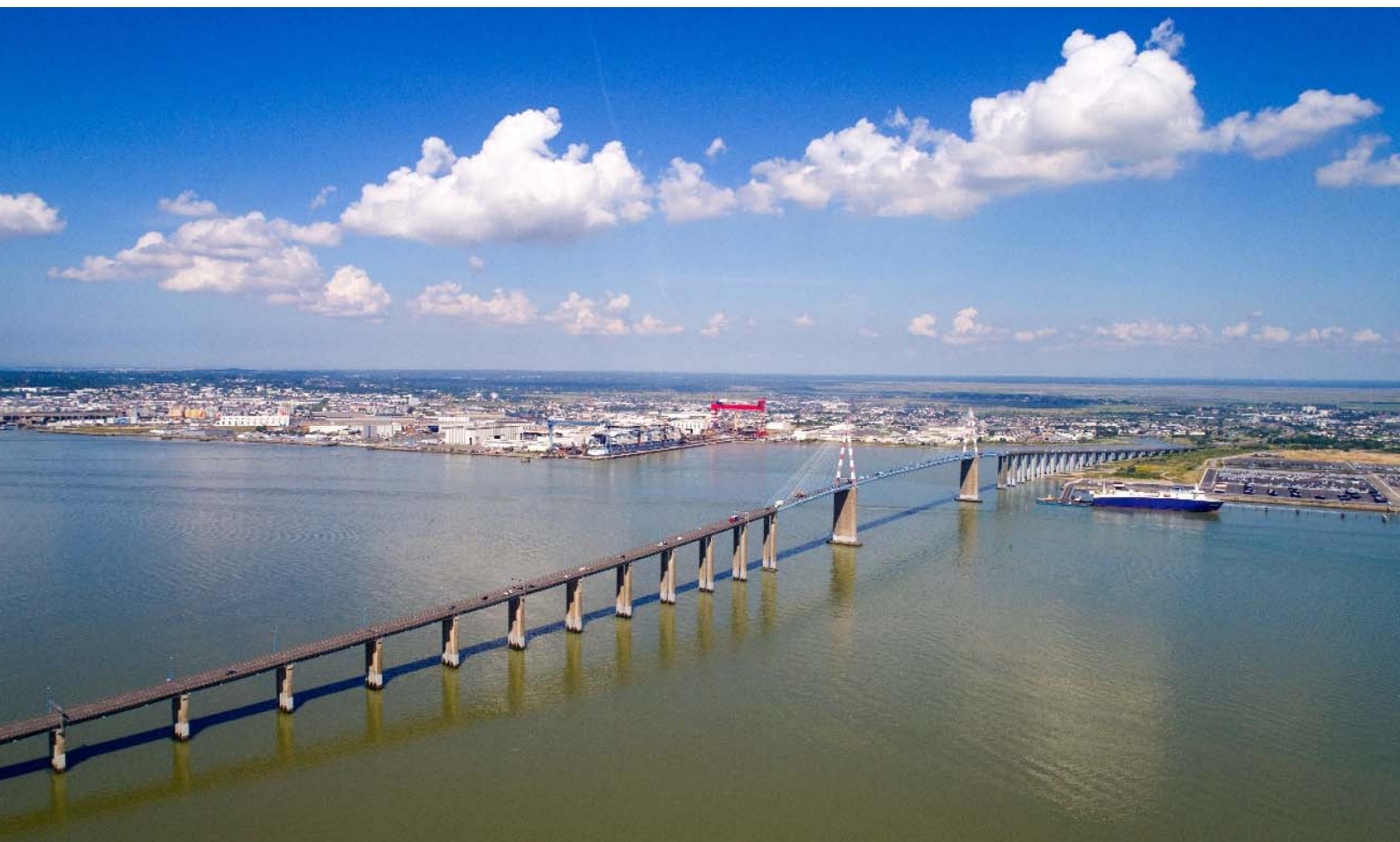




La santé des habitants de la Carene

Communauté d'agglomération
de la région nazairienne et de l'estuaire



AUTEURS

Sandrine David, Marie-Cécile Goupil, Françoise Lelièvre, Marie-Christine Bournot, Dr Anne Tallec, ORS Pays de la Loire

REMERCIEMENTS

Pour la mise à disposition de données statistiques, ainsi que la validation et l'enrichissement des analyses présentées :

- Le Centre régional de coordination des dépistages des cancers des Pays de la Loire (Dr Corinne Allioux, Dr Corinne Pogu)
- Le Conseil départemental de Loire-Atlantique (Marie-Eve Mosset - Direction générale de la Solidarité, Lydie Joulain - Direction enfance et famille)
- Le Département Veille Observation et Analyses, Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement, ARS Pays de la Loire (Ambre Pioger, Michel Poupon)
- Le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée (Solenne Delacour, Dr Florence Molinié)
- L'Échelon régional du service médical de l'Assurance maladie (Dr Anicet Chaslerie).

FINANCEMENT

Cette étude a été financée par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.



CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire. 2019. La santé des habitants de la Carene. Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire. 151 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, et de ne pas poursuivre une des finalités interdites du SNDS, mentionnées à l'Art. L. 1461-1 de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

ISBN 978-2-36088-009-6 - ISBN NET 978-2-36088-010-2

Crédit photo : Altitude Drone / Shutterstock

Septembre 2019



PRÉAMBULE

► De nombreux travaux menés par l'Observatoire régional de la santé (ORS) depuis plus de 20 ans mettent en évidence des indicateurs d'état de santé moins favorables dans la région nazairienne¹. Les derniers, publiés dans le cadre de la préparation du projet régional de santé 2018-2022, ont généré inquiétudes et questionnements de la part des habitants et élus de ce territoire.

► Dans ce contexte, et avec la volonté d'obtenir une photographie récente et détaillée de la situation sanitaire locale, l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire a confié en 2018 à l'ORS la réalisation d'un diagnostic quantitatif de l'état de santé à l'échelle de la Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire (Carene).

► Ce diagnostic a pour objectif de décrire l'état de santé de la population de la Carene de façon globale, ainsi que la morbidité des pathologies les plus fréquentes et graves.

Il a été principalement établi à partir des données de mortalité, des motifs d'admission en affection de longue durée par l'assurance maladie, des diagnostics d'hospitalisation en court séjour, et des causes médicales de décès. L'analyse de la situation locale repose sur la mise en regard de ces différentes données, afin de minimiser les limites liées à leur caractère médico-administratif, et sur leur comparaison avec la moyenne nationale et les autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de la région Pays de la Loire.

► Le présent rapport est organisé selon cinq parties. La première décrit les caractéristiques démographiques et sociales des habitants de la Carene, en raison de l'impact des déterminants sociaux sur la santé.

L'analyse de l'état de santé des habitants du territoire est présentée en seconde partie et comprend trois volets. Le premier offre un regard global sur la santé de ces habitants. Le second, basé sur une approche populationnelle, éclaire les principaux enjeux de santé aux différents âges de la vie (nouveau-nés, enfants et adolescents, adultes en âge de travailler, seniors). Le troisième, qui repose sur une approche par pathologie, décrit la situation du territoire pour les principales causes de morbidité (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies de l'appareil respiratoire, troubles mentaux et suicides, accidents).

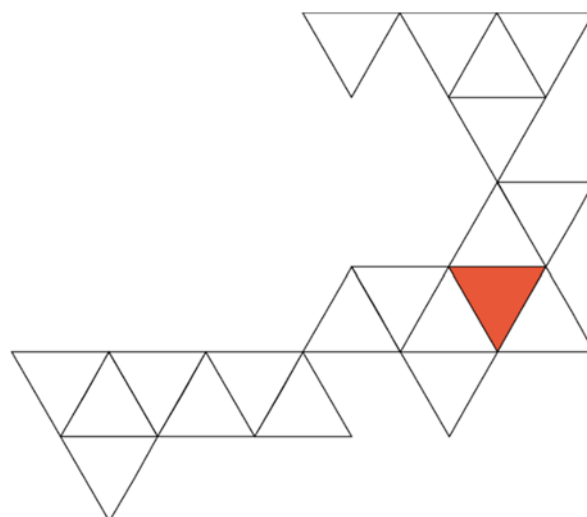
Dans ce troisième volet, une attention particulière est portée aux inégalités territoriales et sociales de santé. Les inégalités territoriales de santé au sein de la Carene ont été approchées par la déclinaison de certains indicateurs au niveau de quatre sous-groupes de communes proches sur la plan géographique et socio-économique. Une comparaison entre la population des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et celle des non-bénéficiaires est également présentée pour quelques indicateurs.

La troisième et dernière partie de ce rapport est consacrée aux déterminants de la santé. Elle décrit tout d'abord la complexité de l'analyse de ces facteurs, souvent socialement construits, en raison de leur multiplicité, et du fait qu'ils se combinent et interagissent entre eux tout au long de la vie. Elle présente ensuite, pour les problèmes de santé étudiés dans ce rapport, les principaux facteurs de risque reconnus par la littérature scientifique. Les données mobilisées permettent enfin de faire un focus sur les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé des habitants de la Carene.

► Parallèlement à cette étude réalisée par l'ORS, une analyse détaillée de l'incidence des cancers à l'échelle de la Carene a été menée par le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée. Elle permet d'approfondir les constats pour ces pathologies.

¹ <https://www.santepaysdelaloire.com/ors/search/node/saint-nazaire>

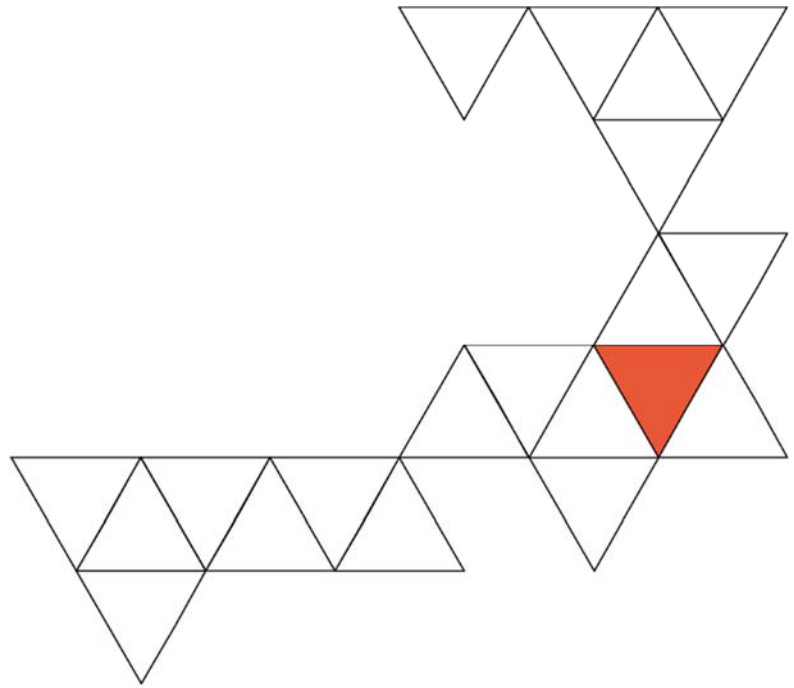




SOMMAIRE

Partie 1. DÉMOGRAPHIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL	7	3.3.1	Vue d'ensemble	53
1.1 DESCRIPTION DU TERRITOIRE	8	3.3.2	Principaux enjeux de santé	57
1.2 ÉVOLUTION DE LA POPULATION	8	3.4	SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS	61
1.3 SOLDE NATUREL, SOLDE MIGRATOIRE	10	3.4.1	Vue d'ensemble	61
1.4 STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION	11	3.4.2	Principales pathologies	67
1.5 PROJECTIONS DE POPULATION	14	Partie 4. PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES	71	
1.6 COMPOSITION DES MÉNAGES ET FAMILLES	14	4.1	CANCERS	72
1.7 LOGEMENT	16	4.2	MALADIES CARDIOVASCULAIRES	76
1.8 FORMATION, INSERTION PROFESSIONNELLE	17	4.3	DIABÈTE	82
1.9 PRÉCARITÉ, PAUVRETÉ	19	4.4	MALADIES RESPIRATOIRES	86
Partie 2. VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ	23	4.5	SANTÉ MENTALE, PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET SUICIDES	91
2.1 MORTALITÉ GÉNÉRALE	24	4.5.1	Recours aux médicaments psychotropes	91
2.2 MORTALITÉ PRÉMATURÉE	28	4.5.2	ALD pour affections psychiatriques (hors démences)	93
2.3 MALADIES CHRONIQUES	32	4.5.3	ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences	95
2.3.1 Admissions en ALD (incidence)	32	4.5.4	Suicides	96
2.3.2 Ensemble des bénéficiaires en affection de longue durée (prévalence)	37	4.6	ACCIDENTS	97
2.4 HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE	39	Partie 5. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	101	
Partie 3. SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE	45	5.1	APPROCHE GLOBALE	102
3.1 SANTÉ DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN	46	5.2	FOCUS : CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	106
3.2 SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)	50	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	110	
3.3 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 64 ANS	53	ANNEXES	113	





Partie 1.

DÉMOGRAPHIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL



Ce chapitre offre une description des caractéristiques démographiques et sociales des habitants de la Carene. Il intègre évolutions et comparaisons territoriales.

Les données présentées sont principalement issues de bases de données et travaux de l'Insee :

- recensements de la population, et plus particulièrement du dernier recensement de 2015 dont les données détaillées ont été publiées courant 2018,
- données d'état civil concernant les naissances et décès,
- projections de population,
- niveaux de revenus, taux de pauvreté (base Filosofi),
- bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire - CMUC - (régime général, Caisse nationale d'assurance maladie).

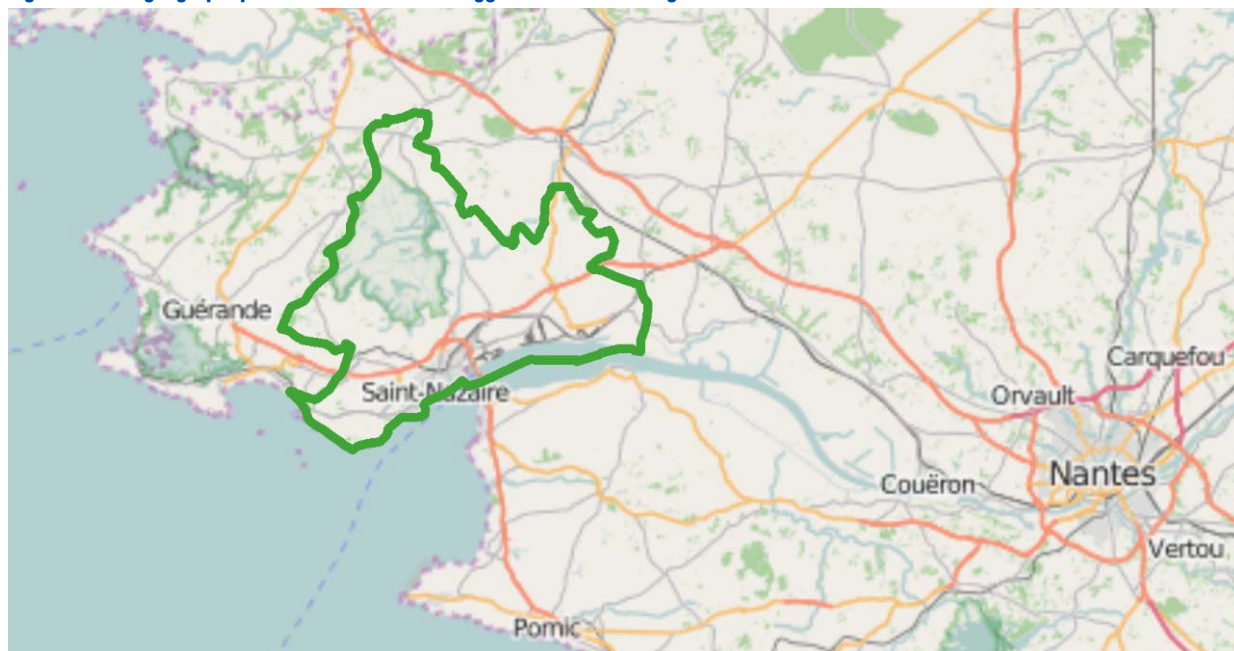
Sont en outre mobilisées dans ce chapitre des données relatives aux bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) transmises par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), ainsi que des données d'aide sociale à l'enfance mises à disposition par le Département de Loire-Atlantique.

1.1 DESCRIPTION DU TERRITOIRE

La Carene, un territoire composé de 10 communes

- La Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire (Carene) se situe au nord-ouest du département de la Loire-Atlantique (44), à proximité du département du Morbihan (56) [Fig.1].
- La Carene est composée de 10 communes et s'étend sur une superficie de 320 km².

Fig.1 Situation géographique de la Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire



© OpenStreetMap (and) contributors, CC-BY-SA

1.2 ÉVOLUTION DE LA POPULATION

Près de 123 000 habitants en 2015

- La Carene compte 122 932 habitants au 1^{er} janvier 2015², ce qui représente 9 % de la population de Loire-Atlantique.
- Avec environ 70 000 habitants, la commune de Saint-Nazaire concentre plus de la moitié des habitants du territoire.

² Population municipale officielle 2015, parue le 1^{er} janvier 2018.

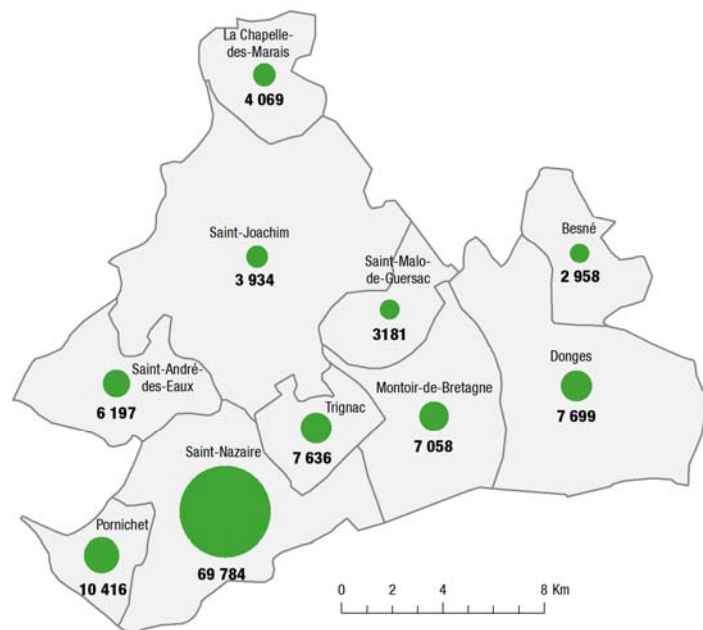


Cinq communes comptent entre 5 000 et 10 500 habitants. Pornichet, avec près de 10 500 habitants, est la deuxième commune la plus peuplée du territoire (8 %). Les communes de Donges, Trignac et Montoir-de-Bretagne comptent chacune entre 7 000 et 8 000 habitants (respectivement 6 %). Saint-André-des-Eaux recense environ 6 200 habitants (5 %).

Quatre communes comptent moins de 5 000 habitants : La Chapelle-des-Marais, Saint-Joachim, Saint-Malo-de-Guersac et Besné [Fig.2].

Fig.2 Nombre d'habitants par commune

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (2015)



Source : RP 2015 (Insee)

► Le nombre d'habitants au km² s'élève à 384 sur l'ensemble de la Carene en 2015 (344 en 1999). La densité de population varie de 46 à 1 491 habitants au km² selon les communes du territoire. Saint-Nazaire est la plus densément peuplée, et Saint-Joachim la plus faiblement car cette commune est très étendue et composée de plus de 90 % de marais [Fig.3].

Fig.3 Évolution du nombre d'habitants entre 1999 et 2015

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Nombre d'habitants 2015	Nombre d'habitants 2010	Nombre d'habitants 1999	Évolution brute 2010/2015	Évolution brute 1999/2015	TCAM 2010-2015	TCAM 1999-2015	Densité 2015	Densité 1999
Besné	2 958	2 646	2 031	+ 312	+ 927	+ 2,3 %	+ 2,4 %	169	116
La Chapelle-des-Marais	4 069	3 772	2 955	+ 297	+ 1 114	+ 1,5 %	+ 2,0 %	225	164
Donges	7 699	6 748	6 157	+ 951	+ 1 542	+ 2,7 %	+ 1,4 %	159	127
Montoir-de-Bretagne	7 058	6 793	6 204	+ 265	+ 854	+ 0,8 %	+ 0,8 %	192	169
Pornichet	10 416	10 451	9 668	- 35	+ 748	- 0,1 %	+ 0,5 %	822	763
Saint-André-des-Eaux	6 197	5 336	3 532	+ 861	+ 2 665	+ 3,0 %	+ 3,6 %	251	143
Saint-Joachim	3 934	4 046	3 772	- 112	+ 162	- 0,6 %	+ 0,3 %	46	44
Saint-Malo-de-Guersac	3 181	3 212	3 126	- 31	+ 55	- 0,2 %	+ 0,1 %	218	214
Saint-Nazaire	69 784	67 031	65 874	+ 2 753	+ 3 910	+ 0,8 %	+ 0,4 %	1 491	1 408
Trignac	7 636	7 264	6 956	+ 372	+ 680	+ 1,0 %	+ 0,6 %	531	484
CARENE	122 932	117 299	110 275	+ 5 633	+ 12 657	+ 0,9 %	+ 0,7 %	384	344
Loire-Atlantique	-	-	-	-	-	+ 1,3 %	+ 1,2 %	199	165
Pays de la Loire	-	-	-	-	-	+ 0,8 %	+ 0,9 %	116	100
France métropolitaine	-	-	-	-	-	+ 0,5 %	+ 0,6 %	118	108

Sources : Recensements de population (Insee)
TCAM : Taux de croissance annuel moyen



En moyenne 1 100 habitants supplémentaires par an

► Depuis 1975, le nombre d'habitants de la Carene a fortement augmenté, avec toutefois des tendances évolutives différentes dans le temps [Fig.4].

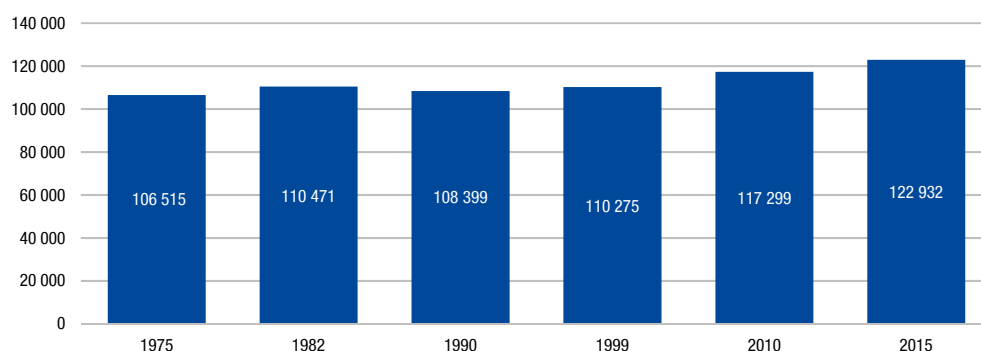
Après une période de hausse entre 1975 et 1982 (+ 0,5 % par an), puis une relative stabilité au cours des années 1980 et 1990, le territoire connaît une croissance démographique assez soutenue depuis le début des années 2000 (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2015).

Cette croissance s'est accélérée au cours des années récentes, atteignant en moyenne + 0,9 % par an entre 2010 et 2015. Ce taux de croissance est près de deux fois supérieur au taux national (+ 0,5 % par an). Il est cependant inférieur au taux départemental (+ 1,3 % par an).

► En 2015, la Carene compte environ 5 500 habitants supplémentaires par rapport à l'année 2010, ce qui correspond en moyenne à 1 100 habitants supplémentaires par an sur le territoire. Toutes les communes de la Carene ont connu une augmentation de leur population, à l'exception de trois d'entre elles (Saint-Joachim, Pornichet, Saint-Malo-de-Guersac), qui ont vu leur nombre d'habitants diminuer entre 2010 et 2015.

Fig.4 Évolution du nombre d'habitants entre 1975 et 2015

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire



Sources : Recensements de population (Insee)

Une position intermédiaire par rapport aux autres EPCI de la région

► La situation de la Carene en matière de croissance démographique (+ 0,9 % par an entre 2010 et 2015) a été comparée à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Parmi les 72 EPCI de la région, 58, dont la Carene, ont connu une augmentation de leur population entre 2010 et 2015, 3 une relative stabilité et 11 une baisse. La croissance observée à l'échelle de la Carene est toutefois moins marquée que celles observées dans certains EPCI de la Loire-Atlantique ou de la Vendée, où elle dépasse 1,5 %. La Carene se situe au 24^e rang des EPCI ayant connu les plus fortes croissances entre 2010 et 2015 [Annexe2].

1.3 SOLDE NATUREL, SOLDE MIGRATOIRE

Une croissance démographique liée principalement au solde migratoire

► Cette croissance démographique globale de la Carene entre 2010 et 2015 résulte principalement des mouvements migratoires avec un solde entrées/sorties positif atteignant quasiment 1 000 personnes par an (+ 0,7 %/an) [Fig.5].

► Le solde naturel est quant à lui légèrement positif sur la période 2010-2015, et il tend à diminuer sur les années récentes, en raison de l'augmentation du nombre de décès et de la baisse du nombre de naissances. Ainsi, en 2017, le nombre de décès est quasi identique au nombre de naissances domiciliées sur la Carene [Fig.6].

► Ce constat global à l'échelle de la Carene masque toutefois des situations différentes selon les communes. Ainsi, en lien avec la structure par âge de sa population, la baisse démographique observée pour la commune de Pornichet est liée à son déficit naturel (- 0,5 %/an). À l'inverse, l'accroissement naturel contribue fortement à la croissance démographique de la commune de Besné (+ 1,4 %/an).



Fig.5 Taux de croissance annuel moyen, global, lié au solde naturel et au solde migratoire entre 2010 et 2015

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	TCAM Nb d'hab. 2010-2015	TCAM dû au solde naturel	TCAM dû au solde apparent entrées/sorties ¹
Besné	+ 2,3 %	+ 1,4 %	+ 0,9 %
La Chapelle-des-Marais	+ 1,5 %	+ 0,5 %	+ 1,0 %
Donges	+ 2,7 %	+ 0,5 %	+ 2,2 %
Montoir-de-Bretagne	+ 0,8 %	+ 0,5 %	+ 0,3 %
Pornichet	- 0,1 %	- 0,5 %	+ 0,4 %
Saint-André-des-Eaux	+ 3,0 %	+ 0,7 %	+ 2,4 %
Saint-Joachim	- 0,6 %	- 0,1 %	- 0,5 %
Saint-Malo-de-Guersac	- 0,2 %	+ 0,2 %	- 0,4 %
Saint-Nazaire	+ 0,8 %	+ 0,1 %	+ 0,7 %
Trignac	+ 1,0 %	+ 0,4 %	+ 0,6 %
CARENE	+ 0,9 %	+ 0,2 %	+ 0,7 %
Loire-Atlantique	+ 1,3 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %
Pays de la Loire	+ 0,8 %	+ 0,4 %	+ 0,4 %
France métropolitaine	+ 0,5 %	+ 0,4 %	+ 0,1 %

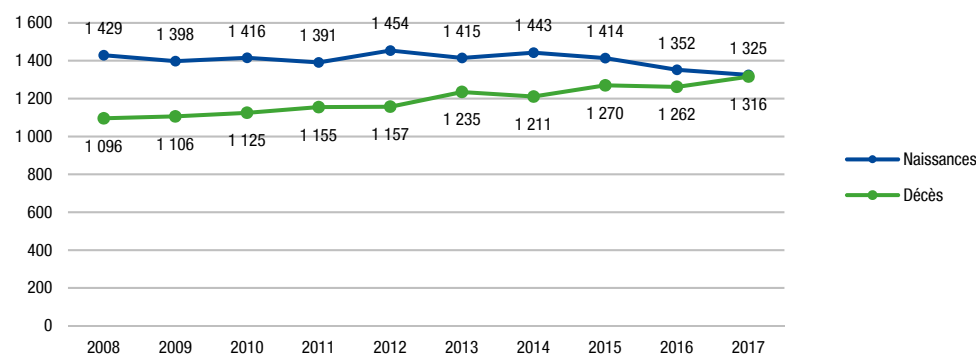
Sources : Recensements de population (Insee)

1. Différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties, au cours de la période considérée. Il est obtenu par différence entre la variation totale de la population au cours de la période considérée et le solde naturel.

TCAM : Taux de croissance annuel moyen

Fig.6 Évolution du nombre de naissances et de décès

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (2008-2017)



Source : État civil (Insee)

1.4 STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION

Un indice de vieillissement parmi les plus élevés de la Loire-Atlantique

► Les moins de 15 ans représentent 18 % de la population de la Carene en 2015 (18 % en France). Leur effectif a légèrement augmenté entre 1999 et 2015, passant de 20 600 en 1999 à 22 700 en 2015 (soit en moyenne + 0,6 % par an) [Fig.7].

► Par contre, l'effectif de 15-39 ans est en léger recul (36 800 en 1999, 34 800 en 2015, soit - 0,3 % par an). Cette baisse témoigne notamment des départs de jeunes, qui poursuivent notamment leurs études et trouvent leur premier emploi à l'extérieur du territoire³.

► Le nombre d'habitants âgés de 40-54 ans est en 2015 (24 500) proche de celui observé en 1999 (24 000).

► L'effectif des 55-69 ans est en forte progression, il s'élevait à 15 900 en 1999 et atteint 23 800 en 2015 (soit + 2,5 % par an). Ce constat est à rapprocher de l'arrivée dans cette classe d'âge des générations issues du baby-boom, nées juste après la seconde guerre mondiale, et de l'installation de retraités dans les communes littorales du territoire.

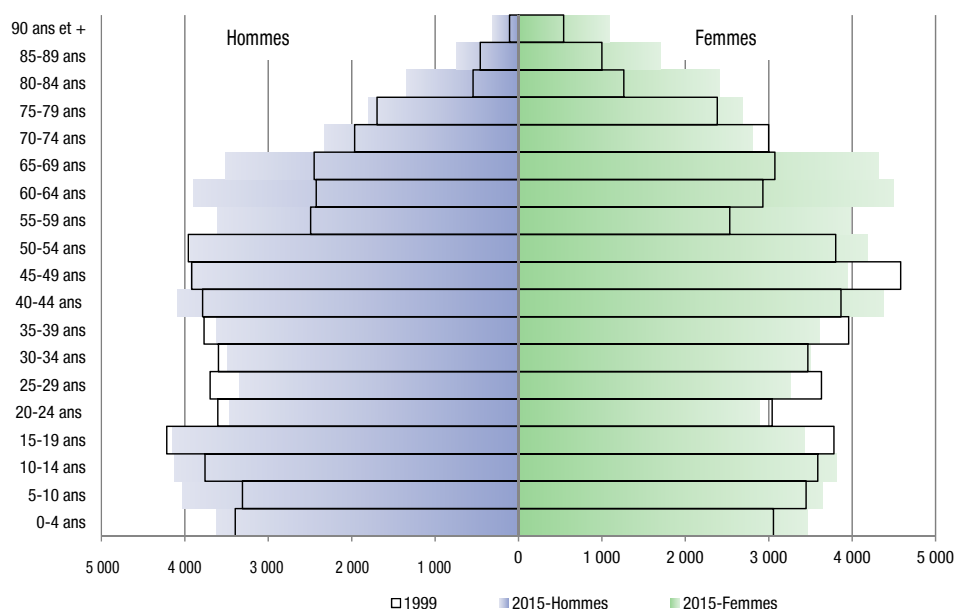
³ Les élèves ou étudiants majeurs sont comptabilisés dans la commune de leurs études.



- Les 70-79 ans, qui correspondent notamment à la génération née lors de la deuxième guerre mondiale, voient également leur effectif augmenter mais de façon moins marquée (9 000 en 1999, 9 600 en 2015 ; + 0,4 % par an).
- Enfin, le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus résidant sur la Carene a quasiment doublé entre 1999 et 2015, il est ainsi passé d'environ 3 900 à 7 600, soit un taux de croissance annuel moyen de 4,2 %.

