

Fig.5 Effectif total et taux de personnes relevant du régime général en affection de longue durée
Saint-Herblain, Nantes métropole (01/07/2013)

	Effectif	% ¹
Nord Sillon	686	16 %
Nord Beauséjour	668	12 %
Tillay	531	14 %
Preux-Cremetterie	484	14 %
Bellevue	952	15 %
Bourg-Solvardière	673	13 %
Bourg-Pelousière	558	15 %
Ecarts-Bergerie	402	18 %
Saint-Herblain	4 954	15 %
Nantes métropole	59 388	14 %

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

Fig.6 Indice comparatif d'admissions en affection de longue durée (3 principaux régimes d'assurance maladie)
(moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (y compris sections locales mutualistes), régime agricole, régime social des indépendants
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 93 signifie que la fréquence des admissions en ALD est inférieure de 7 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

► En 2013, le nombre total d'Herblinois en ALD atteint près de 5 000, pour le seul régime général d'assurance maladie* (fig5). 15 % de la population herblinoise couverte par ce régime est donc atteinte d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux.

► Le taux de personnes en ALD varie de 12 à 18 % selon les quartiers. Après prise en compte de la structure par âge de la population, les taux les plus faibles sont observés dans les quartiers Nord Beauséjour et Bourg-Solvardière. Le taux le plus élevé concerne le quartier Ecarts-Bergerie (fig5).

► Chaque année, le nombre moyen d'Herblinois admis en ALD s'élève à environ 850, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie**. Cela correspond à une fréquence des admissions en ALD inférieure de 7 % à la moyenne nationale (fig6).

Comme en France, les pathologies les plus souvent à l'origine de ces admissions sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques.

Cette moindre fréquence des admissions en ALD se retrouve à l'échelle de la métropole nantaise (- 13 %) et dans le reste du département (- 6 %) (fig6).

* régime général hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'Etat, soit 81 % de la population de Saint-Herblain

** régimes : général, agricole, social des indépendants



Problèmes de santé

► Cancers

Les cancers sont des affections fréquentes et graves, qui regroupent des pathologies très différentes, notamment du point de vue de leurs facteurs de risque et de leur prise en charge. Globalement, leur pronostic s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies, mais il reste très variable selon les localisations et le stade au diagnostic. Ce groupe de pathologies constitue actuellement en France la première cause de mortalité et de mortalité prématurée, et la seconde cause d'admission en affection de longue durée par les caisses d'assurance maladie.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont la prostate et le poumon chez les hommes, le sein et le côlon-rectum chez la femme. En termes de mortalité, cancer du poumon, cancer colorectal et cancer du sein sont le plus souvent en cause.

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.

Les facteurs de risque des cancers sont nombreux et leur effet est cumulatif. Quatre d'entre eux jouent un rôle majeur au niveau de la population, et sont accessibles à la prévention primaire : le tabac, l'alimentation, le manque d'activité physique et l'alcool. Le tabac, principal facteur de risque évitable de mortalité, serait responsable de 33 % des décès par cancer chez l'homme et de 10 % chez la femme. Et 30 à 40 % des cancers pourraient être évités par une amélioration des facteurs nutritionnels (alimentation, consommation de boissons alcoolisées, surpoids/obésité et exercice physique).

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

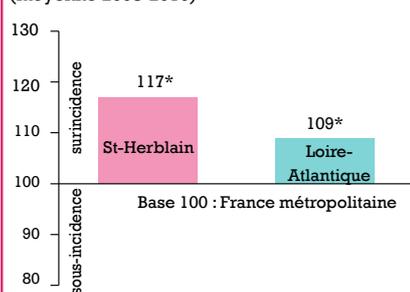
Deux localisations cancéreuses - le sein et le côlon-rectum - bénéficient d'un programme de dépistage organisé, qui s'adresse aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Ces programmes doivent permettre une baisse de la mortalité liée à ces pathologies dans la population dépistée, sous réserve d'un taux de participation suffisamment élevé.

Fig.7 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers diagnostiqués et nombre annuel de décès par cancer - Saint-Herblain

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2008-2010)	Décès (moy. 2006-2010)
Total cancers	267	96
dont : - cancer de la prostate	40	4
- cancer du sein chez la femme	39	6
- cancer du côlon-rectum	27	9
- cancer du poumon	24	18
- cancers des VADS et de l'oesophage	21	7
dont : - total cancers masculins	145	57
- total cancers féminins	122	39
dont : - total cancers chez les moins de 65 ans	117	32
- total cancers chez les 65 ans et plus	149	64

Sources : Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvre, cavité buccale, pharynx, larynx)

Fig.8 Indice comparatif d'incidence des cancers (moyenne 2008-2010)



Sources : Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, Francim, Invs, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
Lecture : un indice comparatif d'incidence de 117 signifie que la fréquence des nouveaux cas de cancers est supérieure de 17 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

► Environ 270 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de Saint-Herblain, selon les données du Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée. 43 % concernent des personnes de moins de 65 ans (fig7).

► Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal, le cancer du poumon et les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et de l'oesophage (fig7).

► La fréquence de nouveaux cas de cancers dans la population herblinoise est supérieure à la moyenne française (+ 17 % sur la période 2008-2010) (fig8). Cette surincidence est plus marquée que celle constatée à l'échelle du département (+ 9 %).

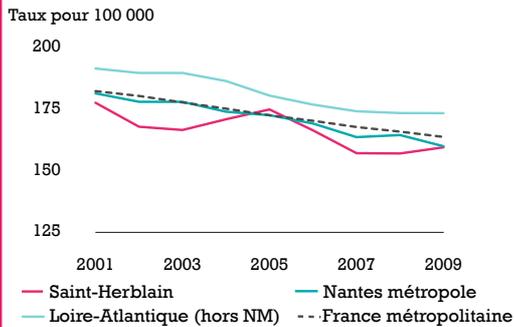
► Près d'une centaine de décès par cancer surviennent chaque année dans la population herblinoise. Une trentaine, soit le tiers, surviennent avant 65 ans.

Le cancer du poumon, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, représente la première cause de mortalité par cancer (fig7).



