



La santé des Nantais



AUTEURS

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire (Sandrine David, Marie Dalichampt, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec).

REMERCIEMENTS

Ce travail a bénéficié de la contribution de plusieurs acteurs, tant pour la mise à disposition de données que pour la validation et l'enrichissement des analyses.

Merci notamment à :

- France Nanin (CPAM de Loire-Atlantique)
- Solenne Delacour, Dr Florence Molinié (Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée)
- Dr Corinne Allieux, Dr Corinne Pogu (Centre régional de coordination de dépistage des cancers Pays de la Loire)
- Dr Ronan Ollivier (Cire des Pays de la Loire), Stella Laporal, Dr Jean-Paul Guthmann (Santé publique France)
- Xavier Samson (Direction de la santé publique de la Ville de Nantes), Jean-François Corbillet (Service Qualité, CCAS Ville de Nantes)
- Service de l'État civil de la Ville de Nantes.

FINANCEMENT

Direction de la santé publique de la Ville de Nantes et Agence régionale de la santé des Pays de la Loire

CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire. (2018). La santé des Nantais. 162 p.



L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources.

ISBN 978-2-908417-87-6 - ISBN NET 978-2-36088-013-3

Crédit photo : Ville de Nantes

Décembre 2018



Préambule

Depuis plusieurs années, la ville de Nantes anime une démarche d'observation de la santé afin de développer et d'orienter sa politique de santé publique.

Dans cette perspective, elle a notamment confié à l'ORS, en 2010 et 2014, la réalisation d'un état des lieux de l'état de santé des Nantais, à partir des données statistiques disponibles. Pour suivre les évolutions dans ce domaine, la ville de Nantes a souhaité l'actualisation de cette étude.

Ce rapport 2018 propose ainsi une photographie récente des principaux problèmes de santé des Nantais, et de leurs pratiques en matière de recours aux soins de ville. Il offre en outre un regard précis sur les inégalités sociales et territoriales de santé, à l'échelle de la ville de Nantes, ainsi que sur leurs évolutions au cours des dernières années.

Cette photographie a été établie à partir de l'analyse croisée de nombreuses sources de données (causes médicales de décès, admissions en affection de longue durée, incidence des cancers, dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum, incidence de la tuberculose...).

Elle a été réalisée en collaboration avec de nombreux partenaires, dont la CPAM de Loire-Atlantique qui a mis à disposition des données concernant la couverture maladie et le recours aux soins des habitants de Nantes à une échelle infracommunale.

Par rapport à la version précédente, ce rapport est enrichi de l'analyse d'indicateurs issus des bilans de santé réalisés par le service de santé scolaire de la ville, et d'indicateurs établis par l'ORS à partir de l'exploitation du Système national des données de santé (SNDS).

Enfin, une analyse des inégalités sociales de santé sur le territoire, menée par la plateforme Aapriss (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé) de Toulouse, sur la base de l'indice européen de défavorisation sociale (EDI), vient compléter ce présent rapport ¹.

¹ Plateforme Aapriss (2018). La santé des Nantais. Les inégalités sociales de santé. 39 p.





Sommaire

Partie 1. ÉTAT DE SANTÉ	11
1. Vue d'ensemble de l'état de santé	12
1.1 Mortalité générale	12
1.2 Mortalité prématurée	15
1.3 Maladies chroniques	26
1.3.1 Incidence des ALD (admissions)	26
1.3.2 Prévalence des ALD (ensemble des bénéficiaires)	30
2. Problèmes de santé et pathologies	33
2.1 Cancers	33
2.1.1 Ensemble des cancers	33
2.1.2 Cancer du sein chez la femme	40
2.1.3 Cancer du côlon-rectum	43
2.1.4 Cancer du poumon	46
2.1.5 Cancers des voies aérodigestives supérieures	49
2.1.6 Cancer de la prostate	51
2.2 Maladies de l'appareil circulatoire	53
2.3 Diabète	57
2.4 Maladies de l'appareil respiratoire	60
2.5 Tuberculose	63
2.6 Conséquences sur la santé de la consommation excessive d'alcool	64
2.7 Santé mentale et suicides	69
2.7.1 Recours aux médicaments psychotropes	69
2.7.2 Admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences)	71
2.7.3 Admissions en ALD pour Maladie d'Alzheimer et autres démences	72
2.7.4 Suicides	73
2.8 Accidents	75
2.8.1 Accidents de la vie courante	75
2.8.2 Accidents de la circulation	77
3. Santé des enfants	79
3.1 Statut pondéral	79
3.2 Santé bucco-dentaire	85
Partie 2. COUVERTURE MALADIE, RECOURS AUX SOINS	89
1. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	90
2. Aide au paiement d'une complémentaire santé	93
3. Déclaration d'un médecin traitant	96
4. Soins de médecine générale	98
4.1 Recours au médecin généraliste ou au pédiatre	98
4.2 Recours au médecin généraliste dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires	103
5. Recours au gynécologue médical ou obstétricien	108



6. Dépistage et prévention	112
6.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus	112
6.2 Dépistage du cancer du sein	115
6.3 Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées	118
7. Soins dentaires	121
7.1 Recours au chirurgien-dentiste	121
7.2 Prothèses dentaires	128
7.3 Soins d'orthodontie chez les enfants	132
8. Soins en ophtalmologie et soins d'optique	135
8.1 Recours à l'ophtalmologiste	135
8.2 Soins d'optique	140
9. Recours à l'orthophoniste chez les enfants	144
Références bibliographiques et sources	146

ENCADRÉ 1. Données sociodémographiques concernant la ville de Nantes

Population : 303 382 habitants en 2015, soit 22 % de la population départementale.

Une population qui a augmenté de 1,3 % par an entre 2010 et 2015 (284 970 habitants en 2010).

4 253 naissances, 2 127 décès en 2017.

23 % des habitants sont âgés de moins de 20 ans (24 % en France) et 14 % ont 65 ans ou plus (19 % en France).

Les professions intermédiaires, les cadres et professions intellectuelles supérieures et les employés sont les catégories sociales les plus représentées, constituant chacune environ un quart des actifs. Les ouvriers arrivent en quatrième position, avec 14 % des actifs (22 % en France).

Un taux de chômage de 17 % en 2015 (14 % en France).

Sources : recensements de la population 2010 et 2015 (Insee), État civil 2017 (Insee)



Synthèse

Une situation globalement favorable, mais un avantage nantais qui se réduit

- Comme en France, l'espérance de vie des Nantais continue de progresser, en lien avec la baisse de la mortalité qui atteint - 19 % depuis 2001.

La mortalité des Nantais reste depuis plusieurs années inférieure d'environ 10 % à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité traduit un état de santé globalement favorable par rapport à la moyenne française. Ce constat est conforté par une fréquence des admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les Nantais un peu plus faible qu'au plan national (- 5 %).

- Mais au cours des dernières années, la situation nantaise s'est rapprochée de celle observée en France. Si la morbidité des femmes reste encore inférieure à la moyenne nationale, celle des hommes est désormais proche de cette moyenne.

Une situation préoccupante chez les hommes avant l'âge de 65 ans

- 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. À Nantes comme en France, les hommes sont les plus concernés : 29 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, contre 12 % des décès féminins.

La mortalité prématurée, bien qu'en fort recul depuis le début des années 2000 (- 29 %), reste parmi les hommes nantais supérieure à la moyenne nationale (+ 8 %).

- Parmi les 400 décès prématurés annuels survenus dans la population nantaise sur la période 2012-2014, 125 peuvent être considérés comme "évitables" car leurs causes sont accessibles à la prévention primaire. Cette mortalité prématurée « évitable » est également en recul (- 42 % depuis 2001).

Des maladies chroniques fréquentes et en augmentation

- Les affections chroniques sont, comme en France, particulièrement fréquentes dans la population nantaise et sont en augmentation.

Le taux de personnes en affection de longue durée, en raison de soins longs et coûteux, illustre le poids important et croissant des pathologies chroniques. Ce taux atteint en effet 16 % dans la population nantaise en 2017 contre 14 % en 2013. Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les cancers, les pathologies psychiatriques et le diabète.

Un enfant sur dix en surcharge pondérale

- Selon les données des bilans de santé, 10 % des enfants nantais âgés de 5-6 ans et 12 % de ceux âgés

de 8-9 ans sont en surcharge pondérale (y compris obésité).

Si l'on considère seulement l'obésité, sa prévalence s'établit autour de 2 à 3 % parmi les enfants de ces deux classes d'âge.

Globalement, ces prévalences sont restées relativement stables au cours des dernières années.

- En outre, 3 % des 5-6 ans et 5 % des 8-9 ans présentent au moins deux dents cariées non soignées.

Des disparités marquées entre quartiers

- La situation des différents quartiers nantais en matière de mortalité prématurée et de prévalence des ALD illustre l'importance des inégalités sociales de santé, avec des indicateurs moins bons parmi les habitants des territoires les moins favorisés socialement.

Ainsi, le taux de personnes en ALD atteint 20 % parmi les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) contre 15 % parmi les habitants des autres quartiers.

En outre, une surmortalité prématurée de 60 % est observée parmi les habitants des QPV par rapport à ceux des autres quartiers. Si cette surmortalité est moins marquée chez les femmes (+ 35 %) et s'est réduite au cours des dernières années, elle ne diminue pas chez les hommes et reste particulièrement élevée (+ 75 %).

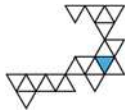
- Chez les enfants, les écarts sont aussi particulièrement marqués. Ainsi, la proportion d'enfants obèses, ainsi que celle d'enfants présentant au moins deux dents non cariées, sont trois à quatre fois plus élevées parmi les enfants des QPV que parmi les enfants des autres quartiers.

Maladies cardiovasculaires et diabète

- La fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires et la mortalité liée à ces pathologies dans la population nantaise sont inférieures de respectivement - 4 % et - 13 % à la moyenne nationale. Cette situation favorable est liée à celle des femmes, et masque des indicateurs moins favorables pour les hommes âgés de moins de 65 ans. Chez ces derniers, une surincidence des ALD pour maladies cardiovasculaires est observée, et la mortalité liée à ces pathologies est proche de la moyenne nationale.

- Plus de 10 000 Nantais, soit plus de 3 % d'entre eux, sont pris en charge pour un diabète. Cette proportion est plus élevée chez les hommes et dépasse 10 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Ces prévalences sont inférieures d'environ 20 % à la moyenne nationale. Mais il n'en demeure pas moins que l'épidémiologie de cette affection est préoccupante, avec une fréquence élevée et une tendance à la hausse.



Cancers : une incidence qui reste supérieure à la moyenne nationale

- 1 400 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués et 570 décès par cancer sont enregistrés en moyenne chaque année dans la population nantaise.
- Chez les femmes, le cancer du sein reste le plus fréquent en termes d'incidence (240 nouveaux cas par an) et de mortalité (44 décès annuels soit 17 % des décès par cancer).
- Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquemment diagnostiqué (21 % 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 (76 par an, soit 24 % des décès par cancer).
- La fréquence des nouveaux cas de cancer dans la population nantaise est supérieure d'environ 10 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes.
- Cette surincidence des cancers est liée en partie à une plus grande fréquence des cancers pour lesquels la consommation d'alcool et/ou de tabac constituent des facteurs de risque importants : cancers des voies aérodigestives supérieures - VADS (+ 60 % par rapport à la moyenne nationale), cancer du poumon chez les hommes (environ + 15 %).
- Une surincidence du cancer du sein, qui bénéficie d'un programme de dépistage organisé, est aussi observée parmi les Nantaises (environ + 20 %).
- La fréquence des nouveaux cas d'hémopathies malignes est en outre plus élevée parmi les Nantais qu'au plan national (environ + 25 %).
- En terme d'évolution, la fréquence globale des nouveaux cas de cancer dans la population nantaise suit, sur les années récentes, une tendance à la hausse chez les femmes et connaît un léger recul chez les hommes. Chez les femmes, l'augmentation est liée principalement à une hausse des nouveaux cas de cancer du sein, à laquelle s'ajoute une progression des cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Chez les hommes, la diminution est en lien avec la baisse de l'incidence du cancer de la prostate. Mais parallèlement, comme chez les femmes, une hausse marquée des nouveaux cas de cancers des VADS est observée.

Dépistages des cancers en recul

- Le taux de participation des femmes nantaises au dépistage organisé du cancer du sein est en baisse (62 % en 2011-2012, 55 % en 2016-2017). Un recul du dépistage du cancer du col utérin est également observé chez les femmes âgées de 25-39 ans (- 5 points entre 2013 et 2017).

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

Plusieurs indicateurs confirment une plus grande fréquence des pathologies liées à la consommation excessive d'alcool dans la population nantaise.

- Outre la surincidence des cancers des VADS évoquée précédemment, la fréquence des admissions en ALD pour pathologies attribuables à une consommation excessive d'alcool² est supérieure de 45 % à la moyenne nationale. Cet écart s'est en outre accru au cours des années récentes.
- Par ailleurs, le taux de Nantais hospitalisés en court séjour pour dépendance alcoolique est supérieur de 18 % au taux national.
- Enfin, la mortalité liée à l'alcool¹ est supérieure de près de 40 % à la moyenne nationale. Pour cet indicateur, parmi les dix grandes villes françaises étudiées, seule la ville de Lille présente une mortalité plus défavorable que celle de Nantes.

Un recours plus fréquent aux psychotropes et une sous-mortalité par suicide

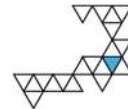
- 10 % des Nantais ont recours à un traitement par psychotropes dans l'année, les femmes plus souvent que les hommes (14 % *vs* 9 %). Ces taux nantais sont supérieurs aux taux nationaux pour les deux sexes.
- Comme en France, la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) parmi la population nantaise a connu une augmentation sur les années récentes. Chez les hommes nantais, cette hausse a été particulièrement marquée, et ces admissions deviennent plus fréquentes qu'en moyenne en France (+ 9 %), contrairement à celles chez les femmes qui restent moins fréquentes (- 9 %).

- La mortalité par suicide (25 décès par an) a fortement diminué depuis le début des années 2000. Elle reste chez les hommes nantais nettement inférieure à la moyenne nationale (- 30 %). Chez les femmes (6 décès par an), une sous-mortalité est observée sur les années récentes, contrastant avec la surmortalité observée sur les années antérieures à 2011.

Une mortalité par accident de la vie courante et par accident de la circulation inférieure à la moyenne nationale

- La mortalité par accident de la vie courante au sein de la population nantaise (79 décès par an) apparaît sur les années récentes inférieure à la moyenne nationale (- 14 %), en lien notamment avec une forte baisse de ces accidents parmi les moins de 65 ans.

² Maladies alcooliques du foie, troubles mentaux liés à une consommation excessive d'alcool.



- La mortalité par accident de la circulation (10 décès par an) reste nettement inférieure à la moyenne nationale (- 32 %). Cette sous-mortalité est liée notamment à la moindre fréquence des accidents graves dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales.

Recours aux soins de ville

- Selon les données de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Loire-Atlantique, 80 % des Nantais relevant du régime général ont consulté, au cours de l'année 2017, un médecin généraliste (ou un pédiatre pour les moins 16 ans).
- Les soins dentaires et en ophtalmologie occasionnent également des recours réguliers : 43 % des Nantais ont consulté un chirurgien-dentiste dans l'année, 41 % un ophtalmologiste au cours des deux dernières années.
- Pour les femmes de 16 ans et plus, le recours dans l'année à un gynécologue (médical ou obstétricien) est également fréquent : 25 % d'entre elles sont concernées.
- De nombreux enfants bénéficient de soins en orthodontie (26 % des 6-15 ans au cours des deux dernières années) ou en orthophonie (17 % des 6-10 ans dans l'année).
- Entre 2013 et 2017, le recours des Nantais est en augmentation pour certains soins (à structure par âge comparable) : chirurgien-dentiste, ophtalmologiste, optique, orthodontie et orthophonie chez les enfants. Mais à l'inverse, le recours à un gynécologue est en baisse.

Des écarts importants selon la couverture maladie

- En matière de couverture maladie, 13 % des Nantais âgés de moins de 65 ans bénéficient fin 2017 de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)³. Par ailleurs, pour 4 % des Nantais, une attestation de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)⁴ a été délivrée en 2017 (contre 2 % en 2013).
- Par rapport aux non-bénéficiaires, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent pris en charge pour un diabète, ou traités par psychotropes.
- Par ailleurs, ils ont plus souvent recours dans l'année à un médecin généraliste (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, les bénéficiaires de la CMU-C consultent moins souvent un ophtalmologiste et, pour les adultes, ils bénéficient moins fréquemment de remboursements de soins d'optique.

Les femmes de plus de 25 ans, bénéficiaires de la CMU-C, ont également moins souvent recours à un gynécologue. Elles participent aussi moins souvent au dépistage du cancer du sein, ainsi qu'au dépistage du col de l'utérus après 40 ans.

Quant aux enfants relevant de la CMU-C, ils sont moins nombreux à avoir consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste et avoir bénéficié de soins d'orthodontie. Par contre, ils recourent un peu plus souvent à un orthophoniste.

- De façon globale, les écarts entre bénéficiaires de la CMU-C et non-bénéficiaires de la CMUC n'ont pas connu d'évolution significative entre 2013 et 2017.

Des disparités sociales de recours aux soins marquées entre quartiers

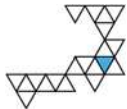
- En cohérence avec ces résultats relatifs aux bénéficiaires de la CMU-C et comme en 2013, d'importantes disparités de recours entre les différents quartiers de la ville sont observées en 2017.
- De façon globale, les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville⁵ ont plus souvent recours, que ceux des autres quartiers nantais, à un médecin généraliste, notamment en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux (entre 20h et 8h).
- Par contre, ils ont moins souvent recours à des soins spécialisés : chirurgien-dentiste, prothèses dentaires chez les personnes de 65 ans et plus, ophtalmologiste, soins d'optique, gynécologue, soins d'orthodontie pour les enfants.
- En matière de prévention, les habitantes des quartiers socialement 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.

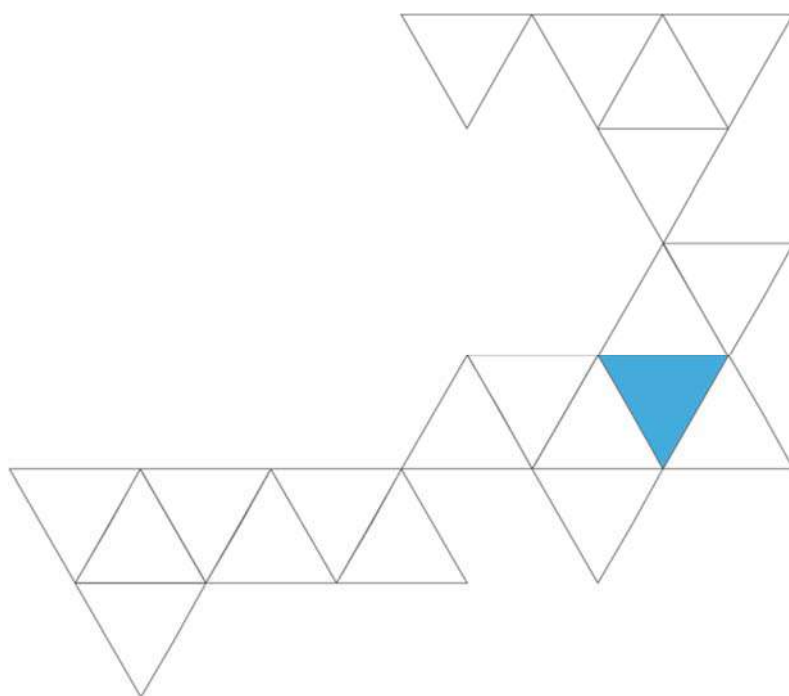
³ La CMU-C prend en charge, pour les personnes à bas revenus, les dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, dans les limites d'un panier de biens et services.

⁴ L'ACS est une aide financière destinée à réduire la charge liée à la cotisation d'une assurance complémentaire santé s'adressant

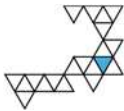
aux ménages modestes avec des revenus supérieurs au plafond éligible à la CMU-C.

⁵ 33 % sont bénéficiaires de la CMU-C vs 8 % des habitants des territoires ne relevant pas des quartiers prioritaires de la politique de la ville.





Partie 1. ÉTAT DE SANTÉ



1. Vue d'ensemble de l'état de santé

1.1 Mortalité générale

Éléments de contexte

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. En 2017, cette espérance atteinte en France métropolitaine 79,5 ans chez les hommes et 85,4 ans chez les femmes. Cela représente 16 années supplémentaires chez les hommes et les femmes par rapport au début des années 1950 [1].

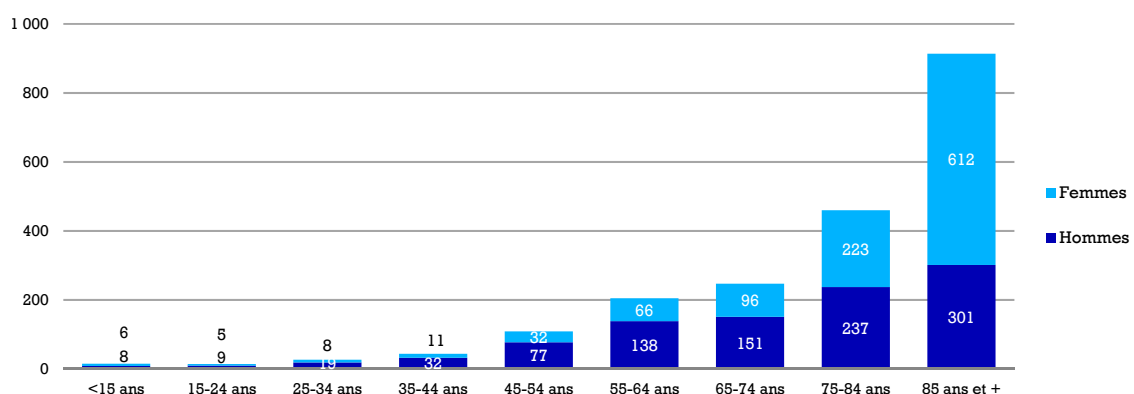
L'espérance de vie à la naissance en France est l'une des plus élevées des pays de l'Union européenne pour les femmes, et proche de la moyenne européenne pour les hommes. Par contre, l'espérance de vie à 65 ans est l'une des plus élevées des pays européens pour les femmes mais aussi pour les hommes [2].

L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent importantes, 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 cet écart ne s'est pas réduit depuis la fin des années 1970 [1]. Si l'on considère l'espérance de vie « en bonne santé », ces inégalités sociales se sont aggravées sur cette période, et de manière plus marquée chez les hommes.

Plus de 2 000 Nantais décèdent chaque année

- 2 030 Nantais sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2013-2015. L'âge moyen au décès connaît une progression constante : 68 % de ces décès sont survenus au-delà de 75 ans et 45 % au-delà de 85 ans (Fig1), contre respectivement 64 % et 38 % sur la période 2008-2010.
- 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.

Fig1. Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe
Nantes (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD - exploitation ORS Pays de la Loire

Une mortalité masculine deux fois plus élevée que celle des femmes

- Comme en France, la mortalité des hommes nantais est supérieure à celle des femmes nantaises 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.
- Une situation analogue est observée au niveau national. Avec toutefois, à Nantes, un écart hommes/femmes moins marqué chez les 15-34 ans qu'au plan national, mais plus important chez les 35-54 ans.

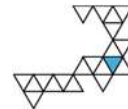
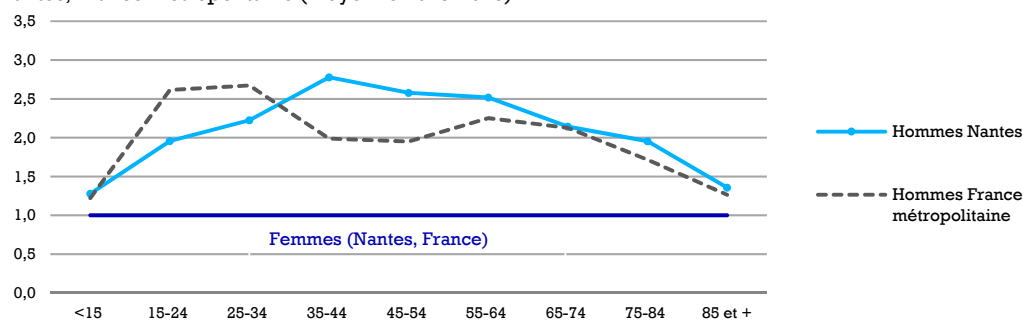


Fig2. Ratio de mortalité masculine par rapport à la mortalité féminine selon l'âge
Nantes, France métropolitaine (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Lecture : Chez les 15-24 ans, la mortalité des hommes nantais est environ 2 fois plus élevée que celle des femmes nantaises.

Cancers et maladies cardiovasculaires, principales causes de décès

• Les cancers (28 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25 %) constituent les deux principales causes de décès, dans la population nantaise comme en France (Fig3). Viennent ensuite les morts violentes qui représentent 6 % 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 (moyennes 2013-2015, 2008-2010)

	Hommes		Femmes		Total		Total	
	(moy. 2013-2015)		(moy. 2013-2015)		(moy. 2013-2015)		(moy. 2008-2010)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des cancers*	313	32 %	260	25 %	573	28 %	583	30 %
Cancer du poumon	76	8 %	41	4 %	117	6 %	112	6 %
Cancer du côlon-rectum	31	3 %	28	3 %	59	3 %	55	3 %
Cancer de la prostate	31	3 %	-	-	31	2 %	30	2 %
Cancer du foie et voies biliaires intra-hépatiques	19	2 %	9	1 %	28	1 %	38	2 %
Cancers des VADS** et œsophage	28	3 %	9	1 %	37	2 %	27	1 %
Cancer du sein	-	-	44	4 %	44	2 %	51	3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	205	21 %	294	28 %	499	25 %	496	26 %
Cardiopathies ischémiques	64	7 %	53	5 %	117	6 %	126	6 %
Maladies vasculaires cérébrales	38	4 %	70	7 %	108	5 %	128	7 %
Traumatismes et empoisonnements	67	7 %	54	5 %	121	6 %	137	7 %
Accident de la vie courante	37	4 %	42	4 %	79	4 %	81	4 %
Suicide	20	2 %	6	1 %	26	1 %	35	2 %
Accident de la circulation	-	-	-	-	10	< 1 %	14	1 %
Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***	35	4 %	12	1 %	47	2 %	48	2 %
Autres causes	352	36 %	440	42 %	792	39 %	676	35 %
Toutes causes	972	100 %	1 059	100 %	2 031	100 %	1 940	100 %

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD - exploitation ORS Pays de la Loire

* Ensemble des tumeurs malignes. ** Voies aérodigestives supérieures : lèvre, cavité buccale, pharynx et larynx.

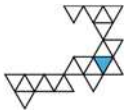
*** Maladies alcooliques du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité qui poursuit son 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 2013-2015, le taux standardisé de mortalité générale a ainsi diminué de 19 % dans la population nantaise. Cette diminution s'observe chez les hommes comme chez les femmes.

• Chez les hommes, cette diminution s'élève à - 22 % et est d'ordre de grandeur comparable à celles observées au plan national et dans le reste du département de la Loire-Atlantique (Fig4).

• Chez les femmes, la baisse observée (- 16 %) est un peu moins marquée que celles constatées au plan national et dans le reste du département (- 20 %).

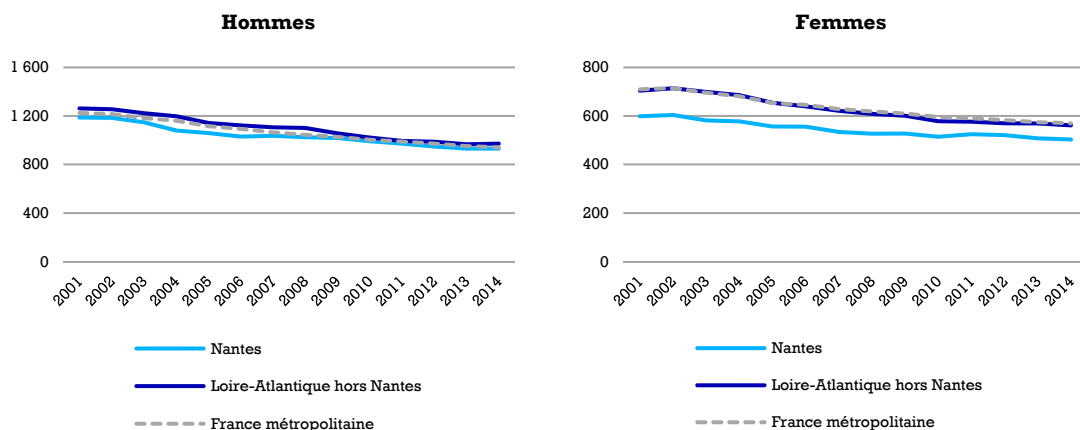


- Globalement, ce recul de la mortalité dans la population nantaise s'observe pour l'ensemble des groupes d'âge (0-19 ans, 20-64 ans et 65 ans et plus), et il est notamment plus marqué chez les enfants et les adultes d'âge intermédiaire que chez les personnes âgées. Par ailleurs, il résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les trois principaux groupes de causes de décès que sont les maladies de l'appareil circulatoire (- 33 %), les cancers (- 17 %) et les morts violentes (- 41 %).

Une mortalité qui reste inférieure à la moyenne nationale chez les femmes et proche de cette moyenne chez les hommes

- Par rapport à la moyenne nationale, la situation nantaise apparaît globalement plus favorable. La mortalité générale parmi les Nantais est inférieure de 10 % à la moyenne nationale. Ce constat masque toutefois une situation différente 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 mais celle-ci tend à se réduire, elle atteint - 14 % en moyenne sur les années 2013-2015 (-16 % en 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. Évolution du taux standardisé de mortalité générale selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

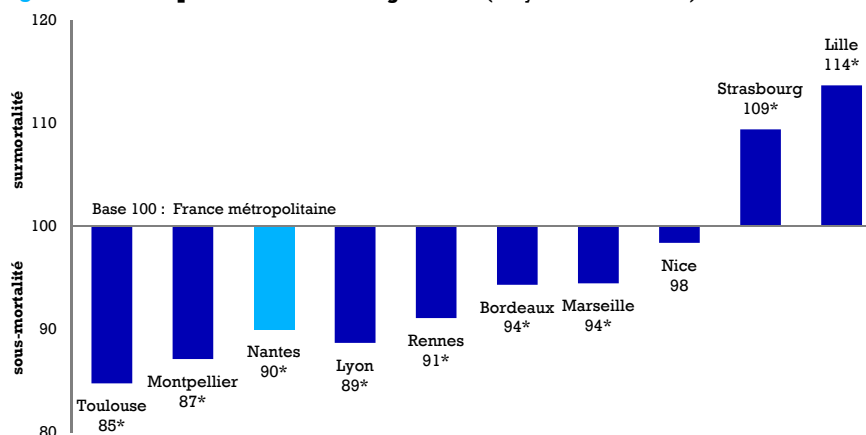
Une situation plutôt favorable par rapport aux autres grandes villes étudiées

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, sept présentent une mortalité générale inférieure à la moyenne nationale, une ville connaît une mortalité proche et deux villes une mortalité supérieure à cette moyenne, sur la période 2013-2015 (Fig5). Nantes fait partie des villes en situation de sous-mortalité et se situe, comme sur la période 2008-2010, parmi les villes les mieux classées pour cet indicateur.



Fig5. Indice comparatif de mortalité générale (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

1.2 Mortalité prématurée

Éléments de contexte

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.

La France occupe une position moyenne pour la mortalité prématurée féminine au sein des 28 pays de l'Union européenne, et est plutôt mal placée (19^e rang) pour la mortalité prématurée masculine [3].

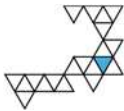
Une part importante de cette mortalité prématurée peut être considérée comme évitable, car elle pourrait être réduite par la prévention primaire.

29 % des hommes et 12 % des femmes décèdent avant 65 ans

- Sur la période 2013-2015, un peu plus de 400 Nantais sont décédés en moyenne chaque année avant l'âge de 65 ans, ce qui représente 20 % du nombre total de décès. Sur ces 400 décès prématurés, 283, soit plus des deux tiers, concernent des hommes.
- Comme en France, la part des décès prématurés reste nettement plus élevée chez les hommes : 29 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 12 % des décès féminins.

Les cancers, première cause de décès prématuré parmi les Nantais

- Les cancers restent la principale cause de mortalité prématurée (Fig6). Ils sont à l'origine de 39 % des décès survenus avant 65 ans (34 % des décès masculins et 50 % des décès féminins). Le cancer du poumon est la localisation la plus fréquemment en cause avec 12 % des décès prématurés chez les hommes et 11 % chez les femmes. Le cancer du sein arrive en deuxième position chez les femmes sur la période 2013-2015 (9 % des décès prématurés) alors que sur la période précédente 2008-2010, il était au premier rang.
- Les morts violentes, par suicide ou par accident, représentent 11 % des décès avant 65 ans (12 % des décès masculins et 9 % des décès féminins).
- Les maladies cardiovasculaires sont également à l'origine de 11 % des décès prématurés (13 % des décès masculins et 7 % des décès féminins).
- Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool représentent 6 % des décès avant 65 ans (7 % des décès masculins et 4 % des décès féminins).



- Par ailleurs, il convient de noter la forte proportion de décès prématurés dont la cause médicale est inconnue ou non précisée (codes CIM10⁶ : R96-R99) : 17 % des décès masculins et 11 % des décès féminins (contre 8 % et 6 % en France). Ce constat n'est pas récent puisqu'il avait déjà été établi sur les périodes précédentes.

Fig6. Principales causes de décès prématurés selon le sexe
Nantes (moyennes 2013-2015, 2008-2010)

	Hommes		Femmes		Total		Total	
	(moy. 2013-2015)		(moy. 2013-2015)		(moy. 2013-2015)		(moy. 2008-2010)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des cancers*	97	34%	64	50%	161	39 %	179	38 %
Cancer du poumon	34	12%	14	11%	49	12 %	52	11 %
Cancer du sein	-	-	12	9%	12	3 %	18	4 %
Cancers des VADS** et œsophage	-	-	-	-	16	4 %	12	3 %
Cancer du foie et voies biliaires intra-hépatiques	-	-	-	-	6	1 %	11	2 %
Cancer du côlon-rectum	6	2%	5	4%	11	3 %	9	2 %
Traumatismes et empoisonnements	35	12%	12	9%	47	11 %	65	14 %
Suicide	16	6%	5	4%	21	5 %	28	6 %
Accident de la vie courante	10	4%	4	3%	15	4 %	25	5 %
Accident de la circulation	-	2%	-	-	9	2 %	11	2 %
Maladies de l'appareil circulatoire	37	13%	9	7%	46	11 %	51	11 %
Cardiopathies ischémiques	-	-	-	-	15	4 %	17	4 %
Maladies vasculaires cérébrales	7	2%	4	3%	11	3 %	13	3 %
Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***	21	7%	5	4%	26	6 %	34	7 %
Autres causes	93	33%	38	30%	131	32 %	137	29 %
Toutes causes	283	100%	128	100%	412	100 %	465	100 %

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

* 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 400 décès prématurés dénombrés dans la population nantaise chaque année, 125 peuvent être en effet considérés comme « évitables », soit 30 %. Sur ces 125 décès, 94 concernent des hommes et 31 des femmes.

Mortalité prématurée et mortalité évitable en forte diminution

- Comme en France, la mortalité prématurée poursuit son recul. Elle a ainsi diminué de 29 % dans la population nantaise entre 2000-2002 et 2013-2015 (- 21 % en France). Cette baisse s'observe chez les hommes comme chez les femmes nantaises (**Fig7**).
- Ce recul est notamment à rapprocher de la baisse de la mortalité prématurée évitable liée à la prévention. Entre les périodes 2000-2002 et 2013-2015, cette dernière a diminué d'environ 40 % dans la population nantaise (**Fig10**).

Une mortalité prématurée qui reste supérieure à la moyenne nationale chez les hommes

- La mortalité prématurée parmi les Nantais est globalement proche de la moyenne nationale sur les années récentes. Ce constat masque toutefois une situation différente selon le sexe.
- Chez les hommes nantais, la mortalité prématurée reste supérieure à la moyenne nationale (**Fig7**). À structure par âge comparable, cette mortalité est supérieure de 8 % à cette moyenne sur la période 2013-2015. Cette surmortalité prématurée des Nantais, qui ne s'est pas réduite depuis la période d'étude précédente (2008-2010), correspond à un excédent annuel moyen d'environ 20 décès d'hommes nantais âgés de moins de 65 ans, par rapport à la moyenne nationale.

⁶ Classification internationale des maladies, 10^e version.



Cette situation chez les hommes nantais apparaît moins favorable que celle observée chez les hommes dans le reste du département. Pour ces derniers, la mortalité prématurée est proche de la moyenne nationale sur les années récentes.

- Chez les femmes nantaises, la mortalité prématurée, qui était supérieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000, est légèrement inférieure à cette moyenne depuis 2010.

La mortalité des femmes nantaises tend à se rapprocher de la mortalité observée pour les femmes du reste du département, cette dernière étant depuis le début des années 2000 inférieure à la moyenne nationale.

Fig7. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

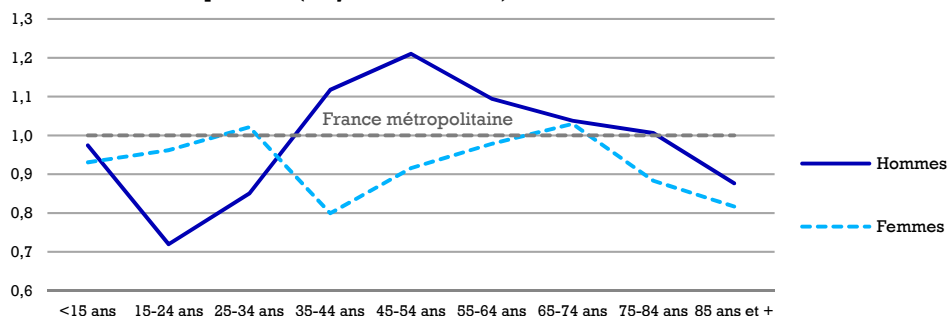


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

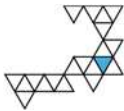
Une surmortalité qui concerne les hommes de 35-64 ans

- La comparaison des taux de mortalité par âge avec la moyenne française met en évidence une surmortalité chez les hommes nantais entre 35 et 64 ans, sur les années 2013-2015 (Fig8). Un constat analogue avait été observé sur la période 2008-2010. Par contre, la mortalité parmi les hommes nantais apparaît plutôt inférieure à la moyenne nationale chez les moins de 35 ans et les 85 ans et plus.
- La mortalité chez les femmes nantaises semble plutôt inférieure à la moyenne nationale, chez les 35-54 ans et les 75 ans et plus. Pour les autres classes d'âge, celle-ci lui semble relativement proche.
- Parmi les hypothèses qui peuvent être mises en avant pour expliquer cette situation, peuvent être cités : le caractère urbain du territoire, qui limite la fréquence des accidents graves de la circulation, principale cause de décès chez les hommes jeunes ; l'implantation de l'offre de soins de proximité, qui permet notamment une prise en charge rapide des problèmes de santé aigus et à forte létalité des personnes âgées.

Fig8. Ratio de mortalité générale à Nantes par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe
Nantes, France métropolitaine (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Lecture : Chez les 45-54 ans, la mortalité des hommes nantais est 1,2 fois plus élevée que celle des hommes en France métropolitaine.



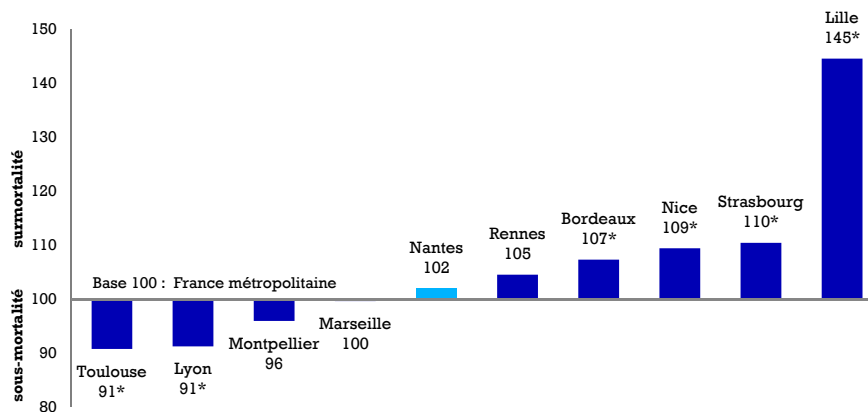
ENCADRÉ 2. Mortalité prématurée évitable liée à la prévention

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 [3].

Une situation intermédiaire 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. Nantes et trois autres villes connaissent une mortalité non significativement différente de cette moyenne et quatre une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Nantes, avec une mortalité prématurée proche de la moyenne, occupe ainsi une position intermédiaire parmi ces dix villes (Fig9).

Fig9. Indice comparatif de mortalité prématurée (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

Une mortalité prématurée évitable légèrement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes

• Au niveau national, la mortalité prématurée évitable est en diminution régulière depuis le début des années 2000 (- 30 % entre 2000-2002 et 2013-2015). À Nantes, malgré des fluctuations, une tendance analogue est observée (- 42 %) et concerne les hommes comme les femmes (Fig10).

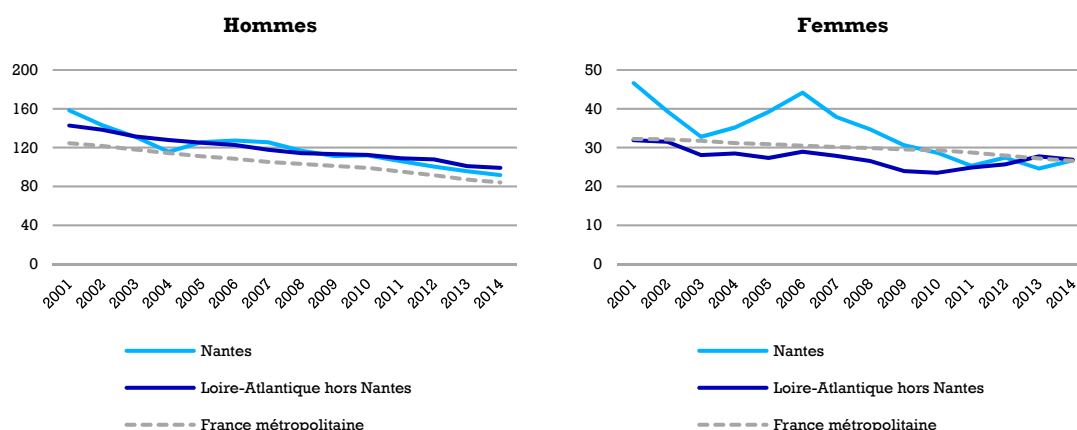
• Chez les hommes nantais, la mortalité prématurée évitable reste depuis le début des années 2000 globalement supérieure à la moyenne nationale, avec des écarts plus ou moins marqués. Sur la dernière période 2013-2015, l'écart atteint + 5 % et n'est pas statistiquement significatif. Une surmortalité masculine est également observée à l'échelle du reste du département mais celle-ci reste nettement plus marquée (+ 17 %), en raison notamment d'une plus grande fréquence des décès par suicide et par accident de la circulation qui n'est pas retrouvée chez les hommes nantais de moins de 65 ans.

• Chez les femmes nantaises, la mortalité prématurée évitable qui était plutôt supérieure à la moyenne nationale entre 2001 et 2007, est proche de la moyenne nationale sur les années récentes 2013-2015. Elle apparaît également peu différente de la mortalité prématurée évitable observée chez les femmes du reste du département.

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.



Fig10. Évolution du taux standardisé de mortalité évitable selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

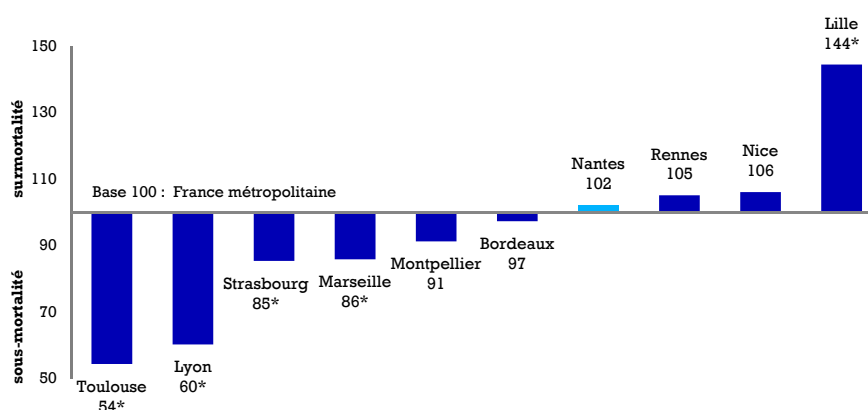


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une situation intermédiaire par rapport aux autres villes

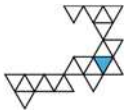
• Sur les dix villes étudiées, quatre présentent une mortalité prématurée évitable significativement inférieure à la moyenne nationale et une ville, une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Pour cinq villes, dont Nantes, la mortalité évitable n'apparaît pas significativement différente de la moyenne nationale. Nantes occupe ainsi une position intermédiaire pour cet indicateur (Fig11).

Fig11. Indice comparatif de mortalité évitable (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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



Une mortalité prématurée qui diminue parmi les habitants des quartiers prioritaires mais qui reste nettement plus élevée en moyenne que celle des habitants des autres quartiers

Une analyse de la mortalité prématurée a été réalisée à l'échelle infracommunale, à partir des données de mortalité des années 2000 à 2016 (hors années 2014⁷), issues de l'état civil de la ville de Nantes⁸.

Deux niveaux géographiques ont été étudiés. Le premier distingue les quartiers prioritaires de la politique de la ville⁹ de ceux qui ne le sont pas ([Annexe 1](#)). Le second repose sur le découpage de vingt-huit micro-quartiers, qui correspond au zonage des Triris¹⁰ de l'Insee ([Annexe 2](#)).

- Comme à l'échelle de la ville de Nantes, la mortalité prématurée a diminué parmi les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville : - 21 % entre les périodes 2000-2004 et 2011-2016 (-18 % dans les autres quartiers) ([Fig12](#)).

Cette baisse apparaît un peu plus marquée chez les femmes (- 25 %) que chez les hommes des quartiers prioritaires (- 18 %).

Pour les autres quartiers nantais, une baisse de la mortalité prématurée d'ordre comparable est observée entre les hommes (- 19 %) et les femmes (- 17 %).

- La comparaison des **quartiers prioritaires de la politique de la ville** et des autres quartiers de la ville met en évidence une proportion brute des décès survenant avant 65 ans nettement plus élevée parmi les habitants des quartiers prioritaires. Ainsi, sur la période 2011-2016, 35 % des décès parmi les habitants des quartiers prioritaires concernent des personnes âgées de moins de 65 ans contre 19 % des décès parmi les habitants des autres quartiers.

- Si l'on prend en compte les différences de structure d'âge entre ces deux groupes de population, et plus particulièrement le fait que les habitants des quartiers non prioritaires sont en moyenne plus âgés que les habitants des quartiers prioritaires, cette différence est un peu moins marquée (30 % vs 20 %).

- Même si l'écart tend à se réduire, la mortalité prématurée reste nettement supérieure parmi les habitants des quartiers prioritaires que parmi ceux des autres quartiers nantais. Sur la période récente 2011-2016, l'écart s'élève à + 60 %, à structure par âge comparable.

- Cette surmortalité prématurée parmi les habitants des quartiers prioritaires s'observe chez les hommes comme chez les femmes, avec toutefois un écart avec les autres quartiers nantais moins marqué chez ces dernières.

Ainsi, sur la période 2011-2016, la mortalité prématurée des hommes de quartiers prioritaires est supérieure d'environ 75 % à celle observée en moyenne parmi les hommes des autres quartiers nantais, à structure par âge comparable.

Cet écart entre les hommes des quartiers prioritaires et ceux des quartiers non prioritaires n'a pas connu d'évolution significative depuis le début des années 2000.

Chez les femmes, l'écart de mortalité prématurée entre quartiers prioritaires et autres quartiers atteint + 35 %. En lien avec une baisse plus marquée chez les femmes des quartiers prioritaires, cet écart s'est toutefois réduit depuis la fin des années 2000. Il s'élevait en effet à environ + 60 % sur la période 2000-2008.

⁷ Données non disponibles pour cette année.

⁸ L'analyse de la mortalité générale à l'échelle infracommunale n'est pas présentée dans ce rapport car les écarts observés entre quartiers nantais sont en partie liés à l'implantation dans les quartiers des structures d'hébergement pour personnes âgées.

⁹ L'analyse des résultats selon le type de quartier de résidence (prioritaire ou non) n'est pas établie à partir du contour exact des quartiers de la politique de la ville (QPV) mais selon une approche iris de ces quartiers. Ainsi, dans ce rapport, les habitants des quartiers prioritaires correspondent aux habitants résidents d'Iris comportant un QPV. À Nantes, environ 80 % de la population des Iris concernés par un QPV réside dans un QPV.

¹⁰ 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).

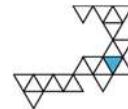
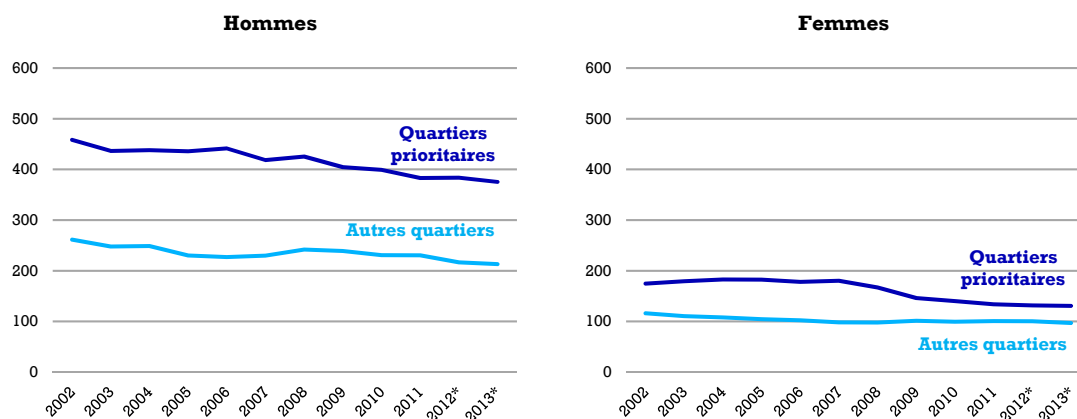


Fig12. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée selon le sexe et le quartier de résidence (prioritaire ou non)
Nantes (2000-2016*)



Sources : État civil Ville de Nantes, RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé sur la population nantaise (RP 2006).
* Hors année 2014 (données non disponibles).

Une baisse de la mortalité prématurée observée dans la plupart des micro-quartiers nantais

- Comme à l'échelle de la ville de Nantes, la mortalité prématurée a globalement diminué dans la majorité des vingt-huit micro-quartiers nantais étudiés entre les deux périodes 2000-2004 et 2011-2016 (Fig13).
- Les baisses les plus importantes (d'environ - 35 % à - 50 %) sont notamment observées pour les micro-quartiers suivants : Chantenay, Dervallières/Contrie, Hauts Pavés/Talensac et Saint-Félix/Michelet.
- Dans certains micro-quartiers, la mortalité prématurée n'a toutefois pas connu d'évolution significative et est restée plutôt stable entre 2000-2004 et 2011-2016 : Jules Verne/Landreau, Beauséjour/Gaudinière, Pont du Cens/Petit Port/Jonelière, Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby.
- Par contre, une tendance à la hausse de la mortalité prématurée est observée dans deux micro-quartiers et le suivi de l'évolution de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette tendance se confirme ou si elle est liée à des fluctuations aléatoires. Ainsi, le micro-quartier Beaujoire/Saint-Joseph présente une hausse continue et relativement élevée de la mortalité prématurée entre 2000-2004 et 2011-2016 (environ + 40 %). Par ailleurs, pour le micro-quartier Commerce Guist'hau, si la mortalité prématurée connaît des fluctuations, elle apparaît en 2011-2016 un peu plus élevée qu'en 2000-2004 (environ + 15 %).
- Une part de ces évolutions pourrait résulter d'une évolution sociologique des quartiers nantais, les populations les moins favorisées connaissant globalement une plus forte mortalité prématurée.

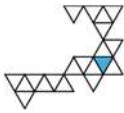
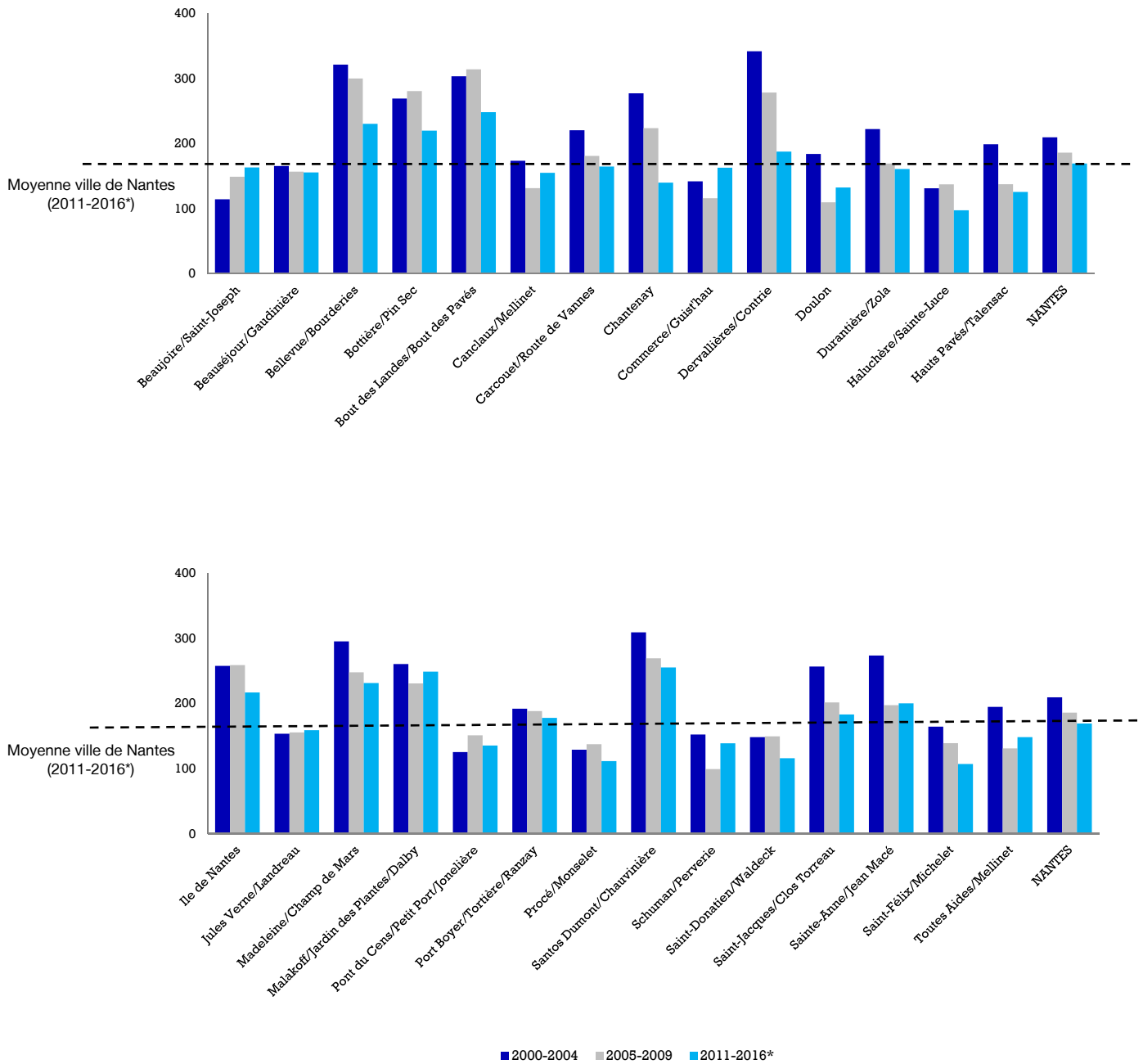
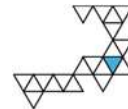


Fig13. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée par micro-quartier
Nantes (2000-2016*)



Sources : État civil Ville de Nantes, RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé sur la population nantaise (RP 2006).
* Hors année 2014 (données non disponibles).



De fortes disparités en matière de mortalité prématurée entre les micro-quartiers nantais

- D'importantes disparités de mortalité prématurée sont observées entre les vingt-huit micro-quartiers nantais étudiés.

Sur la période 2011-2016, la proportion de décès survenant avant 65 ans dépasse 40 % dans certains micro-quartiers alors qu'elle est inférieure à 15 % 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 2011-2016, varie de - 42 % à + 50 % selon les micro-quartiers ([Fig14](#)). Des écarts entre ces territoires aussi marqués avaient été déjà observés sur les périodes précédentes 2007-2013 (de - 34 à + 52 %) et 2000-2006 (de - 40 % à + 58 %).

La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne de la ville de Nantes dans six micro-quartiers :

- Santos Dumont/Chauvinière (+ 50 %),
- Bout des Landes/Bout des Pavés (+ 45 %),
- Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby (+ 45 %),
- Bellevue/Bourderies (+ 36 %),
- Madeleine/Champ de Mars (+ 32 %),
- Ile de Nantes (+ 28 %).

Ces six territoires présentaient déjà sur les périodes précédentes d'étude (2000-2006 et 2007-2013) une surmortalité [\[4\]](#).

Concernant le territoire Bottière/Pin Sec, qui présentait une surmortalité sur ces deux périodes, l'écart avec la moyenne nationale qui s'élève à + 28 % sur la période 2011-2016 n'est pas statistiquement significatif en raison du manque de puissance statistique. Néanmoins, la situation dans ce micro-quartier reste moins favorable qu'en moyenne à l'échelle de l'ensemble des micro-quartiers nantais.

Si la population de ces sept territoires avait connu une mortalité prématurée identique à la moyenne de la ville sur la période 2011-2016, ce sont au total une quarantaine de vies de personnes de moins de 65 ans qui auraient été épargnées chaque année dans ces territoires.

La mortalité prématurée apparaît relativement proche de la moyenne nantaise sur la période récente 2011-2016 dans quinze micro-quartiers :

- Commerce/Guist'hau,
- Chantenay,
- Dervallières/Contrie,
- Durantière/Zola,
- Canclaux/Mellinet,
- Toutes Aides/Caserne Mellinet,
- Carcouet/Route de Vannes,
- Beauséjour/Gaudinière,
- Schuman/Perverie,
- Port Boyer/Tortière/Ranzay,
- Beaujoire/Saint-Joseph,
- Doulon,
- Jules Verne/Landreau,
- Sainte-Anne/Jean Macé
- Saint-Jacques/Clos Toreau.