Fig.7 Évolution de la pyramide des âges

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (1999, 2015)



Sources : RP 1999, RP 2015 (Insee)

- La Carene connaît donc un vieillissement marqué de sa population entre 1999 et 2015. L'indice de vieillissement, qui correspond au rapport du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à celui des personnes de moins de 20 ans, est en effet passé de 65 à 83 sur cette période.

- La Carene présente en 2015 un indice de vieillissement supérieur aux moyennes départementale, régionale et nationale (83 vs 66 en Loire-Atlantique, 75 en Pays de la Loire et 77 en France).

Cet indice est plus élevé que celui observé dans la plupart des EPCI du département de Loire-Atlantique, sans atteindre toutefois le niveau observé dans les EPCI du littoral atlantique vendéen (plus de 150), du Nord-Mayenne, ou du Nord-Est sarthois (100 à 150) [\[Annexe3\]](#).

Des structures de population différentes selon les communes

- Au sein du territoire de la Carene, la structure par âge des populations varie selon les communes [\[Fig.8, Fig.9\]](#).

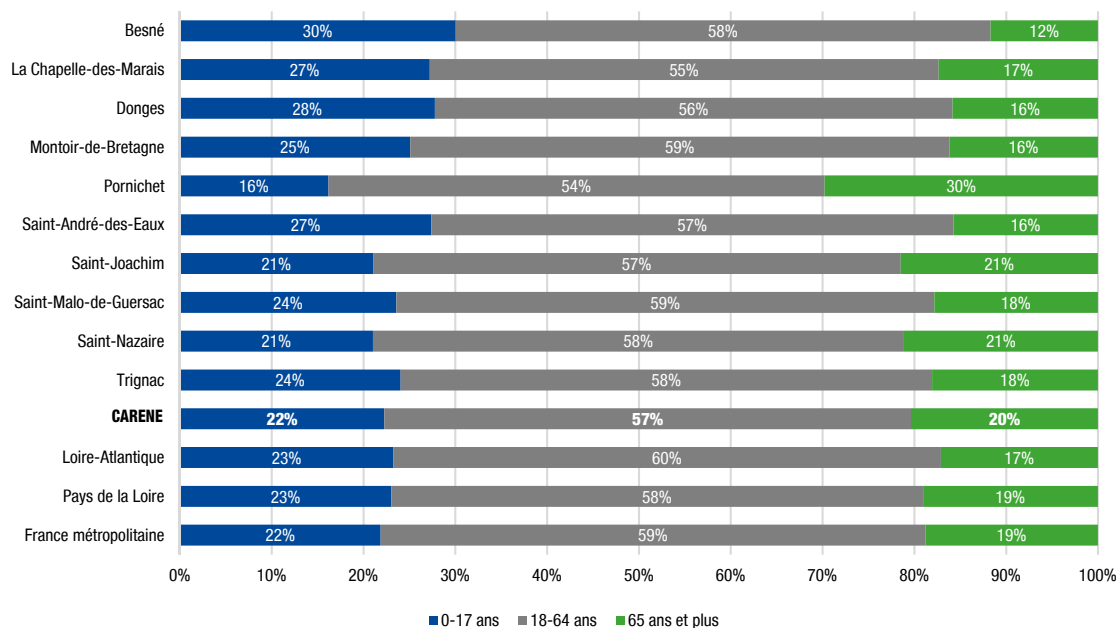
La commune de Besné se distingue des autres communes par un indice de vieillissement particulièrement faible (37 vs 53 à 169 selon les autres communes). 30 % de ses habitants sont âgés de moins de 18 ans et seulement 12 % ont 65 ans ou plus (contre respectivement 22 % et 20 % à l'échelle de la Carene).

À l'opposé, la commune de Pornichet concentre une part importante de personnes âgées : 30 % de ses habitants ont 65 ans ou plus. La proportion des moins de 18 ans y est faible, seulement 16 %. Son indice de vieillissement atteint 169.



Fig.8 Répartition du nombre d'habitants par classe d'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Source : RP 2015 (Insee)

Fig.9 Effectifs d'habitants par classe d'âge, indice de vieillissement

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	0-5 ans	6-17 ans	18-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus	Total tous âges	Indice de vieillissement
Besné	331	558	149	1 115	459	211	135	2 958	37
La Chapelle-des-Marais	369	738	180	1 364	711	375	331	4 069	61
Donges	720	1 419	453	2 621	1 267	609	609	7 699	53
Montoir-de-Bretagne	572	1 200	501	2 261	1 382	632	510	7 058	60
Pornichet	436	1 250	558	2 586	2 486	1 592	1 508	10 416	169
Saint-André-des-Eaux	502	1 196	330	2 039	1 156	670	304	6 197	54
Saint-Joachim	258	571	204	1 227	830	403	443	3 934	96
Saint-Malo-de-Guersac	205	545	163	986	715	345	222	3 181	71
Saint-Nazaire	4 548	10 130	6 197	20 511	13 647	7 422	7 328	69 784	89
Trignac	624	1 213	506	2 480	1 434	692	688	7 636	70
CARENE	8 565	18 820	9 240	37 190	24 087	12 951	12 078	122 932	83
Loire-Atlantique	-	-	-	-	-	-	-	-	66
Pays de la Loire	-	-	-	-	-	-	-	-	75
France métropolitaine	-	-	-	-	-	-	-	-	77

Source : RP 2015 (Insee)

Indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.



1.5 PROJECTIONS DE POPULATION

Une augmentation importante des personnes âgées d'ici 2027

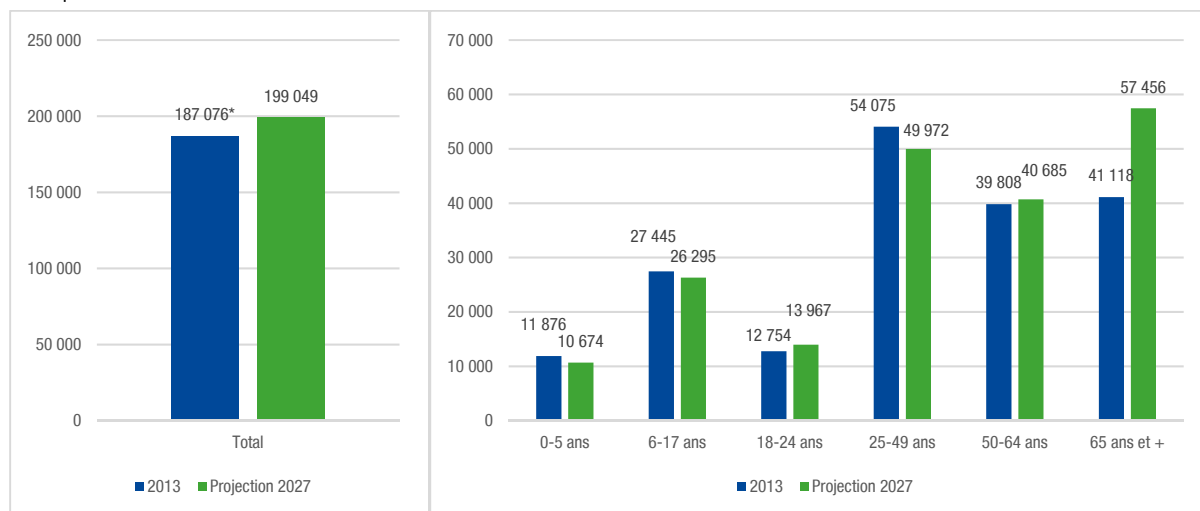
► Selon des projections de population établies par l'Insee⁴ à l'échelle du territoire d'observation Ouest-Atlantique défini par l'ARS, qui couvre les 10 communes de la Carene et 12 des 15 communes rattachées à la Communauté d'agglomération de la Presqu'île de Guérande Atlantique (Cap Atlantique), le nombre d'habitants de ce territoire élargi devrait augmenter de 187 000 en 2013 à 199 000 en 2027. Ce qui correspondrait à environ 12 000 habitants supplémentaires.

Cette augmentation serait principalement liée à celle des personnes âgées de 65 ans et plus, leur nombre devrait progresser d'environ 16 000. Par contre, le nombre de personnes âgées de 25-49 ans devrait diminuer de plus de 4 000 d'ici 2027 [Fig.10].

Ces projections, établies fin 2016 dans le cadre de l'élaboration du second projet régional de santé, doivent toutefois être considérées avec précaution car elles reposent sur des hypothèses d'évolutions en matière de fécondité et de mortalité identiques à celles observées entre 2007 et 2012, et sur le maintien des tendances migratoires observées avant 2007. Comme toute projection, elles ne constituent donc pas une prévision mais une simulation de l'avenir dans le cadre théorique des hypothèses formulées.

Fig.10 Projections du nombre total d'habitants entre 2013 et 2027 sur le territoire d'observation Ouest-Atlantique (St-Nazaire, La Baule, Presqu'île de Guérande)

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, et 12 des 15 communes de la Communauté d'agglomération de la Presqu'île de Guérande Atlantique¹



Source : RP 2013, projections Omphale (Insee), scénario central
* dont 120 518 habitants de la Carene.

1. Comprend les communes de Loire-Atlantique suivantes : Assérac, Batz-sur-Mer, Guérande, Herbignac, La Baule-Escoublac, La Turballe, Le Croisic, Le Poulguen, Mesquer, Piriac-sur-Mer, Saint-Lyphard, Saint-Molf, et 3 situées en Morbihan : Camoël, Férel, Pénestin.

1.6 COMPOSITION DES MÉNAGES ET FAMILLES

Des taux de familles monoparentales, et de personnes vivant seules supérieurs à la moyenne départementale

► Avec 57 200 ménages en 2015, la Carene compte en moyenne 2,1 personnes par ménage. Ce nombre moyen est légèrement inférieur aux moyennes départementale, régionale et nationale (2,2), en raison notamment d'une plus grande fréquence des personnes vivant seules sur le territoire.

► On compte en effet 22 500 **personnes vivant seules** sur la Carene, soit 18 % des habitants. Ce taux s'élève à 16 % en Loire-Atlantique, 15 % en Pays de la Loire et 16 % en France [Fig.11]. La Carene fait notamment partie, avec les grandes agglomérations, des EPCI de la région qui présentent les taux les plus élevés de personnes vivant seules (6^{ème} rang sur 72) [Annexe5].

Ce taux varie de 8 à 22 % selon les communes du territoire. Besné et Saint-André-des-Eaux présentent les taux les plus faibles et Saint-Nazaire le plus élevé.

⁴ Selon le scénario central du modèle Omphale.



La proportion de personnes vivant seules est importante chez les personnes âgées, elle atteint 45 % parmi les habitants de la Carene âgés de 80 ans et plus (41 % en Loire-Atlantique, 42 % en France). La commune de Saint-Malo-de-Guersac présente la proportion la plus élevée (61 %). À l'échelle de la Carene, ce sont environ 3 350 personnes âgées de 80 ans ou plus qui vivent seules à leur domicile.

► Le taux de **familles monoparentales** s'élève en 2015 à 9 % sur le territoire de la Carene [Fig.11]. Ce taux, proche de la moyenne nationale, est supérieur au taux départemental (8 %) et régional (7 %). La Carene se situe parmi les EPCI de la région présentant les taux les plus élevés de familles monoparentales. Seule, Le Mans métropole présente un taux plus important que la Carene [Annexe4].

Le taux de familles monoparentales varie de 4 % à 11 % selon les communes du territoire. Besné présente le taux le plus faible, et Saint-Nazaire le plus élevé.

► La proportion de **familles nombreuses** (c'est-à-dire avec au moins trois enfants âgés de moins de 25 ans) s'élève à 5 % à l'échelle de la Carene, soit une proportion inférieure aux moyennes départementale et régionale (6 %) [Fig.11]. Elle varie selon les communes du territoire, de 9 % (Besné) à 4 % (Saint-Joachim).

Fig.11 Composition des ménages et des familles

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	Nombre de ménages	Nombre moyen de personnes par ménage	% familles monoparentales parmi les ménages	% familles nombreuses parmi les ménages	Nombre personnes vivant seules	% pers. seules parmi l'ensemble des habitants	% pers. seules parmi les 80 ans et +
Besné	1 113	2,7	4 %	9 %	245	8 %	44 %
La Chapelle-des-Marais	1 627	2,5	7 %	8 %	426	10 %	37 %
Donges	3 038	2,5	9 %	8 %	843	11 %	38 %
Montoir-de-Bretagne	2 966	2,3	8 %	7 %	902	13 %	40 %
Pornichet	5 219	2,0	6 %	3 %	2 086	20 %	38 %
Saint-André-des-Eaux	2 386	2,6	7 %	7 %	470	8 %	42 %
Saint-Joachim	1 709	2,3	7 %	4 %	517	13 %	35 %
Saint-Malo-de-Guersac	1 294	2,4	9 %	5 %	320	10 %	61 %
Saint-Nazaire	34 650	2,0	11 %	5 %	15 683	22 %	49 %
Trignac	3 218	2,3	9 %	6 %	960	13 %	38 %
CARENE	57 219	2,1	9 %	5 %	22 451	18 %	45 %
Loire-Atlantique	602 159	2,2	8 %	6 %	216 504	16 %	41 %
Pays de la Loire	1 623 300	2,2	7 %	6 %	557 155	15 %	40 %
France métropolitaine	28 280 037	2,2	9 %	6 %	10 026 922	16 %	42 %

Source : RP 2015 (Insee), exploitation ORS Pays de la Loire

ENCADRÉ 1. Aide sociale à l'enfance

Fin 2017, 751 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) étaient effectives à l'échelle de la Carene*. Ces mesures se répartissent de la façon suivante : 305 mesures de placement, 421 mesures à domicile** et 25 mesures d'accompagnement (administrateur ad-hoc, tutelle aux biens).

Avec environ 24 mesures pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, la Carene présente fin 2017 un taux supérieur de 30 % au taux départemental (18 pour 1 000) et le deuxième taux le plus élevé des EPCI du département (7 à 27 p. 1 000) [Annexe6].

* mesures dénombrées à la commune de résidence de l'autorité parentale principale

** Mesures à domicile : AED (Aide éducative à domicile), SED (action de soutien éducatif à domicile), AEMO (Aide éducative en milieu ouvert), AEIMF (Aide éducative intensive en milieu familial).

Source : Conseil départemental de Loire-Atlantique



1.7 LOGEMENT

Une proportion de logements anciens inférieure à la moyenne nationale

► La Carene compte en 2013 près de 67 000 **logements**, dont 10 % ont été **construits avant 1946** et sont donc susceptibles de présenter un risque plus d'important d'exposition au plomb (par le biais notamment des peintures). Ce pourcentage est nettement plus faible que la moyenne départementale (18 %), régionale (24 %) ou nationale (27 %). Il varie toutefois fortement selon les communes du territoire. Saint-Nazaire et Saint-André-des-Eaux présentent les taux les plus faibles (respectivement 7 % et 9 %). Saint-Joachim, avec 33 % des logements concernés, présente le taux le plus élevé et supérieur à la moyenne nationale [Fig.12].

► 12 % des logements de la Carene sont des **résidences secondaires**, soit un taux légèrement supérieur aux moyennes départementale et régionale (11 %). Pour la commune de Pornichet située sur le littoral, cette proportion atteint 51 % (contre 1 à 9 % pour les autres communes).

► La Carene compte près de 10 000 **logements sociaux**, ce qui représente environ 18 % des résidences principales. 80 % de ces logements sont situés sur la commune de Saint-Nazaire, 6 % sur Montoir-de-Bretagne et 4 % sur Trignac.

► En 2014, selon les données du recensement, environ 140 logements de la Carene ne sont **pas équipés de douche, ni de baignoire**. Ces logements sont situés majoritairement sur les communes de Saint-Nazaire (42 logements), Donges (24) et Montoir-de-Bretagne (25).

► Près de 3 % des résidences principales du territoire sont considérées comme **sur-occupées**, c'est-à-dire qu'au moins une pièce manque par rapport au nombre de personnes⁵. Un taux proche est retrouvé à l'échelle du département (2,8 %). Ce taux de logements sur-occupés varie de 1,4 à 3,5 % selon les communes de la Carene.

Fig.12 Logements et caractéristiques

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2013)

	Nombre total de logements	% des logements construits avant 1946	% résidences secondaires	% de résidences principales en sur-occupation	nb de logements sociaux
Besné	1 019	19%	2%	2,7%	19
La Chapelle-des-Marais	1 683	18%	5%	2,3%	84
Donges	3 148	12%	1%	2,8%	234
Montoir-de-Bretagne	3 088	13%	1%	3,1%	632
Pornichet	11 496	10%	51%	2,0%	327
Saint-André-des-Eaux	2 565	9%	9%	1,4%	70
Saint-Joachim	1 979	33%	6%	1,4%	66
Saint-Malo-de-Guersac	1 357	19%	1%	2,2%	60
Saint-Nazaire	37 392	7%	5%	3,0%	7 983
Trignac	3 177	15%	2%	3,5%	443
CARENE	66 903	10%	12%	2,8%	9 919
Loire-Atlantique	666 374	18%	11%	2,9%	68 260
Pays de la Loire	1 854 051	24%	11%	2,6%	193 848
France métropolitaine	33 587 046	27%	9%	5,6%	4 171 735

Source : RP 2013 (Insee) - exploitation ARS Pays de la Loire

⁵ Les logements de personnes seules ne sont pas pris en compte.



1.8 FORMATION, INSERTION PROFESSIONNELLE

Une surreprésentation des personnes diplômées d'un CAP ou BEP

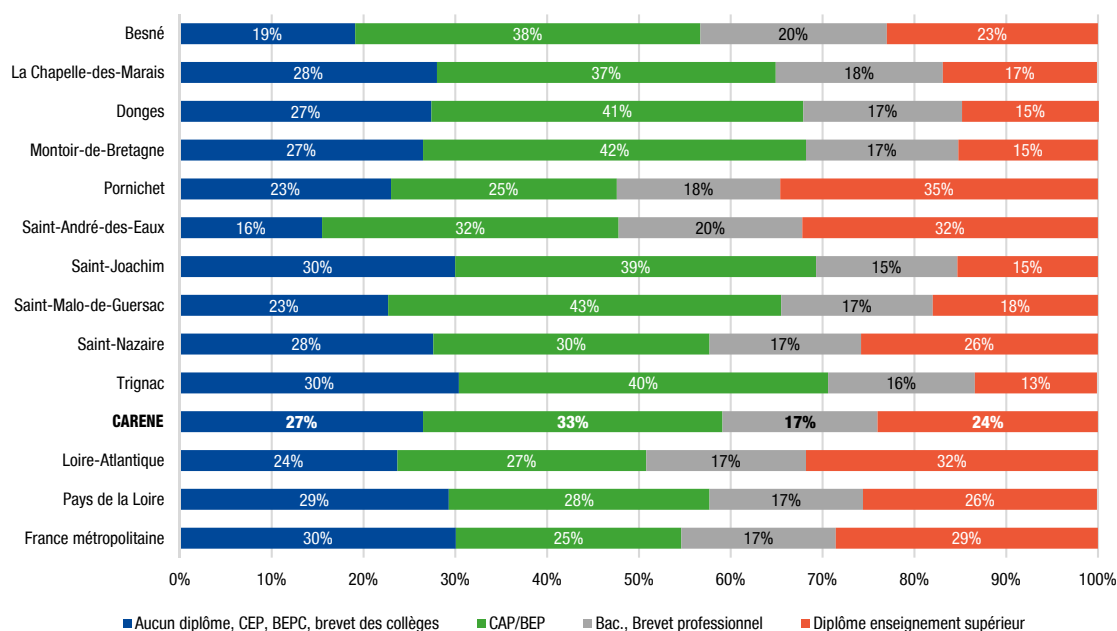
► Parmi les habitants de la Carene âgés de 15 ans et plus et non scolarisés, 27 % n'ont pas de diplôme ou sont peu diplômés⁶. Cette proportion est supérieure à la moyenne départementale (24 %), mais inférieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement 29 % et 30 %). Elle varie de 16 % à 30 % selon les communes du territoire. Saint-André-des-Eaux présente la proportion la plus faible, et les communes de Trignac et Saint-Joachim les plus élevées [Fig.13].

► Les diplômés d'un CAP ou BEP sont surreprésentés sur le territoire de la Carene (33 % vs 27 % en Loire-Atlantique, 25 % en France), et à l'inverse, les diplômés de l'enseignement supérieur sont sous-représentés (24 % vs 32 % et 28 %). Ce constat s'observe plus particulièrement dans les communes de Trignac, Donges, Montoir-de-Bretagne et Saint-Joachim.

Les communes de Pornichet et Saint-André-des-Eaux se distinguent des autres communes par une proportion élevée des personnes diplômées de l'enseignement supérieur, celle-ci atteint respectivement 35 % et 32 %.

Fig.13 Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Source : RP 2015 (Insee)

Plus d'ouvriers et d'employés, moins de cadres

► Parmi les habitants âgés de 15-64 ans, 73 % sont **actifs** (c'est-à-dire exercent un emploi ou sont au chômage) en 2015. Ce taux est légèrement inférieur aux moyennes départementale, régionale (75 %) et nationale (74 %). Il varie de 71 à 81 % selon les communes du territoire [Fig.14].

► Les employés constituent la catégorie sociale la plus importante sur la Carene. Ils représentent en effet 30 % des actifs du territoire, soit un taux supérieur de 3 points aux moyennes départementale et régionale (27 %) et supérieur d'un point à la moyenne nationale (29 %) [Fig.15].

Les ouvriers, 28 % des actifs, sont également surreprésentés sur le territoire comparativement à la situation départementale ou nationale (21 % en Loire-Atlantique et 22 % en France).

Contrairement aux ouvriers et aux employés, les cadres (11 %) sont sous-représentés sur le territoire (17 % en Loire-Atlantique et 16 % en France).

Les professions intermédiaires et d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise, représentent respectivement 25 % et 5 % des actifs, taux comparables à ceux observés au plan national.

⁶ Aucun diplôme, CEP, BEPC, brevet des collèges.



Les agriculteurs exploitants sont très peu nombreux sur le territoire de la Carene et représentent seulement 0,3 % des actifs, contre plus de 1 % en Loire-Atlantique et en France.

Fig.14 Répartition des actifs* de 15-64 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	% d'actifs parmi les 15-64 ans
Besné	81%
La Chapelle-des-Marais	76%
Donges	77%
Montoir-de-Bretagne	75%
Pornichet	71%
Saint-André-des-Eaux	79%
Saint-Joachim	72%
Saint-Malo-de-Guersac	74%
Saint-Nazaire	71%
Trignac	74%
CARENE	73%
Loire-Atlantique	75%
Pays de la Loire	75%
France métropolitaine	74%

Source : RP 2015 (Insee)
* actifs en emploi ou au chômage

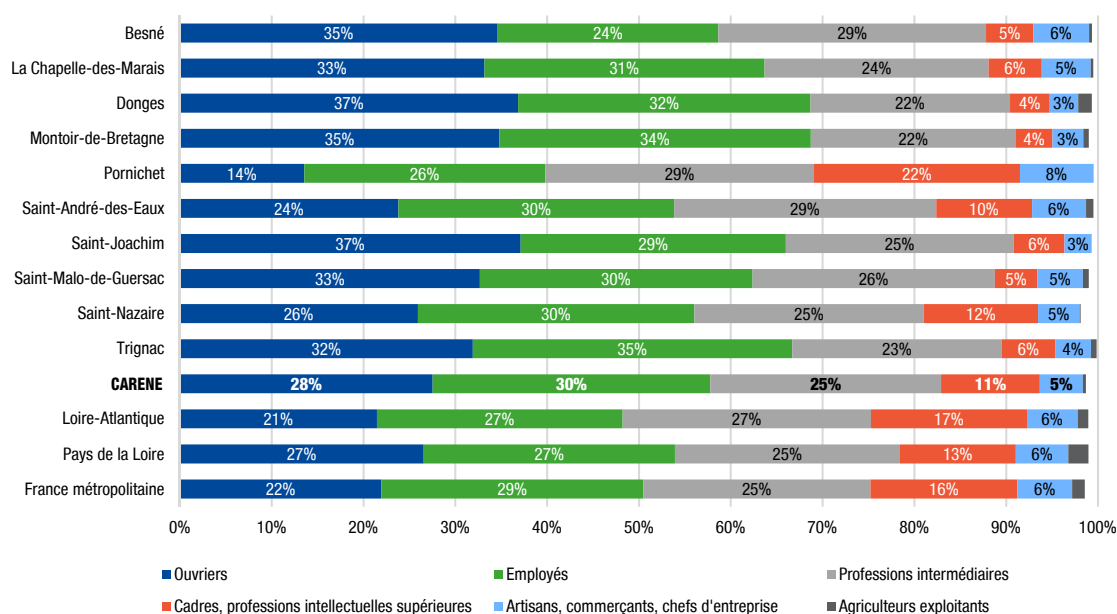
► En cohérence notamment avec les disparités observées selon le niveau de diplôme, la répartition des habitants selon leur catégorie socioprofessionnelle varie selon les communes de la Carene. Pornichet se distingue avec des proportions de cadres (22 %) et d'artisans/commerçants (8 %) deux fois supérieures à celles observées à l'échelle de la Carene (11 % et 5 %) et avec, à l'inverse, une proportion d'ouvriers deux fois plus faible (14 % vs 28 %).

Dans les communes de Donges, Montoir-de-Bretagne, Trignac, Saint-Joachim, les ouvriers et employés représentent au moins deux tiers des actifs (66 à 69 % selon les communes contre 58 % à l'échelle de la Carene). Les cadres y sont sous-représentés (4 à 6 % vs 11 %).

En comparaison au territoire de la Carene, la commune de Saint-André-des-Eaux présente en proportion moins d'ouvriers (24 % vs 28 %), mais plus de professions intermédiaires (29 % vs 25 %).

Fig.15 Répartition des actifs* de 15-64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Source : RP 2015 (Insee)



59 000 emplois sur la Carene, avec une surreprésentation des secteurs de l'industrie

► La Carene offre près de 59 000 emplois en 2015, occupés ou non par des habitants de ce territoire. Environ 37 000 de ces emplois, soit près de deux sur trois, se concentrent sur la commune de Saint-Nazaire.

► Comme au niveau départemental et national, le secteur tertiaire représente la plus grande part des emplois du territoire (69 %) :

- 41 % dans les secteurs du commerce, transports, et services divers ;

- 28 % dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale.

La part du secteur tertiaire est toutefois plus faible qu'au niveau départemental ou national (78 %), en raison principalement d'une surreprésentation sur le territoire des emplois industriels (24 % vs 13 % en Loire-Atlantique et en France).

1.9 PRÉCARITÉ, PAUVRETÉ

Des indicateurs de précarité et pauvreté moins favorables qu'au plan départemental et régional

► En 2015, le taux de **chômage** (au sens du recensement⁷) s'élevait à 15 % parmi les habitants de la Carene. Ce taux était supérieur aux moyennes départementale (12 %) et nationale (14 %) [Fig.16].

Comme en France, ce taux a augmenté entre 2010 et 2015 (+ 2 points).

Il varie de 9 à 18 % selon les communes de la Carene. Saint-Nazaire présente un taux de chômage deux fois plus élevé que Saint-André-des-Eaux.

Fig.16 Indicateurs de précarité

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine

	Taux de chômage en 2015 (au sens du recensement) parmi les 15-64 ans actifs	Taux de personnes couvertes par le RSA en 2016 (Caf uniquement)
Besn�	11%	2%
La Chapelle-des-Marais	10%	4%
Donges	13%	6%
Montoir-de-Bretagne	13%	10%
Pornichet	12%	7%
Saint-André-des-Eaux	9%	3%
Saint-Joachim	12%	5%
Saint-Malo-de-Guersac	11%	3%
Saint-Nazaire	18%	15%
Trignac	14%	9%
CARENE	15%	11%
Loire-Atlantique	12%	8%
Pays de la Loire	12%	7%
France métropolitaine	14%	11%

Sources : RP 2015 (Insee), Caf - exploitation ARS Pays de la Loire

► Selon les données des caisses d'allocations familiales (Caf)⁸, 11 % des habitants la Carene bénéficient du **Revenu de solidarité activé (RSA)**⁹. Cette proportion est supérieure aux moyennes départementale (8 %) et régionale (7 %) mais identique à la moyenne nationale (11 %). Elle varie de 2 à 15 % selon les communes du territoire.

► Les habitants de la Carene possèdent de façon globale des **revenus** légèrement inférieurs à la moyenne départementale, mais plutôt proches des moyennes régionale et nationale. Leur niveau de vie médian par unité de consommation s'élève en 2015 à environ 20 300 à, contre 21 300 à en Loire-Atlantique (- 5 %), 20 400 à en Pays de la Loire et 20 600   en France [Fig.17].

⁷ Rapport du nombre de chômeurs 15-64 ans sur le nombre d'actifs de 15-64 ans.

⁸ Ne sont pas pris en compte les bénéficiaires du RSA relevant de la MSA.

⁹ RSA non majoré, majoré ou jeune.



Les disparités de revenus à l'échelle de la Carénne sont comparables à celles observées au plan départemental ou régional. Le rapport entre le niveau de vie des 10 % des habitants les plus aisés et celui des 10 % les plus modestes (rapport interdécile) avoisine 2,9 contre 3,0 en Loire-Atlantique et 2,8 en Pays de la Loire. Ces disparités sont moins marquées qu'au plan national (3,5).

Cependant, les disparités de revenus sont importantes entre les communes du territoire. Le niveau de vie médian des habitants de Trignac (18 889 €) est 25 % inférieur à celui des habitants de Pornichet (24 689 €). Les écarts de revenus sont plus marqués parmi les habitants de Pornichet et de Saint-Nazaire, le rapport interdécile s'élève à 3,2 et 3,1 contre 2,2 à 2,7 dans les autres communes.

► En 2015, plus de 12 % des habitants de la Carénne vivent sous le **seuil de pauvreté**, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian (soit moins de 1 015 € par mois pour une personne seule). Cette proportion est inférieure à la moyenne nationale (15 %), mais supérieure à celles du département (10 %) et de la région (11 %) [Fig.17].

La Carénne fait partie des EPCI de la région qui présentent les taux de pauvreté les plus élevés (22^{ème} rang sur 72) [Annexe7].

Le taux de pauvreté varie de 6 à 16 % selon les communes de la Carénne. Saint-André-des-Eaux, Saint-Malo-de-Guersac et Pornichet présentent les taux les plus faibles, et Saint-Nazaire et Trignac les taux les plus élevés.

Selon une étude régionale de l'Insee, les familles monoparentales et les personnes seules sont les plus souvent en situation de pauvreté [1].

Fig.17 Niveau de vie annuel, taux de pauvreté monétaire

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	Niveau de vie annuel ¹				Taux de pauvreté monétaire ³
	1er décile (D1)	Médiane (5ème décile) ²	9ème décile (D9)	Rapport interdécile des revenus (D9/D1)	
Besné	14 332 €	21 655 €	30 932 €	2,2	nd
La Chapelle-des-Marais	12 741 €	19 686 €	28 188 €	2,2	9%
Donges	12 633 €	19 899 €	29 695 €	2,4	9%
Montoir-de-Bretagne	12 312 €	19 690 €	28 849 €	2,3	10%
Pornichet	13 919 €	24 689 €	44 878 €	3,2	7%
Saint-André-des-Eaux	14 137 €	22 880 €	38 043 €	2,7	6%
Saint-Joachim	12 404 €	19 728 €	29 075 €	2,3	10%
Saint-Malo-de-Guersac	13 327 €	20 761 €	29 445 €	2,2	7%
Saint-Nazaire	10 640 €	19 673 €	33 467 €	3,1	16%
Trignac	11 716 €	18 889 €	28 248 €	2,4	13%
CARENNE	11 541 €	20 261 €	33 417 €	2,9	12%
Loire-Atlantique	12 201 €	21 276 €	36 047 €	3,0	10%
Pays de la Loire	11 927 €	20 391 €	33 805 €	2,8	11%
France métropolitaine	10 739 €	20 566 €	37 621 €	3,5	15%

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2015.

1. Revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). 1 UC est attribuée au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Le revenu disponible comprend les revenus d'activités salariées (y compris les indemnités de chômage), les retraites et pensions, les revenus du patrimoine, les revenus d'activités non salariées et les prestations sociales reçues, nets des impôts directs.