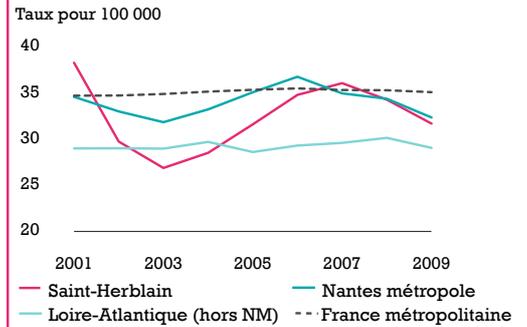
► Cancers (suite)

Fig.9 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer (2001-2009)



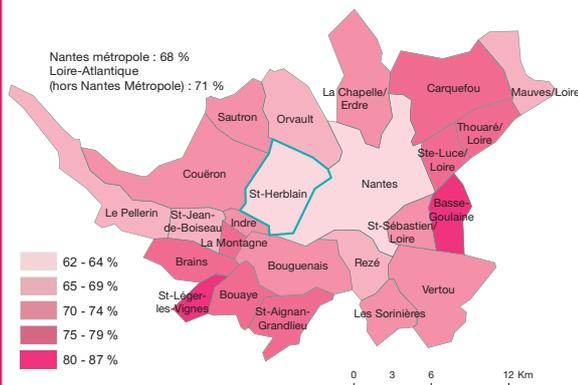
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.10 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon (2001-2009)



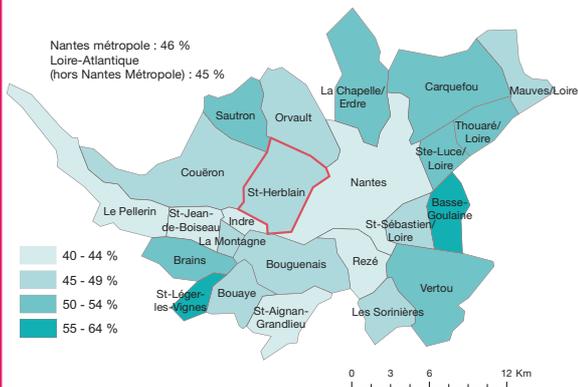
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.11 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (moyenne 2011-2012)



Sources : Association Cap Santé Plus-44, Insee

Fig.12 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum (moyenne 2011-2012)



Sources : Association Cap Santé Plus-44, Insee

Faits marquants

► Comme en France, la mortalité par cancer suit une tendance à la baisse dans la population herblinoise, tout en restant assez proche de la moyenne française (fig9). Ce constat contraste avec la surincidence observée des cancers (fig8). Ceci peut être lié à de multiples facteurs, notamment à une plus grande fréquence des cancers de meilleur pronostic, à un dépistage plus précoce des cancers dans la population herblinoise.

La mortalité par cancer du poumon parmi les habitants de Saint-Herblain connaît des fluctuations importantes, en raison du faible nombre de décès. La comparaison à la moyenne nationale s'avère donc délicate à effectuer (fig10).

► Le taux de participation des Herblinoises au dépistage organisé du cancer du sein (62 %) est supérieur à la moyenne nationale (53 %), et proche de l'objectif national de 65 % fixé par le Plan cancer 2009-2013. Par contre, il est, avec celui observé dans la population nantaise, l'un des plus faibles des 24 communes de Nantes métropole (fig11).

► Pour le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum, le taux de participation des Herblinoises (45 %) est proche de celui observé à l'échelle de métropole nantaise et dans le reste du département (fig12). Il est également supérieur à la moyenne nationale (32 %). Ce taux répond notamment au taux minimum de 45 % fixé par les recommandations européennes.



► Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital.

La mortalité cardiovasculaire, qui concerne surtout les personnes âgées, est principalement liée aux cardiopathies ischémiques (infarctus notamment), aux maladies vasculaires cérébrales (dont l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque) et à l'insuffisance cardiaque. Cette dernière résulte de l'évolution de la plupart des pathologies cardiaques.

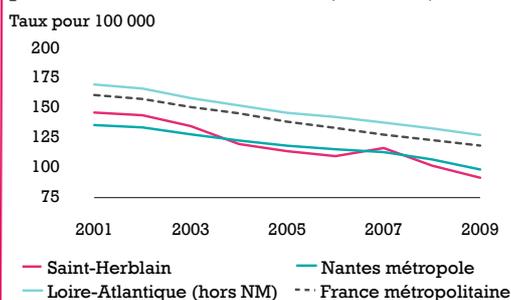
Les maladies cardiovasculaires constituent en France la première cause d'admission en affection de longue durée par les régimes d'assurance maladie et la deuxième cause de décès, après les cancers. Les inégalités sociales sont très marquées, avec une mortalité cardiovasculaire 4 à 6 fois plus importante dans les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés.

Plusieurs facteurs, constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies (cholestérol, triglycérides), surpoids, alcool, tabac, alimentation déséquilibrée et sédentarité.

Outre la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé, la prévention des maladies cardiovasculaires passe par le dépistage et le contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies, facteurs de risque eux-mêmes souvent liés à des facteurs nutritionnels.

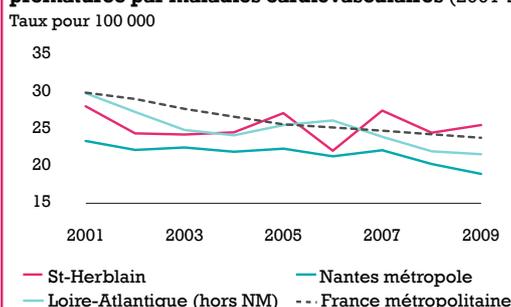
La rapidité et la qualité de la prise en charge des épisodes cardiovasculaires aigus sont également essentielles et ont fortement contribué à la forte baisse de la mortalité cardiovasculaire au cours des dernières décennies.

Fig.13 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires (2001-2009)



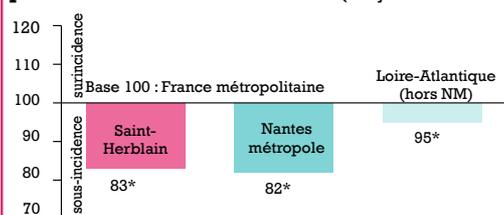
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.14 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.15 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires (moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

NM : Nantes métropole

Lecture : un indice de 83 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est inférieure de 17 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

► Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admissions en ALD dans la population herblinoise : 250 habitants sont admis en moyenne chaque année en ALD pour ces affections.

► Le poids de ces affections est également important en matière de mortalité : environ 70 habitants en décèdent en moyenne chaque année.

► Les maladies cardiovasculaires touchent des personnes plutôt âgées. 36 % des admissions concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus et 77 % des décès. Mais les admissions en ALD et les décès avant 65 ans ne sont pas rares (100 admissions par an, 38 % ; 10 décès par an, 15 %).

► Comme en France, la mortalité par maladies cardiovasculaires a fortement diminué dans la population herblinoise : - 37 % entre 2001 et 2009 (fig13).