Trois de ces territoires présentaient une surmortalité prématurée sur au moins une des deux périodes précédentes étudiées (2000-2006, 2007-2013) mais ont connu une forte baisse de cette mortalité Dervallières/Contrie, Chantenay, Sainte-Anne/Jean-Macé). On peut faire l'hypothèse que cette évolution résulte pour partie d'une gentrification de ces quartiers. Ils méritent une attention particulière, et le suivi de cet indicateur permettra de savoir si la situation s'est améliorée dans ces territoires.

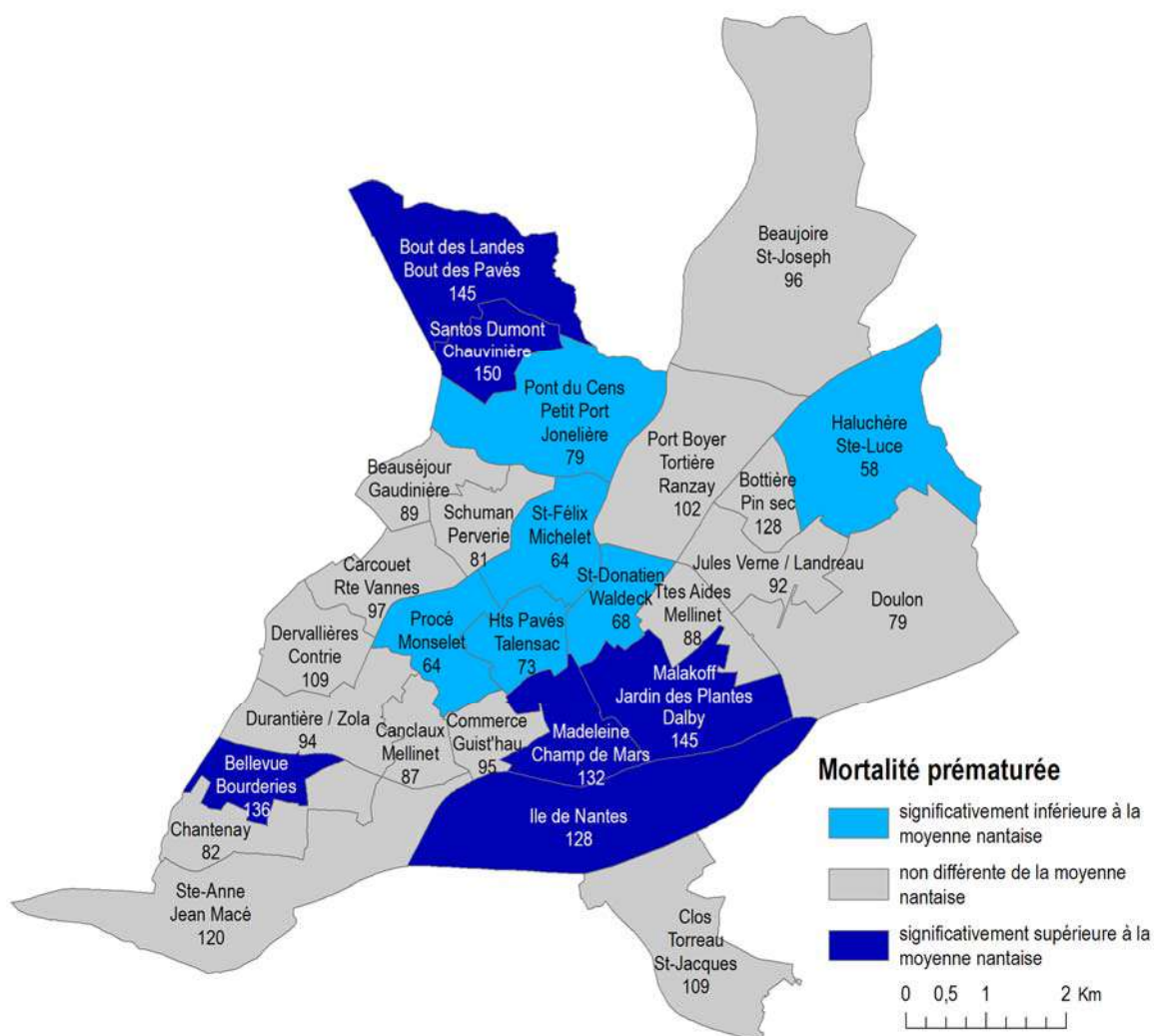


Par contre, la mortalité prématurée est significativement inférieure à la moyenne nantaise dans six micro-quartiers :

- Pont du Cens/Petit Port/Jonelière (- 21 %),
- Hauts Pavés/Talensac (- 27 %),
- Saint-Donatien/Waldeck (- 32 %),
- Saint-Félix/Michelet (- 36 %),
- Procé/Monselet (- 36 %),
- Haluchère/Sainte-Luce (- 42 %).

Pour ces six territoires, une sous-mortalité était déjà observée sur au moins une des deux périodes précédentes d'étude (2000-2006 ou 2007-2013).

Fig14. Indice comparatif de mortalité prématurée par micro-quartier
Nantes (moyenne 2011-2016*)



Sources : État civil Ville de Nantes, RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire

* Hors année 2014 (données non disponibles).



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.

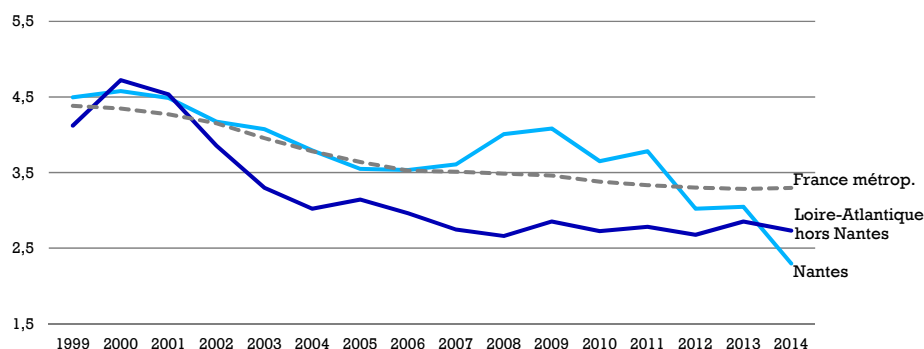
Au cours des dernières années, environ 10 enfants âgés de moins d'un an résidant à Nantes sont décédés en moyenne chaque année. Rapporté aux 4 100 naissances annuelles domiciliées, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 2,3 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2013-2015.

En raison des faibles effectifs de décès concernés, ce taux varie fortement selon les années et fluctue autour de la moyenne nationale depuis le début des années 2000. S'il apparaissait supérieur à la moyenne nationale sur les années 2008-2011, il lui est inférieur depuis 2012. En outre, le taux de mortalité infantile dans la population nantaise apparaît même inférieur au taux observé dans le reste du département de Loire-Atlantique sur la période 2013-2015, alors qu'il lui était supérieur depuis le début des années 2000. Le suivi de cet indicateur permettra de savoir si cette situation se confirme dans les prochaines années ou si elle est liée uniquement à des fluctuations aléatoires.

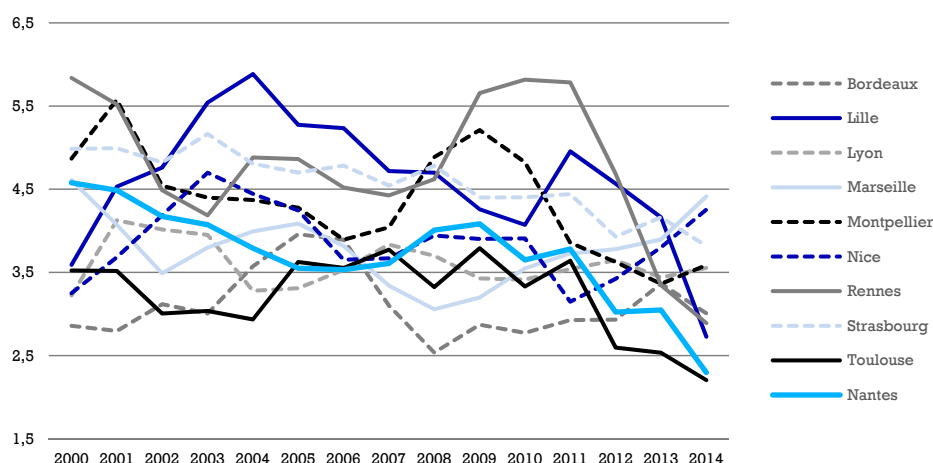
Par rapport aux neuf autres grandes villes françaises étudiées, Nantes se situait dans une position intermédiaire en matière de mortalité infantile de 2000 à 2011. Depuis 2012, Nantes occupe désormais une situation plutôt favorable, avec des taux de mortalité infantile parmi les plus faibles des villes étudiées.

Évolution du taux de mortalité infantile

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (1998-2015)



Évolution du taux de mortalité infantile (1999-2015)



Sources : Inserm CépiDc, État civil (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, lissés sur 3 ans.



1.3 Maladies chroniques

Éléments de contexte

Les dernières décennies se caractérisent par le poids croissant des maladies chroniques et de la multimorbidité, c'est-à-dire de la présence chez une même personne de plusieurs maladies chroniques. Cette tendance résulte notamment de l'augmentation de l'espérance de vie et des progrès médicaux qui permettent aux individus de vivre de plus en plus longtemps avec certaines maladies sans pour autant en guérir.

Lorsque la prise en charge de ces maladies nécessite des soins prolongés et coûteux, les personnes qui en sont atteintes peuvent être admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Elles bénéficient alors d'une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % des soins liés à ces affections.

Les statistiques relatives aux ALD offrent donc un regard sur la fréquence des maladies chroniques et leur évolution, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD et si le caractère médico-administratif de ces données nécessite de les interpréter en prenant en compte leurs limites (cf. Éléments de méthode).

En France, environ un tiers de la population relevant du régime général d'assurance maladie a dans l'année un recours aux soins qui témoigne d'une pathologie chronique ou d'un traitement prolongé, et la proportion de personnes en ALD atteint 16 %.

Les besoins de prévention et de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, et plus largement d'adaptation des conditions de vie et d'environnement à la situation de cette population, sont donc très importants.

1.3.1 Incidence des ALD (admissions)

Les admissions en ALD (incidence) permettent d'apprécier le flux de personnes entrant dans ce dispositif chaque année. Les données présentées concernent la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants). Ces trois régimes couvrent plus de 95 % de la population nantaise.

Les hommes plus fréquemment admis en ALD que les femmes

- Environ 5 400 Nantais ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie¹¹, entre 2012 et 2014. Cet effectif total représente environ 1,8 % de la population nantaise.

- Comme au niveau national, les admissions en ALD sont plus fréquentes chez les hommes nantais que chez les femmes. À structure par âge identique, le taux d'admissions 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. L'écart entre les deux sexes est maximum entre 50 et 74 ans, les admissions en ALD étant alors 1,8 fois plus fréquentes chez les hommes.

Plus d'un quart 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 représentent 28 % de l'ensemble des motifs d'admissions. Viennent ensuite les cancers (22 % des admissions), les troubles mentaux et du comportement (16 %) et le diabète (13 %) (Fig15).

¹¹ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Fig15. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon le sexe et le motif d'admission
Nantes (moyennes 2012-2014, 2008-2010)

	Hommes	Femmes	Total	Total
Affection longue durée	(moy. 2012-2014)			(moy. 2008-2010)
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	101	98	199	140
2 - Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	5	9	13	11
3 - Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	176	115	291	213
4 - Bilharziose compliquée	0	0	0	0
5 - Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	225	281	506	354
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	86	39	125	103
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	48	34	82	73
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	408	312	721	618
9 - Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	80	57	137	89
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	4	4	8	9
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	4	9	13	15
12 - Hypertension artérielle sévère	-	-	5	295
13 - Maladie coronaire	336	189	525	435
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	88	81	169	99
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	75	191	266	256
16 - Maladie de Parkinson	45	43	88	58
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	9	12	21	26
18 - Mucoviscidose	-	-	< 5	< 5
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	52	40	92	59
20 - Paraplégie	6	5	10	10
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	6	28	34	15
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	18	42	60	48
23 - Affections psychiatriques de longue durée	304	283	587	434
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	31	28	58	40
25 - Sclérose en plaques	8	22	30	24
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	-	-	12	< 5
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	29	18	48	32
28 - Suites de transplantation d'organe	-	-	< 5	< 5
29 - Tuberculose active, lèpre	18	12	30	23
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	595	645	1 241	1 202
Total	2 767	2 615	5 382	4 686

Sources : Cnam, MSA, RSI - exploitation ORS Pays de la Loire

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 (Fig16).

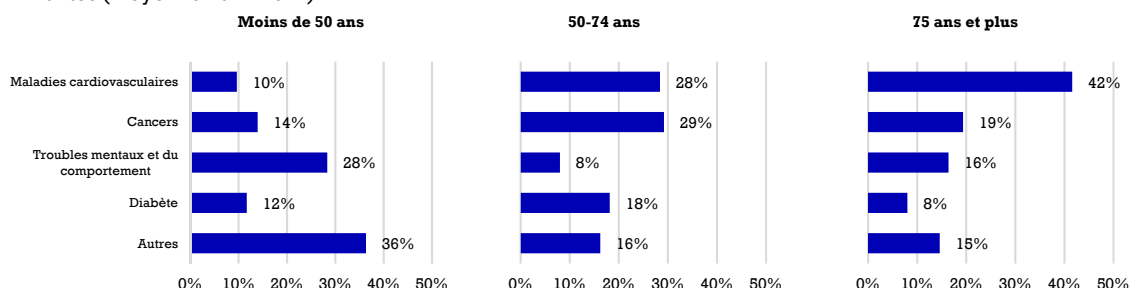
Avant 50 ans, les troubles mentaux et du comportement constituent le motif le plus fréquent d'admissions en ALD (28 %). Les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires arrivent ensuite (respectivement 14 %, 12 % et 10 %).

Entre 50 et 74 ans, les cancers (29 %) et les maladies cardiovasculaires (28 %) constituent les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents, devant le diabète (18 %).

Au-delà de 75 ans, ce sont les maladies cardiovasculaires qui prédominent (42 %), devant les cancers (19 %) et les troubles mentaux (16 %), dont principalement la maladie d'Alzheimer et les autres démences.



Fig16. Principaux motifs d'admissions en ALD selon l'âge
Nantes (moyenne 2012-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Une fréquence des admissions en ALD en forte augmentation

- Le taux d'admissions en ALD a fortement augmenté entre 2005-2007 et 2012-2014 dans la population nantaise : + 13 %, à structure par âge comparable. Une progression des admissions en ALD est également observée dans le reste du département (+ 14 %) et au plan national (+ 10 %) (Fig17).

Si l'on exclut les admissions en ALD n°12 « hypertension artérielle sévère » (ALD supprimée en juin 2011) sur les années antérieures à 2011, cette augmentation atteint 22 % dans la population nantaise (+ 25 % dans le reste du département, + 23 % en France).

- Cette augmentation des admissions en ALD dans la population nantaise s'observe chez les hommes et les femmes.

Elle est liée à une hausse des admissions pour affections psychiatriques graves (+ 39 %). Un constat analogue est retrouvé au niveau national et dans le reste du département (respectivement + 34 % et + 40 %).

Une progression importante des admissions en ALD pour diabète est également observée parmi les Nantais (+ 29 %). Cette hausse est notamment un peu plus marquée que celles observées au plan national (+ 22 %) et dans le reste du département (+ 16 %).

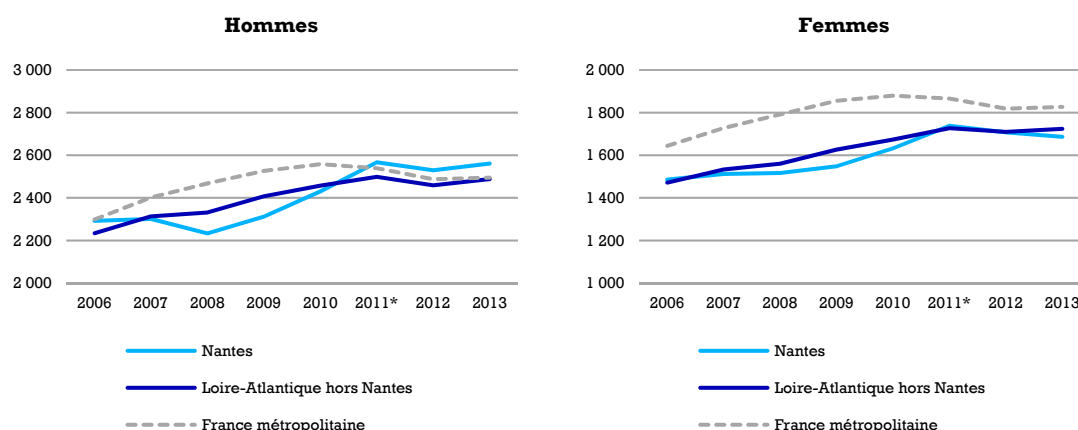
La fréquence des admissions en ALD par cancer apparaît, de façon globale, plutôt stable parmi les Nantais entre 2005-2007 et 2012-2014.

Enfin, concernant les admissions pour maladies cardiovasculaires, l'analyse de leur évolution est plus délicate en raison de la suppression de l'ALD n°12 en 2011. Leur fréquence a nettement progressé jusqu'en 2010 et a régressée à partir de 2011. Si l'on exclut les admissions en ALD n°12 sur les années antérieures à 2011, l'augmentation des admissions pour maladies cardiovasculaires atteint 34 % entre les périodes 2005-2007 et 2012-2014 (+ 39 % en France, + 55 % 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... (cf. Éléments de méthode). 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.



Fig17. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD* selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

* Suppression de l'ALD n°12 « hypertension artérielle sévère » en juin 2011.

Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale chez les femmes, et proche chez les hommes

- La fréquence des admissions en ALD dans la population nantaise est inférieure de 5 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014, à structure d'âge comparable.

Ce résultat masque un constat différent selon le sexe (Fig17).

- Chez les femmes nantaises, même si l'écart se réduit, cette fréquence reste inférieure à la moyenne nationale : - 10 % en 2012-2014.

- Chez les hommes nantais, le taux d'admissions en ALD est proche de la moyenne nationale sur les années récentes 2012-2014, alors qu'il lui était inférieur sur les années précédentes. Cette évolution est notamment à rapprocher de la suppression de l'ALD n°12, les hommes nantais étaient nettement moins souvent admis en ALD pour hypertension artérielle sévère au cours des années antérieures à 2011.

- La situation nantaise ne se distingue pas de celle du reste du département, où l'on observe également sur la période 2012-2014 une sous-incidence des ALD pour les femmes et une situation peu différente de la moyenne nationale pour les hommes.

- Pour les femmes, cette sous-incidence des admissions en ALD dans la population nantaise est liée principalement à une moindre fréquence des admissions pour diabète, troubles mentaux et du comportement, maladies cardiovasculaires et maladies ostéoarticulaires. Les taux d'admissions en ALD pour ces affections sont en effet respectivement inférieurs de 25 %, 13 %, 7 % et 32 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014, à structure par âge comparable. En revanche, on n'observe pas de différence significative pour les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil respiratoire.

Un constat analogue est retrouvé chez les femmes du reste du département, sauf pour les maladies cardiovasculaires et les tumeurs, pour lesquelles la fréquence des admissions apparaît supérieure à la moyenne nationale sur la période 2012-2014.

- Pour les hommes nantais, si le taux global d'admissions en ALD est proche de la moyenne nationale, une plus grande fréquence des admissions en ALD est observée pour certains groupes de pathologies, dont notamment pour les maladies infectieuses et parasitaires (+ 61 %) et pour les cancers (+ 7 %).

Une plus grande fréquence des admissions en ALD pour cancer est également observée chez les hommes dans le reste du département. Par contre, à l'inverse de Nantes, on observe une sous-incidence des ALD pour maladies infectieuses et parasitaires.



• Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites des ALD (cf. Éléments de méthode). 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'admissions en ALD.

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

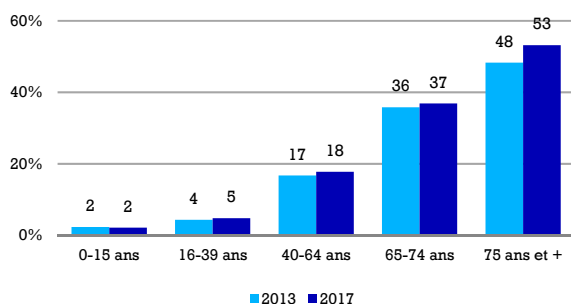
1.3.2 Prévalence des ALD (ensemble des bénéficiaires)

La prévalence des ALD correspond au nombre total de personnes en ALD à une date donnée. Les données présentées concernent la population relevant du seul régime général (hors sections locales mutualistes¹² et hors aide médicale d'État). Ce régime couvre 76 % de la population nantaise. Ces données ont été mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique.

Environ 16 % des Nantais sont atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux

- Parmi les Nantais protégés par le régime général d'assurance maladie¹³, 31 600 étaient en affection de longue durée (ALD) en 2017. Près de 16 % 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 plus de 50 % au-delà de 75 ans (Fig18).
- La prévalence des ALD a globalement augmenté entre 2013 et 2017 (14 % en 2013 vs 16 % en 2017). Cette tendance concerne toutes les classes d'âge mais l'augmentation la plus forte est observée chez les personnes âgées de 75 ans et plus (+ 5 points)

Fig18. Taux de bénéficiaires en ALD selon l'âge
Nantes (01/07/2013, 31/12/2017)



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

Davantage d'hommes que de femmes en ALD, notamment après 65 ans

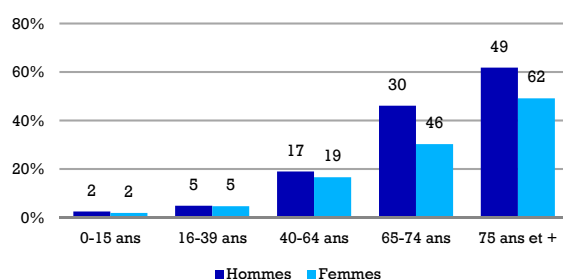
- À structure par âge comparable, la prévalence des ALD est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (18 % vs 15 %). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âges au-delà de 40 ans, mais les écarts les plus importants concernent les bénéficiaires de 65 à 74 ans (46 % vs 30 %) (Fig19).

¹² Étudiants et fonctionnaires...

¹³ Hors sections locales mutualistes (SLM) et aide médicale d'État.



Fig19. Taux de bénéficiaires en ALD selon l'âge et le sexe
Nantes (31/12/2017)



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

Une prévalence des ALD qui ne diffère pas chez les personnes de moins de 65 ans couvertes par la CMU-C de chez celles qui ne le sont pas

- 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 (Fig20). Un constat identique avait déjà été observé en 2013.

Fig20. Taux standardisé¹ de bénéficiaires en ALD parmi les moins de 65 ans selon le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (31/12/2017)

	Effectif	Taux ¹
Bénéficiaires de la CMU-C	2 063	10 %
Non-Bénéficiaires de la CMU-C	14 546	9 %
Total (0-64 ans)	16 609	9 %

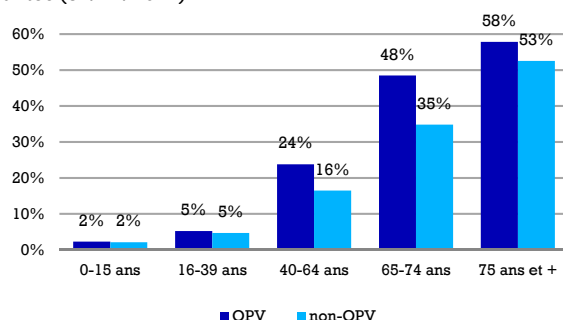
Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.
¹ Taux standardisé selon l'âge.

Un taux de personnes en ALD plus élevé parmi les habitants des quartiers prioritaires, notamment entre 40 et 74 ans

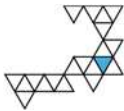
- Le taux de personnes en ALD est plus élevé dans les quartiers prioritaires de la ville que dans les autres quartiers (20 % vs 15 %, $p < 0,001$, à structure par âge comparable) (détail par quartier en Annexe 9). Cette plus grande fréquence concerne toutes les classes d'âge à partir de 40 ans, mais elle est surtout marquée entre 40 et 75 ans (Fig21).

Ces constats peuvent notamment être rapprochés de travaux nationaux menés à partir de la cohorte SIRS « santé, inégalités et ruptures sociales » qui mettent en évidence des indicateurs de santé déclarés globalement plus défavorables, dans les quartiers populaires, qu'il s'agisse des Zones urbaines sensibles (ZUS) ou des quartiers ouvriers. Notamment, certaines pathologies qui constituent des motifs fréquents d'admissions en ALD sont plus souvent déclarées par les habitants des ZUS (bronchite chronique, diabète, asthme) [5].

Fig21. Taux de bénéficiaires en ALD selon l'âge et le fait de résider ou non dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (31/12/2017)



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

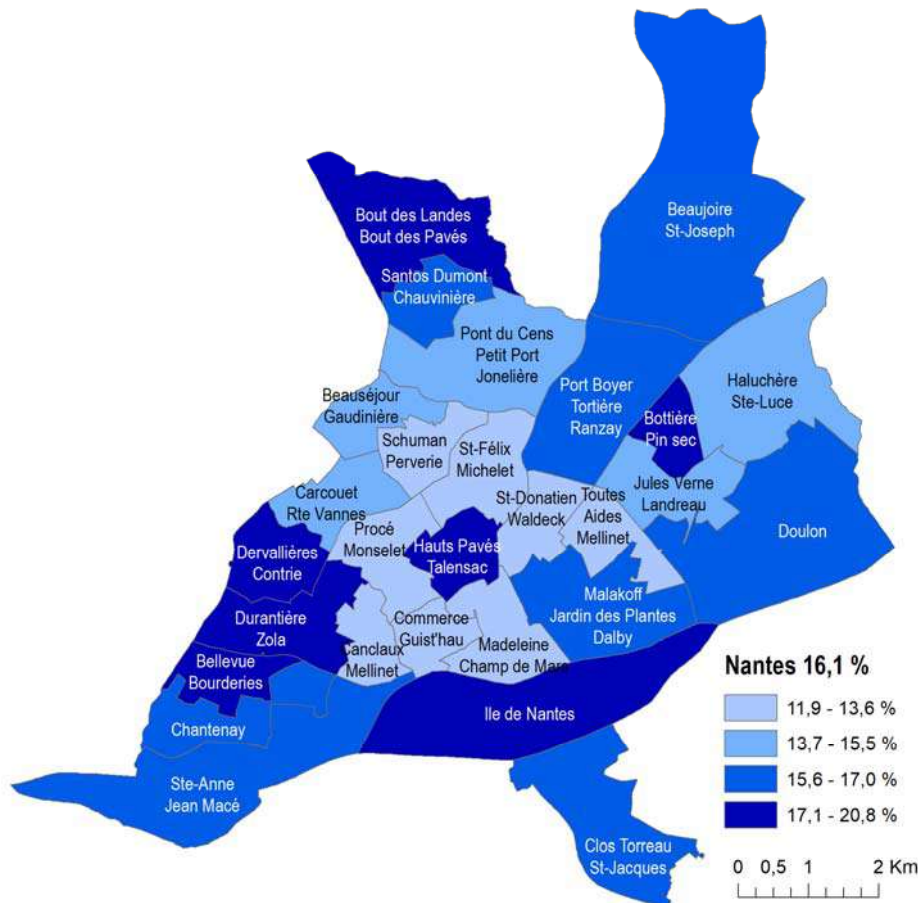


Un taux de personnes en ALD qui varie du simple au double selon les micro-quartiers

- Le taux de personnes en ALD varie de 12 % à 21 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude, à structure par âge comparable ([Encadré 4](#)).

L'évolution de ce taux par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).

ENCADRÉ 4. Taux standardisé¹ de personnes en affection de longue durée (ALD) par micro-quartier²
Nantes (31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	17%	Hauts Pavés/Talensac	20%***
Beauséjour/Gaudinière	14%**	Ile de Nantes	20%***
Bellevue/Bourderies	19%**	Jules Verne/Landreau	15%*
Bottière/Pin Sec	18%**	Madeleine/Champ de Mars	13%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	20%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	17%*
Canclaux/Mellinet	12%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	14%***
Carcouet/Route de Vannes	15%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	16%
Chantenay	16%	Procé/Monselet	13%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	16%	Sainte-Anne/Jean Macé	16%
Commerce/Guist'hau	12%**	Saint-Félix/Michelet	13%***
Dervallières/Contrie	18%**	Santos Dumont/Chauvinière	17%
Doulon	16%	Schuman/Perverie	12%***
Durantière/Zola	21%**	Saint-Donatien/Waldeck	13%***
Haluchère/Sainte-Luce	15%	Toutes Aides/Mellinet	14%***
Nantes		16 %	

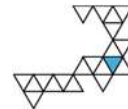
différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : * 5 % ; ** 1 % ; *** 1 %

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

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

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



2. Problèmes de santé et pathologies

2.1 Cancers

Éléments de contexte

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. Les inégalités sociales sont importantes pour ces affections, avec une mortalité par cancer 4,5 fois plus élevée chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes des groupes socioprofessionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés [6].

Les facteurs de risque des cancers sont multiples et leur effet est cumulatif. Trois d'entre eux jouent un rôle majeur au niveau de la population : le tabac, responsable d'environ 20 % des cas de cancer, l'alcool (8 %), et la nutrition (alimentation déséquilibrée : 5 %, surpoids et obésité : 5 %). Globalement, 40 % des cancers pourraient être évités par une prévention primaire [7] [8].

Deux localisations cancéreuses font l'objet d'un programme de dépistage organisé : le cancer du côlon-rectum (hommes et femmes de 50 à 74 ans), le cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans). Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (femmes de 25 à 65 ans) est en cours de généralisation à l'ensemble des départements. Leur objectif est de garantir à chacun un accès égal au dépistage, qui permet de réduire la fréquence ou la gravité de ces cancers. La participation de la population à ces programmes reste insuffisante et tend même à diminuer au cours des années récentes.

2.1.1 Ensemble des cancers

1 400 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année au sein de la population nantaise

- Les cancers constituent, à Nantes comme ailleurs, une pathologie fréquente et grave. Au cours de la période 2012-2014, 1 405 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 (Fig22).
- Ces pathologies touchent plus souvent des hommes : 721 cas masculins (51 %) et 684 cas féminins ont été diagnostiqués sur cette période. À structure par âge comparable, le taux d'incidence des cancers est 1,4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cet écart hommes-femmes tend toutefois à se réduire (1,6 en 2004-2006).
- Les cancers concernent des personnes relativement jeunes : 45 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chez des personnes de moins de 65 ans.

Fig22. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers selon l'âge et le sexe
Nantes (moyenne 2012-2014)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 45 ans	52	54	72	77	124	65
45-64 ans	273	950	240	723	513	828
65-74 ans	180	2 381	139	1 318	319	1 762
75-84 ans	153	3 030	135	1 449	288	2 005
85 ans et plus	63	2 690	99	1 584	162	1 885
Total	721	517	684	446	1 406	480

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

¹ Taux pour 100 000.



Cancer du sein, le plus fréquemment diagnostiqué dans la population nantaise

- 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 diagnostiqués en 2012-2014, cette proportion est analogue à celle observée en 2008-2010.
- Parmi les tumeurs solides, le cancer du sein (chez la femme) est le plus fréquemment diagnostiqué parmi la population nantaise et représente 17 % des nouveaux cas diagnostiqués sur la période 2012-2014.
- Arrivent ensuite le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon. Chacune de ces trois localisations représente plus de 10 % des nouveaux cas diagnostiqués chaque année dans la population nantaise (Fig23).

Fig23. Principaux nouveaux cas de cancers diagnostiqués selon le sexe et la localisation
Nantes (moyennes 2012-2014, 2008-2010)

	Hommes (moy. 2012-2014)		Femmes (moy. 2012-2014)		Total (moy. 2012-2014)		Total (moy. 2008-2010)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Sein	-	-	238	35%	238	17%	204
Prostate	152	21%	-	-	152	11%	168
Côlon-rectum	77	11%	73	11%	150	11%	154
Poumon	104	14%	46	7%	150	11%	137
VADS*, œsophage	79	11%	28	4%	107	8%	84
Mélanome de la peau	28	4%	25	4%	53	4%	60
Rein	31	4%	16	2%	47	3%	42
Vessie	nd	nd	nd	nd	41	3%	36
Thyroïde	11	2%	30	4%	41	3%	40
Pancréas	18	2%	21	3%	39	3%	33
Foie	nd	nd	nd	nd	36	3%	40
Corps de l'utérus	-	-	27	4%	27	2%	17
Ovaire	-	-	25	4%	25	2%	20
Estomac	12	2%	11	2%	23	2%	22
Système nerveux central	nd	nd	nd	nd	19	1%	17
Col de l'utérus	-	-	<10	< 2 %	<10	<1 %	11
Autres	55	8 %	47	7 %	102	7 %	91
Ensemble des tumeurs solides	635	88%	610	89%	1 246	89%	1 176
Hémopathies malignes**	86	12%	74	11%	160	11%	140
Ensemble des cancers	721	100%	684	100%	1 406	100%	1 316

Source : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée

* VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx).

** Lymphome non hodgkinien, lymphome de Hodgkin, leucémies aigues 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.

nd : non disponible.

L'incidence globale des cancers en léger recul chez les hommes et en légère hausse chez les femmes

- La fréquence des nouveaux cas de cancers dans la population nantaise, qui avait suivi une tendance à la baisse entre les périodes 2004-2006 et 2008-2010 chez les hommes comme chez les femmes, présente une évolution différente selon le sexe entre les périodes 2008-2010 et 2012-2014.
- Le taux standardisé d'incidence a ainsi diminué d'environ 3 % chez les hommes, alors que celui des femmes a augmenté de près de 7 %. Dans le reste du département de la Loire-Atlantique, des tendances analogues sont retrouvées (- 7 % chez les hommes, + 4 % chez les femmes) (Fig24).
- **Chez les hommes nantais**, cette légère diminution de l'incidence globale des cancers est liée notamment à la baisse de l'incidence du **cancer de la prostate** qui s'est poursuivie (- 17 % entre 2004-2006 et 2008-2010, et - 17 % entre 2008-2010 et 2012-2014). Une évolution comparable est observée dans le reste du département de la Loire-Atlantique (- 19 % entre 2008-2010 et 2012-2014).



Parallèlement à cette baisse, l'incidence des **cancers des VADS** chez les hommes nantais connaît une augmentation entre 2008-2010 et 2012-2014 alors que celle-ci était en recul entre 2004-2006 et 2008-2010. Dans le reste du département, cette incidence est restée stable entre les deux dernières périodes étudiées.

- **Chez les femmes nantaises**, la hausse globale de l'incidence est liée principalement à une augmentation de l'incidence du **cancer du sein** entre 2008-2010 et 2012-2014 (environ + 10 %), alors que cette incidence avait connu un recul entre 2004-2006 et 2008-2010. Dans le reste du département de Loire-Atlantique, l'incidence du cancer du sein est stable depuis 2004-2006. Une augmentation de l'incidence est également retrouvée pour d'autres cancers moins fréquents que celui du sein.

Il s'agit notamment du **cancer du poumon**. Son incidence a progressé de près de 20 % parmi les femmes nantaises entre 2008-2010 et 2012-2014, alors qu'elle était en baisse entre les périodes 2004-2006 et 2008-2010. Dans le reste du département, cette incidence connaît une hausse continue depuis 2004-2006.

Par ailleurs, l'incidence des **cancers de VADS** a fortement augmenté parmi les femmes nantaises entre 2008-2010 et 2012-2014 (environ + 60 %). Une hausse de ce cancer est également observée parmi les femmes du reste du département (environ + 40 %).

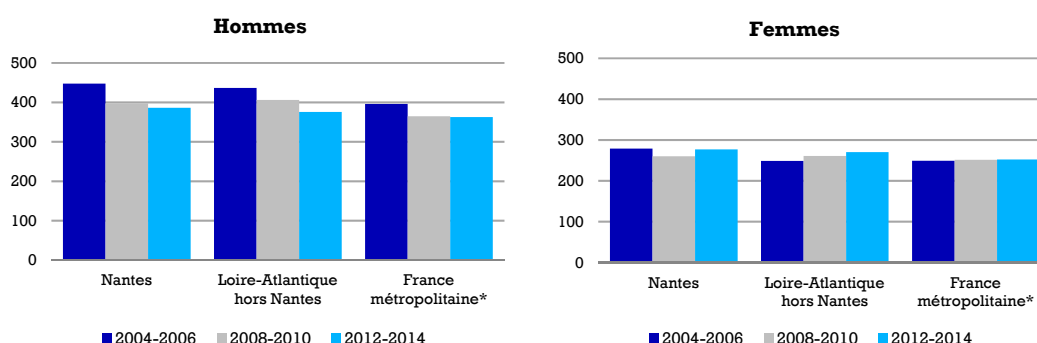
L'incidence du **cancer du corps de l'utérus**, qui connaît des fluctuations, a aussi fortement augmenté entre les périodes 2008-2010 et 2012-2014, après avoir connu plutôt un recul entre 2004-2006 et 2008-2010. Dans le reste du département, cette incidence est par contre restée stable entre 2008-2010 et 2012-2014, mais avait connu une forte augmentation entre 2004-2006 et 2008-2010.

- Parallèlement à ces hausses, l'incidence du **mélanome de la peau** semble en recul chez les femmes nantaises entre 2008-2010 et 2012-2014 alors que celle-ci avait plutôt suivi une tendance à la hausse entre 2004-2006 et 2008-2010. Des évolutions comparables sont observées parmi les femmes du reste du département.

L'incidence du cancer du **côlon-rectum** et celle du **col de l'utérus** semblent suivre par ailleurs une tendance à la baisse chez les femmes nantaises entre 2008-2010 et 2012-2014, alors qu'elles sont plutôt stables dans le reste du département.

- Le suivi de l'incidence de ces différentes localisations cancéreuses, et plus globalement de l'incidence totale des cancers, chez les femmes nantaises sur les prochaines années permettra de savoir si ces évolutions résultent de fluctuations aléatoires ou s'il s'agit de nouvelles tendances qui se dessinent.

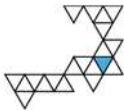
Fig24. Évolution du taux standardisé d'incidence des cancers selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2014)



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

* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2010 et 2012.

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



Une incidence qui reste supérieure d'environ 10 % à la moyenne nationale

- L'incidence des cancers reste plus élevée dans la population nantaise qu'au niveau national. À structure par âge comparable, le taux d'incidence 2012-2014 mesuré par le Registre des cancers est supérieur d'environ 10 % à l'estimation nationale de 2012¹⁴.

Ce constat concerne les deux sexes. Dans la population nantaise, l'incidence des cancers est supérieure à la moyenne nationale de 9 % pour les hommes et 10 % pour les femmes (Fig24).

- Ce constat défavorable était également observé sur les périodes précédentes 2004-2006 et 2008-2010 (+ 13 % par rapport à la moyenne nationale en 2004-2006, + 7 % en 2008-2010¹⁵).

- Dans le reste du département de la Loire-Atlantique, une surincidence des cancers est également observée sur la période 2012-2014, comme sur la période précédente 2008-2010. Elle s'observe chez les femmes (+ 6 % par rapport à la moyenne nationale) et les hommes (+ 6 %). Pour ces derniers, l'écart s'est toutefois réduit (+ 15 % en 2008-2010)

Une surincidence pour plusieurs localisations, notamment pour les voies aérodigestives supérieures, le sein et les hémopathies malignes

- La surincidence des cancers parmi les hommes nantais est liée en partie à une surincidence des **cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)**, favorisés par la consommation associée d'alcool et de tabac. L'incidence de ces cancers est supérieure de plus de 60 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Ce constat avait déjà été retrouvé sur les périodes précédentes, mais avec des écarts toutefois moindres (environ + 30 % et 40 %).

Cette plus grande fréquence des nouveaux cas de cancers des VADS est également observée pour les hommes dans le reste du département de la Loire-Atlantique (environ + 50 %).

- Chez les femmes nantaises, l'incidence des cancers des VADS, qui a fortement augmenté sur les dernières années, devient en 2012-2014 supérieure à la moyenne nationale. L'écart observé, d'environ 40 %, n'est toutefois pas significatif en raison du manque de puissance statistique. Le suivi de l'incidence de ce cancer sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte ou non d'une fluctuation aléatoire.

- Une plus grande fréquence des nouveaux cas d'**hémopathies malignes** est par ailleurs observée parmi la population nantaise sur la période 2012-2014 (environ + 25 %). Un constat analogue est retrouvé dans le reste du département de la Loire-Atlantique (environ + 30 %).

- Chez les hommes nantais, l'incidence du **cancer du poumon** est supérieure d'environ 15 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Si cet écart n'est pas statistiquement significatif, un tel écart était déjà observé sur les deux périodes précédentes 2004-2006 et 2008-2010. L'incidence du cancer du poumon chez les hommes nantais apparaît donc plus élevée qu'au plan national.

Chez les femmes nantaises, malgré son augmentation, la fréquence des nouveaux cas de cancer du poumon apparaît proche de la moyenne nationale sur la période 2012-2014.

- Pour le **cancer du sein**, l'incidence dans la population féminine nantaise est supérieure de plus de 20 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette situation était déjà observée sur les périodes précédentes, avec toutefois des écarts nettement moins marqués (+ 7 à + 8 %).

- Concernant le **mélanome de la peau**, dont l'exposition aux rayonnements solaires constitue le principal facteur de risque, son incidence n'apparaît pas significativement différente de la moyenne nationale sur la période 2012-2014, en raison de la baisse observée chez les femmes. Toutefois, chez les hommes, même si l'écart observé n'est pas statistiquement significatif, cette incidence est supérieure à la moyenne nationale d'environ 40 % en 2012-2014.

- Une surincidence, relativement marquée, des **cancers du foie** parmi la population nantaise avait été observée sur les périodes 2008-2010 (environ + 50 %) et 2004-2006 (+ 85 % par rapport

¹⁴ Comparaison réalisée à partir des estimations nationales d'incidence établie pour l'année 2012, publiées en 2013 [9].

¹⁵ Comparaison réalisée à partir des estimations nationales d'incidence établies pour les années 2005 et 2010, publiées en 2013 [9].



à la moyenne nationale). Mais sur la période 2012-2014, même si l'écart à la moyenne nationale reste positif (environ + 20 %), il est nettement moins marqué et n'est pas statistiquement significatif. Le suivi de l'incidence de ce cancer sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire, ou traduit un recul de ce cancer.

- Concernant le **cancer du col de l'utérus**, la situation nantaise apparaît par contre plutôt favorable. En effet, le taux d'incidence de ce cancer apparaît nettement plus faible que l'estimation nationale sur la période 2012-2014.

Les cancers à l'origine de 570 décès par an, dont 160 concernent des personnes de moins de 65 ans

- Les cancers, qui constituent la première cause de mortalité, ont été à l'origine de 573 décès en moyenne chaque année sur la période 2013-2015 (313 décès masculins et 260 décès féminins).
- Les décès par cancer sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. À structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par cancer est, comme 2008-2010, deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2012-2014. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du poumon arrivent aux premiers rangs (Fig25).

Fig25. Nombre annuel moyen de décès par cancer selon la localisation et le sexe
Nantes (moyennes 2013-2015, 2008-2010)

	Hommes (moy. 2013-2015)		Femmes (moy. 2013-2015)		Total (moy. 2013-2015)		Total (moy. 2008-2010)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Poumon	76	24%	41	16%	117	20%	112
Côlon-rectum	31	10%	28	11%	59	10%	55
Sein	-	-	44	17%	44	8%	51
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	19	6%	9	3%	28	5%	38
Pancréas	15	5%	20	8%	35	6%	32
Prostate	31	10%	-	-	31	5%	30
VADS*, œsophage	28	9%	9	3%	37	6%	27
Leucémie	10	3%	11	4%	21	4%	26
Lymphome malin non hodgkinien	10	3%	10	4%	20	3%	22
Estomac	13	4%	6	2%	19	3%	17
Vessie	10	3%	6	2%	16	3%	17
Ovaire et annexes de l'utérus	-	-	15	6%	15	3%	14
Col et corps de l'utérus	-	-	9	3%	9	2%	12
Autres localisations	70	22%	52	20%	122	21%	129
Total	313	100%	260	100%	573	100%	583

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD - exploitation ORS Pays de la Loire

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

- Une part importante des décès par cancer surviennent chez des personnes relativement jeunes. Sur 573 décès annuels survenus entre 2013 et 2015, 161 soit 28 % concernent des personnes de moins de 65 ans (97 décès masculins, 64 décès féminins) (Fig26). Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de décès prématurés par cancer (35 %). Chez les femmes, le cancer du poumon et le cancer du sein sont les localisations les plus fréquemment en cause (respectivement 22 % et 19 %).

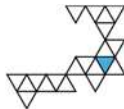


Fig26. Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe
Nantes (moyenne 2013-2015)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 45 ans	10	11	9	9	19	10
45-64 ans	87	296	55	166	142	227
65-74 ans	77	941	49	436	126	649
75-84 ans	85	1 676	70	754	155	1 079
85 ans et plus	54	2 301	77	1 182	131	1 479
Total	313	219	260	165	573	191

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
¹ Taux pour 100 000.

Une mortalité par cancer en fort recul et proche de la moyenne nationale

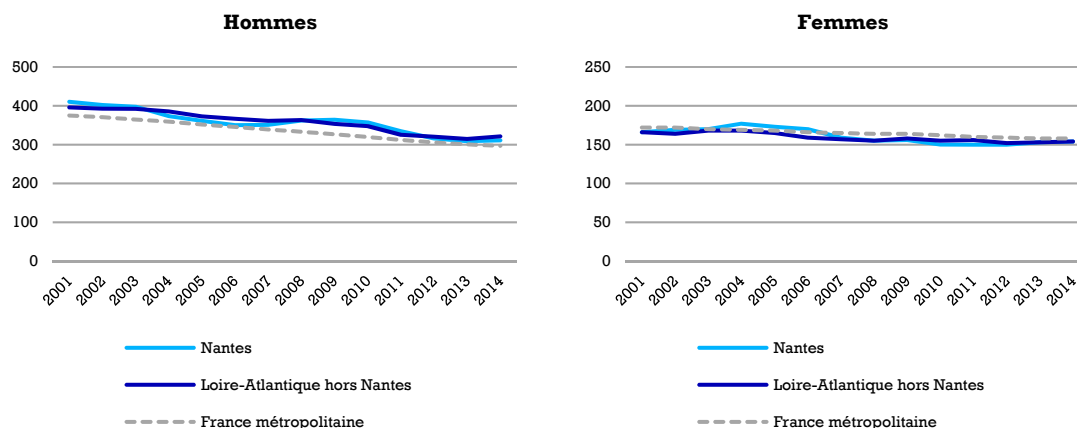
- Comme en France, la mortalité par cancer dans la population nantaise poursuit son recul. Elle a ainsi diminué de 17 % entre les périodes 2000-2002 et 2013-2015. Cette diminution est nettement plus marquée chez les hommes (- 24 %) que chez les femmes (- 7 %) (Fig27).

- Chez les hommes nantais, la mortalité par cancer est restée constamment supérieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000. L'écart avec la moyenne nationale s'est toutefois réduit au cours des années récentes, et cette mortalité n'apparaît pas significativement différente de cette moyenne sur la période récente 2012-2014.

Chez les femmes nantaises, la mortalité par cancer est aussi relativement proche de la moyenne nationale sur les années 2012-2014.

- Dans le reste du département, on retrouve également une mortalité féminine proche de la moyenne nationale, mais par contre une surmortalité masculine par cancer (+ 8 %).

Fig27. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une mortalité par cancer chez les moins de 65 ans également en forte baisse, notamment chez les hommes

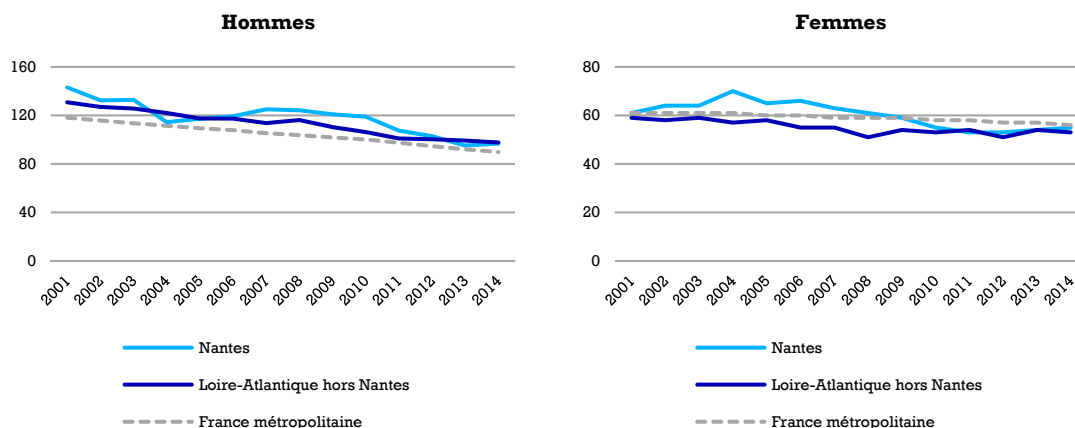
- Si l'on considère la mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) par cancer, celle-ci a connu également un recul notable depuis le début des années 2000 (- 24 % entre 2000-2002 et 2012-2014). Comme pour la mortalité globale par cancer, cette baisse est plus marquée chez les hommes (-32 %) que chez les femmes (-10 %) (Fig28).

- Chez les hommes nantais, la mortalité prématurée par cancer est restée continuellement supérieure à la moyenne nationale depuis 2000. L'écart avec la moyenne nationale s'est toutefois réduit, il s'établit à + 8 % sur la période récente 2012-2014 et n'est pas statistiquement significatif.



- Chez les femmes, cette mortalité apparaît relativement proche de cette moyenne sur la dernière période 2012-2014.

Fig28. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée par cancer selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

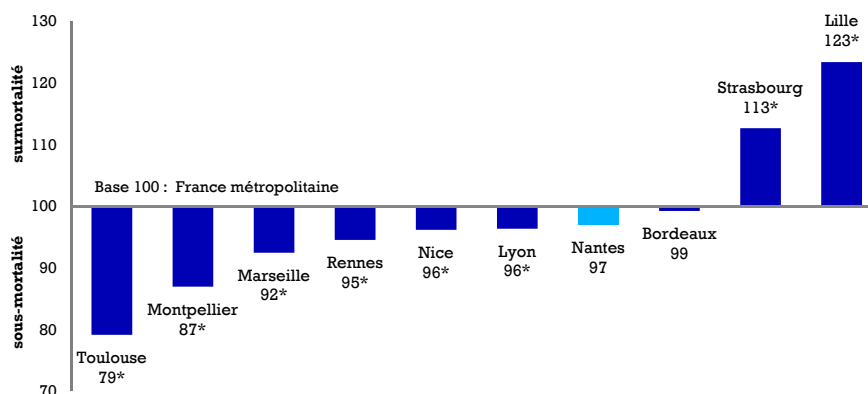


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

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 (Fig29). Par rapport à ces villes, Nantes occupe en 2012-2014 une situation relative peu favorable. Seules les villes de Strasbourg, Lille, Bordeaux 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 (Fig30).

Fig29. Indice comparatif de mortalité par cancer (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.

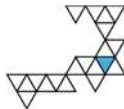
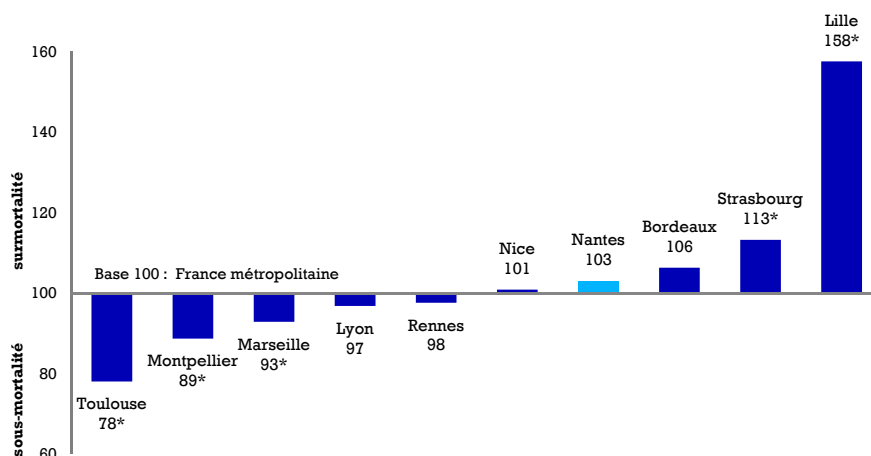


Fig30. Indice comparatif de mortalité prématurée par cancer (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

2.1.2 Cancer du sein chez la femme

Éléments de contexte

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Sa survenue est liée à des facteurs constitutifs dans la plupart des cas : âge, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, et prédisposition génétique, avec notamment des mutations des gènes BRCA 1 et BRCA 2 [10]. Le risque de cancer du sein est également lié à l'imprégnation hormonale en œstrogènes, qu'il s'agisse d'une augmentation de l'imprégnation naturelle par puberté précoce ou ménopause tardive par exemple, ou bien d'une augmentation de l'imprégnation exogène notamment en cas de prise de traitement hormonal de la ménopause [11]. D'autres facteurs liés aux modes de vie, tels que la consommation d'alcool et la surcharge pondérale (après la ménopause), augmentent le risque de ce cancer. L'activité physique régulière constitue à l'inverse un facteur protecteur [12].

Les cancers du sein sont plutôt de bon pronostic, et ce pronostic tend à s'améliorer depuis une vingtaine d'années notamment en raison de progrès thérapeutiques majeurs et d'une augmentation du nombre de cas diagnostiqués précocement [13].

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.

Près de 240 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 : 238 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2012-2014, soit 35 % des nouveaux cas de cancers féminins (Fig31).
- Le cancer du sein constitue la première cause de décès féminin par cancer, il a été responsable en moyenne chaque année de 44 décès parmi la population féminine nantaise sur la période 2013-2015. Ce qui représente 17 % 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 27 % des décès par cette affection concernent des femmes âgées de moins de 65 ans.



Fig31. Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancer du sein selon l'âge
Nantes (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)		Décès (moy. 2013-2015)	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 45 ans	27	29	12	9
45-64 ans	103	310		
65-74 ans	52	493	9	78
75-84 ans	37	397	11	122
85 ans et +	19	304	11	174
Total	238	155	44	28

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
¹ Taux pour 100 000.

Une incidence qui suit une tendance à la hausse

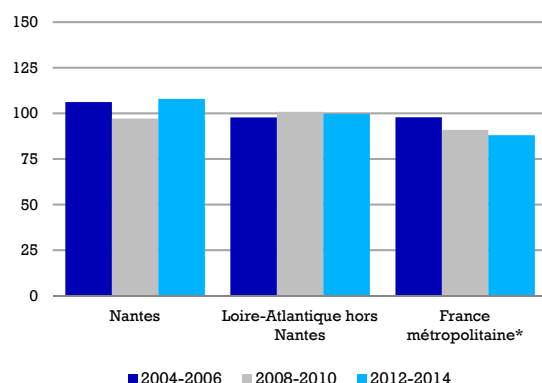
- Au plan national, l'incidence du cancer du sein a connu une baisse entre 2005 et 2009, en lien notamment avec la diminution des prescriptions des traitements hormonaux substitutifs ainsi qu'à un effet de saturation du dépistage. Une légère augmentation du taux d'incidence est observée sur les années récentes, entre 2010 et 2013 [14].

Parmi les femmes nantaises, la fréquence des nouveaux cas de cancers du sein connaît une tendance à la hausse sur les dernières années. Ainsi, le taux standardisé d'incidence du cancer du sein a augmenté de plus de 10 % entre 2008-2010 et 2012-2014, alors qu'il avait connu un recul entre 2004-2006 et 2008-2010 (Fig32). Dans le reste du département, cette incidence apparaît plutôt stable.

- L'incidence du cancer du sein dans la population féminine nantaise sur la période 2012-2014 est supérieure d'environ 20 % à la moyenne nationale, estimée pour l'année 2012. Si cet écart doit toutefois être considéré avec précaution car cette incidence connaît des évolutions récentes, une surincidence de cancer, de l'ordre de 7 à 8 %, avait déjà été observée sur les périodes précédentes 2004-2006 et 2008-2010.

Dans le reste du département, l'incidence du cancer du sein est également supérieure à la moyenne nationale sur la période 2012-2014 (environ + 10 %).

Fig32. Évolution du taux standardisé d'incidence du cancer du sein chez la femme
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2014)



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim
* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2010 et 2012.
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

Une mortalité en baisse

- Comme en France et malgré des fluctuations, la mortalité par cancer du sein à Nantes est en recul. Celle-ci a ainsi diminué de 26 % entre 2000-2002 et 2012-2014 (- 13 % en France).

La mortalité par cancer du sein chez les femmes nantaises fluctue autour de la moyenne nationale. Sur la dernière période 2012-2014, celle-ci est inférieure à la moyenne nationale (environ - 10 %), cet écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif (Fig33).

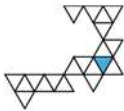
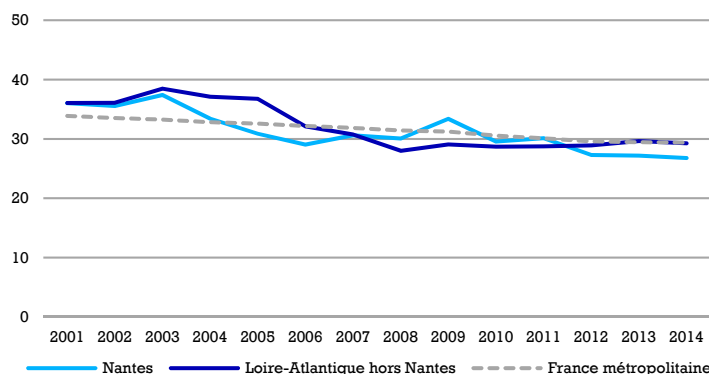


Fig33. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein chez la femme
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

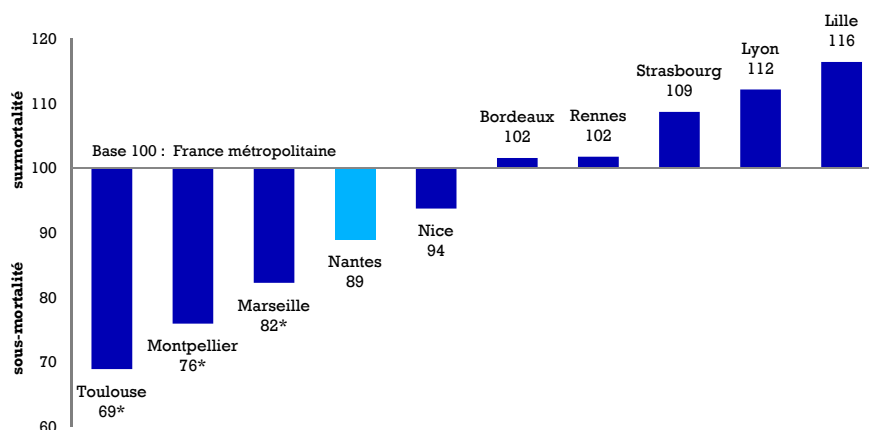


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

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 en 2012-2014 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 se situe parmi ces villes et occupe une position plutôt intermédiaire pour cet indicateur (Fig34).