2. Le niveau de vie médian partage les personnes en deux groupes égaux : la moitié des personnes appartient à un ménage qui dispose d'un revenu par UC inférieur à cette valeur et l'autre moitié présente un revenu par UC supérieur.

3. Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part de la population sous le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

nd : non disponible

► La **couverture maladie universelle complémentaire** (CMU-C) est destinée aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (734 € en moyenne par mois pour une personne seule fin 2017) et résidant en France de manière stable et régulière. Elle 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.

Fin 2016, près de 111 000 habitants de la Carénne sont couverts par le régime général soit 90 % de la population. Pour leur couverture complémentaire, 8 200 habitants bénéficient de la CMU-C soit 7 % de la population couverte par ce régime. Ce taux est analogue à la moyenne nationale mais supérieur à la moyenne départementale et régionale (5,5 %).

Parmi les 8 200 bénéficiaires de la CMU-C, près de 7 000, soit 86 % sont âgés de moins de 60 ans. Ceci est lié au fait que le plafond d'éligibilité à cette complémentaire est inférieur au minimum vieillesse. Si l'on considère les seuls bénéficiaires âgés de moins de 60 ans, le taux de couverture de la CMU-C s'élève à 10 %.



ENCADRÉ 2. Précisions méthodologiques sur l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé dans le cadre de cette étude

Les inégalités sociales de santé sur le territoire de la Carene ont été appréciées à partir du bénéfice éventuel de la CMU complémentaire (CMU-C), qui est un indicateur individuel de fragilité sociale basé sur le niveau de revenu du foyer. Les analyses menées sont restreintes à la population âgée de moins de 65 ans car peu de personnes bénéficient de la CMU-C au-delà de cet âge.

Pour l'analyse des inégalités territoriales, il a été fait le choix de constituer quatre sous-territoires, regroupant des communes proches géographiquement et relativement homogènes sur le plan socio-économique selon l'indice de défavorisation sociale (FDep : French deprivation index) de chaque commune.

Cet indice caractérise l'environnement socio-économique d'un individu à partir de sa commune de résidence. Il est calculé au niveau communal à partir des quatre variables socio-économiques suivantes, issues du recensement de population et du dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) :

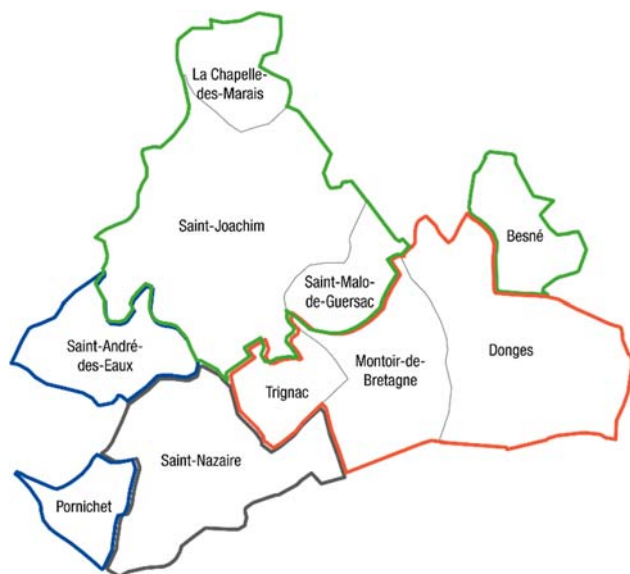
- revenu fiscal médian par unité de consommation,
- part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée,
- part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans,
- part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans

	Indice défavorisation sociale (2013)
Besné	0,335
La Chapelle-des-Marais	0,558
Donges	0,913
Montoir-de-Bretagne	1,155
Pornichet	-0,814
Saint-André-des-Eaux	-0,491
Saint-Joachim	0,853
Saint-Malo-de-Guersac	0,531
Saint-Nazaire	0,469
Trignac	0,861

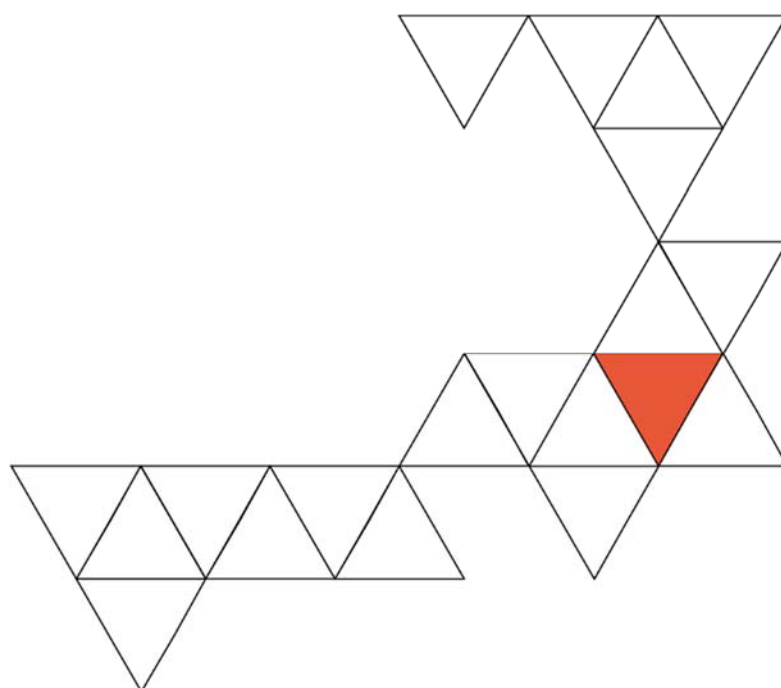
Source : SNDS 2018 (données recensement de la population 2013)

Les 4 groupes de communes constitués sont les suivants :

1. Pornichet/Saint-André-des-Eaux (2 communes, 16 613 habitants en 2015)
2. Saint-Nazaire (1 commune, 69 784 habitants)
3. Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim (4 communes, 14 142 habitants)
4. Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (3 communes, 22 393 habitants)







Partie 2.

VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ



Ce chapitre offre un regard global sur la santé des habitants de la Carene, en analysant tout d'abord la mortalité générale, ainsi que la mortalité prématurée et évitable. Il décrit ensuite la fréquence des maladies chroniques, et des recours aux soins hospitaliers de court séjour. Ces analyses s'appuient principalement sur les statistiques relatives aux affections de longue durée (ALD), sur les données concernant les personnes hospitalisées issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ainsi que sur les statistiques des causes médicales de décès.

2.1 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 dernière atteint 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.

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 [2]. Si l'on considère l'espérance de vie "en bonne santé", ces inégalités sociales se sont même aggravées en France, et ce de manière plus marquée chez les hommes.

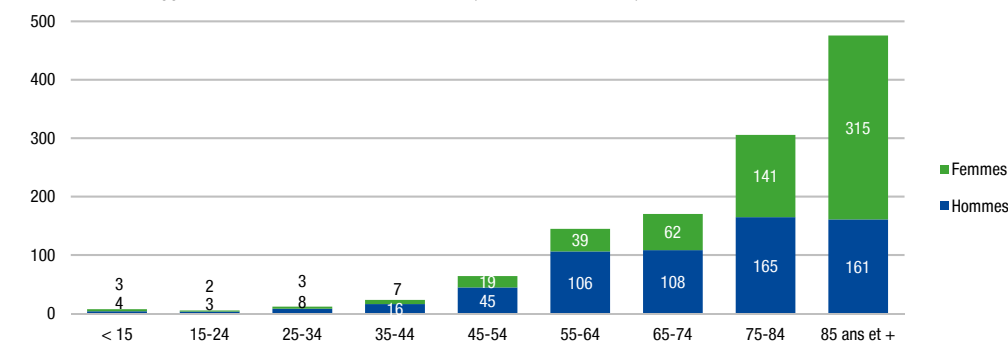
Une mortalité masculine près de deux fois plus élevée que celle des femmes

► 1 200 habitants de la Carene sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2011-2015¹⁰. La majorité de ces décès surviennent à un âge élevé : 65 % au-delà de 75 ans et 39 % au-delà de 85 ans [Fig.18]. Au début des années 2000, ces proportions étaient moindres, respectivement égales à 57 % et 28 %.

► La très grande majorité (91 %) des décès de personnes domiciliées dans la Carene surviennent sur ce territoire, 8 % dans le reste de la Loire-Atlantique et 1 % hors de ce département.

Fig.18 Nombre annuel moyen de décès selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2011-2015)



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

► Comme en France¹¹, la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes dans toutes les classes d'âge. Globalement, à structure par âge identique, la mortalité masculine est 1,8 fois plus élevée que celle des femmes. Une situation analogue est observée au niveau national avec toutefois, dans la Carene, un écart hommes/femmes moins marqué chez les 15-34 ans, mais plus important chez les 35-64 ans [Fig.19].

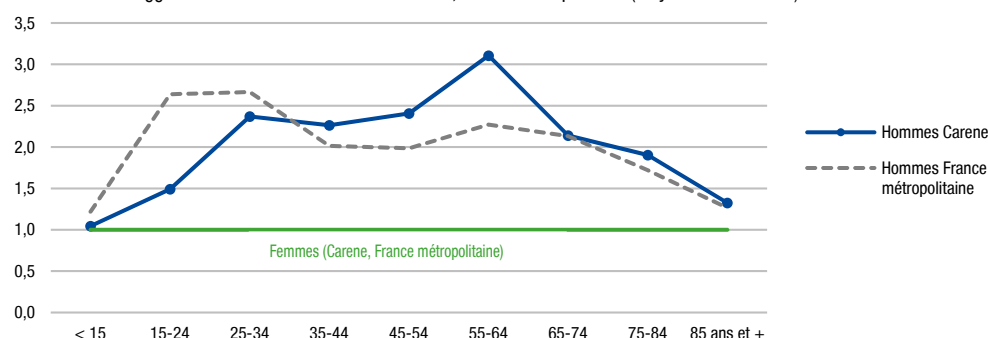
¹⁰ L'analyse porte sur des données cumulées sur cinq années pour limiter les fluctuations aléatoires liées à l'insuffisance des effectifs dans des approches détaillées. Ainsi, la période d'étude la plus récente concerne les décès cumulés entre 2011 et 2015.

¹¹ Dans l'ensemble de ce chapitre, la comparaison avec le niveau national est établie avec les données de la France métropolitaine.



Fig.19 Ratio de mortalité masculine par rapport à la mortalité féminine selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (moyenne 2011-2015)



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

Lecture : Le taux de mortalité des hommes de la Carene âgés de 15-24 ans est 1,5 fois plus élevé que le taux de mortalité des femmes de la Carene de cette classe d'âge.

Cancers et maladies cardiovasculaires, principales causes de décès

► Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire constituent, comme en France, les deux principales causes de décès parmi les habitants de la Carene (respectivement 31 % et 25 % des décès) [Fig.20]. Viennent ensuite les morts violentes qui représentent 7 % des décès. Ces derniers sont le plus souvent des décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou par suicide¹².

Fig.20 Principales causes de décès selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2011-2015)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des cancers*	223	36 %	148	25 %	371	31 %
Cancer du poumon	47	8 %	17	3 %	64	5 %
Cancer du côlon-rectum	23	4 %	20	3 %	42	4 %
Cancer de la prostate	19	3 %	-	-	19	2 %
Cancer du foie et voies biliaires intra-hépatiques	20	3 %	6	1 %	26	2 %
Cancers des VADS** et œsophage	20	3 %	5	1 %	26	2 %
Cancer du sein	-	-	25	4 %	25	2 %
Maladies de l'appareil circulatoire	140	23 %	156	26 %	296	25 %
Cardiopathies ischémiques	48	8 %	35	6 %	83	7 %
Maladies vasculaires cérébrales	28	5 %	47	8 %	75	6 %
Traumatismes et empoisonnements	50	8 %	37	6 %	87	7 %
Accident de la vie courante	24	4 %	27	5 %	51	4 %
Suicide	21	3 %	6	1 %	28	2 %
Accident de la circulation	-	-	-	-	4	< 0,5 %
Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***	31	5 %	7	1 %	38	3 %
Autres causes	172	28 %	243	41 %	415	34 %
Toutes causes	616	100 %	591	100 %	1 207	100 %

Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS) - 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, mais beaucoup moins rapidement qu'ailleurs

► Depuis plusieurs décennies, dans la Carene comme au plan national, l'espérance de vie à la naissance progresse, en lien avec la baisse de la mortalité. Entre les périodes 2000-2004 et 2011-2015, le taux standardisé (selon l'âge) de mortalité générale a ainsi diminué de 11 % dans la population de la Carene. Cette diminution est nettement moins importante que celles constatées dans l'ensemble du département (- 19 %) et au plan national (- 19 %) [Fig.21].

¹² Dans ce rapport, l'analyse des causes médicales de décès porte uniquement sur la cause initiale.



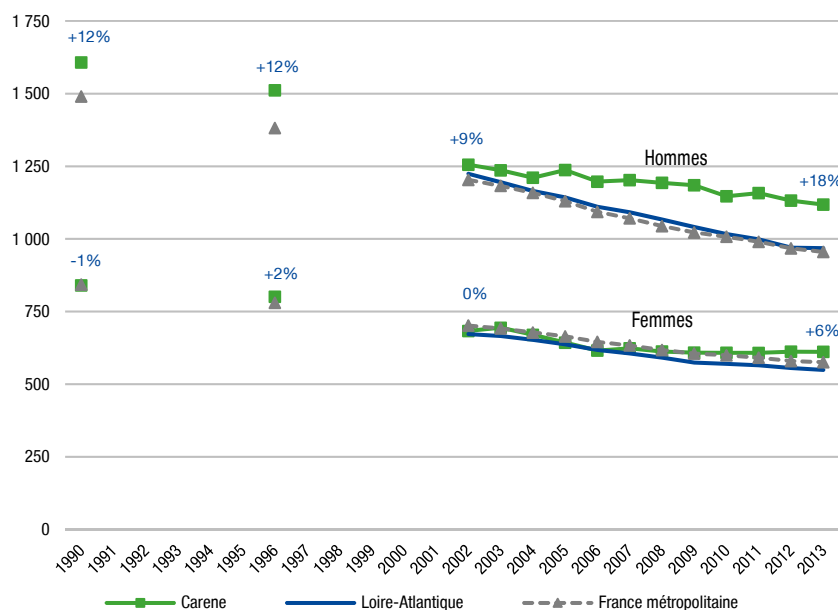
- Ce constat se retrouve pour les deux sexes, avec :
 - pour les hommes de la Carene, une baisse de la mortalité générale de 11 % alors que le recul atteint 21 % en Loire-Atlantique et en France,
 - pour les femmes de la Carene, une baisse de la mortalité générale de 11 % alors que le recul atteint 18 % en Loire-Atlantique et en France.
- Globalement, ce recul de la mortalité dans la population de la Carene s'observe pour les trois grandes classes d'âge (0-19 ans, 20-64 ans et 65 ans et plus).
- Cette baisse de la mortalité se retrouve également pour les trois principales causes de décès : - 23 % pour les maladies de l'appareil circulatoire, - 6 % pour les cancers et - 21 % pour les morts violentes. Pour ces trois causes et notamment pour les cancers, le recul est toutefois moins marqué qu'en France, où ces proportions sont respectivement égales à - 34 %, - 13 % et - 24 %.

Une surmortalité locale qui s'est amplifiée sur la dernière décennie

- La mortalité générale parmi les habitants de la Carene est, à structure par âge comparable, supérieure de 11 % à la moyenne nationale, et cette surmortalité se retrouve chez les hommes et chez les femmes¹³ [Fig.21].
- Chez les hommes, cette surmortalité était déjà observée au cours des années 1990 (+ 12 %) et s'était réduite au début des années 2000. Mais sur la dernière décennie, elle s'est amplifiée progressivement pour atteindre + 18 % sur la période 2011-2015.
- Chez les femmes, la mortalité générale est restée relativement proche de la moyenne nationale entre le début des années 1990 et le début des années 2010. Sur les années très récentes, s'est par contre installée une situation de surmortalité par rapport à la moyenne nationale (+ 6 % sur la période 2011-2015) [Fig.21].

Fig.21 Évolution du taux standardisé de mortalité générale selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Une situation très défavorable par rapport à celle des autres EPCI de la région

- La situation des habitants de la Carene en matière de mortalité générale apparaît très défavorable par rapport à celle des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. La Carene fait partie des EPCI en situation de surmortalité générale et se situe au 6^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur en 2011-2015 [Annexe8].

¹³ Le plus souvent dans ce rapport, les comparaisons à la moyenne nationale ont été effectuées à structure par âge identique, à partir d'indice comparatif (standardisation indirecte selon l'âge) ou de taux comparatifs (standardisation directe) et les écarts à la moyenne nationale mentionnés sont statistiquement significatifs au seuil de 5 %.



Des situations très contrastées au sein de la Carene

► La comparaison de la mortalité générale de la population des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude [ENCADRÉ 2] met en évidence une situation très différente selon les territoires [Fig.22]. Entre les années 2000-2004 et 2011-2015, la baisse de la mortalité générale constatée à l'échelle de la Carene se retrouve dans chacun des quatre territoires, mais de façon plus ou moins marquée.

► Sur le territoire de Pornichet/Saint-André-des-Eaux, la mortalité générale a diminué de 11 % contre - 19 % en moyenne en France. En raison de ce moindre recul, cette mortalité est désormais proche de la moyenne nationale alors qu'elle était inférieure à cette moyenne au début des années 2000.

► Le territoire de Saint-Nazaire a connu une baisse de sa mortalité générale de seulement 8 %. Ce recul, au moins deux fois inférieur à celui observé au niveau national, explique que la mortalité de ce territoire soit désormais supérieure de + 10 % à la moyenne nationale alors qu'elle lui était proche au début des années 2000. Cette surmortalité ne concerne que les hommes (+ 19 %), la mortalité des femmes n'étant pas significativement différente de la moyenne nationale.

► La baisse de la mortalité générale de ce territoire a été plus importante sur le territoire de Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim (- 13 % depuis le début des années 2000) et surtout sur celui de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (- 19 %).

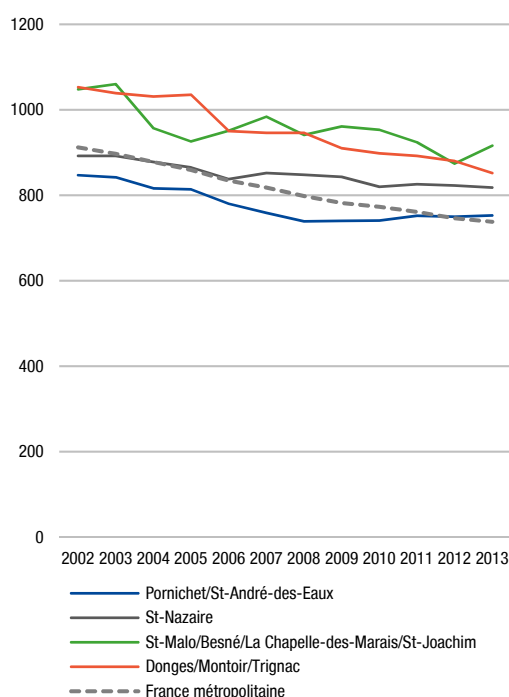
Toutefois, ces deux territoires conservent sur toute la période d'étude une surmortalité marquée. Celle-ci atteint respectivement + 24 % et + 15 % sur la période 2011-2015.

Sur le territoire de Saint-Malo/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim, cette surmortalité concerne les hommes (+ 34 %) comme les femmes (+ 15 %).

Sur celui de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac, seuls les hommes connaissent une situation de surmortalité (+ 22 %), la mortalité des femmes n'est pas significativement différente de la moyenne nationale.

Fig.22 Évolution du taux standardisé de mortalité générale selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).



2.2 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.

Une part importante de cette mortalité peut être considérée comme évitable, car elle est susceptible d'être réduite par la prévention primaire. La liste des causes de décès prématurés « évitables » utilisée en France comprend actuellement les décès par 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.

30 % des hommes et 12 % des femmes décèdent avant 65 ans

► Sur la période 2011-2015¹⁴, 256 habitants de la Carene sont décédés en moyenne chaque année avant 65 ans, ce qui représente 21 % du nombre total de décès. Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée au plan national¹⁵ (19 %). Sur ces 256 décès prématurés, 182, soit plus des deux tiers, concernent des hommes [Fig.23].

► Comme en France, la part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 30 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 12 % des décès féminins. Au niveau national, ces proportions sont respectivement égales à 25 et 12 %.

Les cancers, première cause de décès prématuré des habitants de la Carene

► Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée [Fig.23]. Ils sont à l'origine de 41 % des décès survenus avant 65 ans sur la période 2011-2015 (38 % des décès masculins et 47 % des décès féminins).

Le cancer du poumon est la localisation la plus fréquemment en cause, avec 13 % des décès prématurés chez les hommes et 9 % chez les femmes. Le cancer du sein arrive en première position chez les femmes (10 %).

► Les morts violentes, par suicide ou par accident, représentent 16 % des décès avant 65 ans (17 % des décès masculins et 13 % des décès féminins).

► Les maladies cardiovasculaires sont également à l'origine de 11 % des décès prématurés (12 % des décès masculins et 8 % des décès féminins).

► Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool représentent 10 % des décès avant 65 ans (12 % des décès masculins et 4 % des décès féminins).

Fig.23 Principales causes de décès prématurés selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2011-2015)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des cancers*	70	38 %	35	47 %	105	41 %
Cancer du poumon	23	13 %	7	9 %	30	12 %
Cancers des VADS** et œsophage	-	-	-	-	11	4 %
Cancer du côlon-rectum	5	3 %	5	7 %	10	4 %
Cancer du sein	-	-	8	10 %	8	3 %
Traumatismes et empoisonnements	32	17 %	10	13 %	41	16 %
Suicide	18	10 %	4	5 %	22	8 %
Accident de la vie courante	11	6 %	4	6 %	15	6 %
Maladies de l'appareil circulatoire	22	12 %	6	8 %	28	11 %
Pathologies liées à une consommation excessive d'alcool***	21	12 %	3	4 %	24	10 %
Autres causes	37	20 %	20	27 %	57	22 %
Toutes causes	182	100 %	74	100 %	256	100 %

Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), 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.

¹⁴ L'analyse porte sur des données cumulées sur cinq années pour limiter les fluctuations aléatoires liées à l'insuffisance des effectifs dans des approches détaillées. Ainsi, la période d'étude la plus récente concerne les décès cumulés entre 2011 et 2015, dernière année pour laquelle les données sont disponibles.

¹⁵ Dans l'ensemble de ce chapitre, la comparaison avec le niveau national est établie avec les données de la France métropolitaine.



Plus d'un décès sur trois survenant avant 65 ans pourrait être évité

► Une part importante des causes de décès prématurés peuvent être considérées comme « évitables » car elles sont accessibles à la prévention primaire [Cf. [Éléments de contexte](#)].

Parmi les 256 décès prématurés dénombrés dans la population de la Carene chaque année, 92 peuvent être ainsi considérés comme « évitables », soit 36 %. Au plan national, cette proportion est moins élevée (31 %). Sur ces 92 décès, 75 concernent des hommes (82 %) et 17 des femmes.

Une mortalité prématurée en recul mais qui reste supérieure de 28 % à la moyenne nationale

► Depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée des habitants de la Carene a diminué de 14 %. Ce recul est un peu moins marqué que celui observé au plan national (- 17 %). De ce fait, la surmortalité prématurée importante qui était observée sur le territoire au début des années 2000 ne s'est pas réduite, et elle atteint + 28 % sur la période 2011-2015 [Fig.24].

► Cette baisse de la mortalité prématurée des habitants de la Carene a été de même ampleur chez les hommes et chez les femmes. Par contre, la surmortalité prématurée qui caractérise le territoire est beaucoup plus marquée chez les hommes (+ 38 % en 2011-2015) que chez les femmes (+ 11 %).

► Par rapport aux années 1990 où elle se situait entre + 20 et 25 %, la surmortalité prématurée des hommes du territoire s'est donc fortement accrue. La surmortalité prématurée des femmes est par contre restée d'un ordre de grandeur relativement comparable depuis le début des années 1990.

Fig.24 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (1990-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Une situation très défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► La situation des habitants de la Carene en matière de mortalité prématurée a été comparée à celle des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. La Carene fait partie des EPCI en situation de surmortalité prématurée et se situe au 3^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur en 2011-2015. L'EPCI le moins bien placé pour cet indicateur est la Communauté de communes du Sud Estuaire où la surmortalité prématurée atteint + 35 % (+ 28 % pour la Carene) [Annexe9].



Des situations différentes selon les territoires

► La comparaison de la mortalité prématurée de la population des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence une situation très différente selon les territoires [Fig.25]. Entre les années 2000-2004 et 2011-2015, la baisse de la mortalité prématurée constatée à l'échelle du territoire de la Carene se retrouve dans chacun des quatre territoires.

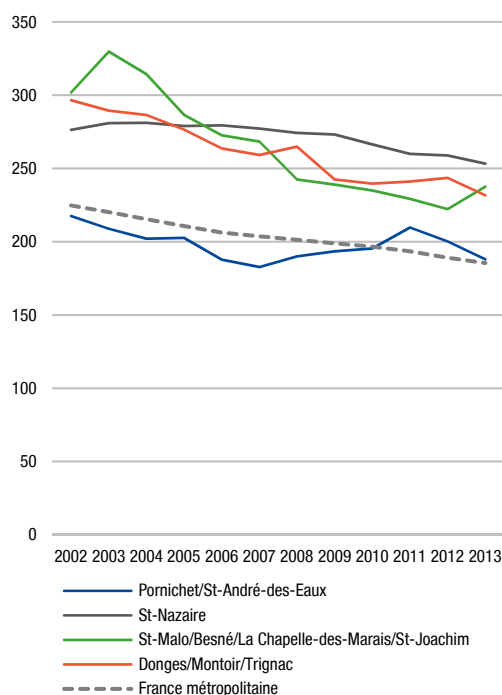
► Pour le territoire de Pornichet/Saint-André-des-Eaux, la mortalité prématurée a diminué de 14 % contre - 17 % en moyenne en France. La mortalité de ce territoire reste globalement assez proche de la moyenne nationale sur toute la période d'étude.

► La baisse de la mortalité prématurée a été plus importante que celle observée au plan national sur le territoire de Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim (- 21 %) et sur celui de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (- 22 %). Toutefois, ces deux territoires conservent sur toute la période d'étude une surmortalité prématurée marquée qui atteint respectivement + 28 % et + 25 % sur la période 2011-2015. Cette surmortalité concerne toutefois seulement les hommes de ces territoires (respectivement + 41 % et + 37 %).

► Le territoire de Saint-Nazaire a connu une baisse de sa mortalité prématurée de seulement 8 %. Ce recul deux fois inférieur à celui observé au niveau national, explique que la surmortalité de ce territoire a eu tendance à s'amplifier depuis le début des années 2000, atteignant + 36 % sur la période 2011-2015. Cette surmortalité prématurée est plus marquée chez les hommes (+ 47 %) que chez les femmes (+ 19 %).

Fig.25 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Une surmortalité qui concerne surtout les hommes de 45-64 ans

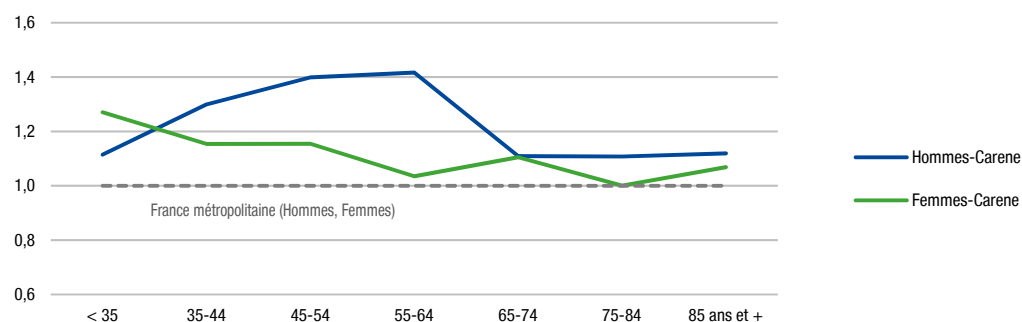
► La comparaison des taux de mortalité par âge avec la moyenne nationale met en évidence une surmortalité chez les hommes habitant la Carene qui concerne toutes les tranches d'âge et est maximum entre 45 et 64 ans [Fig.26].

► La mortalité par groupe d'âge des femmes de ce territoire est également toujours supérieure à la moyenne nationale avec toutefois des écarts moins marqués que pour les hommes. À noter une situation des femmes de moins de 35 ans qui semble plus défavorable que celle des hommes. Ce dernier constat doit toutefois être considéré avec prudence en raison des faibles effectifs concernés (en moyenne 8 décès féminins de moins de 35 ans par an).



Fig.26 Ratio de mortalité générale dans la Carene par rapport à la moyenne nationale selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (moyenne 2011-2015)



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

Lecture : Le taux de mortalité des hommes de la Carene âgés de 45-54 ans est supérieur de 40 % au taux national de mortalité des hommes de cette classe d'âge. Le taux de mortalité des femmes de la Carene âgées de 45-54 ans est supérieur de 15 % au taux national de mortalité des femmes de cette classe d'âge.

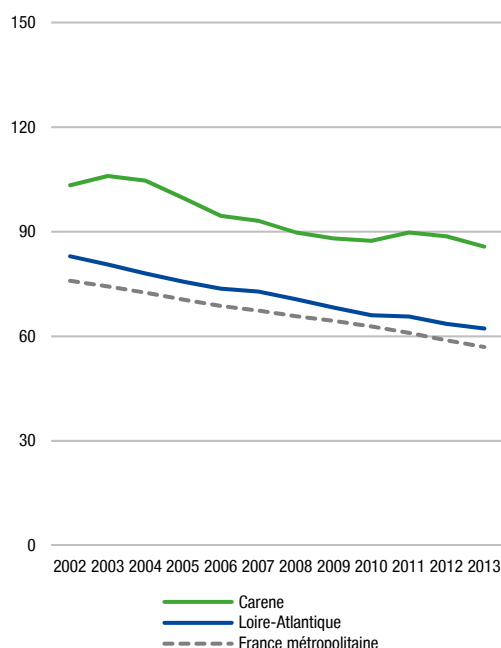
Une mortalité prématurée évitable supérieure de 51 % à la moyenne nationale

► La mortalité prématurée évitable a connu un fort recul depuis le début des années 2000 au niveau national (- 25 % entre 2000-2004 et 2011-2015). Pour les habitants de la Carene, malgré des fluctuations, une tendance analogue est observée (- 17 %) [Fig.27].

► La mortalité prématurée évitable reste depuis le début des années 2000 globalement supérieure à la moyenne nationale et l'écart atteint + 51 % sur la dernière période 2011-2015. À titre de comparaison, l'écart est de + 9 % pour l'ensemble de la Loire-Atlantique, en raison notamment de la sous-mortalité évitable constatée parmi les habitants de Nantes métropole (- 8 %).

Fig.27 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée évitable

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



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

Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).



2.3 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, des transformations des conditions de vie et de l'environnement, 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.

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 de ces affections chroniques, et plus largement d'adaptation des conditions de vie et d'environnement à la situation des personnes concernées, sont donc très importants.

Les statistiques relatives aux ALD offrent 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 [ENCADRÉ 3, page 36].

2.3.1 Admissions en ALD (incidence)

Le nombre annuel d'admissions en ALD est égal au nombre de personnes entrant dans ce dispositif chaque année. Il s'agit donc d'une donnée d'incidence annuelle, correspondant à un flux, alors que les données de prévalence analysées dans la deuxième partie de ce chapitre correspondent à un stock à un moment donné.

Les données d'incidence offrent un regard plus proche de la situation de morbidité actuelle.

Les données présentées ci-après concernent la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général¹⁶, régime agricole, régime social des indépendants). Ces trois régimes couvrent plus de 95 % de la population de la Carène.

Les hommes plus fréquemment admis en ALD que les femmes

► Environ 3 000 habitants de la Carène ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie¹⁷, entre 2012 et 2014¹⁸. Cet effectif total représente environ 2,4 % de la population de la Carène [Fig.28].

► Comme au niveau national¹⁹, les admissions en ALD sont plus fréquentes chez les hommes du territoire que chez les femmes. À structure par âge identique, le taux d'admissions en ALD des hommes est 1,4 fois plus élevé que celui des femmes.