► La mortalité par maladies cardiovasculaires à Saint-Herblain est inférieure de 19 % à la moyenne nationale sur la période 2006-2010. Chez les moins de 65 ans, cette mortalité apparaît par contre proche de cette moyenne (fig14).

A l'échelle de la métropole nantaise, une sous-mortalité par maladies cardiovasculaires est observée dans la population globale ("tous âges"), mais aussi chez les moins de 65 ans.

► Comme à l'échelle de l'agglomération et en cohérence avec les données de mortalité "tous âges confondus", la fréquence globale des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires dans la population herblinoise est inférieure à la moyenne nationale (-17 % sur la période 2006-2010) (fig15).



► Diabète

Le diabète est une maladie particulièrement répandue (près de 5 % de la population française est traitée pharmacologiquement pour cette affection en 2012) et en forte progression.

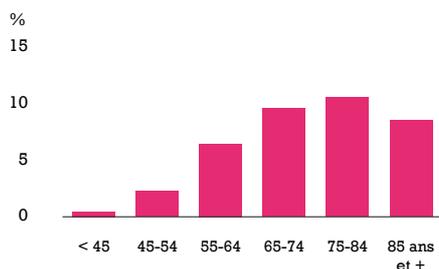
Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide voire brutale. Le diabète de type 2 est le plus répandu puisqu'il représente plus de 90 % des cas. Il s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique.

La fréquence du diabète croît avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et dans les groupes sociaux les moins favorisés.

La gravité de cette pathologie tient notamment à ses complications vasculaires, 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.

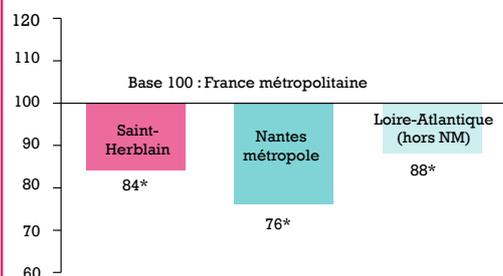
Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent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

Fig.16 Proportion de personnes en ALD pour diabète selon l'âge - Saint-Herblain (31/12/2012)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee (RP 2010)

Fig.17 Indice comparatif de bénéficiaires en ALD pour diabète (31/12/2012)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

NM : Nantes métropole

Lecture : un indice de 84 signifie que le taux de personnes en ALD pour diabète est inférieur de 16 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

► Fin 2012, plus de 1 300 Herblinois, soit 3 % de la population, étaient en affection de longue durée pour diabète. Cette proportion augmente progressivement avec l'âge, elle atteint près de 10 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (fig16).

► Rapporté à la population, et en prenant en compte sa structure par âge, le taux de personnes en ALD pour diabète dans la population herblinoise est inférieur de 16 % à la moyenne nationale.

Une situation favorable se retrouve également à l'échelle de l'agglomération nantaise et dans le reste du département (fig17).



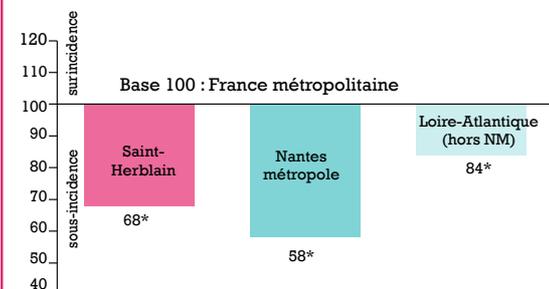
► Maladies respiratoires

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en termes de gravité. Les pathologies respiratoires aiguës sont essentiellement d'origine infectieuse. Elles sont fréquentes mais le plus souvent peu graves, sauf chez les personnes fragiles. Parmi les pathologies respiratoires chroniques, l'asthme, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les affections les plus fréquentes et se caractérisent par leur gravité potentielle de leur évolution.

L'asthme affecte environ 10 % des enfants et 6 % des adultes. Cette maladie résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Les facteurs de déclenchement des crises sont bien identifiés : allergènes, infections respiratoires, pollution atmosphérique, tabac. Le contrôle de cette maladie est souvent insuffisant, notamment dans les catégories sociales les moins favorisées qui connaissent en outre une prévalence de l'asthme plus élevée. L'éducation thérapeutique des personnes atteintes est essentielle.

La bronchite chronique et la BPCO sont des pathologies surtout liées au tabagisme, mais aussi favorisées par certains environnements professionnels à risque. La BPCO concernerait environ 7 % des adultes. L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO, qui peut, dans certains cas, nécessiter une oxygénothérapie de longue durée à domicile.

Fig.18 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies respiratoires (moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole

Lecture : un indice de 68 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladies respiratoires est inférieure de 32 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

► 20 Herblinois sont admis en moyenne chaque année en ALD pour maladies respiratoires.

Près de la moitié de ces admissions concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

L'asthme et l'insuffisance respiratoire sont les pathologies les plus souvent à l'origine de ces admissions (respectivement 43 % et 38 %), devant les bronchites chroniques (13 %).

► La fréquence des admissions en ALD pour maladies respiratoires dans la population herblinoise est nettement inférieure à la moyenne nationale (- 32 % sur la période 2006-2010) (**fig18**).

Cette situation favorable se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise (- 42 % par rapport à la moyenne française) et de façon moins marquée, dans le reste du département (- 16 %) (**fig18**).



► Troubles mentaux et du comportement

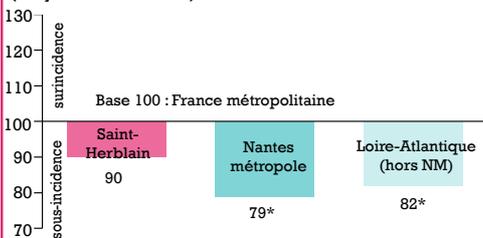
Les troubles de la santé mentale couvrent un champ vaste et hétérogène, allant de la souffrance psychique consécutive aux difficultés relationnelles et sociales, aux pathologies psychiatriques sévères et durables, souvent source d'une situation de handicap. Les troubles mentaux éloignent notamment du marché du travail, et constituent la première cause de mise en invalidité.

Les troubles dépressifs sont les affections les plus fréquentes : au cours d'une année, 8 % de la population souffre d'un épisode dépressif caractérisé. Ces troubles sont plus fréquents chez les personnes vivant seules, ayant subi des violences (en particulier sexuelles) ou des deuils précoces et chez les femmes en situation de chômage.