Fig34. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein chez la femme (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* 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, désormais intégrée au Centre régional de coordination de dépistage des cancers des Pays de la Loire, sont présentées dans la partie « Dépistage du cancer du sein » (Encadré 18).



2.1.3 Cancer du côlon-rectum

Éléments de contexte

Le cancer du côlon-rectum est lié à des facteurs constitutionnels comme l'âge et l'hérédité (antécédents familiaux et prédisposition génétique), mais aussi à certaines habitudes de vie (consommation d'alcool et de tabac, inactivité physique et surcharge pondérale, consommation excessive de viande rouge et de charcuterie...) [15] [16]. De pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, sa survie tend à s'améliorer depuis plusieurs années [13]. Ce cancer est susceptible d'être dépisté, tant lors d'un dépistage individuel que dans le cadre du programme de dépistage organisé qui concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans.

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

- Au cours de la période 2012-2014, 150 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais (77 cas masculins, 73 cas féminins) (Fig35). Cela représente 11 % 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 59 décès dans la population nantaise sur la période 2012-2014 (31 hommes et 28 femmes). L'écart entre cet effectif de décès et l'effectif de nouveaux cas diagnostiqués (150) 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. À structure par âge comparable, le taux standardisé d'incidence est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2012-2014.

De même, la fréquence des décès par cancer du côlon-rectum est plus élevée chez les hommes. À 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. Près de 70 % des cancers du côlon-rectum sont diagnostiqués après 65 ans, et plus de 80 % des décès surviennent au-delà de cet âge.

Fig35. 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 (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)				Décès (moy. 2013-2015)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 65 ans	24	19	23	18	6	5	5	4
65-74 ans	17	225	14	133	7	81	4	36
75-84 ans	26	515	19	204	13	257	8	86
85 ans et +	10	427	17	272	5	226	11	169
Total	77	55	73	48	31	22	28	18

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

¹ Taux pour 100 000.

Une incidence proche de la moyenne nationale

- Chez les hommes nantais, l'incidence des cancers du côlon-rectum est restée, comme en France, stable entre 2008-2010 et 2012-2014. Cette incidence reste en outre proche de la moyenne nationale, à structure par âge comparable (Fig36).

Dans le reste du département, l'incidence masculine de ces cancers est également proche de la moyenne nationale en 2012-2014.

- Chez les femmes nantaises, l'incidence des cancers du côlon-rectum a connu une baisse entre 2008-2010 et 2012-2014 (environ - 10 %) et atteint un niveau très proche de la moyenne nationale sur la période 2012-2014.

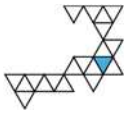
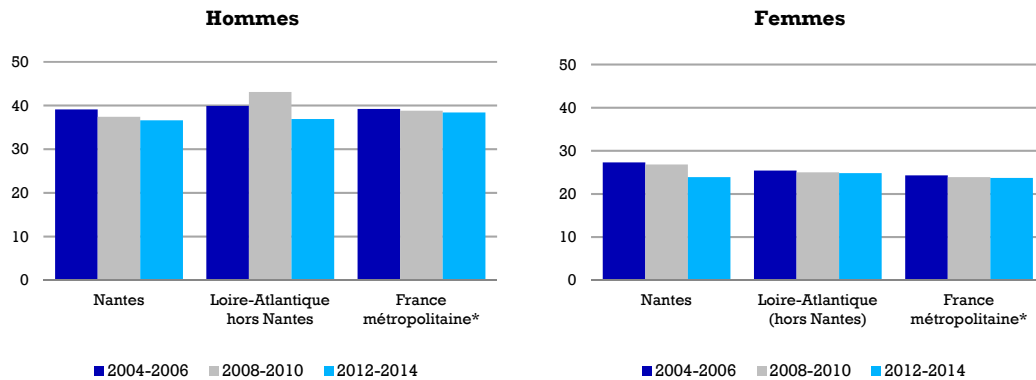


Fig36. Évolution du taux standardisé d'incidence des cancers du côlon-rectum selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2014)



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

* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2010 et 2012.

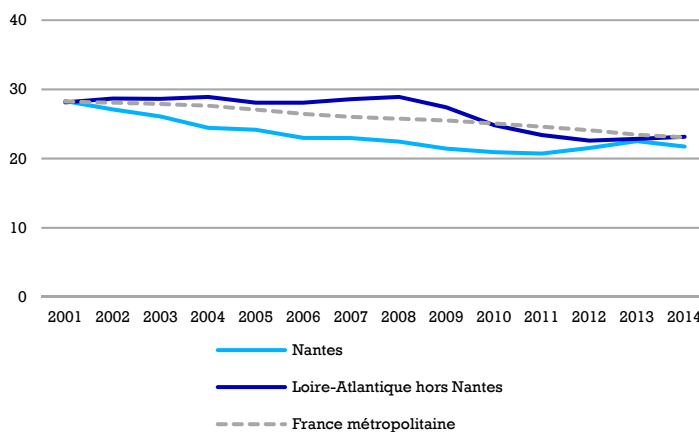
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population mondiale modifiée (Francim).

Une mortalité plutôt stable et relativement proche de la moyenne nationale sur les dernières années

• Comme en France, la mortalité par cancer du côlon-rectum dans la population nantaise a connu un recul depuis le début des années 2000 (- 23 % entre 2000-2002 et 2013-2015), elle semble toutefois plutôt se stabiliser au cours des dernières années (Fig37).

La sous-mortalité par cancer du côlon-rectum, observée sur la période 2008-2010 à Nantes, n'est pas retrouvée sur les années récentes 2012-2014. La mortalité par cancer du côlon-rectum apparaît en effet relativement proche de la moyenne nationale sur cette période. Un constat analogue est retrouvé à l'échelle du reste du département.

Fig37. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

Une situation intermédiaire 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 (Fig38). Sur les dix villes étudiées, deux présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale. Les huit autres villes présentent une mortalité non statistiquement différente de la moyenne nationale. Nantes occupe pour cet indicateur une position intermédiaire.

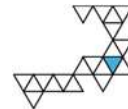
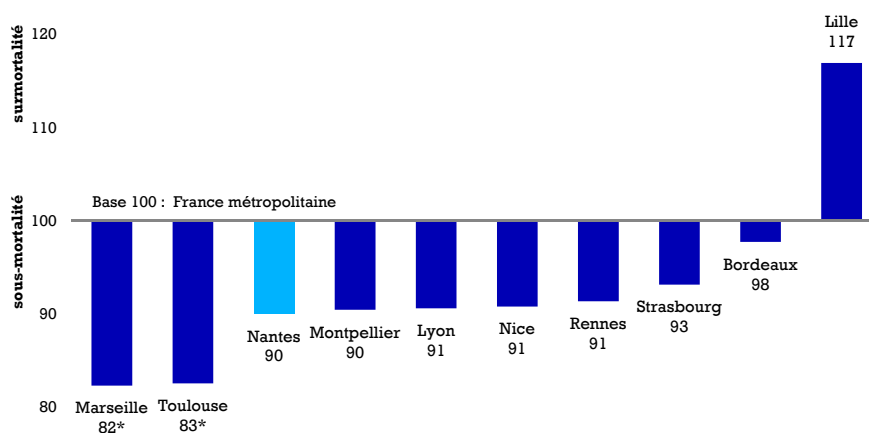


Fig38. Indice comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

ENCADRÉ 5. Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum à Nantes inférieur aux recommandations européennes

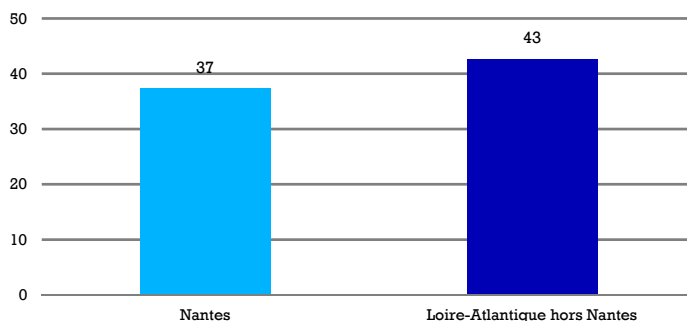
Le cancer du côlon-rectum bénéficie, comme le cancer du sein, d'un dépistage organisé. Ce dépistage a débuté en Loire-Atlantique en 2008. Il repose sur un test de recherche de sang occulte dans les selles. Depuis avril 2015, le test immunologique a remplacé le test au gaiac, qui était utilisé depuis la mise en place du dépistage.

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum 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 qui est désormais intégrée au Centre régional de coordination de dépistage des cancers, le taux de participation des Nantais s'élève à 37 % pour la période 2016-2017. Ce taux est inférieur aux recommandations européennes (45 % au minimum). Pour le reste du département, il s'élève à 43 % et au plan national il est inférieur à 34 %.

Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes (période 2016-2017)



Sources : CRCDC Pays de la Loire, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire

* Rapport entre le nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période 2016-2017 et l'effectif de la population moyenne éligible. Ce dernier est obtenu en soustrayant au nombre de personnes de 50-74 ans au recensement 2015 le nombre moyen de personnes de 50-74 ans exclues du programme pour des raisons médicales au cours de la période 2016-2017.



2.1.4 Cancer du poumon

Éléments de contexte

Le cancer du poumon est un cancer fréquent dont le pronostic reste particulièrement sombre, moins de 20 % des personnes sont encore en vie 5 ans après le diagnostic [13]. Il s'agit pour une large part d'un cancer évitable. En effet, le tabagisme actif en constitue le principal facteur de risque, puisque plus de 80 % des cancers du poumon lui sont imputables. D'autres facteurs jouent également un rôle, notamment les expositions environnementales au radon (2 à 12 % des cancers du poumon lui sont attribuables) et les expositions professionnelles, avec une multiplication des risques quand ces expositions sont associées au tabac [15] [16] [18] [19].

150 nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués et 120 décès chaque année

- Sur la période 2012-2014, 150 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Nantais (104 cas masculins, 46 cas féminins) (Fig39). Cela représente 11 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués annuellement dans la population nantaise.
- Le cancer du poumon, qui se caractérise par un fort taux de létalité, a été responsable en moyenne chaque année de 117 décès parmi les Nantais sur la période 2012-2014 (76 décès masculins, 41 décès féminins). Ce cancer constitue ainsi la première cause de décès par cancer dans la population nantaise.
- Ce cancer touche le plus souvent des hommes : 69 % des nouveaux cas de cancer du poumon et 65 % des décès par cancer du poumon concernent des hommes. À structure par âge comparable, les taux standardisés d'incidence et de mortalité du cancer du poumon sont environ 3 fois plus élevés 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, environ 50 % des nouveaux cas diagnostiqués et 40 % des décès concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.

Fig39. 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 (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)				Décès (moy. 2013-2015)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 65 ans	53	43	22	17	34	27	14	11
65-74 ans	28	370	10	95	22	265	9	78
75-84 ans	23	311	14	90	14	284	10	108
85 ans et +					6	254	8	118
Total	104	75	46	30	76	53	41	26

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
¹ Taux pour 100 000.

Une incidence du cancer du poumon supérieure à la moyenne nationale chez les hommes

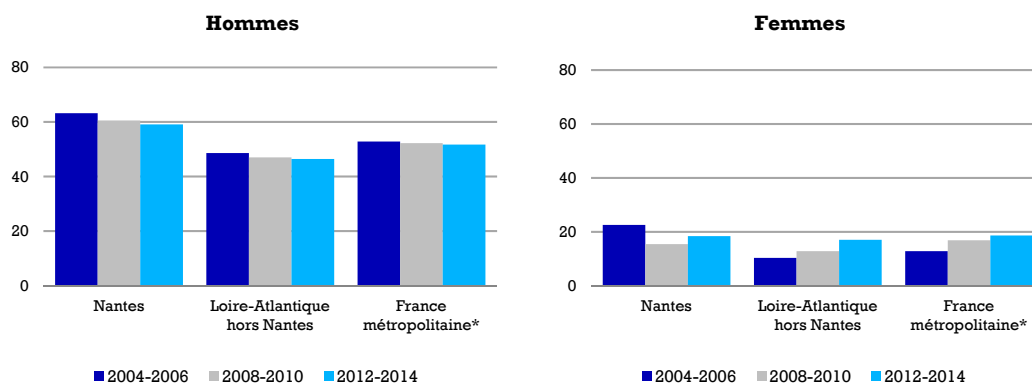
- Chez les hommes nantais, l'incidence du cancer du poumon tend légèrement à diminuer entre 2004-2006 et 2012-2014 (Fig40).
 - Même si les écarts avec la moyenne nationale ne sont pas statistiquement significatifs, cette incidence est restée globalement supérieure d'environ 15 % à la moyenne nationale sur les trois périodes étudiées 2004-2006, 2008-2010 et 2012-2014.
- Chez les femmes nantaises, l'incidence du cancer du poumon connaît des fluctuations importantes. Après avoir fortement diminué entre 2004-2006 et 2008-2010, celle-ci est en hausse entre 2008-2010 et 2012-2014 (environ + 20 %).



L'incidence du cancer du poumon parmi les femmes nantaises reste toutefois comme en 2008-2010 relativement proche de la moyenne nationale sur la période récente 2012-2014. 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 reste plutôt inférieure à la moyenne nationale chez les hommes. Chez les femmes, si celle-ci apparaît également un peu plus faible qu'au plan national, l'écart se réduit toutefois en lien avec une forte augmentation de cette incidence.

Fig40. Évolution du taux standardisé d'incidence du cancer du poumon selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France, métropolitaine (2004-2014)



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

* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2010 et 2012.

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

Une mortalité par cancer du poumon qui apparaît proche de 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 (Fig41).
- Chez les hommes nantais, la mortalité par cancer du poumon a connu des fluctuations entre 2000-2002 et 2012-2014. Après une tendance à la hausse sur les années 2005-2010, cette mortalité semble sur les années récentes plutôt en baisse. L'écart avec la moyenne nationale s'est notamment réduit. La surmortalité par cancer du poumon, observée sur la période 2008-2010, n'est pas retrouvée en 2012-2014. La mortalité par cancer du poumon chez les hommes nantais apparaît ainsi proche de la moyenne nationale.
- Chez les femmes nantaises, la mortalité par cancer du poumon, qui a connu d'importantes fluctuations entre 2003 et 2008, semble suivre comme la moyenne nationale une tendance à la hausse sur les années récentes tout en restant relativement proche de cette moyenne.
- Comme pour l'incidence, le suivi de cet indicateur de mortalité sur les prochaines années permettra de savoir si ces constats résultent de fluctuations aléatoires ou si la mortalité par cancer du poumon chez les hommes et les femmes nantais est désormais non différente de la moyenne nationale.

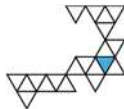
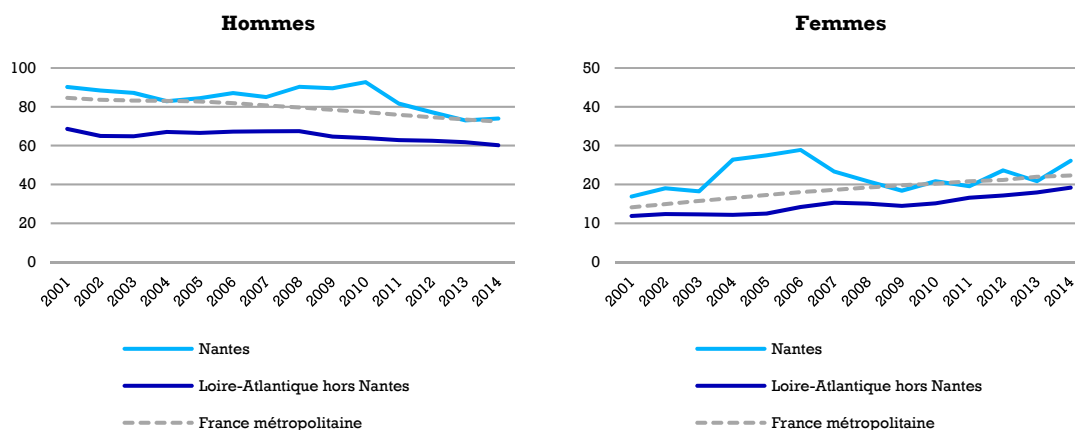


Fig41. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

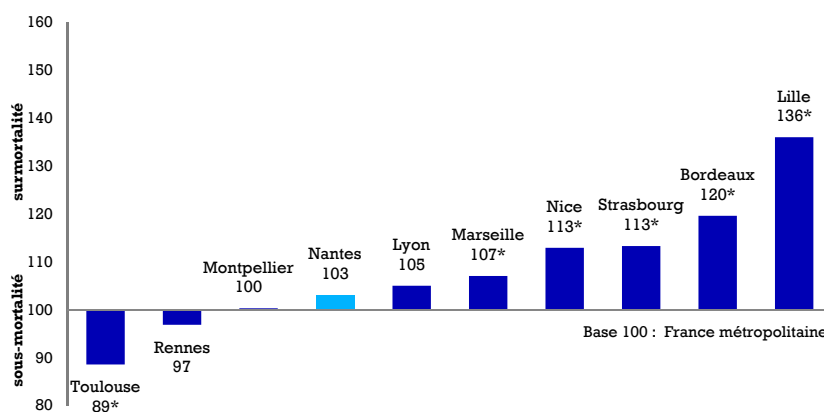
Une situation qui contraste avec le reste du département

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

Une position intermédiaire par rapport aux autres grandes villes

- La situation nantaise en matière de mortalité par cancer du poumon a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig42). Sur les dix villes étudiées, une ville présente une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale, cinq villes une mortalité significativement supérieure. Quatre villes se situent proche de cette moyenne, dont Nantes qui occupe ainsi une position intermédiaire pour cet indicateur.

Fig42. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



2.1.5 Cancers des voies aérodigestives supérieures

Éléments de contexte

Les voies aérodigestives supérieures (VADS) comprennent les lèvres, la cavité buccale, le pharynx, le larynx, et l'œsophage. Les principaux facteurs de risque de ces cancers sont la consommation de tabac et d'alcool. À l'exception du cancer de l'œsophage, ces cancers sont également favorisés par l'infection à papillomavirus [19] [20]. En dehors du cancer de la langue et du cancer du larynx qui sont souvent de pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, les cancers des VADS sont généralement de mauvais pronostic, comme en général ceux des cancers associés au tabac et à l'alcool [13].

110 nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures chaque année

- Les cancers des voies aérodigestives supérieures constituent la cinquième localisation tumorale solide la plus fréquemment diagnostiquée : 107 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi la population nantaise, sur la période 2012-2014 (79 cas masculins, 28 cas féminins) (Fig43).
- Les cancers des VADS ont été à l'origine de 37 décès par an parmi la population nantaise (28 hommes, 9 femmes), sur la période 2013-2015, ce qui représente 6 % des décès par cancer.
- Les cancers des VADS surviennent le plus souvent chez des hommes : environ 75 % des nouveaux cas de cancers des VADS et des décès par cancers des VADS concernent des hommes. À structure par âge comparable, le taux standardisé d'incidence et de mortalité des cancers des VADS est environ 4 à 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Les cancers des VADS touchent des personnes relativement jeunes, 62 % des nouveaux cas diagnostiqués et 43 % des décès concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.

Fig43. Nombre annuel de nouveaux cas de cancers des VADS diagnostiqués et nombre annuel moyen de décès par cancers des VADS selon l'âge et le sexe
Nantes (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)				Décès (moy. 2013-2015)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 65 ans	53	43	13	10	13	10	-	-
65 ans et +	26	174	15	57	14	92	-	-
Total	79	57	28	18	28	19	9	6

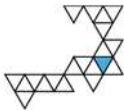
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
¹ Taux par 100 000.

Une incidence en hausse et nettement supérieure à la moyenne nationale

- Chez les hommes nantais, l'incidence des cancers des VADS connaît une augmentation entre 2008-2010 et 2012-2014 alors que celle-ci était en recul entre 2004-2006 et 2008-2010 (Fig44). Cette évolution récente contraste avec la tendance à la baisse observée au plan national et la relative stabilité constatée dans le reste du département.
L'incidence de ces cancers parmi les hommes nantais est supérieure de plus de 60 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Ce constat avait déjà été retrouvé sur les périodes précédentes, mais avec des écarts toutefois un peu moins marqués (environ + 30 à 40 %). Une surincidence masculine des cancers des VADS est également observée dans le reste du département de la Loire-Atlantique (environ + 50 %).

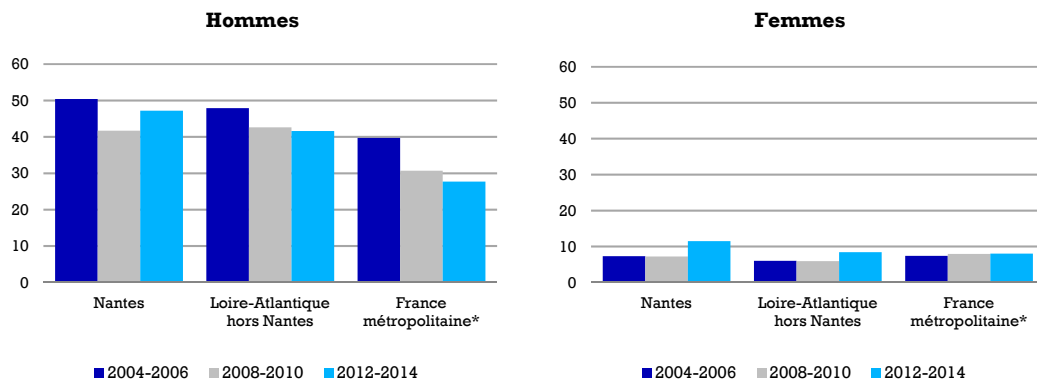
- Chez les femmes nantaises, l'incidence des cancers des VADS a fortement augmenté entre 2008-2010 et 2012-2014 (environ + 60 %). Cette hausse est notamment cohérente avec celle de l'incidence du cancer du poumon. Par ailleurs, une progression notable des cancers des VADS est également observée parmi les femmes du reste du département (environ + 40 %). Ces hausses marquées semblent toutefois contraster avec la légère augmentation observée au plan national.

L'incidence des cancers de VADS parmi les femmes nantaises, qui était proche de la moyenne nationale sur les périodes précédentes, devient supérieure à cette moyenne en 2012-2014. L'écart observé, d'environ 40 %, n'est toutefois pas statistiquement significatif.



Le suivi de l'incidence de ce cancer sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte d'une fluctuation aléatoire ou d'une nouvelle tendance qui se dessine.

Fig44. Évolution du taux standardisé d'incidence des cancers des VADS selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2014)



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

* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2010 et 2012.

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

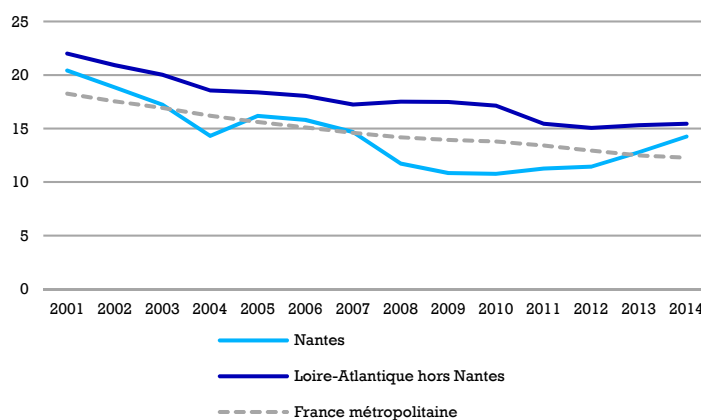
Une mortalité qui semble supérieure à la moyenne nationale sur les années récentes

- En France, la mortalité par cancers des VADS est en baisse (- 33 % entre 2000-2002 et 2012-2014) (Fig45).

Dans la population nantaise, cette mortalité connaît des fluctuations et fluctue autour de la moyenne nationale depuis le début des années 2000. Si la mortalité nantaise était inférieure à cette moyenne sur les années 2008-2012, elle semble plutôt proche, voire même lui être supérieure sur les années récentes. La mortalité par cancer des VADS parmi les Nantais est supérieure de plus de 20 % à la moyenne nationale sur la période 2013-2015. Ce constat, qui doit être considéré avec précaution car cet écart n'est pas statistiquement significatif, apparaît néanmoins cohérent avec la surincidence de ces cancers observée sur les années 2012-2014.

- Dans le reste du département, la mortalité par cancers des VADS est en diminution mais elle reste depuis le début des années 2000 constamment supérieure d'environ 15 % à 25 % à la moyenne nationale.

Fig45. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancers des VADS
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).



2.1.6 Cancer de la prostate

Éléments de contexte

Le cancer de la prostate est un cancer très fréquent chez le sujet âgé. Parmi l'ensemble des facteurs de risque, l'âge est de loin le plus important, avec un diagnostic posé après l'âge de 70 ans dans la majorité des cas. Les antécédents familiaux et certaines origines ethniques et géographiques sont également liés à la survenue de cette maladie [10]. Suite à une amélioration considérable de la survie au cours des trente dernières années, le cancer de la prostate est désormais de très bon pronostic [13].

Une incidence en recul

- Comme en France, le cancer de la prostate constitue le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes nantais (21 % des nouveaux cas de cancers masculins) : 152 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2012-2014 (Fig46).
- Le cancer de la prostate a été à l'origine de 31 décès en moyenne par an, sur la période 2013-2015. L'écart entre cet effectif de décès et l'effectif de nouveaux cas diagnostiqués (152) témoigne du pronostic favorable d'une proportion importante de ces cancers.
- Ce cancer touche surtout des hommes âgés, 64 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes âgés de 65 ans ou plus.

Fig46. 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 (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2012-2014)		Décès (moy. 2013-2015)	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 65 ans	55	44	7	5
65-74 ans	56	741		
75-84 ans	28	555	9	185
85 ans et +	13	555	14	593
Total	152	109	31	21

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
¹ Taux pour 100 000.

- Comme dans le reste du département et au plan national, la fréquence des nouveaux de cancer de la prostate diagnostiqués chez les hommes nantais a connu un net recul entre les périodes 2004-2006 et 2012-2014 (- 31 %) (Fig47).

Cette évolution doit toutefois être considérée avec précaution, car « l'incidence du cancer de la prostate est, pour l'essentiel, dépendante de la pratique du dosage sérique de l'Antigène spécifique de la prostate (PSA), ce qui rend son évolution difficilement prévisible dans un contexte où le dépistage est à la fois très pratiqué et fortement contesté ». Des données récentes de l'assurance maladie mettent en évidence, au plan national, une légère augmentation en 2015 de la pratique du PSA et parallèlement une légère augmentation du nombre d'hommes pris en charge pour un cancer de la prostate nouvellement diagnostiqué [14].

- La tendance évolutive de l'incidence de ce cancer rend difficile les comparaisons avec l'estimation nationale et sont donc à considérer avec précaution. Sur les périodes 2004-2006 et 2008-2010, le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes nantais semblait toutefois plutôt proche des estimations nationales¹⁶.

¹⁶ Comparaison réalisée à partir de l'estimation nationale d'incidence établie pour les années 2005 et 2009, publiée en 2013 [9].

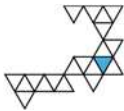
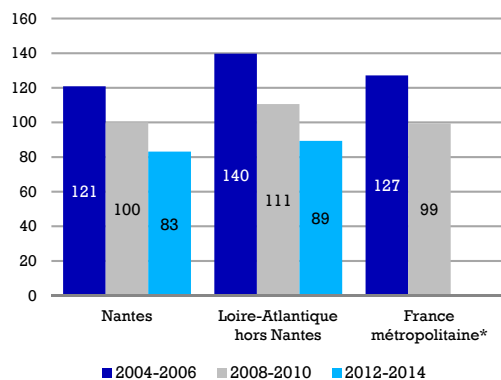


Fig47. Évolution du taux standardisé d'incidence du cancer de la prostate
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2004-2014)



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

* Respectivement estimations nationales d'incidence pour les années 2005, 2009.

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

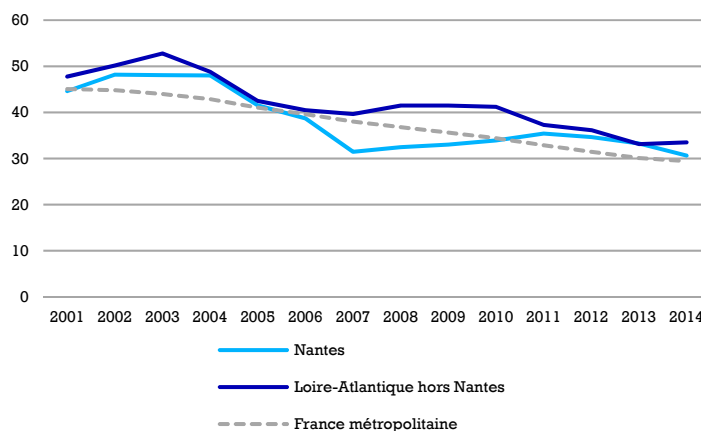
Une mortalité également en forte baisse et proche de la moyenne nationale

- Au niveau national, la mortalité par cancer de la prostate a diminué régulièrement au cours des quinze dernières années.

Pour la ville de Nantes, malgré des fluctuations, une tendance analogue est observée (- 31 % entre 2000-2002 et 2012-2014).

Sur la période récente 2012-2014, la mortalité par cancer de la prostate n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale (Fig48).

Fig48. Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).



2.2 Maladies de l'appareil circulatoire

Éléments de contexte

Les maladies cardiovasculaires regroupent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Ces maladies fréquentes sont souvent graves, liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas notamment des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, de l'insuffisance cardiaque, mais aussi des cardiopathies valvulaires et des troubles du rythme cardiaque.

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue de ces pathologies : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surcharge pondérale. Actuellement, le dépistage et le contrôle médical et thérapeutique de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète restent insuffisants et doivent être améliorés. Mais la lutte contre les maladies cardiovasculaires passe prioritairement par la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé [22].

Une fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

- Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'admissions en ALD : 1 500 Nantais ont été admis en ALD en moyenne chaque année sur la période 2012-2014.

Ces admissions concernent majoritairement des hommes (825 vs 675 femmes) (Fig49). À structure par âge comparable, le taux d'admissions en ALD par maladies cardiovasculaires est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

- 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. 500 Nantais sont en effet décédés en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire sur la période 2013-2015.

- Les cardiopathies ischémiques, les troubles de la conduction et du rythme cardiaque et les maladies vasculaires cérébrales constituent les trois principaux motifs d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Elles sont respectivement à l'origine de 35 %, 17 % et 15 % de ces admissions.

Les décès par maladies cardiovasculaires sont quant à eux principalement provoqués par des cardiopathies ischémiques et des maladies vasculaires cérébrales. Ces deux groupes d'affections représentent respectivement 23 % et 22 % 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 (205 décès masculins, 294 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 1,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sur la période 2013-2015.

- Les maladies de l'appareil circulatoire touchent des personnes plutôt âgées. 47 % des admissions en ALD concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus, et 85 % des décès surviennent après 75 ans (dont 63 % après 85 ans). Ces affections sont néanmoins à l'origine de près 490 admissions en ALD avant 65 ans (359 hommes, 129 femmes) et 45 décès avant 65 ans (37 décès masculins, 8 décès féminins).



Fig49. 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 (moyennes 2012-2014 et 2013-2015)

	Admissions en ALD (moy 2012-2014)				Décès (moy. 2013-2015)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 50 ans	92	89	36	35	6	6	9	7
50-64 ans	267	1 292	93	377	31	149		
65-84 ans	364	2 884	326	1 642	71	534	69	339
85 ans et +	103	4 384	221	3 541	97	4 094	216	3 309
Total	825	592	676	440	205	143	294	187

Sources : Cnam, MSA, RSI, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

¹ Taux pour 100 000.

Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale chez les femmes, proche chez les hommes

- L'analyse de l'évolution des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires au cours de la dernière décennie est complexe en raison de la suppression en juin 2011 de l'ALD n° 12 « hypertension artérielle sévère ». Globalement, comme en France, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les Nantais a nettement progressé jusqu'en 2010, et tend à diminuer depuis 2011.

Si l'on exclut les admissions en ALD n°12 sur les années antérieures à 2011, on observe cependant une augmentation importante des admissions pour maladies cardiovasculaires : + 34 % entre 2005-2007 et 2012-2014, à structure par âge comparable (+ 39 % en France, + 55 % dans le reste du département).

- Sur la période récente 2012-2014, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi la population nantaise est légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 4 %) (Fig50).

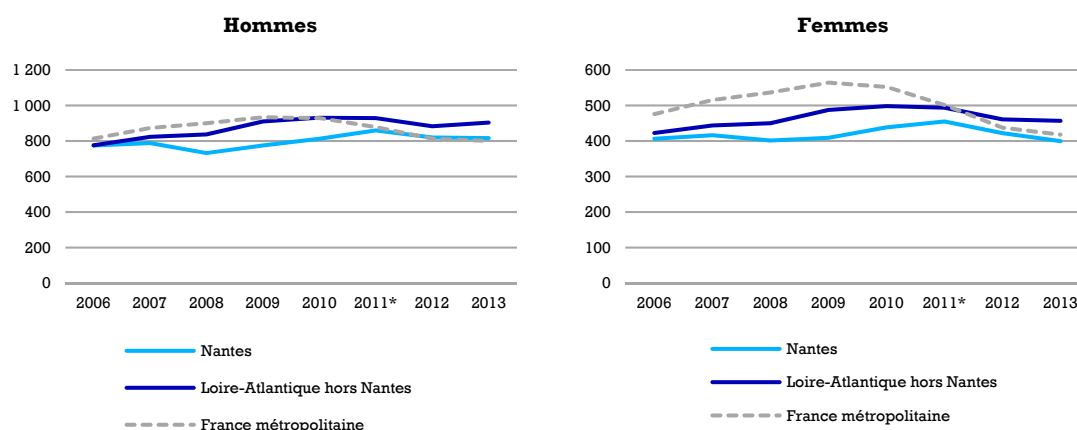
Ce constat masque cependant une situation différente selon le sexe. Une sous-incidence est observée uniquement chez les femmes nantaises (- 7 %), alors que chez les hommes, la fréquence de ces admissions en ALD est proche de la moyenne nationale.

L'écart avec cette moyenne s'est fortement réduit ces dernières années. Une sous-incidence était observée chez les femmes (- 27 %) mais aussi chez les hommes nantais (- 16 %) sur les années 2008-2010, précédant la suppression de l'ALD n°12.

- Ces résultats globaux sur la période 2012-2014 masquent par ailleurs une surincidence des ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les hommes nantais âgés de moins de 65 ans (+ 10 %). Une plus grande fréquence de ces admissions en ALD est également observée chez les hommes à l'échelle du reste du département (+ 10 %) (Fig51).

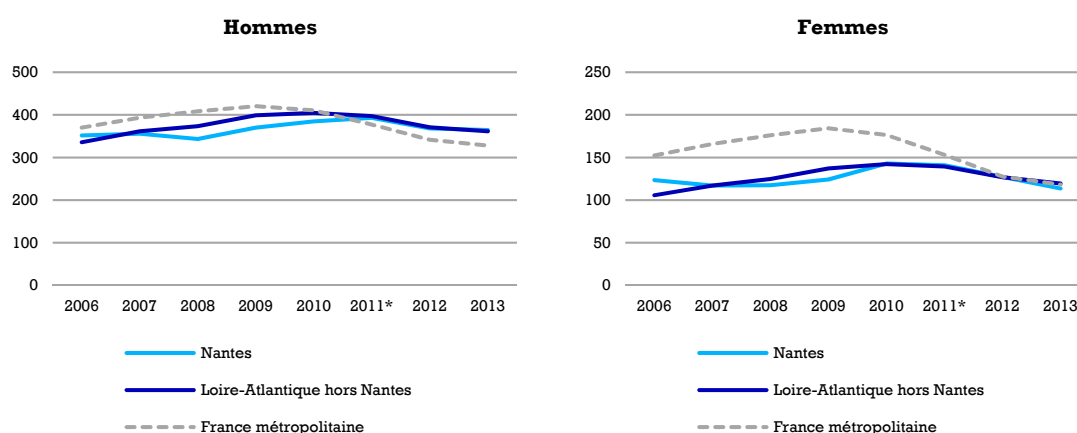


Fig50. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.
* Suppression de l'ALD n°12 « hypertension artérielle sévère » en juin 2011.

Fig51. Évolution du taux standardisé d'admissions prématurées en ALD pour maladies cardiovasculaires selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.
* Suppression de l'ALD n°12 « hypertension artérielle sévère » en juin 2011.

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

- Comme en France, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de plus de 30 % au sein de la population nantaise entre 2000-2002 et 2013-2015. Cette diminution concerne les hommes comme les femmes (Fig52). 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 2013-2015, cette mortalité est inférieure à la moyenne nationale de 13 % chez les femmes et de 9 % chez les hommes. Cependant, l'écart se réduit chez les hommes et plus particulièrement chez les femmes.
- Avant 65 ans, la situation nantaise apparaît par contre un peu moins favorable chez les hommes. La mortalité cardiovasculaire parmi les hommes nantais de moins de 65 ans, qui connaît des fluctuations, est plutôt proche de la moyenne nationale depuis le début des années 2000. Chez les femmes nantaises de moins de 65 ans, cette mortalité reste par contre inférieure à la moyenne nationale (Fig53).

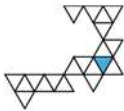
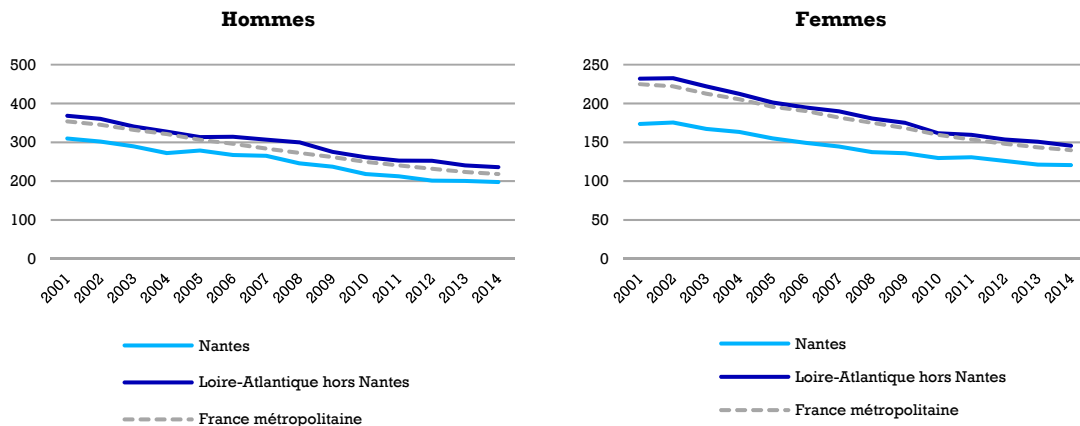
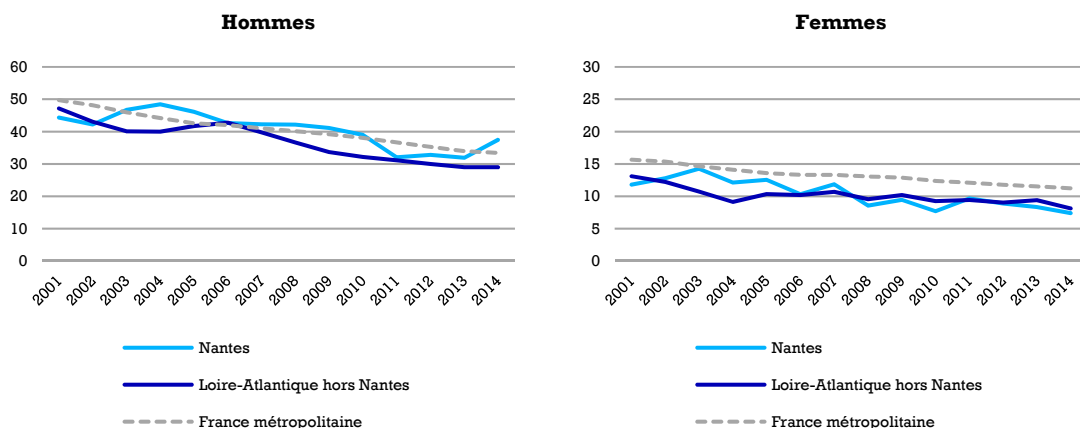


Fig52. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Fig53. Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



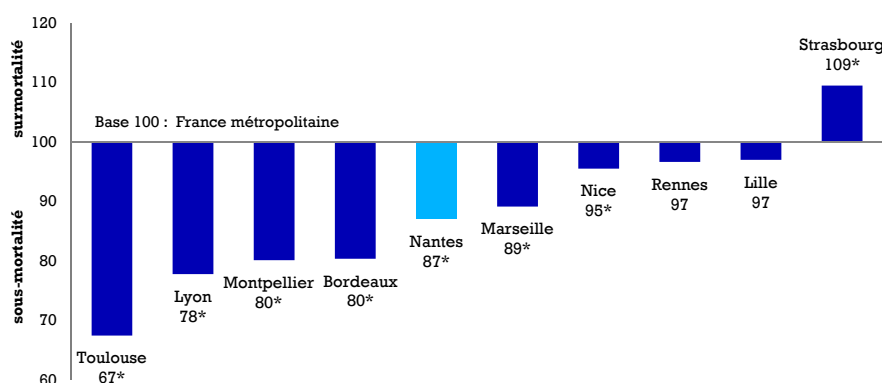
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Nantes en position intermédiaire par rapport aux autres villes pour la mortalité cardiovasculaire « tous âges » et 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, sept villes, dont Nantes, présentent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) inférieure à la moyenne nationale, deux villes connaissent une mortalité proche et une ville une mortalité supérieure à cette moyenne (Fig54).
- Pour la mortalité cardiovasculaire avant 65 ans, deux villes présentent une sous-mortalité. Six villes, dont Nantes, connaissent une mortalité non significativement différente de la moyenne nationale et deux villes se caractérisent par une surmortalité (Fig55).
- Sur la période 2013-2015, Nantes occupe donc une position intermédiaire par rapport aux neuf autres villes étudiées, pour ces deux indicateurs de mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges et avant 65 ans) (Fig54, Fig55).



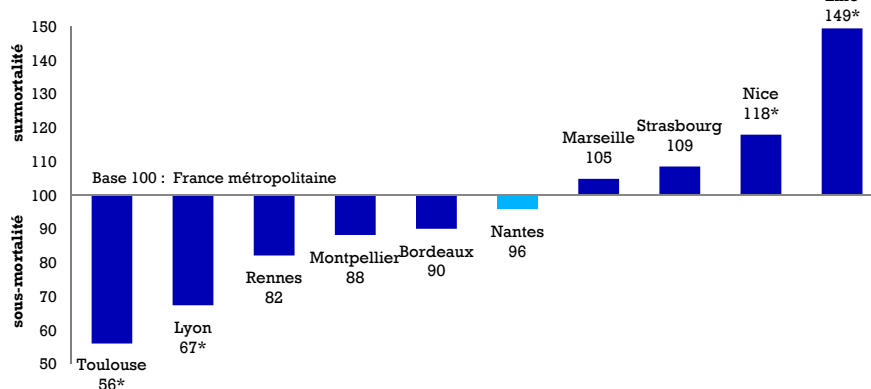
Fig54. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

Fig55. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

2.3 Diabète

Éléments de contexte

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline par le pancréas 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 est le plus répandu (plus de 90 % des cas), s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. La fréquence de ce diabète croît avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et chez les personnes appartenant aux groupes sociaux les moins favorisés.

La gravité du diabète 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 hygiénodététiques 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.



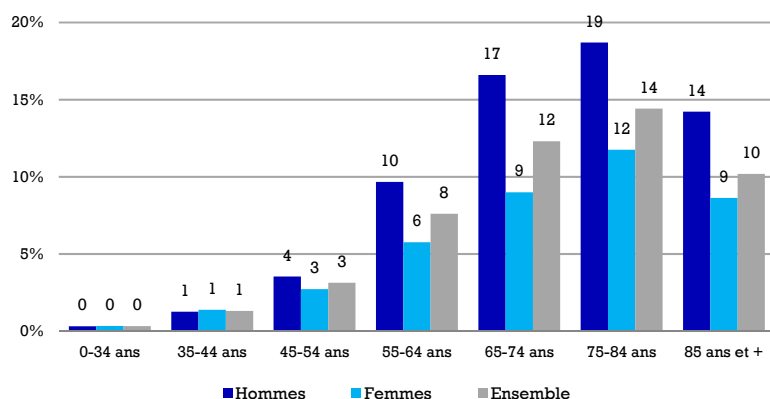
Plus de 3 % des Nantais pris en charge pour un diabète

- En 2016, plus de 10 000 Nantais sont pris en charge pour un diabète (Encadré 6). Cet effectif correspond à une prévalence brute de 3,3 %¹⁷.
- La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, à partir de 45 ans. Elle atteint un maximum dans la classe d'âge des 75-84 ans (14 %) (Fig56).

Les hommes plus souvent concernés que les femmes

- À structure par âge comparable, la prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (4,8 % vs 3,4 %). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âges à partir de 45 ans.

Fig56. Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge et le sexe
Nantes



Source : SNDS-DCIR/PMSI (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes.

Une prévalence du diabète près de deux fois plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C

- Le taux de personnes pris en charge pour un diabète dans la population nantaise âgée de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, nettement plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C (3,2 %) que chez les non-bénéficiaires (1,7 %). Un constat analogue est observé à l'échelle du département et au plan national.

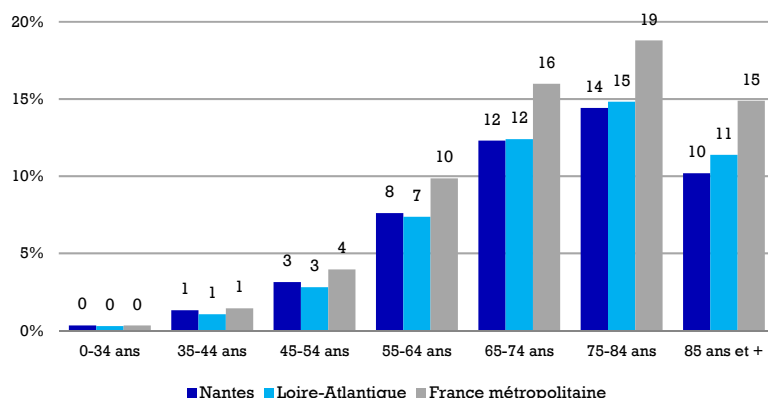
Une situation locale plus favorable qu'au plan national

- La prévalence du diabète dans la population nantaise, qui est comparable à celle observée à l'échelle du département, est inférieure à la moyenne nationale (4,0 % vs 5,2 %, à structure par âge comparable). Ce constat concerne les hommes (4,8 % vs 5,8 % en France) comme les femmes (3,4 % vs 4,6 %), et est retrouvé pour toutes les classes d'âge à partir de 45 ans (Fig57).

¹⁷ Taux standardisé selon l'âge : 4,0 %.



Fig57. Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge
Nantes, Loire-Atlantique, France métropolitaine



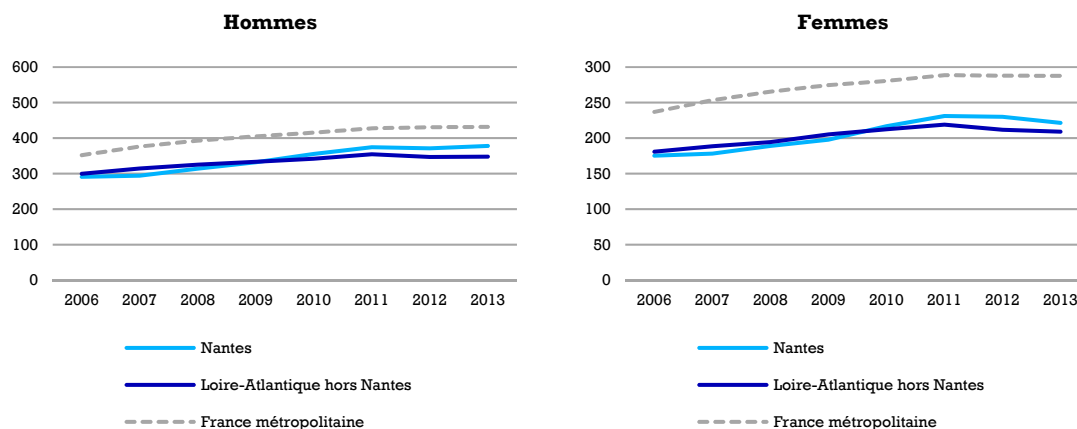
Source : SNDS-DCIR/PMSI (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes.

Une pathologie en augmentation

- Au plan national, la prévalence du diabète traité est en hausse (3,9 % en 2008, 4,6 % en 2012, 5 % en 2016) [23] [24].

Si l'on considère l'évolution des admissions en ALD pour diabète, une tendance analogue est observée dans la population nantaise. Ainsi, à structure par âge comparable, leur fréquence a augmenté de 29 % parmi les Nantais entre 2005-2007 et 2012-2014. Cette hausse s'observe chez les hommes comme chez les femmes, et est également observée dans le reste du département mais de façon moins marquée (+ 16 %) (Fig58).

Fig58. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



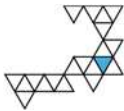
Source : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

ENCADRÉ 6. Précisions méthodologiques

L'algorithme de sélection des personnes prises en charge pour un diabète retenu dans cette étude est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses, à partir des données du Système national des données de santé [25].

Ont ainsi été considérées les personnes :

- ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) dans l'année 2016,
- et/ou ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins deux en cas d'au moins un grand conditionnement) dans l'année 2015,
- et/ou en ALD au cours de l'année 2016, avec codes CIM10 de diabète,
- et/ou hospitalisées au moins une fois au cours des 2 dernières années (2015, 2016), avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal, DP ou diagnostic relié, DR),
- et/ou personnes hospitalisées au moins une fois au cours des 2 dernières années (2015, 2016) pour une complication du diabète (DP/DR), avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), DP ou DR.



2.4 Maladies de l'appareil respiratoire

Éléments de contexte

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections aiguës et chroniques très diverses, notamment en termes de gravité. Les atteintes aiguës sont souvent d'origine infectieuse : bronchite aiguë, pneumopathie infectieuse... Elles sont très fréquentes mais le plus souvent peu graves, sauf chez les personnes âgées ou fragiles. Parmi les pathologies respiratoires chroniques, l'asthme, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les plus fréquentes.

La survenue d'un asthme résulte de l'association d'une prédisposition génétique et de facteurs environnementaux comme : les allergènes à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures...), les allergènes extérieurs (pollens et moisissures), la fumée du tabac, les produits chimiques irritants sur le lieu du travail, la pollution de l'air, en particulier les particules fines.

La bronchite chronique et la BPCO sont des pathologies surtout liées au tabagisme, mais aussi favorisées par certains environnements professionnels à risque.

L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO. À partir d'un certain niveau de gravité de cette insuffisance respiratoire, les patients concernés peuvent être admis en affection de longue durée par l'assurance maladie, en raison des soins longs et coûteux qui sont devenus nécessaires.

Une fréquence des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en forte augmentation

- 169 Nantais ont été admis en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG) en moyenne chaque année sur la période 2012-2014.

Plus de la moitié (52 %) de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans et sont des hommes. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) constitue la première cause de ces insuffisances respiratoires graves provoquant une admission en ALD (46 %), devant l'asthme (28 %).

- Entre 2005-2007 et 2012-2014, la fréquence des admissions en ALD pour IRCG a fortement augmenté dans la population nantaise (+ 56 %), et plus particulièrement chez les femmes.

Des hausses sont également observées dans le reste du département et au plan national, mais celles-ci sont moins marquées (respectivement + 36 %, + 19 %) ([Fig59](#)).

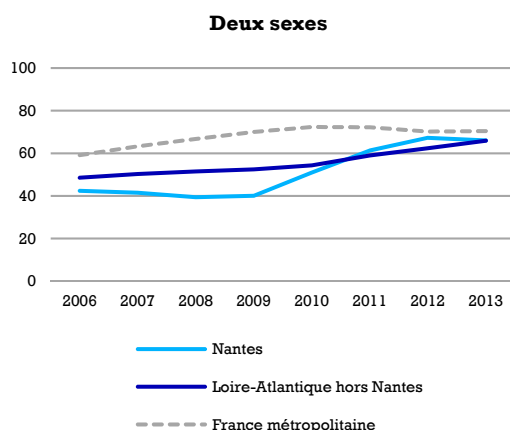
Cette tendance peut notamment être rapprochée de l'évolution du tabagisme, notamment chez les femmes.

- Malgré cette forte augmentation, la fréquence des admissions en ALD pour IRCG dans la population nantaise reste inférieure à la moyenne nationale sur les années récentes 2012-2014 (- 9 %). L'écart s'est toutefois fortement réduit, il atteignait environ - 40 % en 2008-2010.



Fig59. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG)

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

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

- 136 Nantais sont décédés en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire sur la période 2013-2015, majoritairement des femmes (54 %) (Fig60).
- Les décès par maladies respiratoires concernent le plus souvent des personnes relativement âgées : 81 % des décès surviennent après 75 ans.
- La fréquence des décès par maladies respiratoires est plus importante chez les hommes que chez les femmes. À structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité est près de deux fois supérieur chez les hommes que chez les femmes sur la période 2013-2015.
- Les pneumopathies infectieuses et la BPCO chronique constituent les principales causes de ces décès.

Fig60. Nombre annuel moyen et taux brut d'admissions en ALD pour IRCG et de décès par maladie de l'appareil respiratoire selon l'âge et le sexe

Nantes (moyenne 2012-2014 et 2013-2015)

	Admissions en ALD (moy 2012-2014)				Décès (moy 2013-2015)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 50 ans	21	21	22	21	7	6	4	3
50-64 ans	28	137	17	68				
65-84 ans	34	267	30	151	27	202	17	85
85 ans et +	5	214	13	203	28	1186	53	808
Total	88	63	81	53	62	43	74	47

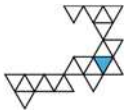
Sources : Cnam, MSA, RSI, Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

¹ Taux pour 100 000.

Une mortalité en augmentation chez les femmes sur les années récentes, mais qui reste inférieure à la moyenne nationale

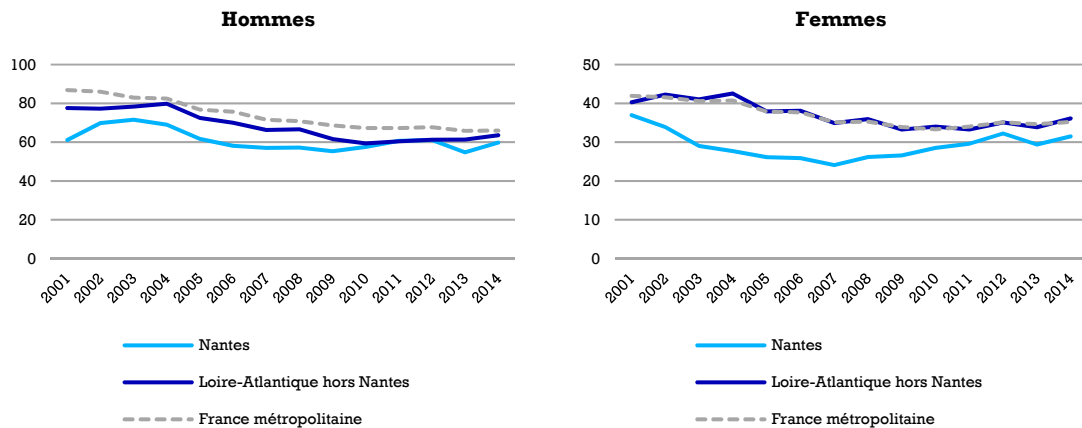
• La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans la population nantaise, qui était en recul au début des années 2000, semble se stabiliser sur les années récentes chez les hommes et est même en augmentation chez les femmes (+ 30 % entre 2006-2008 et 2013-2015) (Fig61). Cette évolution apparaît cohérente avec l'augmentation des admissions en ALD pour IRCG observée dans la population nantaise sur les années récentes.

• Malgré ces évolutions, la mortalité par maladies respiratoires est globalement dans la population nantaise inférieure à la moyenne nationale sur la période 2012-2014 (- 14 %), et ce constat s'observe chez les hommes comme chez les femmes.



- La situation nantaise apparaît toujours plus favorable que dans le reste du département pour les femmes, où la mortalité par maladies respiratoires est proche de la moyenne nationale. Pour les hommes, la situation nantaise semble plutôt proche de celle du reste du département sur les années récentes.

Fig61. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

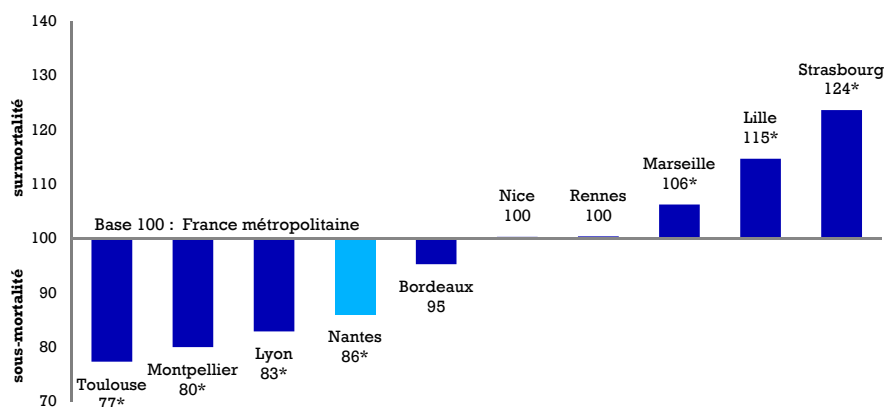


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une situation intermédiaire 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. Cette comparaison met en évidence des écarts très marqués entre les villes (Fig62). Sur les dix villes étudiées, quatre villes, dont Nantes, présentent une mortalité par maladies de l'appareil respiratoire inférieure à la moyenne nationale, trois villes connaissent une mortalité proche et trois villes une mortalité supérieure à cette moyenne.
- Sur la période 2013-2015, Nantes occupe une position intermédiaire pour la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire.

Fig62. Indice comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



2.5 Tuberculose

Éléments de contexte

La tuberculose est une maladie infectieuse liée à une bactérie qui 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 mais peut atteindre d'autres organes (localisations pleurales, ganglionnaires, méningées...). Seules les formes affectant l'appareil respiratoire peuvent être contagieuses, notamment lorsque des bacilles tuberculeux sont retrouvés dans les expectorations. La prise régulière et complète d'un traitement adéquat permet de guérir la maladie, de limiter la transmission et de prévenir la résistance aux médicaments antituberculeux [25].

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 [26].