► Comme en France, cette surincidence masculine ne s'observe pas entre 10 et 34 ans. Il existe même sur la Carène une légère surincidence féminine des ALD entre 20 et 34 ans.

29 % des admissions en ALD sont liées à une affection cardiovasculaire

► Comme en France, les pathologies le plus souvent à l'origine de ces admissions sont les maladies cardiovasculaires qui représentent 29 % de l'ensemble des motifs d'admissions. Viennent ensuite les cancers (25 % des admissions), les troubles mentaux et du comportement (14 %) et le diabète (12 %) [Fig.28].

¹⁶ Y compris sections locales mutualistes info-gérées par ce régime.

¹⁷ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.

¹⁸ L'analyse porte sur des données cumulées sur trois années pour limiter les fluctuations aléatoires liées à l'insuffisance des effectifs dans des approches détaillées. Ainsi, la période d'étude la plus récente concerne les admissions en ALD cumulées entre 2012 et 2014.

¹⁹ Dans l'ensemble de ce chapitre, la comparaison avec le niveau national est établie avec les données de la France métropolitaine.



Fig.28 Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon le sexe et les principaux motifs d'admission

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2012-2014)

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Tumeurs malignes	396	26 %	333	24 %	728	25 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	214	14 %	168	12 %	382	13 %
Troubles mentaux et du comportement	161	10 %	239	17 %	400	14 %
Maladies du système nerveux	67	4 %	72	5 %	139	5 %
Maladies de l'appareil circulatoire	489	32 %	369	26 %	858	29 %
Maladies de l'appareil respiratoire	58	4 %	52	4 %	110	4 %
Maladies de l'appareil digestif	46	3 %	29	2 %	75	2 %
Maladies du système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	38	2 %	81	6 %	119	4 %
Autres causes	74	5 %	62	4 %	136	4 %
Toutes causes	1 542	100 %	1 405	100 %	2 947	100 %

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 [Fig.29].

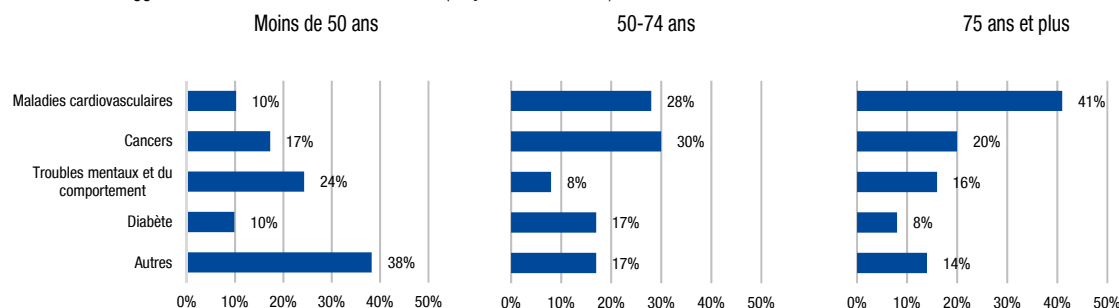
Avant 50 ans, les troubles mentaux et du comportement constituent le motif le plus fréquent d'admission en ALD (24 %). Les cancers arrivent ensuite (17 %). Puis viennent les maladies cardiovasculaires et le diabète (respectivement 10 % chacun).

Entre 50 et 74 ans, les cancers (30 %) et les maladies cardiovasculaires (28 %) constituent les motifs d'admission en ALD les plus fréquents, devant le diabète (17 %).

Au-delà de 75 ans, ce sont les maladies cardiovasculaires qui prédominent (41 %), devant les cancers (20 %) et les troubles mentaux (16 %), dont principalement la maladie d'Alzheimer et les autres démences.

Fig.29 Principaux motifs d'admissions en ALD selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2012-2014)



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

Une fréquence des admissions en ALD en augmentation

► Entre 2005-2007 et 2012-2014, à structure par âge comparable, le taux d'admissions en ALD a augmenté de + 6 % parmi les habitants de la Carene (+ 14 % en Loire-Atlantique, + 10 % au plan national) [Fig.30].

La suppression en juin 2011 de la possibilité d'être admis en ALD pour hypertension artérielle sévère (ALD n° 12) a toutefois fortement impacté cette tendance au cours des dernières années, en provoquant un recul global des admissions entre 2011 et 2014. Ce recul a été plus marqué pour la Carene (- 7 %) qu'au plan national (- 2 %).

Une analyse à champ constant, c'est-à-dire excluant les admissions en ALD n°12 sur les années antérieures à 2011, montre une augmentation des admissions en ALD de 19 % dans la population de la Carene entre 2005-2007 et 2012-2014 (+ 24 % en Loire-Atlantique, + 23 % en France).

► L'augmentation globale des admissions en ALD (y compris ALD n°12) parmi les habitants de la Carene est plus marquée chez les femmes (+ 11 %) que chez les hommes (+ 2 %).

Chez les femmes, cette hausse est liée principalement à une augmentation des admissions en ALD pour cancers (+ 18 %), troubles mentaux et du comportement (+ 11 %), diabète (+ 15 %), maladies ostéo-articulaires (+ 30 %), maladies du système nerveux (+ 35 %), insuffisance respiratoire chronique grave (+ 54 %), et dans une moindre mesure pour maladies de l'appareil digestif (+ 29 %).



À l'échelle du département, est également observée, chez les femmes, une augmentation des taux d'admissions en ALD pour ces sept groupes de pathologies. S'y ajoute une hausse des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, qui n'est par contre pas retrouvée chez les femmes de la Carene. Chez ces dernières, leur fréquence est en baisse (- 6 %) en lien notamment avec la suppression des admissions en ALD pour hypertension artérielle sévère à partir 2011.

Chez les hommes de la Carene, une augmentation marquée de la fréquence des admissions en ALD est également observée pour plusieurs groupes de pathologies : troubles mentaux et du comportement (+ 31 %), maladies du système nerveux (+ 33 %), insuffisance respiratoire chronique grave (+ 26 %), maladies de l'appareil digestif (+ 28 %), maladies ostéo-articulaires (+ 32 %).

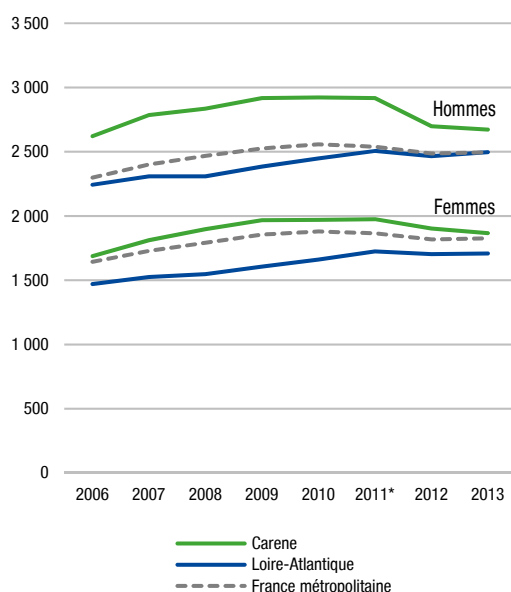
À l'échelle du département, une hausse est également observée chez les hommes des admissions en ALD pour ces cinq groupes de pathologies. S'y ajoutent des hausses des admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires, qui ne sont pas retrouvées chez les hommes de la Carene. Chez ces derniers, les fréquences de ces admissions sont en baisse (- 4 % pour le diabète, - 8 % pour les maladies cardiovasculaires).

Concernant les cancers, la fréquence des admissions en ALD est relativement stable chez les hommes de la Carene alors qu'au plan départemental, celle-ci est en recul (- 8 %).

► De multiples facteurs peuvent expliquer cette croissance globale des admissions en ALD, et plus spécifiquement celles observées pour certains groupes de pathologies. 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...). 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 [ENCADRÉ 3, page 36].

Fig.30 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
* Suppression de l'ALD n°12 « hypertension artérielle sévère » en juin 2011 [Encadré 3, page 36].

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

► **Globalement**, la fréquence des admissions en ALD dans la population de la Carene est supérieure de 4 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014, à structure d'âge comparable. Ce résultat masque un constat différent selon le sexe [Fig.30].

► **Chez les femmes**, cette fréquence reste depuis 2006 très légèrement supérieure à la moyenne nationale et l'écart observé n'est plus que de 1 % en 2012-2014. Néanmoins, les écarts à la moyenne nationale sont importants et atteignent environ + 20 % pour certains groupes de pathologies, dont les maladies du système nerveux, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif et les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.



► **Chez les hommes**, le taux global d'admissions en ALD est supérieur de 8 % à la moyenne nationale. Cet écart était deux fois plus important avant 2011 et sa diminution semble résulter de la suppression des possibilités d'admission en ALD n°12. En effet, avant 2011, la fréquence des admissions des hommes du territoire en ALD pour hypertension artérielle sévère était nettement supérieure à la moyenne nationale (environ + 30 %).

Cette surincidence globale des admissions en ALD est liée principalement à une plus grande fréquence des admissions pour tumeurs malignes (+ 28 %), maladies de l'appareil circulatoire (+ 8 %), maladies de l'appareil digestif (+ 62 %) et maladies ostéo-articulaires (+ 30 %). La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire apparaît également plus élevée qu'au plan national.

Par contre, l'incidence masculine des ALD pour troubles mentaux n'est pas significativement différente de la moyenne nationale, et celle des ALD pour diabète est inférieure d'environ 20 % à cette moyenne.

► Ces résultats doivent toutefois être considérés en tenant compte des limites des ALD [ENCADRÉ 3, page 36]. En effet, les écarts observés entre la Carene 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 pratiques médico-administratives en matière d'admissions en ALD ou dans les modalités de prise en charge. Néanmoins, ces résultats sont globalement cohérents avec les autres indicateurs de mortalité et de morbidité présentés dans ce rapport.

Une situation défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► La situation des habitants de la Carene en matière d'admissions en ALD a été comparée à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. La Carene fait partie des EPCI en situation de surincidence d'admissions en ALD et se situe au 7^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur en 2012-2014 [Annexe10].

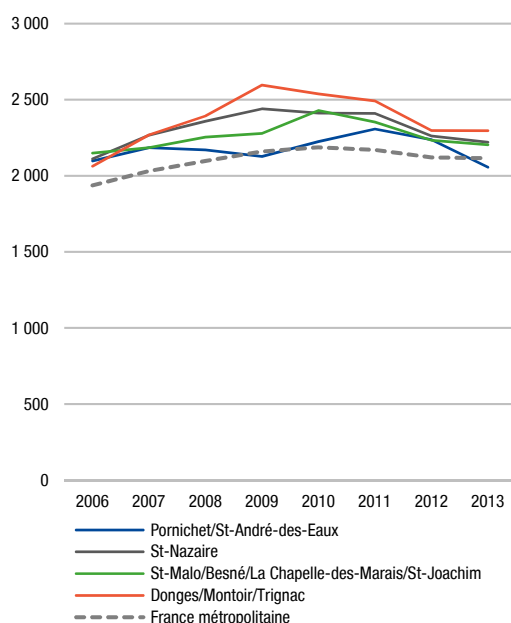
Analyse par groupe de communes

► L'analyse de la fréquence d'admissions en ALD de la population selon les 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude sur la période 2005-2014, met en évidence la situation suivante [Fig.31] :

- sur le territoire de Pornichet/Saint-André-des-Eaux, la fréquence des admissions en ALD a tendance à fluctuer autour de la moyenne nationale et apparaît non différente de cette moyenne sur les années récentes 2012-2014,
- sur les trois autres territoires, la fréquence des admissions en ALD apparaît supérieure à la moyenne nationale. Pour la période 2012-2014, l'écart est de + 4 % pour les territoires de Saint-Nazaire et de Saint-Malo-de-Guersac/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim, et de + 8 % pour celui de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac. Dans ces trois territoires, la surincidence est surtout marquée pour les hommes.

Fig.31 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD* selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



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



ENCADRÉ 3. Intérêts et limites des données relatives aux affections de longue durée (ALD)

Les personnes atteintes de certaines maladies, dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, peuvent être admises par leur régime d'assurance maladie en affection de longue (ALD). Elles bénéficient dans ce cadre d'une exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire une prise en charge à 100 % par rapport au tarif de l'assurance maladie) pour les soins liés à cette affection.

La liste des trente causes d'exonération différentes (ALD dite sur liste) et les critères médicaux d'admission sont définis par décret. Une admission en ALD exonérante 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 :

- soit l'ensemble des bénéficiaires couverts par un régime d'assurance maladie (y compris Aide médicale d'État)
- soit les bénéficiaires relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent au moins 95 % de la population de la Carene.

Par ailleurs, deux types de données sont mobilisés :

- des données de prévalence correspondant à l'ensemble des personnes qui sont en ALD à un moment donné (une même personne peut avoir plusieurs ALD simultanément). Ces données offrent un regard sur les besoins de prise en charge. Les données de prévalence présentées dans ce rapport concernent les trente ALD sur liste. Elles se réfèrent soit aux bénéficiaires de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, soit aux bénéficiaires des trois principaux régimes d'assurance maladie.
- des données d'incidence correspondant aux admissions en ALD prononcées sur une période donnée. Ces données d'incidence offrent un regard plus dynamique et notamment utile dans une perspective de prévention. Les données d'incidence présentées dans ce rapport concernent les admissions en ALD sur liste pour les bénéficiaires des trois principaux régimes.

Les taux standardisés et indices comparatifs d'admissions et de personnes 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 médicosocial...), couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle...), raisons de confidentialité...
- une surestimation de l'incidence est également possible. C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant (actuellement, les durées d'attribution du bénéfice d'une ALD exonérante sont de cinq ans pour la plupart des pathologies). Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).
- certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie, notamment dans les contextes suivants : amélioration des possibilités de diagnostic 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'admission retenu peut être l'étiologie de l'affection, ou sa conséquence (accident vasculaire cérébral ou hémiparésie 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 2016 (à partir de juin), mise en place d'un dispositif différencié de gestion des ALD avec ALD dites à déclaration simplifiée et celles dites à déclaration argumentée.
- en 2011, les conditions d'admission (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.



2.3.2 Ensemble des bénéficiaires en affection de longue durée (prévalence)

Le poids des maladies chroniques et son évolution sont difficiles à apprécier, car aucun indicateur n'en permet une mesure précise. La prévalence des pathologies prises en charge par l'assurance maladie au titre du dispositif d'ALD constitue le seul indicateur mobilisable pour cette mesure, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD. Les données de prévalence, présentées ci-après, correspondent au nombre total de personnes en ALD à une date donnée (« stock »). Elles concernent l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

18 % des habitants de la Carene sont atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux

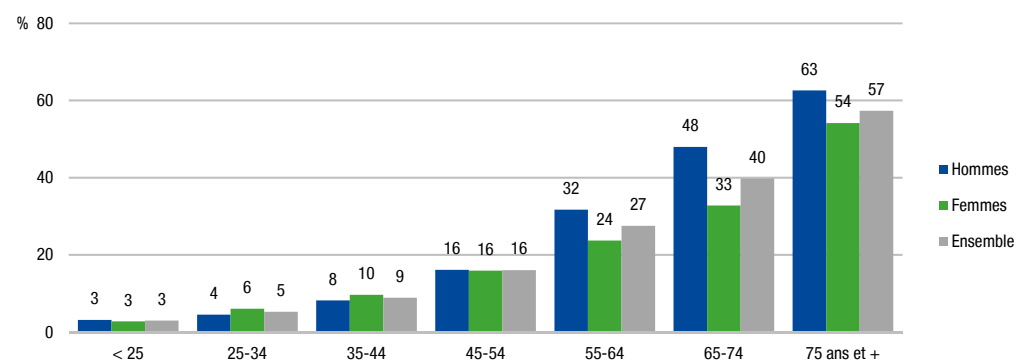
- Parmi les habitants de la Carene, 22 600 étaient en affection de longue durée (ALD) fin 2016. 18 %²⁰ de la population du territoire est donc atteinte d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux.
- Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, passant de 3 % chez les moins de 25 ans à plus de 55 % au-delà de 75 ans [Fig.32].

Davantage d'hommes que de femmes en ALD après 55 ans

- À structure par âge comparable, la prévalence des ALD est équivalente chez les hommes et chez les femmes. Néanmoins, des différences sont observées selon l'âge. Avant 55 ans, les taux sont sensiblement identiques entre les hommes et les femmes, et au-delà, les taux masculins sont 1,2 à 1,5 fois plus élevés que les taux féminins [Fig.32].

Fig.32 Pourcentage de bénéficiaires en ALD selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (31/12/2016)



Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

Une prévalence des ALD un peu plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C

- Le taux de personnes en ALD dans la population de la Carene, âgée de moins de 65 ans, est plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C (11,5 %) que les non-bénéficiaires (10,1 %, à structure par âge comparable). Un constat analogue est retrouvé au plan départemental et national.

Une prévalence des ALD supérieure à la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes

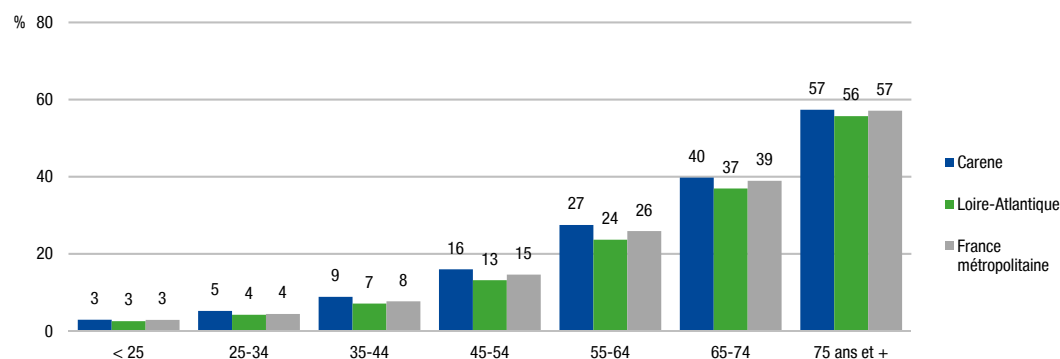
- La prévalence des ALD dans la population de la Carene est supérieure de 5 % à la moyenne nationale en 2016, à structure d'âge comparable. Ce constat est observé aussi bien chez les hommes (+ 6 %) que chez les femmes (+ 4 %), et concerne quasiment toutes les classes d'âge [Fig.33].
- La situation des habitants de la Carene se distingue de celle du département de la Loire-Atlantique, où l'on observe une prévalence des ALD inférieure à la moyenne nationale (- 6 %), pour les hommes (- 3 %) et pour les femmes (- 8 %).

²⁰ Proportion brute.



Fig.33 Pourcentage de bénéficiaires en ALD selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (31/12/2016)



Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

Une situation très défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► La situation des habitants de la Carene en matière de prévalence des ALD a été comparée à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Sur les 72 EPCI que compte la région, la Carene fait partie des EPCI présentant les prévalences les plus élevées d'ALD. Elle se situe au 4^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur [Annexe11].

Une prévalence qui varie de 15 à 18 % selon les quatre groupes de communes

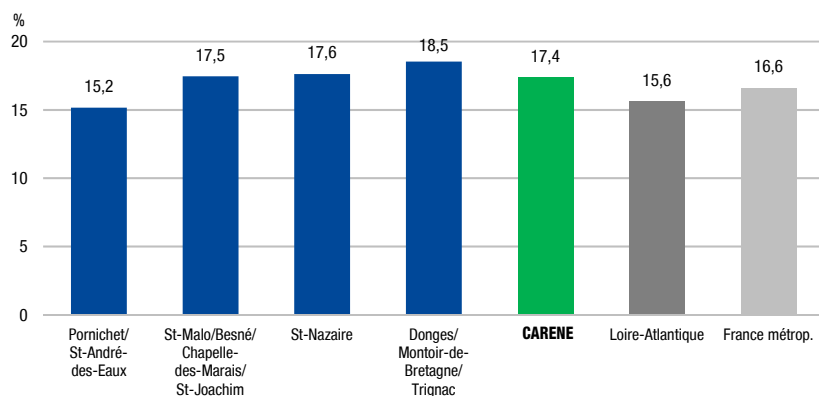
► L'analyse de la prévalence des ALD parmi les habitants des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence que cette prévalence varie de 15,2 à 18,5 % selon ces 4 groupes [Fig.34].

Le territoire Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac présente le taux le plus élevé de personnes en ALD. Les territoires de Saint-Nazaire et de Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim présentent des taux proches, qui atteignent environ 17,5 %. Ces taux sont supérieurs aux moyennes départementale (15,6 %) et nationale (16,6 %)

Seul le territoire Pornichet/Saint-André-des-Eaux, avec 15,2 % de personnes concernées, présente un taux inférieur à ces moyennes.

Fig.34 Proportion¹ de personnes en ALD selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (31/12/2016)



Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

¹ Taux standardisé selon l'âge.



2.4 HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les statistiques concernant les hospitalisations en service de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique), et notamment les diagnostics principaux posés lors de ces hospitalisations apportent des informations sur les maladies aiguës ou chroniques qui nécessitent une hospitalisation, sur les problèmes de santé en lien avec la grossesse, ainsi que sur les traumatismes et intoxications.

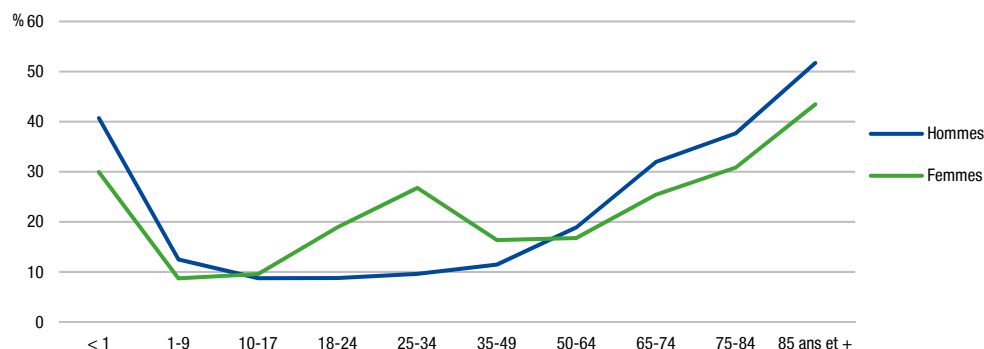
Les données présentées ci-après concernent les patients hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année de façon globale, et pour différentes pathologies ou groupes de pathologies. Elles reposent sur un dénombrement annuel de patients (après chaînage). L'interprétation de ces données, issues du PMSI, doit être prudente et prendre en compte leur caractère médico-administratif [ENCADRÉ 4, page 41].

18 % des habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour

- En moyenne 22 000 habitants de la Carene, ce qui représente 18 % de la population du territoire, sont hospitalisés au moins une fois dans l'année dans un service de MCO d'un établissement de santé, que celui-ci soit situé sur la Carene ou en dehors, selon les données du PMSI des années 2013 à 2015²¹.
- À tout âge, le taux de personnes hospitalisées dans l'année est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf entre 15 et 44 ans, en raison des hospitalisations liées aux grossesses et accouchements [Fig.35].
- Les taux d'hospitalisation en court séjour les plus élevés sont observés chez les enfants de moins d'un an (35 %) et les personnes âgées (28 % chez les 65-74 ans, 46 % chez les 85 ans et plus).

Fig.35 Pourcentage de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2013-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

Un taux de personnes hospitalisées en MCO en hausse et supérieur de 5 % à la moyenne nationale

- Le nombre moyen d'habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année a augmenté au cours des années récentes puisqu'il était de 22 000 pour la période 2013-2015 (contre 20 400 en 2009-2011).

Cette progression, + 1,8 % par an, résulte pour moitié (+ 0,9 %) de la croissance démographique, particulièrement marquée dans le territoire, et du vieillissement de la population.

Mais elle provient également d'un recours à l'hospitalisation plus fréquent, à structure par âge identique. Ainsi, le taux standardisé sur l'âge de patients hospitalisés a augmenté de 0,9 % par an en moyenne entre 2010 et 2014²². Cette augmentation a été plus marquée que celle observée au plan national (+ 0,3 % par an), et ce constat concerne les hommes comme les femmes.

²¹ L'analyse porte sur des données cumulées sur trois années pour limiter les fluctuations aléatoires liées à l'insuffisance des effectifs dans des approches détaillées. Ainsi, la période d'étude la plus récente concerne les patients hospitalisés en court séjour sur les années cumulées 2013, 2014 et 2015.

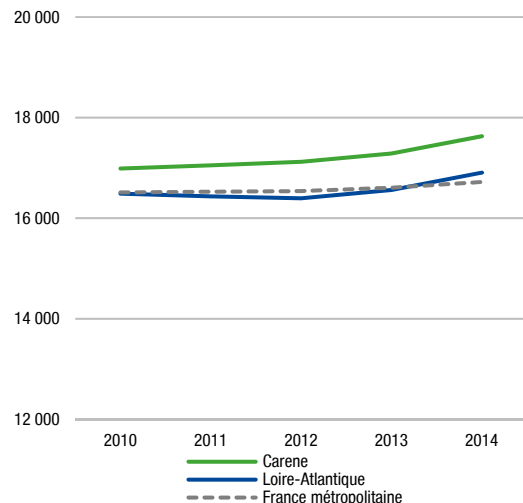
²² Les évolutions sont calculées entre les périodes cumulées de trois ans 2009-2011 et 2013-2015. Pour faciliter la lecture des commentaires d'évolution, il est noté que ces évolutions sont observées entre 2010 et 2014.



► Depuis le début des années 2010, le taux d'habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO est, à structure par âge comparable, supérieur à la moyenne nationale [Fig.36]. L'écart a même eu tendance à se creuser, il atteint + 5 % sur la période 2013-2015. Cette situation se retrouve chez les hommes comme chez les femmes.

Fig.36 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour au moins une fois dans l'année

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)

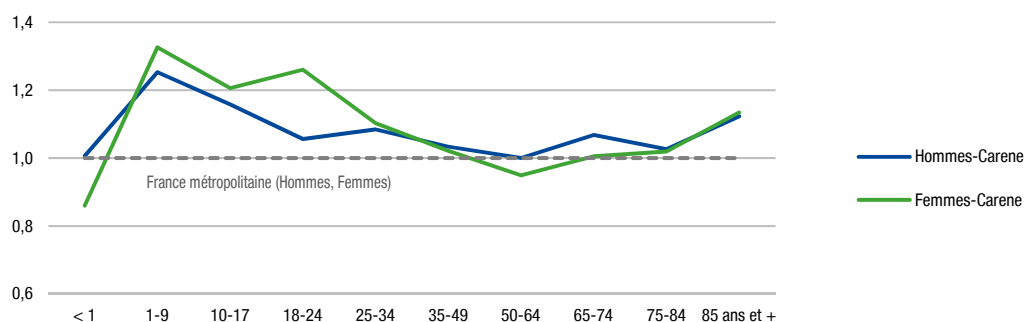


Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

► L'analyse par classe d'âge détaillée met notamment en évidence un taux d'habitants de la Carene hospitalisés en court séjour plus élevé que la moyenne nationale chez les personnes âgées de 85 ans et plus (+ 12 %), ainsi que chez celles de 1-17 ans (+ 24 %) et de 18-34 ans (+ 11 %), avec notamment des écarts plus marqués pour les femmes [Fig.37].

Fig.37 Ratio du taux de personnes hospitalisées en court séjour au moins une fois dans l'année parmi les habitants de la Carene par rapport au taux national selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (moyenne 2013-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

La Carene présente l'un des taux de personnes hospitalisées en court séjour les plus élevés des EPCI de la région

► Sur les 72 EPCI que compte les Pays de la Loire, la Carene fait partie des EPCI présentant un taux de patients hospitalisés supérieur à la moyenne nationale sur la période 2013-2015. Elle se situe au 8^{ème} rang des EPCI classés par ordre décroissant pour cet indicateur [Annexe12].

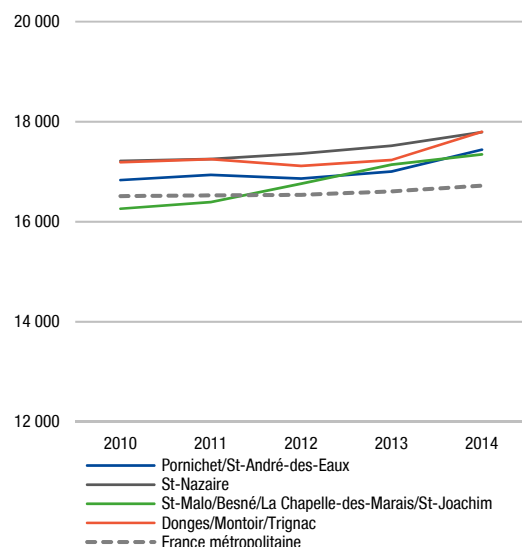


Analyse par groupe de communes

► L'analyse du taux annuel de personnes hospitalisées en court séjour selon les 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence que, pour ces quatre groupes, ce taux a augmenté entre 2010 et 2014 et qu'il est supérieur à la moyenne nationale sur les dernières années. Les territoires de Saint-Nazaire et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac présentent les taux les plus élevés (+ 6 % par rapport à la moyenne nationale) [Fig.38].

Fig.38 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour au moins une fois dans l'année selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

ENCADRÉ 4. Intérêt et limites de l'utilisation des données du PMSI MCO

Les données relatives aux personnes hospitalisées dans des services de court séjour de médecine, chirurgie ou d'obstétrique (MCO) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce programme, dont l'objectif est médicoéconomique, repose sur l'enregistrement lors de chaque séjour dans un établissement de santé, d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Les statistiques présentées dans ce rapport concernent les habitants de la Carene, quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Elles reposent sur l'exploitation du diagnostic principal d'hospitalisation qui est, depuis 2009, le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Pour chaque pathologie ou groupe de pathologies, les résultats concernent les personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour ce motif, quel que soit le nombre et le motif des autres séjours sur cette période. Ne sont pas pris en compte les séjours des nouveau-nés bien portants, ni les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine...).

Les taux standardisés et indices comparatifs de personnes hospitalisées permettent d'analyser les évolutions et les disparités territoriales en neutralisant les effets de structure par âge.

La morbidité n'est pas le seul facteur explicatif des écarts observés après ajustement sur l'âge. Ces derniers peuvent en effet résulter de différences en matière de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge, qui peuvent elles-mêmes être influencées par de multiples facteurs (pratiques professionnelles, offre de soins de ville et en établissement de santé, importance de l'offre d'hébergement pour personnes âgées...). Enfin, des différences dans les modalités de codage des diagnostics d'hospitalisation existent également.

Des taux de personnes hospitalisées en hausse et supérieurs à la moyenne nationale pour trois groupes de pathologies : les tumeurs, les maladies de l'œil et les maladies de l'appareil génito-urinaire

► Les **tumeurs** constituent un motif fréquent d'hospitalisation, avec plus de 2 600 habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une pathologie tumorale (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie). Dans plus de la moitié des cas, il s'agit de tumeurs bénignes. Les recours pour ces pathologies ont progressé très fortement entre 2010 et 2014 (+ 3,7 % par an). Toutefois cette progression ne concerne que les **tumeurs bénignes** (+ 9,0 % par an, + 0,9 % par an en France) et, on constate une relative stabilité pour les **tumeurs malignes** (+ 0,2 % par an).

Le taux d'habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année pour tumeurs malignes dépasse la moyenne nationale de 21 % sur la période 2013-2015. Cet écart est plus marqué chez les hommes que chez les



femmes (respectivement + 29 % et + 15 %). Chez les hommes, cette situation est liée principalement à une plus grande fréquence des hospitalisations en court séjour pour tumeurs malignes de la prostate, des voies aérodigestives supérieures, du côlon-rectum, de la peau non mélaniques, du poumon, ou du foie et des voies biliaires. Chez les femmes, elle s'explique surtout par une plus grande fréquence des recours pour tumeurs malignes du sein et de la peau non mélaniques [Fig.39].

► Les **maladies de l'œil** et de ses annexes constituent un motif d'hospitalisation dans l'année en court séjour pour environ 1 900 habitants de la Carene. Le taux de patients hospitalisés pour ces affections est en hausse de + 6,1 % par an (+ 1,2 % par an en France).