Environ 3 % de la population a été hospitalisée au cours des cinq dernières années ou est actuellement en affection de longue durée (ALD) pour une affection psychiatrique. Les troubles de l'humeur (dépression en particulier), les troubles mentaux organiques (démences le plus souvent) et les psychoses (schizophrénie notamment) sont les motifs les plus fréquents d'admission en ALD. Les troubles schizophréniques, en cause dans près de la moitié des hospitalisations sans consentement, constituent l'une des causes majeures de handicap psychique.

En matière de suicide, la France présente une situation très défavorable par rapport à la moyenne européenne. Différents facteurs de risque sont bien identifiés. La famille et plus globalement le support social protège. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail, la maladie mentale sont des facteurs de risque. L'alcool est également un puissant facteur de risque, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Fig.19 Indice comparatif d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) (moyenne 2006-2010)

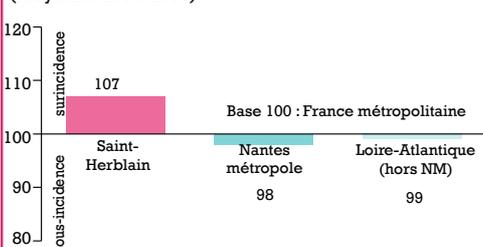


Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole

Lecture : un indice de 90 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) est inférieure de 10 % à la moyenne nationale

Fig.20 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (moyenne 2006-2010)

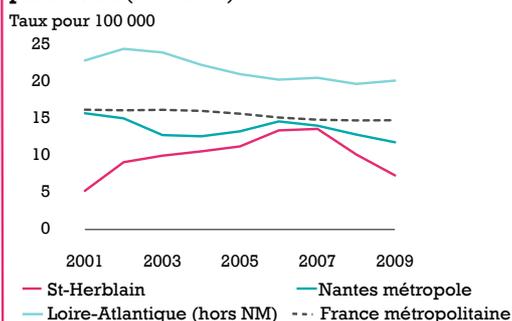


Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole

Lecture : un indice de 107 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences est supérieure de 7 % à la moyenne nationale.

Fig.21 Evolution du taux standardisé de mortalité par suicide (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Faits marquants

► 65 Herblinois sont admis en moyenne chaque année en ALD pour une **affection psychiatrique autre qu'une démence**. Près de 90 % de ces admissions concernent des personnes âgées de moins de 65 ans. La fréquence des admissions en ALD pour ces affections dans la population herblinoise est relativement proche de la moyenne nationale sur la période 2006-2010 (**fig19**). Une moindre fréquence de ces admissions d'environ 20 % est, par contre, observée à l'échelle de la métropole nantaise et du reste du département.

Au total, dans la population herblinoise, environ 800 personnes sont en ALD pour une affection psychiatrique (hors démences) fin 2012.

► Environ 40 Herblinois sont admis en moyenne chaque année en ALD pour **une maladie d'Alzheimer ou une autre démence**.

90 % de ces personnes sont âgées de 75 ans et plus.

Le taux d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences dans la population herblinoise est relativement proche de la moyenne nationale.

Un constat analogue est observé à l'échelle de la métropole nantaise et du reste du département (**fig20**).

Au total, dans la population herblinoise, environ 220 personnes sont en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences fin 2012.

► Environ 5 habitants de Saint-Herblain décèdent en moyenne chaque année par **suicide**. Ces personnes sont dans leur très grande majorité âgées de moins de 65 ans. La mortalité par suicide dans la population herblinoise est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat se retrouve également à l'échelle de la métropole nantaise. Cette situation locale favorable contraste avec celle du reste du département, où une surmortalité de 30 % est observée (**fig21**).



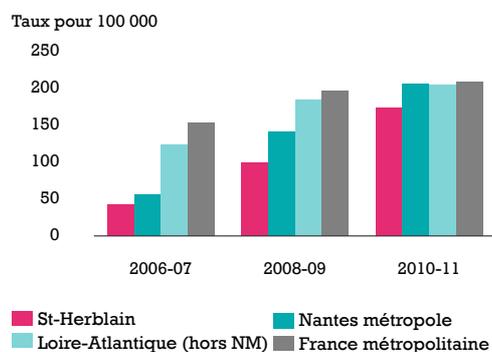
► Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé

La consommation de boissons alcoolisées a de multiples effets négatifs sur la santé et la vie sociale. La consommation ponctuelle augmente le risque d'accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...), de comportements violents ou délictueux ainsi que le passage à l'acte suicidaire. Consommé en forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique et, dans certains cas, engager le pronostic vital. Les situations d'intoxication éthylique aiguë et leurs conséquences conduisent souvent à une prise en charge par les urgences hospitalières, voire à une hospitalisation.

La consommation chronique d'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies (cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux), dont certaines 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, souvent utilisées comme indicateur des habitudes d'alcoolisation chronique d'une population.

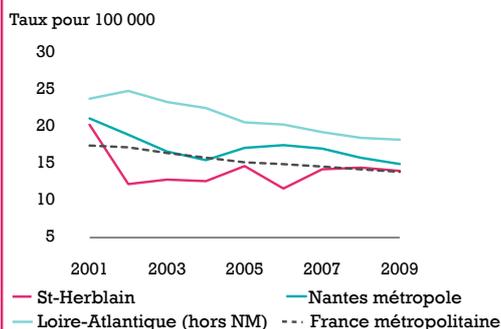
En France, le nombre annuel de décès, toutes causes confondues, attribuables à la consommation d'alcool est estimé à 30 000, dont un tiers de décès par cancer.

Fig.22 Evolution du taux d'hospitalisation liée à une intoxication aiguë à l'alcool chez les jeunes de 10-24 ans



Sources : PMSI-MCO, données domiciliées (DGOS/ATIH), Insee

Fig.23 Evolution du taux standardisé de mortalité par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool (2001-2009)



Source : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Faits marquants

► **14 jeunes herblinois de moins de 25 ans ont été hospitalisés en court séjour pour ou avec une intoxication éthylique aiguë (IEA) en moyenne chaque année sur la période 2010-2011.**

Pour un jeune en moyenne chaque année, l'hospitalisation s'est accompagnée de complications sévères (avec coma, soins de réanimation, intensifs, ou surveillance continue).

► Comme en France, le taux des hospitalisations liées à une IEA a augmenté chez les jeunes herblinois depuis 2006. Malgré cette hausse et un écart qui se réduit, ce taux reste inférieur à la moyenne nationale (fig22).

La progression rapide de la fréquence de ces hospitalisations peut être liée à l'augmentation des IEA chez les jeunes. Mais elle peut aussi résulter, au moins pour partie, d'une plus grande propension à hospitaliser les jeunes concernés. Une évolution des pratiques de codage de ces séjours dans les établissements de santé concernés peut aussi expliquer cette évolution.