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Au niveau national, l'exhaustivité de la déclaration de la tuberculose est estimée à environ 73 % [27]. 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 tuberculose en forte augmentation

- 53 cas de tuberculose maladie (localisations pulmonaires et extra-pulmonaires) ont été déclarés en 2017 dans la population nantaise, soit un taux brut de déclaration estimé à plus de 17 pour 100 000 habitants (Fig63).
- Ce taux de déclaration fluctue de façon importante selon les années, mais il suit globalement une tendance à la hausse depuis le milieu des années 2000. Ainsi, ce taux, qui avoisinait 10/100 000 sur les années 2000-2005, atteignait 14 à 16/100 000 sur la période 2011-2014 et plus de 17/100 000 en 2017.
- Cette augmentation de l'incidence des cas déclarés de tuberculose maladie peut résulter d'une recrudescence de la maladie, en lien notamment avec l'arrivée de migrants en provenance de pays à forte endémie. Elle peut aussi être liée à des actions de dépistage menées ces dernières années auprès de certaines populations à risque. Enfin, une amélioration de l'exhaustivité de la déclaration de cette pathologie peut aussi contribuer à cette évolution.

Un taux qui reste nettement supérieur à la moyenne nationale, et un écart qui s'accroît

- 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, lui est supérieur depuis 2006, et l'écart s'est même accru sur les années récentes (Fig64). Ainsi, sur les années 2014-2015, le taux de déclaration de tuberculose maladie est environ 1,9 fois plus élevé à Nantes qu'au plan national (contre 1,4 pour les années 2007-2008). Les taux nantais sont par ailleurs nettement supérieurs aux taux de la région Pays de la Loire [28], qui restent inférieurs à la moyenne nationale (2,2 fois plus élevé sur les années 2014-2015).

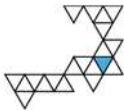
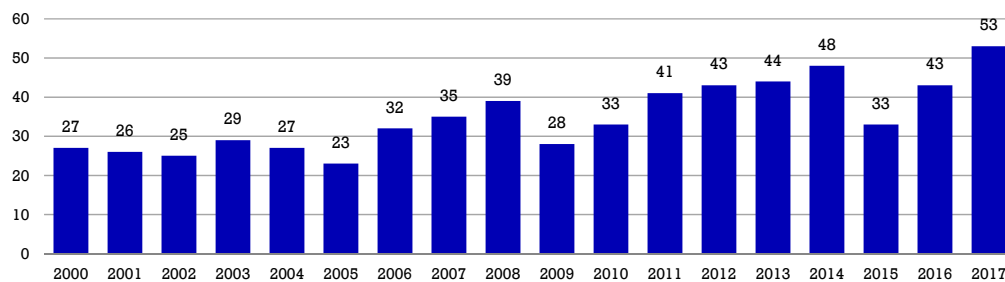
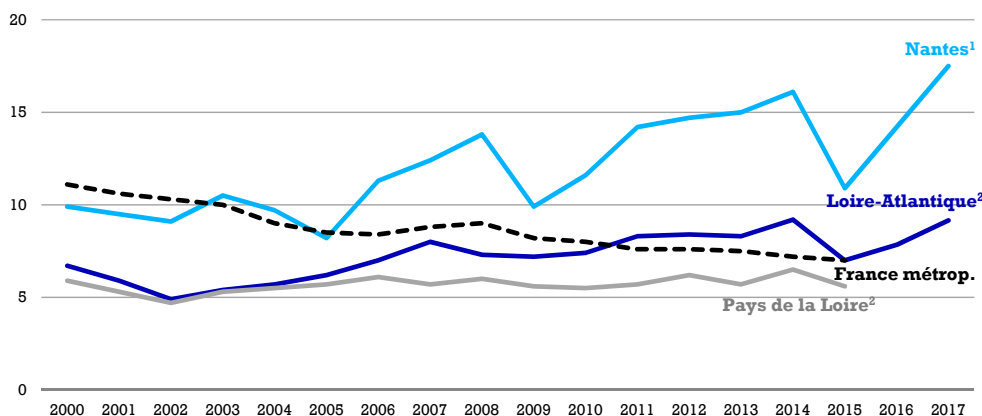


Fig63. Évolution du nombre de cas déclarés de tuberculose dans la population nantaise
Nantes (2000-2017)



Source : Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose

Fig64. Évolution du taux brut de cas de tuberculose maladie déclarés
Nantes, Loire-Atlantique, Pays de la Loire France métropolitaine (2000-2017)



Sources : Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose, Insee

Taux pour 100 000 habitants.

¹ Données domiciliées.

² Données au lieu de déclaration de la tuberculose.

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

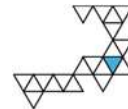
Éléments de contexte

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 de 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 peuvent conduire 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 somatiques (cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles neurologiques...), ainsi que des troubles psychiatriques (syndrome de dépendance à l'alcool notamment).

En France, le nombre annuel de décès, toutes causes confondues, attribuables à la consommation d'alcool est estimé à près de 50 000, dont environ un tiers de décès par cancer [29].



Près de 1 200 Nantais hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool

- En moyenne 1 185 Nantais ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) pour une pathologie liée à l'alcool¹⁸, sur la période 2015-2017. Il s'agit là d'un effectif minimum car l'usage de l'alcool est sous-diagnostiqué et sous-enregistré dans les statistiques hospitalières.

En outre, l'alcool est également en cause dans une part non négligeable des hospitalisations en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation (respectivement 10 % et 6 % des journées en France) qui ne sont pas prises en compte dans cette étude [30].

- Globalement, les recours hospitaliers liés à l'alcool dans la population nantaise sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, comme au plan national (Fig65a). À structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'alcool est en effet chez les hommes 3,5 fois supérieur au taux féminin.

Par ailleurs, le taux de recours augmente avec l'âge, et notamment fortement à partir de 35 ans, et atteint un maximum entre 50 et 74 ans, et décroît ensuite au-delà de 75 ans.

- Parmi les 1 185 patients :

- 278 ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une intoxication alcoolique aiguë¹⁹,

- 217 au moins une fois pour un syndrome de dépendance à l'alcool²⁰,

- 803 au moins une fois pour des complications liées à la consommation d'alcool²¹.

- Le profil par âge de ces patients est différent pour ces trois groupes de motif d'hospitalisation. Les hospitalisations pour dépendance alcoolique se concentrent chez les adultes d'âge moyen (44 % des patients concernés sont âgés de 35-49 ans), tout comme celles pour complications liées à l'alcool (41 % des patients âgés de 50-64 ans) (Fig65c, Fig65b).

Par contre, les hospitalisations pour une intoxication alcoolique aiguë se répartissent dans la plupart des classes d'âge entre 18 et 74 ans, et apparaissent même chez les hommes plus fréquentes entre 35 et 64 ans qu'entre 18 et 34 ans (Fig65d).

Un taux de patients hospitalisés pour dépendance alcoolique supérieur à la moyenne nationale

- À structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool est, dans la population nantaise, inférieur à la moyenne nationale sur les années 2015-2017 (- 9 %).

- Ce constat est notamment lié à une moindre fréquence des hospitalisations pour IEA chez les jeunes et pour complications liées à l'alcool chez les personnes âgées. Par contre, le taux de patients hospitalisés pour dépendance alcoolique parmi les Nantais est supérieur à la moyenne nationale (+ 18 %), et plus particulièrement chez les hommes (+ 22 %).

¹⁸ Sélection des séjours comportant un ou plusieurs diagnostics (principal, relié ou associé) directement liés à l'alcool (c'est-à-dire contenant le mot alcool). Cf. « méthode » décrite dans l'article suivant : Paille F, Reynaud M. (2015). L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 24-25. pp. 440-449.

¹⁹ L'intoxication éthylique aiguë constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z05 « Éthylisme aigu ».

²⁰ Le syndrome de dépendance à l'alcool constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z04 « Éthylisme avec dépendance ».

²¹ L'alcool est mentionné en diagnostic associé (ex : maladie alcoolique du foie, pancréatite alcoolique...). GHM avec racine autre que 20Z04 et 20Z05.

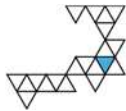
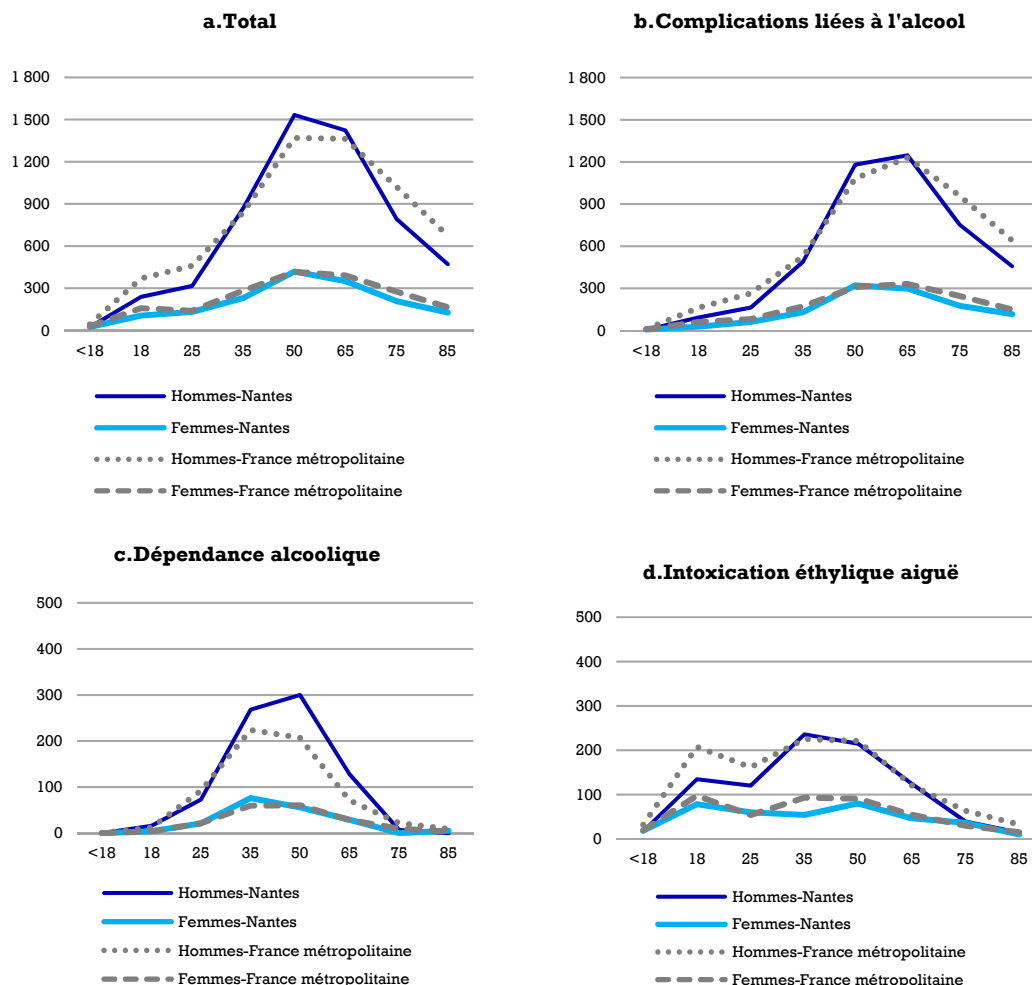


Fig65. Taux de personnes hospitalisées en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool selon l'âge, le sexe et le motif d'hospitalisation
Nantes, France métropolitaine (moyenne 2015-2017)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Des admissions en ALD pour des pathologies liées à une consommation excessive d'alcool en forte augmentation et un écart à la moyenne nationale qui s'est accru

- Si l'on considère les pathologies les plus directement liées à une consommation excessive d'alcool (maladie alcoolique du foie, troubles mentaux liés à la consommation d'alcool), ce sont en moyenne 107 Nantais qui ont été admis en ALD pour l'une de ces affections au cours de la période 2012-2014.

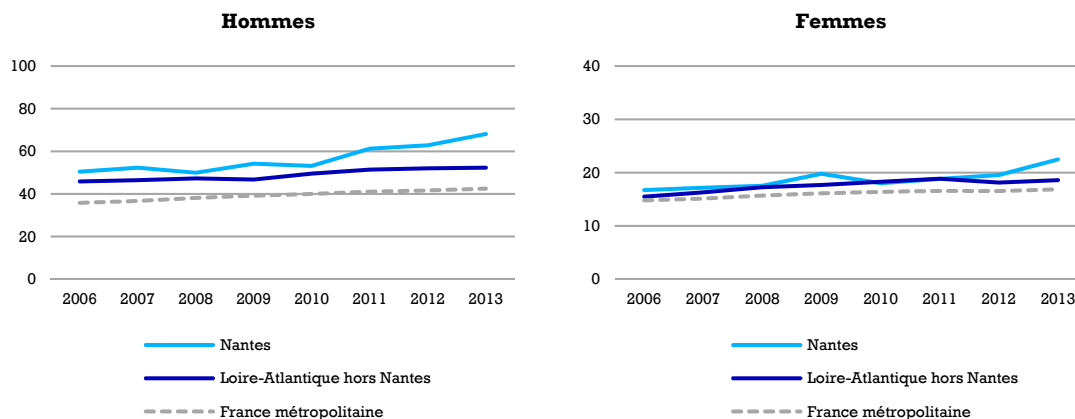
Ces admissions concernent dans 58 % des cas des hommes âgés de moins de 65 ans.

- La fréquence des admissions en ALD pour des pathologies directement liées à l'alcool parmi la population nantaise a augmenté de plus de 30 % entre 2005-2007 et 2012-2014. Cette hausse, qui concerne les hommes comme les femmes, est plus marquée que celles observées au plan national (+ 17 %) et dans le reste du département (+ 16 %) (Fig66).

- La fréquence de ces admissions est supérieure à la moyenne nationale, l'écart s'est notamment accru avec cette forte progression et s'élève à + 45 % sur les années 2012-2014. Cette surincidence nantaise concerne les hommes (+ 55 %) comme les femmes (+ 29 %).



Fig66. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour affections liées à l'alcool ou pour lesquelles sa consommation constitue un facteur de risque majeur* selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

* Maladies alcooliques du foie, fibrose et cirrhose du foie, troubles mentaux liés à l'alcool.

Une mortalité liée à l'alcool qui reste très nettement supérieure à la moyenne nationale

• Depuis plusieurs décennies, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool²² 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 2013-2015, cette mortalité a ainsi diminué de plus de 30 %. Toutefois, cette baisse tend à se ralentir au cours des années récentes, notamment chez les hommes. Dans un contexte d'augmentation des admissions en ALD directement attribuables à l'alcool, le suivi de cet indicateur sur les prochaines années apparaît important.

• Malgré cette évolution, la mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool parmi les Nantais reste nettement supérieure à la moyenne nationale sur la période 2013-2015 (+ 39 %). Ce constat concerne les hommes comme les femmes, l'écart étant toutefois un peu moins marqué chez ces dernières (Fig67).

Une surmortalité par maladies directement liées à la consommation excessive d'alcool est également retrouvée dans le reste du département, mais uniquement chez les hommes (+ 34 %).

²² Maladies alcooliques du foie (K70), cirrhose sans précision (K746), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10).

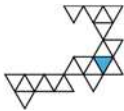
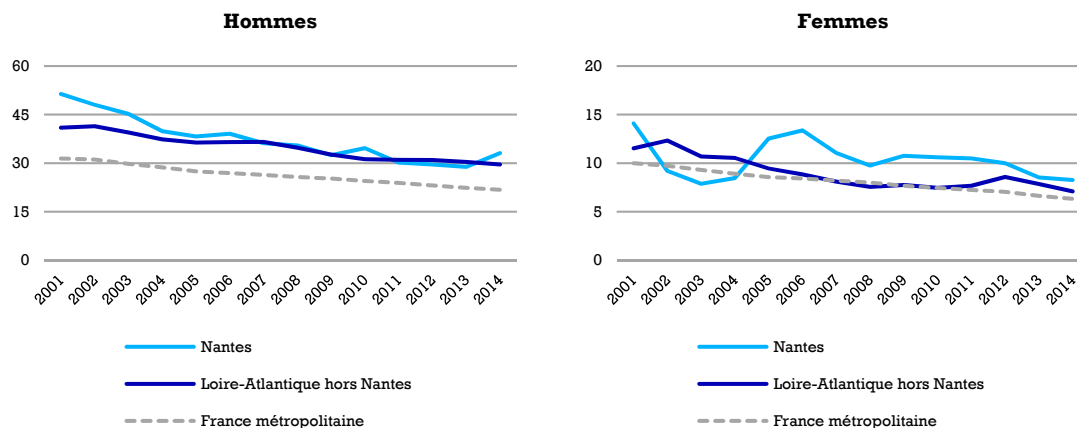


Fig67. Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool selon le sexe

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



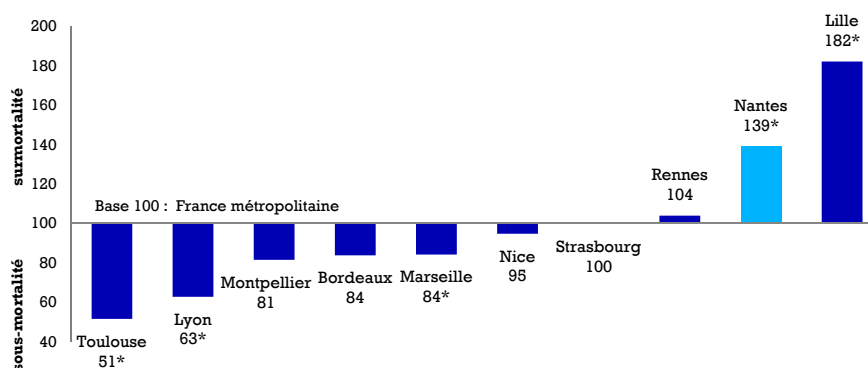
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Nantes reste une des grandes villes françaises 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 (Fig68). Cette comparaison met en évidence des écarts de mortalité très marqués entre les villes, avec un rapport de 1 à 3,6. Sur les dix villes étudiées, trois présentent une mortalité pour maladies liées à une consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne nationale, cinq une mortalité non différente et deux villes, dont Nantes, présentent une mortalité significativement supérieure à la moyenne nationale.

Comme en 2005-2007 et 2008-2010, Nantes se situe parmi les grandes villes françaises les plus mal classées en 2013-2015 pour cet indicateur. Seule, la ville de Lille présente, pour ces affections, une mortalité supérieure à celle de Nantes.

Fig68. Indice comparatif de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



2.7 Santé mentale et suicides

Éléments de contexte

Les problèmes de 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 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 psychiatriques les plus répandues, et sont plus fréquents chez les personnes vivant seules, ayant subi des violences ou des deuils précoces, et chez les femmes au chômage.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement qui nécessitent des soins longs et coûteux, peuvent être admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Les motifs d'admissions les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (dépression en particulier), les troubles mentaux organiques (démences le plus souvent) et les psychoses (schizophrénie notamment).

Les troubles schizophréniques, en cause dans près de la moitié des hospitalisations sans consentement, constituent l'une des causes majeures de handicap psychique.

Les médicaments psychotropes, qui agissent sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau, sont souvent prescrits de façon ponctuelle ou prolongée pour le traitement de ces différents troubles psychiques. Mais ce dernier repose également sur de multiples moyens non médicamenteux : contacts réguliers avec des soignants, psychothérapie, accompagnement social, entraide mutuelle...

2.7.1 Recours aux médicaments psychotropes

10 % des Nantais ont eu recours à un traitement par médicament psychotrope dans l'année

- Plus de 30 000 Nantais ont bénéficié en 2016 d'au moins trois délivrances, à des dates différentes, d'un traitement psychotrope (antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques ou hypnotiques).

Cet effectif représente 10 % de la population nantaise²³.

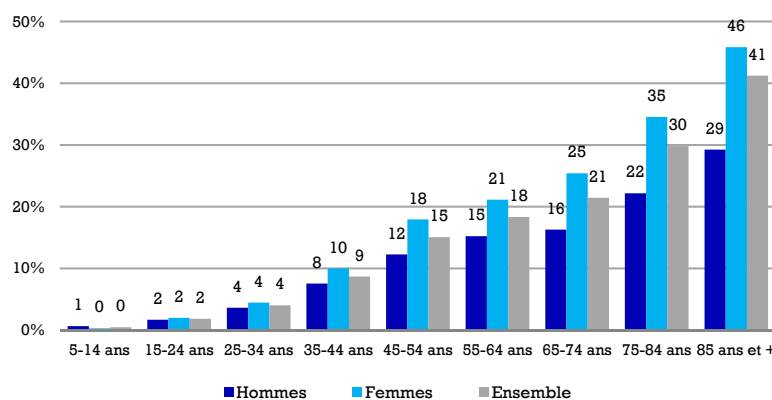
- Ce taux augmente fortement avec l'âge, passant de 2 % chez les 15-24 ans à 15 % chez les 45-54 ans pour atteindre un maximum de 41 % chez les 85 ans et plus (Fig69).

Les femmes nettement plus souvent concernées que les hommes

- À structure par âge comparable, le taux de recours à des psychotropes est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (13,9 % vs 8,6 %).

Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âges à partir de 15 ans, et l'écart entre les deux sexes s'accroît à partir de 65 ans.

Fig69. Proportion de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon l'âge et le sexe
Nantes (2016)



Source : SNDS-DCIR, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes.

²³ Taux standardisé sur l'âge : 11,4 %.



Un recours aux psychotropes un peu plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C

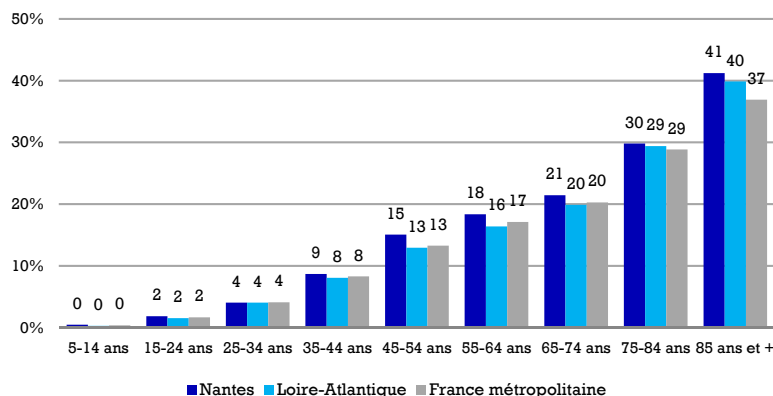
- Le taux de personnes traitées par psychotropes dans la population nantaise âgée de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, un peu plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (8,9 %) que chez les non-bénéficiaires (7,2 %).

Un constat analogue est observé à l'échelle du département et au plan national, avec toutefois des écarts plus marqués entre ces deux groupes de population.

Un recours des Nantais aux psychotropes plus élevé qu'au plan national

- Le recours aux psychotropes apparaît un peu plus élevé parmi les Nantais qu'au plan national, selon les données de remboursement de l'assurance maladie. À structure par âge comparable, le taux annuel de personnes traitées par psychotropes dans la population nantaise est légèrement supérieur à la moyenne nationale (11,4 % vs 10,6 %). Le taux nantais est aussi légèrement plus élevé que le taux observé à l'échelle du département (10,5 %).
- Ce recours plus important dans la population nantaise s'observe pour les deux sexes, mais l'écart avec la moyenne nationale est un peu plus marqué chez les hommes (hommes : 8,6 % à Nantes vs 7,6 % en France ; femmes : 13,9 % vs 13,5 %, à structure par âge comparable).
- Elle est en outre retrouvée dans la plupart des classes d'âge (Fig70).

Fig70. Proportion de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon l'âge
Nantes, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)



Source : SNDS-DCIR, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes.

ENCADRÉ 7. Précisions méthodologiques

L'algorithme de sélection des personnes traitées par psychotropes dans l'année retenu dans cette étude est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses, à partir des données du Système national des données de santé [25].

Dans l'algorithme de sélection, ont été considérées les personnes ayant reçu au cours de l'année 2016 (à différentes dates), au moins 3 délivrances : d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale :

- les anxiolytiques : ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance ;
- les hypnotiques : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Beaucoup sont des benzodiazépines ;
- les antidépresseurs : destinés à traiter les dépressions, ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;
- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple) ;
- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®) [31].



2.7.2 Admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences)

Près de 600 admissions en ALD chaque année

• 587 Nantais ont été admis en moyenne chaque année en ALD pour une affection psychiatrique (autre qu'une démence) sur la période 2012-2014. Ces admissions concernent quasiment autant d'hommes que de femmes.

Ces personnes admises en ALD sont relativement jeunes, 87 % d'entre elles ont moins de 65 ans : 17 % moins de 20 ans, 49 % entre 20 et 49 ans et 21 % entre 50 et 64 ans.

- Les affections les plus fréquemment à l'origine de ces admissions en ALD sont :
 - les troubles de l'humeur (38 %), dont majoritairement les épisodes dépressifs (28 %) et les troubles affectifs bipolaires (9 %),
 - la schizophrénie et troubles délirants (16 %),
 - les troubles de la personnalité (15 %),
 - 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 : 50 à 60 % d'entre elles 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 : plus des deux tiers sont âgées de plus de 45 ans.

Des admissions en ALD pour maladies psychiatriques en forte augmentation, et qui deviennent plus fréquentes chez les hommes nantais qu'au plan national

• La fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques a augmenté de près de 40 % dans la population nantaise entre les périodes 2005-2007 et 2012-2014. Une hausse comparable est également observée dans le reste du département.

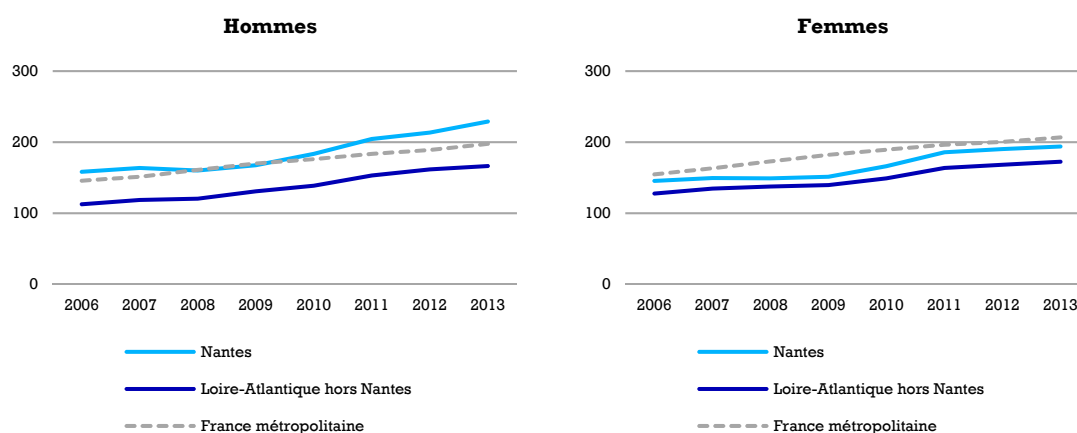
• Chez les hommes nantais, cette augmentation a été toutefois plus marquée qu'au plan national. Le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques, qui était proche de la moyenne nationale sur la période 2005-2009, devient ainsi supérieure de cette moyenne sur les années récentes 2012-2014 (+ 9 %).

• Chez les femmes nantaises, la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques reste en 2012-2014 inférieure à la moyenne nationale (- 9 %) (Fig71).

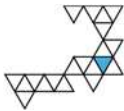
• Dans le reste du département, une sous-incidence est également observée chez les femmes (- 17 %), mais aussi chez les hommes (- 16 %).

Fig71. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) selon le sexe

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.



2.7.3 Admissions en ALD pour Maladie d'Alzheimer et autres démences

Éléments de contexte

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, qui se caractérise par 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 [32].

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 [33].

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 [33] [34].

Près de 270 admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences chaque année

- 266 Nantais ont été admis en ALD en moyenne chaque année pour maladie d'Alzheimer et autres démences sur la période 2012-2014.

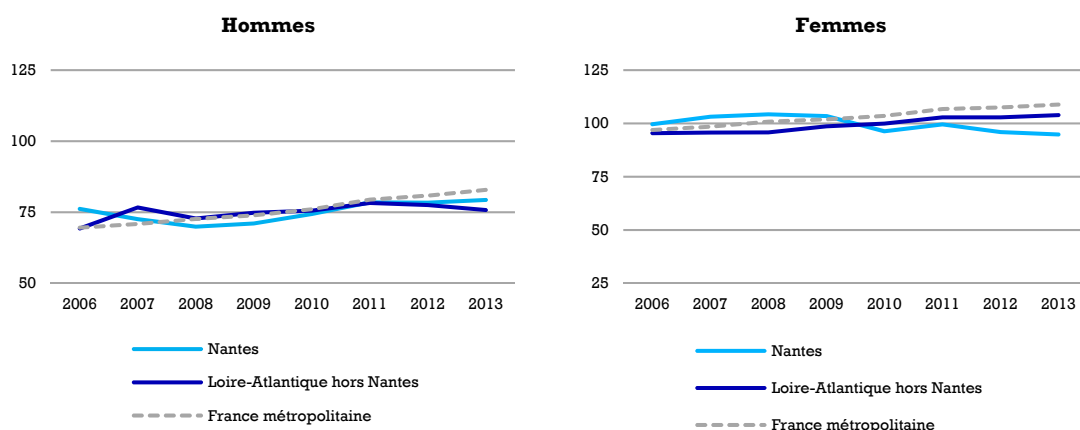
Près de trois quarts des personnes admises en ALD pour ces affections sont des femmes et près de 90 % sont âgées de 75 ans ou plus.

- La fréquence des admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences dans la population nantaise est restée relativement stable entre 2005-2007 et 2012-2014, alors qu'une tendance à la hausse est observée dans le reste du département et au plan national.

- Chez les hommes nantais, la fréquence de ces admissions apparaît proche de la moyenne nationale en 2012-2014. Chez les femmes nantaises, une sous-incidence de ces ALD est observée sur les années récentes (- 17 %). Dans le reste du département, une sous-incidence est retrouvée chez les femmes mais aussi chez les hommes (Fig72).

Fig72. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences selon le sexe

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).



2.7.4 Suicides

Éléments 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 événement 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 [35] [36] [37].

Plus de 25 décès par suicide chaque année

- Sur la période 2013-2015, 26 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 atteint environ 10 %.

- La fréquence des décès par suicide est plus importante chez les hommes que chez les femmes (20 décès masculins, 6 décès féminins) (Fig73). À structure par âge comparable, le taux masculin standardisé de mortalité par suicide est quatre fois plus élevé que le taux féminin, sur la période 2013-2015.

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

Fig73. Nombre annuel moyen et taux brut de décès par suicide selon l'âge et le sexe
Nantes (moyenne 2013-2015)

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 65 ans	16	13	6	4
65 ans et +	4	26		
Total	20	14	6	4

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS

¹ Taux pour 100 000.

Une mortalité par suicide en recul, inférieure à la moyenne nationale chez les hommes, mais aussi chez les femmes sur les années récentes

- Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par suicide est en diminution au plan national. À Nantes, la mortalité par suicide connaît des fluctuations, en raison des faibles effectifs de décès concernés. Mais, cette mortalité a connu une baisse comme en France (environ- 50 % entre 2000-2002 et 2013-2015) (Fig74).

- Chez les hommes nantais, la mortalité par suicide reste inférieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000. L'écart avec la moyenne nationale atteint - 30 % sur les années récentes 2013-2015. Cette situation contraste avec celle observée dans le reste du département où la mortalité masculine par suicide est supérieure de 29 % à la moyenne nationale.

- Chez les femmes nantaises, la mortalité féminine par suicide connaît des fluctuations importantes en raison des faibles effectifs de décès. Alors que cette mortalité était plutôt supérieure à la moyenne nationale entre 2000-2010, celle-ci apparaît nettement inférieure à cette moyenne sur les années récentes. 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.

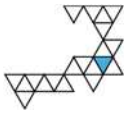


Fig74. Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide selon le sexe
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

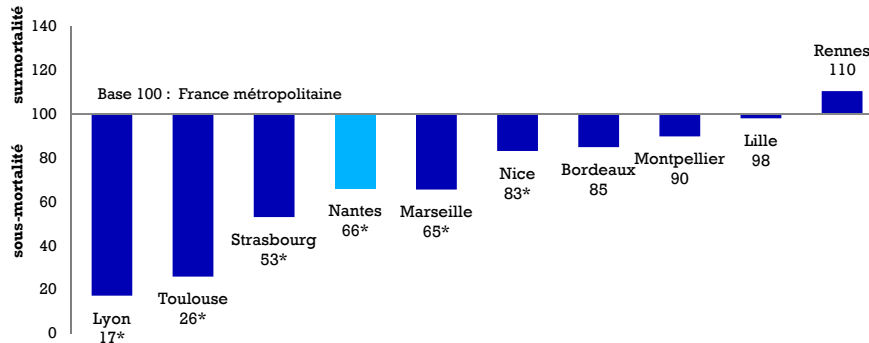


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une position plutôt favorable 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 (Fig75). Cette comparaison met en évidence des écarts très marqués entre les villes. Sur les dix villes étudiées, six villes, dont Nantes, présentent une mortalité par suicide significativement inférieure à la moyenne nationale et quatre villes ont une mortalité non significativement différente de cette moyenne. Nantes occupe donc une position plutôt favorable pour cet indicateur.

Fig75. Indice comparatif de mortalité par suicide (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



2.8 Accidents

2.8.1 Accidents de la vie courante

Éléments de contexte

Les accidents de la vie courante (accidents domestiques, scolaires, de sport, de loisirs...), pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, sont particulièrement fréquents. On estime que près de 5 % de la population a été victime d'un accident de la voie courante ayant occasionné un recours à un professionnel de santé au cours des 3 derniers mois [38]. Les hommes jeunes et les personnes âgées sont en général 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. La consommation d'alcool est un facteur de risque bien identifié. 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.

Pour la ville de Nantes, seules les données de mortalité présentées ci-après 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 2013-2015, 79 Nantais sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la vie courante (Fig76).

La majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées. 81 % des décès concernent des personnes âgées de plus de 65 ans, dont 76 % chez des plus de 75 ans.

- Les chutes accidentelles expliquent un tiers des décès par accident de la vie courante (33 %). Les suffocations sont à l'origine de 13 % des décès, les intoxications 8 % et les noyades 3 %.

Une mortalité deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

- La fréquence des décès par accident de la vie courante est plus importante chez les hommes que chez les femmes. À structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante est ainsi près de deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2013-2015.
- Chez les hommes, ces décès surviennent en moyenne à des âges plus jeunes : 30 % des décès masculins par accident de la vie courante surviennent avant 65 ans contre 10 % des décès féminins.

Fig76. Nombre annuel moyen et taux brut de décès par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe
Nantes (moyenne 2013-2015)

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
< 45 ans	5	5	6	4
45-74 ans	8	20		
75 ans et +	24	328	36	228
Total	37	26	42	27

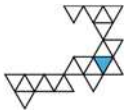
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

¹ Taux pour 100 000.

Une mortalité en recul et inférieure à la moyenne nationale sur les années récentes

- La mortalité par accident de la vie courante a fortement diminué en France depuis le début des années 1980, cette baisse tend à se ralentir ces dernières années. À Nantes, la mortalité par accident de la vie courante, qui est restée relativement stable entre les périodes 2000-2002 et 2007-2009, est en recul depuis 2010 (Fig77).

- La mortalité par accident de la vie courante parmi la population nantaise, qui était plutôt proche de la moyenne nationale au début des années 2000, est inférieure à cette moyenne sur les années récentes (- 14 % en 2013-2015).



- 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 entre 2001 et 2012, avec des écarts variant d'environ + 20 % à + 50 %. En lien avec une forte baisse de cette mortalité dans ce groupe d'âge, la situation s'est inversée sur les années récentes et la ville de Nantes connaît une sous-mortalité (- 25 % en 2013-2015). 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 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 2009, avec des écarts atteignant respectivement environ + 10 % et + 30 %. Toutefois, les écarts observés avec la moyenne nationale sont moins marqués sur les années récentes 2013-2015, avec une différence statistiquement significative uniquement chez les moins de 65 ans (+ 15 %).

Fig77. Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)

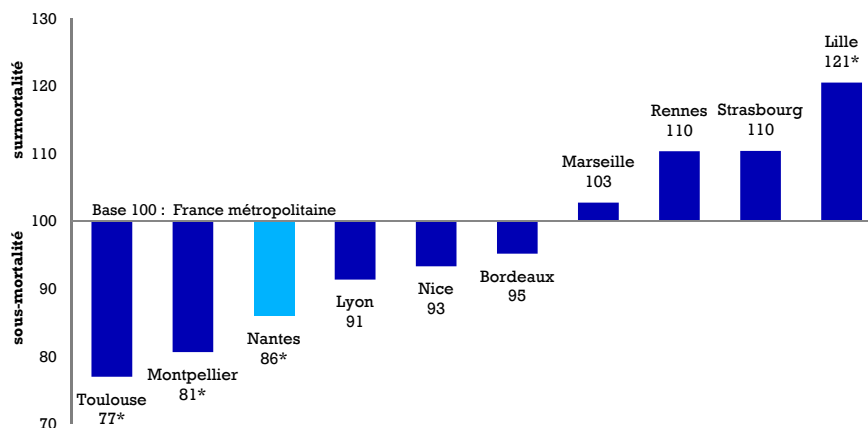


Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

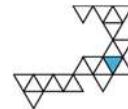
Une situation plutôt favorable par rapport aux autres villes

- 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 (Fig78). Sur les dix villes étudiées, trois, dont Nantes, présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne nationale, une seule une mortalité significativement supérieure à cette moyenne. Pour six villes, la mortalité par accident de la vie courante n'apparaît pas différente de la moyenne nationale. Nantes occupe ainsi une position plutôt favorable pour cet indicateur.

Fig78. Indice comparatif de mortalité par accident de la vie courante (moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
* Différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %.



2.8.2 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 plus de quarante ans. Le nombre de tués est ainsi passé de 18 000 en 1972 à 3 700 en 2017. À cet effectif, s'ajoutent plus de 73 000 blessés sur les routes, dont près 28 000 ont dû être hospitalisés en 2017 [39]. 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 [40].

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. La vitesse excessive ou inadaptée reste la cause première de la mortalité sur les routes de France, elle apparaît dans un accident mortel sur trois. L'alcool serait présent dans 20 % des accidents mortels [39].

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 de 10 décès par an

- Sur la période 2013-2015, 10 Nantais sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation. Ces décès concernent dans 70 % des cas des hommes, relativement jeunes, de moins 65 ans (6 décès sur 10).

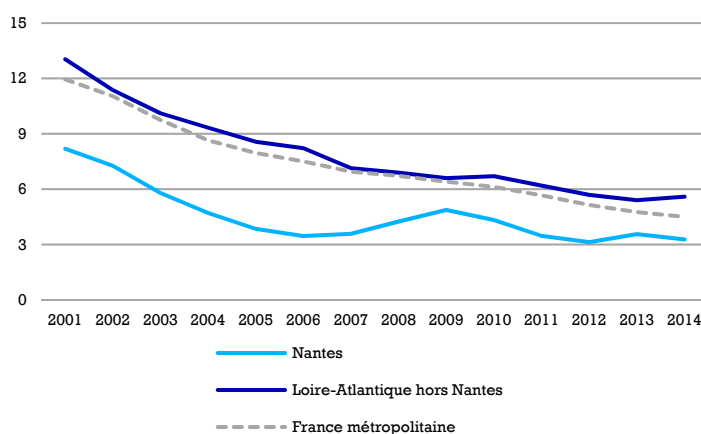
Une mortalité qui reste inférieure à la moyenne nationale...

- Depuis plusieurs décennies, la mortalité par accident de la circulation a fortement diminué en France. À Nantes, cette mortalité a connu également une forte baisse, elle semble toutefois plutôt se stabiliser depuis les années 2006-2008 (Fig79).

- La mortalité par accident de la circulation dans la population nantaise reste cependant inférieure à la moyenne nationale (- 32 % en 2013-2015). Dans le reste du département, cette mortalité, qui a longtemps été proche de la moyenne nationale, est supérieure à cette moyenne sur les années récentes 2013-2015 (+ 21 %).

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

Fig79. Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation
Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France métropolitaine (2001-2014)



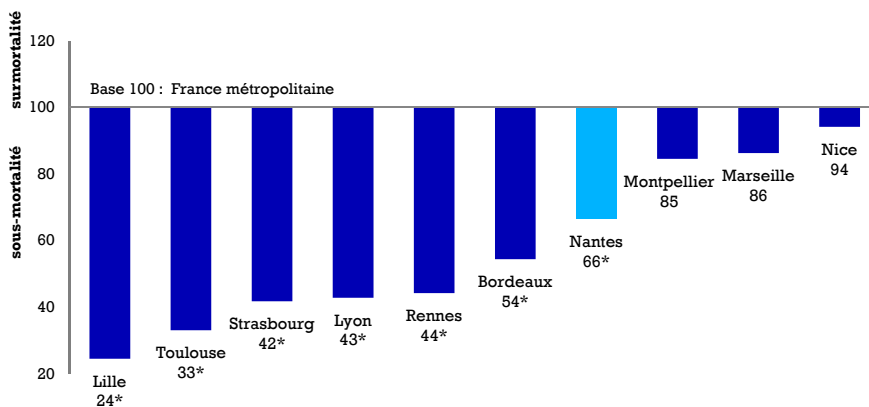
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population française (RP 2006).



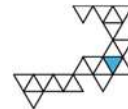
... comme dans de nombreuses grandes villes françaises

• La situation nantaise en matière de mortalité par accident de la circulation a été comparée à celle de neuf autres villes françaises (Fig80). Sur les dix villes étudiées, sept, dont Nantes, présentent une mortalité par accident de la circulation significativement inférieure à la moyenne nationale sur la période 2013-2015. Trois villes présentent une mortalité qui n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale. Nantes occupe ainsi une position intermédiaire pour cet indicateur.

Fig80. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation
(moyenne 2013-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé sur la population européenne (RP 2006).



3. Santé des enfants

3.1 Statut pondéral

Éléments de contexte

La surcharge pondérale, qui correspond au fait d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille en raison d'un excès de masse grasse, a pour principale origine un déséquilibre de la balance énergétique résultant d'une suralimentation relative et/ou d'une insuffisance d'activité physique. Ces comportements résultent de nombreux facteurs individuels et environnementaux d'ordre nutritionnel ou métabolique, psychologique, social ou encore culturel. Des facteurs génétiques modulent également la capacité de stockage du surplus énergétique. Enfin, des travaux suggèrent le rôle possible de déterminants précoces, in utero et postnatals.

L'obésité est une maladie qui a un fort retentissement sur le bien-être psychique et social des individus. Chez l'enfant, un de ses principaux risques est sa persistance à l'âge adulte.

À Nantes, 10 % des enfants de 5-6 ans et 12 % des 8-9 ans sont en surcharge pondérale

- En 2016-2017, selon le poids et la taille mesurés lors de bilans de santé²⁴ :
 - 14 % des enfants nantais scolarisés en grande section de maternelle (GSM), qui sont âgés en moyenne de 5-6 ans, sont maigres,
 - 76 % ont un statut pondéral normal,
 - 10 % présentent une surcharge pondérale, dont : 7,4 % un surpoids et 2,7 % une obésité (Fig81).

Dans ce document, les termes « surcharge pondérale » ou « excès pondéral » correspondent au cumul des situations de surpoids et d'obésité.

- Les élèves scolarisés en CE2, qui sont âgés en moyenne de 8-9 ans, se répartissent selon leur corpulence de la façon suivante :
 - 12 % sont maigres,
 - 76 % ont un statut pondéral normal,
 - 12 % sont en surcharge pondérale, dont : 9,7 % sont en surpoids et 2,3 % sont obèses.
- Une augmentation de la prévalence du surpoids est ainsi observée entre les âges de 5-6 ans et 8-9 ans alors que la prévalence de la maigreur est en baisse. Par contre, la prévalence de l'obésité varie peu avec l'âge, elle s'établit autour de 2 et 3 % à 5-6 ans et à 8-9 ans.

²⁴ Le statut pondéral a été estimé à partir de la mesure de l'indice de masse corporelle, calculé à partir du poids et de la taille qui ont été mesurés lors du bilan de santé. $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (mètre)}$. Les seuils de référence retenus pour définir le statut pondéral des enfants sont ceux de l'IOTF (International obesity task force) actualisés en 2012 [41].

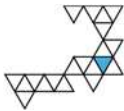
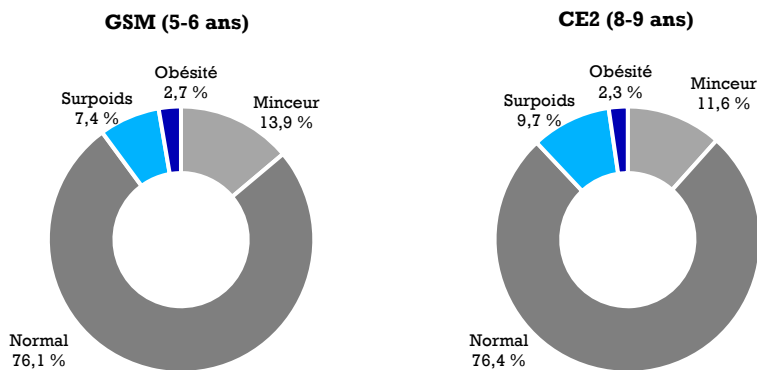


Fig81. Répartition des enfants nantais selon leur statut pondéral
Nantes (année scolaire 2016-2017)



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

Des prévalences du surpoids et de l'obésité relativement stables sur les années récentes

- Entre les années 2012-2013 et 2016-2017, la prévalence du surpoids (hors obésité) et celle de l'obésité de la surcharge pondérale sont restées plutôt stables parmi les élèves de GSM, La prévalence de la surcharge pondérale, cumulant surpoids et obésité, oscille entre 10 et 11 % selon les années (Fig82).
- Chez les enfants de CE2, ces prévalences ont connu une hausse notable en 2015-2016, mais ont retrouvé en 2016-2017 un niveau proche de ceux observés en 2012-2013.

Fig82. Évolution du statut pondéral, parmi les élèves scolarisés en grande section de maternelle (GSM) et en deuxième année de cours élémentaire (CE2)
Nantes (2012-2017)

Année scolaire	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
GSM (5-6 ans)					
nombre de bilans analysés	2 403	2 345	2 511	2 433	2 635
Maigreux	13,4 %	13,2 %	13,9 %	13,8 %	13,9 %
Normal	75,7 %	75,9 %	75,5 %	75,5 %	76,1 %
Surpoids	8,4 %	8,8 %	8,0 %	8,2 %	7,4 %
Obésité	2,5 %	2,1 %	2,5 %	2,5 %	2,7 %
Total surcharge pondérale (surpoids + obésité)	10,9 %	10,9 %	10,6 %	10,7 %	10,0 %
CE2 (8-9 ans)					
nombre de bilans analysés	2 120	2 366	2 651	2 551	2 731
Maigreux	11,9 %	11,6 %	11,9 %	11,8 %	11,6 %
Statut pondéral normal	75,8 %	76,1 %	76,5 %	73,8 %	76,4 %
Surpoids	10,1 %	10,0 %	9,4 %	11,3 %	9,7 %
Obésité	2,2 %	2,4 %	2,2 %	3,1 %	2,3 %
Total surcharge pondérale (surpoids + obésité)	12,4 %	12,3 %	11,6 %	14,4 %	12,0 %

Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

- Concernant la maigreux, sa prévalence est restée relativement stable entre les années 2012-2013 et 2016-2017, chez les élèves de GSM et ceux de CE2.



ENCADRÉ 8. Source des données et éléments de méthode

La Ville de Nantes est dotée d'un service municipal de santé scolaire intervenant dans les écoles publiques et privées. Ce service assure notamment la mise en œuvre d'examen médicaux ou infirmiers auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM) et des élèves en deuxième année de cours élémentaire (CE2). L'examen mené auprès des élèves de GSM (enfants âgés en moyenne de 5-6 ans) est réalisé par un médecin et un infirmier, et celui mené auprès des élèves de CE2 (enfants âgés en moyenne de 8-9 ans) par un infirmier uniquement. Pour ces deux niveaux de classe, plus de 90 % des enfants scolarisés à Nantes, en école privée ou publique, font l'objet d'un bilan de santé chaque année. Dans le cadre de ces bilans, l'élève bénéficie notamment d'un bilan biométrique avec la mesure du poids et de la taille, et d'un examen bucco-dentaire. Un certain nombre de données font l'objet d'un recueil systématique pour chaque enfant, dont : l'âge, le sexe, la zone de résidence, l'indice de masse corporelle (calculé par le professionnel de santé à partir de la taille et du poids mesurés lors de l'examen) et la présence d'au moins deux dents cariées non soignées.

Une analyse des données concernant le statut pondéral et la santé bucco-dentaire des enfants résidant et scolarisés à Nantes, a été menée à partir des bilans de santé réalisés au cours des années scolaires 2009-2010 à 2016-2017 auprès des élèves de GSM et CE2. Au total, les données de 19 959 bilans d'enfants de GSM et 20 127 de CE2 ont été exploitées, soit environ 2 100 à 2 800 bilans par an et par niveau (Annexe 4). Si l'on rapporte ces effectifs à la population totale d'enfants nantais, ces données concernent environ 80 % des enfants nantais âgés de 5-6 ans et 90 % de ceux âgés de 8-9 ans.

Une analyse croisée du statut pondéral et de la santé bucco-dentaire des enfants selon le niveau de défavorisation sociale de l'environnement résidentiel a en outre été menée spécifiquement par la plateforme Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé (AapriSS) de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss) [42].

Une proportion d'enfants nantais en surcharge pondérale qui semble inférieure à la moyenne nationale

- Sur les années récentes 2014-2015 et 2015-2016, la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids + obésité) parmi les enfants nantais apparaît inférieure à celle estimée au plan national, à partir des résultats de l'enquête Esteban 2014-2016. Ainsi, cette prévalence s'élève entre 10,6 et 14,4 % parmi les enfants nantais âgés de 5-6 ans et 8-9 ans alors qu'elle atteint 17 % en France parmi les enfants âgés de 6-10 ans [43].
- De même, si l'on considère l'année 2012-2013, la proportion d'enfants en surcharge pondérale parmi les élèves nantais de GSM est légèrement inférieure à la moyenne nationale, mesurée lors de l'enquête nationale menée cette même année par les ministères chargés de la santé et de l'Éducation nationale auprès d'un échantillon d'élèves de GSM (10,9 % vs 11,9 % en France) [44]. Par contre, la prévalence nantaise est selon cette même enquête supérieure à la moyenne régionale (10,9 % de GSM vs 8,6 % en Pays de la Loire) [45] (Annexe 5).

Un surpoids plus fréquent chez les filles

- Même si l'écart entre les deux sexes varie selon les années, les filles sont globalement plus souvent que les garçons en surpoids (hors obésité), que ce soit parmi les élèves de GSM ou ceux de CE2. Ainsi sur les cinq années scolaires 2012-2017, 10 % des filles de 5-6 ans et 12 % de celles de 8-9 ans sont en surpoids contre respectivement 7 % et 9 % des garçons de ces classes d'âge ($p < 0,001$) (Fig83).

Par contre, on n'observe pas de différence statistiquement significative selon le genre concernant la prévalence de l'obésité.

Concernant la maigreur, sa prévalence apparaît un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles parmi les élèves de GSM (15 % vs 13 % sur les années 2012-2017). Par contre, chez les élèves de CE2, on n'observe pas de différence selon le sexe (Annexe 6).

- La plus grande fréquence du surpoids (hors obésité) chez les filles est retrouvée au plan national dans plusieurs études, notamment dans l'enquête Esteban 2014-2015 (14 % des filles vs 7,5 % des garçons parmi les 6-10 ans), et dans l'enquête nationale menée auprès des élèves de GSM en 2012-2013 (11 % vs 7 %).
- Il convient de noter que la forte hausse de la prévalence de la surcharge pondérale observée en 2015-2016 parmi les élèves de CE2 (Annexe 7) est liée à une forte augmentation de la prévalence du surpoids chez les filles (14 % contre 10 à 11 % pour les autres années).

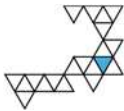
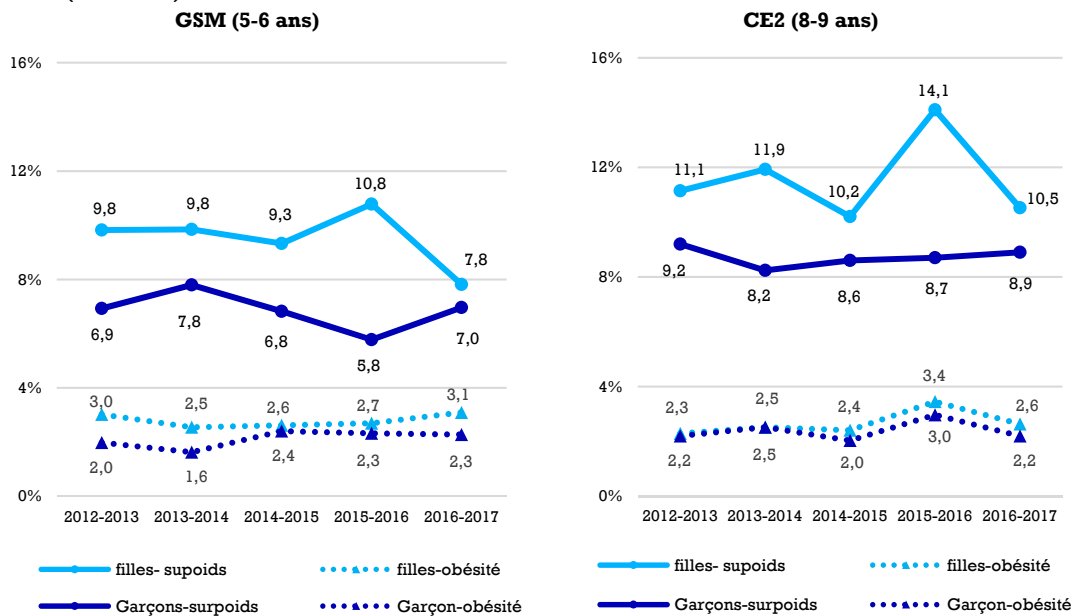


Fig83. Évolution des prévalences du surpoids et de l'obésité selon le sexe, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2
Nantes (2012-2017)



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

Un surpoids deux fois plus fréquent chez les enfants des quartiers prioritaires...

- La prévalence du surpoids (hors obésité) est près de deux fois plus élevée parmi les enfants résidant dans un Iris comportant un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)²⁵ que chez les autres enfants (Fig84a).
- Ainsi en 2016-2017, 12 % des élèves de GSM et 14 % des élèves de CE2, habitant dans un QPV, sont en surpoids (hors obésité) contre respectivement 6 % et 8 % des élèves ne résidant pas dans un QPV ($p < 0,001$).

... et une obésité 3 à 4 fois plus fréquente

- L'écart selon le quartier de résidence est encore plus marqué si l'on considère la prévalence de l'obésité. Ainsi sur les cinq années scolaires 2012-2017, environ 4 à 6 % des enfants de GSM et de CE2, résidant dans un QPV, sont obèses contre 1 à 2 % des enfants des autres quartiers ($p < 0,001$) (Fig84b).
- Par ailleurs, cet écart ne s'est pas réduit au cours des cinq dernières années.

- Cette plus grande fréquence du surpoids et de l'obésité parmi les enfants issus des quartiers ou des milieux les moins favorisés est retrouvée dans la littérature, notamment dans l'enquête nationale Esteban 2014-2016 et des enquêtes nationales menées en milieu scolaire par les Ministères chargés de la santé et de l'Education nationale [43] [44].

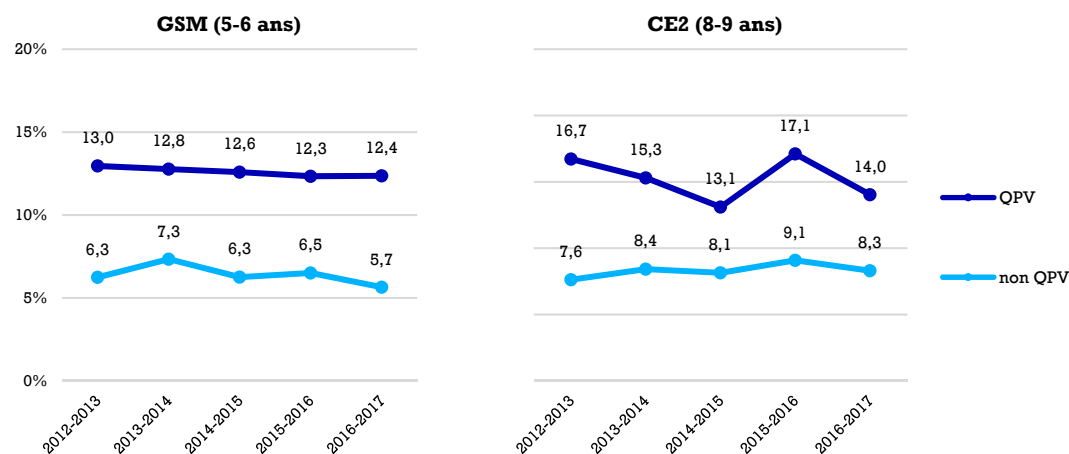
- Enfin, concernant la prévalence de la maigreur sur la période 2012-2017, celle-ci est, contrairement à celles du surpoids et de l'obésité, plus faible parmi les enfants résidant dans un quartier prioritaire (GSM : 10 % vs 15 % des autres enfants, $p < 0,01$; CE2 : 9 % vs 13 %, $p < 0,0001$).

²⁵ L'analyse des résultats selon le type de quartier de résidence (prioritaire ou non) n'est pas établie à partir du contour exact des quartiers de la politique de la ville mais selon une approche iris de ces quartiers. Ainsi, les enfants résidant en quartier prioritaire correspondent aux enfants résidant dans un Iris comportant un QPV. À Nantes, environ 80 % de la population des iris concernés par un QPV réside dans un QPV.

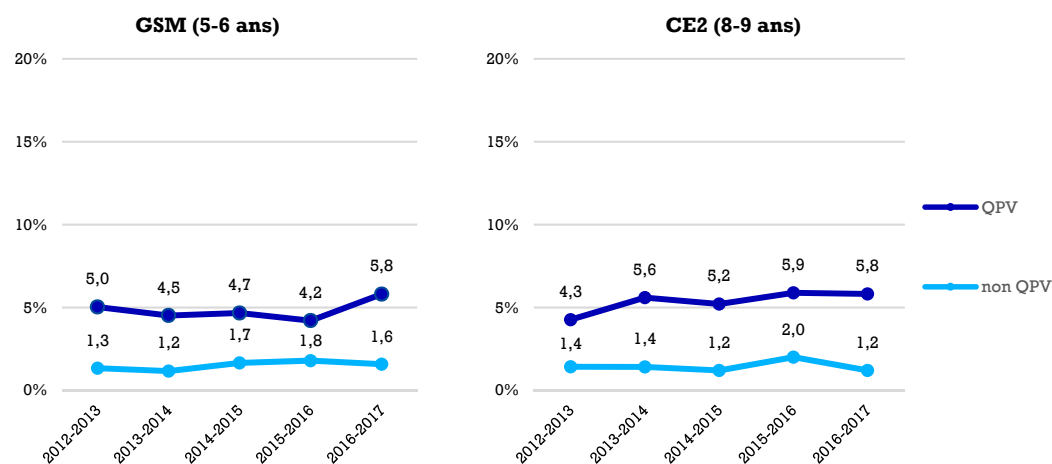


Fig84. Évolution de la prévalence du surpoids et celle de l'obésité selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2 Nantes (2012-2017)

a. Surpoids (hors obésité)



b. Obésité



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

De très fortes disparités en matière de surcharge pondérale selon les micro-quartiers nantais

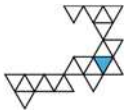
- Les proportions d'enfants en surpoids et d'enfants obèses connaissent d'importantes variations selon les micro-quartiers nantais.