Il est, à structure par âge comparable, supérieur de 42 % à la moyenne nationale sur la période 2013-2015. Ce constat est à rapprocher des hospitalisations pour cataracte qui sont majoritaires (79 % des patients hospitalisés sont concernés). Le taux de patients hospitalisés pour cette affection est parmi les habitants de la Carene supérieur de 38 % à la moyenne nationale et a progressé de 6,7 % par an entre 2010 et 2014.

► Les **maladies de l'appareil génito-urinaire** constituent chaque année un motif d'hospitalisation en court séjour pour environ 1 700 habitants de la Carene. La fréquence de ces recours est en hausse de + 2,5 % par an (+ 0,3 % par an en France). Elle est, à structure par âge comparable, supérieure de 17 % à la moyenne nationale en lien notamment avec un recours plus important des habitants du territoire pour phimosis, prolapsus génital ou pour hyperplasie de la prostate.

Des hospitalisations plus fréquentes qu'au niveau national mais stables ou en baisse pour les troubles mentaux et du comportement et les affections ORL

► Les **troubles mentaux et du comportement** constituent pour 600 habitants de la Carene le diagnostic principal d'au moins une hospitalisation en MCO dans l'année. La fréquence de ces recours est en baisse de - 3,2 % par an (- 0,9 %/an en France). Elle est supérieure de 12 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable. Cette situation locale est liée à une plus grande fréquence des recours pour des troubles mentaux **liés à l'usage d'alcool** (+ 50 % par rapport à la France).

► Concernant les recours hospitaliers pour **maladies de l'oreille** et de l'apophyse mastoïde, la Carene comme l'ensemble du territoire régional, se distingue nettement de la moyenne nationale, avec un taux de personnes hospitalisées nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 77 %), en raison d'une plus grande fréquence des recours pour **otite moyenne et mastoïdite** (+ 142 %). Toutefois, ce taux global est en très léger recul (- 0,3 % par an, - 2,6 % par an en France).

Des hospitalisations moins fréquentes qu'au niveau national mais en progression pour les maladies digestives et les maladies ostéo-articulaires

► Les **maladies de l'appareil digestif** (hors maladies des dents et du parodonte) constituent avec les tumeurs, les diagnostics d'hospitalisations les plus fréquents. En moyenne 2 600 habitants de la Carene sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une de ces affections. Entre 2010 et 2014, le taux de patients hospitalisés a progressé de + 0,5 % par an (+ 1 % par an en France). Ce taux reste toutefois inférieur à la moyenne nationale (- 18 %), en lien notamment avec une moindre fréquence locale des recours pour gastrite et duodénite (- 46 %), diverticulose intestinale (- 23 %), syndrome de l'intestin irritable et autres troubles fonctionnels de l'intestin (- 28 %), maladies de l'œsophage (- 25 %) et hernies (- 10 %). Ce constat masque cependant une plus grande fréquence pour la Carene des hospitalisations pour **maladies alcooliques du foie** (+ 64 %), **maladies du pancréas** (+ 41 %) et maladies de l'appendice (+ 12 %).

► Les **maladies du système ostéo-articulaire**, des muscles et du tissu conjonctif sont également un diagnostic principal d'hospitalisation fréquent, avec près de 1 900 habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année.

Entre 2010 et 2014, le taux de patients hospitalisés a progressé de + 2,9 % par an. Mais, à structure d'âge comparable, il reste inférieur de 7 % à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence concerne les deux sexes, mais de façon moins marquée les hommes (- 1 %) que les femmes (- 12 %). Il masque en outre une plus grande fréquence parmi les habitants de la Carene des hospitalisations pour spondylopathies (+ 18 %), atteintes des disques vertébraux (+ 27 %) et pour Maladie de Dupuytren (+ 33 %).

Des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires moins fréquentes et stables dans le territoire

► Avec près de 2 000 habitants de la Carene hospitalisés par an, les **maladies cardiovasculaires** motivent également une part importante des recours hospitaliers en court séjour. À structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour ces affections est resté relativement stable sur la période 2010-2014. Il est inférieur de 7 % à la moyenne nationale sur les années récentes 2013-2015. Cette situation locale est liée à une moindre fréquence des hospitalisations pour cardiopathies ischémiques (- 26 %) et pour troubles de la conduction



et du rythme (- 17 %). Par contre, le taux de personnes hospitalisées pour maladies vasculaires cérébrales est supérieur à la moyenne nationale (+ 11 %).

Des hospitalisations moins fréquentes et en baisse dans le territoire pour les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies du système nerveux et les maladies endocriniennes

► Pour les **maladies de l'appareil respiratoire** et les **maladies du système nerveux**, les taux de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année sur la période 2010-2014 ont diminué respectivement de - 1,6 et - 4,5 % par an. Ils sont inférieurs à la moyenne nationale de respectivement 10 et 13 % sur la période 2013-2015.

► Concernant les **maladies endocriniennes**, nutritionnelles et métaboliques, les tendances sont analogues (taux en recul de - 1,1 % par an et inférieur de 16 % à la moyenne nationale). Concernant plus spécifiquement le **diabète**, qui représente 21 % des patients hospitalisés, le recul est encore plus marqué (- 10 %/an) et l'écart avec la moyenne nationale atteint - 47 %.

Une situation proche de la moyenne nationale concernant les traumatismes et empoisonnements

► **Les lésions traumatiques et empoisonnements** constituent pour 1 900 habitants de la Carene le diagnostic principal d'au moins une hospitalisation en court séjour dans l'année. La fréquence de ces recours est relativement stable sur les années récentes et proche de la moyenne nationale. Ce constat global masque toutefois une plus grande fréquence parmi les habitants de la Carene des hospitalisations pour **plaie ouverte du poignet et de la main** (+ 41 %), **fracture du col du fémur** (+ 24 %) ou **fracture du crâne et des os de la face** (+ 25 %).

Fig.39 Nombre moyen de personnes hospitalisées en court séjour au cours d'une année selon le diagnostic principal et le sexe
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2013-2015)

		Effectif			Écart avec la moyenne nationale	TCAM 2010-2014
		Hommes	Femmes	Total		
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	195	176	370	- 11 %	+ 1,9 %
C00-D48	Tumeurs	1 361	1 288	2 649	+ 28 %	+ 3,7 %
C00-C97	dont tumeurs malignes	686	552	1 238	+ 21 %	+ 0,2 %
D10-D36	dont tumeurs bénignes	670	710	1 380	+ 52 %	+ 9,0 %
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques...	110	136	247	- 10 %	- 0,6 %
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	187	301	488	- 16 %	- 1,1 %
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	328	274	602	+ 12 %	- 3,2 %
G00-G99	Maladies du système nerveux	290	388	677	- 13 %	- 4,5 %
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	783	1 075	1 857	+ 42 %	+ 6,1 %
H60-H95	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	228	208	435	+ 77 %	- 0,3 %
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	1 065	914	1 979	- 7 %	+ 0,1 %
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	632	526	1 158	- 10 %	- 1,6 %
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	1 697	1 685	3 382	- 10 %	+ 1,0 %
K00-K08	dont maladies des dents et du parodonte	372	463	835	+ 26 %	+ 2,8 %
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	196	156	352	- 15 %	+ 1,1 %
M00-M99	Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	899	991	1 890	- 7 %	+ 2,9 %
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	771	971	1 743	+ 17 %	+ 2,5 %
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité	-	1 876	1 876	+ 9 %	- 0,3 %
P00-P96	Certaines affections d'origine périnatale	120	96	216	- 17 %	+ 3,1 %
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	109	81	190	ns	+ 2,2 %
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	887	949	1 836	ns	- 2,2 %
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements	982	911	1 893	ns	- 0,1 %
	dont lésions traumatiques (yc séquelles)	828	713	1 540	ns	+ 1,0 %
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	1 358	1 738	3 096	+ 3 %	+ 3,0 %
	Total	9 638	12 272	21 911	+ 5 %	+ 0,9 %

Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

Lecture : En moyenne, sur la période 2013-2015, 1 361 hommes de la Carene ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour tumeurs (hors séances).

Écart avec la moyenne nationale : seuls les écarts statistiquement significatifs au seuil de 5 % sont présentés, après standardisation indirecte sur l'âge. Écart de + 28 % pour les tumeurs signifie qu'à structure par âge comparable, le taux annuel de personnes hospitalisées en court séjour pour tumeurs (hors séances) parmi les habitants de la Carene est supérieur de 28 % à la moyenne nationale.

TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

ns : différence statistiquement non significative avec la France métropolitaine.



Santé de la mère et de l'enfant

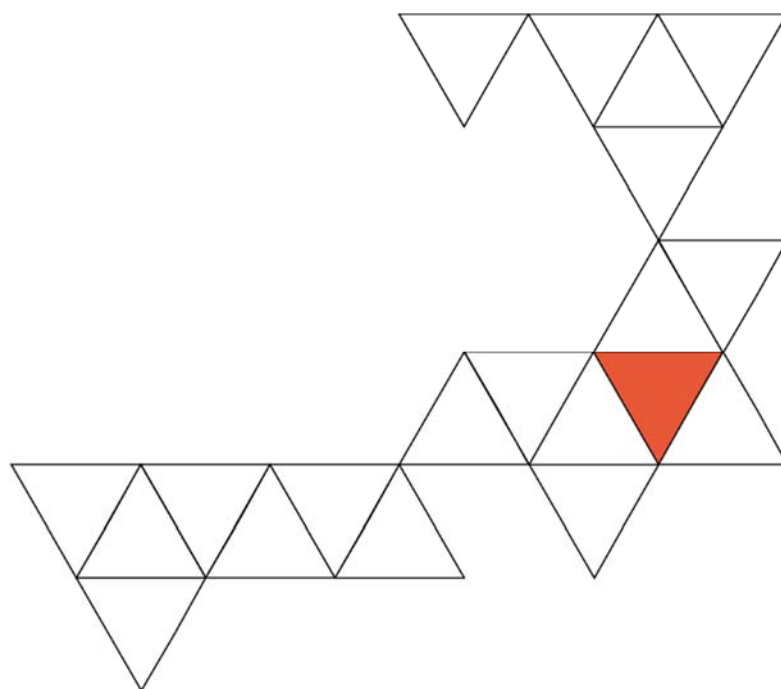
► Chez les femmes, les problèmes en lien avec la grossesse et l'accouchement constituent le premier motif d'hospitalisation, avec près de 1 900 habitantes de la Carene hospitalisées au moins une fois dans l'année sur la période 2013-2015. Ce chiffre est à mettre en regard du nombre annuel moyen de naissances domiciliées qui s'élève à 1 400 naissances sur cette période.

► Le taux de femmes hospitalisées dépasse de 9 % la moyenne nationale, à structure par âge comparable. Cette situation locale est notamment liée à une plus grande fréquence des recours pour complications de la grossesse prédominant dans la période anténatale (+ 26 %) et pour interruption de grossesse (+ 19 %) [Fig.39].

► Le taux d'enfants hospitalisés pour affection d'origine périnatale est inférieur de 17 % à la moyenne nationale mais a nettement progressé entre 2010 et 2014 (+ 3,2 % par an) alors qu'il est en recul au plan départemental (- 9,8 % par an) et national (- 3,4 % par an).

Des tendances évolutives comparables sont observées pour le taux d'enfants hospitalisés pour malformation congénitale ou anomalie chromosomique (+ 2,2 % par an pour la Carene, - 0,6 % par an en France). Ce taux parmi les enfants de la Carene est toutefois proche de la moyenne nationale sur les années récentes 2013-2015.

Ces différents résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI MCO dont l'objectif est médico-économique. En effet, les écarts observés entre la Carene et la moyenne nationale, s'ils peuvent résulter d'une plus ou moins grande fréquence locale des pathologies, peuvent aussi provenir de différences en matière de pratiques de soins, de modalités de prise en charge ou encore de codage des diagnostics d'hospitalisation [ENCADRÉ 4, page 41].



Partie 3.

SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE



Ce chapitre offre une description des principaux problèmes de santé des habitants de la Carene aux différents âges de la vie, plus spécifiquement pour quatre groupes d'âge : enfants de moins d'un an, enfants et adolescents de 1-17 ans, personnes de 18-64 ans, personnes de 65 ans et plus.

Cette description repose sur l'analyse croisée de plusieurs sources de données statistiques : état civil, statistiques des causes médicales de décès, données relatives aux affections de longue durée (ALD) issues des bases de données des caisses d'assurance maladie, données concernant les hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), résumés de passages aux urgences...

3.1 SANTÉ DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les premiers mois et années de vie sont essentiels pour la santé de ces nouveau-nés, en raison de leur grande vulnérabilité physique, mais aussi parce que cette période de vie correspond à une phase cruciale de leur développement cognitif, social et affectif. Les très jeunes enfants mobilisent très fortement leurs parents, tant physiquement qu'émotionnellement, et ces contraintes sont accrues dans certains contextes difficiles (famille monoparentale, entourage peu ou pas présent, enfant malade ou en situation de handicap...). Le recours au système de soins est également particulièrement fréquent dans cette classe d'âge, et notamment avant un an. Pour cette population, les enjeux de prévention et de prise en charge, mais aussi d'accompagnement des parents sont donc très importants.

Un nombre de naissances en recul

► Avec en moyenne 1 360 enfants nés chaque année d'une mère domiciliée sur la Carene sur la période 2015-2017, le taux de natalité du territoire s'élève à 11,1 naissances pour 1 000 habitants. Il est analogue à celui de la région mais plus faible que le taux départemental (11,9) et que la moyenne nationale (11,6).

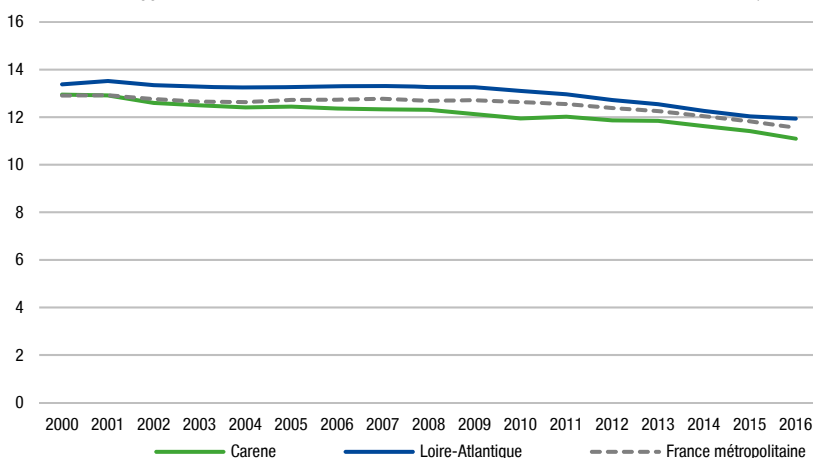
► Au début des années 2000, avec en moyenne 1 450 naissances, le taux de natalité du territoire s'élevait à 12,9 pour 1 000. Comme en France, la natalité est donc en recul sur la Carene (- 14 % entre 1999-2001 et 2015-2017) [Fig.40].

Le recul de la natalité peut être rapproché de deux composantes : d'une part, la diminution du nombre de femmes en âge de procréer, et d'autre part le recul de la fécondité.

Parallèlement, l'âge des mères à l'accouchement ne cesse d'augmenter, cette tendance pouvant en partie être rapprochée de facteurs de nature socioculturelle (allongement de la durée des études, progression de l'emploi féminin...). L'élévation de l'âge maternel constitue un déterminant majeur en santé périnatale puisqu'il majore, au même titre que notamment la surcharge pondérale et la consommation de tabac, les risques de naissance prématurée et de petit poids.

Fig.40 Évolution du taux de natalité

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2000-2016)



Source : Insee (État civil, recensement) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, moyenne sur 3 ans.



Une position intermédiaire par rapport aux autres EPCI de la région

► Le taux de natalité de la Carene a été comparé à celui des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire.

Sur les 72 EPCI que compte la région, seuls 19 présentent un taux de natalité supérieur à la moyenne nationale. La Carene, qui présente un taux inférieur à cette moyenne, se situe au 28^{ème} rang des EPCI classés par taux de natalité décroissant [Annexe13].

Des situations contrastées au sein de la Carene

La comparaison du taux de natalité des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence une situation très différente selon les territoires [Fig.41].

► Sur le territoire de Pornichet/Saint-André-des-Eaux, le taux de natalité est en très forte diminution depuis le début des années 2000 (- 31 % entre 1999-2003 et 2013-2017). Avec seulement 8,6 naissances pour 1 000 habitants sur la période récente 2013-2017, ce territoire présente le taux de natalité le plus faible des quatre territoires étudiés. Ces résultats sont à rapprocher de la part importante de personnes âgées vivant sur ces communes.

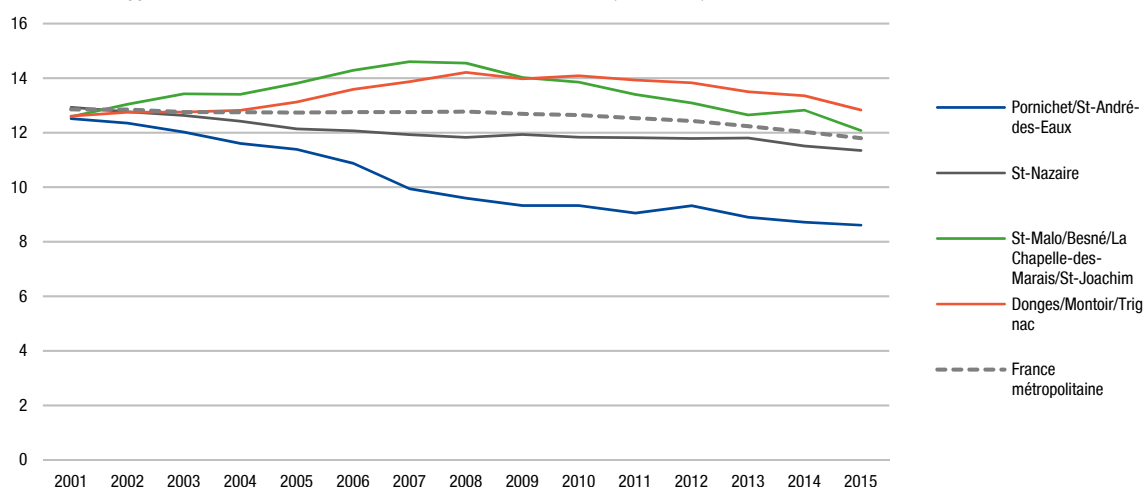
► Pour Saint-Nazaire, le taux de natalité suit une tendance à la baisse et reste depuis le milieu des années 2000 légèrement inférieur à la moyenne nationale (11,3 vs 11,8 en 2013-2017).

► Les deux autres territoires, Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac et Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim, présentent les taux de natalité les plus élevés et supérieurs à la moyenne nationale (respectivement 12,8 et 12,1 naissances pour 1 000 habitants vs 11,8 en France, en 2013-2017).

L'évolution du taux de chacun de ces deux territoires est analogue sur la dernière décennie, avec une augmentation jusqu'en 2008 et une diminution depuis.

Fig.41 Évolution du taux de natalité selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2001-2015)



Source : Insee (État civil, recensement) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, moyenne sur 5 ans.

Plus de 80 naissances prématurées chaque année

► Chaque année, environ 85 enfants domiciliés sur le territoire de la Carene naissent prématurément²³. Sur les années 2015-2017, le taux moyen de prématurité s'élève à 6,4 % des naissances vivantes domiciliées sur le territoire de la Carene :

- 5,1 % des naissances sont de prématurité moyenne (naissances entre 33 et 36 semaines d'aménorrhée),
- 1,3 % de grande ou très grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée).

► Depuis le début des années 2010²⁴, ce taux de prématurité fluctue entre 6,1 et 7,3 %, sans qu'une réelle tendance évolutive ne puisse être dégagée. Au plan national, dans la région et en Loire-Atlantique, le taux de prématurité semble plutôt stable [Fig.42].

► Pour la période 2015-2017, le taux de la prématurité de la Carene (6,4 %) est proche de celui observé en Pays de la Loire (6,5 %) et en Loire-Atlantique (6,2 %), et inférieur à la moyenne nationale (7,1 %).

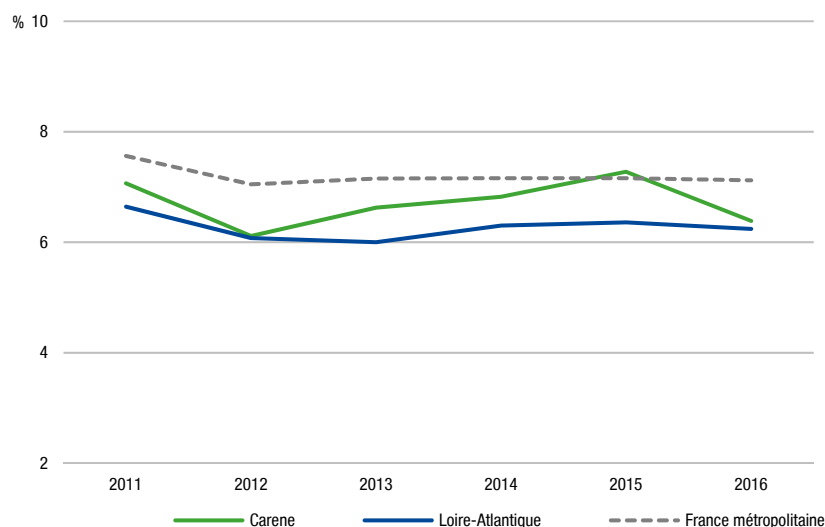
²³ Estimation à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de la période 2015-2017

²⁴ A partir de laquelle le PMSI permet un suivi annuel relativement fiable de cet indicateur



Fig.42 Évolution du taux de naissances prématurées

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2011-2016)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100, moyenne sur 3 ans.

Un recours fréquent aux services d'urgences

La première année de vie est une des périodes où le recours aux soins d'urgence et hospitaliers est le plus élevé. Les recours à cet âge sont souvent en lien avec une affection d'origine périnatale, notamment dans un contexte de naissance prématurée ou d'hypotrophie. Ces situations représentent en effet des risques accrus d'infections et de pathologies digestives ou respiratoires, qui peuvent être rapprochées d'une immaturité des organes et des fonctions - immunitaires en particulier - de l'enfant. Certains facteurs environnementaux, comme le tabagisme parental, favorisent en outre la survenue de ces pathologies ou peuvent les aggraver (formes sévères de bronchiolites par exemple). Les facteurs économiques, sociaux et psychologiques jouent dans ce contexte un rôle majeur : le risque d'admission à l'hôpital est plus élevé parmi les enfants de classes socio-économiques moins favorisées, et nés de mères élevant seules leur enfant, présentant un faible niveau d'éducation ou des troubles dépressifs.

► Les passages aux urgences sont particulièrement fréquents avant un an. Plus de 1 000 passages aux urgences dans les services de la région concernent des enfants de moins d'un an domiciliés sur la Carene en 2017. Cela correspond à un taux de passages de 729 pour 1 000 enfants. Ces recours aux urgences sont 2,5 fois plus fréquents que ceux des enfants âgés de 1-17 ans (290 pour 1 000).

► La très grande majorité des passages aux urgences d'enfants de moins d'un an pour lesquels le diagnostic principal est renseigné présentent un diagnostic de type médicochirurgical (79 %) : douleurs abdominales et pathologies digestives (23 %), dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures (18 %), pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (15 %), fièvre et infectiologie générale (12 %).

Les diagnostics principaux de nature traumatologique sont nettement moins fréquents (9 %) et concernent essentiellement des traumatismes de la tête et du cou (6 %).

Cette répartition diffère nettement de celle observée parmi les enfants plus âgés (de 1 à 17 ans), où la traumatologie représente la moitié des motifs de passages aux urgences.

► Les passages aux urgences d'enfants de moins d'un an se concluent dans 26 % des cas par une hospitalisation (23 % pour les enfants de la région Pays de la Loire). Cette proportion diminue ensuite fortement puisqu'elle n'est plus que de 11 % parmi le reste de la population âgée de moins de 18 ans.

500 enfants de moins d'un an de la Carene hospitalisés en court séjour chaque année

► Les hospitalisations sont également particulièrement fréquentes lors de la première année de vie. Près de 500 enfants de moins d'un an de la Carene ont été hospitalisés en court séjour sur la période 2013-2015, soit un taux d'enfants hospitalisés qui atteint 352 pour 1 000.

► Plus de quatre enfants hospitalisés sur dix (45 %) l'ont été pour une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale. Parmi eux, 17 % ont été hospitalisés pour prématurité ou hypotrophie.

Les maladies de l'appareil respiratoire (18 %) et plus particulièrement les bronchites et bronchiolites aiguës (12 %), les maladies intestinales infectieuses (9 %) incluant les diarrhées et gastroentérites, les maladies de l'appareil



génito-urinaire (6 %), les maladies de l'appareil digestif (6 %), les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (5 %) et les lésions traumatiques et empoisonnements (4 %) constituent les autres diagnostics principaux d'hospitalisation les plus fréquemment notifiés.

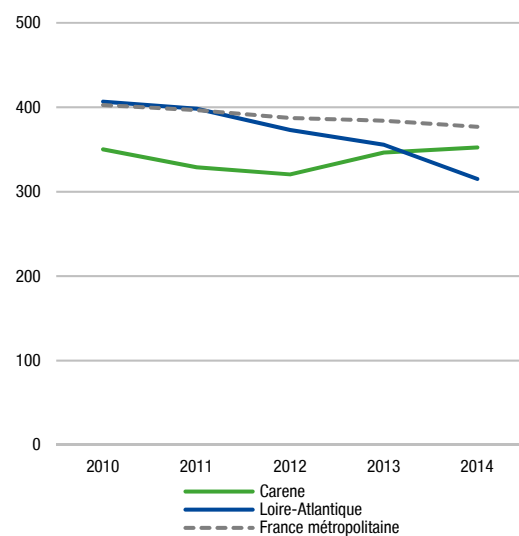
Un taux de recours hospitalier inférieur à la moyenne nationale, mais un écart qui semble se réduire

► Le taux annuel moyen d'enfants de moins d'un an de la Carene hospitalisés en court séjour connaît des fluctuations entre 2010 et 2014. Après avoir connu une tendance à la baisse, il semble en hausse sur les dernières années, alors que la baisse se poursuit en France et de façon encore plus marquée au plan départemental (respectivement - 6 % et - 23 % entre 2010 et 2014) [Fig.43].

► Toutefois, malgré les fluctuations observées, le taux d'enfants de moins d'un an hospitalisés parmi ceux résidant sur la Carene est resté inférieur à la moyenne nationale entre 2010 et 2014. L'écart avec cette moyenne s'est toutefois réduit et il s'établit à - 7 % sur la période 2013-2015.

Fig.43 Évolution du taux de patients de moins d'un an hospitalisés en court séjour

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, moyenne sur 3 ans.

5 décès d'enfants de moins d'un an chaque année

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 au sein de la Carene au cours des dernières décennies. On dénombrait en effet en moyenne 16 décès annuels d'enfants de moins d'un an au début des années 1980. Cet effectif était divisé par deux au début des années 1990 (8 décès en moyenne sur la période 1990-1992, soit un taux de mortalité infantile de 6,0 pour 1 000 naissances). Depuis le début des années 2000, le nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an semble toutefois s'être stabilisé.

► Sur la période récente 2011-2015, environ 5 enfants âgés de moins d'un an résidant sur la Carene sont décédés en moyenne chaque année. Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale sont principalement en cause (4 décès sur 5).

► Rapporté au nombre de naissances annuelles domiciliées, ce dernier effectif correspond à un taux de mortalité infantile de 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes. Si ce taux varie selon les années en raison des faibles effectifs de décès concernés, il reste toutefois depuis 2005 supérieur à la moyenne nationale (3,4 pour 2011-2015).



3.2 SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les enfants et adolescents de 1 à 17 ans sont dans leur très grande majorité en bonne santé. Ainsi, cette classe d'âge se caractérise par des taux d'hospitalisations particulièrement faibles - celles-ci étant en outre le plus souvent liées à des affections aiguës et bénignes - et des décès très rares. Mais certains jeunes de cet âge sont atteints d'une maladie chronique et grave ou en situation de handicap reconnu. En outre, l'enfance et l'adolescence sont des périodes essentielles pour le développement somatique et psychoaffectif de l'individu, mais aussi pour les apprentissages, les acquisitions culturelles, l'adoption d'habitudes de vie, l'intégration sociale... et c'est donc à ce moment que se construit pour une large part la santé future des individus.

Des admissions en ALD en forte augmentation comme au plan national

Les données relatives aux affections de longue durée (ALD) permettent une bonne approche de la fréquence des maladies les plus graves chez les jeunes, même si ces données présentent certaines limites liées à leur caractère médico-administratif [ENCADRÉ 3, page 36].

► Chaque année en moyenne, environ 110 jeunes de moins de 20 ans domiciliés sur le territoire de la Carene, sont admis en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²⁵, en raison d'une affection dont la prise en charge nécessite des soins lourds et coûteux, ce qui représente 0,4 % de cette population.

Globalement, sur les 30 000 habitants de moins de 20 ans que compte la Carene, environ 900 sont en ALD fin 2016. La proportion d'habitants de cette classe d'âge en ALD s'élève donc à environ 3 %, soit une prévalence comparable à la moyenne nationale.

► La fréquence des admissions en ALD chez les moins de 20 ans est, comme en Loire-Atlantique, en forte augmentation au sein de la Carene (environ + 40 %). Cette augmentation est plus marquée que celle observée au plan national (+ 26 %) [Fig.44].

► Enfin depuis 2006, cette fréquence oscille autour de la moyenne nationale dans le territoire alors qu'en Loire-Atlantique, une sous-incidence est observée.

Les troubles mentaux, principal motif d'admission en ALD dans cette classe d'âge

► Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif d'admissions en ALD parmi les moins de 20 ans (plus de 210 habitants de moins de 20 ans sont en ALD pour ces troubles, et 35 sont admis en ALD en moyenne chaque année).

Les troubles les plus souvent diagnostiqués à cette période de la vie sont : les troubles envahissants du développement (dont l'autisme), le retard mental, et les troubles de la personnalité et du comportement. S'y ajoutent à partir de l'âge de 15 ans, les troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) chez les garçons, et les troubles de l'humeur (dont dépressifs) et ceux de l'alimentation chez les filles.

70 % des enfants et jeunes en ALD pour troubles mentaux et du comportement sont des garçons.

► Parmi les motifs d'ALD les plus fréquents, viennent ensuite : les maladies du système nerveux (100 personnes de moins de 20 ans au total en ALD) avec notamment l'épilepsie ; les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (90) dont principalement le diabète ; et les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (90).

► Les pathologies à l'origine de l'augmentation de la fréquence des admissions en ALD chez les moins de 20 ans, sont principalement, dans la Carene comme en France, les troubles mentaux et du comportement. Le taux d'admissions en ALD pour ces motifs a doublé entre 2006 et 2013. De fortes hausses sont également observées au plan départemental et national, celles-ci sont toutefois de moindre ampleur (+ 59 % en Loire-Atlantique, + 37 % en France).

► La fréquence des admissions en ALD parmi les moins de 20 ans n'est pas significativement différente de la moyenne nationale sur la période 2013-2015. On note toutefois parmi les enfants du territoire une fréquence plus élevée des admissions en ALD pour maladies ostéo-articulaires, et à l'inverse, une fréquence plutôt moindre des admissions pour anomalies congénitales.

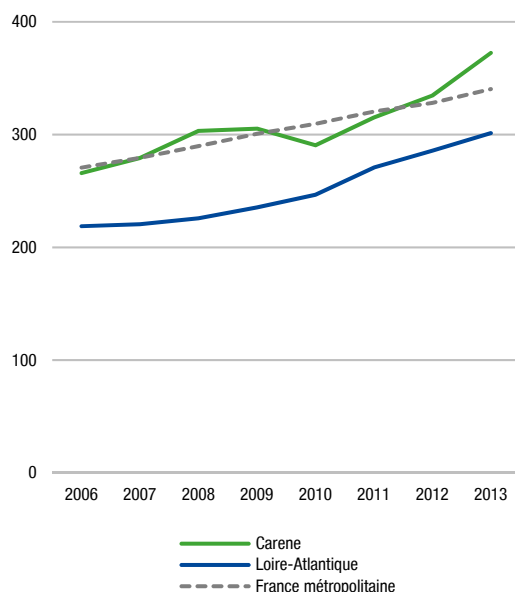
Les écarts sont cependant marqués avec l'échelon départemental, avec une plus grande fréquence des admissions en ALD chez les enfants et jeunes pour notamment diabète, maladies du système nerveux et maladies ostéo-articulaires.