► 32 % des hospitalisations liées à une IEA concernent des jeunes de moins de 18 ans, et 75 % des garçons. Mais avant 18 ans, les hospitalisations sont presque aussi nombreuses chez les filles que chez les garçons.

► **La mortalité par pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool*** dans la population herblinoise est restée plutôt stable au cours de la dernière décennie (fig23).

Cette mortalité apparaît relativement proche de la moyenne nationale sur les années 2006-2010. Cette situation locale apparaît plus favorable que celle observée à l'échelle de l'agglomération nantaise où cette mortalité est plutôt plus élevée qu'au plan national. En outre, elle contraste avec celle du reste du département où une surmortalité d'environ 30 % est observée.

* cirrhose du foie et psychose alcoolique



C. Couverture maladie, accès aux soins

► Le système français d'assurance maladie est composé de plusieurs régimes dont l'affiliation est obligatoire pour les personnes auxquelles ils sont destinés. Le régime général couvre environ 90 % de la population, principalement les salariés du secteur privé ainsi que, par délégation à des sections locales mutualistes (SLM), les étudiants et certains groupes professionnels (les fonctionnaires notamment). Les personnes qui ne sont pas rattachées à un régime existant, comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la couverture maladie universelle (CMU) de base, et sont de fait affiliées au régime général.

Pour couvrir la part des coûts 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, qui prend en charge tout ou partie de ces coûts. Les personnes à faibles revenus peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui prend en charge les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire dans les limites d'un panier de biens et services. 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. 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.

► Malgré ces dispositifs, le reste à charge (dépenses des soins non prises en charge par les régimes d'assurance maladie et les complémentaires) et l'avance de frais constituent des freins au recours aux soins, à côté d'autres facteurs d'ordre social, culturel et liés à l'accessibilité géographique.

Le reste à charge dépend des circonstances des soins (accident du travail, maladie professionnelle, maternité...), du niveau de couverture complémentaire, de la catégorie des biens et soins médicaux, et du tarif pratiqué par le professionnel. Certains médecins libéraux sont, en effet, autorisés à pratiquer des tarifs supérieurs à ceux de l'assurance maladie. De manière générale, le reste à charge tend à augmenter, à cause des mesures d'équilibre des comptes de l'assurance maladie qui rendent les conditions de remboursement moins avantageuses, et du développement du secteur à honoraires libres chez les spécialistes.

Concernant l'avance de frais, les pratiques sont différentes selon le type de biens/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 consulter un médecin libéral et pour des examens complémentaires (radiologie, biologie médicale...). Des dispenses d'avance de frais sont cependant prévues pour les patients qui bénéficient de la CMU-C, de l'ACS mais aussi pour des soins liés à un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle...

Fig.24 Population couverte par le régime général (hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat), bénéficiaires de la CMU-C - 01/07/2013

	Bénéficiaires du régime général (hors SLM et AME)	Bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans	
		Effectif	%
Nord Sillon	4 305	620	18 %
Nord Beauséjour	4 570	114	3 %
Tillay	3 469	172	6 %
Preux-Cremetterie	3 509	289	10 %
Bellevue	7 004	1 261	21 %
Bourg-Solvardière	6 018	373	7 %
Bourg-Pelousière	3 738	153	5 %
Ecarts-Bergerie	2 333	124	6 %
Saint-Herblain	34 946	3 096	11 %
Nantes métropole	451 096	32 941	9 %

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

Champ : régime général (hors SLM et AME)

Bénéficiaires : assurés et ayants droit

SLM : sections locales mutualistes, mutuelles qui gèrent pour le compte du régime général les prestations d'assurance maladie (étudiants, fonctionnaires...); AME : aide médicale d'Etat

Fig.25 Bénéficiaires d'une attestation de l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) - 01/07/2013

	Bénéficiaires pour lesquels une attestation d'ACS a été délivrée	
	Effectif	%
Nord Sillon	94	2,2%
Nord Beauséjour	20	0,4%
Tillay	44	1,3%
Preux-Cremetterie	58	1,7%
Bellevue	[159-164]*	[2,2 % - 2,3 %]*
Bourg-Solvardière	65	1,1%
Bourg-Pelousière	[37-42]*	[1,0 % - 1,1 %]*
Ecarts-Bergerie	33	1,4%
Saint-Herblain	515	1,5%
Nantes métropole	6 290	1,4%

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

Champ : régime général (hors SLM, hors AME)

* [minimum-maximum] ; un intervalle est présenté car, pour au moins un des échelons géographiques (Iris) composant ce territoire, l'effectif était inférieur à 5

Bénéficiaires : assurés et ayants droit ; ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Faits marquants

► 35 000 Herblinois sont couverts par le régime général de la sécurité sociale, hors sections locales mutualistes, soit 81 % de la population municipale (fig24).

► Pour leur couverture complémentaire, 3 100 Herblinois relevant du régime général* bénéficient de la CMU-C en juillet 2013, soit 11 % de la population couverte âgée de moins de 65 ans (fig24).

Ce taux est supérieur à la moyenne de la métropole nantaise (9 %) et à la moyenne française** (8 %).

Le taux de bénéficiaires de la CMU-C varie de 3 % à 21 % selon les quartiers de la ville.

Le quartier Nord Beauséjour présente le taux le plus faible et les quartiers Nord Sillon et Bellevue les plus élevés (fig24).

► En juillet 2013, environ 500 bénéficiaires du régime général* avaient reçu une attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qu'ils l'aient utilisée ou non. Cet effectif représente 1,5 % de la population couverte par ce régime (fig25).

Comme pour les résultats concernant la CMU-C, le quartier Nord Beauséjour présente le taux le plus faible de bénéficiaires de l'ACS et les quartiers Nord Sillon et Bellevue les taux les plus élevés.

* hors sections locales mutualistes

** taux chez les moins de 65 ans, régimes : général, agricole, social des indépendants (sources : Fonds CMU, RP 2011)



D. Soins de premier recours

► 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 au moins une fois dans l'année, pour 4 à 5 consultations et visites en moyenne par an. 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. Le recours au praticien le plus accessible géographiquement n'est pas systématique : en 2010, seulement 60 % des consultations ont lieu dans la commune de domicile du patient ou dans la commune équipée la plus proche. L'effectif des généralistes libéraux n'a pas augmenté entre 1996 et 2008, et a depuis amorcé une baisse. Parallèlement, le nombre d'habitants a progressé de 10 % depuis 1996. Près de la moitié des généralistes libéraux sont âgés de 55 ans ou plus. La grande majorité des médecins généralistes libéraux (94 %) appliquent les tarifs fixés par la sécurité sociale (secteur 1).