Ainsi, en moyenne sur les cinq années scolaires 2012-2017, la prévalence du surpoids (hors obésité) varie de 4 à 15 % pour les élèves de GSM, et de 3 à 17 % pour les élèves de CE2 selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude²⁶ (Fig85a).

Les écarts sont également particulièrement marqués pour l'obésité. Sa prévalence varie selon les 28 micro-quartiers de 0,4 à 5,6 % pour les élèves de GSM, et de 0 à 6,8 % pour les élèves de CE2 (Fig85b).

- Les taux les plus élevés d'enfants en surpoids et en situation d'obésité sont retrouvés dans les territoires nantais les moins favorisés, qui comportent un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV).

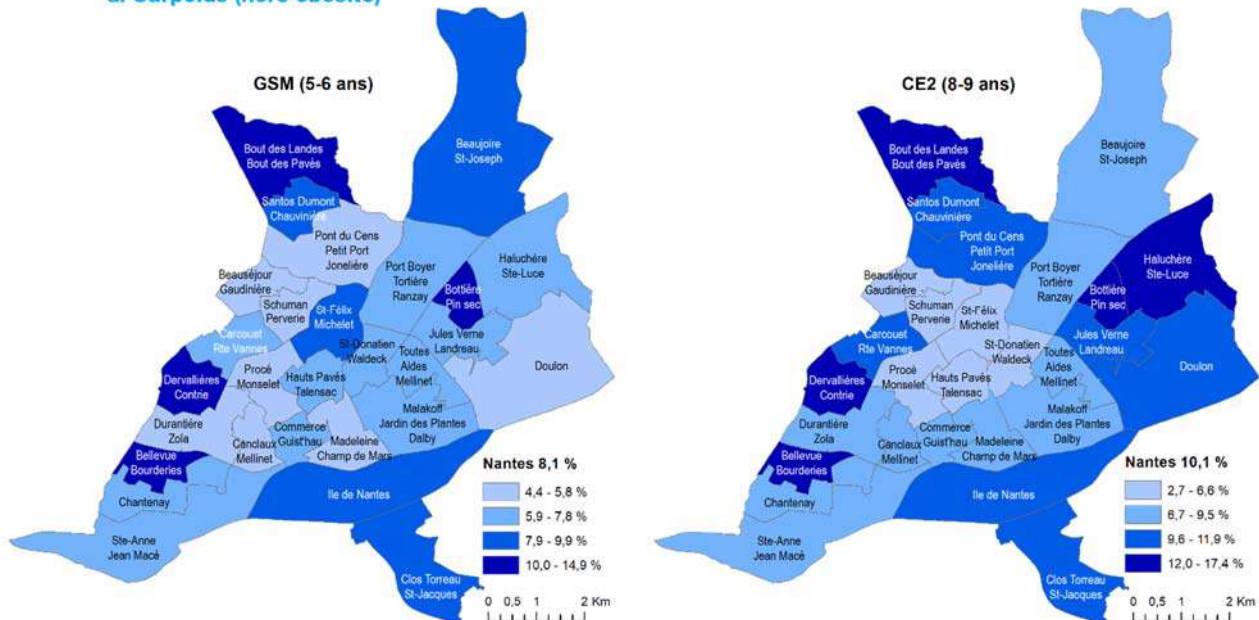
²⁶ Ces micro-quartiers correspondent au zonage géographique des Triris défini par l'Insee. Les Triris sont des regroupements le plus souvent de trois Ilots regroupés pour l'information statistique (Iris), qui sont des territoires d'environ 2 000 habitants et sont globalement homogènes quant au type d'habitat et leurs limites s'appuient sur les grandes coupures du tissu urbain (voies principales, voies ferrées, cours d'eau, ...).



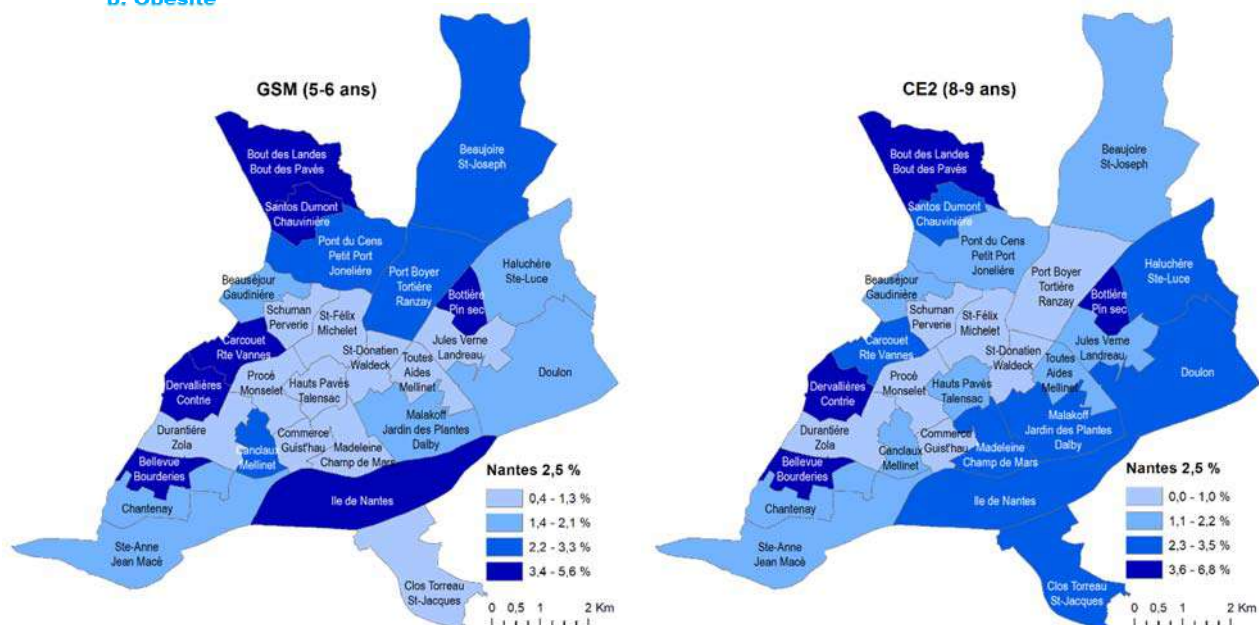
Les micro-quartiers Bellevue/Bourderies, Dervallières/Contrie, Bout des Landes/Bout des Pavés et Bottière/Pin Sec présentent les prévalences les plus élevées, à la fois chez les enfants de 5-6 ans et ceux de 8-9 ans.

Fig85. Proportion d'enfants en surpoids (hors obésité) et proportion d'enfants obèses selon le micro-quartier de résidence, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2
Nantes (moyenne 2012-2017¹)

a. Surpoids (hors obésité)



b. Obésité





	GSM (5-6 ans)			CE2 (8-9 ans)		
	Surcharge pondérale (yc obésité) ²	Surpoids	Obésité	Surcharge pondérale (yc obésité) ²	Surpoids	Obésité
Beaujoire/Saint-Joseph	12,4 %	9,9 %	2,5 %	11,4 %	9,5 %	1,9 %
Beauséjour/Gaudinière	7,1 %	5,2 %	1,9 %	6,8 %**	5,5 %*	1,3 %
Bellevue/Bourderies	20,6 %***	14,9 %***	5,6 %	22,3 %***	16,7 %***	5,6 %***
Bottière/Pin Sec	16,0 %***	11,9 %**	4,1 %**	24,2 %***	17,5 %***	6,8 %***
Bout des Landes/Bout des Pavés	16,6 %***	12,1 %**	4,6 %**	22,6 %***	16,6 %***	6,0 %***
Canclaux/Mellinet	7,7 %	5,3 %	2,4 %	9,7 %	7,7 %	2,0 %
Carcouet/Route de Vannes	11,5 %	7,8 %	3,6 %	14,1 %	11,7 %	2,5 %
Chantenay	8,7 %	7,0 %	1,7 %	9,0 %*	7,0 %	2,0 %
Clos Toreau/Saint-Jacques	10,8 %	9,7 %	1,1 %	14,9 %	11,5 %	3,4 %
Commerce/Guist'hau	8,5 %	7,3 %	1,2 %	8,4 %*	8,4 %	0,0 %**
Dervallières/Contrie	18,6 %***	13,2 %***	5,4 %	20,6 %***	15,1 %***	5,5 %***
Doulon	7,6 %	5,8 %	1,8 %	14,3 %	11,9 %	2,4 %
Durantière/Zola	5,1 %***	4,4 %***	0,7 %	7,9 %	7,2 %*	0,7 %**
Haluchère/Sainte-Luce	8,5 %	6,4 %	2,1 %	17,2 %***	14,4 %**	2,8 %
Hauts Pavés/Talensac	8,6 %	7,7 %	0,9 %	6,9 %**	5,8 %**	1,2 %
Ile de Nantes	12,4 %	8,6 %	3,7 %	13,0 %	10,3 %	2,7 %
Jules Verne/Landreau	8,3 %	7,4 %	0,9 %	11,8 %	10,4 %	1,4 %
Madeleine/Champ de Mars	6,2 %**	5,2 %*	1,0 %*	11,1 %	8,2 %	2,9 %
Malakoff/Jardin des	9,3 %	7,2 %	2,0 %	11,5 %	9,0 %	2,6 %
Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	7,8 %	4,6 %*	3,3 %*	13,8 %	11,6 %	2,2 %
Port Boyer/Tortière/Ranzay	8,7 %	6,1 %	2,6 %	10,0 %	9,0 %	1,0 %*
Procé/Monselet	5,4 %***	4,8 %**	0,6 %**	7,1 %***	6,6 %	0,5 %**
Sainte-Anne/Jean Macé	9,5 %	7,7 %	1,9 %	10,4 %	9,3 %**	1,2 %
Saint-Félix/Michelet	9,2 %	8,4 %	0,7 %	6,2 %***	6,2 %*	0,0 %**
Santos Dumont/Chauvinière	13,8 %	9,9 %	3,9 %	15,3 %	11,8 %	3,5 %
Schuman/Perverie	5,9 %**	4,6 %*	1,3 %*	3,4 %***	2,7 %***	0,7 %*
Saint-Donatien/Waldeck	6,5 %*	6,1 %	0,4 %	6,7 %**	5,7 %*	1,0 %
Toutes Aides/Mellinet	6,9 %*	6,3 %	0,6 %	9,1 %	7,0 %	2,1 %
Nantes	10,0 %	8,1 %	2,7 %	12,1 %	10,1 %	2,4 %

Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

¹ Moyenne sur 5 années scolaires.

² Cartographies en Annexe 8.

Différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : * 5 % ; ** 1 % ; *** 1 %.

3.2 Santé bucco-dentaire

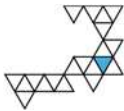
Éléments de contexte

La santé bucco-dentaire des enfants est essentielle à protéger car elle conditionne pour une large part la santé bucco-dentaire de l'adulte. Mais les problèmes dentaires, et notamment les caries peuvent aussi générer chez l'enfant des troubles de l'apprentissage de la parole, des malocclusions des dents permanentes et avoir des répercussions sur la croissance maxillo-faciale...

La prévention des problèmes de santé bucco-dentaire des enfants repose comme chez l'adulte sur la gestion des facteurs de risque alimentaire (notamment grignotage salé ou sucré, consommation de boissons type sodas en dehors des repas, prise d'aliments après le dîner ou au cours de la nuit, endormissement avec un biberon contenant du lait ou une boisson sucrée) et sur l'hygiène des dents (brossage des dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant).

Le recours au dentiste doit commencer très précocement, idéalement dès l'apparition des dents de lait, puis survenir au moins une fois par an (2 fois chez les enfants à risque carieux élevé). Il permet un suivi préventif et un traitement précoce des éventuelles caries, voire la réalisation des scellements de sillons des molaires permanentes, qui est reconnu comme efficace dans la prévention des caries, ou la réalisation de soins orthodontiques.

Pour favoriser la mise en œuvre du parcours de soins bucco-dentaires des enfants, l'assurance maladie propose des examens de prévention réguliers (à 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, de même que les soins éventuels à réaliser (hors prothèse et orthodontie) [46] [47] [48] [49] [50].



3 % des enfants de 5-6 ans et 5 % des 8-9 ans présentent au moins deux dents cariées non soignées

- Selon l'examen bucco-dentaire effectué par le médecin ou l'infirmier de santé scolaire en 2016-2017, 3 % des élèves de GSM et 5 % des élèves de CE2 présentent au moins deux dents cariées non soignées.

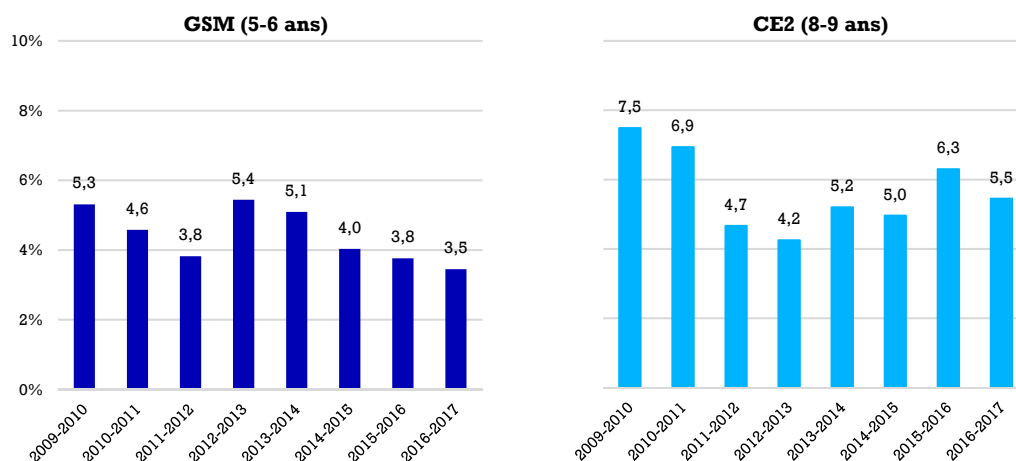
- Entre les années 2009-2010 et 2016-2017, la proportion d'enfants présentant au moins deux caries non soignées connaît des fluctuations (Fig86).

Pour les élèves de GSM, le taux varie d'environ 3 à 5 % selon les années.

Pour les élèves de CE2, le taux d'enfants concernés, qui avoisinait 7 à 8 % en 2009-2011, apparaît un peu plus faible sur les six dernières années, en oscillant entre 4 et 6 %.

- Si l'on considère les données de l'année 2012-2013, la proportion d'enfants nantais de GSM présentant au moins deux dents cariées non soignées apparaît supérieure à la moyenne régionale, calculée à partir des résultats de l'enquête nationale de cette même année (5,4 % à Nantes vs 3 % en Pays de la Loire) [45].

Fig86. Évolution de la proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2
Nantes (2009-2017)



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

- Chez les élèves de GSM comme ceux de CE2, la proportion d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées est relativement proche entre les filles et les garçons (en 2016-2017, respectivement 3 % vs 4 % pour les GSM ; 5 % vs 6 % pour les élèves de CE2).

Les enfants des quartiers prioritaires présentent 3 à 4 fois plus souvent que les enfants des autres quartiers nantais deux dents ou plus cariées non soignées

- En 2016-2017, près de 7 % des élèves de GSM et 13 % des élèves de CE2, résidant dans un QPV, présentent au moins deux dents cariées non soignées. Ces prévalences sont 3 à 4 fois supérieures à celles observées chez les enfants résidant dans un autre quartier de la ville (respectivement 2 % et 3 %, $p < 0,001$) (Fig87).

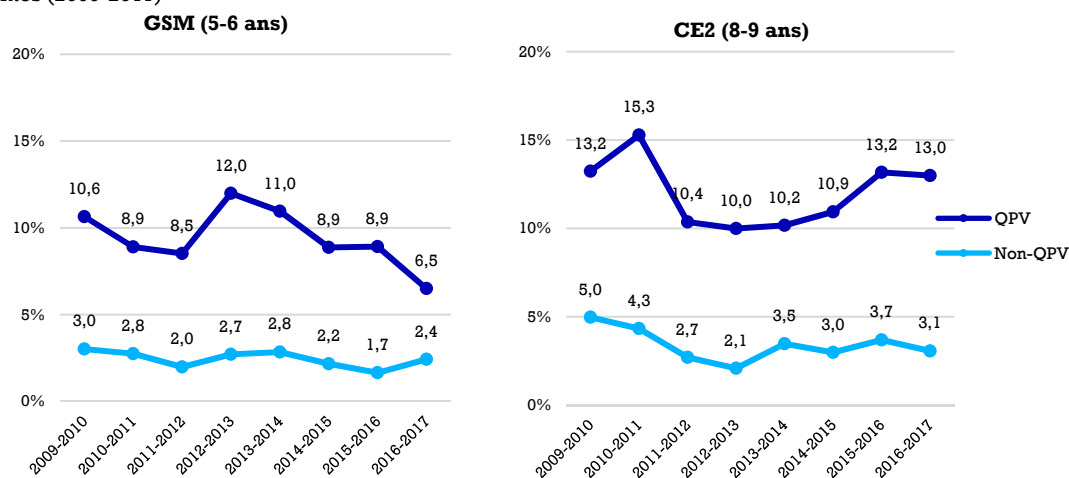
Les résultats des données antérieures confortent ce constat.

- Pour les élèves de GSM, la proportion d'enfants présentant au moins deux dents cariées non soignées semble en recul sur la dernière année parmi les enfants résidant en QPV. Les données des bilans de santé des prochaines années permettront de confirmer ou non cette tendance.



Fig87. Évolution de la proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), parmi les élèves de GSM et parmi les élèves de CE2

Nantes (2009-2017)



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

- De nombreuses études ont montré que la santé bucco-dentaire constitue un marqueur important des inégalités sociales de santé, notamment chez les enfants. Ainsi, l'enquête nationale menée auprès des GSM en 2012-2013 met en évidence que le taux d'enfants avec au moins une dent cariée non soignée parmi les enfants d'ouvriers est six fois supérieur à celui des enfants de cadres (24 % vs 4 %) [44].

- Ces résultats sont par ailleurs à rapprocher du moindre recours des enfants des quartiers nantais les moins favorisés à un chirurgien-dentiste libéral dans l'année (49 % vs 62 % chez les 6-10 ans ; cf. partie « soins dentaires »).

- En outre, selon une étude régionale réalisée à partir des données de remboursement de l'assurance maladie de l'année 2016, la part des enfants ligériens n'ayant jamais recours au cabinet dentaire avant l'âge de 7 ans est nettement plus élevée chez les enfants de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (31 % vs 17 %) [51].

De très fortes disparités territoriales en matière de santé bucco-dentaire

- La proportion d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées varie fortement selon les vingt-huit micro-quartiers nantais étudiés : de 0 à 12 % pour les élèves de GSM, et de moins d'1 % à 14 % pour les élèves de CE2, en moyenne sur les trois dernières années scolaires 2014-2017 (Fig88).

- Les territoires nantais les moins favorisés, qui comportent un QPV, présentent les taux les plus élevés d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées.

Pour les élèves de GSM, les micro-quartiers présentant les indicateurs les plus défavorables sont :

- Bottière/Pin Sec (11 % vs 4 % en moyenne parmi les enfants nantais)
- Bout des Landes/Bout des Pavés (12 %)
- Santos Dumont/Chauvinière (10 %).

Pour les élèves de CE2, on retrouve des taux particulièrement élevés pour ces trois micro-quartiers, ainsi que le micro-quartier de Bellevue-Bourderies, Dervallières/Contrie et Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby (de 10 à 14 % selon le quartier vs 6 % en moyenne parmi les enfants nantais).

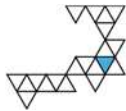
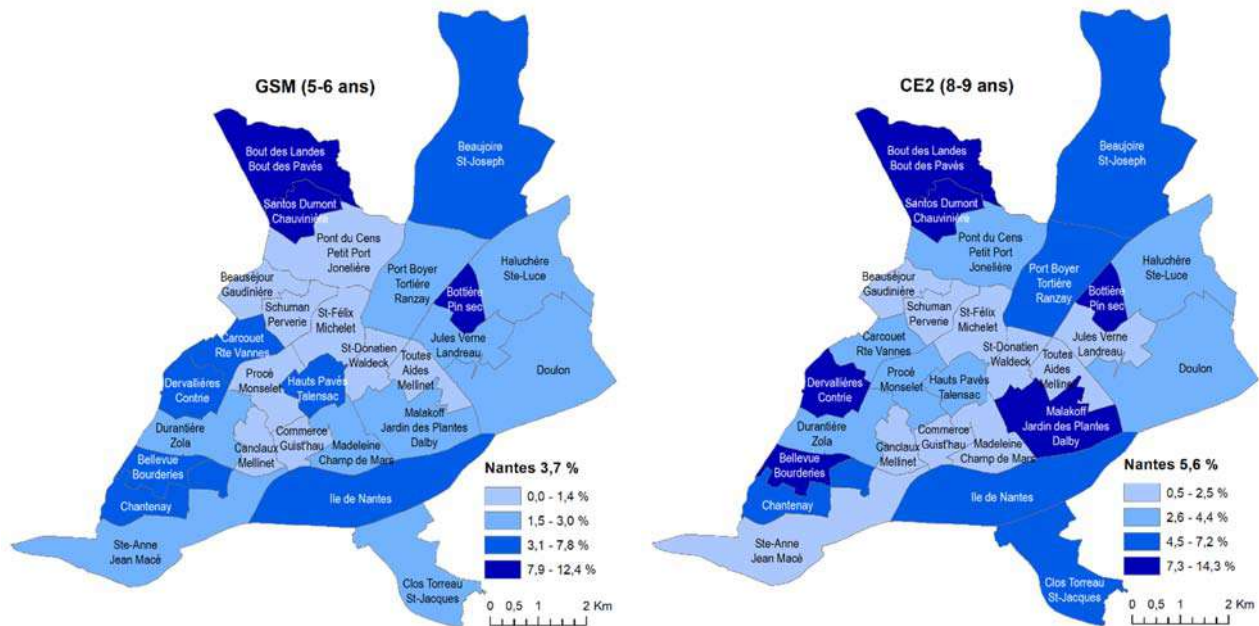


Fig88. Proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées selon le micro-quartier de résidence, parmi les élèves de GSM et parmi les élèves de CE2
Nantes (moyenne 2014-2017¹)

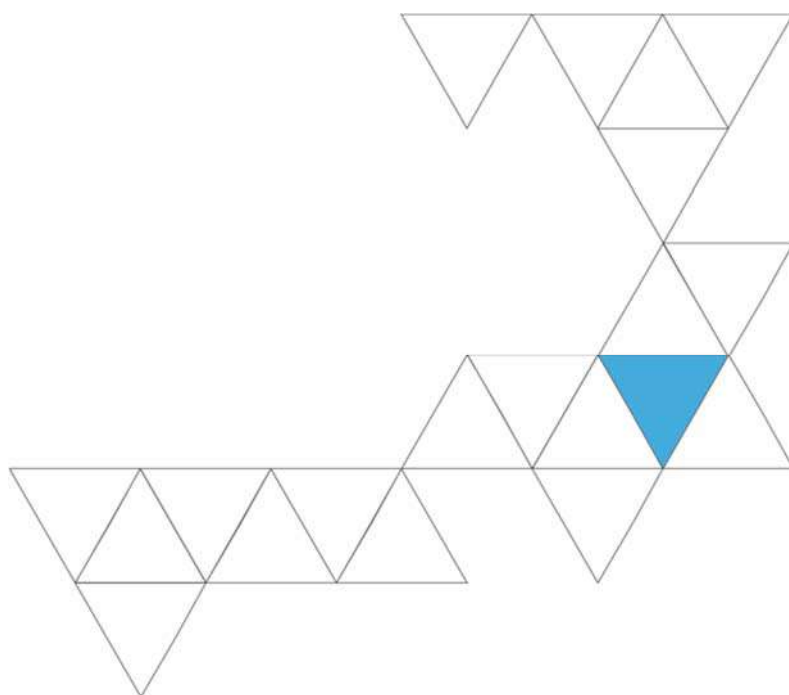


	GSM	CE2
Beaujoire/Saint-Joseph	4,4%	6,0%
Beauséjour/Gaudinière	1,1%	1,7%*
Bellevue/Bourderies	7,8%***	11,3%**
Bottière/Pin Sec	10,8%***	11,8%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	12,4%***	10,9%**
Canclaux/Mellinet	0,4%**	0,7%***
Carcouet/Route de Vannes	4,3%	3,1%*
Chantenay	5,6%	5,1%
Clos Toreau/Saint-Jacques	1,7%	7,2%
Commerce/Guist'hau	0,0%**	0,5%***
Dervallières/Contrie	5,9%*	14,3%**
Doulon	1,7%	3,3%
Durantière/Zola	2,7%	3,3%*
Haluchère/Sainte-Luce	3,0%	4,4%
Hauts Pavés/Talensac	5,2%	3,3%
Ile de Nantes	3,9%	6,4%
Jules Verne/Landreau	2,0%	1,4%**
Madeleine/Champ de Mars	2,0%	2,5%*
Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	2,1%	9,6%***
Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	1,3%*	4,2%
Port Boyer/Tortière/Ranzay	1,9%	5,7%
Procé/Monselet	1,4%*	3,9%
Sainte-Anne/Jean Macé	2,5%	2,2%*
Saint-Félix/Michelet	1,1%	1,7%*
Santos Dumont/Chauvinière	9,6%***	11,1%**
Schuman/Perverie	1,0%*	2,2%*
Saint-Donatien/Waldeck	1,1%	2,1%*
Toutes Aides/Mellinet	0,0%**	2,1%*
Nantes	3,7%	5,6%

Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

¹ Moyenne sur 3 années scolaires.

Différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : * 5 % ; ** 1 % ; *** 1 %.



Partie 2. COUVERTURE MALADIE, RECOURS AUX SOINS



1. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Éléments de contexte

Les personnes à bas revenus²⁷, 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. 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 [52].

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 en 2017 environ 89 % des bénéficiaires de la CMU-C [53].

En 2017, 5,5 millions de personnes bénéficient de la CMU-C en France, soit 8,2 % de la population totale. Le taux de recours à la CMU-C des personnes qui sont éligibles à ce dispositif est en légère progression, et se situe entre 64 et 76 % [54].

13 % des Nantais de moins de 65 ans bénéficient de la CMU-C, soit un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne régionale²⁸

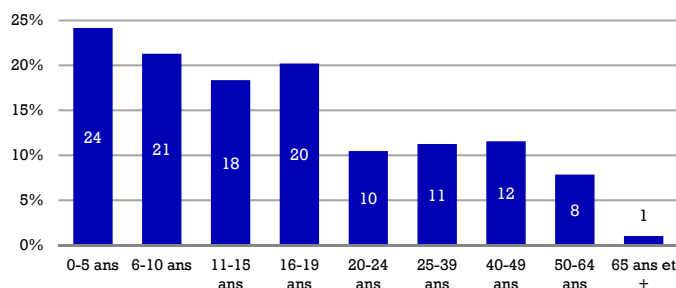
- 26 000 Nantais relevant du régime général²⁹ bénéficient de la CMU-C pour leur couverture complémentaire en 2017, soit 13 % de la population. Ce taux est identique à celui observé en 2013.

Les bénéficiaires de la CMU-C se répartissent de façon quasi-équivalente entre les deux sexes (12 800 hommes et 13 200 femmes).

- Les bénéficiaires de la CMU-C sont une population relativement jeune. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C se situe autour de 20 % chez les moins de 20 ans, alors qu'il est de 10-12 % entre 20 et 49 ans, et de 8 % chez les 50-64 ans (Fig89).

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.

Fig89. Taux de bénéficiaires de la CMU-C selon l'âge
Nantes (31/12/2017)



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

- 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. Ainsi, plus de 40 % des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 20 ans contre 25 % parmi les non-bénéficiaires (Fig90).

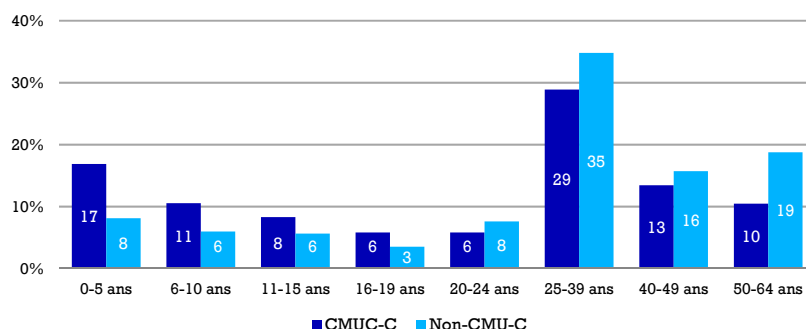
²⁷ Moins de 734 € en moyenne par mois pour une personne seule en décembre 2017.

²⁸ La proportion de bénéficiaires de la CMU-C parmi les personnes de moins de 65 ans affiliées au régime général est estimée à 5,5% en Pays de la Loire, à partir des données de dénombrement de bénéficiaires, mises à disposition dans le portail SNDS par la Cnam.

²⁹ Hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...).



Fig90. Répartition des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la CMU-C selon l'âge parmi les moins de 65 ans
Nantes (31/12/2017)



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

Un taux de bénéficiaires de la CMU-C quatre fois plus élevé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

- En lien avec les difficultés économiques et sociales qui les caractérisent, les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)³⁰ présentent en moyenne un taux de bénéficiaires de la CMU-C quatre fois plus élevé que celui observé dans les autres quartiers nantais (33 % vs 8 %, $p < 0,001$) (Fig91).

Toutefois, des écarts importants existent entre les quartiers prioritaires de la ville, avec un taux de bénéficiaires de la CMU-C qui varie de 30 % à 39 %, à structure par âge comparable (détail par quartier en Annexe 9).

Fig91. Proportion¹ de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (31/12/2017)

	Effectif	% ¹
QPV	12 591	33 %
Non-QPV	13 402	8 %
Total Nantes	25 993	13 %

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

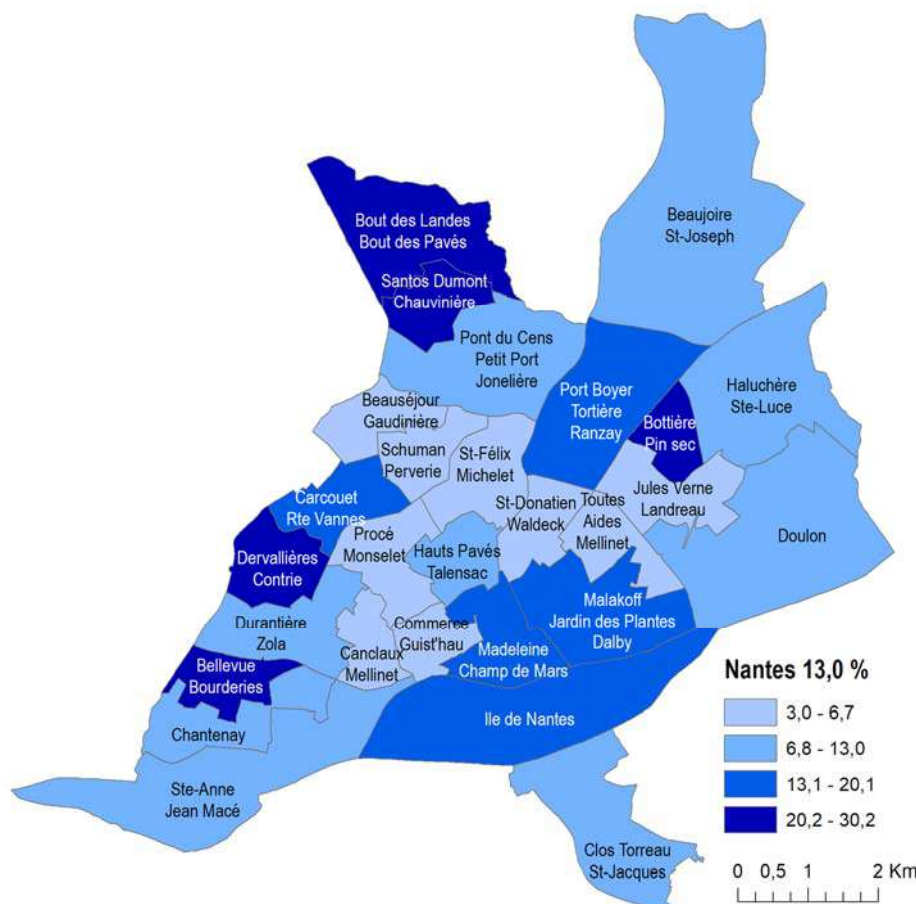
Des disparités territoriales marquées

- D'importantes disparités sont observées au sein de la ville. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C varie de 3 % à 30 % entre les vingt-huit micro-quartiers d'étude (Encadré 9). Les taux les plus élevés concernent les micro-quartiers les moins favorisés de la ville alors que les taux les plus faibles sont observés dans les micro-quartiers du centre-ville, à l'exception du micro-quartier 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 cet organisme peut expliquer un taux de CMU-C assez élevé (17 %).

³⁰ Cf. carte des quartiers prioritaires (Annexe 2).



ENCADRÉ 9. **Proportion¹ de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans par micro-quartier²**
Nantes (31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	11%***	Hauts Pavés/Talensac	8%***
Beauséjour/Gaudinière	7%***	Ile de Nantes	14%
Bellevue/Bourderies	30%***	Jules Verne/Landreau	5%***
Bottière/Pin Sec	26%***	Madeleine/Champ de Mars	17%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	26%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	19%***
Canclaux/Mellinet	5%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	11%***
Carcouet/Route de Vannes	20%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	14%*
Chantenay	9%***	Procé/Monselet	4%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	13%	Sainte-Anne/Jean Macé	8%***
Commerce/Guist'hau	4%***	Saint-Félix/Michelet	3%***
Dervallières/Contrie	29%***	Santos Dumont/Chauvinière	25%***
Doulon	11%***	Schuman/Perverie	5%***
Durantière/Zola	8%***	Saint-Donatien/Waldeck	6%***
Haluchère/Sainte-Luce	10%***	Toutes Aides/Mellinet	6%***
Nantes		13 %	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



2. Aide au paiement d'une complémentaire santé

Éléments de contexte

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée à réduire la charge liée à la cotisation d'un contrat d'assurance complémentaire santé. Elle s'adresse aux ménages modestes dont les ressources sont supérieures au plafond pour l'octroi de la CMU-C³¹ mais ne le dépassent pas de plus de 35 %. Cette aide s'applique uniquement aux contrats individuels et dits « responsables ».

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS a été réformée et enrichie : pré-sélection de complémentaires, mise en place du tiers payant intégral, suppression des franchises médicales et des participations forfaitaires, encadrement des tarifs pour certaines prestations [55].

En juillet 2017, une attestation ACS avait été délivrée par les organismes d'assurance maladie à 1,26 million de personnes, soit environ 1,9 % de la population française. Parmi ces destinataires d'une attestation, 77 % l'ont effectivement utilisée auprès d'un organisme complémentaire. Cette proportion est stable, autour de 70 %, jusqu'à 40 ans puis augmente fortement au-delà [54].

Le recours à ce dispositif par les personnes auxquelles il est destiné a légèrement augmenté au cours des années récentes, mais il reste encore très insuffisant. En 2016, seulement 36 à 51 % des bénéficiaires potentiels avaient effectué cette demande d'attestation auprès de leur organisme d'assurance maladie [54].

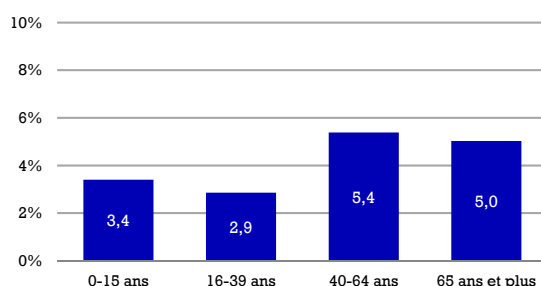
Les principaux freins identifiés à ce recours sont la méconnaissance du dispositif, les difficultés pour faire valoir ses droits du fait de la complexité des démarches administratives et le reste à charge du prix du contrat à acquérir et des prestations de soins lorsque la démarche est accomplie [56] [57].

Une attestation ACS délivrée à 4,2 % des Nantais relevant du régime général

- Au cours de l'année 2017, 9 100 Nantais bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) ont reçu une attestation d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), ces personnes l'ayant ou non effectivement utilisée pour souscrire un contrat de complémentaire santé.

Cet effectif représente 4,2 % de la population nantaise couverte par ce régime. La part de personnes auxquelles une attestation ACS a été délivrée est plus élevée après 40 ans (Fig92).

Fig92. Taux de bénéficiaires d'une attestation ACS selon l'âge
Nantes (31/12/2017)



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

- La proportion de bénéficiaires de l'ACS a doublé entre 2013 et 2017 passant de 2 % à 4 %. La simplification et l'enrichissement du dispositif en 2015 explique probablement cette hausse (Encadré Éléments de contexte).

³¹ Entre 734 € et 991 € pour une personne seule en décembre 2017.



Des disparités importantes entre les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les autres quartiers

• Comme pour les résultats concernant la CMU-C, la situation est très différente dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et dans les autres quartiers ([Annexe 9](#)). En effet, le taux de bénéficiaires d'une attestation ACS est en moyenne plus de trois fois plus élevé dans les QPV (10,1 % vs 3,0 %, $p < 0,001$) ([Fig93](#)).

Fig93. Proportion¹ selon l'âge de bénéficiaires d'une attestation ACS
Nantes (31/12/2017)

	Effectif	% ¹
QPV	3 778	10,1 %
Non-QPV	5 364	3,0 %
Total Nantes	9 142	4,2 %

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

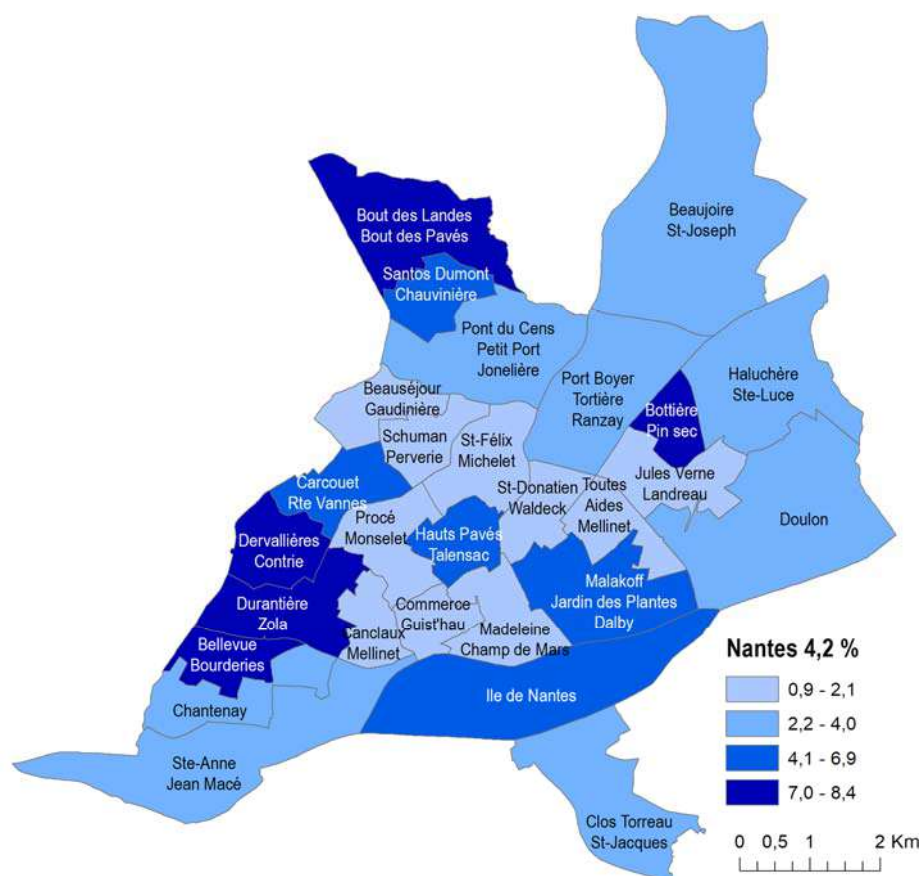
¹ Standardisation selon l'âge.

Des disparités importantes entre les 28 micro-quartiers de la ville de Nantes

• Le taux de bénéficiaires d'une attestation ACS varie de façon importante entre les vingt-huit micro-quartiers d'étude : de 0,9 % à 8,4 % ([Encadré 10](#)).



ENCADRÉ 10. **Proportion¹ de bénéficiaires d'une attestation ACS par micro-quartier²**
Nantes (31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	3,5%***	Hauts Pavés/Talensac	5,9%***
Beauséjour/Gaudinière	1,5%***	Ile de Nantes	6,9%***
Bellevue/Bourderies	8,4%***	Jules Verne/Landreau	2,0%***
Bottière/Pin Sec	8,4%***	Madeleine/Champ de Mars	2,1%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	8,0%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	5,4%***
Canclaux/Mellinet	1,5%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	2,5%***
Carcouet/Route de Vannes	5,1%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	3,7%*
Chantenay	2,6%***	Procé/Monselet	1,3%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	4,0%	Sainte-Anne/Jean Macé	3,0%***
Commerce/Guist'hau	0,9%***	Saint-Félix/Michelet	1,2%***
Dervallières/Contrie	7,9%***	Santos Dumont/Chauvinière	6,5%***
Doulon	2,7%***	Schuman/Perverie	1,0%***
Durantière/Zola	7,8%***	Saint-Donatien/Waldeck	1,3%***
Haluchère/Sainte-Luce	3,2%***	Toutes Aides/Mellinet	1,7%***
Nantes			4,2%

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



3. Déclaration d'un médecin traitant

Éléments 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. En 2017, ce dispositif a été étendu aux enfants de moins de 16 ans. Ce médecin peut être un généraliste ou un spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. En effet, outre les soins habituels, il assure un suivi médical et une prévention personnalisés, dirige si besoin le patient vers d'autres professionnels de santé, tient à jour le dossier médical du patient en y centralisant les informations concernant son état de santé et les soins réalisés. Il établit également le protocole de soins des personnes en affection de longue durée.

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

Plus de neuf Nantais sur 10 ont déclaré un médecin traitant

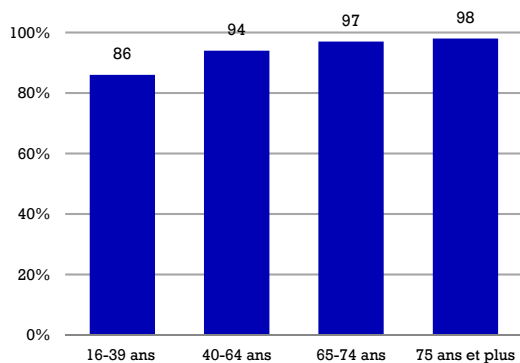
- En 2017, 92 % des bénéficiaires (assurés et ayant-droits) nantais affiliés au régime général, âgés de 16 ans et plus, ont déclaré un médecin traitant.

Ce taux a augmenté de 4 points depuis 2014, suivant ainsi la tendance observée au plan national.

La prise en compte croissante de la fonction de médecin traitant dans les indicateurs de pratique clinique utilisés pour calculer la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins généralistes et des pédiatres peut contribuer à cette évolution [58].

- La part des bénéficiaires nantais affiliés au régime général ayant déclaré un médecin traitant augmente avec l'âge, passant de 86 % chez les 16-39 ans à 98 % chez les 75 ans et plus (Fig94).

Fig94. Déclaration d'un médecin traitant selon l'âge, chez les bénéficiaires de plus de 16 ans
Nantes (31/12/2017)



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

Pas ou peu de disparités sociales et territoriales

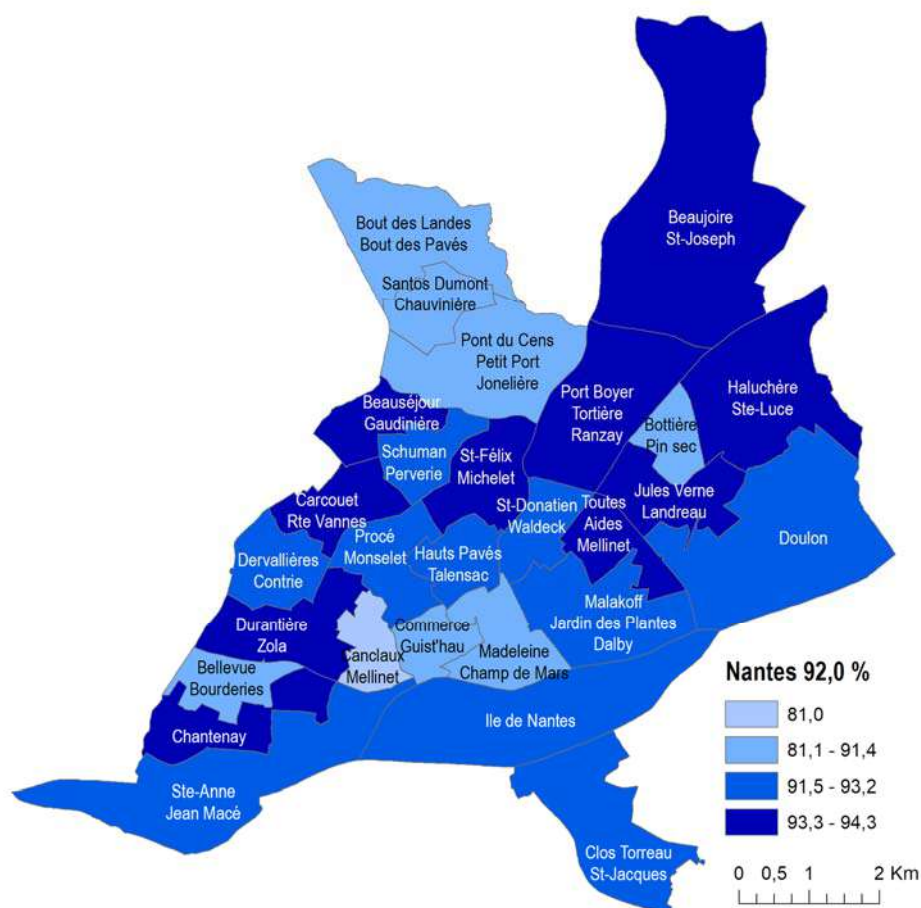
- Les bénéficiaires de la CMU-C âgés de 16 à 64 ans sont en proportion aussi nombreux que les autres bénéficiaires à avoir déclaré un médecin traitant (taux standardisés sur l'âge de 90 % dans les deux groupes).

- De même, aucune différence n'est observée concernant la déclaration d'un médecin traitant entre les bénéficiaires du régime général résidant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) et ceux résidant dans les quartiers non prioritaires (Annexe 9). Le même constat avait été posé en 2014 avec des proportions de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant équivalentes chez les personnes résidant dans un territoire prioritaire du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et chez celles ne résidant pas dans un de ces territoires.



- Le taux standardisé par âge de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant varie de 88 % à 94 % entre les vingt-huit micro-quartiers d'étude, sauf dans le territoire Canclaux/Mellinet où il est seulement de 81 % (**Encadré 11**).

ENCADRÉ 11. **Proportion¹ de bénéficiaires de 16 ans et plus ayant déclaré un médecin traitant par micro-quartier² - Nantes (31/12/2017)**



Beaujoire/Saint-Joseph	94%**	Hauts Pavés/Talensac	93%
Beauséjour/Gaudinière	94%**	Ile de Nantes	93%***
Bellevue/Bourderies	91%*	Jules Verne/Landreau	94%***
Bottière/Pin Sec	91%	Madeleine/Champ de Mars	88%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	90%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	92%
Canclaux/Mellinet	81%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	90%***
Carcouet/Route de Vannes	94%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	93%***
Chantenay	93%**	Procé/Monselet	92%
Clos Toreau/Saint-Jacques	93%**	Saint-Félix/Michelet	93%
Commerce/Guist'hau	90%**	Sainte-Anne/Jean Macé	94%***
Dervallières/Contrie	93%**	Santos Dumont/Chauvinière	91%**
Doulon	93%**	Schuman/Perverie	93%*
Durantière/Zola	94%**	Saint-Donatien/Waldeck	93%
Haluchère/Sainte-Luce	94%**	Toutes Aides/Mellinet	94%***
Nantes			92%

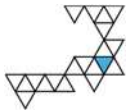
différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : * 5 % ; ** 1 % ; *** 1 %

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

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

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



4. Soins de médecine générale

4.1 Recours au médecin généraliste ou au pédiatre

Éléments de contexte

Les médecins généralistes contribuent à assurer les soins de premier recours (ou soins primaires) c'est-à-dire les soins ambulatoires de proximité. Ils prennent ainsi en charge la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, et l'éducation pour la santé. Le médecin généraliste est de ce fait le professionnel de santé auquel la population a le plus fréquemment recours après le pharmacien. Pour les enfants de moins de 16 ans, les soins médicaux de premier recours peuvent également être assurés par un pédiatre.

Précisions

Les résultats ci-après sont établis à partir des actes et consultations réalisés par des médecins généralistes ou pédiatres libéraux et salariés (hors consultations externes), ayant été remboursés, à titre individuel, par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent donc pas en compte les prestations qui ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un remboursement individuel car intégrées dans le budget d'un établissement ou service d'éducation, de santé ou médico-social. Les actes et consultations effectués par un médecin en Protection maternelle infantile (PMI) sont pris en compte dans les résultats, car individualisés depuis 2017 (via l'utilisation de la carte vitale).

À Nantes, la majorité des actes et consultations en médecine générale ou pédiatrie sont réalisés par des médecins généralistes et pédiatres libéraux.

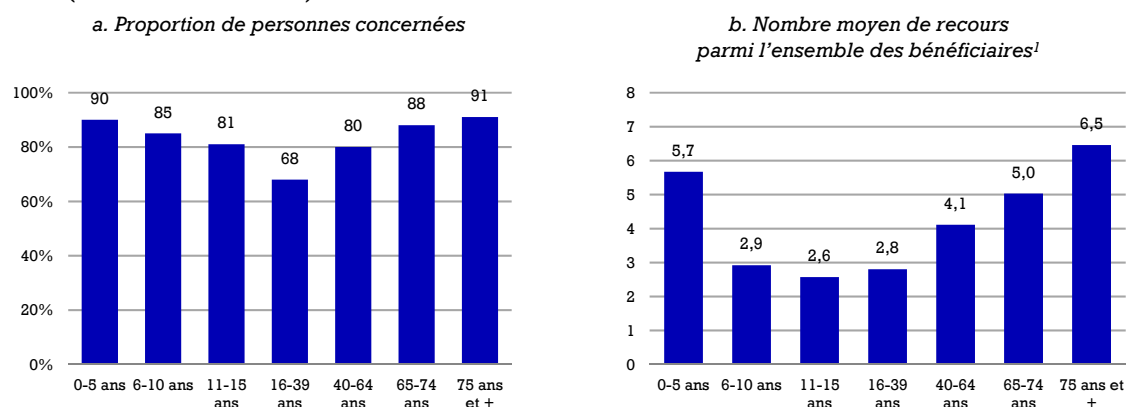
Les Nantais consultent en moyenne 4 fois par an un médecin généraliste

- 80 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois un médecin généraliste³² (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans). Ce taux est resté stable depuis 2013.

Si l'on considère le nombre de recours, les Nantais consultent en moyenne 4 fois un médecin généraliste dans l'année (ou pédiatre pour les moins de 16 ans).

Ce sont les jeunes enfants et les personnes âgées qui ont le plus souvent recours à un médecin généraliste : 90 % des 0-5 ans et 91 % des Nantais âgés de 75 ans et plus ont consulté un praticien dans l'année, avec en moyenne six consultations ou visites par an (Fig95).

Fig95. Recours à un médecin généraliste (ou à un pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

¹ Y compris non-consultants.

³² Y compris médecin à mode d'exercice particulier (MEP).



Le recours au médecin généraliste (ou au pédiatre pour les moins de 16 ans) est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, à structure par âge comparable (84 % vs 75 %, $p < 0,001$). En moyenne, les femmes consultent 4,5 fois au cours de l'année et les hommes 3,5 fois (à structure par âge comparable).

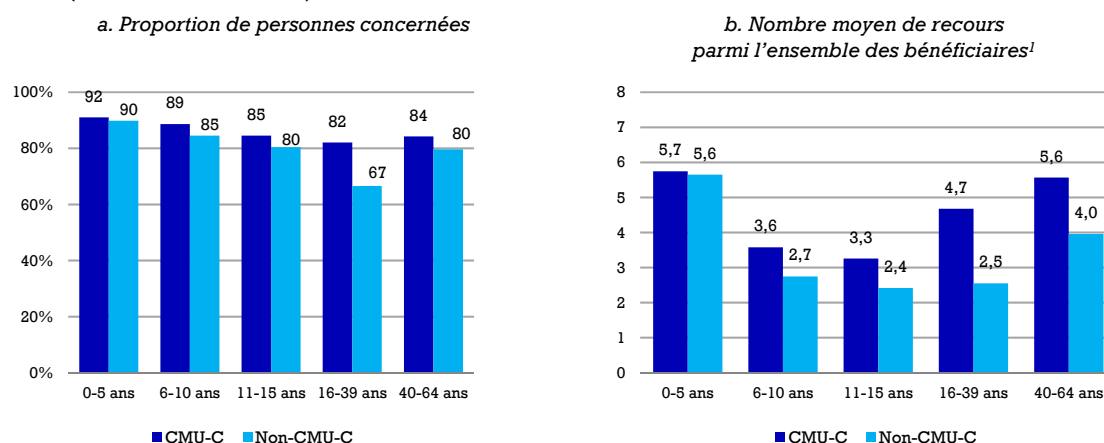
Un recours au médecin généraliste supérieur chez les bénéficiaires de la CMU-C

- 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 (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 (82 % vs 67 %, $p < 0,001$) (**Fig96a**).

Par ailleurs, le nombre moyen de recours dans l'année est plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C : 4,9 consultations ou visites de médecin généraliste (ou pédiatre) par an vs 3,4 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C (à structure par âge comparable). Ce constat se retrouve dans toutes les classes d'âge, avec là aussi un écart particulièrement marqué chez les 16-39 ans (4,7 vs 2,5) (**Fig96b**).

Fig96. Recours à un médecin généraliste (ou à un pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

Un recours au médecin généraliste plus fréquent parmi les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville âgés de 16 à 64 ans mais équivalent ou moindre dans les autres classes d'âge

- Le recours à un médecin généraliste (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans) apparaît globalement plus fréquent chez les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. À structure par âge comparable, le taux de bénéficiaires ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste et le nombre annuel moyen de recours sont en effet plus élevés chez les résidents des QPV (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) (**Fig97**) (**Annexe 9**).

Cependant, le plus fort recours au médecin généraliste dans les QPV concerne uniquement les bénéficiaires âgés de 16 à 64 ans ; les bénéficiaires des autres classes d'âge résidant dans un QPV ont un recours équivalent ou légèrement moindre que ceux résidant dans les quartiers non prioritaires (**Fig98**).



Fig97. Recours à un médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)

	% ¹	Nb annuel moyen d'actes ^{1,2}
QPV	82 %	4,6
Non-QPV	79 %	3,9
Total	80 %	4,0

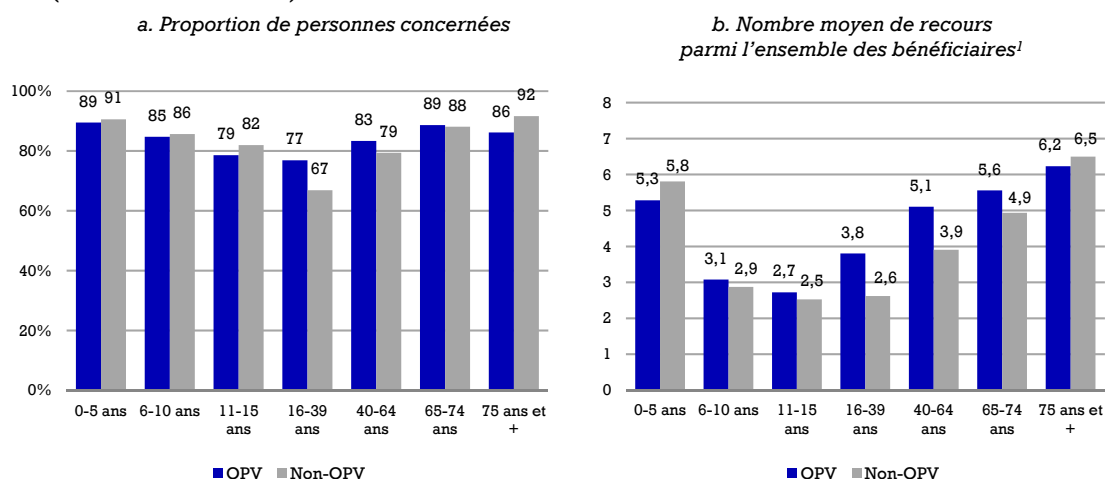
Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire

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

¹ Taux/Nombre standardisé selon l'âge.

² Parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général (y compris les non-consultants).

Fig98. Recours à un médecin généraliste (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait de résider ou non dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

Un recours au médecin généraliste plus faible dans les micro-quartiers du centre-ville

• La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste (ou un pédiatre) varie de 70 à 84 % entre les vingt-huit micro-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 3,3 à 4,5.

De façon globale, le recours à un médecin généraliste apparaît plus faible chez les habitants des micro-quartiers du centre-ville (**Encadrés 12 et 13**).