²⁵ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Fig.44 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée* chez les 0-19 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

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

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

Près 360 bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

► Fin 2016, près de 360 enfants résidant sur la Carene bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), soit 1,2 % des enfants de moins de 20 ans du territoire.

Ce taux, qui est proche de la moyenne départementale (1,1 %), est nettement inférieur à la moyenne nationale (1,7 %).

29 passages aux urgences dans l'année pour 100 jeunes du territoire, dont la moitié pour une lésion traumatique

► 7 500 passages d'urgences concernant des enfants de la Carene, âgés de 1 à 17 ans, ont été dénombrés en 2017 dans les services de la région. Cela correspond à un taux de passages de 290 pour 1 000 habitants, nettement inférieur à celui des enfants de moins d'un an (729). Les garçons sont plus souvent concernés que les filles (307 vs 273 pour 1 000).

► La moitié des recours aux urgences des 1-17 ans, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné, présentent un diagnostic de nature traumatologique. Il s'agit le plus souvent d'un traumatisme du membre supérieur (19 %), du membre inférieur (14 %) ou de la tête et du cou (13 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (41 % des passages) sont liés le plus souvent à des douleurs abdominales et des pathologies digestives (11 %), à des pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (8 %).

► Les passages aux urgences des 1-17 ans se concluent dans 11 % des cas par une hospitalisation (contre 26 % chez les enfants de moins d'un an).

Un taux d'enfants et de jeunes hospitalisés supérieur à la moyenne nationale, notamment pour les lésions traumatiques

La fréquence des hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) offre également un regard sur les situations ou problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge en établissement de santé, en ambulatoire ou non, qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques, de lésions par traumatisme ou intoxication et de leurs éventuelles séquelles... Là encore, le caractère médico-administratif des données constitue une limite à prendre en compte [ENCADRÉ 4, page 41].

► Environ 2 500 jeunes de la Carene âgés de 1 à 17 ans, soit près de 10 % des enfants de cette classe d'âge, sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), selon les données du PMSI concernant les années 2013-2015.



- Les motifs d'hospitalisation dans ce groupe d'âge sont assez variés, les plus fréquents sont :
- les maladies de l'appareil digestif (540 enfants concernés), dont les maladies de dents et du parodonte (360) - essentiellement extractions de dents de sagesse - et appendicite (70),
 - les lésions traumatiques (310 enfants dont 85 pour fracture du membre supérieur), qui sont le plus souvent d'origine accidentelle mais qui sont susceptibles de générer des séquelles, voire des situations de handicap,
 - les maladies de l'appareil respiratoire (280 enfants), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (120) et l'asthme (80),
 - les maladies de l'oreille et apophyse mastoïde (280 enfants), essentiellement pour otites moyennes et mastoïdites (250),
 - les maladies de l'appareil génito-urinaire (250 enfants), phimosis principalement (170).

► Comme en France, le taux annuel de 1-17 ans hospitalisés en court séjour parmi les habitants de la Carene est resté plutôt stable au cours des dernières années [Fig.45].

Il reste par ailleurs supérieur à la moyenne nationale : + 24 % en 2013-2015. Ceci est lié à une plus grande fréquence des enfants et adolescents hospitalisés pour :

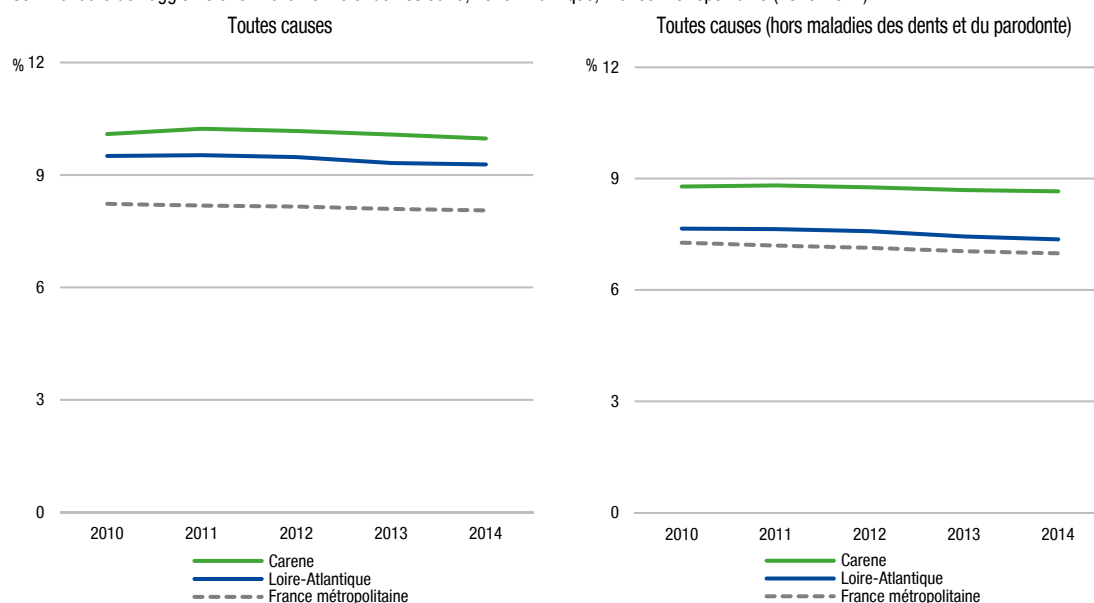
- maladie des dents et du parodonte (+ 25 %), essentiellement pour l'extraction de dents de sagesse,
- otite moyenne et mastoïdite (+ 139 %),
- lésions traumatiques (+ 27 %).

Bien qu'elles motivent un nombre moins important d'hospitalisations que les problèmes de santé précédemment cités, on observe en outre une plus grande fréquence des recours hospitaliers des enfants du territoire pour :

- phimosis (+ 29 % par rapport à la moyenne nationale),
- troubles mentaux (+ 49 %),
- asthme (+ 39 %)
- et appendicite (+ 36 %).

Fig.45 Évolution du taux de jeunes hospitalisés en court séjour chez les 1-17 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100, moyenne sur 3 ans.
Champ : hors séances.

Une mortalité en recul

► Enfin, les décès sont rares dans cette classe d'âge : on a dénombré en moyenne 3 décès par an parmi les enfants et adolescents âgés de 1 à 17 ans du territoire de la Carene sur la période 2011-2015. Cela correspond à un taux de mortalité de 12 décès pour 100 000 jeunes de 1-17 ans.

► Comme au plan national, cette mortalité a connu un recul entre les périodes 2004-2008 et 2011-2015.



3.3 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 64 ANS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le territoire de la Carene compte environ 70 000 habitants âgés de 18 à 64 ans, qui représentent 57 % de sa population totale. Cet effectif devrait assez peu évoluer d'ici 2027, selon les projections établies par l'Insee. Les trois quarts des 18-64 ans sont en activité (en emploi ou chômage). Les employés et ouvriers sont surreprésentés sur le territoire comparativement à la moyenne départementale ou nationale. Le taux de chômage parmi les habitants actifs de la Carene est par ailleurs supérieur à ces moyennes.

Cette période entre 18 et 64 ans est celle de la vie active, avec un possible impact sur la santé des expositions professionnelles, de la charge physique et mentale liée au travail mais aussi des situations de non-travail.

Autre caractéristique de cette classe d'âge, les responsabilités familiales, avec notamment l'arrivée des enfants et la gestion de leur éducation, et pour les plus âgés, le soutien aux ascendants vieillissants

3.3.1 Vue d'ensemble

Au moins 12 % des habitants de la Carene âgés de 15-64 ans sont atteints d'une maladie chronique

Les données relatives aux affections de longue durée (ALD) permettent une bonne approche de la fréquence des maladies chroniques, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD et si ces données présentent certaines limites liées à leur caractère médico-administratif [ENCADRÉ 3, page 36].

► Chaque année, près de 1 300 habitants de la Carene âgés de 15 à 64 ans sont admis en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²⁶, en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et coûteux.

Globalement, sur les 75 200 habitants de 15 à 64 ans que compte la Carene, 9 600 personnes sont en ALD fin 2016. Le taux de personnes en ALD s'élève donc à 12 % dans cette classe d'âge, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (11 % à structure par âge comparable).

Ce taux est par ailleurs nettement supérieur à celui des moins de 15 ans (2 %) mais bien inférieur à celui des 65 ans et plus (48 %).

La proportion de personnes de 15-64 ans en ALD est, comme en France, un peu plus élevée chez les hommes (13 %) que chez les femmes (12 %).

Près de 2 500 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé

► Fin 2016, 2 485 habitants de la Carene bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit 3,7 % des habitants du territoire âgés de 20 à 64 ans. Ce taux est supérieur aux moyennes départementale (2,6 %) et nationale (2,7 %). L'AAH étant soumise à des critères de ressources financières, ces écarts peuvent être en partie liés au moindre niveau moyen de revenus sur le territoire.

16 % des 18-64 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour

La fréquence des passages aux urgences, ainsi que celle des hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) offrent également un regard sur les situations ou problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge en établissement de santé, en ambulatoire ou non, qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques, de lésions par traumatisme ou intoxication et de leurs éventuelles séquelles, d'événements de vie tels que la grossesse, un accouchement... Là encore, le caractère médico-administratif des données constitue une limite à prendre en compte [ENCADRÉ 4, page 41].

► Près de 15 000 passages aux urgences dans les services de la région concernent des habitants de la Carene âgés de 18-64 ans en 2017, soit un taux de passages de 209 pour 1 000 habitants du territoire. Ces passages aux urgences se concluent dans 11 % des cas par une hospitalisation (contre 11 % chez les 1-17 ans et 52 % chez les 65 ans et plus).

► En moyenne 11 300 habitants de la Carene, âgés de 18 à 64 ans, ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de MCO sur la période 2013-2015. Cela représente 16 % de la population du territoire, soit une proportion intermédiaire entre celle observée chez les 1-17 ans (10 %) et celle concernant les 65 ans et plus (30 %).

²⁶ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Dans cette classe d'âge, une mortalité des hommes près de 3 fois supérieure à celle des femmes

- Près de 250 habitants de la Carene, âgés de 18 à 64 ans, sont décédés en moyenne chaque année sur la période 2011-2015. Cet effectif correspond à un taux de mortalité de 350 décès pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité des hommes de cette classe d'âge est 2,8 fois plus élevé que le taux féminin, soit un ratio nettement plus important que celui observé en moyenne au plan national (2,2).
- Un écart homme-femme est également observé pour les passages aux urgences (+ 46 %), ainsi que pour les admissions en ALD (+ 34 %). Mais ceux-ci sont moins marqués.
- Quant au taux d'hospitalisation en MCO, il est globalement plus élevé chez les femmes (19 %) que chez les hommes (13 %), en raison du poids important dans cette tranche d'âge des hospitalisations liées aux grossesses et accouchements (1 850 femmes concernées par an, soit 5 % des femmes de cette classe d'âge). Une fois ces dernières exclues, les taux d'hospitalisation masculins et féminins sont équivalents.

Des indicateurs de morbidimortalité défavorables parmi les habitants de la Carene de cette classe d'âge, avec notamment une mortalité supérieure de 28 % à la moyenne nationale

- Sur le territoire de la Carene, le taux de personnes en ALD parmi les 15-64 ans est supérieur de 10 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable. De même, la fréquence des admissions en ALD des habitants de la Carene âgés de 20-64 ans dépasse de 8 % la moyenne nationale [Fig.46].
 - Le taux de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO est également supérieur à cette moyenne (+ 3 %) [Fig.47]. Cet écart est lié notamment à une plus grande fréquence de patients de cette classe d'âge hospitalisés pour tumeurs (+ 31 %), grossesses et accouchements (+ 9 %) et maladies de l'appareil génito-urinaire (+ 18 %).
 - Pour la mortalité, l'écart à la moyenne nationale est nettement plus important. Chez les 18-64 ans du territoire, elle dépasse en effet de 28 % la moyenne nationale sur la période récente 2011-2015. Cela représente 55 décès excédentaires par an par rapport au nombre de décès théorique que ce territoire totaliserait si les taux de mortalité par classe d'âge y étaient équivalents à ceux observés globalement en moyenne en France.
- Toutefois, la mortalité parmi les 20-64 ans de la Carene est, comme en France, en recul (- 10 % entre 2006 et 2013, - 11 % en France) [Fig.48].

Une situation défavorable qui concerne les femmes comme les hommes, mais plus particulièrement ces derniers

- Cette situation de morbidimortalité moins favorable que la moyenne nationale concerne les femmes comme les hommes de la Carene âgés de 18-64 ans. Elle est toutefois principalement liée à la situation masculine. En effet, la mortalité des hommes du territoire dépasse de 38 % la moyenne nationale sur les années 2011-2015, alors que l'écart est de + 9 % pour les femmes [Fig.48].

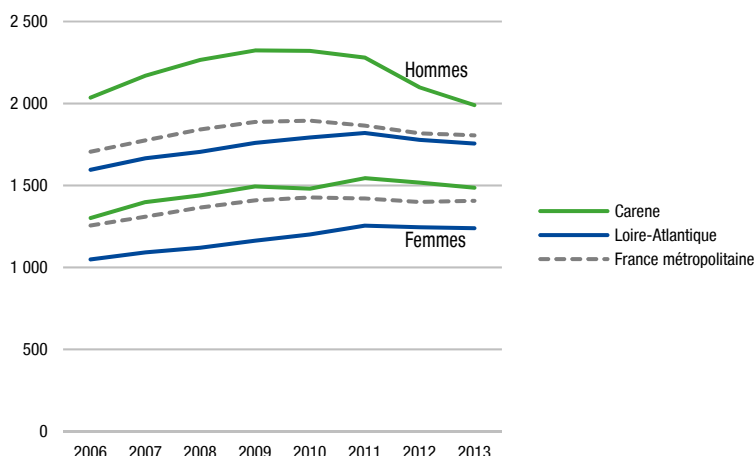
Le taux d'admissions en ALD dépasse de 11 % la moyenne nationale chez les hommes, 4 % chez les femmes sur les années récentes 2012-2014. Chez les hommes, cet écart a été divisé environ par deux entre 2006 et 2013 en raison principalement de la suppression en 2011 de la possibilité d'être admis en ALD pour hypertension artérielle sévère (ALD n° 12) [Fig.46].

Enfin, pour le taux global de personnes en ALD, l'écart observé avec la moyenne nationale est analogue chez les hommes et les femmes (environ + 10 %).



Fig.46 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée* selon le sexe chez les 20-64 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



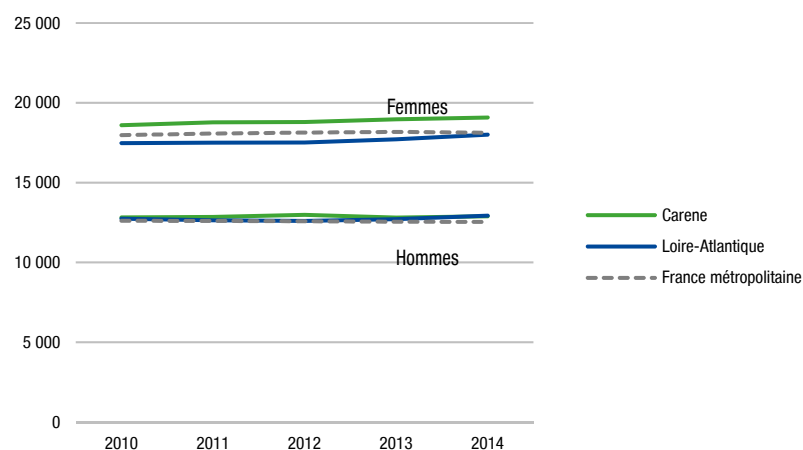
Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

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

Fig.47 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour selon le sexe chez les 18-64 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



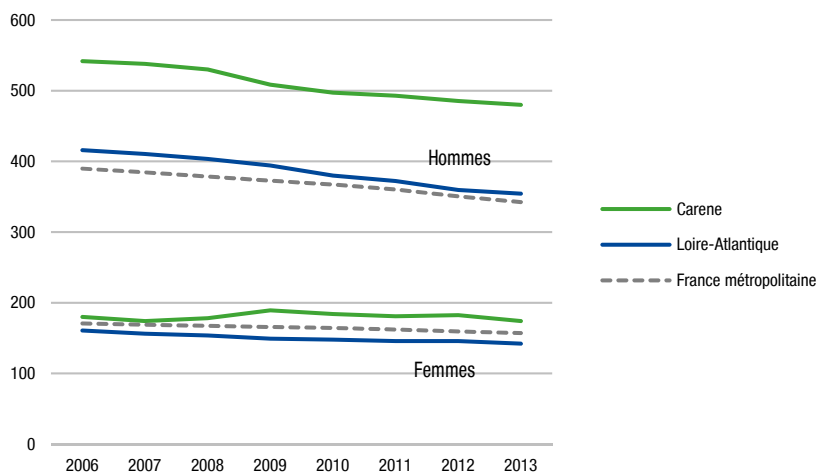
Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Champ : hors séances.

Fig.48 Évolution du taux standardisé de mortalité générale selon le sexe chez les 20-64 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).



Une situation défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► Pour la population âgée de 18-64 ans, les indicateurs globaux de morbidimortalité de la Carene ont été comparés à ceux des 71 autres établissements publics de coopérations intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. La Carene se situe aux premiers rangs des EPCI de la région présentant les taux les plus élevés de mortalité (3^{ème} rang), de personnes en ALD (4^{ème} rang) et d'admissions en ALD (5^{ème} rang) pour ce groupe de population [Annexe14,Annexe15,Annexe16]. Concernant le taux annuel de personnes hospitalisées en court séjour dans cette classe d'âge, la Carene se situe au 23^{ème} rang des EPCI présentant les taux les plus élevés [Annexe17].

Des situations contrastées au sein de la Carene

► La comparaison de la mortalité parmi les habitants de 20-64 ans des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence une situation différente selon les territoires [Fig.49].

► Les trois groupes Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac, Saint-Malo-de-Guersac/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim et Saint-Nazaire ont connu une baisse de la mortalité de l'ordre de 10 % parmi les 20-64 ans entre les périodes 2004-2008 et 2011-2015.

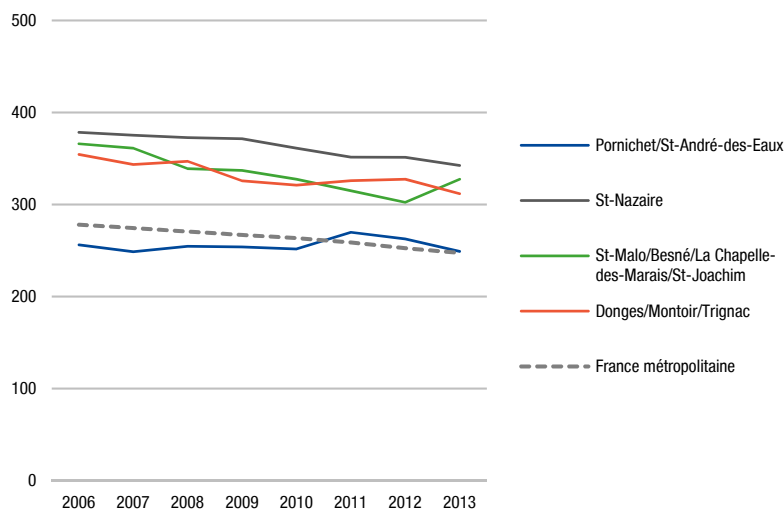
Malgré ce recul, ces trois territoires présentent une mortalité nettement supérieure à la moyenne nationale (+ 27 % pour Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac, + 30 % pour Saint-Malo-de-Guersac/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim, + 36 % pour Saint-Nazaire). Cette situation est principalement liée à celle des hommes (surmortalité masculine de respectivement + 41 %, + 43 %, + 48 %). Néanmoins, une attention doit être accordée aux femmes résidant à Saint-Nazaire, qui présentent une surmortalité de 16 %. Dans les deux autres territoires, la mortalité féminine est plutôt proche de la moyenne nationale.

► Pour le territoire Pornichet/Saint-André-des-Eaux, la mortalité parmi les 20-64 ans est relativement stable et appar t sur les années récentes proche de la moyenne nationale.

► Si l'on considère le taux de personnes en ALD parmi les 15-64 ans, Pornichet/Saint-André-des-Eaux présente également la situation la plus favorable, avec 10 % de personnes concernées contre 12 % pour Saint-Malo-de-Guersac/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim, 13 % pour Saint-Nazaire et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac.

Fig.49 évolution du taux standardisé de mortalité générale par regroupement de communes chez les 20-64 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Insee CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisés selon l'âge sur la population française (RP 2006).



3.3.2 Principaux enjeux de santé

L'analyse des principales causes médicales de décès, ainsi que les motifs les plus fréquents d'admissions en ALD, d'hospitalisations et de passages aux urgences permettent de dégager les principaux enjeux de santé de la population des 18-64 ans.

Les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète ont un poids prépondérant dans la morbidité de ce groupe d'âge. S'ajoutent à ces affections, les troubles mentaux et du comportement, les suicides et les conséquences des accidents de transport et de la vie courante.

Les cancers : 25 % des admissions en ALD et 42 % des décès dans ce groupe d'âge

► Avec plus de 100 décès chaque année parmi les habitants de la Carene âgés de 18-64 ans, les cancers sont dans cette classe d'âge à l'origine de 42 % des décès et représentent ainsi la première cause de mortalité. Ces affections sont également à l'origine de 320 admissions en ALD par an de personnes âgées de 20-64 ans, constituant le premier motif d'admissions en ALD dans ce groupe d'âge (25 % des cas).

► Les taux d'admissions en ALD pour cancer des 20-64 ans sont relativement proches entre les hommes et les femmes [Fig.50]. Par contre, les taux masculins de mortalité par cancer sont deux fois plus élevés que les taux féminins, car les cancers masculins sont globalement de moins bon pronostic que les cancers féminins [Fig.52].

Cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, et de la prostate les plus fréquents chez les hommes, et cancer du sein chez les femmes

► **Chez les hommes** de 18-64 ans, les cancers les plus fréquents en terme de morbidité et de mortalité sont :
- le cancer du poumon, qui est responsable de 15 % des admissions en ALD pour cancer et de 33 % des décès par cancer,
- et les cancers des voies aérodigestives supérieures, ces proportions sont respectivement égales à 17 % et 13 %.
Le cancer de la prostate est particulièrement fréquent (18 % des admissions en ALD pour cancer), mais sa létalité est bien moindre (1 % des décès par cancer).

Enfin, le cancer du côlon-rectum est à l'origine de 9 % des admissions en ALD pour cancer et de 7 % des décès par cancer.

► **Chez les femmes** de 18-64 ans, le cancer du sein est prépondérant, tant en termes de morbidité que de mortalité. Cette localisation est en effet à l'origine de 41 % des admissions en ALD pour cancer et de 22 % des décès par cancer.

Le cancer du poumon représente 7 % des admissions en ALD pour cancer, mais sa létalité élevée explique qu'il soit responsable de 19 % des décès dans cette classe d'âge.

Enfin, le cancer du côlon-rectum représente comme chez les hommes 10 % des admissions en ALD pour cancer, et 14 % des décès féminins par cancer.

Une morbidité liée aux cancers nettement supérieure à la moyenne nationale

► La mortalité par cancer est en recul parmi les habitants de la Carene de 18-64 ans (- 6 % entre 2006 et 2013), de façon toutefois moins marquée qu'aux plans départemental (- 16 %) et national (- 12 %).

En outre, elle reste nettement supérieure à la moyenne nationale (+ 26 % en 2011-2015) en raison d'une situation particulièrement défavorable chez les hommes (+ 41 %). Chez les femmes, l'écart de + 5 % observé avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif.

Concernant les admissions en ALD par cancer, le taux est également supérieur à la moyenne nationale (+ 19 %), cette surincidence s'observant seulement chez les hommes (+ 36 %).

Enfin, le taux de patients hospitalisés en MCO pour cancer (hors séances) est supérieur à la moyenne nationale, chez les hommes (+ 41 %) comme chez les femmes (+ 24 %).

► Cette situation locale, et plus particulièrement celle des hommes, est liée notamment à une plus grande fréquence des cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et du côlon-rectum. Les différents facteurs de risque de ces cancers sont présentés page 105 [Fig.95].

Des affections cardiovasculaires nettement plus fréquentes chez les hommes

► À côté des cancers, les affections cardiovasculaires pèsent également dans la morbidité des 18-64 ans du territoire de la Carene. Ces pathologies sont à l'origine de 21 % des admissions en ALD (270 admissions par an) dans cette tranche d'âge et de 11 % des décès (28 décès par an).



► Les pathologies cardiovasculaires touchent plus souvent les hommes de 18-64 ans que les femmes de cette tranche d'âge. Les taux masculins d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi respectivement 2,7 et 3,7 fois plus élevés que les taux féminins [Fig.50] [Fig.52].

Les cardiopathies ischémiques (37 % des admissions en ALD et 42 % des décès pour maladies cardiovasculaires) et les maladies cérébrovasculaires (respectivement 16 % et 22 %) sont les plus fréquemment en cause.

Les habitants de la Carene âgés de 20-64 ans présentent des indicateurs de morbidimortalité cardiovasculaire qui semblent moins favorables qu'au plan national, avec une plus grande fréquence des admissions en ALD (+ 14 %) et des décès (+ 15 % sur les années 2005-2015).

► Le diabète devient également fréquent dans cette classe d'âge. Cette affection représente, avec 16 % des cas, le troisième motif d'admission en ALD (200 admissions par an), après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Au total, environ 2 100 habitants de 15-64 ans sont pris en charge pour un diabète. Cela représente 2,7 % de la population de cette tranche d'âge. Les hommes sont plus souvent touchés (3,2 % vs 2,2 % des femmes). Comme dans la population globale (tous âges), la prévalence du diabète parmi les habitants de la Carene âgés de 15-64 ans est, à structure par âge comparable, inférieure à la moyenne nationale (2,7 % vs 3,3 %).

Des taux de personnes ayant recours à un traitement par médicaments psychotropes et en ALD pour des troubles mentaux et du comportement supérieurs à la moyenne nationale

► Les problèmes de santé mentale représentent un enjeu important chez les adultes de moins de 65 ans. Ainsi, plus de 8 500 habitants du territoire âgés de 15-64 ans prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes, soit au total 10 % d'entre eux. Les femmes sont nettement plus souvent concernées que les hommes : 13 % vs 8 %. Ces prévalences parmi les habitants de la Carene sont supérieures à celles observées au plan national (respectivement 9 % au total, 11 % des femmes et 7 % des hommes).

► Les troubles mentaux et du comportement sont à l'origine de 14 % des admissions annuelles en ALD des habitants de la Carene âgés de 20-64 ans (170 personnes).

Il s'agit principalement de troubles de l'humeur (50 % des cas). Viennent ensuite les troubles spécifiques de la personnalité (17 %), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (14 %) et les psychoses (10 %).

Au total, 2 350 personnes de 20-64 ans du territoire (1 100 hommes et 1 250 femmes) sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, ce qui représente 3,3 % de la population de cette tranche d'âge. Ce taux de personnes en ALD est supérieur de 25 % à la moyenne nationale. Cependant, si l'on considère les admissions en ALD, leur fréquence apparaît proche de cette moyenne.

► Les taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement sont proches chez les femmes et chez les hommes (2,6 et 2,4 pour 1 000 habitants), mais les pathologies à l'origine de ces admissions sont différentes [Fig.50]. Chez les femmes, il s'agit principalement de troubles de l'humeur (62 % des cas) et de troubles spécifiques de la personnalité (15 %).

Chez les hommes, la part des admissions en ALD pour troubles de l'humeur est près de deux fois moindre (36 % des cas). Mais ils sont par contre plus concernés par les troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psycho-actives (22 %), et les psychoses (16 %), schizophrénie notamment.

Une forte surmortalité par suicide

► Les suicides constituent une cause de décès pour laquelle les habitants de la Carene de 18-64 ans présente une surmortalité importante par rapport à la moyenne nationale (+ 71 % en 2011-2015). Ils sont à l'origine de 21 décès chaque année, ce qui représente 8 % des décès dans ce groupe d'âge. Les hommes sont près de six fois plus souvent concernés que les femmes (les taux de mortalité par suicide sont respectivement de 49 et de 8 pour 100 000 habitants dans cette tranche d'âge).

Entre 18 et 64 ans, les décès par suicide (21 en moyenne par an) sont notamment plus nombreux que les décès liés à un accident (17).

Les accidents de la vie courante sont à l'origine de 80 % des décès accidentels dans cette classe d'âge

► Les lésions traumatiques, d'origine le plus souvent accidentelle, motivent un tiers des passages aux urgences des habitants de 18-64 ans. Elles sont à l'origine, chaque année, en moyenne de l'hospitalisation en court séjour de 710 habitants (soit 1 % de la population de cette classe d'âge). Fractures, luxations ou entorses sont en cause dans la moitié de ces recours.

► Chez les habitants de la Carene âgés de 18 à 64 ans, les accidents sont responsables de 17 décès en moyenne chaque année. Cela représente 7 % des décès de cette classe d'âge. Il s'agit dans 9 cas sur 10 d'un accident de la vie courante, et dans 1 cas sur 10 d'un accident de transport.



► Les hommes sont plus concernés que les femmes : les taux masculins de personnes hospitalisées pour lésions traumatiques et de mortalité par accident sont ainsi environ 2,5 fois plus élevés que les taux féminins [Fig.51].

► Parmi les habitants de la Carene âgés de 18-64 ans, le taux de patients hospitalisés pour lésions traumatiques est légèrement supérieur à la moyenne nationale chez les hommes (+ 5 %) et proche de cette moyenne chez les femmes. Par contre, un écart marqué est observé pour la mortalité par accident de la vie courante, cette dernière étant supérieure de plus 70 % à la moyenne nationale.

Les maladies ostéo-articulaires, un motif d'hospitalisation fréquent

► Les affections ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif sont également retrouvées avec une fréquence significative parmi les diagnostics principaux d'hospitalisation des 18-64 ans. En effet, 1,5 % des personnes de cette tranche d'âge sont hospitalisées dans l'année pour ces motifs, soit un taux proche de la moyenne nationale.

► Le taux de personnes hospitalisées pour une maladie du système ostéo-articulaire est un peu plus élevé chez les hommes (1,6 %) que chez les femmes (1,3 %) [Fig.51].

► Les lésions internes du genou sont le plus souvent à l'origine de ces séjours, concernant 15 % des personnes de cette classe d'âge hospitalisées au moins une fois dans l'année pour une maladie du système ostéo-articulaire. Viennent ensuite les atteintes arthrosiques (13 %) - du genou et de la hanche notamment - puis les atteintes des disques intervertébraux (9 %).

Les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool nettement plus fréquents qu'au plan national

► La consommation de boissons alcoolisées favorise la survenue de nombreuses pathologies (cancéreuses, digestives, cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques...) mais aussi les accidents et les suicides.

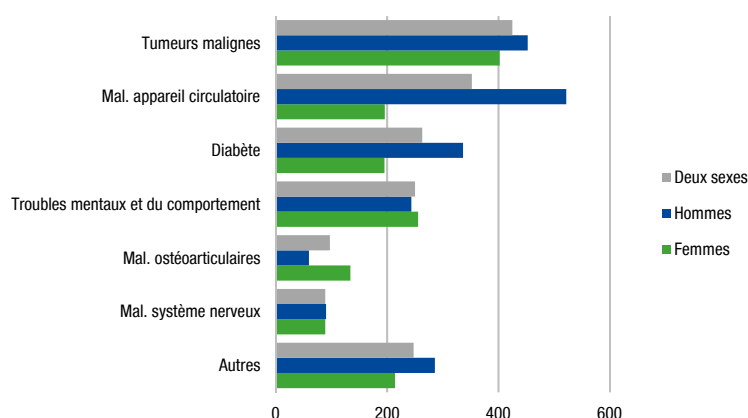
► Si l'on considère des pathologies directement liées à la consommation d'alcool comme les maladies alcooliques du foie, les cirrhoses du foie, et les troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool, ces affections sont responsables à elles-seules en moyenne de 24 décès par an parmi les 18-64 ans habitant dans le territoire de la Carene. Ces pathologies directement liées à la consommation d'alcool, qui ne représentent qu'une faible part de la mortalité attribuable à l'alcool, constituent la troisième cause de décès dans cette classe d'âge après les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Les décès liés à ces pathologies sont très majoritairement masculins, le taux de mortalité étant six fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes de 18-64 ans.