L'exercice en groupe se développe particulièrement dans les Pays de la Loire, où ce mode d'exercice concerne deux tiers des généralistes. Les pouvoirs publics cherchent à favoriser ces regroupements, qui correspondent mieux aux attentes des jeunes praticiens, et à développer l'exercice pluriprofessionnel, notamment par la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération.

L'installation en libéral d'un médecin dépend non seulement des conditions économiques qui lui sont proposées, mais également de la diversité du réseau professionnel sur lequel il peut s'appuyer, notamment en termes de spécialités médicales.

► La moitié de la population consulte au moins une fois par an un chirurgien-dentiste. 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. 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, telles que les prothèses dentaires. D'autres facteurs expliquent ces disparités d'accès aux soins dentaires (peur de soins réputés douloureux, attention apportée à son image ou encore à la prévention...).

Fig.26 Effectif et densité de médecins généralistes libéraux*
Avril 2014

	Effectif	Densité (pour 100 00 hab.)
Nord Sillon	9	158
Nord Beauséjour	11	167
Tillay	6	128
Preux-Cremetterie	2	53
Bellevue	8	98
Bourg-Solvardière	4	56
Bourg-Pelousière	5	114
Ecarts-Bergerie	0	0
Saint-Herblain	45	104
Nantes métropole	548	93

Source : RPPS

* hors médecins généralistes à mode d'exercice particulier (acupuncteur, échographiste, allergologue, homéopathe...), exerçant en établissement de santé, hors urgentistes (SOS médecins...)

Faits marquants

L'offre de médecins généralistes

► 45 médecins généralistes exercent une activité libérale sur le territoire de Saint-Herblain. L'ensemble de ces généralistes exerce en secteur 1.

Rapporté à la population, cet effectif correspond à une densité de 104 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à la moyenne de la métropole nantaise (93) et à celle de la ville de Nantes (94) (fig26).

► S'y ajoutent 8 médecins généralistes exerçant un mode d'exercice particulier (acupuncteurs, homéopathes, allergologues, angiologues) et 5 généralistes exerçant une activité libérale à la Polyclinique de l'Atlantique (traitement de la douleur par exemple...).

► La densité des médecins généralistes varie de façon importante selon les quartiers. Aucun médecin n'est installé sur le quartier Ecarts-Bergerie, alors que les quartiers Nord Beauséjour et Nord Sillon présentent les plus fortes densités de généralistes libéraux (fig26).

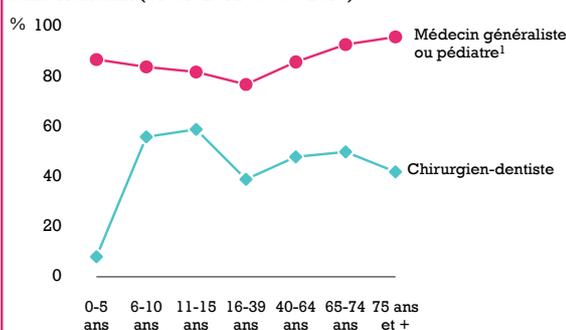
Le recours au médecin généraliste

► 84 % des Herblinois relevant du régime général* ont consulté au moins une fois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral au cours des 12 derniers mois (82 % pour la métropole nantaise).



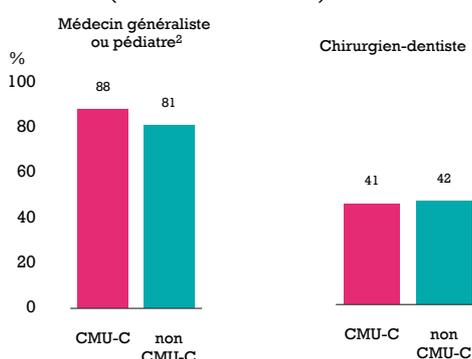
. Soins de premiers recours (suite)

Fig.27 Proportion selon l'âge de personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral
Saint-Herblain (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. recours au pédiatre pour les moins de 16 ans

Fig.28 Proportion¹ de personnes de moins de 65 ans ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Saint-Herblain (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. proportion standardisée sur l'âge
2. recours au pédiatre pour les moins de 16 ans

Fig.29 Proportion de personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral
(01/07/2012-30/06/2013)

	Médecin généraliste ou pédiatre		Chirurgien-dentiste
	% ¹	nb moyen de recours ²	% ¹
Nord Sillon	83 %	4,4	40 %
Nord Beauséjour	83 %	4,0	47 %
Tillay	85 %	4,2	45 %
Preux-Cremetterie	85 %	4,2	41 %
Bellevue	83 %	4,5	38 %
Bourg-Solvardière	86 %	4,2	45 %
Bourg-Pelousière	87 %	4,5	45 %
Ecarts-Bergerie	83 %	4,0	42 %
Saint-Herblain	84 %	4,3	43 %
Nantes métropole	82 %	4,1	43 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. proportion standardisée sur l'âge
2. nombre moyen standardisé sur l'âge, calculé parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général

Faits marquants

Les Herblinois consultent en moyenne 4 fois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral dans l'année.

La proportion la plus élevée de personnes ayant consulté un généraliste est observée chez les personnes âgées (96 % des 75 ans et +), la plus faible chez les 16-39 ans (77 %) (fig27).

► 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 eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste ou à un pédiatre libéral (88 % vs 81 % chez les moins de 65 ans).

La fréquence moyenne des recours apparaît en outre plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C : 5,3 recours au médecin généraliste (ou au pédiatre) par an vs 3,7 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C (fig28).

Ces constats se retrouvent à l'échelle de la métropole nantaise.

► De façon globale, la proportion de personnes ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste (ou un pédiatre) libéral et la fréquence moyenne de ces recours varient relativement peu selon les quartiers de la ville (fig29).

Le recours au chirurgien-dentiste

► 43 % des Herblinois ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste libéral au cours des 12 derniers mois. Ce taux est analogue à celui observé à l'échelle de la métropole nantaise.

La proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste dans l'année varie selon l'âge, avec un premier pic entre 6 et 15 ans (57 %) et un second chez les 65-74 ans (50 %) (fig27).

► A structure par âge comparable, le recours au chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année est proche entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres bénéficiaires du régime général (fig28).

► Le quartier de Bellevue présente les plus faibles taux de personnes ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année, les taux les plus élevés étant observés sur le quartier Nord Beauséjour (fig29).

* hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'Etat

** taux calculés parmi les moins de 65 ans



E. Soins plus spécialisés

► L'accès aux spécialités médicales (en dehors de la médecine générale) s'effectue en secteur libéral (en cabinet ambulatoire ou en clinique), au sein des établissements publics de santé (consultations externes), mais aussi sous d'autres formes (centre médicopsychologique pour la santé mentale, centre de protection maternelle et infantile pour les nouveau-nés).

Environ 50 % des spécialistes exercent en libéral (de manière exclusive ou non) et 40 % en milieu hospitalier comme salariés. Mais le poids relatif de l'exercice libéral varie selon les spécialités : 87 % des ophtalmologistes, 86 % des gynécologues médicaux, 60 % des gynécologues obstétricaux, 44 % des psychiatres et 41 % des pédiatres exercent en libéral.

L'effectif global des spécialistes libéraux a connu une faible augmentation depuis 1996. Le nombre de radiologues et de cardiologues libéraux a progressé alors que l'effectif des pédiatres, oto-rhino-laryngologistes, dermatologues, gynécologues est en recul. Plus de 40 % des spécialistes exercent en secteur à honoraires libres (secteur 2), la part de ce secteur fluctuant fortement selon les spécialités médicales.

Les spécialistes exercent principalement en milieu urbain, leur installation étant souvent associée à l'implantation d'établissements de santé, au sein desquels de nombreux praticiens exercent leur activité. Le recours au médecin spécialiste est moins fréquent que le recours au généraliste. Les ophtalmologistes, les gynécologues, les cardiologues, les dermatologues ou encore les pédiatres sont les praticiens les plus fréquemment consultés. On observe des disparités sociales, les recours aux spécialistes étant plus fréquents dans les milieux sociaux les plus favorisés.

► L'accès à des soins d'orthophonie en secteur libéral s'effectue sur prescription médicale. Les motifs de recours à l'orthophonie sont multiples (troubles de l'articulation, de la parole, du langage, bégaiement, surdité...). Chez l'enfant, la rééducation des troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysortographe...) constitue le principal motif de recours. Au plan national, ces troubles concerneraient 5 à 6 % des enfants, soit environ un enfant par classe en moyenne.

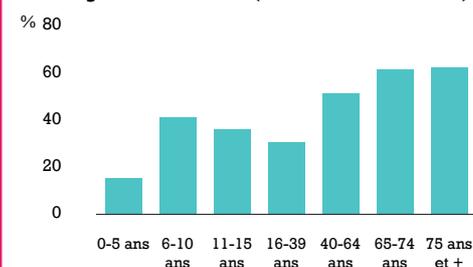
Fig.30 Effectif des médecins spécialistes libéraux suivants : dermatologues, gynécologues, ophtalmologistes, pédiatres et psychiatres
Avril 2014

	Dermatologues	Gynécologues médicaux	Gynécologues obstétricaux	Ophtalmologistes	Pédiatres	Psychiatres
Nord Sillon	-	1	-	-	1	-
Nord Beauséjour	-	-	-	-	-	3
Tillay	3	-	18	19	3	1
Preux-Cremetterie	-	-	-	-	-	-
Bellevue	-	-	-	-	-	-
Bourg-Solvardière	-	-	-	-	-	-
Bourg-Pelousière	-	-	-	-	-	-
Ecarts-Bergerie	-	-	-	-	-	-
Saint-Herblain	3	1	18	19	4	4
dont : secteur 1	2	1	17	13	2	3
Nantes métropole ¹	44	36	38	107	34	97

Source : RPPS

1. sans doubles comptes

Fig.31 Proportion de personnes ayant eu recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 12 derniers mois selon l'âge - Saint-Herblain (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)

Faits marquants

L'offre de spécialistes libéraux sur la commune de Saint-Herblain, notamment en matière d'ophtalmologie et de gynécologie-obstétrique, est relativement importante en raison de la présence sur le quartier du Tillay de la Polyclinique de l'Atlantique.

Au total, 19 ophtalmologistes et 18 gynécologues-obstétriciens libéraux exercent sur la commune, auxquels s'ajoutent notamment 1 gynécologue médical, 3 dermatologues, 4 pédiatres et 4 psychiatres libéraux (fig30).

La grande majorité des gynécologues-obstétriciens et des ophtalmologistes exercent en secteur 2, les autres spécialistes exerçant le plus souvent en secteur 1 (fig30).

Le recours à l'ophtalmologiste

► 42 % des Herblinois ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois. Ce taux est proche de celui observé à l'échelle de la métropole nantaise (41 %, à structure par âge comparable).

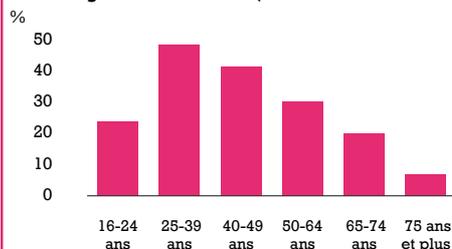
► Le recours à ce spécialiste est plus fréquent chez les personnes âgées. Plus de 60 % des 65 ans et plus ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années (fig31).

► 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 à un ophtalmologiste libéral au moins une fois au cours des deux dernières années (33 % vs 39 %*) (fig33).



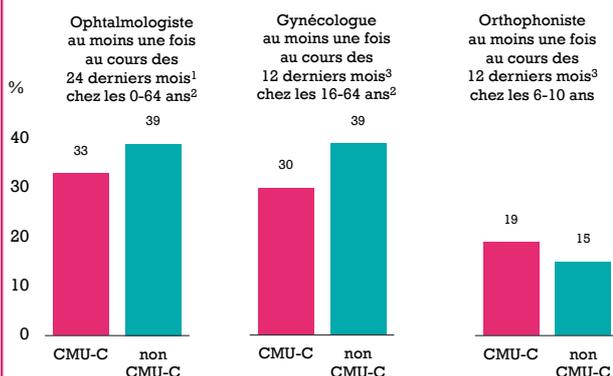
E. Soins plus spécialisés (suite)

Fig.32 Proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des 12 derniers mois selon l'âge - Saint-Herblain (01/07/2012-30/06/2013)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)

Fig.33 Recours aux professionnels de santé libéraux : ophtalmologiste, gynécologue, orthophoniste selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C Saint-Herblain



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)

1. période : (01/07/2011-30/06/2013) ; 3. période : (01/07/2012-30/06/2013)
2. proportion standardisée sur l'âge