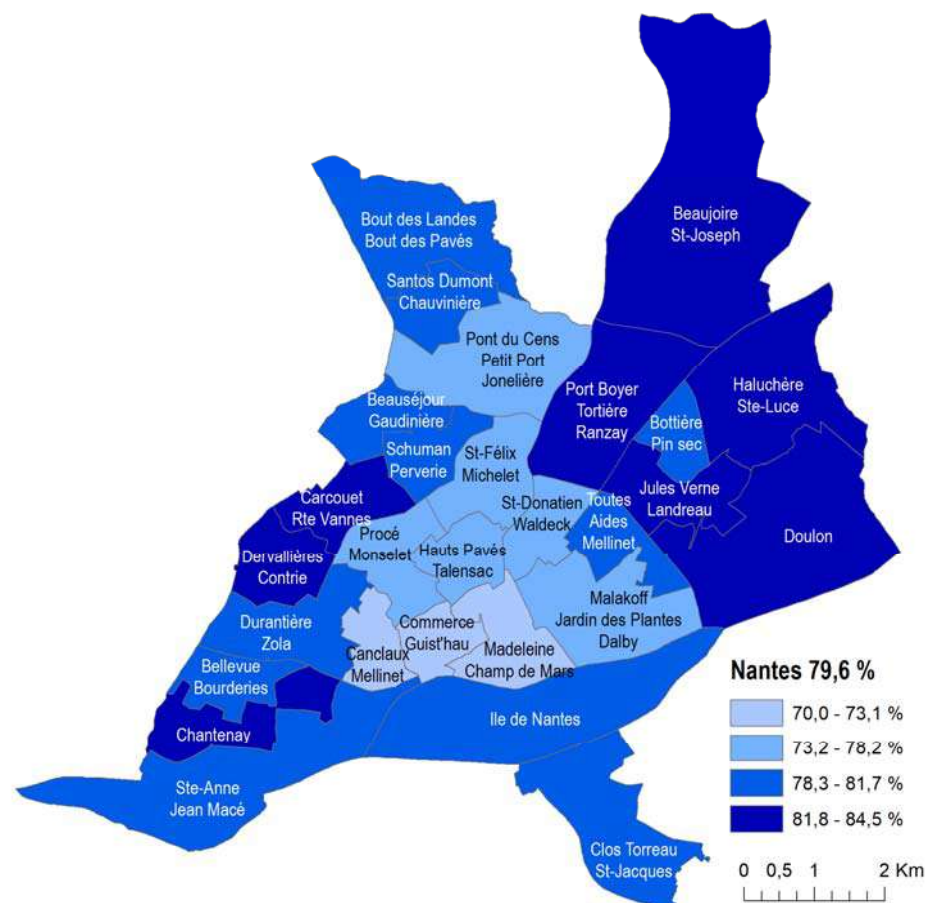
Entre 2013 et 2017, la fréquence du recours au médecin généraliste (ou à un pédiatre pour les moins de 16 ans) est restée globalement stable dans chaque micro-quartier, à l'exception

- du micro-quartier Bout des Landes/Bout des Pavés où elle a augmenté (76 % en 2013, 80 % en 2017)
- et de celui de Canclaux/Mellinet où elle a baissé (respectivement 75 % et 70 %).

L'évolution de cette fréquence par micro-quartier est présentée en **Annexe 10**.



ENCADRÉ 12. Proportion¹ de personnes ayant consulté un médecin généraliste (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois par micro-quartier²
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	84%***	Hauts Pavés/Talensac	77%***
Beauséjour/Gaudinière	81%**	Ile de Nantes	79%
Bellevue/Bourderies	81%***	Jules Verne/Landreau	82%***
Bottière/Pin Sec	81%***	Madeleine/Champ de Mars	72%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	80%*	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	77%***
Canclaux/Mellinet	70%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	78%**
Carcouet/Route de Vannes	82%***	Port Boyer/Tortière/Ranzay	82%***
Chantenay	82%***	Procé/Monselet	77%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	81%***	Saint-Félix/Michelet	77%***
Commerce/Guist'hau	73%***	Sainte-Anne/Jean Macé	80%*
Dervallières/Contrie	82%***	Santos Dumont/Chauvinière	81%**
Doulon	83%***	Schuman/Perverie	79%
Durantière/Zola	80%	Saint-Donatien/Waldeck	78%**
Haluchère/Sainte-Luce	83%***	Toutes Aides/Mellinet	81%**
Nantes		80%	

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'État.

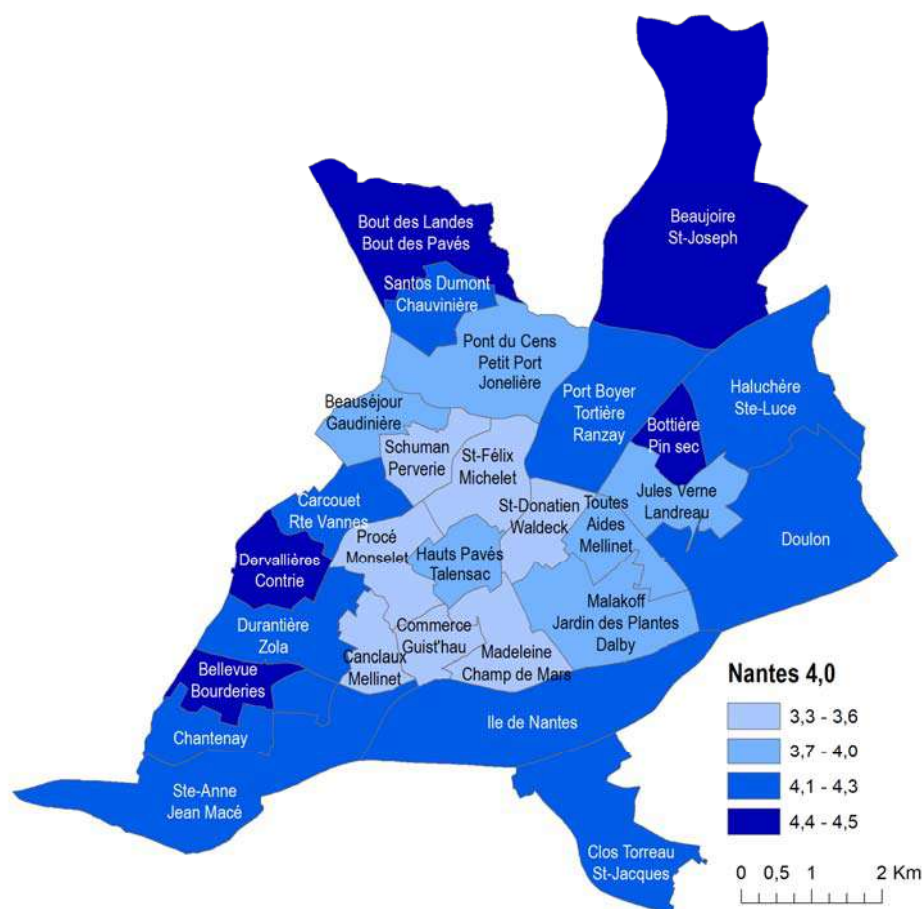
¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



ENCADRÉ 13. **Nombre annuel moyen¹ de recours au médecin généraliste (ou au pédiatre pour les moins de 16 ans) par micro-quartier²**

Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	4,4	Hauts Pavés/Talensac	3,9
Beauséjour/Gaudinière	4,0	Ile de Nantes	4,2
Bellevue/Bourderies	4,4	Jules Verne/Landreau	4,0
Bottière/Pin Sec	4,4	Madeleine/Champ de Mars	3,3
Bout des Landes/Bout des Pavés	4,4	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	3,9
Canclaux/Mellinet	3,3	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	3,8
Carcouet/Route de Vannes	4,1	Port Boyer/Tortière/Ranzay	4,3
Chantenay	4,1	Procé/Monselet	3,5
Clos Toreau/Saint-Jacques	4,1	Sainte-Anne/Jean Macé	4,1
Commerce/Guist'hau	3,3	Saint-Félix/Michelet	3,6
Dervallières/Contrie	4,5	Santos Dumont/Chauvinière	4,3
Doulon	4,2	Schuman/Perverie	3,5
Durantière/Zola	4,2	Saint-Donatien/Waldeck	3,6
Haluchère/Sainte-Luce	4,2	Toutes Aides/Mellinet	3,8
Nantes		4,0	

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

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

¹ Nombre standardisé selon l'âge.

² Zonage Triris.



4.2 Recours au médecin généraliste dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires

Éléments 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.

À Nantes, cette permanence est assurée par le Centre d'accueil et de permanence des soins (Caps) et l'association SOS médecins.

L'accès au Caps s'effectue par un appel au centre 15 et après avis médical ou orientation par le service des urgences³³.

SOS médecins intervient sur rendez-vous, sans passer nécessairement par le centre 15. Les patients peuvent bénéficier d'un conseil téléphonique, d'une visite au domicile³⁴ ou alors d'une consultation dans l'un des deux centres de l'association situés à Nantes³⁵ et à Rezé³⁶.

7 % des Nantais ont recours dans l'année à un médecin généraliste entre 20h et 8h

- 23 774 recours³⁷ à un médecin généraliste entre 20h et 8h dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires concernant des Nantais bénéficiaires du régime général (hors sections locales mutualistes, SLM) ont été dénombrés entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017.

Au cours de cette période, 7 % des Nantais relevant du régime général (hors SLM) ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires : 6 % au moins une fois en début ou fin de nuit (entre 20h et minuit ou entre 6 et 8h), et 2 % au moins une fois en nuit profonde (entre minuit et 6h)³⁸. Ces proportions sont analogues à celles observées en 2013.

- Le recours nocturne à un médecin généraliste 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 entre 20h et 8h dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (Fig99a). Une évolution similaire selon l'âge est observée si l'on considère le nombre moyen de recours nocturnes à un médecin généraliste dans l'année (Fig99b). Ces résultats sont proches de ceux observés en 2013.

³³ 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.

³⁴ Interventions à domicile sur 15 communes sur 24 de la Métropole nantaise, 7 jours sur 7, 24h/24.

³⁵ Le centre de consultation d'urgence et de permanence des soins de Nantes est ouvert 7 jours sur 7, de 9 h à minuit.

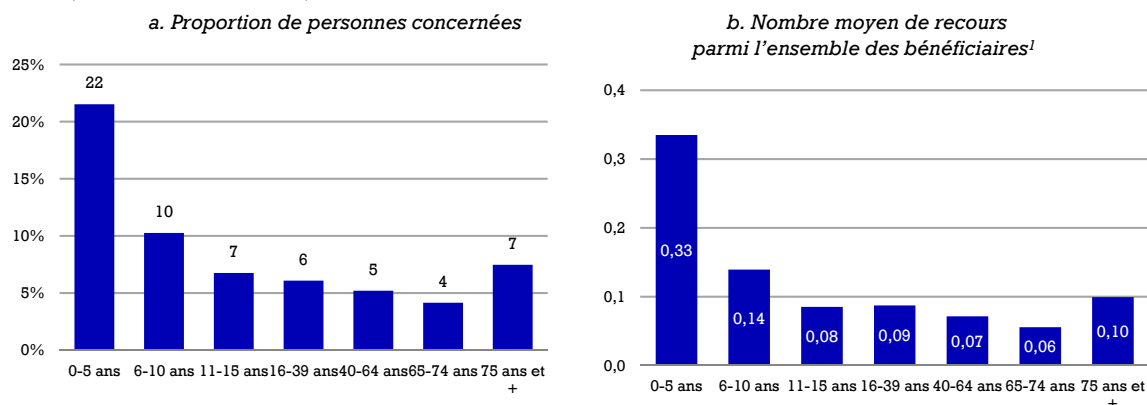
³⁶ Le centre de consultation de Rezé est ouvert sur les périodes de fermeture des cabinets médicaux (du lundi au vendredi : 20h - 24h ; samedi : 12h - 24h ; dimanche et jours fériés : 09h - 24h).

³⁷ 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).

³⁸ Ces proportions ne peuvent être sommées car une même personne peut avoir un recours de début ou de fin de nuit, et un recours en nuit profonde au cours de l'année.



Fig99. Recours à un médecin généraliste entre 20h et 8h au cours des douze derniers mois selon l'âge
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

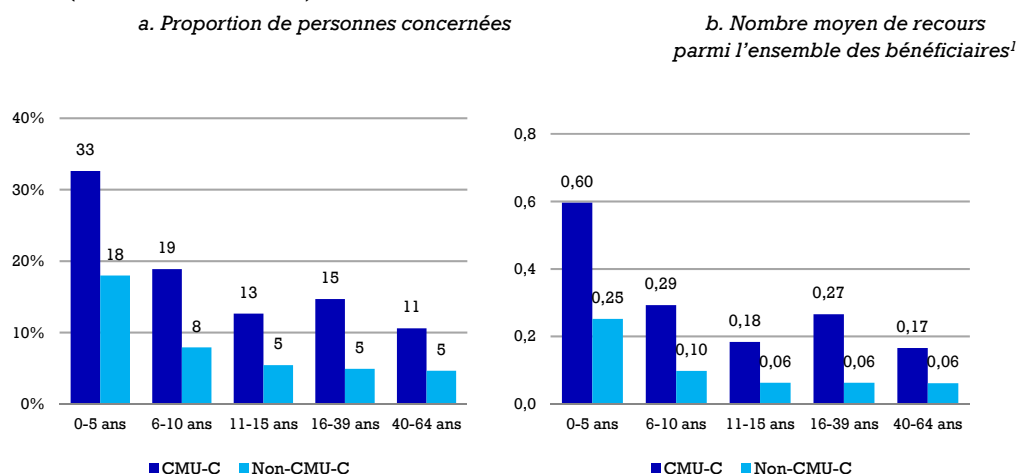
¹ Y compris non-consultants.

Le recours à un médecin généraliste pendant la nuit deux fois plus fréquent chez les populations les moins favorisées

- Le recours nocturne à un médecin généraliste est nettement plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires (15 % vs 6 % à structure par âge comparable) et ce constat concerne toutes les classes d'âge (**Fig100a**).

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 à 4 fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C selon les classes d'âges (**Fig100b**).

Fig100. Recours à un médecin généraliste entre 20h et 8h au cours des douze derniers mois « la nuit » selon, l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

¹ Y compris non-consultants.

- Par ailleurs, en cohérence avec ces résultats, le recours de nuit à un médecin généraliste est globalement plus fréquent chez les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (**Fig101, Fig102**). À structure par âge comparable, ces derniers sont, en effet, environ 2 fois plus nombreux à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste la nuit que les habitants des autres quartiers (10 % vs 5 % en début ou fin de nuit ; 3,2 % vs 1,6 % la nuit profonde) (**Annexe 9**). Un écart comparable est retrouvé si l'on considère le nombre annuel moyen de recours par habitant (0,17 vs 0,08 ; à structure par âge comparable).



L'ensemble de ces résultats pour l'année 2017 concernant les populations les plus défavorisées sont analogues à ceux observés en 2013.

Fig101. Recours à un médecin généraliste « la nuit » au cours des douze derniers mois selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)

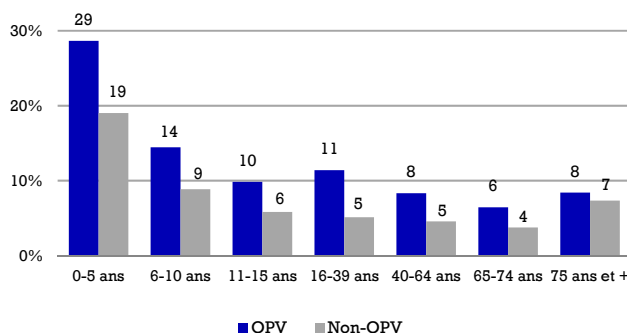
	Tous âges				0-15 ans	
	20-24h ou 6-8h (%)	0-6h (%)	20h-8h ¹ (%)	Nombre ¹ moyen de recours 20h-8h	20h-8h (%)	Nombre moyen de recours 20h-8h
QPV	10%	3,2%	11%	0,17	20%	0,32
Non-QPV	5%	1,6%	6%	0,08	12%	0,17
Total	6%	1,9%	7%	0,10	14%	0,21

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

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

¹ Taux/Nombre standardisé selon l'âge.

Fig102. Proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste « la nuit » au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait de résider ou non dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

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

Des différences marquées sont toutefois observées entre les quartiers prioritaires de la ville pour les enfants de moins de 16 ans. Le taux de recours à un médecin généraliste entre 20h et 08h est ainsi nettement plus élevé pour les enfants résidant dans le quartier prioritaire de la Petite Sensive que pour ceux résidant dans celui du Clos Toreau (26 % vs 15 %) ([Annexe 9](#)).

Une situation très variable selon les micro-quartiers

- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste pendant la nuit (entre 20h et 8 h) varie de 4 à 10 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude.

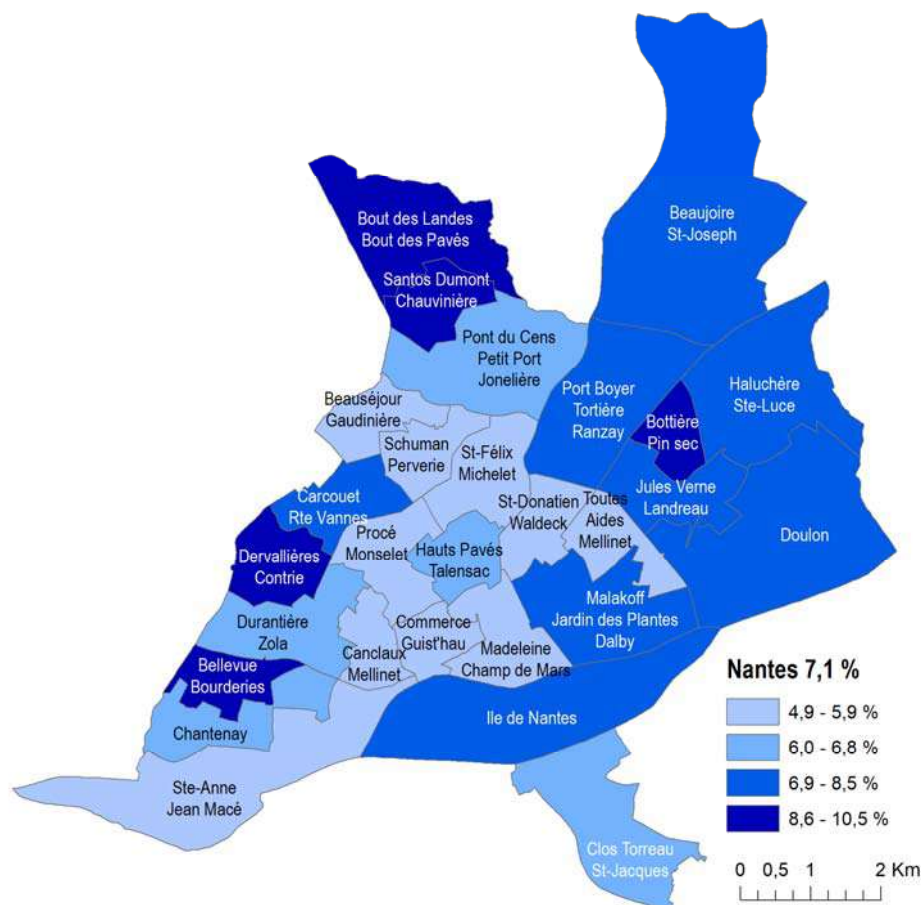
Les taux les plus faibles concernent les micro-quartiers du centre-ville, les taux les plus élevés sont observés sur les territoires socialement les moins favorisés ([Encadré 14](#)).

Ces constats se retrouvent si l'on considère seulement les enfants, groupe de population le plus concerné par ces recours de nuit ([Encadré 15](#)).



ENCADRÉ 14. Proportion¹ de personnes ayant consulté un médecin généraliste pendant la nuit (entre 20h-8h) au cours des douze derniers mois par micro-quartier²

Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	7%	Hauts Pavés/Talensac	6%
Beauséjour/Gaudinière	5%***	Ile de Nantes	7%
Bellevue/Bourderies	10%***	Jules Verne/Landreau	7%
Bottière/Pin Sec	9%***	Madeleine/Champ de Mars	5%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	10%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	7%
Canclaux/Mellinet	4%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	6%*
Carcouet/Route de Vannes	7%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	8%***
Chantenay	6%	Procé/Monselet	5%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	6%	Saint-Félix/Michelet	5%***
Commerce/Guist'hau	5%***	Sainte-Anne/Jean Macé	5%***
Dervallières/Contrie	9%***	Santos Dumont/Chauvinière	10%***
Doulon	8%***	Schuman/Perverie	5%***
Durantière/Zola	6%*	Saint-Donatien/Waldeck	5%***
Haluchère/Sainte-Luce	7%	Toutes Aides/Mellinet	5%***
Nantes		7%	

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'État.

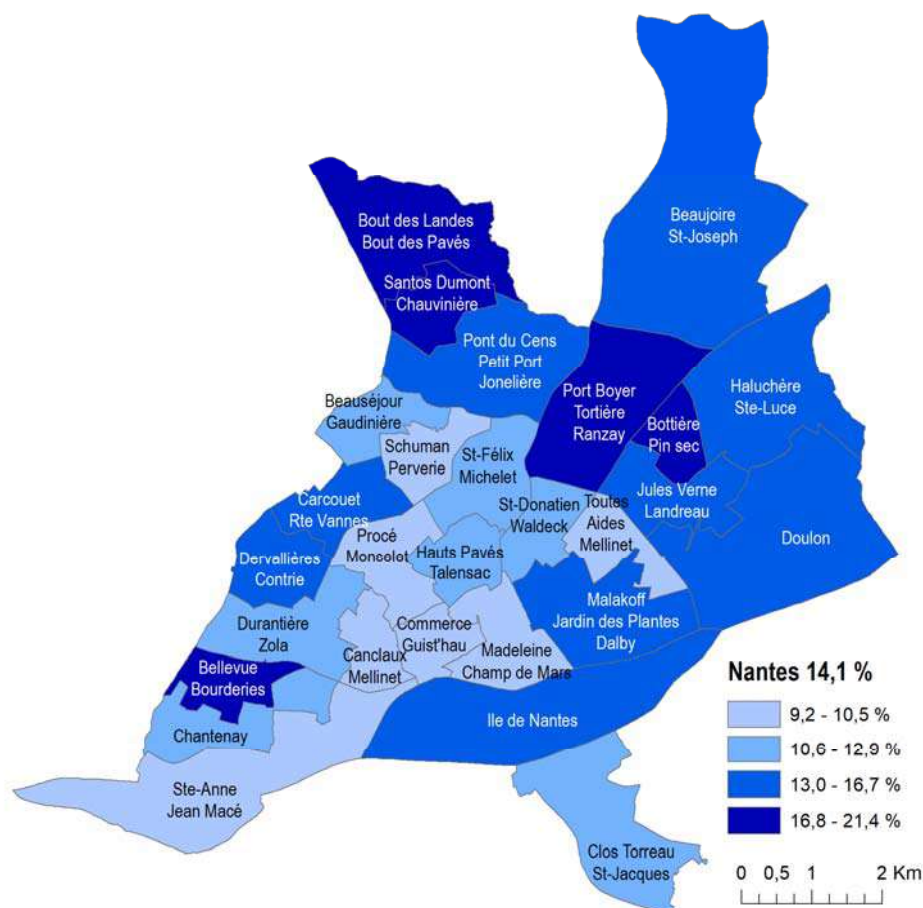
¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



ENCADRÉ 15. Proportion d'enfants de moins de 16 ans ayant consulté un médecin généraliste libéral pendant la nuit (entre 20h-8h) au cours des douze derniers mois par micro-quartier¹

Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	14%	Hauts Pavés/Talensac	11%*
Beauséjour/Gaudinière	12%	Ile de Nantes	14%
Bellevue/Bourderies	18%***	Jules Verne/Landreau	14%
Bottière/Pin Sec	18%***	Madeleine/Champ de Mars	9%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	21%***	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	14%
Canclaux/Mellinet	10%***	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	13%
Carcouet/Route de Vannes	14%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	17%***
Chantenay	11%**	Procé/Monselet	9%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	12%*	Saint-Félix/Michelet	11%***
Commerce/Guist'hau	10%***	Sainte-Anne/Jean Macé	9%***
Dervallières/Contrie	16%***	Santos Dumont/Chauvinière	20%***
Doulon	15%	Schuman/Perverie	9%***
Durantière/Zola	11%***	Saint-Donatien/Waldeck	11%**
Haluchère/Sainte-Luce	15%	Toutes Aides/Mellinet	10%**
Nantes			14%

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'État.

¹ Zonage Triris.



5. Recours au gynécologue médical ou obstétricien

Éléments de contexte

Le suivi gynécologique et le suivi de grossesse des femmes peuvent être assurés par différents professionnels (médecins spécialistes de médecine générale, sages-femmes, gynécologues médicaux ou gynécologues-obstétriciens), exerçant dans des cadres professionnels variés (secteur libéral, établissement de santé, protection maternelle et infantile-PMI). Ce domaine d'activité fait partie de la pratique courante des médecins généralistes, et des textes récents ont notablement élargi le rôle des sages-femmes, puisque ces dernières peuvent notamment réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention depuis 2009 et effectuer des IVG médicamenteuses depuis 2016 [7] [60] [61]. Toutefois, le recours au gynécologue libéral reste répandu dans la population féminine, en premier comme en second recours, dans un objectif préventif ou curatif.

Précisions

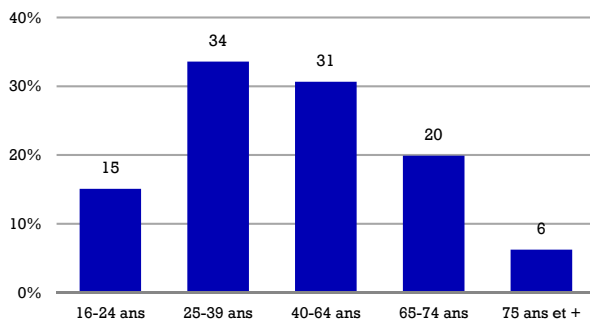
Les résultats ci-après sont établis à partir des actes réalisés par les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens pris en charge par le régime général d'assurance maladie (hors sections locales mutualistes). Ils ne prennent donc pas en compte ceux réalisés en consultations externes dans un établissement public de santé. Par ailleurs, les soins en gynécologie obstétrique peuvent également être assurés par d'autres professionnels et notamment par les médecins généralistes et les sages-femmes. Les données concernant les 16-24 ans doivent être considérées avec prudence en raison de l'absence de prise en compte des étudiants, qui relèvent de sections locales mutualistes.

Un recours surtout fréquent entre 25 et 65 ans

- Un quart des Nantaises relevant du régime général et âgées de 16 ans ou plus ont consulté un gynécologue médical ou un gynéco-obstétricien au cours des douze derniers mois.

Le recours au gynécologue est maximal entre 25 et 39 ans (34 %) en lien notamment avec le suivi de grossesse, et également assez fréquent entre 40 et 64 ans. Il diminue nettement au-delà de 65 ans (Fig103).

Fig103. Proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue médical ou à un gynécologue-obstétricien au cours des douze derniers mois selon l'âge
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

Les femmes qui ont eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue, ont consulté ce spécialiste en moyenne deux fois au cours de cette période. Dans 35 % des cas, la consultation a été effectuée chez un gynécologue de secteur 1 et 65 % chez un gynécologue de secteur 2³⁹.

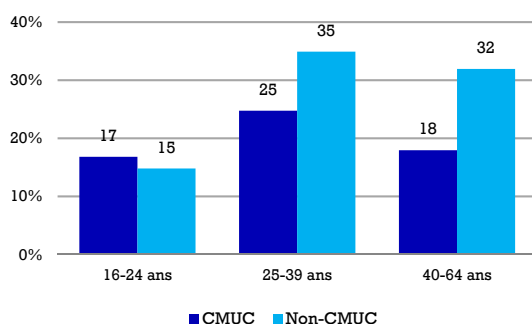
³⁹ En secteur 1, les tarifs des actes sont fixés par convention nationale et servent de référence pour les remboursements effectués par l'assurance maladie. En secteur 2, le professionnel fixe librement son tarif et peut appliquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.



Un moindre recours chez les bénéficiaires de la CMU-C à partir de 25 ans

• À 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 médical ou à un gynéco-obstétricien (20 % vs 30 % chez les moins de 65 ans, $p < 0,001$). Ce constat ne concerne pas les 16-24 ans. L'écart apparaît par contre particulièrement marqué chez les 40-64 ans (Fig104).

Fig104. Proportion de femmes de 16-64 ans ayant eu recours à un gynécologue médical ou à un gynécologue-obstétricien au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

Un recours au gynécologue en recul

• La proportion des femmes nantaises ayant eu un recours à un gynécologue médical ou à un gynéco-obstétricien est restée stable entre 2013 et 2017 chez les bénéficiaires de la CMU-C mais a baissé chez les non-bénéficiaires, passant de 35 % à 30 % chez ces dernières (Fig105). Cette diminution peut notamment être rapprochée de la moindre disponibilité des gynécologues médicaux, en lien avec le recul de leur démographie, qui a pu en outre s'accompagner d'une forme de spécialisation dans le champ de la gynécologie de certains médecins généralistes, notamment ceux exerçant en groupe [60].

Fig105. Proportion¹ de femmes de 16-64 ans ayant eu recours à un gynécologue médical ou à un gynécologue-obstétricien au cours des douze derniers mois selon le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/07/2012-30/06/2013 et 01/01/2016-31/12/2017)

	Secteur 1		Secteur 2		Ensemble	
	2013	2017	2013	2017	2013 ⁴⁰	2017
CMU-C	8%	8%	14%	14%	21%	20%
Non-CMU-C	16%	14%	20%	17%	35%	30%

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

¹ Taux/nombre standardisé selon l'âge.

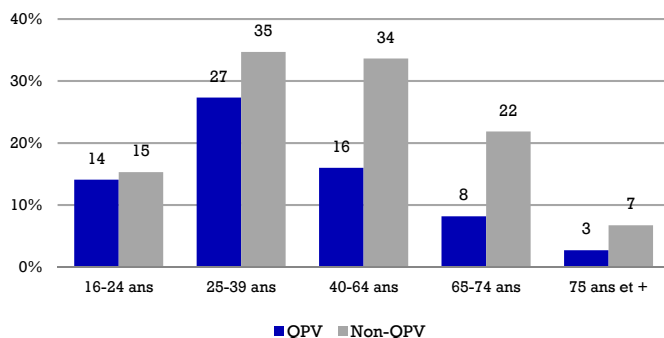
Des disparités territoriales importantes, un recours au gynécologue plus faible chez les femmes résidant dans les quartiers les moins favorisés

• En cohérence avec les résultats observés pour les bénéficiaires de la CMU-C, les habitantes des quartiers prioritaires de la politique de la ville sont en proportion moins nombreuses à avoir eu recours à un gynécologue dans l'année (15 % vs 26 %, $p < 0,001$, à structure par âge comparable) (Fig106) (Annexe 9).

⁴⁰ 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.



Fig106. Proportion de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue médical ou à un gynécologue-obstétricien au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)

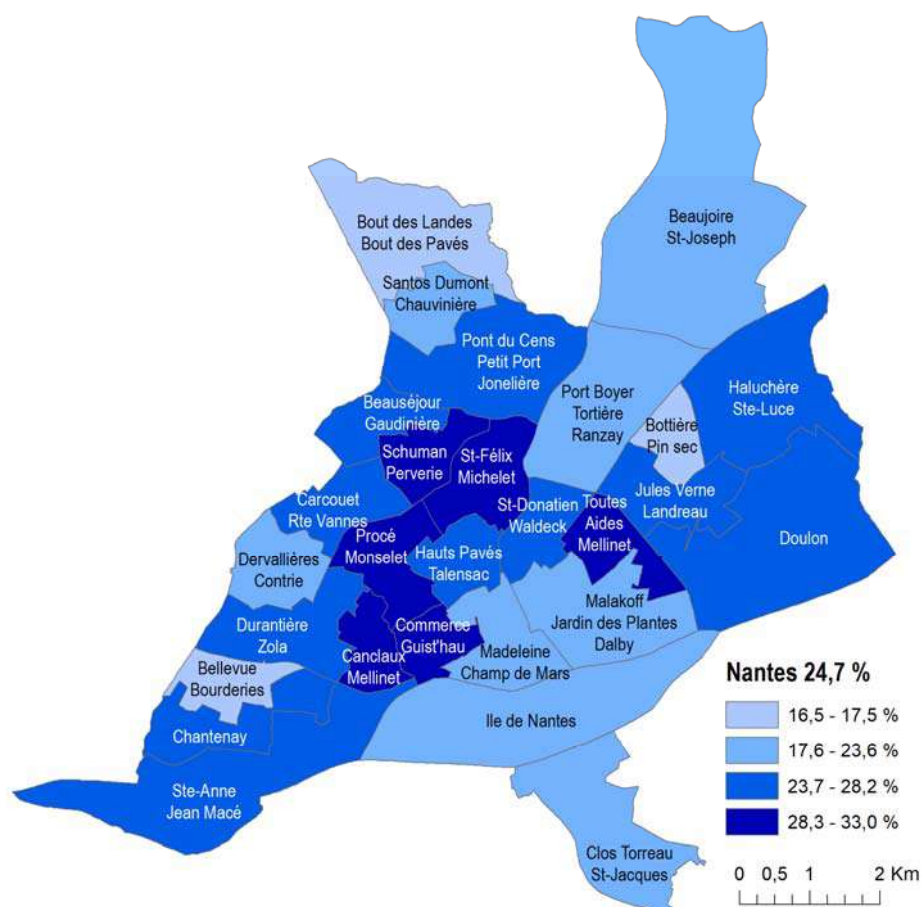


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

- Ce constat du moindre recours à un gynécologue des habitantes des QPV est cohérent avec le moindre recours à ces professionnels des bénéficiaires de la CMU-C.
- L'analyse de cet indicateur par micro-quartier conforte également ce constat. En effet, la proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue varie de 16 à 32 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude. Les taux les plus faibles sont globalement observés parmi les femmes des micro-quartiers les moins favorisés ([Encadré 16](#)). L'évolution de ce taux par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 16. Proportion¹ de femmes de 16 ans et plus ayant eu recours à un gynécologue médical ou à un gynécologue-obstétricien au cours des douze derniers mois par micro-quartier²
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	23%**	Hauts Pavés/Talensac	24%
Beauséjour/Gaudinière	27%**	Ile de Nantes	19%***
Bellevue/Bourderies	16%**	Jules Verne/Landreau	26%
Bottière/Pin Sec	16%**	Madeleine/Champ de Mars	23%
Bout des Landes/Bout des Pavés	17%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	21%***
Canclaux/Mellinet	30%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	26%*
Carcouet/Route de Vannes	25%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	22%***
Chantenay	26%*	Procé/Monselet	32%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	22%**	Sainte-Anne/Jean Macé	26%
Commerce/Guist'hau	30%**	Saint-Félix/Michelet	28%***
Dervallières/Contrie	21%**	Santos Dumont/Chauvinière	20%***
Doulon	25%	Schuman/Perverie	30%***
Durantière/Zola	27%**	Saint-Donatien/Waldeck	28%***
Haluchère/Sainte-Luce	24%	Toutes Aides/Mellinet	29%***
Nantes		25 %	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



6. Dépistage et prévention

6.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus

Éléments de contexte

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme avant 45 ans. Le cancer du col de l'utérus est l'un des seuls cancers dont le pronostic s'est dégradé au cours des dernières années, avec un taux de survie à 5 ans qui est passé de 68 à 64 % entre 1990 et 2003 [62].

Le tabagisme et l'immunodépression favorisent la survenue de ce cancer, mais son principal facteur de risque est l'infection persistante à papillomavirus humain, transmise le plus souvent par voie sexuelle. C'est pourquoi la vaccination contre ces infections est recommandée en France pour toutes les filles entre 11 et 14 ans [63].

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 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 [64].

Depuis 2018, le cancer du col de l'utérus fait l'objet d'un programme national de dépistage au même titre que le cancer du sein et que le cancer colorectal. L'objectif est de contribuer à l'amélioration du recours à ce dépistage, qui reste insuffisant notamment chez les femmes de plus de 50 ans et chez celles présentant des caractéristiques socioéconomiques défavorables. Le plan cancer 2014-2019 vise ainsi un taux de couverture du dépistage de 80 % [62] [65].

Précisions

Le frottis de dépistage peut être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme, en cabinet de ville, à l'hôpital (consultations hospitalières), dans les centres de planification familiale, ainsi que dans certains laboratoires d'analyse médicale sur prescription médicale.

L'indicateur utilisé dans ce chapitre prend en compte l'ensemble des examens cytopathologiques de frottis cervico-utérin pris en charge par le régime général d'assurance maladie, hors ceux réalisés en consultations externes des établissements de santé publics.

Un recours au dépistage du cancer du col de l'utérus qui reste à améliorer, d'autant qu'il semble en recul

- 47 % des Nantaises relevant du régime général et âgées de 25 à 64 ans ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin⁴¹ au cours des 36 derniers mois. Ce taux est plus faible chez les 25-39 ans (43 %) que chez les 40-64 ans (49 %). Même si la proportion de femmes concernées est un peu plus élevée en raison de la non-exhaustivité de cet indicateur, le recours à ce dépistage reste très insuffisant.

- Le recours au frottis des femmes nantaises semble avoir diminué entre 2013 et 2017. Sur cette période en effet, le taux de femmes âgées de 25 à 39 ans ayant eu un frottis au cours des 24 derniers mois⁴² est passé de 40 % à 35 %. Cette baisse ne se retrouve pas chez les femmes âgées de 40 à 64 ans (Fig107).

Fig107. Évolution de la proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 24 derniers mois selon l'âge

Nantes (01/07/2012-30/06/2013 et 01/01/2016-31/12/2017)

	2012 - 2013	2016-2017
25-39 ans	40%	35%
40-64 ans	37%	38%
Total	38%	37%

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

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

⁴¹ Les actes pris en compte sont : « examen cytopathologique de prélèvement (frottis) du col de l'utérus » ; « examen cytopathologique en phase liquide (technique monocoque) de prélèvement (frottis) du col de l'utérus ».

⁴² L'indicateur sur 36 mois n'est pas disponible pour 2013.

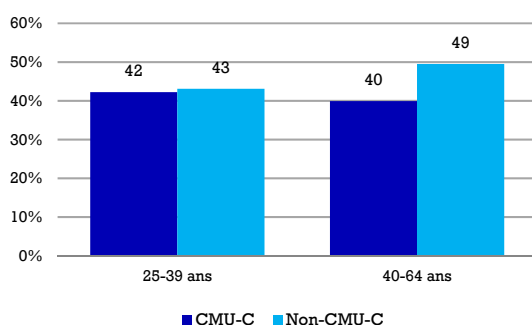


Un taux de dépistage du cancer du col de l'utérus plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C après 40 ans

- Les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années (41 % vs 47 % chez les 25-64 ans, $p < 0,001$).

Cet écart entre les deux groupes de populations n'est pas significatif chez les 25-39 ans contrairement à celui retrouvé chez les 40-64 ans ([Fig108](#)).

Fig108. Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 36 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)

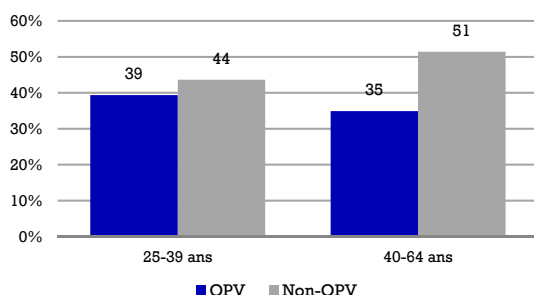


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

D'importantes disparités territoriales, avec un moindre recours au dépistage chez les femmes résidant dans les quartiers les moins favorisés

- Les habitantes des QPV sont en proportion moins nombreuses à avoir bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années (36 % vs 49 %, $p < 0,001$) ([Annexe 9](#)). Ce constat s'observe chez les 25-39 ans et les 40-64 ans, mais l'écart est plus marqué chez ces dernières (35 % vs 51 %, [Fig109](#)). Ce constat d'un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus des habitantes des QPV est cohérent avec le moindre recours à ce dépistage des bénéficiaires de la CMU-C.

Fig109. Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 36 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)

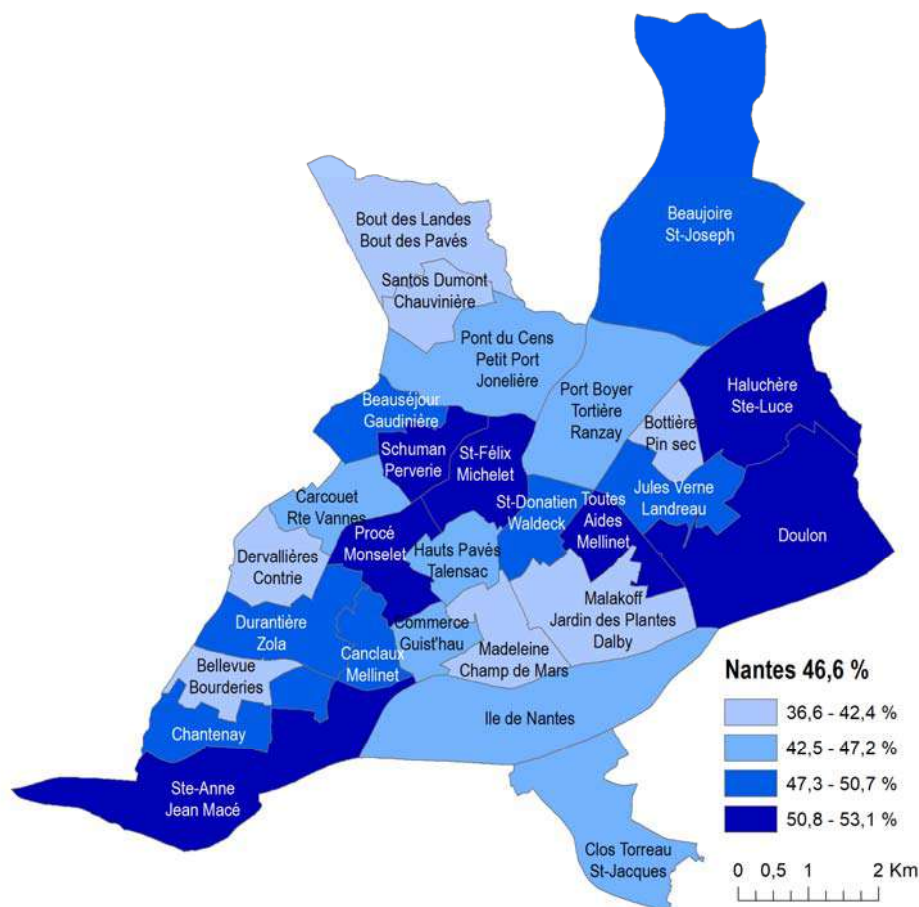


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

- La proportion de femmes ayant bénéficié d'un remboursement de frottis au cours des 36 derniers mois varie de 36 à 53 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude. Globalement, les taux les plus faibles sont observés chez les femmes des micro-quartiers les moins favorisés ([Encadré 17](#)).



ENCADRÉ 17. Proportion¹ de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis en secteur libéral au cours des 36 derniers mois par micro-quartier²
Nantes (01/01/2015-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	50%**	Hauts Pavés/Talensac	44%*
Beauséjour/Gaudinière	50%**	Ile de Nantes	45%
Bellevue/Bourderies	36%**	Jules Verne/Landreau	50%**
Bottière/Pin Sec	38%**	Madeleine/Champ de Mars	41%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	37%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	42%***
Canclaux/Mellinet	49%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	47%
Carcouet/Route de Vannes	45%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	46%
Chantenay	48%	Procé/Monselet	50%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	46%	Sainte-Anne/Jean Macé	51%***
Commerce/Guist'hau	45%	Saint-Félix/Michelet	51%***
Dervallières/Contrie	41%**	Santos Dumont/Chauvinière	40%***
Doulon	51%**	Schuman/Perverie	53%***
Durantière/Zola	48%*	Saint-Donatien/Waldeck	48%
Haluchère/Sainte-Luce	52%**	Toutes Aides/Mellinet	52%***
Nantes		47 %	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



6.2 Dépistage du cancer du sein

Éléments de contexte

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme, et constitue la première cause de décès féminins par cancer. Certains de ses facteurs de risque sont accessibles à la prévention (consommation d'alcool et de tabac, surpoids, sédentarité), mais cette dernière repose également sur le dépistage par mammographie, dont de nombreux travaux ont montré l'effet bénéfique sur la mortalité par cancer du sein [66] [67].

L'objectif du programme national de dépistage organisé est donc de réduire la mortalité liée au cancer du sein mais aussi d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. Il garantit notamment à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

Dans le cadre de ce programme, toutes les femmes de 50-74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier sont invitées, tous les deux ans, à effectuer un examen clinique et une mammographie auprès d'un radiologue agréé. Ces examens sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. En dehors du dépistage organisé, les femmes peuvent avoir recours, sur prescription médicale, à un dépistage à titre individuel.

Le taux de participation au dépistage organisé sur la période 2016 approchait 51 % au plan national. Il était nettement inférieur aux 65 % fixé à l'échéance 2013 par le Plan cancer 2009-2013 et reste donc l'objectif du plan 2014-2019

La participation au dépistage (individuel ou organisé) du cancer du sein est notamment plus faible chez les femmes de milieux défavorisés [68] [69].

Précisions

L'indicateur utilisé dans ce chapitre prend en compte les actes « mammographie bilatérale », « mammographie unilatérale », « mammographie de dépistage » pris en charge par le régime général de l'assurance maladie. Le champ de cet indicateur est donc plus large que celui utilisé pour l'analyse de la participation au programme de dépistage organisé (cf. Encadré 22).

Un taux de dépistage du cancer du sein qui atteint 59 %, et seulement 39 % chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C

- 59 % des Nantaises relevant du régime général et âgées de 50-74 ans ont effectué une mammographie 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 : 39 % vs 60 % chez les 50-74 ans ($p < 0,001$). Ce constat a déjà été observé en 2013.

Un moindre recours au dépistage du cancer du sein chez les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la ville

- Les habitantes des QPV sont globalement en proportion moins nombreuses à avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années (47 % vs 62 %, $p < 0,001$). Des disparités sont observées entre les différents QPV. Les femmes résidant le QPV des Dervallières présentent les plus faibles taux de dépistage du cancer du sein (40 %) ; les taux les plus élevés sont observés chez les femmes résidant dans le quartier du Clos Toreau (52 %) (Annexe 9).

Ce constat d'un moindre recours au dépistage du cancer du sein des habitantes des QPV, 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 notamment lors de consultations externes dans les établissements publics.

- La proportion de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 24 derniers mois varie de 48 à 66 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude. Globalement, les taux les plus faibles sont observés chez les femmes des micro-quartiers les moins favorisés (Encadré 19).



ENCADRÉ 18. Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à la moyenne nationale mais en fort recul

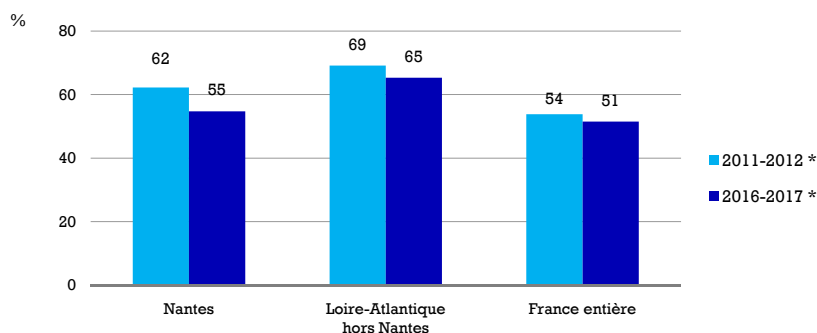
Le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en Loire-Atlantique en 1996. Ce dépistage repose sur une mammographie à laquelle les femmes de 50 à 74 ans sont conviées tous les deux ans.

Selon les données de la structure de gestion Cap Santé Plus-44 qui est désormais intégrée au Centre régional de coordination de dépistage des cancers, le taux de participation des Nantaises à ce programme s'élève à 55 % pour la période 2016-2017. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (51 %), mais est inférieur au taux observé dans le reste du département (65 %) ainsi qu'au taux minimum de 65 % fixé par le Plan cancer.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est en fort recul chez les Nantaises (- 7 points par rapport à 2011-2012). Cette baisse est notamment plus marquée que celles observées à l'échelle du reste du département (- 4 points) ou au plan national (- 3 points).

Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du sein

Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, France entière (périodes 2016-2017 et 2011-2012)



Sources : CRCDC Pays de la Loire, Insee – exploitation ORS Pays de la Loire

* Taux de participation calculés par rapport au nombre de femmes de 50-74 ans dénombrées au recensement de la population (recensement 2010 pour la période 2011-2012 et recensement 2015 pour la période 2016-2017). Les taux de participation France entière ainsi calculés diffèrent de ceux publiés par Santé publique France (53 % pour 2011-2012 et 50 % pour 2016-2017, taux calculés par rapport au nombre de femmes dénombrées estimées par les projections de population réalisées par l'Insee pour la période considérée).

Un recours au dépistage du cancer du sein en recul chez les femmes nantaises, notamment dans les micro-quartiers défavorisés

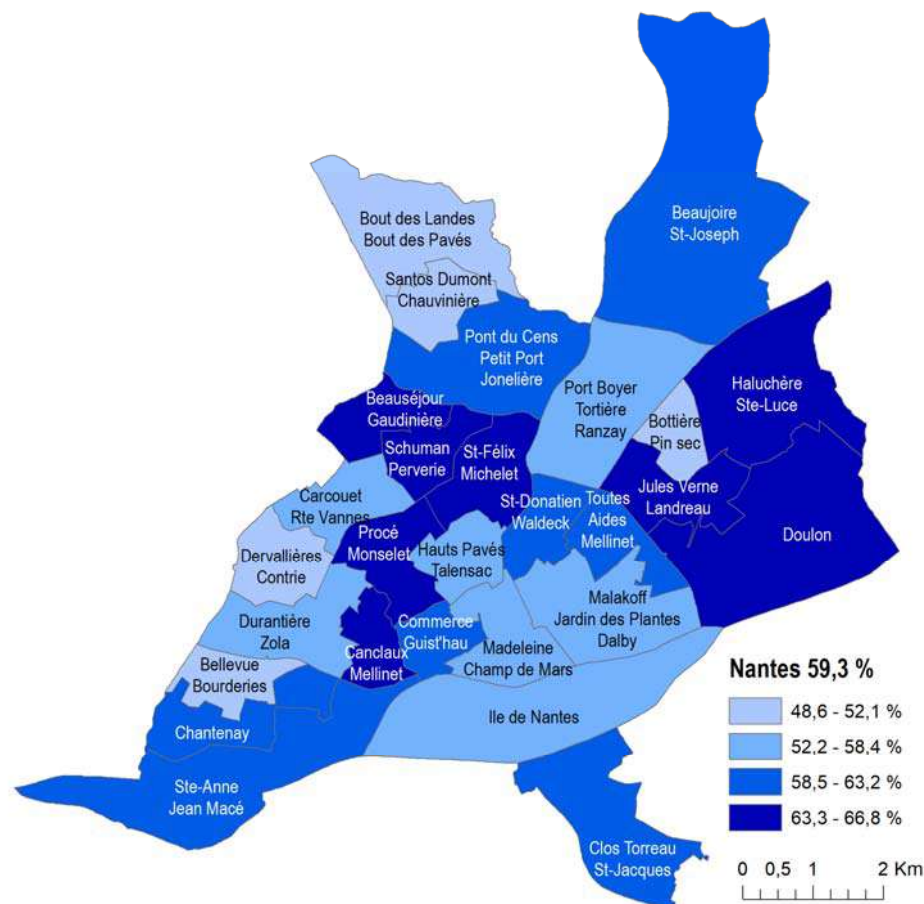
- La proportion de femmes de 50-74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des 24 derniers mois a baissé entre 2013 et 2017, passant de 62 % à 59 %.

Cette baisse est plus prononcée dans les micro-quartiers défavorisés de la ville (Bellevue/Bourderies, Santos Dumont/Chauvinière, Dervallières/Contrie et Bout des Landes/Bout des Pavés). Dans ces micro-quartiers, la proportion de femmes dépistées en 2017 est de 48 à 49 % alors qu'elle était comprise entre 53 et 56 % en 2013 ([Annexe 10](#)).



ENCADRÉ 19. Proportion de femmes de 50-74 ans ayant effectué une mammographie au cours des 24 derniers mois par micro-quartier¹

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	60%	Hauts Pavés/Talensac	56%
Beauséjour/Gaudinière	66%**	Ile de Nantes	54%***
Bellevue/Bourderies	48%**	Jules Verne/Landreau	65%***
Bottière/Pin Sec	52%**	Madeleine/Champ de Mars	54%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	49%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	56%*
Canclaux/Mellinet	64%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	63%*
Carcouet/Route de Vannes	58%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	57%
Chantenay	60%	Procé/Monselet	66%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	63%**	Sainte-Anne/Jean Macé	59%
Commerce/Guist'hau	60%	Saint-Félix/Michelet	65%***
Dervallières/Contrie	49%**	Santos Dumont/Chauvinière	48%***
Doulon	66%**	Schuman/Perverie	64%**
Durantière/Zola	58%	Saint-Donatien/Waldeck	61%
Haluchère/Sainte-Luce	65%**	Toutes Aides/Mellinet	62%
Nantes			59 %

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'État.

¹ Zonage Triris.



6.3 Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées

Éléments de contexte

La grippe est une maladie infectieuse saisonnière d'origine virale, très contagieuse puisque chaque année, environ 2,5 millions de personnes sont touchées en France [70]. Cette infection est souvent considérée comme bénigne, mais elle peut entraîner des complications graves voire des décès chez les sujets à risque. À côté des mesures d'hygiène destinées à limiter la transmission des virus et notamment du lavage fréquent des mains, la vaccination constitue la principale mesure de prévention de la grippe. Elle est recommandée et le vaccin est pris en charge à 100% pour les sujets à risque : personnes de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines maladies chroniques ou obèses, femmes enceintes, entourage des nourrissons à risque de grippe grave [58].

La vaccination est également recommandée pour les professionnels de santé en contact régulier avec des sujets à risque de grippe grave. Elle permet de les protéger mais également de limiter les risques de transmission de la grippe à leurs patients.

Les professionnels de santé habilités à vacciner sont les médecins, les infirmier(e)s, les sages-femmes, et les pharmaciens dans certaines régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine, Hauts-de-France et Occitanie).

Pour la saison 2017-2018, la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière a été estimée, à partir des données de prise en charge de l'assurance-maladie, à 50 % chez les 65 ans ou plus, soit un niveau très inférieur à la cible de 75 % [71].

Précisions

L'indicateur utilisé dans ce chapitre comprend les vaccins délivrés en pharmacie de ville et pris en charge par le régime général de l'assurance maladie. En sont donc exclus les vaccins délivrés par la pharmacie à usage interne des établissements de santé et médico-sociaux qui en disposent, et notamment des Ehpad concernés. De ce fait, cet indicateur sous-estime la couverture vaccinale effective des personnes âgées en particulier au-delà de 85 ans.

Un taux de recours à la vaccination contre la grippe qui apparaît stable

- 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^{er} septembre 2017 et le 31 janvier 2018⁴³.

Ce taux augmente avec l'âge, passant de 45 % chez les 65-74 ans à 66 % chez les 75 ans et plus. Ces résultats sont analogues à ceux observés lors de la campagne de vaccination 2012-2013.

Un moindre recours à la vaccination contre la grippe chez les personnes de 75 ans et plus résidant dans les quartiers les moins favorisés

- Les habitants des quartiers prioritaires de la ville, âgés de 65 ans et plus sont en proportion moins nombreux à avoir été vaccinés contre la grippe l'hiver 2017-2018 (48 % vs 56 %, $p < 0,001$), à structure par âge comparable. Cet écart est plus prononcé chez les 75 ans et plus (54 % vs 68 %) (Fig110).

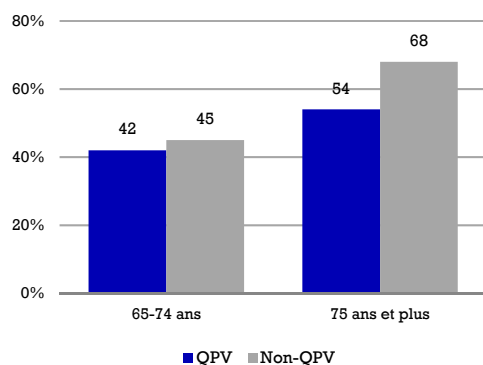
Des écarts sont notamment observés entre les QPV, le quartier du Clos Toreau présente un taux particulièrement faible de 37 % alors que le taux de recours est légèrement supérieur à la moyenne nantaise dans le quartier de la Petite Sensive (58 %) (Annexe 9).

Une part de ces écarts peut être liée à la présence ou non dans ces territoires d'établissements pour personnes âgées. Dans ces structures, l'existence d'une pharmacie à usage interne peut induire une sous-estimation du recours à la vaccination, mais à contrario, on peut faire l'hypothèse d'une plus grande incitation à la vaccination auprès des personnes âgées qui y résident.

⁴³ Hors vaccin effectué lors d'une hospitalisation dans le secteur public, vaccin effectué en EHPAD disposant d'une pharmacie à usage interne.



Fig110. Proportion de personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe l'hiver 2017-2018 selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/09/2017-31/01/2018)

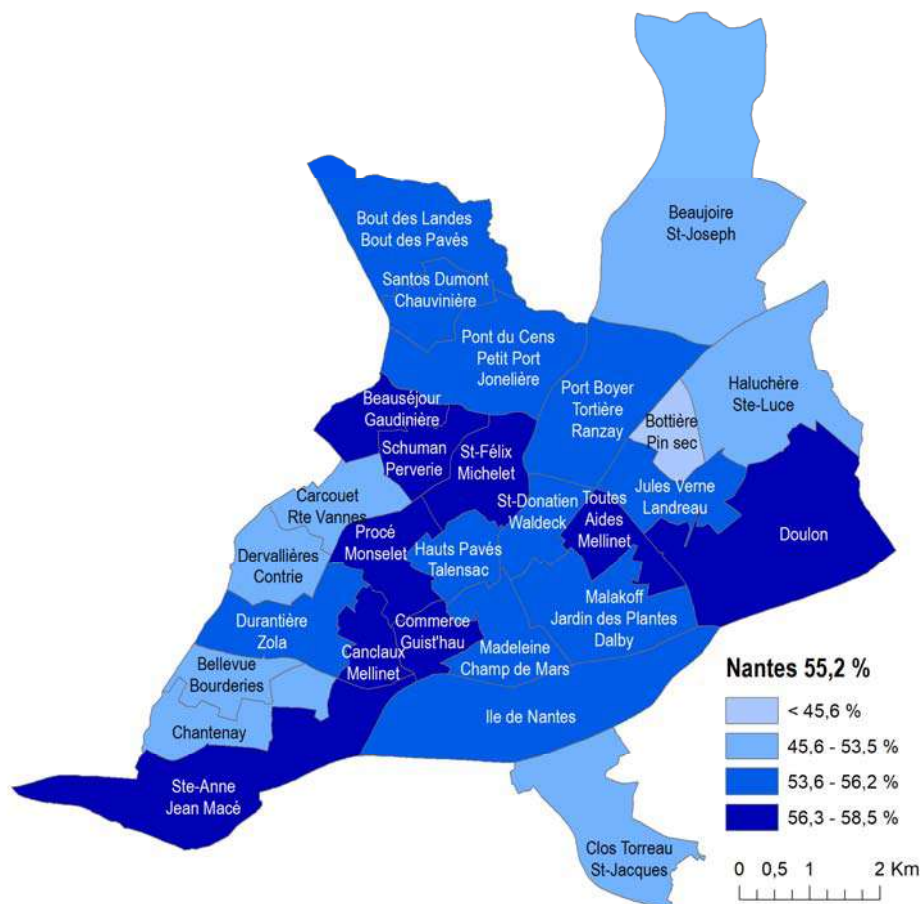


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

- La proportion de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe saisonnière pendant l'hiver 2017-2018 varie de 46 à 58 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude ([Encadré 20](#)). L'évolution de cette proportion par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 20. **Proportion¹ de personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe l'hiver 2017-2018 par micro-quartier²**
Nantes (01/09/2017-31/01/2018)



Beaujoire/Saint-Joseph	51%**	Hauts Pavés/Talensac	54%
Beauséjour/Gaudinière	57%	Ile de Nantes	56%
Bellevue/Bourderies	51%*	Jules Verne/Landreau	56%
Bottière/Pin Sec	46%**	Madeleine/Champ de Mars	56%
Bout des Landes/Bout des Pavés	56%	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	55%
Canclaux/Mellinet	57%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	56%
Carcouet/Route de Vannes	53%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	55%
Chantenay	53%	Procé/Monselet	58%**
Clos Toreau/Saint-Jacques	53%	Sainte-Anne/Jean Macé	57%
Commerce/Guist'hau	58%*	Saint-Félix/Michelet	58%
Dervallières/Contrie	53%	Santos Dumont/Chauvinière	55%
Doulon	58%	Schuman/Perverie	57%
Durantière/Zola	56%	Saint-Donatien/Waldeck	54%
Haluchère/Sainte-Luce	53%	Toutes Aides/Mellinet	58%
Nantes		55 %	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



7. Soins dentaires

Éléments de contexte

Les soins dentaires ont pour objectifs de prévenir et de traiter les pathologies bucco-dentaires, affections très fréquentes qui sont susceptibles d'impacter l'état de santé général ainsi que la qualité de vie. Les pathologies dentaires sont favorisées par certaines habitudes de vie (boissons sucrées, grignotage, tabac, alcool) et par une hygiène bucco-dentaire insuffisante (un brossage biquotidien est recommandé). Leur prévention passe donc par la prise en compte de ces différents facteurs.