► Au plan national, la mortalité liée à ces affections attribuables à la consommation d'alcool est en recul parmi les 20-64 ans. À l'échelle de la Carene, cette tendance n'est pas retrouvée et cette mortalité apparaît plutôt stable. L'écart avec la moyenne nationale s'est donc accru. Cette mortalité est ainsi, parmi les habitants de la Carene de cette classe d'âge, 2,2 fois plus élevée que la moyenne nationale sur les années récentes 2011-2015.

Fig.50 Taux d'admissions en ALD chez les 20-64 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2012-2014)

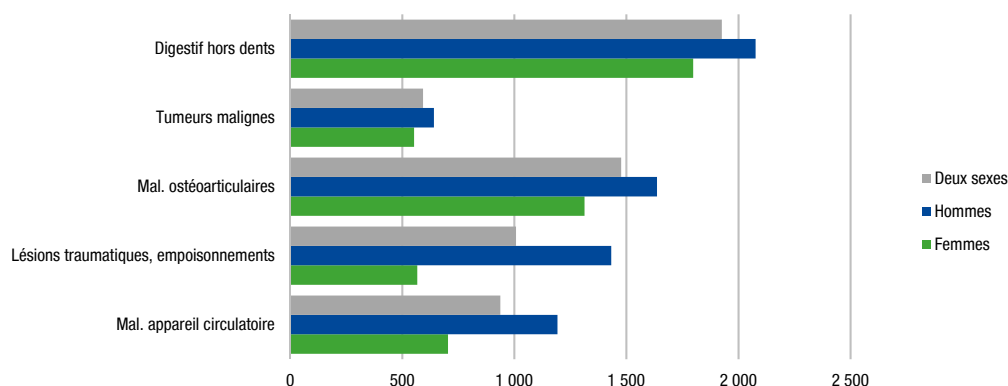


Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 3 ans.



Fig.51 Taux de personnes hospitalisées en court séjour chez les 18-64 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

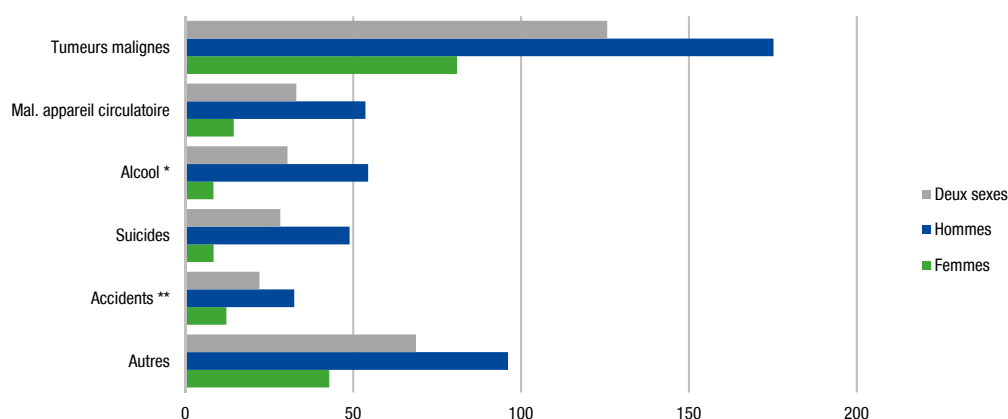
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2013-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 3 ans.

Fig.52 Taux de mortalité chez les 18-64 ans selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2011-2015)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 5 ans.

* Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme

** Accidents de transport et de la vie courante

ENCADRÉ 5. Santé et travail

Le travail constitue un déterminant important de la santé des personnes actives, et aussi, de façon indirecte, de celle de leur entourage. Son impact peut être positif, l'activité professionnelle constituant un facteur de réalisation personnelle et de vie sociale qui contribue à la santé, notamment psychique. Mais le travail est également susceptible d'exposer à de multiples facteurs de risque, physiques, chimiques, biomécaniques, psychosociaux ou encore organisationnels, et ainsi favoriser ou provoquer la survenue d'affections ou traumatismes de nature et de gravité très diverses, parfois plusieurs années après la cessation de l'activité professionnelle. À l'inverse, l'état de santé peut influencer de façon majeure les trajectoires professionnelles. Le travail constitue ainsi un facteur d'inégalités sociales de santé [3] [4] [5] [6] [7].

Pour les habitants de la Carene, très peu d'indicateurs sont disponibles dans ce domaine car les données spécifiques sont habituellement diffusées à un échelon départemental ou régional, et non à l'échelle des EPCI.

Sur le territoire, est notamment mis en évidence, selon des données d'incidence et de mortalité, une plus grande fréquence des cancers de la plèvre, dont l'exposition professionnelle à l'amiante constitue le principal facteur de risque [8].



3.4 SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les personnes âgées de 65 ans et plus constitue une population hétérogène, tant en termes de mode de vie que de santé médicale ou fonctionnelle. Dans les années qui viennent, le nombre de personnes de 65 ans et plus ainsi que leur part dans la population totale vont progresser fortement. L'augmentation des plus de 80 ans sera particulièrement marquée entre 2026 et 2054, en lien avec l'arrivée dans cette classe d'âge des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et 1974.

Dans ce contexte, l'adaptation du système de santé et médicosocial, mais aussi des logements, des quartiers, des villes..., et plus largement de toute la vie sociale constitue un enjeu majeur. La question des aidants se pose notamment avec acuité.

3.4.1 Vue d'ensemble

La moitié des habitants de la Carene de 65 ans et plus atteints d'au moins une maladie chronique

Les données relatives aux affections de longue durée (ALD) permettent une bonne approche de la fréquence des maladies chroniques, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD et si ces données présentent certaines limites liées à leur caractère médico-administratif [ENCADRÉ 3, page 36].

► Chaque année, près de 1 600 habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus sont admis en affection de longue durée par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²⁷, en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et coûteux.

Globalement, sur les 25 000 habitants de 65 ans et plus que compte la Carene, 12 000 personnes sont en ALD fin 2016. La proportion de personnes en ALD atteint donc 48 % dans cette classe d'âge, soit une proportion 4 fois plus élevée que celle observée dans la population âgée de 15 à 64 ans.

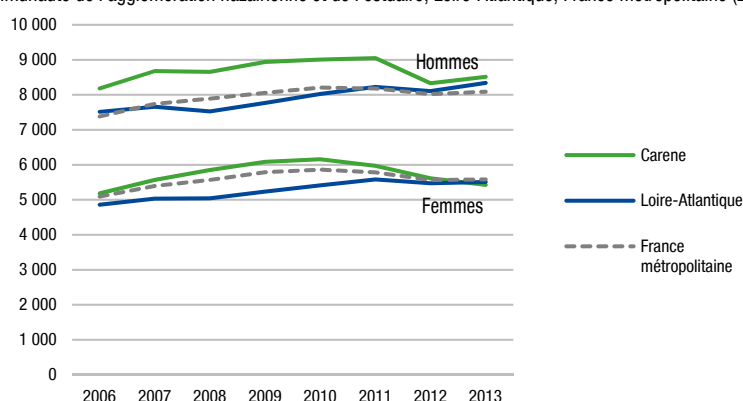
► La proportion de personnes de 65 ans et plus en ALD est, comme en France, nettement plus élevée chez les hommes (54 %) que chez les femmes (44 %, à structure par âge comparable). Ces taux sont relativement proches de la moyenne nationale (53 % de hommes et 44 % des femmes en France, à structure par âge comparable).

► Entre 2005-2007 et 2012-2014, le taux d'admissions en ALD des habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus a augmenté de + 5 %, alors que la hausse atteignait 13 % en moyenne en Loire-Atlantique et 10 % au niveau national. Cette moindre progression peut être rapprochée de la suppression en juin 2011 de la possibilité d'être admis en affection de longue durée pour hypertension artérielle sévère (ALD n° 12). Son impact a été plus important à l'échelle de la Carene, avec un recul marqué entre 2011 et 2014 du taux d'admissions, notamment chez les hommes [Fig.53].

► De ce fait, la surincidence locale des admissions en ALD, qui existait jusqu'en 2011 pour les deux sexes, s'est considérablement réduite chez les hommes (+ 6 % pour la période 2012-2014) et n'est plus observée chez les femmes.

Fig.53 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée* selon le sexe chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

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

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

²⁷ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Environ un tiers des habitants âgés de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, et des taux d'hospitalisation en augmentation

La fréquence des passages aux urgences, ainsi que des hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) offre également un regard sur les situations ou problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge en établissement de santé, en ambulatoire ou non, qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques, de lésions par traumatisme ou intoxication et de leurs éventuelles séquelles, d'événements de vie tels que la grossesse, un accouchement... Là encore, le caractère médico-administratif des données constitue une limite à prendre en compte [ENCADRÉ 4, page 41].

► Plus de 6 000 passages aux urgences, enregistrés dans les services de la région en 2017, concernent des habitants de la Carene âgés de 65 ans ou plus. Cela correspond à un taux annuel de passages de 246 pour 1 000, inférieur de 15 % au taux régional (288 pour 1 000). Ces passages aux urgences se concluent dans 52 % des cas par une hospitalisation de la personne âgée, soit une proportion identique à celle observée à l'échelle des Pays de la Loire.

► La fréquence des hospitalisations en MCO est élevée au-delà de 65 ans. En effet, 30 % des personnes de cette classe d'âge ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année sur la période 2013-2015. À titre de comparaison, cette proportion est environ deux fois plus faible chez les 18-64 ans (16 %).

► Entre 2010 et 2014, le nombre moyen d'habitants de plus de 65 ans de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO est passé de 6 500 à 7 600, soit une augmentation annuelle moyenne qui atteint 4,1 % (+ 3,7 % par an en Loire-Atlantique et + 2,7 % au plan national).

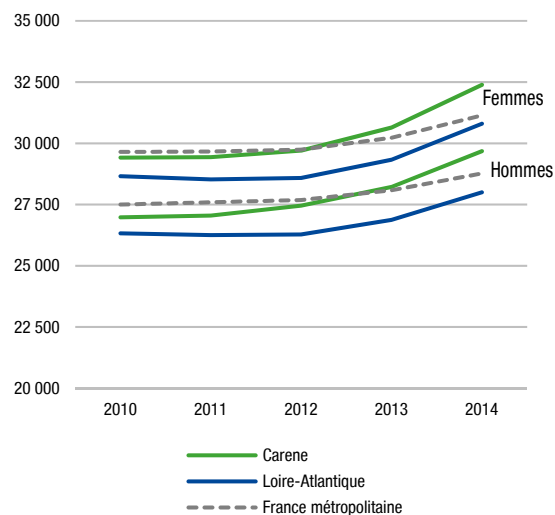
Cette augmentation résulte seulement pour partie (+ 1,7 %) de la croissance et du vieillissement de la population. En effet, le taux standardisé selon l'âge des patients hospitalisés en MCO, qui permet de gommer ces effets démographiques, a augmenté de 2,4 % par an (+ 1,2 % en France).

► Cette augmentation étant plus rapide qu'au plan national, le taux annuel de personnes hospitalisées en court séjour est désormais, parmi des habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus, légèrement supérieur à la moyenne sur les années 2013-2015 (+ 4 %), alors qu'il en était très proche sur les années précédentes [Fig.54].

L'écart à la moyenne nationale est notamment marqué dans ce groupe d'âge pour les hospitalisations pour tumeurs (+ 25 %) et pour maladies de l'œil et de ses annexes (+ 43 %) [Fig.54].

Fig.54 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)
Champ : hors séjours.

Un recul de la mortalité parmi les personnes âgées de 65 ans et plus moins marqué qu'au plan national

► 950 habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus décèdent en moyenne chaque année.

► Dans la Carene comme en France, l'espérance de vie à 65 ans augmente, en lien avec le recul de la mortalité des plus de 65 ans. Ainsi, entre les périodes 2000-2004 et 2011-2015, le taux standardisé sur l'âge de mortalité des personnes de cette classe d'âge a diminué de 10 %, chez les hommes comme chez les femmes. Cette baisse



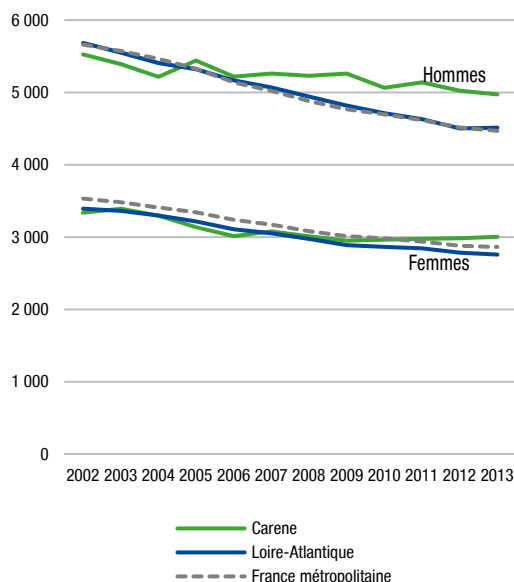
est toutefois près de deux fois moins marquée que celles observées à l'échelle de la Loire-Atlantique (- 19 %) et au niveau national (- 19 %) [Fig.55].

► En lien avec ce moindre recul, la mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus de la Carene, qui était légèrement inférieure à la moyenne nationale pour les deux sexes au début des années 2000, lui est supérieure de 11 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes sur les années récentes 2011-2015.

En Loire-Atlantique, la mortalité des hommes est proche de la moyenne nationale et une sous-mortalité est observée chez les femmes (- 3 %).

Fig.55 Évolution du taux standardisé de mortalité générale selon le sexe chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Des indicateurs de morbidimortalité un peu moins favorables parmi les personnes âgées habitant la Carene qu'au plan national

► De façon globale, le rapprochement des différents indicateurs de morbidimortalité présentés ci-dessus met en évidence sur les années récentes une situation un peu moins favorable parmi les habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus qu'au plan national.

Pour ce groupe d'âge, sont en effet supérieurs à la moyenne nationale : le taux d'admissions en ALD des hommes du territoire (+ 6 % en 2012-2014), le taux de personnes hospitalisées en court séjour (+ 4 % en 2013-2015) et le taux de mortalité (+ 7 % en 2011-2015).

Une situation défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► Pour la population âgée de 65 ans et plus, les indicateurs globaux de morbidimortalité de la Carene ont été comparés à ceux des 71 autres EPCI des Pays de la Loire.

La Carene se situe parmi les EPCI de la région présentant les taux les plus élevés dans cette classe d'âge :

- de mortalité (8^{ème} rang) [Annexe18],
- de personnes hospitalisées en court séjour au cours d'une année (7^{ème} rang) [Annexe21],
- de personnes en ALD (14^{ème} rang) [Annexe19].

Concernant les taux annuels d'admission en ALD dans cette classe d'âge, la Carene se situe au 27^{ème} rang [Annexe20].

Des situations très contrastées au sein de la Carene

► La comparaison des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence une situation très différente selon les territoires en terme de morbidimortalité.

► Entre 2006 et 2013, la fréquence des admissions en ALD des habitants de 65 ans et plus fluctue pour les 4 groupes de communes de la Carene. En 2012-2014, elle est proche de la moyenne nationale pour tous les territoires [Fig.56].



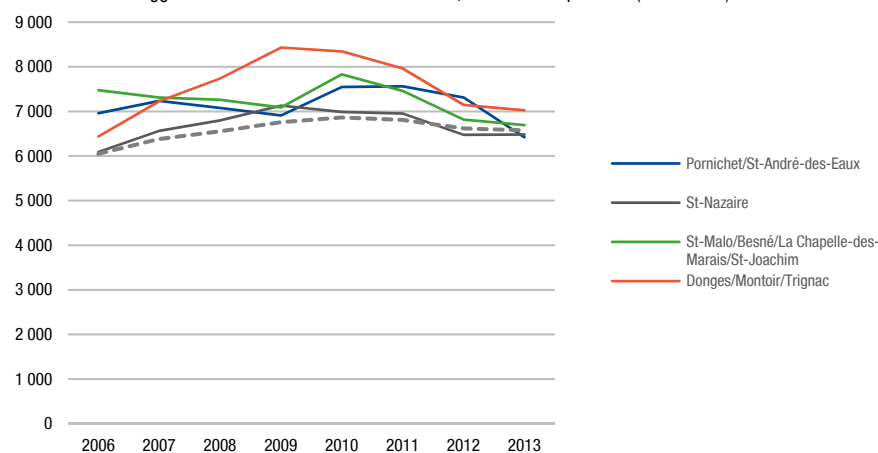
Cependant, si l'on considère le taux global de personnes en ALD, celui-ci est supérieur à la moyenne nationale dans deux territoires : Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (52 %), Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim (51 % vs 48 % en France, à structure par âge comparable). Il est proche de cette moyenne pour Saint-Nazaire (48 %) et par contre, inférieur, pour Pornichet/Saint-André-des-Eaux (46 %).

► La fréquence des hospitalisations des habitants des 4 groupes de communes de la Carene a augmenté entre 2010 et 2014 d'environ 10 %, excepté pour Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim où l'augmentation a été moins importante (+ 4 %). Ce dernier groupe connaît par ailleurs une fréquence proche de la moyenne nationale en 2013-2015. Les autres territoires ont une fréquence supérieure au plan national, notamment Pornichet/Saint-André-des-Eaux (+ 13 % à structure par âge comparable) [Fig.57].

► Depuis le début des années 2000, les quatre groupes connaissent un recul de la mortalité des plus de 65 ans, et cette baisse est particulièrement marquée pour le territoire de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (- 18 %). Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac sont en situation de surmortalité par rapport au plan national, et celle-ci atteint respectivement + 23 % et + 13 % en 2011-2015. Les deux autres territoires, après avoir connu une situation de sous-mortalité, ont désormais une mortalité proche de cette moyenne (Pornichet/Saint-André-des-Eaux) ou légèrement supérieure (Saint-Nazaire, + 4 %) [Fig.58].

Fig.56 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée* chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



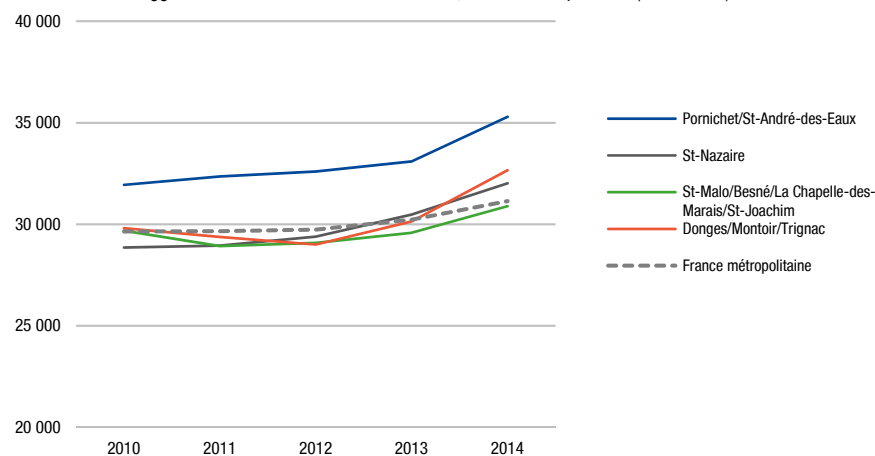
Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

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

Fig.57 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

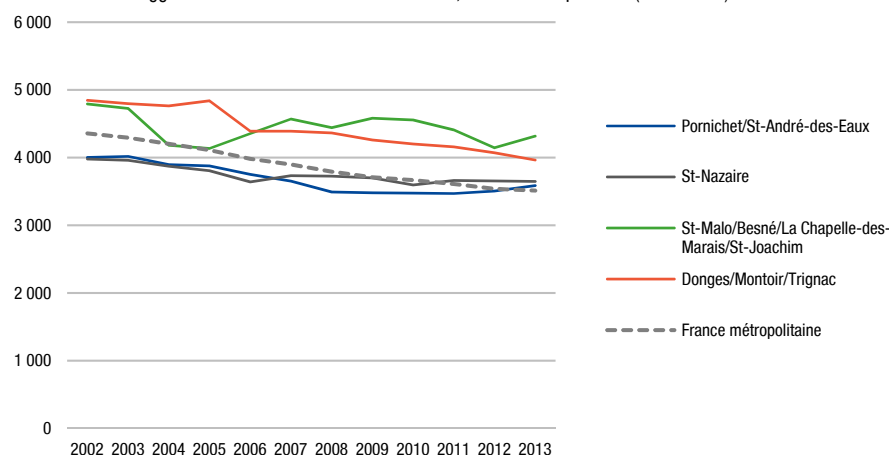
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Champ : hors séjours.



Fig.58 Évolution du taux standardisé de mortalité générale par regroupement de communes chez les 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Plus de 2 400 bénéficiaires de l'Apa dans la Carene, soit un habitant de 75 ans et plus sur cinq

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est versée par les conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (appartenant aux Gir 1 à 4) [ENCADRÉ 6], qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'Apa peut être accordée à partir de 60 ans, mais environ 90 % de ses bénéficiaires sont âgés de 75 ans et plus.

► Sur le territoire de la Carene, 2 440 personnes bénéficient de l'Apa à la fin de l'année 2017. Rapporté à l'effectif de la population des 75 ans et plus, le taux de bénéficiaires de l'Apa s'élève à 20 pour 100 personnes. Ce taux est proche de la moyenne du département de Loire-Atlantique (19 %) et de la moyenne française (21 %) [Fig.59] [Fig.60].

► Cet effectif total de bénéficiaires de l'Apa suit une tendance à la hausse au cours des dernières années (2 341 en 2015, 2 385 en 2016).

Fig.59 Répartition des bénéficiaires de l'Apa selon le mode de résidence

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France (2017)

	CARENE						LOIRE-ATLANTIQUE			FRANCE		
	Domicile		Établissement		Total	% de bénéficiaires vivant à domicile	Domicile		% de bénéficiaires vivant à domicile	Domicile		% de bénéficiaires vivant à domicile
	Effectif	%	Effectif	%			Effectif	%		Effectif	%	
Gir 1	8	1 %	217	19 %	225	4 %	1 %	19 %	3 %	2 %	16 %	18 %
Gir 2	181	14 %	397	36 %	578	31 %	11 %	34 %	22 %	17 %	43 %	37 %
<i>Sous-total Gir 1, Gir 2</i>	<i>189</i>	<i>15 %</i>	<i>614</i>	<i>55 %</i>	<i>803</i>	<i>24 %</i>	<i>12 %</i>	<i>53 %</i>	<i>16 %</i>	<i>19 %</i>	<i>59 %</i>	<i>32 %</i>
Gir 3	270	20 %	222	20 %	492	55 %	17 %	21 %	40 %	23 %	18 %	65 %
Gir 4	865	65 %	280	25 %	1 145	76 %	71 %	26 %	70 %	58 %	23 %	79 %
Ensemble	1 324	100 %	1 116	100 %	2 440	-	100 %	100 %	-	100 %	100 %	-

Sources : Département de Loire-Atlantique, Drees (Enquête Aide sociale) - exploitation ORS Pays de la Loire

24 % des personnes âgées de la Carene en situation de forte dépendance vivent à domicile

► Dans la Carene, 1 324 des 2 440 bénéficiaires de l'Apa vivent à domicile. Cet effectif est en augmentation sur les dernières années (1 177 en 2015, 1 244 en 2016).

Ces bénéficiaires vivant à domicile représentent 54 % du nombre total de bénéficiaires de l'Apa. Ce pourcentage est en hausse (50 % en 2015, 52 % en 2016). Il est supérieur à la moyenne départementale (46 %) mais inférieure à la moyenne nationale (59 %).

Parmi ces bénéficiaires vivant à domicile, 189, soit 15 % sont en situation de forte dépendance, c'est-à-dire relèvent du Gir 1 ou 2. Ce pourcentage est supérieur à celui observé à l'échelle de la Loire-Atlantique (12 %) mais inférieur à la moyenne nationale (19 %).



► 1 116 bénéficiaires de l'Apa vivent en établissement. Cet effectif est plutôt stable (1 164 en 2015, 1 141 en 2016). 19 % de ces bénéficiaires relèvent du Gir 1 et 36 % du Gir 2. Ces proportions sont relativement proches de celles observées au plan départemental (respectivement 19 et 34 %) et national (18 % et 37 %).

► Globalement, 24 % des 803 habitants de la Carene fortement dépendantes (en Gir1 ou Gir2) vivent à domicile. Cette proportion est supérieure à la moyenne départementale (16 %) mais inférieure à la moyenne nationale (32 %). Plusieurs éléments peuvent expliquer ces écarts territoriaux : niveaux de revenus²⁸, solidarités familiales susceptibles de retarder l'entrée en établissement, offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)... Le taux de places en Ehpad sur la Carene est notamment supérieur d'environ 13 % à la moyenne nationale, mais inférieur de 8 % à la moyenne départementale.

ENCADRÉ 6. Les groupes iso-ressources

La grille **Aggir** (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Les personnes qui se situent dans les Gir 1 à 4 ont droit à l'Apa.

Gir 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Gir 2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Gir 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Gir 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Gir 5 : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Des disparités territoriales

► La comparaison des 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence des taux de bénéficiaires de l'Apa parmi les 75 ans et plus différents selon les territoires. Le taux se situe entre 16 et 19 % pour trois territoires, et il atteint 33 % pour celui de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac [Fig.60].

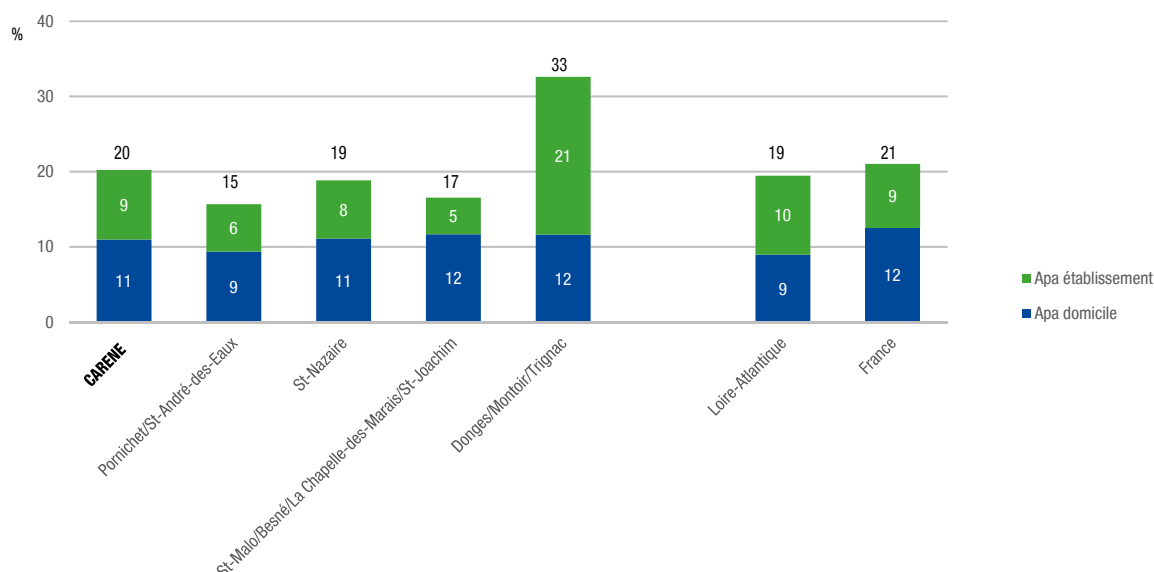
Ces résultats sont notamment à rapprocher de l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur ces communes. Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac présente le taux de places en Ehpad le plus élevé des 4 territoires (154 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, vs 104 pour St-Nazaire, 138 pour Pornichet/St André-des-Eaux, 146 pour Saint-Malo-de-Guersac/Besné/La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim). En outre, ces disparités peuvent être liées à des écarts de revenus entre les personnes âgées résidant ces différents territoires.

²⁸ L'Apa n'est pas soumise à condition de ressources. Mais, une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond.



Fig.60 Pourcentage de bénéficiaires de l'Apa¹

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France (2017)



Sources : Département de Loire-Atlantique, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus.

3.4.2 Principales pathologies

L'analyse des statistiques relatives aux ALD les plus fréquentes, aux diagnostics principaux d'hospitalisations en court séjour et aux causes médicales de décès, et la confrontation de ces différentes données permettent de dégager les principaux enjeux de santé pour la population des personnes âgées de 65 ans et plus.

Les maladies cardiovasculaires prépondérantes au-delà de 65 ans, en particulier chez les hommes

Les maladies cardiovasculaires sont les affections graves les plus répandues au-delà de 65 ans. Elles constituent le premier motif d'admission en ALD et de mortalité des habitants de la Carene de cette classe d'âge, et leur troisième motif principal d'hospitalisation [Fig.61] [Fig.63] [Fig.62].

► Chaque année, en moyenne 590 admissions pour maladies de l'appareil circulatoire sont prononcées parmi les habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus, ce qui représente 37 % des admissions de cette classe d'âge. Les principales pathologies à l'origine de ces admissions sont les troubles de la conduction et du rythme, les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires, chez les hommes comme chez les femmes.

Globalement, 10 % des habitants de la Carene, âgés de 65 ans et plus, sont en ALD pour cardiopathie ischémique, 5 % pour troubles de la conduction et du rythme, 4 % pour maladie hypertensive, autant pour artériosclérose, embolie et thrombose artérielle et pour maladie cérébrovasculaire, et 2 % pour insuffisance cardiaque.

► 5 % des habitants de 65 ans et plus de la Carene sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de MCO avec pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire. L'insuffisance cardiaque est le plus souvent en cause, devant les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales.

► Enfin, les maladies cardiovasculaires constituent la cause initiale de 270 décès annuels des 65 ans et plus, soit 28 % des décès. Les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques sont chacune à l'origine d'environ un quart des décès cardiovasculaires dans cette classe d'âge.

► La morbidité cardiovasculaire des hommes de cette classe d'âge est nettement supérieure à celle des femmes. Chez les personnes de 65 ans et plus, les taux masculins d'admissions en ALD, de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO et de mortalité pour maladies de l'appareil circulatoire sont en effet environ 1,7 fois supérieurs aux taux féminins [Fig.61] [Fig.62] [Fig.63].

► Par rapport à la moyenne nationale, la situation cardio-vasculaire des habitants de la Carene de plus de 65 ans se caractérise par :

- une surmortalité cardiovasculaire de 8 %, qui toutefois ne s'observe que chez les hommes (+ 16 %),
- une fréquence des admissions en ALD proche de la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes,
- un taux de patients hospitalisés en MCO, au moins une fois dans l'année, inférieur à la moyenne nationale (- 9 %).



17 % des hommes et 10 % des femmes, âgés 65 ans et plus, pris en charge pour diabète

► 3 300 habitants de la Carene, âgés de 65 ans et plus, sont pris en charge pour un diabète. Cette classe d'âge est celle où la prévalence des personnes traitées pour diabète est la plus élevée, atteignant 13 %. Les hommes (17 %) sont plus touchés que les femmes (10 %). Ces prévalences sont inférieures aux moyennes nationales (respectivement 17 %, 20 %, 14 %, à structure par âge comparable).

Des indicateurs convergents vers une plus grande fréquence des cancers parmi les 65 ans et plus qu'au plan national

► Les cancers arrivent en deuxième position concernant les admissions en ALD, la mortalité et les hospitalisations en court séjour (hors séances de chimiothérapie, radiothérapie) des habitants de 65 ans et plus de la Carene. Ils concernent 26 % des admissions en ALD (400 par an), 28 % des décès (270 par an) et 17 % des patients hospitalisés (1 300 par an, hors séances).

► Les hommes sont nettement plus souvent concernés que les femmes, avec des taux masculins d'admission en ALD, d'hospitalisation et de mortalité environ deux fois supérieurs aux taux féminins (à structure par âge comparable) [Fig.61] [Fig.62] [Fig.63].