Fig.34 Recours aux professionnels de santé libéraux suivants : ophtalmologiste, gynécologue, orthophoniste

	Ophtalmologiste au moins une fois au cours des 24 derniers mois ¹ (tous âges) ²	Gynécologue au moins une fois au cours des 12 derniers mois ¹ chez les 16 ans et plus ²	Orthophoniste au moins une fois au cours des 12 derniers mois ¹ chez les 6-10 ans
Nord Sillon	39 %	30 %	15 %
Nord Beauséjour	44 %	38 %	16 %
Tillay	44 %	33 %	21 %
Preux-Cremetierie	42 %	32 %	18 %
Bellevue	40 %	27 %	16 %
Bourg-Solvardière	45 %	35 %	13 %
Bourg-Pelousière	45 %	35 %	14 %
Ecarts-Bergerie	41 %	31 %	14 %
Saint-Herblain	42 %	33 %	16 %
Nantes métropole	41 %	31 %	16 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)

1. période : (01/07/2011-30/06/2013) ; 3. période : (01/07/2012-30/06/2013)
2. proportion standardisée sur l'âge

Faits marquants

Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise.

► La proportion de personnes ayant consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois varie de 39 à 45 % selon les quartiers, à structure par âge comparable (fig32).

Le recours au gynécologue

► 33 % des Herblinoises âgées de 16 ans et plus ont consulté au moins une fois un gynécologue libéral (gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) au cours des 12 derniers mois. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne de l'agglomération nantaise (31 %).

Le recours à ce spécialiste est maximal entre 25 et 39 ans (49 %), puis diminue progressivement avec l'âge (fig32).

► A structure par âge comparable, les femmes bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral (30 % vs 39 %**) (fig33).

Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise, mais de façon plus marquée (22 % vs 37 %).

► A structure par âge comparable, le quartier de Bellevue présente la plus faible proportion de femmes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral (27 %), la plus élevée est observée pour le quartier Nord Beauséjour (38 %) (fig34).

Le recours à l'orthophoniste chez les enfants

► 16 % des enfants de la commune âgés entre 6 et 10 ans ont consulté au moins une fois un orthophoniste au cours des 12 derniers mois, comme dans la métropole nantaise.

► Ce recours apparaît un peu plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C (19 % vs 15 % pour les autres bénéficiaires du régime général) (fig33). Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise.

► La proportion d'enfants ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste apparaît plus élevée parmi les enfants habitant le quartier du Tillay (21 %) que ceux résidant dans le quartier du Bourg-Solvardière (13 %) (fig34).

* taux calculés parmi les moins de 65 ans

** taux calculés chez les femmes de 16-64 ans



Synthèse

A Saint-Herblain comme en France, l'espérance de vie de la population est en augmentation, en lien avec la baisse de la mortalité. Actuellement, la mortalité des Herblinois est inférieure à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité traduit un état de santé de la population herblinoise globalement plus favorable que la moyenne française. La moindre fréquence des admissions en affection de longue durée (ALD) dans la population conforte ce résultat.

Ce constat positif doit toutefois être nuancé par le fait qu'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. Même si la situation herblinoise est un peu plus favorable que la moyenne nationale, un homme sur 3 et une femme sur 5 y décèdent avant 65 ans. Parmi ces 70 décès prématurés annuels, une vingtaine peuvent être considérés comme évitables car leurs causes sont accessibles à la prévention.

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, le poids des affections chroniques est en augmentation. 15 % des Herblinois sont actuellement en ALD et sont 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.

La situation herblinoise apparaît plutôt favorable en matière de maladies cardiovasculaires et de diabète, pathologies qui ont en commun certains facteurs de risque (sédentarité, alimentation...). La fréquence des admissions en ALD pour ces deux groupes d'affections, ainsi que la mortalité cardiovasculaire y sont inférieures à la moyenne nationale. Toutefois, le diabète est une pathologie en forte augmentation, et plus de 1 300 Herblinois sont en ALD pour cette affection, soit 3 % de la population.

Environ 270 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en moyenne chaque année dans la population de Saint-Herblain. Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués. Mais c'est le cancer du poumon, dont le tabac est le principal facteur de risque, qui est à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer. La mortalité par cancer parmi les Herblinois est proche de cette moyenne française, mais la fréquence des nouveaux cas de cancers est plus élevée qu'au plan national. Cette situation pourrait être liée notamment à une plus grande fréquence des cancers de meilleur pronostic dans la population herblinoise, de par leur localisation ou un dépistage plus précoce.

En matière de troubles mentaux et du comportement, la situation à Saint-Herblain apparaît plutôt proche de la moyenne nationale, voire même plus favorable. Environ 1 000 habitants de la commune sont en ALD pour une pathologie psychiatrique, dont plus de 200 pour une maladie d'Alzheimer ou une autre démence. La fréquence des admissions en ALD pour une pathologie psychiatrique apparaît plutôt proche de la moyenne nationale. La mortalité par suicide (5 décès par an) est quant à elle plus faible qu'au plan national.

Enfin, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool dans la population herblinoise est proche de la moyenne nationale.

Concernant la démographie médicale, Saint-Herblain présente une offre libérale de soins relativement importante. Plus d'une quarantaine de médecins généralistes y exercent une activité libérale. Les spécialistes libéraux, notamment les ophtalmologistes et les gynécologues-obstétriciens, sont nombreux en raison de la présence de la Polyclinique de l'Atlantique sur la commune.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté, après le pharmacien. Près de 85 % des Herblinois ont consulté dans l'année un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre pour les moins 16 ans). Les soins dentaires et en ophtalmologie occasionnent également des recours importants : 43 % des habitants ont consulté dans l'année un chirurgien-dentiste libéral, 42 % un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années.

Les bénéficiaires de la CMU-C (11 % des Herblinois âgés de moins de 65 ans) ont plus souvent recours dans l'année que les non-bénéficiaires à un médecin généraliste libéral (ou pédiatre pour les moins de 16 ans). Par contre, ils ont moins souvent recours à des soins spécialisés (ophtalmologie, gynécologie pour les femmes).

Les données présentées offrent également un regard sur les inégalités territoriales et sociales de santé sur la commune.

Cette analyse quantitative de l'état de santé, de l'offre de soins libérale sur le territoire et du recours aux soins de ville des habitants de Saint-Herblain, contribue à une meilleure connaissance des enjeux en termes de prise en charge sanitaire et sociale de la population, ainsi qu'en matière de prévention et de promotion de la santé, notamment autour des quatre grands déterminants de la santé que sont le tabac, l'alcool, l'activité physique et l'alimentation.