Mais une visite annuelle chez un chirurgien-dentiste est également recommandée, pour mettre en œuvre des soins préventifs ou pour assurer des soins curatifs précoces. Afin de favoriser les recours aux soins dentaires des enfants et adolescents, qui restent souvent très insuffisants [51], l'assurance maladie propose des examens de prévention réguliers (à 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 dentaires peuvent être de natures très variées : détartrage, scellements de sillons chez les enfants, soins conservateurs, pose de prothèses, soins chirurgicaux, soins d'orthodontie... Ces derniers visent à prévenir ou corriger les anomalies de développement des dents et/ou des mâchoires, afin de prévenir les désordres fonctionnels et esthétiques que ces anomalies pourraient provoquer. La dimension préventive des traitements orthodontiques est importante, et pour qu'ils soient les plus efficaces et les plus courts possible, il importe qu'ils soient engagés à un âge adéquat. Seuls ceux commencés avant l'âge de 16 ans peuvent être pris en charge par l'assurance maladie.

Les conditions de remboursement des soins dentaires courants (traitement de caries, détartrage...) sont analogues à celles des soins médicaux. En revanche, le reste à charge est souvent important pour les autres soins, tels que les prothèses dentaires ou l'orthodontie. Le renoncement aux soins dentaires est important, y compris pour les soins courants en raison d'une méconnaissance fréquente de leurs conditions de prise en charge. S'installe alors une situation délétère car plus on renonce aux soins, plus ceux-ci deviennent onéreux et de moins en moins bien pris en charge.

Précisions

Les résultats ci-après sont établis à partir des actes et consultations réalisés par des chirurgiens-dentistes, y compris les orthodontistes (spécialistes en orthopédie dento-faciale ODF), libéraux et salariés (en centres mutualistes et en centre de santé dentaires notamment), pris en charge par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent pas en compte les prestations réalisées en consultations externes des établissements publics.

7.1 Recours au chirurgien-dentiste

Quatre Nantais sur dix consultent un chirurgien-dentiste dans l'année

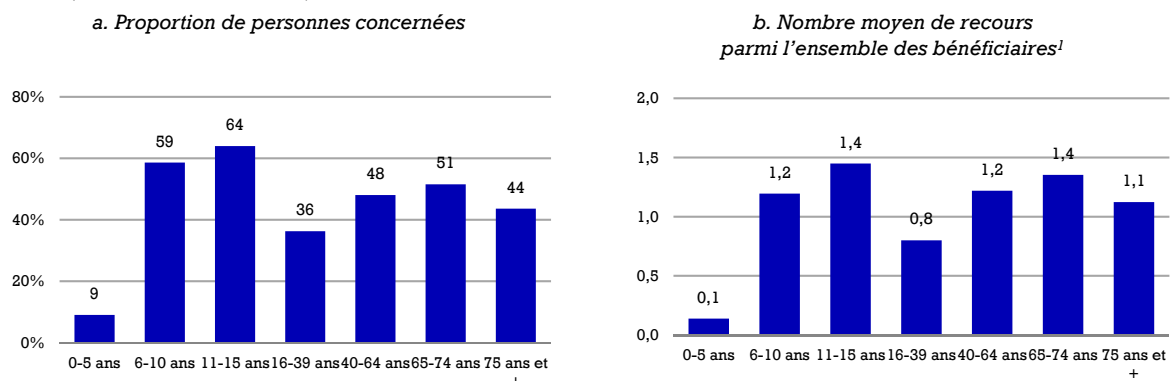
- 43 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste (y compris orthodontiste) au cours des douze derniers mois.

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 (61 %), suivis des 65-74 ans (51%, Fig111a).

Si l'on considère le nombre de recours, les Nantais consultent en moyenne une fois un chirurgien-dentiste dans l'année. Cette moyenne connaît une évolution avec l'âge globalement comparable (Fig111b).



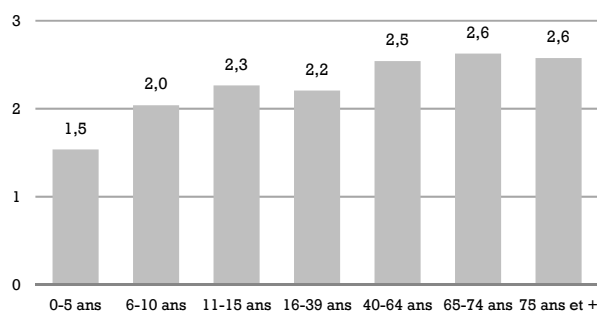
Fig111. Recours à un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois selon l'âge
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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 (Fig112).

Fig112. Nombre annuel moyen de recours chez un chirurgien-dentiste par consultant¹ selon l'âge
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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 recours plus fréquent chez les femmes

- Le recours au chirurgien-dentiste est plus fréquent chez les femmes, avec un taux standardisé par âge de 47 % alors qu'il n'est que de 40 % chez les hommes ($p < 0,001$). En moyenne, les femmes consultent 1,11 fois au cours de l'année et les hommes 0,96 fois (à structure par âge comparable).

Un nombre moyen d'actes dentaires remboursés plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C

- À 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 diffère peu chez les bénéficiaires de la CMU-C (43 %) et les non-bénéficiaires (42 %).

Ce constat masque des disparités selon l'âge. Les enfants de 6-15 ans bénéficiaires de la CMU-C sont moins nombreux à avoir eu recours à un chirurgien-dentiste dans l'année (53 % vs 63 % des non-bénéficiaires, $p < 0,001$). Par contre, chez les 16-39 ans, le recours apparaît plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (44 % vs 35 %, $p < 0,001$) (Fig113a).

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 (1,24 recours vs 0,96 recours pour l'ensemble de la population, consultants dans l'année ou non) (Fig113b). Si l'on considère le nombre annuel de recours chez les seuls consultants, celui-ci

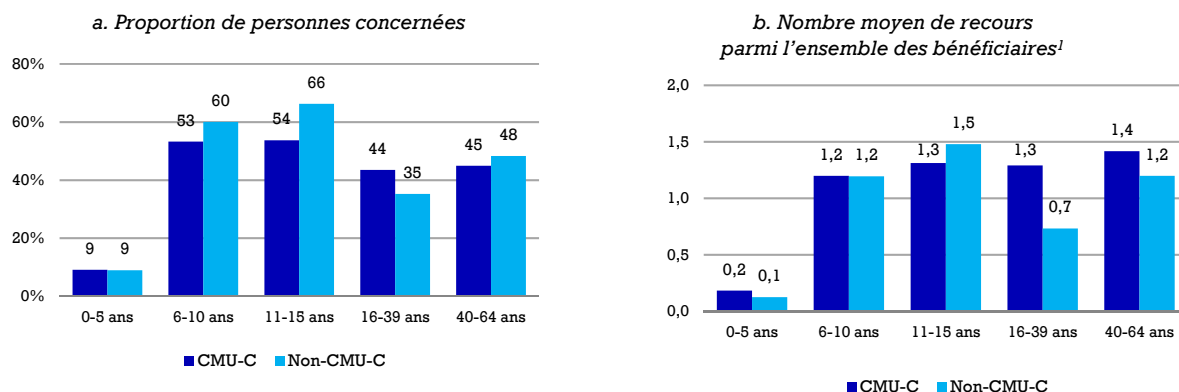


apparaît également plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (2,8 vs 2,2 recours, à structure par âge comparable, Fig114).

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.

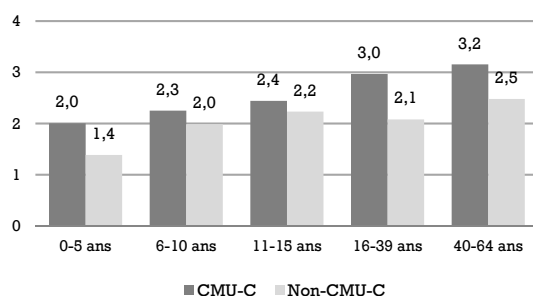
Ces résultats sont analogues à ceux observés en 2013.

Fig113. Recours à un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

Fig114. Nombre annuel moyen de recours chez le chirurgien-dentiste par consultant¹ selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.
¹ Bénéficiaire du régime général ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois.

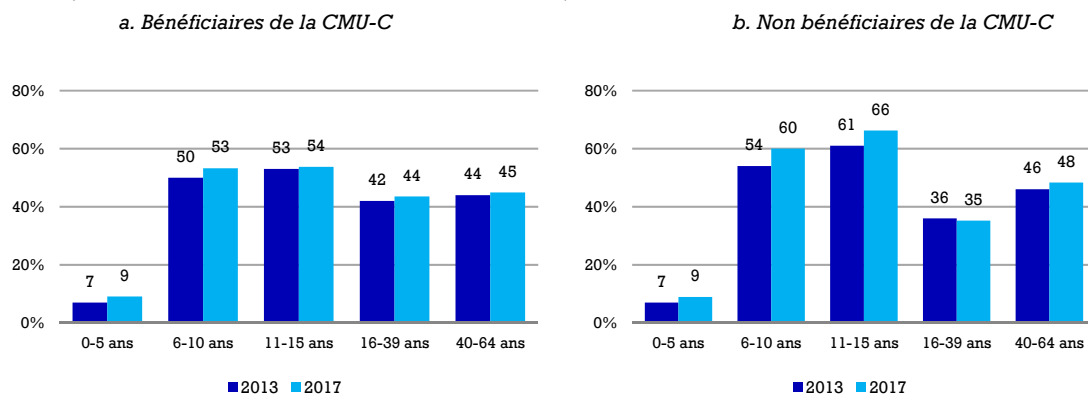
Un recours au chirurgien-dentiste globalement en hausse entre 2013 et 2017, notamment chez les enfants de 6 à 15 ans non-bénéficiaires de la CMU-C

- Le taux de recours annuel au chirurgien-dentiste est passé de 41 % en 2013 à 43 % en 2017. Cette hausse concerne davantage les enfants entre 6 et 15 ans et les personnes de 65 ans et plus (55 % en 2013 vs 61 % en 2017 pour les 6-15 ans et 44 % en 2013 vs 48 % en 2017 pour les 65 ans et plus). Chez les enfants de 6 à 15 ans, la hausse du recours annuel au chirurgien-dentiste a été plus prononcée chez les non bénéficiaires de la CMU-C que chez bénéficiaires de la CMU-C (Fig115).



Fig115. Recours à un chirurgien-dentiste 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 et 01/01/2017-31/12/2017)



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

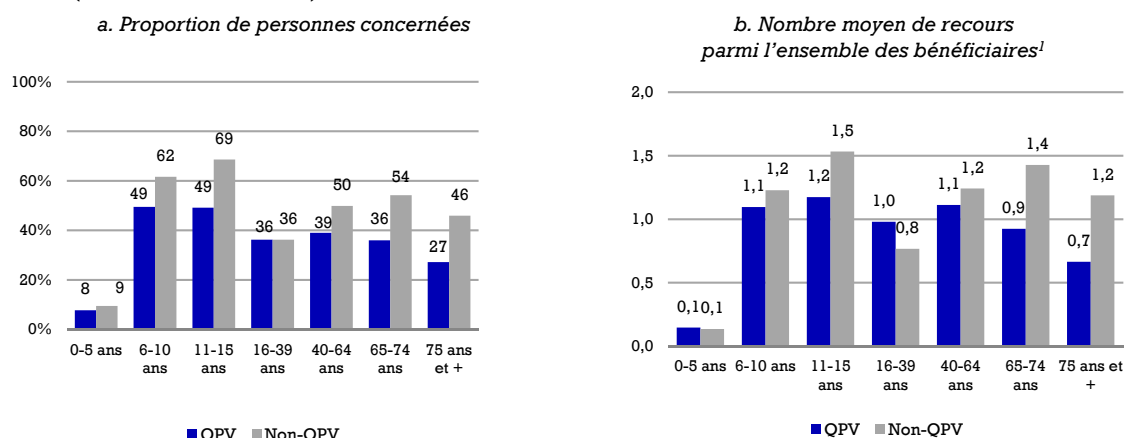
D'importantes disparités territoriales de recours au chirurgien-dentiste : un moindre recours chez les habitants des quartiers les moins favorisés

- Le recours à un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année est globalement plus faible chez les habitants des quartiers prioritaires de la ville (36 % vs 45 %, $p < 0,001$, à structure par âge comparable) (Annexe 9). Ce constat concerne toutes les classes d'âge, mais l'écart est particulièrement marqué chez les enfants (49% vs 62% chez les 6-10 ans et 49 % vs 69 % chez les 11-15 ans) ainsi que chez les personnes retraitées (36 % vs 54 % chez les 65-74 ans et 27 % vs 46 % chez les 75 ans et plus) (Fig116a).

Le nombre moyen de recours à un chirurgien-dentiste dans l'année apparaît également légèrement plus faible chez les habitants des QPV (0,9 recours pour vs 1,1, à structure par âge comparable) (Fig116b). Par contre, si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de recours apparaît un peu plus élevé chez les résidents des QPV (2,6 vs 2,3 recours) (Fig117).

Fig116. Recours à un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)

Nantes (01/01/2017-31/12/2017)

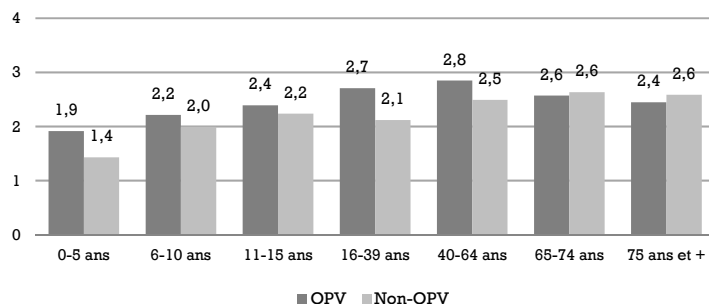


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

¹ Y compris non-consultants.



Fig117. Nombre annuel moyen de recours chez le chirurgien-dentiste par consultant¹ selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



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

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

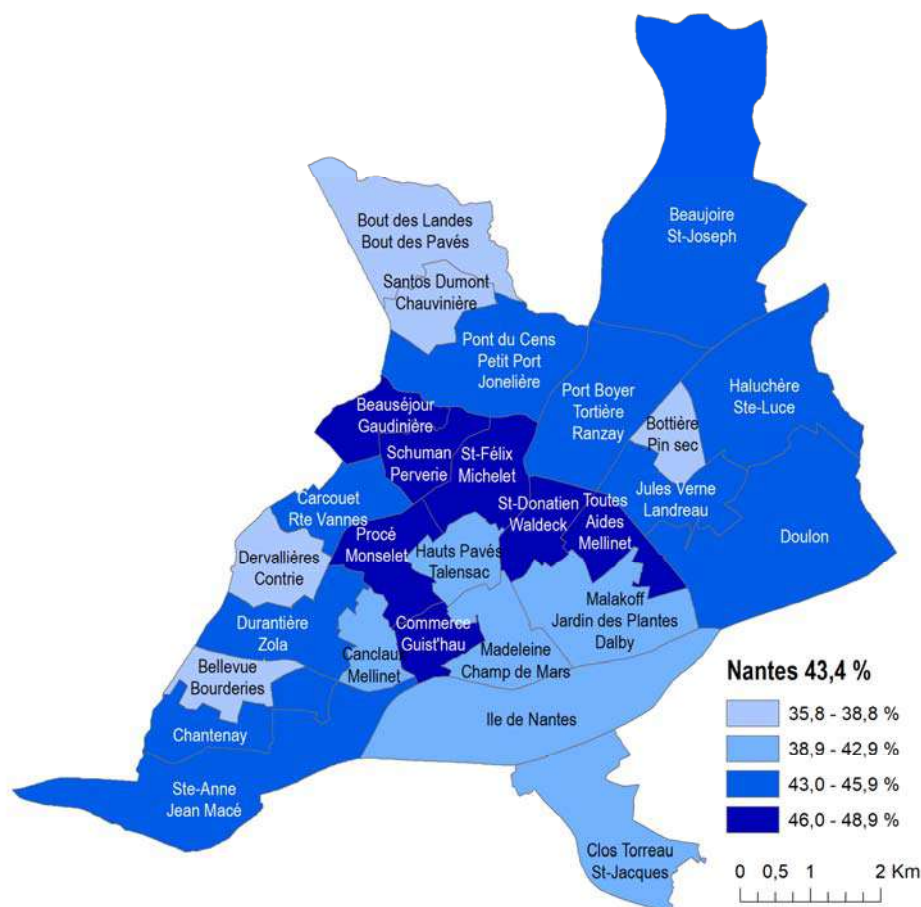
¹ Bénéficiaire du régime général ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois.

- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste varie de 35 % à 48 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude, à structure par âge comparable. Les taux les plus faibles concernent les micro-quartiers les moins favorisés ([Encadré 21](#)). Ce constat se retrouve si l'on considère le taux de recours à un chirurgien-dentiste chez les enfants de moins de 6 à 15 ans, avec des écarts entre micro-quartiers encore plus marqués (48 % à 70 %) ([Encadré 22](#)).

L'évolution du taux de recours au chirurgien-dentiste par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 21. **Proportion¹ de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois par micro-quartier²**
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	44%	Hauts Pavés/Talensac	42%
Beauséjour/Gaudinière	47%**	Ile de Nantes	41%***
Bellevue/Bourderies	36%**	Jules Verne/Landreau	45%***
Bottière/Pin Sec	37%**	Madeleine/Champ de Mars	41%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	35%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	41%***
Canclaux/Mellinet	42%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	43%
Carcouet/Route de Vannes	45%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	43%
Chantenay	45%**	Procé/Monselet	48%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	42%	Saint-Félix/Michelet	48%***
Commerce/Guist'hau	47%**	Sainte-Anne/Jean Macé	44%*
Dervallières/Contrie	38%**	Santos Dumont/Chauvinière	37%***
Doulon	45%*	Schuman/Perverie	47%***
Durantière/Zola	44%**	Saint-Donatien/Waldeck	47%***
Haluchère/Sainte-Luce	44%*	Toutes Aides/Mellinet	47%***
Nantes		43 %	

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'État.

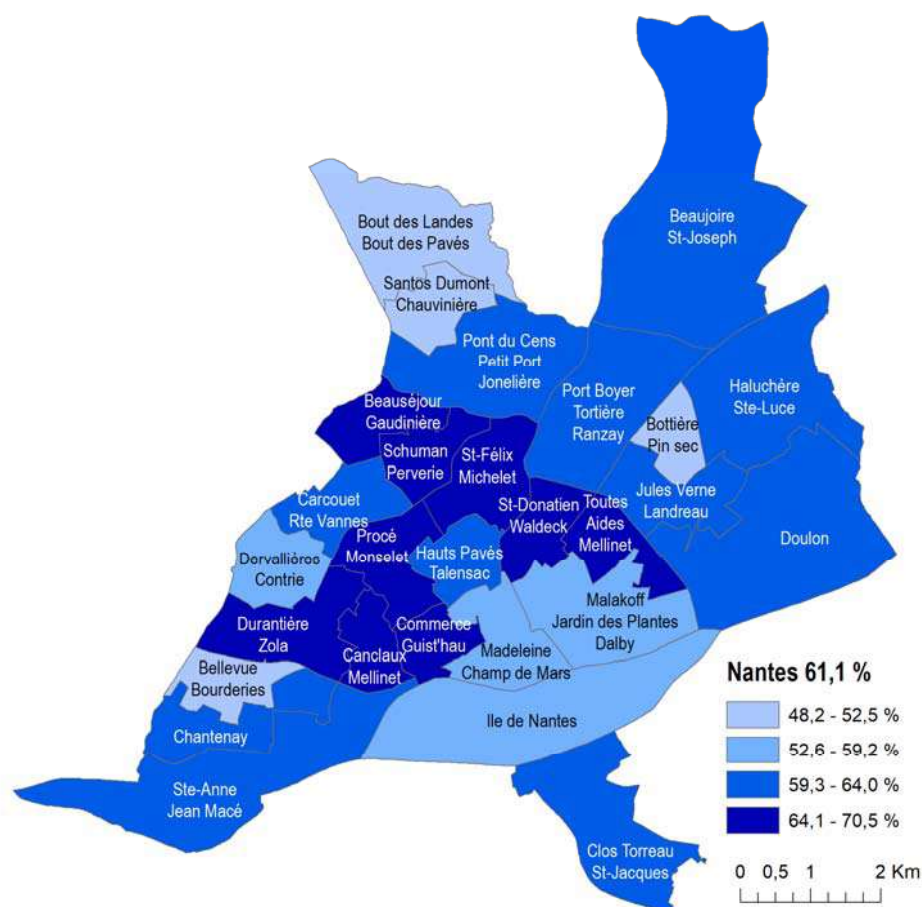
¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



ENCADRÉ 22. **Proportion d'enfants de 6 à 15 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois par micro-quartier¹**

Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	63%	Hauts Pavés/Talensac	62%
Beauséjour/Gaudinière	68%**	Ile de Nantes	56%**
Bellevue/Bourderies	48%**	Jules Verne/Landreau	62%
Bottière/Pin Sec	52%**	Madeleine/Champ de Mars	56%**
Bout des Landes/Bout des Pavés	48%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	59%
Canclaux/Mellinet	66%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	61%
Carcouet/Route de Vannes	59%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	62%
Chantenay	62%	Procé/Monselet	68%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	60%	Sainte-Anne/Jean Macé	63%
Commerce/Guist'hau	68%**	Saint-Félix/Michelet	70%***
Dervallières/Contrie	55%**	Santos Dumont/Chauvinière	52%***
Doulon	62%	Schuman/Perverie	68%***
Durantière/Zola	69%**	Saint-Donatien/Waldeck	68%***
Haluchère/Sainte-Luce	62%	Toutes Aides/Mellinet	67%***
Nantes		Nantes	61 %

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'État.

¹ Zonage Triris.



7.2 Prothèses dentaires

Un adulte sur 7 a bénéficié d'actes de prothèses dentaires au cours des deux dernières années

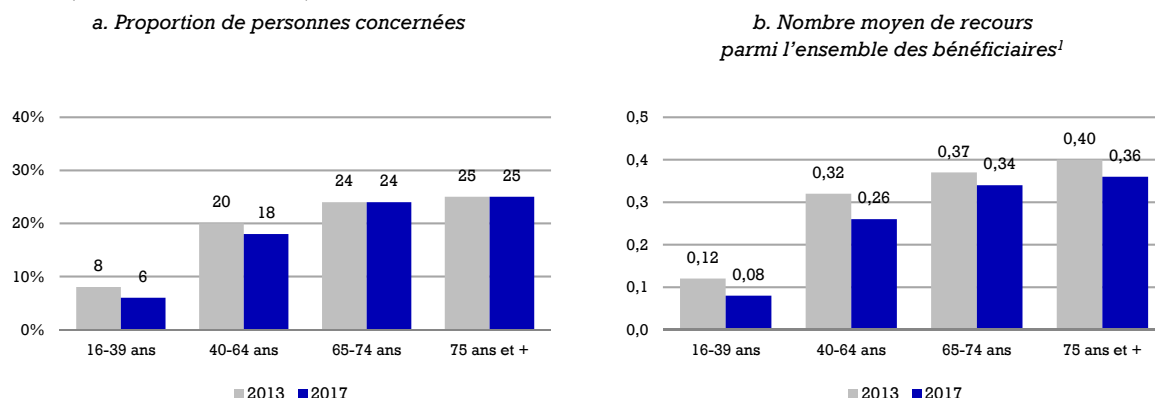
- 15 % des Nantais âgés de 16 ans et plus relevant du régime général ont bénéficié d'au moins un remboursement d'actes de prothèses dentaires⁴⁴ au cours des 24 derniers mois. Ce taux augmente avec l'âge, passant de 6 % chez les 16-39 ans à environ 25 % chez les 65 ans et plus (Fig118a).

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 deux dernières années (Fig118b).

Des actes de prothèses dentaires en baisse chez les moins de 65 ans entre 2013 et 2017

- La part de bénéficiaires d'un remboursement de prothèse dentaire est en légère baisse entre 2013 et 2017 (16 % vs 15 %), cette baisse concerne uniquement les moins de 65 ans : 8 % vs 6 % chez les 16-39 ans et 20 % vs 18 % chez les 40-64 ans (Fig118a).

Fig118. Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

Des actes de prothèses dentaires plus souvent remboursés chez les bénéficiaires de la CMU-C

- À 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 (19 % vs 12 % 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.

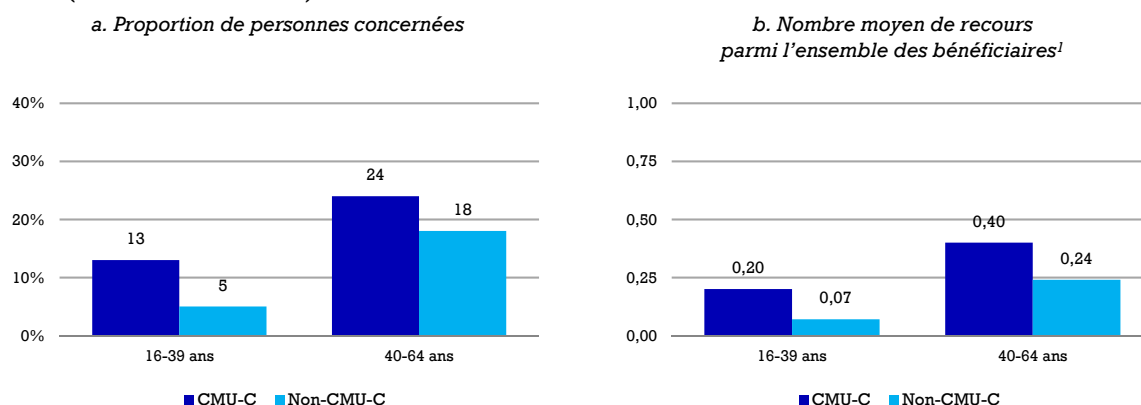
En outre, ce recours plus marqué des bénéficiaires de la CMU-C aux soins de prothèses dentaires concerne les 16-39 ans comme les 40-64 ans (Fig119).

Ces résultats sont analogues à ceux observés en 2013.

⁴⁴ 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.



Fig119. Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

Un moindre recours aux prothèses dentaires chez les personnes de plus de 65 ans des quartiers les moins favorisés

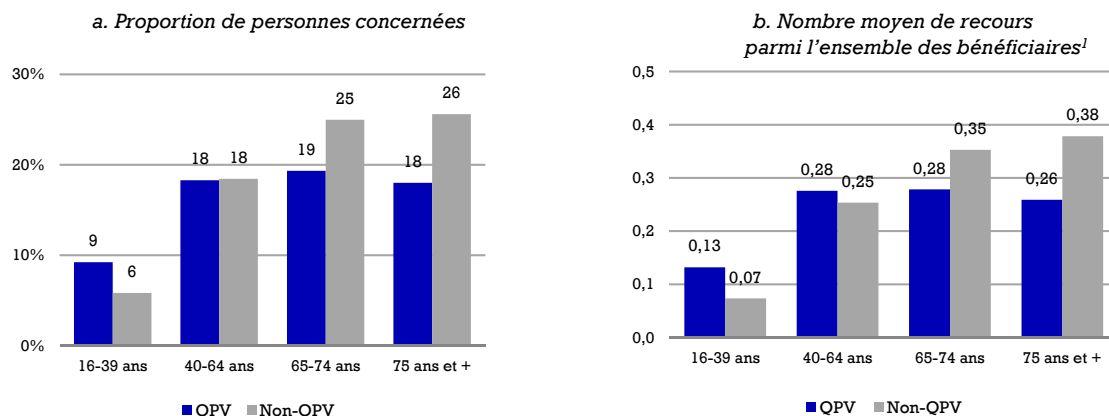
- La proportion de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'actes de prothèses dentaires et le nombre moyen de recours n'apparaissent pas différents entre les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville et ceux des autres quartiers de la ville, à structure par âge comparable (15 % vs 16 %) ([Annexe 9](#)).

- Des écarts sont toutefois observés selon l'âge ([Fig120](#)). Parmi les 16-39 ans, le recours à des soins de prothèses dentaires apparaît un peu plus élevé chez les habitants des QPV par rapport à ceux résidant dans un autre quartier. 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 QPV âgés de plus de 65 ans : 19 % 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 des QPV ($p < 0,001$).

- 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. Ces résultats sont analogues à ceux observés en 2013.



Fig120. Remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/07/2011-30/06/2013 et 01/01/2016-31/12/2017)

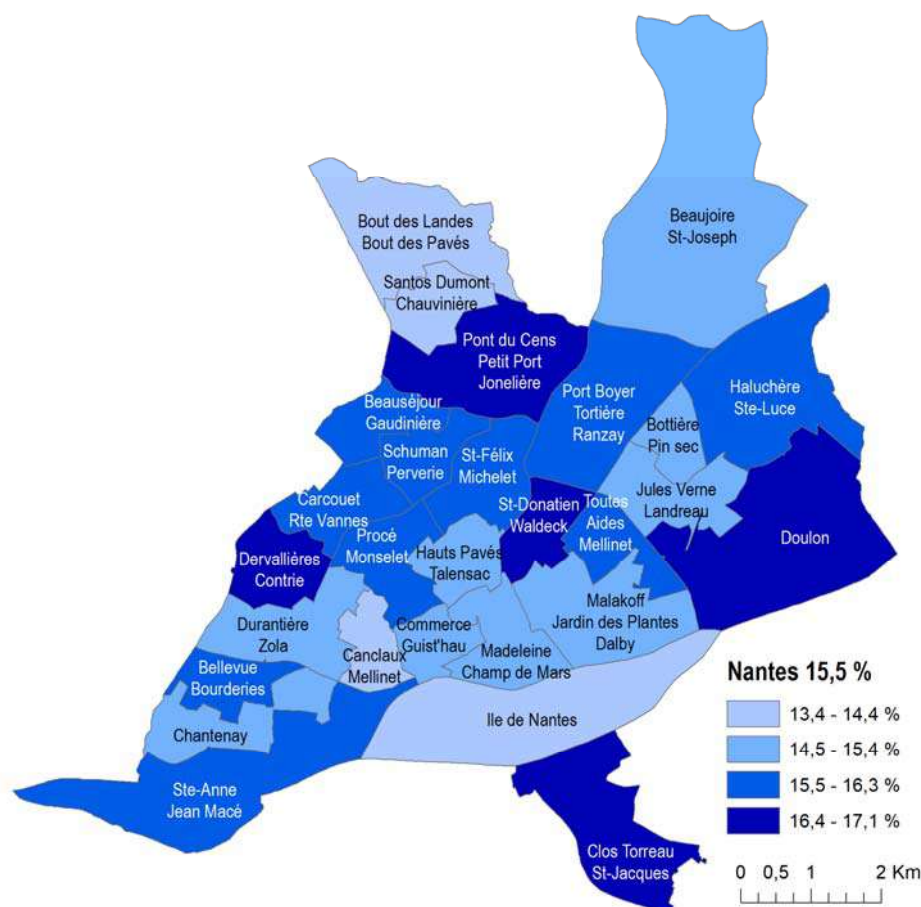


Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.
¹ Y compris non-consultants.

- La proportion de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'actes de prothèses dentaires varie assez peu selon les micro-quartiers de la ville, de 13 % à 17 % (à structure par âge comparable) ([Encadré 23](#)).
L'évolution de cette proportion par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 23. Proportion¹ de personnes de 16 ans et plus ayant bénéficié d'un remboursement d'actes de prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois par micro-quartier²
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	15%	Hauts Pavés/Talensac	14%
Beauséjour/Gaudinière	16%	Ile de Nantes	14%**
Bellevue/Bourderies	16%	Jules Verne/Landreau	15%
Bottière/Pin Sec	15%	Madeleine/Champ de Mars	14%
Bout des Landes/Bout des Pavés	13%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	15%
Canclaux/Mellinet	13%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	16%*
Carcouet/Route de Vannes	16%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	16%
Chantenay	15%	Procé/Monselet	16%
Clos Toreau/Saint-Jacques	16%*	Sainte-Anne/Jean Macé	15%
Commerce/Guist'hau	15%	Saint-Félix/Michelet	16%
Dervallières/Contrie	16%*	Santos Dumont/Chauvinière	14%*
Doulon	17%**	Schuman/Perverie	15%
Durantière/Zola	14%	Saint-Donatien/Waldeck	16%*
Haluchère/Sainte-Luce	16%	Toutes Aides/Mellinet	15%
Nantes			15 %

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



7.3 Soins d'orthodontie chez les enfants

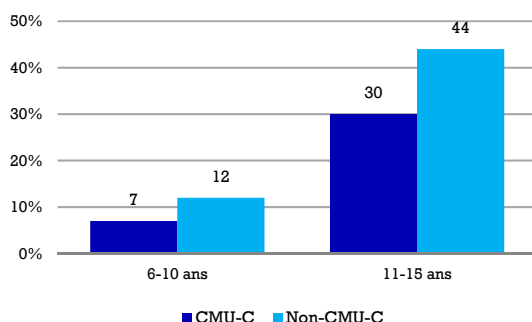
Un quart des enfants de 6-15 ans ont bénéficié de soins d'orthodontie au cours des deux dernières années

- 26 % des enfants nantais de 6-15 ans relevant du régime général ont bénéficié de soins d'orthodontie⁴⁵ au cours des 24 derniers mois : 11 % des 6-10 ans et 42 % 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 (17 % vs 28 % chez les 6-15 ans, $p < 0,001$). Ce constat concerne les 6-10 ans, comme les 11-15 ans (Fig121).

Fig121. 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 (01/01/2016-31/12/2017)



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

Un recours à l'orthodontie en légère augmentation entre 2013 et 2017

- La proportion d'enfants ayant bénéficié de soins d'orthodontie a légèrement augmenté en quatre ans (24 % en 2013 vs 26 % en 2017). Cette augmentation concerne à la fois les 6-10 ans (10 % vs 11 %) et les 11-15 ans (39 % vs 42 %).

Des disparités territoriales marquées, avec un moindre recours aux soins d'orthodontie chez les enfants des quartiers les moins favorisés

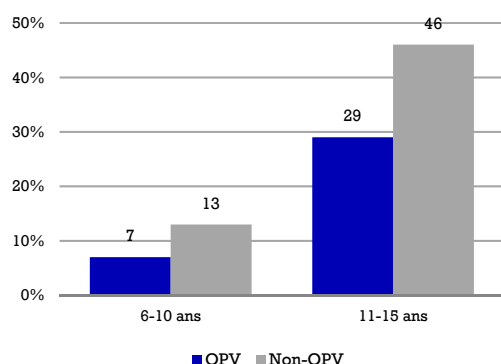
- Les enfants résidant dans les quartiers prioritaires de la ville sont près de deux fois moins nombreux que les enfants des autres territoires à avoir bénéficié de soins d'orthodontie au cours des deux dernières années (17 % vs 29 %, $p < 0,001$) (Fig122).

On note, par ailleurs, des écarts importants entre les QPV. Ainsi, les enfants résidant dans le quartier Le Ranzay présentent un taux de recours aux soins d'orthodontie (23 %) qui ne diffère pas significativement de la moyenne nantaise. À contrario, les enfants des QPV La Boissière et la Halvêque ont un recours à l'orthodontie particulièrement bas (respectivement 11 % et 12 %) (Annexe 9).

⁴⁵ 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) ».



Fig122. 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 quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



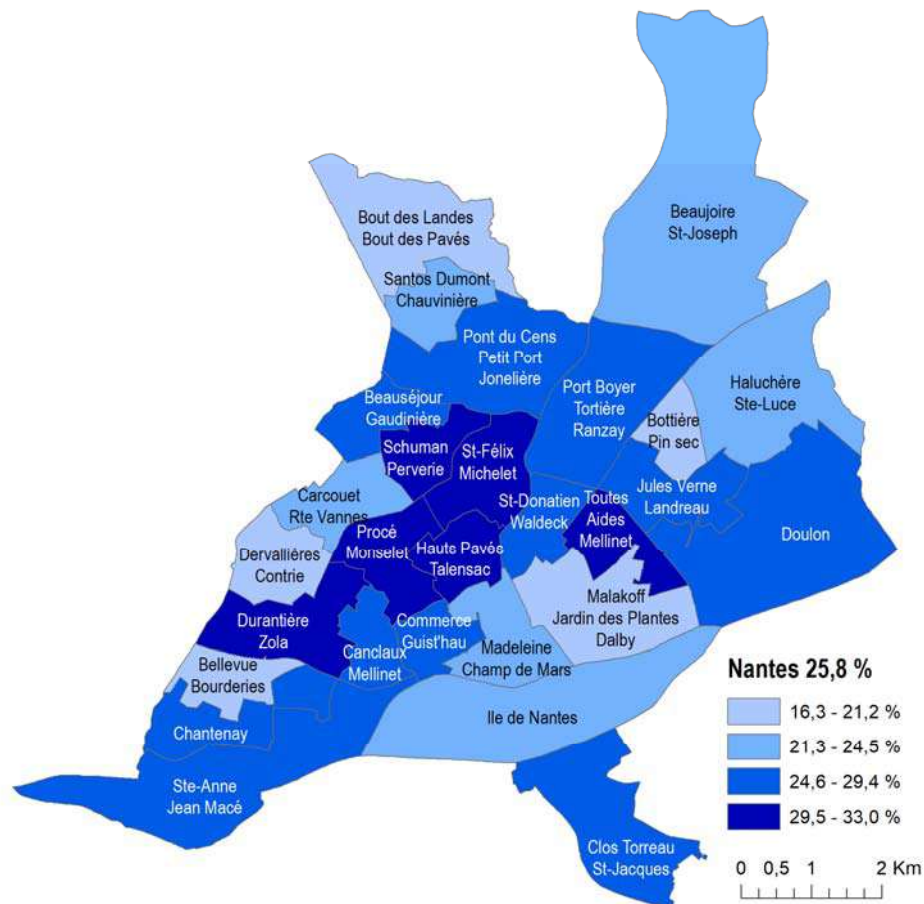
Source : CPAM Loire-Atlantique - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

Ce constat du moindre recours aux soins d'orthodontie des enfants résidant dans les QPV apparaît cohérent avec le moindre recours des enfants bénéficiaires de la CMU-C.

- La proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie varie de façon importante entre les vingt-huit micro-quartiers d'étude, de 16 % à 33 % ([Encadré 24](#)). Les taux les plus faibles sont observés chez les enfants résidant dans les micro-quartiers les moins favorisés et les taux les plus élevés concernent globalement les enfants des micro-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 30 à 55 % chez les 11-15 ans). L'évolution de cette proportion par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 24. **Proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois par micro-quartier¹**
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	24%	Hauts Pavés/Talensac	32%***
Beauséjour/Gaudinière	26%	Ile de Nantes	23%
Bellevue/Bourderies	20%**	Jules Verne/Landreau	27%
Bottière/Pin Sec	19%**	Madeleine/Champ de Mars	24%
Bout des Landes/Bout des Pavés	16%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	21%***
Canclaux/Mellinet	27%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	29%*
Carcouet/Route de Vannes	23%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	27%
Chantenay	27%	Procé/Monselet	33%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	27%	Sainte-Anne/Jean Macé	26%
Commerce/Guist'hau	28%	Saint-Félix/Michelet	31%**
Dervallières/Contrie	20%**	Santos Dumont/Chauvinière	22%*
Doulon	28%	Schuman/Perverie	30%**
Durantière/Zola	31%**	Saint-Donatien/Waldeck	28%
Haluchère/Sainte-Luce	23%	Toutes Aides/Mellinet	32%***
Nantes			26%

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'État.
¹ Zonage Triris.



8. Soins en ophtalmologie et soins d'optique

Éléments de contexte

Les soins en ophtalmologie ont pour objectif de prévenir et de traiter les pathologies de l'œil et de ses annexes. Ces affections couvrent un large éventail de problèmes de fréquence et de gravité variables, allant du trouble de la réfraction corrigé le plus souvent par le port de lunettes ou de lentilles, à des maladies pouvant conduire à la cécité.

Les troubles de la réfraction sont particulièrement fréquents - environ 60 % de la population porte des lunettes ou des lentilles - ce qui explique que l'ophtalmologiste soit l'un des médecins spécialistes les plus fréquemment consultés.

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. Ces pathologies, qui touchent principalement les personnes de plus de 50 ans, et auxquelles s'ajoute la presbytie (trouble de la réfraction), sont à l'origine d'importants besoins de soins ophtalmologiques pour cette population (92 % des plus de 65 ans portent des lunettes).

Les consultations d'ophtalmologie font l'objet des mêmes conditions de remboursement que les consultations de médecine générale. Par contre, 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 [72].

Précisions

Les résultats ci-après sont établis à partir des actes réalisés par les ophtalmologistes pris en charge par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent pas en compte ceux réalisés en consultations externes dans un établissement public de santé, ni ceux qui ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un remboursement individuel car intégrés dans le budget d'un établissement/service de santé ou médico-social.

8.1 Recours à l'ophtalmologiste

Quatre Nantais sur dix ont consulté un ophtalmologiste au cours des deux dernières années

- 41 % des Nantais relevant du régime général ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste 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 au cours des deux dernières années (Fig123a). En outre, le nombre moyen de recours à ce spécialiste augmente fortement à partir de cet âge. En moyenne sur une période de deux ans, les Nantais consultent un ophtalmologiste moins d'une fois avant 65 ans, 1,4 fois à 65-74 ans, et plus de 2 fois à partir de 75 ans (Fig123b).

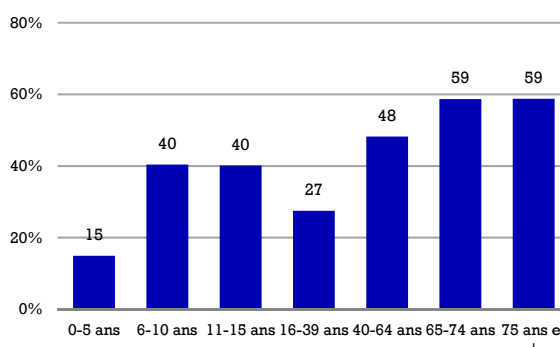
Si l'on considère les seuls consultants, le nombre moyen de recours varie assez peu selon l'âge avant 65 ans (entre 1,3 et 1,7), celui-ci augmente ensuite fortement au-delà. Il atteint 3,4 chez les 75 ans et plus.



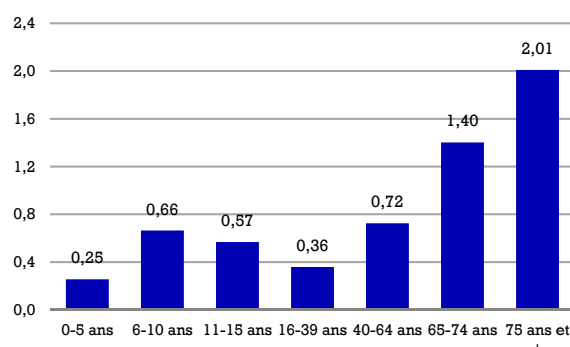
Fig123. Proportion de bénéficiaires ayant eu recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois selon l'âge

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)

a. Proportion de personnes concernées



b. Nombre moyen de recours parmi l'ensemble des bénéficiaires¹



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

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

¹ Y compris non-consultants.

Un recours plus fréquent chez les femmes à tous les âges, notamment chez les 11- 64 ans

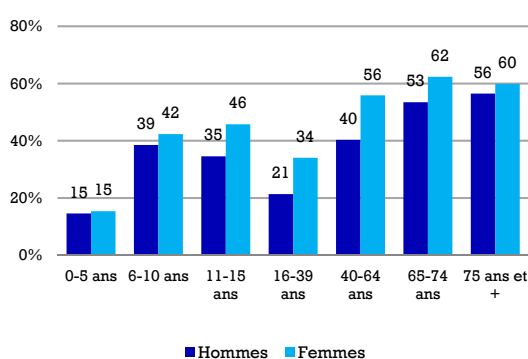
- Le fait d'avoir eu recours à un ophtalmologiste au moins une fois au cours des deux dernières années est plus fréquent chez les femmes (46 %) que chez les hommes (35 %), à structure par âge comparable.

Les différences hommes-femmes sont significatives pour toutes les classes d'âge, hormis chez les 0-5 ans. Les écarts les plus marqués concernent les 11-64 ans. Un constat analogue est observé si l'on considère le nombre moyen de recours (Fig124). 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 femmes et les hommes dans chaque classes d'âge.

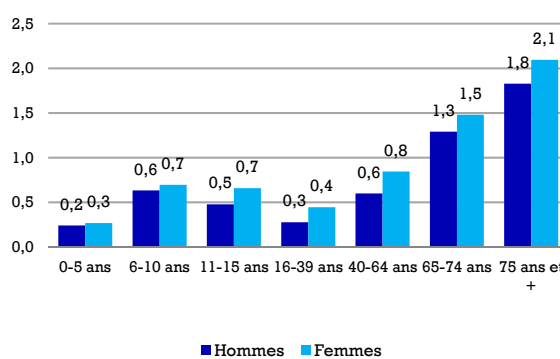
Fig124. Recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le genre

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)

a. Proportion de personnes concernées



b. Nombre moyen de recours parmi l'ensemble des bénéficiaires¹



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

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

¹ Y compris non-consultants.

Un moindre recours chez les bénéficiaires de la CMU-C

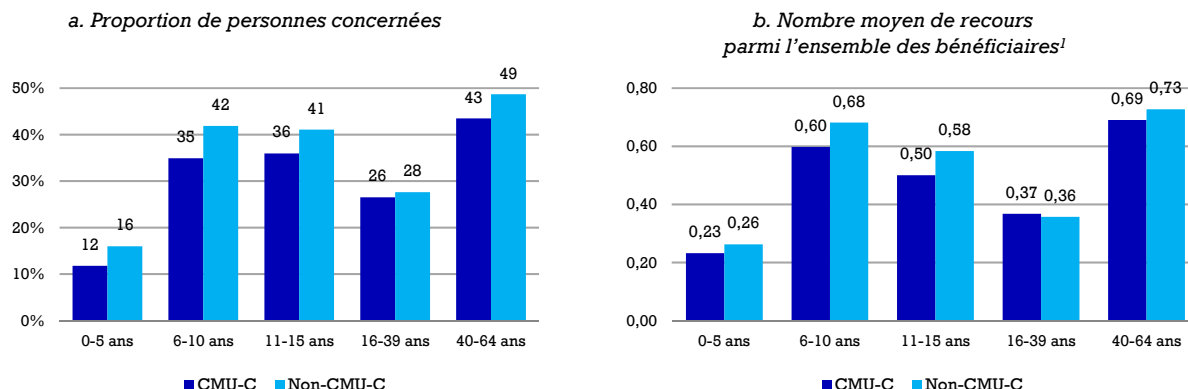
- À structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois au cours des deux dernières années à un ophtalmologiste (33 % vs 37 % chez les moins de 65 ans, $p < 0,001$). Ce moindre recours concerne toutes les classes d'âge (Fig125a).



Le nombre moyen de recours parmi les bénéficiaires est également plus faible chez les personnes à la CMU-C dans toutes les classes d'âge, à l'exception des 16-39 ans (Fig125b). En effet dans cette classe d'âge, le nombre moyen de recours parmi les consultants est légèrement supérieur chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires (1,4 vs 1,3 fois au cours des deux dernières années).

Fig125. Recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

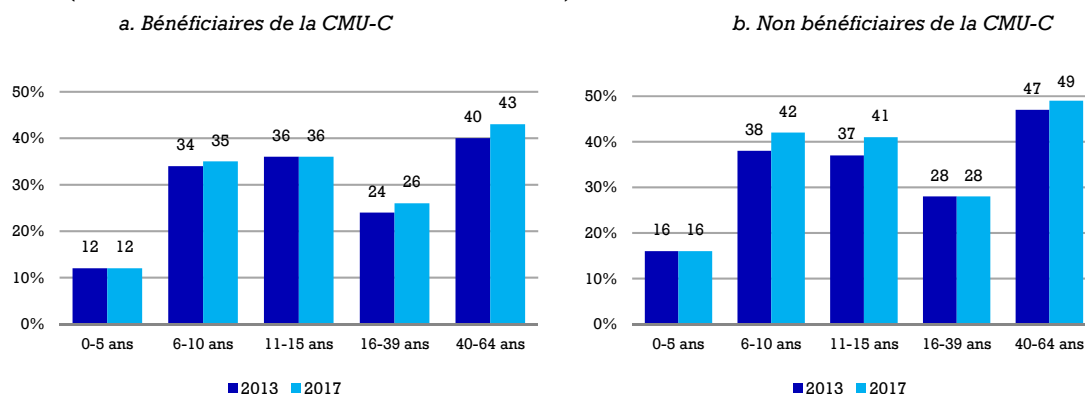
¹ Y compris non-consultants.

Un recours en légère augmentation, notamment chez les 6-15 ans

- Le taux de recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois a très légèrement augmenté entre 2013 et 2017 passant de 39 % à 41 %. L'augmentation la plus forte concerne les enfants entre 6 et 15 ans (36% en 2012-2013 vs 40% en 2016-2017). Néanmoins, cette augmentation du recours ne se retrouve pas chez les enfants bénéficiaires de la CMU-C. Après 16 ans, le taux de recours a progressé légèrement à la fois chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C (Fig126).

Fig126. Recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait de bénéficier ou non de la CMU-C

Nantes (01/07/2012-30/06/2013 et 01/01/2016-31/12/2017)



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

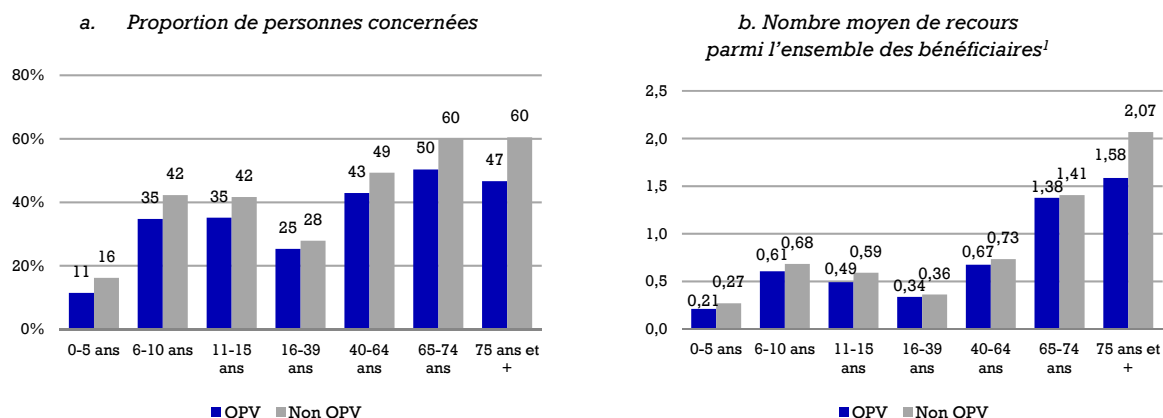
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

Un moindre recours parmi les habitants des quartiers les moins favorisés

- Le recours à un ophtalmologiste au cours des deux dernières années est globalement moins fréquent chez les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville à structure par âge comparable (36 % vs 42 %, $p < 0,001$; 0,58 recours en moyenne vs 0,70) (Annexe 9). Ce constat s'observe dans toutes les classes d'âge (Fig127).



Fig127. Recours à un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

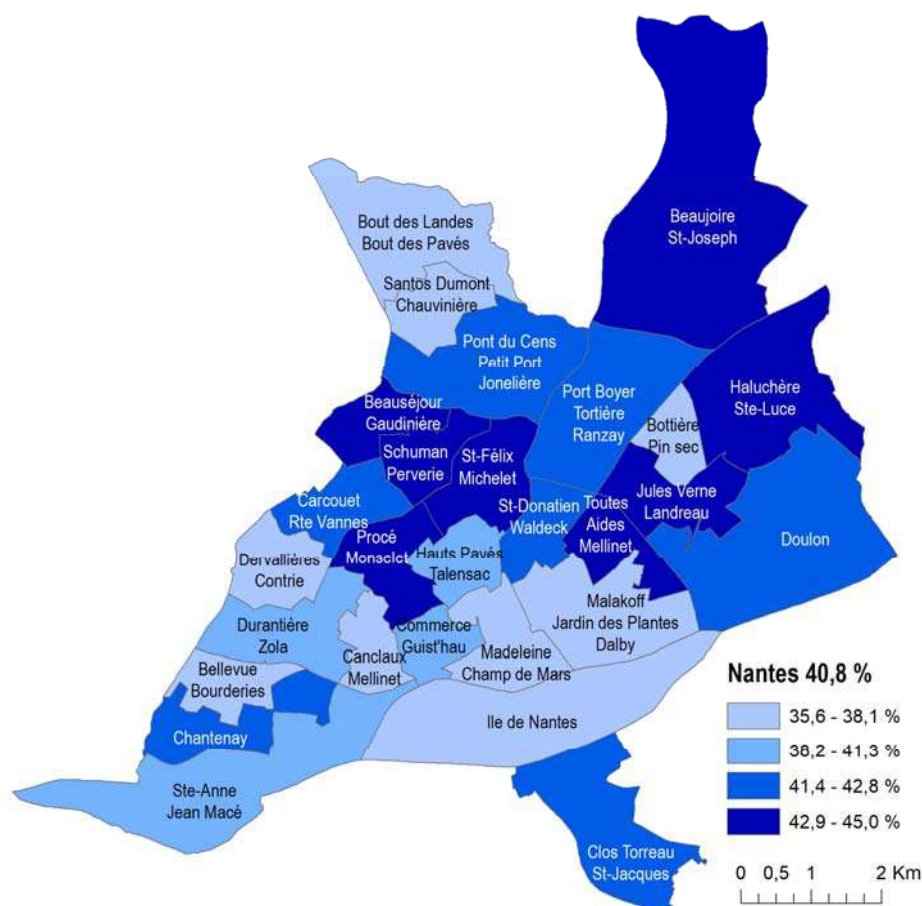
Ce constat du moindre recours à un ophtalmologiste des habitants des QPV, cohérent avec le moindre recours à ces professionnels des bénéficiaires de la CMU-C, doit toutefois être interprété avec précaution car ces situations peuvent être liées pour partie à des recours dans un cadre autre que libéral (notamment lors de consultations externes dans un établissement public).

- La proportion de bénéficiaires ayant consulté au moins une fois, au cours des deux dernières années, un ophtalmologiste varie de 35 à 44 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude. Les taux les plus faibles concernent globalement les habitants des micro-quartiers les moins favorisés ([Encadré 25](#)).

L'évolution des taux par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 25. **Proportion¹ de personnes ayant consulté un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois par micro-quartier²**
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	44%**	Hauts Pavés/Talensac	39%*
Beauséjour/Gaudinière	44%**	Ile de Nantes	38%***
Bellevue/Bourderies	37%**	Jules Verne/Landreau	44%***
Bottière/Pin Sec	37%**	Madeleine/Champ de Mars	35%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	35%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	36%***
Canclaux/Mellinet	38%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	41%
Carcouet/Route de Vannes	42%**	Port Boyer/Tortière/Ranzay	42%***
Chantenay	41%	Procé/Monselet	44%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	42%**	Sainte-Anne/Jean Macé	41%
Commerce/Guist'hau	41%	Saint-Félix/Michelet	44%***
Dervallières/Contrie	37%**	Santos Dumont/Chauvinière	37%***
Doulon	42%*	Schuman/Perverie	43%***
Durantière/Zola	40%	Saint-Donatien/Waldeck	42%**
Haluchère/Sainte-Luce	44%**	Toutes Aides/Mellinet	44%***
Nantes		41%	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.



8.2 Soins d'optique

Des soins d'optique en légère augmentation

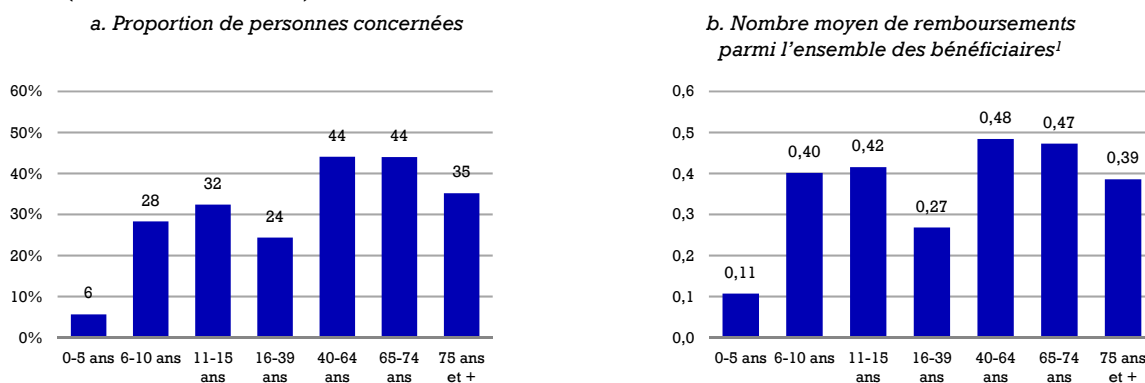
- 33 % des Nantais relevant du régime général ont bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes (verres et/ou monture) ou de lentilles⁴⁶ au cours des 24 derniers mois.

Ce taux varie selon l'âge, ce sont les personnes âgées entre 40 et 74 ans qui sont le plus souvent concernées (Fig128a).

Si l'on considère le nombre moyen de remboursements au cours des 24 derniers mois, une évolution selon l'âge globalement comparable est retrouvée (Fig128b).

Fig128. Remboursement de lunettes* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon l'âge

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

* Verres optiques ou monture.

Si l'on considère les seuls consommateurs, le nombre moyen de remboursements de paires de lunettes (ou de lentilles) au cours des 24 derniers mois est proche de 2 chez les 0-5 ans, soit une paire par an ; entre 6 et 15 ans, le nombre de paires de lunettes remboursées sur une période de 24 mois est de 1,3. Après 16 ans, une paire de lunette ou de lentilles est remboursée tous les deux ans en moyenne pour toutes les classes d'âge.

- La part des Nantais ayant eu un remboursement de lunettes ou lentilles au cours des 24 derniers mois a légèrement augmenté entre 2013 et 2017 passant de 30 % à 33 %. L'augmentation la plus forte concerne les bénéficiaires âgés de 65 à 74 ans (40 % en 2013 vs 44 % en 2017).

Un recours aux soins d'optique un peu plus faible chez les adultes bénéficiaires de la CMU-C

- À 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 (29 % vs 32 % chez les moins de 65 ans, $p < 0,001$).

Toutefois, ce constat concerne uniquement les classes d'âge entre 16 et 64 ans. On n'observe pas de différence significative chez les enfants (Fig129a).

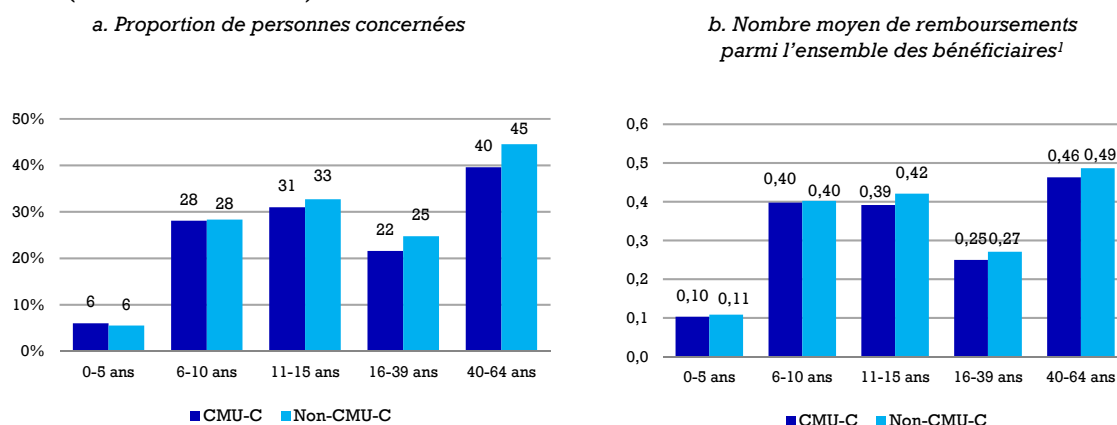
Des résultats similaires sont retrouvés si l'on considère le nombre moyen de remboursements au cours des deux dernières années (Fig129b).

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.

⁴⁶ 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) ».



Fig129. Remboursement de lunettes* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de bénéficier de la CMU-C
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

* Verres optiques ou monture.

Des soins d'optique moins fréquents chez les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville

• Les habitants des QPV sont en proportion moins nombreux à avoir bénéficié d'un remboursement de lunettes dans les deux dernières années (29 % vs 34 %, $p < 0,001$, à structure par âge comparable) (**Fig130**) (**Annexe 9**). Ce constat concerne quasiment toutes les classes d'âge, l'écart le plus marqué concerne les 65-74 ans (36 % vs 45 %) (**Fig131a**).

Si l'on considère le nombre moyen de recours, on observe un constat analogue (**Fig131b**).

Fig130. Remboursement de lunettes* ou de lentilles au cours des 24 derniers mois selon le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)

	% ¹	Nb moyen ¹ de remboursements	Nb moyen ¹ de remboursements parmi les consultants
QPV	29 %	0,33	1,19
Non-QPV	34 %	0,38	1,18
Total	33 %	0,38	1,18

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

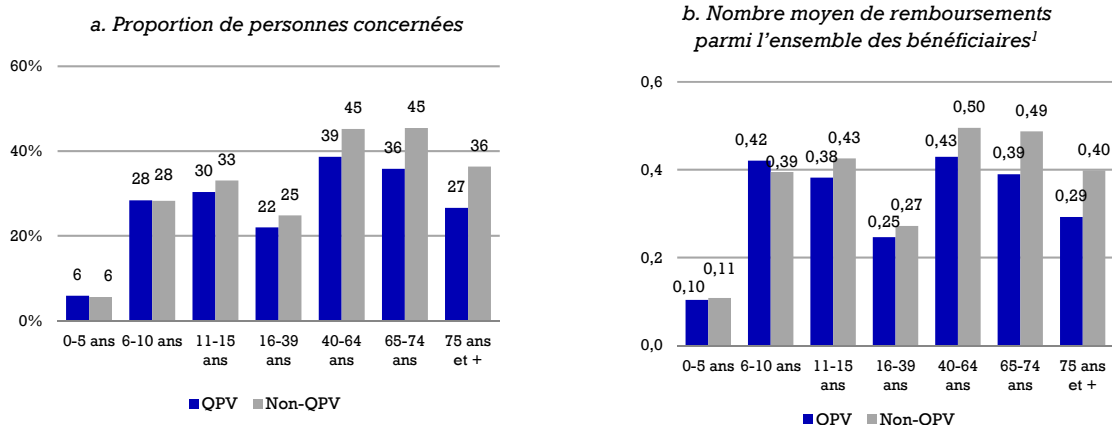
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes.

¹ Taux/nombre standardisé selon l'âge.

* Verres optiques ou monture.



Fig131. Remboursement de lunettes ou de lentilles* au cours des 24 derniers mois selon l'âge et le fait ou non de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)
Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



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

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

¹ Y compris non-consultants.

- À structure d'âge identique, la proportion de personnes ayant bénéficié d'un remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois varie de 29 à 37 % selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude.

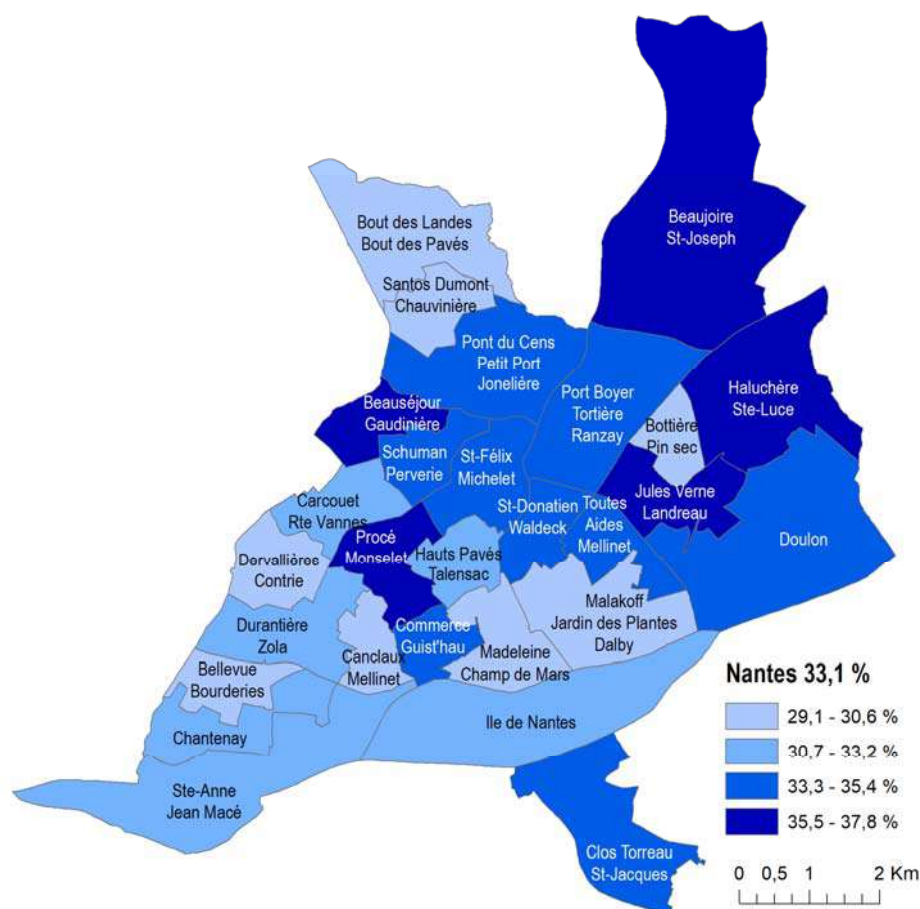
Les taux les plus faibles sont observés parmi les habitants des micro-quartiers les moins favorisés ([Encadré 26](#)).

L'évolution de ce taux par micro-quartier est présentée en [Annexe 10](#).



ENCADRÉ 26. **Proportion¹ de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes* au cours des 24 derniers mois par micro-quartier²**

Nantes (01/01/2016-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	36%**	Hauts Pavés/Talensac	31%***
Beauséjour/Gaudinière	35%**	Ile de Nantes	32%*
Bellevue/Bourderies	29%**	Jules Verne/Landreau	36%***
Bottière/Pin Sec	30%**	Madeleine/Champ de Mars	30%***
Bout des Landes/Bout des Pavés	29%**	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	30%***
Canclaux/Mellinet	30%**	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	33%
Carcouet/Route de Vannes	33%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	34%***
Chantenay	32%	Procé/Monselet	35%***
Clos Toreau/Saint-Jacques	34%**	Sainte-Anne/Jean Macé	32%
Commerce/Guist'hau	34%*	Saint-Félix/Michelet	35%***
Dervallières/Contrie	29%**	Santos Dumont/Chauvinière	30%***
Doulon	34%*	Schuman/Perverie	35%**
Durantière/Zola	32%	Saint-Donatien/Waldeck	33%
Haluchère/Sainte-Luce	37%**	Toutes Aides/Mellinet	35%***
Nantes		33 %	

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'État.

¹ Proportion standardisée selon l'âge.

² Zonage Triris.

* Verres optiques ou monture.



9. Recours à l'orthophoniste chez les enfants

Éléments de contexte

Les soins en orthophonie visent à prévenir et prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression.

Chez les enfants, les séances d'orthophonie sont notamment prescrites dans des situations de retard d'expression, de bégaiement, de déficience auditive, et en cas de troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...). Ces derniers sont particulièrement répandus (ils concerneraient 5 à 6 % des enfants), et constituent de ce fait le principal motif de recours à l'orthophoniste [73].

La réalisation d'un bilan et d'une rééducation orthophonique se font sur prescription médicale, le plus souvent par un médecin généraliste, parfois par un pédiatre.

Précisions

Les résultats ci-après sont établis à partir des actes d'orthophonistes remboursés à titre individuel par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent donc pas en compte ceux qui ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un remboursement car intégrés dans le budget d'un établissement ou service d'éducation, de santé ou médico-social.

Un recours à l'orthophonie un peu plus élevé chez les enfants bénéficiaires de la CMU-C

- 17 % des enfants nantais de 6-10 ans affiliés au régime général, ont consulté un orthophoniste au cours des douze derniers mois.

Chaque enfant bénéficiant de soins d'orthophonie réalise en moyenne 21,1 séances dans l'année (bilan orthophonique compris).

- La proportion des enfants nantais de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste au cours des douze derniers mois a augmenté depuis 2013 (15 % vs 17 % en 2017). Le nombre moyen de séances effectuées au cours d'une année a lui aussi augmenté sur cette période (17,8 en 2013 vs 21,1 en 2017). L'augmentation du recours annuel à un orthophoniste entre 2013 et 2017 concerne à la fois les enfants bénéficiaires de la CMU-C et les autres enfants.

- Les enfants couverts par la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres enfants à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste (21 % vs 16 %).

Le nombre moyen de recours annuel par enfant concerné, celui-ci apparaît également plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (24 vs 20 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C). Ce constat a déjà été observé en 2013.

Des disparités territoriales marquées

- Le taux de recours annuel des enfants résidant dans les quartiers prioritaires de la ville ne diffère pas de celui des autres enfants. Parmi les consultants, les enfants résidant dans un QPV ont en moyenne 4 séances de plus au cours de l'année que ceux des autres quartiers (24 séances vs 20 séances).

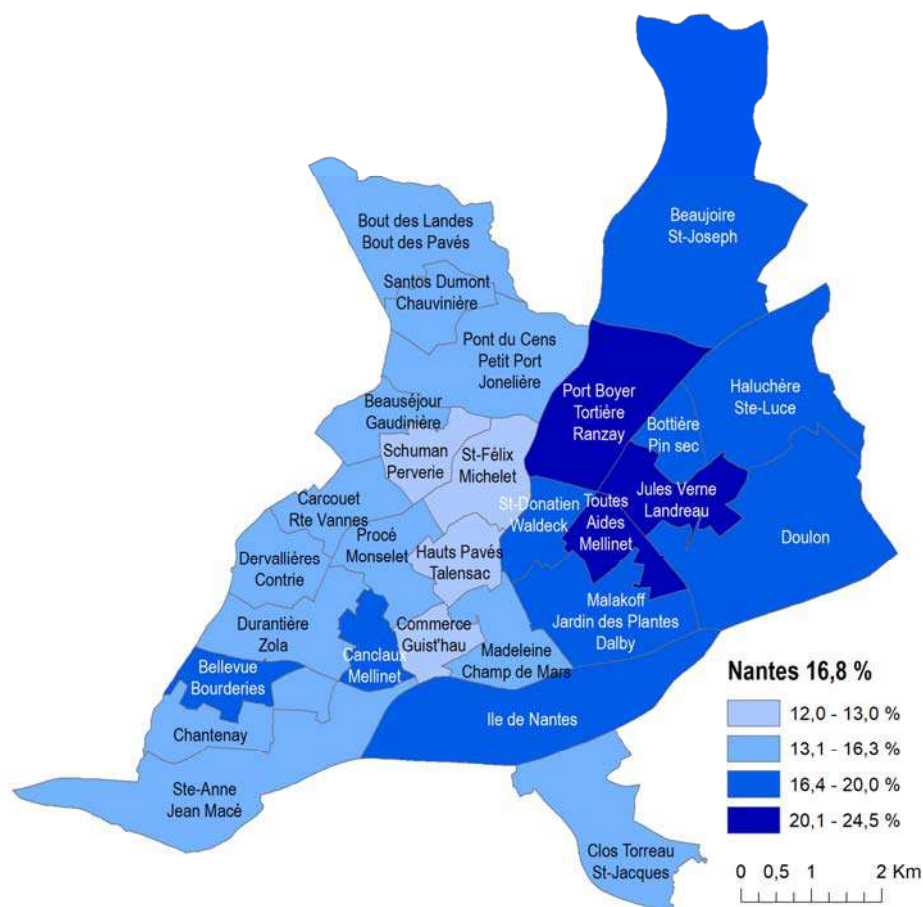
Les écarts sont toutefois importants entre les QPV : 12 % des enfants résidant dans le quartier de la Petite Sensive et 13 % de ceux résidant dans celui des Dervallières ont consulté un orthophoniste dans l'année vs 25 % des enfants résidant dans le quartier du Ranzay et 22 % de ceux résidant dans le quartier Port Boyer (Annexe 9).

- La proportion d'enfants de 6-10 ans ayant consulté un orthophoniste au cours des douze derniers mois varie de façon importante selon les vingt-huit micro-quartiers d'étude, de 11 à 24 % (Encadré 27).

L'évolution de cette proportion par micro-quartier est présentée en Annexe 10.



ENCADRÉ 27. Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant eu recours à un orthophoniste au cours des douze derniers mois par micro-quartier¹
Nantes (01/01/2017-31/12/2017)



Beaujoire/Saint-Joseph	18%	Hauts Pavés/Talensac	12%*
Beauséjour/Gaudinière	15%	Ile de Nantes	17%
Bellevue/Bourderies	19%	Jules Verne/Landreau	24%***
Bottière/Pin Sec	18%	Madeleine/Champ de Mars	15%
Bout des Landes/Bout des Pavés	14%	Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	17%
Canclaux/Mellinet	17%	Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	15%
Carcouet/Route de Vannes	15%	Port Boyer/Tortière/Ranzay	21%**
Chantenay	14%	Procé/Monselet	14%
Clos Toreau/Saint-Jacques	14%	Sainte-Anne/Jean Macé	14%
Commerce/Guist'hau	12%	Saint-Félix/Michelet	11%*
Dervallières/Contrie	16%	Santos Dumont/Chauvinière	16%
Doulon	20%	Schuman/Perverie	12%
Durantière/Zola	14%	Saint-Donatien/Waldeck	16%
Haluchère/Sainte-Luce	16%	Toutes Aides/Mellinet	21%*
Nantes			17%

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'État.
¹ Zonage Triris.



Références bibliographiques et sources

- [1] Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.
- [2] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. [En ligne]. <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- [3] Drees, Santé publique France. (2017). État de santé global de la population. In *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. pp. 71-93.
- [4] ORS Pays de la Loire. (2014). Observation de la santé des Nantais. 160 p.
- [5] Onzus. (2009). Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles. Les éditions de la DIV. 150 p.
- [6] 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.
- [7] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, *et al.* (2018). Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 21. pp. 442-448.
- [8] Centre international de recherche sur le cancer. (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 271 p.
- [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] INCa. Les cancers. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/>.
- [11] HAS, Commission de la transparence. (2014). Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Rapport d'évaluation. 91 p.
- [12] INCa. Cancer du sein. Facteurs de risque. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>.
- [13] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, *et al.* (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides. *InVS*. 274 p.
- [14] Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, *et al.* (2017). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Santé publique France. 80 p.
- [15] INCa. Cancer du côlon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Facteurs-de-risque>.
- [16] Centre de lutte contre le cancer Léon Bernard. Cancer Environnement : Portail sur les risques de cancer en lien avec des expositions environnementales, professionnelles ou des comportements individuels. [En ligne]. <http://www.cancer-environnement.fr/>.
- [17] INCa. Cancer du poumon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque>.
- [18] INCa. (2017). Radon. Facteurs de risque. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Environnement/Radon>.
- [19] INCa. Tabac. Réduire les risques de cancer. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac>.
- [20] INCa. Cancer des voies aérodigestives supérieures. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-des-voies-aerodigestives-superieures>.
- [21] Loomis D, Huang W, Chen G. (2014). The International Agency for Research on Cancer (IARC) evaluation of the carcinogenicity of outdoor air pollution: focus on China. *Chinese Journal of Cancer*. vol. 33, n° 4. pp. 189-196.
- [22] HCSP. (2015). Santé en France. Problèmes et politiques. Éd. La Documentation française. 175 p.
- [23] Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, *et al.* (2008). Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. *InVS*. n° 43. pp. 409-413.
- [24] Santé publique France. (2018). Prévalence et incidence du diabète. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>.
- [25] Institut Pasteur. (2009). Tuberculose. [En ligne]. <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/tuberculose>.
- [26] 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.
- [27] Girard D, Antoine D, Che D. (2014). Epidemiology of pulmonary tuberculosis in France. Can the hospital discharge database be a reliable source of information? *Médecine et Maladies Infectieuses*. vol. 44, n° 11-12. pp. 509-514.
- [28] Ollivier R, Hubert B. (2018). Surveillance de la tuberculose en Pays de la Loire 2005-2016. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire Pays de la Loire*. n° 45. 11 p.



- [29] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, *et al.* (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 16-17-18. pp. 163-168.
- [30] Paille F, Reynaud M. (2015). L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 24-25. pp. 440-449.
- [31] OFDT. (2018). Médicaments psychotropes. Synthèse thématique. [En ligne]. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>.
- [32] OMS. (2012). La démence. *Aide-mémoire*. n° 362. 3 p.
- [33] 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.
- [34] Inserm. (2007). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux, sociétaux. Expertise collective. Les éditions Inserm. 654 p.
- [35] 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.
- [36] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, *et al.* (2010). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. InVS. 8 p.
- [37] Courtet P. (2010). Suicides et tentatives de suicide. Éd. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.
- [38] Paget LM, Thélot B. (2017). Les accidents de la vie courante en France métropolitaine selon l'Enquête santé et protection sociale 2012. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 32. pp. 660-667.
- [39] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2018). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. 189 p.
- [40] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.
- [41] Cole TJ, Lobstein T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*. vol. 7, n° 4. pp. 284-294.
- [42] Plateforme Aapriiss. (2018). La santé des Nantais. Les inégalités sociales de santé. 39 p.
- [43] Esen (Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle), Santé publique France. (2017). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Corpulence. 42 p.
- [44] Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T. (2015). La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*. Drees. n° 920. 6 p.
- [45] ORS Pays de la Loire. (2017). Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans). In *La santé des habitants des Pays de la Loire*. pp. 53-92.
- [46] 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.
- [47] HAS. (2010). Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations. 26 p.
- [48] UFSBD. (2014). Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé. 22 p.
- [49] Cnam. (2018). M'T dents : des rendez-vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>.
- [50] Folliguet M. (2006). Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Direction générale de la santé. 41 p.
- [51] ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.
- [52] Drees. (2012). Renoncement aux soins. Actes du colloque. 150 p.
- [53] Fonds CMU-C. Bénéficiaires de la CMU-C. [En ligne]. http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php.
- [54] Fonds CMU-C. (2018). Rapport d'activité 2017. 124 p.
- [55] Fonds CMU-C. (2018). Vllème rapport d'évaluation de la loi CMU 2016. 193 p.
- [56] 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.
- [57] Alberola É, Brice L, Maes C, *et al.* (2017). La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours. Appel à projets de recherche (n°1-2014). Credoc, Fonds CMU-C. 106 p.
- [58] Cnam. Site de l'Assurance maladie. [En ligne]. <https://www.ameli.fr>.
- [59] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. N° 14. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.
- [60] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.
- [61] ORS Pays de la Loire. (2016). Sages-femmes. In *La santé observée dans les Pays de la Loire*. 10 p.
- [62] INCa. (2014). Plan cancer 2014-2019. 152 p.
- [63] Santé publique France. Site vaccination-info-service.fr. [En ligne]. <https://vaccination-info-service.fr/>.



- [64] INCa. (2013). Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus (Fiches repère). 8 p.
- [65] Santé publique France. (2017). Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. n° 2-3. pp. 23-65.
- [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] Équipes de surveillance de la grippe. (2017). Surveillance de la grippe en France, saison 2016-2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 22. pp. 466-475.
- [71] Santé publique France. Grippe. Couverture vaccinale. Données par groupe d'âge. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe>.
- [72] Célant N, Guillaume S, Rochereau T. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Irdes. 302 p.
- [73] Inserm. (2007). Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Expertise collective. Les éditions Inserm. 842 p.



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 ALD₃₀ (hors ALD n°31 et 32) pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants), qui couvrent plus de 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.

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'ALD₃₀, ou à partir du code CIM10 renseigné en étiologie de l'ALD, regroupé selon les chapitres et sous-chapitres de la CIM10.

Indicateurs

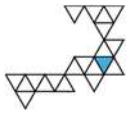
- L'effectif d'admissions est la moyenne des effectifs des admissions sur une période de trois ans (2012-2014 pour la période la plus récente).
- Le taux d'admissions en ALD standardisé sur l'âge est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici, France métropolitaine RP 2006). Son calcul est réalisé selon la méthode dite directe sur une période de trois ans, et se base sur les taux d'admissions 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 d'admissions 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 : Nantes, Loire-Atlantique hors Nantes, autres villes françaises...) 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'admissions 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 (2012-2014 pour la période la plus récente).

Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population.

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.



Limites

Les taux standardisés et indices comparatifs d'admissions en ALD permettent d'analyser les évolutions et les disparités territoriales en neutralisant les effets de structure par âge.

Toutefois, la morbidité n'est pas le seul facteur explicatif des écarts observés après ajustement sur l'âge. En effet, le nombre de personnes en ALD pour une pathologie peut différer du nombre de personnes atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants : existence d'une autre maladie exonérante déjà reconnue et englobant la prise en charge de la nouvelle affection (ex : patient initialement exonéré pour diabète et développant une maladie cardiovasculaire), exonération du ticket modérateur à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médico-social...), 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 ou de traitement, 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. Il faut souligner également que, pour certaines pathologies, le motif d'admissions retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral ou hémiplégie par exemple).

Par ailleurs, l'évolution du nombre d'admissions en ALD et son interprétation sont sensibles aux modifications réglementaires, mais aussi à toutes actions ou programmes nouveaux visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible :

- en 2011, les conditions d'admissions (impact sur l'incidence estimée) ou de durée (impact sur la prévalence) des ALD ont été modifiées (décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011). L'hypertension artérielle (HTA) sévère a en outre été supprimée de la liste des ALD (décret n° 2011-726 du 24 juin 2011). Cette suppression n'a concerné que les admissions, et pas les patients déjà en ALD pour HTA, mais elle a provoqué une rupture dans les séries en 2012, en raison du nombre important de personnes concernées.
- en 2000 a été instaurée une majoration « maintien à domicile » pour les visites réalisées par les médecins généralistes auprès des personnes en ALD âgées de 75 ans et plus, dont l'impact sur les admissions des personnes âgées a été marqué.
- s'agissant plus particulièrement des demandes d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, leur augmentation marquée pourrait être due, au moins pour partie, à une meilleure reconnaissance de ces troubles, liée elle-même à une meilleure reconnaissance du handicap psychique (loi de 2005) et à la montée en charge du PMSI psychiatrie.



► 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^e révision entre 1979 et 1999, 10^e 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. Les données des années 2000 à 2013 sont issues des bases de données de l'Inserm CépiDc mises à disposition par la Fnors (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé), et celles des années 2014 et 2015 sont extraites des bases de données de l'Inserm CépiDc disponibles dans le Système national des données de santé (SNDS).

Indicateurs

L'effectif de décès est la moyenne des effectifs de décès sur une période de trois ans (2013-2015 pour la période la plus récente).

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, France métropolitaine RP 2006). 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 (2012-2014 pour la période la plus récente). 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. Dans le cadre de cette étude, le Registre a mis à disposition des données d'incidence des cancers concernant la population nantaise et celle du reste du département de la Loire-Atlantique pour trois périodes (2004-2006, 2008-2010, 2012-2014).

Indicateurs

L'effectif de nouveaux cas de cancers est la moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués sur une période de trois ans 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, 2008-2010 et 2012-2014. Pour la France métropolitaine, ont été considérés les taux



standardisés des estimations nationales d'incidence des années 2005, 2010 et 2012 publiées en 2013⁴⁷.

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 sur une période de trois ans (2012-2014 pour la période la plus récente) 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 par classe d'âge, issus des estimations nationales publiées en 2013.

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.

► ANALYSE DES DONNÉES DE LA CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE

Champ des données

- Les données présentées dans ce document concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droits) relevant du régime général domiciliés à Nantes au 31/12/2017, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et hors bénéficiaires de l'aide médicale d'État (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 et un service de la ville de Nantes (après accord de la CNIL). Les bénéficiaires pour lesquels l'adresse était inconnue ou imprécise ont été exclus de l'analyse (correspondant à environ 4 % 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 en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

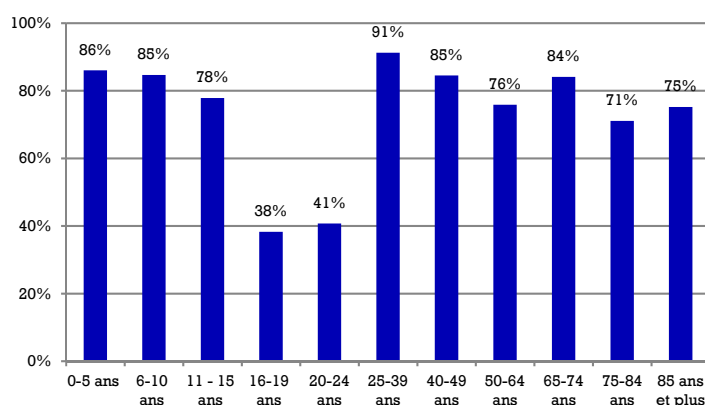
- Les données étudiées concernent au total 229 407 personnes, soit environ 76 % de la population nantaise.

Ce taux de couverture varie de 38 % à 91 % selon les classes d'âge. Chez les moins de 15 ans, ce taux est supérieur à 80 %. Il est inférieur à 41 % 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.

⁴⁷ 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.



Taux de couverture du régime général (hors SLM et AME) selon l'âge Nantes (31/12/2017)



Sources : CPAM de Loire-Atlantique, Insee (RP2015) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes et aide médicale d'État.

Effectif de bénéficiaires du régime général (hors SLM et AME) selon l'âge et le sexe Nantes (31/12/2017)

	Hommes	Femmes	Total
0-5 ans	9 233	8 908	18 141
6-10 ans	6 548	6 316	12 864
11-15 ans	5 880	5 834	11 714
16-19 ans	3 970	3 483	7 453
20-24 ans	7 065	7 321	14 386
25-39 ans	34 731	31 961	66 692
40-49 ans	15 703	14 505	30 208
50-64 ans	16 230	18 371	34 601
65-74 ans	6 900	9 700	16 600
75-84 ans	3 662	6 399	10 061
85 ans et +	1 697	4 990	6 687
Total	111 619	117 788	229 407

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

- 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 données de recours aux soins prennent en compte les actes réalisés par un professionnel de santé libéral ou salarié, à l'exception des actes réalisés dans certaines structures de soins :
 - les actes et consultations externes en établissements de santé publics et Espic, qui n'effectuent pas la facturation individuelle (FIDES)
 - 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'examens de santé,
 - les soins délivrés dans le cadre de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass),
 - les recours aux urgences sans hospitalisation,
 - les soins réalisés en EHPAD dans le cadre du forfait de soin (partiel ou global)
 - les soins réalisés les établissements ne facturant pas à l'assurance maladie.

Ces données sont rapportées au lieu de domicile du bénéficiaire.



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,

De façon globale, les indicateurs ont été étudiés selon différents critères :

- la classe d'âge du bénéficiaire,
- le sexe,
- le bénéfice 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 ou micro-quartiers, qui correspond à un regroupement d'Iris ([Annexe 2](#)), et selon le zonage en quartiers prioritaires de la politique de la ville QPV/non-QPV ([Annexe 1](#)).

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. Chaque Triris comporte entre 4 795 à 13 655 bénéficiaires du régime général.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville regroupent les douze quartiers suivants : Bellevue, Bottière/Pin Sec, Bout des Landes/Bout des Pavés/Chêne des Anglais, La Boissière, La Halvêque, La Petite Sensive, Le Breil, Le Clos Toreau, Le Ranzay, Les Dervallières, Malakoff, Port Boyer.

Ces douze quartiers comportent au total 39 944 bénéficiaires du régime général (hors sections locales mutualistes). Chaque QPV comporte entre 1 040 à 9 504 bénéficiaires du régime général.

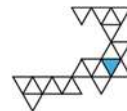
Le recours aux soins varie notamment selon l'âge. Les indicateurs étudiés ont donc été standardisés sur l'âge, lorsque cela était possible et justifié, le plus souvent sur la base de classes d'âge assez larges : 0-5 ans, 6-10 ans, 11-15 ans, 16-19 ans, 20-24 ans, 25-39 ans, 40-49 ans, 50-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus.

À défaut d'effectifs suffisants à l'échelle infracommunale, des classes d'âges de standardisation ont été regroupées pour certains indicateurs. 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 %.

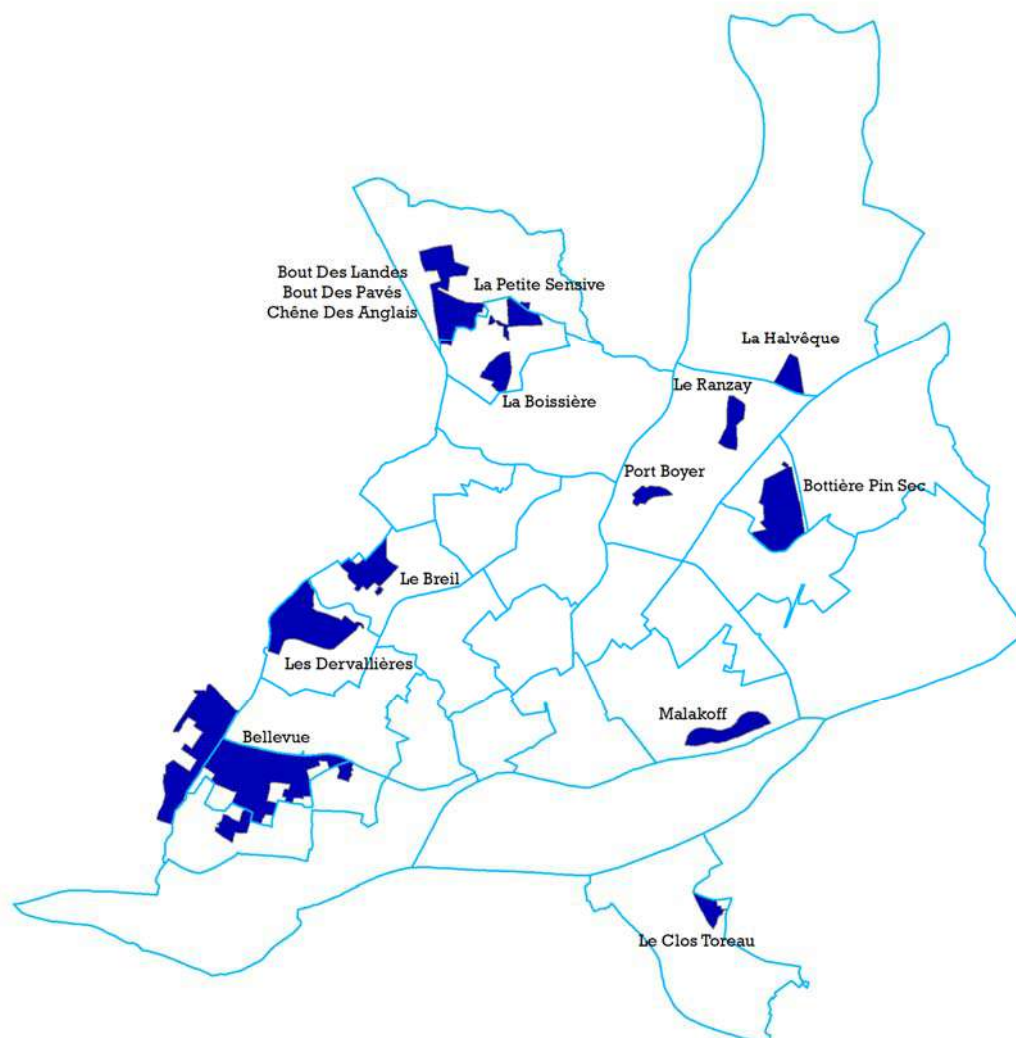
Une cartographie par Triris a été réalisée pour un certain nombre d'indicateurs.

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.



Annexes

Annexe 1. Cartographie des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)





Annexe 2. Cartographie et composition des 28 micro-quartiers (Triris)





Triris	N° Iris	Libellé Iris		Triris	N° Iris	Libellé Iris
Beaujoire/ Saint-Joseph	0906	Beaujoire-Halvêque		Ile de Nantes	0601	ZA Sainte-Anne-Zone Portuaire
	0908	ZA Chantrerie-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	Boulevard 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		Malakoff/ Jardin des Plantes/ Dalby	0109	Champ de Mars
	1008	Pin Sec			0504	Dalby
Bout des Landes/ Bout des Pavés	0803	Bout des Pavés-Chêne des			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		Port Boyer/ Tortière/ Ranzay	0901	Plessis Tison
Carcouet/ Route de Vannes	0701	Carcouet			0902	Tortière
	0702	Breil-Malville			0903	Port Boyer
	0703	Route de Vannes			0904	Eraudière-Renaudière
Chantenay	0201	Plessis Cellier-Roche Maurice			0905	Ranzay-Grand Clos
	0205	Mairie de Chantenay		Procé/ Monselet	0401	Procé
	0208	Boucardière-Mallève			0402	Monselet
Clos Toreau/ Saint-Jacques	1101	Grèneraie-Clos Toreau			0406	Vannes-Saint-Pasquier
	1102	Saint-Jacques-Pirmil		Saint-Félix/ Michelet	0407	Rennes-Bellamy
	1103	Saint-Jacques-Ripossière			0409	Saint-Félix
	1104	Sèvre			0410	Université-Michelet
	1105	Lion d'Or-Gilarderie		Santos Dumont/ Chauvinière	0802	Chauvinière
Commerce/ Guist'hau	0101	Dobrée-Bon Port			0806	Santos Dumont
	0103	Graslin-Commerce			0807	Boissière
	0104	Guist'hau		Schuman/ Perverie	0708	Schuman
Dervallières/ Contrie	0302	Contrie			0709	Rond Point de Rennes
	0303	Dervallières-Chézine			0710	Perverie
	0304	Joncours-Procé		Saint-Donatien/ Waldeck	0509	Waldeck-Sully
Doulon	1001	Mairie de Doulon			0510	Saint-Donatien
	1011	Le Vieux Doulon			0511	Coudray
	1013	ZA Les Mauves		Sainte-Anne/ Jean Macé	0206	Salorges-Sainte-Anne
Durantière/ Zola	0301	Durantière			0207	Jean Macé
	0305	Grillaud-Procé			0209	ZA Cheviré-Zone Portuaire
	0306	Zola		Toutes Aides/ Caserne Mellinet	0501	Caserne Mellinet
Haluchère/ Sainte-Luce	1009	Haluchère-Perray			0502	Agenêts
	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 3. Nombre total de décès prématurés observés, proportion observée et standardisée de décès prématurés selon le territoire Nantes (cumul des années 2011-2015)

	Effectif cumulé de décès prématurés observés	Proportion observée de décès prématurés	Proportion standardisée de décès prématurés
Beaujoire / Saint-Joseph	113	45%	28%
Beauséjour / Gaudinière	51	16%	22%
Bellevue / Bourderies	106	35%	31%
Bottière / Pin Sec	79	36%	30%
Bout des Landes / Bout des Pavés	87	38%	22%
Canclaux / Mellinet	72	16%	20%
Carcouet / Route de Vannes	69	24%	26%
Chantenay	53	16%	15%
Commerce / Guist'hau	73	16%	19%
Dervallières / Contrie	78	29%	27%
Doulon	50	17%	17%
Durantière / Zola	105	16%	20%
Haluchère / Sainte-Luce	38	21%	13%
Hauts Pavés / Talensac	53	11%	14%
Ile de Nantes	139	21%	21%
Jules Verne / Landreau	67	13%	18%
Madeleine / Champ de Mars	118	41%	33%
Malakoff / Jardin des Plantes / Dalby	142	20%	20%
Pont du Cens / Petit Port / Jonelière	58	23%	17%
Port Boyer / Tortière / Ranzay	120	25%	23%
Procé / Monselet	70	14%	20%
Santos Dumont / Chauvinière	71	31%	33%
Schuman / Perverie	44	25%	26%
Saint-Donatien / Waldeck	44	14%	16%
Saint-Jacques / Clos Toreau	94	17%	21%
Saint-Félix / Michelet	44	21%	18%
Sainte-Anne / Jean Macé	75	26%	23%
Toutes Aides / Mellinet	53	26%	26%
Total	2 166	21%	-

Sources : État civil Ville de Nantes, RP (Insee) - exploitation ORS Pays de la Loire

Annexe 4. Effectifs des bilans de santé exploités

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Total
GSM	2 130	2 226	2 437	2 611	2 633	2 556	2 555	2 811	19 959
CE2	2 085	2 365	2 337	2 449	2 674	2 721	2 652	2 844	20 127

Source : Bilans de santé Ville de Nantes – exploitation ORS Pays de la Loire

Annexe 5. Comparaison des résultats obtenus à partir des bilans de santé aux résultats d'enquêtes nationales

• **Comparaison à l'enquête Esteban 2014-2016**

	Nantes				France métropolitaine
	GSM (5-6 ans) 2014-2015	GSM (5-6 ans) 2015-2016	CE2 (8-9 ans) 2014-2015	CE2 (8-9 ans) 2015-2016	6-10 ans Étude Esteban 2014-2016
Surpoids	8,0%	8,2%	9,4%	11,3%	13,1 %
Obésité	2,5%	2,5%	2,2%	3,1%	3,9 %
Surcharge pondérale	10,6%	10,7%	11,6%	14,4%	17,0 %

Sources : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de la Loire, Esteban 2014-2016 (Esen, Santé publique France)

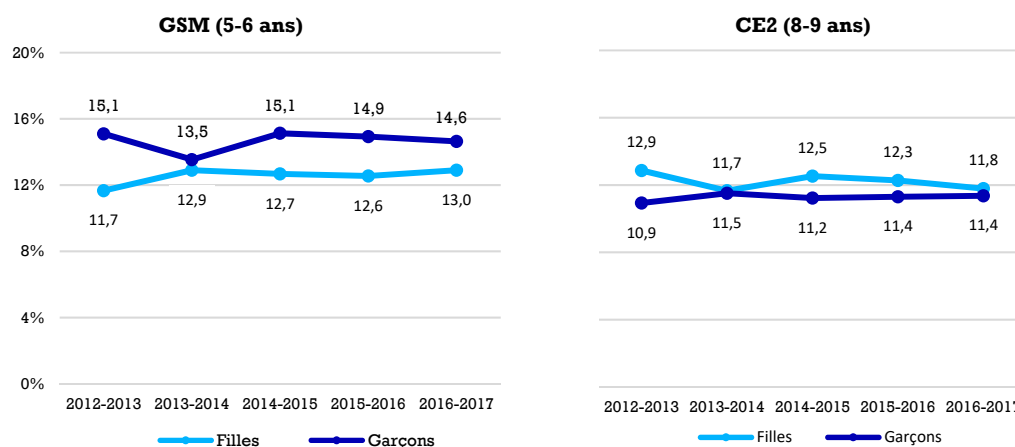
• **Comparaison enquête GSM (2012-2013)**

	Bilans GSM 2012-2013	Enquête nationale GSM 2012-2013	
	Nantes	PDL	France
Surpoids	8,4%	7,0 %	8,4 %
Obésité	2,5%	1,6 %	3,5 %
Surcharge pondérale	10,9%	8,6 %	11,9 %

Sources : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de la Loire, Enquête santé auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees, Dgesco)



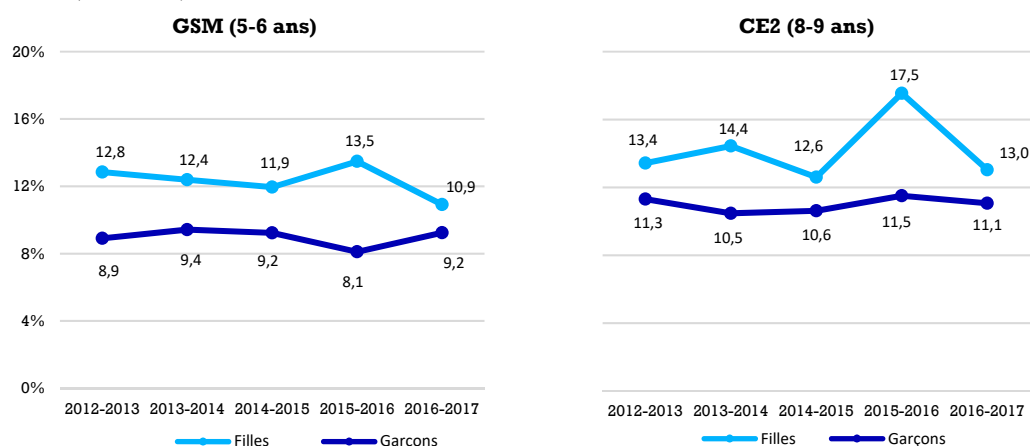
Annexe 6. Évolution de la prévalence de la maigreur selon le sexe, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.

Annexe 7. Évolution de la proportion d'enfants en surcharge pondérale (obésité comprise) selon le sexe, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2

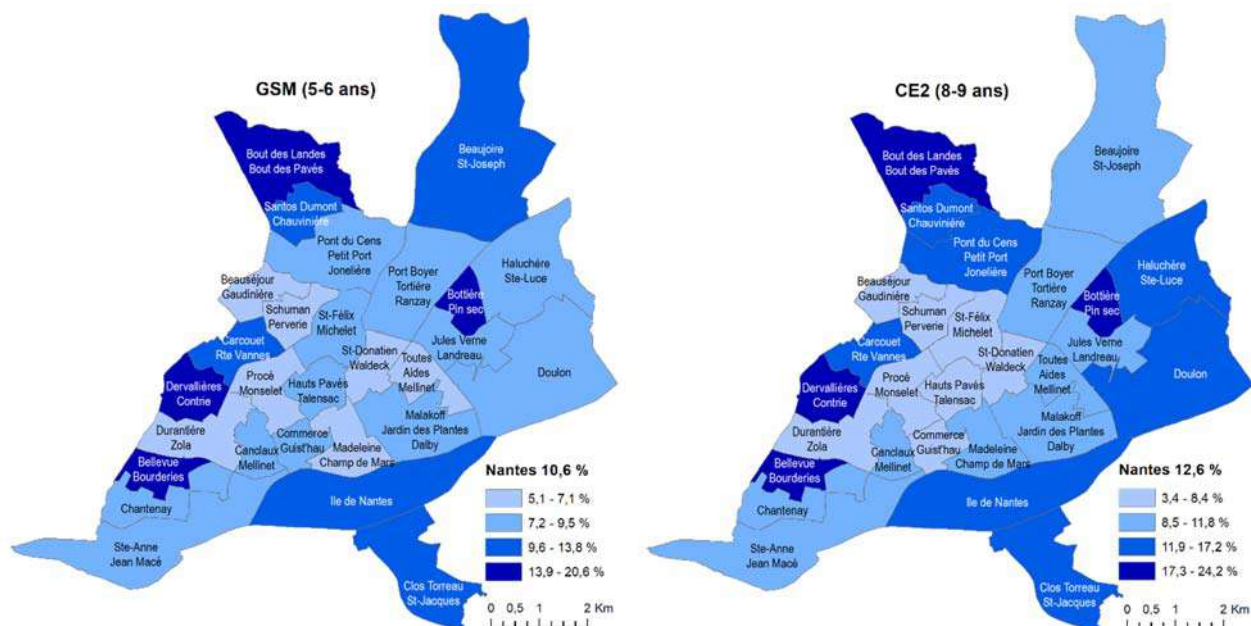
Nantes (2012-2017)



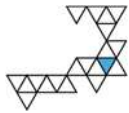
Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.



Annexe 8. Proportion d'enfants en surcharge pondérale (obésité comprise) selon le micro-quartier de résidence, parmi les élèves de GSM et les élèves de CE2
Nantes (2012-2017)



Source : Bilans de santé Ville de Nantes - exploitation ORS Pays de La Loire
Champ : Enfants scolarisés et résidant à Nantes.



Annexe 9. Résultats détaillés par quartier prioritaire de la politique de la ville

	Bellevue	Bottière Pin Sec	Bout des Landes Bout des Pavés Chêne des Anglais	La Boissière	La Halvêque	La Petite Sensive	Le Breil	Le Clos Toreau	Le Ranzay	Les Dervallières	Malakoff	Port Boyer	Nantes
ALD ¹	20%***	19%***	21%***	18%*	21%***	19%**	20%***	19%***	19%*	19%***	20%***	20%***	16%
CMU-C (moins de 65 ans) ¹	31***	34%***	31%***	39%***	32%***	30%***	37%***	31%***	31%***	39%***	34%***	33%***	13%
Attestation ACS délivrée ¹	9%***	11%***	10%***	12%***	11%***	8%***	10%***	11%***	8%***	11%***	13%***	10%***	4%
Déclaration médecin traitant (16 ans et plus) ¹	91%***	91%***	91%***	92%**	92%*	92%*	93%	88%***	93%	93%***	92%***	93%	92%
Médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois ¹	82%***	81%**	82%***	81%*	82%*	83%*	85%***	83%***	84%***	83%***	82%***	86%***	80%
Médecin généraliste entre 20h et 8h au cours des douze derniers mois ¹	11%***	11%***	12%***	11%***	11%***	13%***	10%***	9%*	9%*	12%***	11%***	11%***	7%
Médecin généraliste entre 20h et 8h au cours des douze derniers mois (0-15 ans)	18%***	20%***	22%***	22%***	18%**	26%***	18%***	15%	20%**	19%***	18%**	23%***	14%
Gynécologue au cours des douze derniers mois (16 ans et plus) ¹	16%***	13%***	16%***	18%***	11%***	15%***	17%***	15%***	12%***	18%***	13%***	14%***	25%
Frottis au cours des 36 derniers mois (25-64 ans) ¹	36%***	35%***	37%***	34%***	41%*	35%***	38%***	35%***	40%*	37%***	34%***	42%	47%
Mammographie au cours des 24 derniers mois (50-74 ans) ¹	47%***	48%***	47%***	42%***	47%**	44%***	50%***	52%*	46%**	40%***	47%***	46%***	59%
Vaccin contre la grippe saisonnière (65 ans et plus) ¹	50%***	44%***	54%	45%**	47%	58%	48%**	37%***	53%	47%***	44%***	45%**	55%
Dentiste au cours des douze derniers mois ¹	36%***	35%***	35%***	34%***	34%***	32%***	39%***	34%***	38%***	35%***	38%***	37%***	43%
Dentiste au cours des douze derniers mois (6-15 ans)	48%***	48%***	46%***	45%***	49%***	46%***	50%***	50%***	56%	50%***	56%*	50%**	61%
Prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois ¹ (16 ans et plus)	16%	15%	14%**	12%***	14%	13%*	15%	16%	16%	16%	14%	17%	16%
Soins d'orthodontie au cours des douze derniers mois (6-15 ans)	20%***	16%***	14%***	11%***	12%***	21%	16%***	22%	23%	17%***	21%**	15%***	26%
Ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois ¹	36%***	35%***	35%***	33%***	40%	36%**	38%***	37%**	35%***	33%***	33%***	38%**	41%
Remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois ¹	29%***	29%***	28%***	29%***	31%	27%***	31%***	30%**	30%**	27%***	28%***	31%	33%
Orthophoniste au cours des douze derniers mois (6-10 ans)	19%	17%	16%	16%	16%	12%	16%	17%	25%*	13%*	22%*	22%	17%

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

¹ Taux ou nombre standardisé selon l'âge.

Différence avec la moyenne nantaise statistiquement significative au seuil de : * 5 % ; ** 1 % ; *** 1 %.

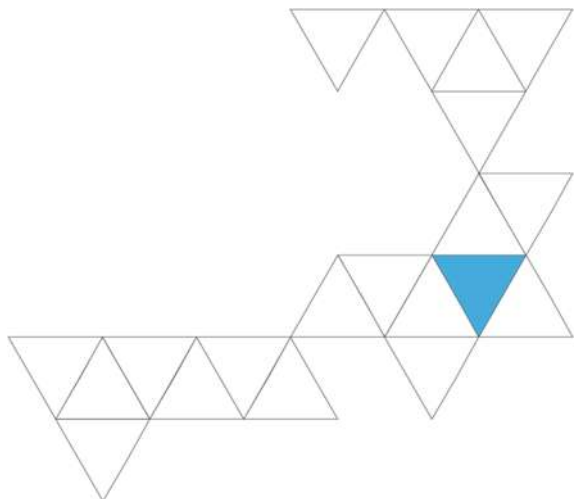


Annexe 10. Évolution des indicateurs entre 2013 (01/07/2012-30/06/2013, rapport 2014) et 2017 (01/01/2017-31/12/2017, rapport 2018)

	ALD ¹		Médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des douze derniers mois ¹		Gynécologue au cours des douze derniers mois (16 ans et plus) ¹		Mammographie au cours des 24 derniers mois (50-74 ans) ¹		Vaccin contre la grippe saisonnière (65 ans et plus) ¹		Dentiste au cours des douze derniers mois ¹		Prothèses dentaires au cours des 24 derniers mois ¹ (16 ans et plus)		Soins d'orthodontie au cours des douze derniers mois (6-15 ans)		Ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois ¹		Orthophoniste au cours des douze derniers mois (6-10 ans)		Remboursement de lunettes ou de lentilles au cours des 24 derniers mois ¹	
Triris	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Beaujoire/Saint-Joseph	14%	16%	85%	84%	26%	23%	68%	60%	47%	50%	43%	44%	16%	15%	27%	24%	41%	44%	18%	18%	33%	36%
Beauséjour/Gaudinière	13%	14%	83%	81%	34%	27%	67%	66%	60%	57%	44%	47%	17%	16%	28%	26%	46%	44%	17%	15%	34%	35%
Bellevue/Bourderies	16%	18%	82%	81%	21%	16%	53%	48%	51%	51%	34%	36%	17%	16%	19%	20%	35%	37%	15%	19%	26%	29%
Bottière/Pin Sec	15%	18%	81%	81%	18%	16%	58%	52%	44%	45%	35%	37%	16%	15%	18%	19%	34%	37%	16%	18%	27%	30%
Bout des Landes/Bout des Pavés	16%	20%	76%	80%	22%	17%	56%	49%	48%	56%	34%	35%	15%	13%	17%	16%	32%	35%	10%	14%	26%	29%
Canclaux/Mellinet	11%	11%	75%	70%	38%	30%	68%	64%	58%	57%	43%	42%	16%	13%	26%	27%	40%	38%	11%	17%	32%	30%
Carcouet/Route de Vannes	13%	15%	82%	82%	30%	25%	62%	58%	56%	52%	41%	45%	16%	16%	20%	23%	41%	42%	14%	15%	31%	33%
Chantenay	13%	15%	83%	82%	33%	26%	63%	60%	56%	53%	41%	45%	17%	15%	26%	27%	39%	41%	15%	14%	29%	32%
Clos Toreau/Saint-Jacques	14%	16%	82%	81%	27%	22%	64%	63%	54%	53%	40%	42%	18%	16%	23%	27%	39%	42%	14%	14%	30%	34%
Commerce/Guist'hau	11%	12%	70%	73%	37%	30%	63%	60%	55%	57%	43%	47%	15%	15%	33%	28%	39%	41%	16%	12%	31%	34%
Dervallières/Contrie	15%	18%	81%	82%	24%	21%	53%	49%	53%	53%	36%	38%	16%	16%	18%	20%	35%	37%	16%	16%	26%	29%
Doulon	14%	15%	83%	83%	30%	25%	69%	66%	59%	58%	43%	45%	17%	17%	24%	28%	41%	42%	16%	20%	32%	34%
Durantière/Zola	19%	20%	80%	80%	33%	27%	63%	58%	56%	56%	42%	44%	16%	14%	26%	31%	39%	40%	14%	14%	30%	32%
Haluchère/Sainte-Luce	13%	15%	84%	83%	29%	24%	68%	65%	52%	52%	44%	44%	17%	16%	22%	23%	42%	44%	14%	16%	34%	37%
Hauts Pavés/Talensac	18%	19%	78%	77%	30%	24%	58%	56%	58%	54%	40%	42%	16%	14%	31%	32%	39%	39%	12%	12%	29%	31%
Ile de Nantes	17%	20%	80%	79%	25%	19%	57%	54%	56%	55%	38%	41%	16%	14%	20%	23%	36%	38%	17%	17%	28%	32%
Jules Verne/Landreau	13%	15%	82%	82%	30%	26%	69%	65%	57%	55%	42%	45%	17%	15%	26%	27%	43%	44%	16%	24%	34%	36%
Madeleine/Champ de Mars	11%	13%	72%	72%	28%	23%	56%	54%	49%	55%	41%	41%	15%	14%	22%	24%	36%	35%	21%	15%	28%	30%
Malakoff/Jardin des Plantes/Dalby	14%	16%	78%	77%	25%	21%	57%	56%	51%	54%	38%	41%	16%	15%	20%	21%	35%	36%	14%	17%	28%	30%
Pont du Cens/Petit Port/Jonelière	12%	14%	80%	78%	31%	26%	69%	63%	58%	55%	41%	43%	16%	16%	32%	29%	41%	41%	13%	15%	31%	33%
Port Boyer/Tortière/Ranzay	13%	16%	82%	82%	26%	22%	64%	57%	53%	55%	43%	43%	17%	16%	23%	27%	41%	42%	20%	21%	33%	34%
Procé/Monselet	11%	12%	76%	77%	38%	32%	67%	66%	57%	58%	45%	48%	17%	16%	33%	33%	43%	44%	14%	14%	34%	35%
Sainte-Anne/Jean Macé	13%	16%	79%	80%	33%	26%	60%	59%	57%	56%	41%	44%	17%	15%	24%	26%	41%	41%	20%	14%	32%	32%
Saint-Félix/Michelet	11%	13%	79%	77%	34%	28%	64%	65%	57%	57%	46%	48%	17%	16%	34%	31%	43%	44%	17%	11%	33%	35%
Santos Dumont/Chauvinière	15%	16%	82%	81%	27%	20%	54%	48%	57%	55%	36%	37%	16%	14%	21%	22%	36%	37%	11%	16%	27%	30%
Schuman/Perverie	11%	12%	79%	79%	37%	30%	68%	64%	58%	57%	47%	47%	18%	15%	36%	30%	43%	43%	13%	12%	34%	35%
Saint-Donatien/Waldeck	12%	12%	76%	78%	33%	28%	62%	61%	57%	54%	47%	47%	17%	16%	29%	28%	41%	42%	12%	16%	31%	33%
Toutes Aides/Mellinet	13%	13%	81%	81%	34%	29%	67%	62%	58%	58%	43%	47%	17%	15%	26%	32%	42%	44%	15%	21%	33%	35%
Nantes	14%	16%	79%	80%	29%	25%	62%	59%	55%	55%	41%	43%	16%	16%	24%	26%	39%	41%	15%	17%	30%	33%

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

¹ Taux standardisés selon l'âge.



La santé des Nantais

Cette étude a pour objectif de décrire les principaux problèmes de santé des Nantais ainsi que leurs pratiques en matière de recours aux soins de ville, à partir de l'analyse croisée de plusieurs sources de données (causes médicales de décès, admissions en affection longue durée, bilans de santé des élèves, remboursements de l'assurance maladie, incidence des cancers, dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum, incidence de la tuberculose...).

Elle offre un regard précis sur les inégalités sociales et territoriales de santé, à l'échelle de la ville de Nantes, ainsi que sur leurs évolutions au cours des dernières années.

Cette étude a été réalisée par l'ORS des Pays de la Loire en collaboration avec de nombreux partenaires, dont la CPAM de Loire-Atlantique qui a mis à disposition des données concernant la couverture maladie et le recours aux soins des habitants de Nantes à une échelle infracommunale. Elle a été financée par la Direction de la santé publique de la Ville de Nantes et l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.



Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire
Hôtel de la région • 1, rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75
accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com