► Par rapport à la moyenne nationale, une surmortalité par cancer est observée (+ 17 %), chez les hommes (+ 26 %) comme chez les femmes âgées de 65 ans et plus (+ 11 %). Concernant les admissions en ALD, le taux est également supérieur à la moyenne nationale (+ 13 %), cette surincidence s'observant seulement chez les hommes (+ 22 %). Enfin, le taux de patients hospitalisés en MCO pour cancer (hors séances) est supérieur à la moyenne nationale (+ 25 %).

Prostate, sein et côlon-rectum, localisations cancéreuses les plus fréquentes

Certaines localisations ont un poids particulièrement important dans la morbidité et dans la mortalité cancéreuse de cette classe d'âge.

► **Chez les hommes**, la prostate reste de loin la localisation la plus fréquente. Elle représente en effet 29 % des admissions en ALD pour cancer, devant le côlon-rectum (14 %), le poumon et la vessie (10 % chacun). Globalement, 8 % des hommes de 65 ans et plus sont en ALD pour cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate se place au deuxième rang pour la mortalité par cancer (12 % des décès), derrière le cancer du poumon (16 %), et devant le cancer du côlon-rectum.

► **Chez les femmes** de 65 ans et plus, le cancer du sein est prépondérant en terme de morbidité, puisqu'il est à l'origine de 32 % des admissions en ALD pour cancer et que globalement, 6 % des femmes de cette classe d'âge sont en ALD pour cette pathologie. Mais le cancer colorectal, dont le poids en termes d'ALD est moindre (13 % des admissions, 1,5 % des femmes en ALD) a un poids quasi-équivalent au cancer du sein en matière de mortalité (15 % pour le sein et 13 % pour le côlon-rectum).

Les troubles de la santé mentale, en particulier chez les femmes

► Les problèmes de la santé mentale sont, comme en France, particulièrement fréquents chez les personnes âgées résidant la Carene, comme en témoigne la très forte proportion de personnes de 65 ans et plus ayant recours à un traitement par médicaments psychotropes : 28 % en 2016. Cette proportion, trois fois plus élevée que celle observée parmi les 15-64 ans (10 %), atteint même 41 % chez les 85 ans et plus. Comme pour les adultes d'âge moyen, parmi les 65 ans et plus, les femmes sont nettement plus souvent concernées que les hommes : 35 % vs 20 %, à structure par âge comparable. Ces prévalences parmi les habitants de la Carene sont supérieures à celles observées au plan national (26 % au global, 19 % chez les hommes, 32 % chez les femmes).

► Les troubles mentaux et du comportement constituent en moyenne chaque année un motif d'admission en ALD pour près de 200 personnes de 65 ans et plus, ce qui représente 12 % des admissions en ALD dans cette tranche d'âge.

La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont en cause dans plus de 70 % des admissions en ALD des personnes de cette classe d'âge pour troubles mentaux et du comportement (140 personnes par an). Les troubles de l'humeur (19 %), principalement des troubles dépressifs, arrivent en deuxième position (37 personnes par an).

Globalement, 1 700 habitants de la Carene de 65 ans et plus sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, soit 7 % des habitants de la Carene de 65 ans et plus.

Près 850 de ces 1700 personnes sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autres démences (soit 3 % des habitants de cette classe d'âge). 620 sont des femmes, ce qui représente 4 % de la population féminine de cette classe d'âge, et 220 sont des hommes (2 %).



► Entre 2006 et 2013, la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement parmi les 65 ans et plus est en hausse (+ 12 %, + 20 % en France). Cette hausse concerne les admissions pour affections psychiatriques autres que démences (+ 34 %).

► Malgré cette hausse, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) est proche de la moyenne nationale sur les années récentes 2012-2014. Concernant les admissions en ALD pour démences, un constat analogue est retrouvé.

Cataracte, hernies inguinales et abdominales, arthroses de la hanche et du genou sont également des motifs fréquents d'hospitalisations au-delà de 65 ans

Un certain nombre de situations ou problèmes de santé sont également retrouvés avec une fréquence notable lors de l'analyse des diagnostics principaux d'hospitalisations des habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus.

► Ainsi, 5 % des habitants du territoire, âgés de 65 ans et plus, ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une cataracte, plaçant cette affection aux premiers rangs des motifs d'hospitalisation dans cette classe d'âge. À structure d'âge comparable, le taux d'habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus hospitalisés pour cataracte est supérieur de 39 % à la moyenne nationale. Entre 2010 et 2014, ce taux a augmenté de plus de 6 % par an (+ 1,6 %/an en Loire-Atlantique, + 1,4 %/an en France).

► Les maladies de l'appareil digestif sont également une cause relativement fréquente d'hospitalisation des personnes de 65 ans et plus, 4 % des habitants de la Carene sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Sont le plus souvent en cause les hernies inguinales et abdominales, et les diverticuloses intestinales [Fig.62].

► Les maladies ostéoarticulaires sont également souvent retrouvées : chez les hommes et les femmes, 3 % des habitants de la Carene sont hospitalisés au moins une fois dans l'année pour ce motif. Pour les deux sexes, il s'agit de pathologies liées à l'arthrose dans 40 % des cas (principalement coxarthrose et gonarthrose).

La traumatologie, fréquent motif de passage aux urgences et d'hospitalisation des personnes âgées

► La traumatologie constitue le diagnostic principal de 1 350 passages aux urgences des habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus en 2017. Cela représente 22 % du nombre total des passages de cette population. Les atteintes les plus fréquentes concernent les membres inférieurs et supérieurs, et la tête et le cou.

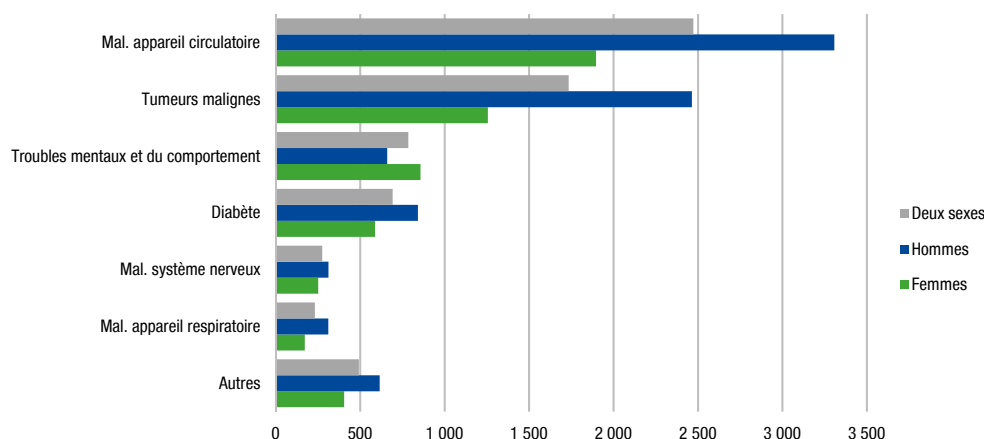
► Près de 3 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont hospitalisées au moins une fois dans l'année pour une lésion traumatique (ou ses complications et séquelles). Les fractures du col du fémur sont le plus souvent en cause (27 %, 180 patients concernés par an). Dans près de 80 % des cas, il s'agit de femmes, en lien avec l'ostéoporose dont l'incidence augmente particulièrement après la ménopause.

À structure d'âge comparable, le taux d'habitants de la Carene âgés de 65 ans et plus hospitalisés pour fracture du col de fémur est supérieur de 21 % à la moyenne nationale. Entre 2010 et 2014, ce taux a augmenté de 10 % alors qu'il est en recul en Loire-Atlantique (- 5 %) comme en France (- 3 %).

► 12 décès directement liés à une chute ont été recensés en moyenne chaque année dans la population de la Carene âgée de 65 ans et plus, sur la période 2011-2015. Le taux de mortalité par chute dans cette population a diminué de 29 % depuis le début des années 2000, alors qu'en Loire-Atlantique et en France la baisse a été nettement moindre (respectivement - 8 % et - 4 %). Ce taux de mortalité, qui était plutôt supérieur à la moyenne nationale au début des années 2000, est proche de la moyenne nationale sur les années récentes 2011-2015.

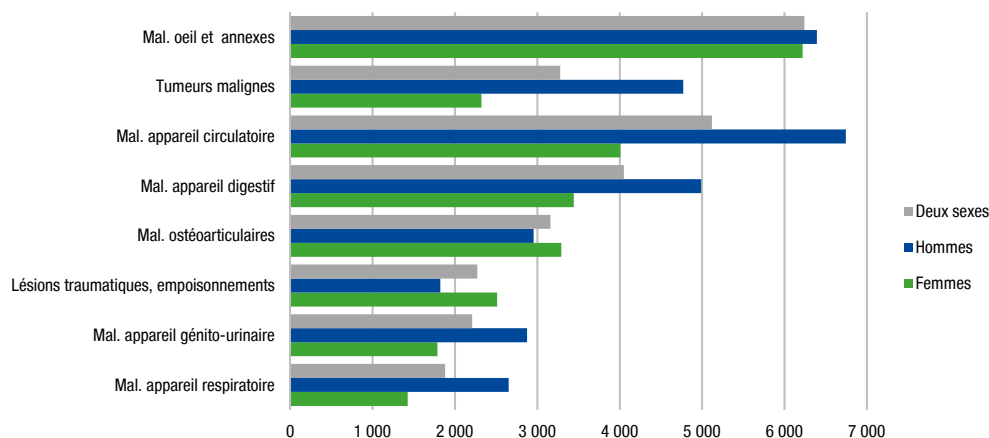


Fig.61 Taux d'admissions en ALD chez les 65 ans et plus selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2012-2014)



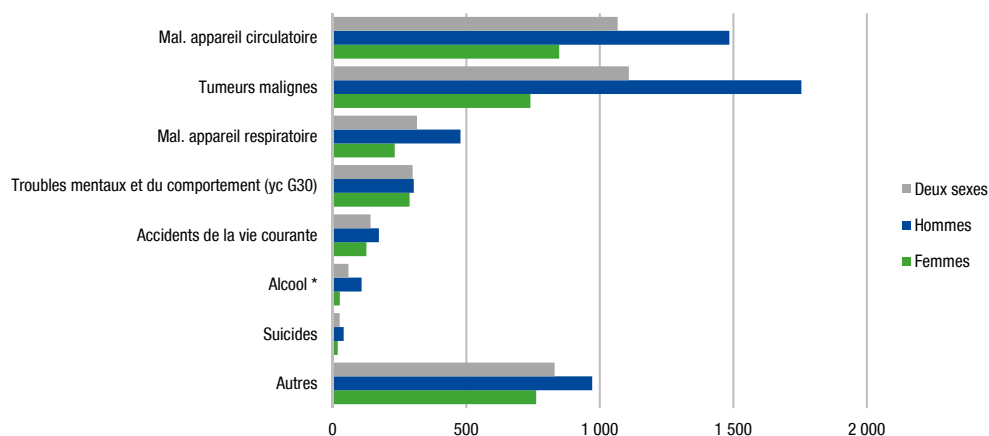
Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 3 ans.

Fig.62 Taux de personnes hospitalisées en court séjour chez les 65 ans et plus selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2013-2015)



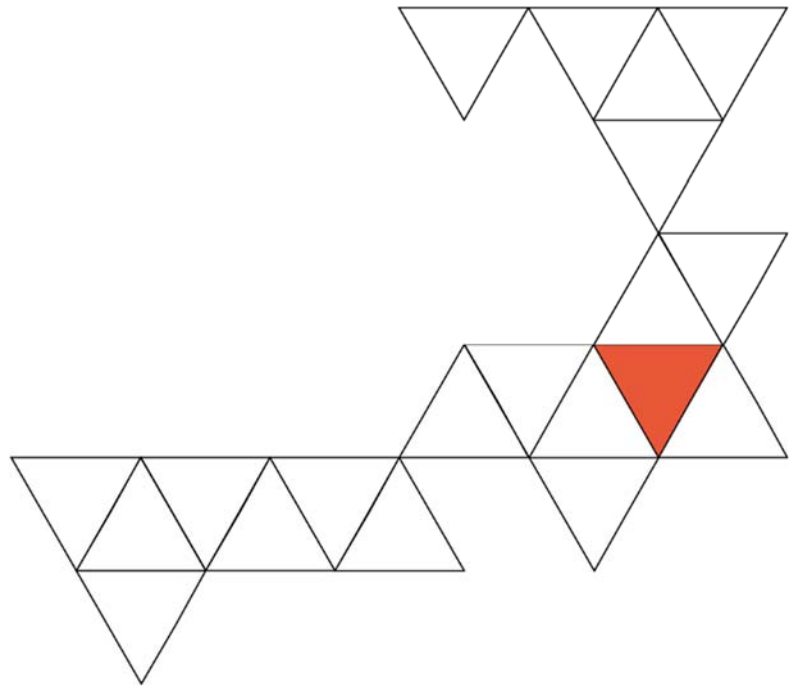
Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 3 ans.

Fig.63 Taux de mortalité chez les 65 ans et plus selon le sexe et les principales pathologies ou problèmes de santé en cause
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (moyenne 2011-2015)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux standardisés pour 100 000, moyenne sur 5 ans.

* Maladie alcoolique du foie, cirrhose du foie (autres et sans précision), psychose alcoolique et alcoolisme



Partie 4.

PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES



Ce chapitre offre une description de la situation épidémiologique pour une sélection de problèmes de santé, qui sont les plus fréquents et les plus graves à l'échelle d'une population : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, conséquences sur la santé de la consommation excessive d'alcool, santé mentale, pathologies psychiatriques et suicides, accidents.

Cette description repose sur l'analyse croisée de données directement mobilisables : statistiques des causes médicales de décès, données relatives aux affections de longue durée (ALD) issues des bases de données des caisses d'assurance maladie, données concernant les hospitalisations en service de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), données de participation aux dépistages organisés des cancers du côlon-rectum et du sein, données d'incidence des cancers du registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, données de remboursement de l'assurance maladie.

4.1 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 [9].

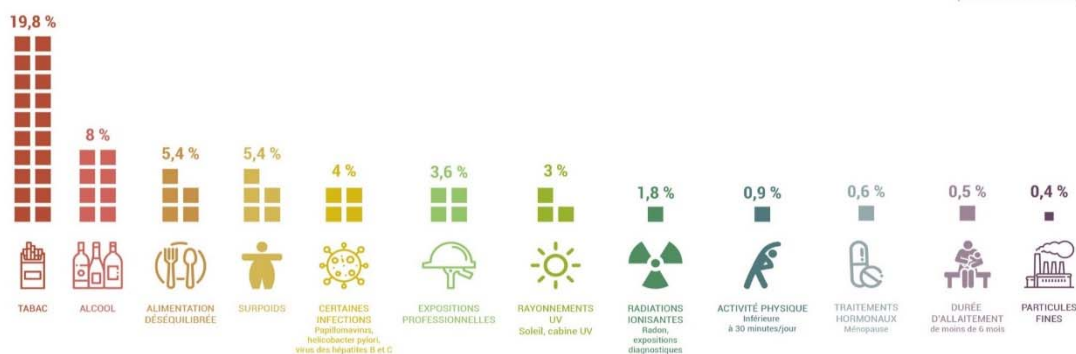
Les facteurs de risque des cancers sont multiples et leur effet est cumulatif. Trois d'entre eux jouent un rôle majeur au niveau de la population : le tabac, responsable d'environ 20 % des cas de cancer, l'alcool (8 %), et la nutrition (alimentation déséquilibrée : 5 %, surpoids et obésité : 5 %). Globalement, 40 % des cancers pourraient être évités par une prévention primaire [10] [11].

Deux localisations cancéreuses font actuellement l'objet d'un programme national de dépistage organisé : le cancer du côlon-rectum (hommes et femmes de 50 à 74 ans) et 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.

Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risques

On peut prévenir 40 % des cas de cancers (142 000/an) grâce à des changements de comportements et des modes de vie

(Source : CIRC / INCa 2018)



Source : CIRC / INCa 2018



Ce chapitre présente quelques éléments concernant l'incidence des cancers et la mortalité liée à ces affections parmi les habitants de la Carene, ainsi que des données détaillées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, mais aussi sur le dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum (données mises à disposition par le Centre régional de coordination de dépistage des cancers Pays de la Loire). Une étude épidémiologique détaillée, réalisée par le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, vient notamment compléter cette approche [8].

Plus de 800 nouveaux cas de cancers diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Carene

- Plus de 5 300 habitants de la Carene, relevant de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²⁹, sont en affection de longue durée pour un cancer fin 2016. Cet effectif total représente environ 4 % de la population de ce territoire.
- 826 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Carene sur la période récente 2016-2015, selon les données du Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée. 43 % concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.
- En moyenne 371 décès par cancer sont survenus chaque année parmi les habitants de la Carene, sur la période 2011-2015. 28 % concernent des personnes de moins de 65 ans.

Sein, côlon-rectum et prostate sont les localisations les plus fréquentes

- Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués parmi les habitants de la Carene, devant le cancer du poumon.
- Ce dernier, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, représente par contre la première cause de mortalité par cancer (64 décès par an, 5 % des décès).

Une plus grande fréquence des cancers parmi la population de la Carene

- Les différents indicateurs de morbidimortalité étudiés (admissions en ALD, mortalité, hospitalisations en court séjour) mettent en évidence une plus grande fréquence des cancers parmi la population de la Carene qu'au plan national.

L'étude menée par le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée montre que la Carene se situe au 1^{er} rang des 17 EPCI de la Loire-Atlantique les plus touchés par le cancer, pour les hommes et les femmes. Cette surincidence concerne surtout les cancers des voies aérodigestives supérieures et du poumon chez les hommes [8].

54 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur l'analyse de cellules prélevées au niveau du col de l'utérus (frottis cervico-utérin). Ce dépistage est recommandé chez les femmes âgées de 25 à 65 ans tous les trois ans.

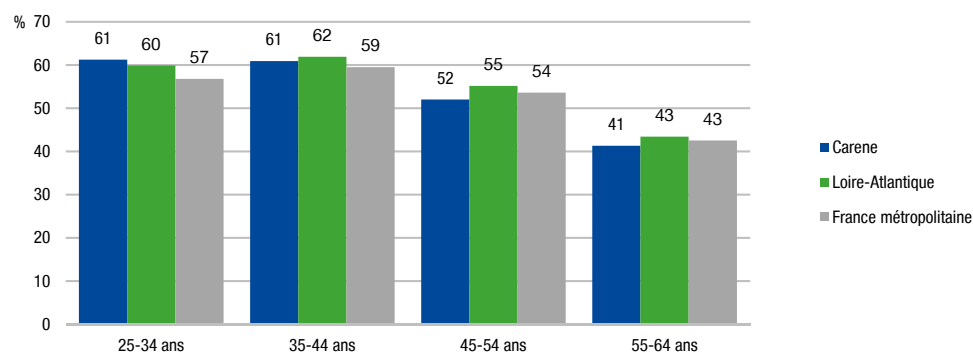
- Selon les données de remboursement de l'assurance maladie, 54 % des femmes de la Carene âgées de 25-65 ans ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin entre 2015 et 2017. Ce taux, qui est proche des moyennes départementale (55 %) et nationale (53 %), doit toutefois être considéré comme un minimum car dans certains cas, des frottis sont réalisés mais ne sont pas comptabilisés dans les données de l'assurance maladie (ex : non-transmission du prélèvement au laboratoire d'analyses, non-transmission de la feuille de soins pour remboursement à l'assurance maladie...). Par ailleurs, ne sont pas pris en compte les frottis réalisés lors d'une hospitalisation.
- Ce taux de dépistage diminue à partir de 45 ans. Il s'élève à 61 % chez les femmes de 25-34 ans et celles de 35-44 ans, puis passe à 52 % chez les 45-54 ans et n'est plus que de 41 % chez celles de 55-64 ans. Quelle que soit la classe d'âge, ces taux de dépistage sont donc inférieurs à l'objectif de 80 % fixé par le Plan cancer 2014-2019 [Fig.64].
- Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C (47 %) que chez les non-bénéficiaires (54 % à structure par âge comparable).
- Par rapport aux autres EPCI de la région, la Carene occupe une position intermédiaire en matière de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (38^{ème} rang sur 72, ordre décroissant) [Annexe22].

²⁹ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Fig.64 Proportion de femmes ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des 36 derniers mois selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (2015-2017)



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

Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 64 %, supérieur à la moyenne nationale

Le dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie à laquelle les femmes de 50 à 74 ans sont conviées tous les deux ans.

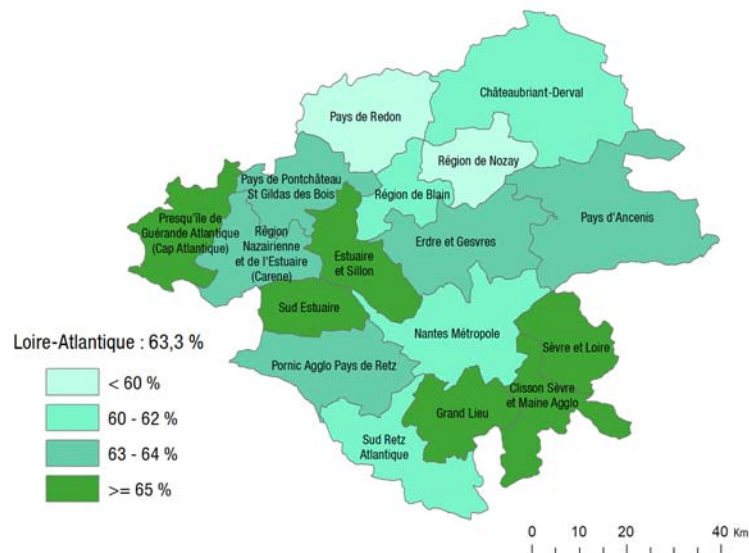
► Le taux de participation des habitantes de la Carene à ce programme s'élève à 64 % pour la période 2016-2017. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (51 %). Il est proche du taux départemental (63 %) et du taux minimum de 65 % fixé par le Plan cancer.

► Par rapport aux autres EPCI du département de la Loire-Atlantique, la Carene occupe une position intermédiaire en matière de participation au dépistage organisé du cancer du sein (7^{ème} rang sur 17, ordre décroissant) [Fig.65].

► Ce taux de participation a légèrement diminué par rapport à la période 2014-2015 (- 0,5 point). Une baisse plus marquée est observée à l'échelle du département (- 2 points).

Fig.65 Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du sein selon les EPCI de Loire-Atlantique**

Loire-Atlantique (période 2016-2017)



Sources : CRCDC Pays de la Loire, Santé publique France, 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 2015). Le taux de participation France entière ainsi calculé diffère de celui publié par Santé publique France (50 % pour 2016-2017, taux calculé par rapport au nombre de femmes dénombrées estimées par les projections de population réalisées par l'Insee pour la période considérée).

** Établissement public de coopération intercommunale.

Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum des habitants de la Carene de 40 %, inférieur aux recommandations européennes

Le dépistage du cancer du côlon-rectum repose sur un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, proposé tous les deux ans aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans.

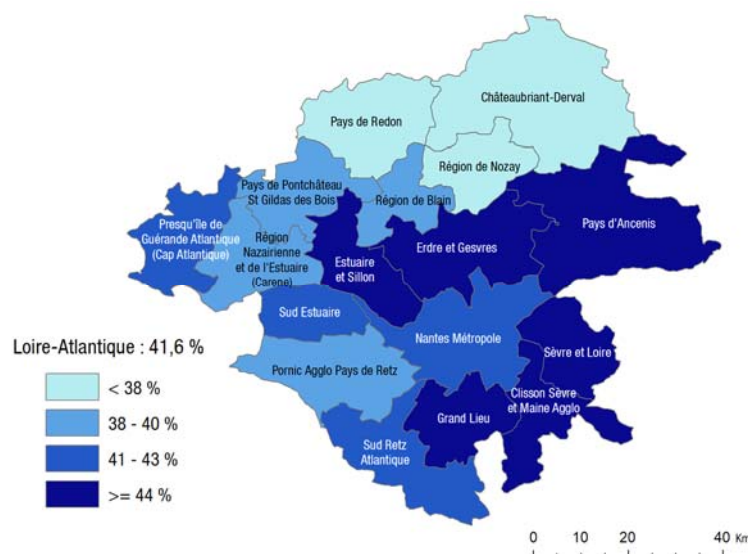
► Le taux de participation des habitants de la Carene à ce dépistage organisé s'élève à 40 % pour la période 2016-2017. Ce taux est inférieur à la moyenne départementale (42 %), ainsi qu'au taux minimum de 45 % recommandé à l'échelle européenne.



► La Carene se situe parmi les EPCI de la Loire-Atlantique ayant les taux les plus faibles de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum (12^{ème} rang sur 17 selon un ordre décroissant) [Fig.66].

Fig.66 Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum selon les EPCI de Loire-Atlantique**

Loire-Atlantique (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.

** Établissement public de coopération intercommunale.

Des taux de dépistage qui varient selon les regroupements de communes

► Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum varie de 37 à 46 % selon les 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude, et il varie de 60 à 71 % pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Les habitants des communes de Pornichet/Saint-André-des-Eaux présentent les taux de participation à ces deux dépistages organisés les plus élevés et ceux des deux territoires Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac et Saint-Malo-de-Guersac/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim les taux les plus faibles [Fig.67].

► Concernant le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, le taux le plus élevé est aussi retrouvé pour le territoire Pornichet/Saint-André-des-Eaux et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac présente le taux le plus faible [Fig.67].

Fig.67 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum et au dépistage organisé du cancer du sein, taux de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus selon les regroupements de commune

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire

	Dépistage organisé (2016-2017)		Dépistage individuel cancer du col de l'utérus (2015-2017)
	Cancer du côlon-rectum*	Cancer du sein**	
CARENE	40 %	64 %	54 %
Pornichet/Saint-André-des-Eaux	46 %	71 %	60 %
Saint-Nazaire	40 %	64 %	53 %
Saint-Malo-de-Guersac/Besn�/ La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim	37 %	61 %	54 %
Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac	37 %	60 %	51 %
Loire-Atlantique	42 %	63 %	55 %

Sources : CRCDC Pays de la Loire, Insee, DCIR (SNDS) - 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.

** Taux de participation calculés par rapport au nombre de femmes de 50-74 ans dénombrées au recensement de la population (recensement 2015). Le taux de participation France entière ainsi calculé diffère de celui publié par Santé publique France (50 % pour 2016-2017, taux calculé par rapport au nombre de femmes dénombrées estimées par les projections de population réalisées par l'Insee pour la période considérée).



4.2 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

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 [7].

8 % des habitants de la Carene sont en ALD pour une affection cardiovasculaire

► Près de 10 000 habitants de la Carene, relevant de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie³⁰, sont en affection de longue durée (ALD) pour une pathologie cardiovasculaire fin 2016. Cet effectif total représente environ 8 % de la population de la Carene.

Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admissions en ALD. En moyenne 860 habitants de la Carene ont été admis en ALD par l'un de ces trois régimes chaque année en 2012-2014, ce qui correspond à 29 % de l'ensemble des admissions pour cette période.

► Ces affections constituent chaque année le motif principal d'au moins une hospitalisation en court séjour pour près de 2 000 habitants du territoire, sur la période 2013-2015, soit 1,6 % de la population.

► 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 de la Carene. Près de 300 habitants sont décédés en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire sur la période 2011-2015.

Des pathologies nettement plus fréquentes chez les hommes

Comme au niveau national, les hommes sont plus souvent touchés que les femmes du territoire par les maladies cardiovasculaires.

► Les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires concernent en effet majoritairement des hommes (490 admissions d'hommes par an vs 370 admissions de femmes). Le taux d'admissions en ALD par maladies cardiovasculaires est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, à structure par âge comparable.

► Les personnes hospitalisées en court séjour pour pathologies cardiovasculaires sont dans 54 % des cas des hommes (1 065 hommes, 914 femmes en moyenne par an). Et à structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour ces affections est 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

► Concernant les décès par maladies cardiovasculaires, si leur nombre est plus faible chez les hommes que chez les femmes (140 décès masculins, 156 décès féminins), leur fréquence parmi les hommes est 1,9 fois supérieure à celle parmi les femmes, à structure d'âge comparable.

Des affections qui touchent surtout les personnes âgées, mais qui ne sont pas rares avant 65 ans

► 46 % des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, 42 % des personnes hospitalisées appartiennent à ce groupe d'âge, et 81 % des décès surviennent après 75 ans (dont 54 % après 85 ans).

► Toutefois, les admissions en ALD, les hospitalisations en court séjour et les décès liés à des affections cardiovasculaires ne sont pas rares avant 65 ans. Ces affections sont en effet à l'origine chaque année de 271 admissions en ALD de personnes âgées de moins de 65 ans (194 hommes, 77 femmes), de l'hospitalisation en court séjour de 751 habitants de moins de 65 ans (464 hommes, 287 femmes) et de 28 décès avant 65 ans (22 décès masculins, 6 décès féminins).

Cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque, troubles du rythme ou de la conduction, les plus souvent en cause

► Les cardiopathies ischémiques et les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque constituent les deux principaux motifs d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les habitants de la Carene. Ils sont respectivement à l'origine de 28 % et 23 % de ces admissions. Les autres admissions correspondent le plus

³⁰ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



souvent à des maladies cérébrovasculaires (16 %), de l'athérosclérose, embolie et thrombose artérielle (13 %) ou à une insuffisance cardiaque (9 %).

► Les pathologies les plus fréquemment en cause lors des hospitalisations en court séjour sont les cardiopathies ischémiques (17 %), l'insuffisance cardiaque (16 %), les troubles de la conduction et du rythme (15 %) et les maladies vasculaires cérébrales (14 %).

► Les décès par maladies cardiovasculaires sont quant à eux principalement provoqués par des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque. Ces trois groupes d'affections représentent respectivement 28 %, 25 % et 13 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire parmi les habitants de la Carene.

► Chez les personnes âgées de moins de 65 ans, les cardiopathies ischémiques sont le plus souvent la cause des admissions en ALD (37 %), des décès (43 %) et des hospitalisations (18 %).

Une fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires globalement supérieure de 5 % à la moyenne nationale, et de 14 % chez les moins de 65 ans

► La suppression en juin 2011 de la possibilité d'être admis en ALD pour hypertension artérielle (HTA) sévère (ALD n° 12) a fortement impacté l'évolution des admissions pour maladies cardiovasculaires au cours des dernières années.

Elle a ainsi occasionné à partir de 2011 une forte chute de la fréquence de ces admissions pour HTA, qui connaissait une croissance continue sur les années antérieures. Sur les années récentes 2012-2013, cette fréquence semble plutôt stable parmi les habitants de la Carene.

De façon globale, entre 2005-2007 et 2012-2014, le taux d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires a diminué de 7 % parmi les habitants de la Carene (à structure par âge comparable). Une baisse est également observée au plan national (- 6 %). Par contre, à l'échelle du département, ce taux est en hausse (+ 11 %) [Fig.68a]. Mais, à champ constant, c'est-à-dire en excluant les admissions en ALD n°12 sur les années antérieures à 2011, l'augmentation des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires entre 2005-2007 et 2012-2014 atteint + 40 % à l'échelle de la Carene (+ 50 % en Loire-Atlantique, + 39 % en France).

► Sur la période récente 2012-2014, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les habitants de la Carene est supérieure de 5 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable.

Chez les hommes, cette fréquence est supérieure de 8 % à la moyenne nationale. Cet écart était deux fois plus important sur les années antérieures 2005-2010, avant la suppression en 2011 de la possibilité d'admission en ALD hypertension artérielle sévère (ALD n° 12).

Chez les femmes, la fréquence des admissions pour maladies cardiovasculaires est restée relativement proche de la moyenne nationale entre 2005-2007 et 2012-2014. Pour cette dernière période, elle est supérieure de 3 % à la moyenne nationale mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

Une surincidence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est également observée à l'échelle du département, avec des écarts avec la moyenne nationale un peu plus marqués que ceux observés pour les habitants de la Carene (+ 8 % au global ; + 11 % chez les hommes ; + 6 % chez les femmes).

► Si l'on considère les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires **parmi les personnes âgées de moins de 65 ans**, une surincidence est également observée parmi les habitants de la Carene de cette classe d'âge, et la situation des femmes de la Carene contraste avec celle observée à l'échelle du département [Fig.68b].

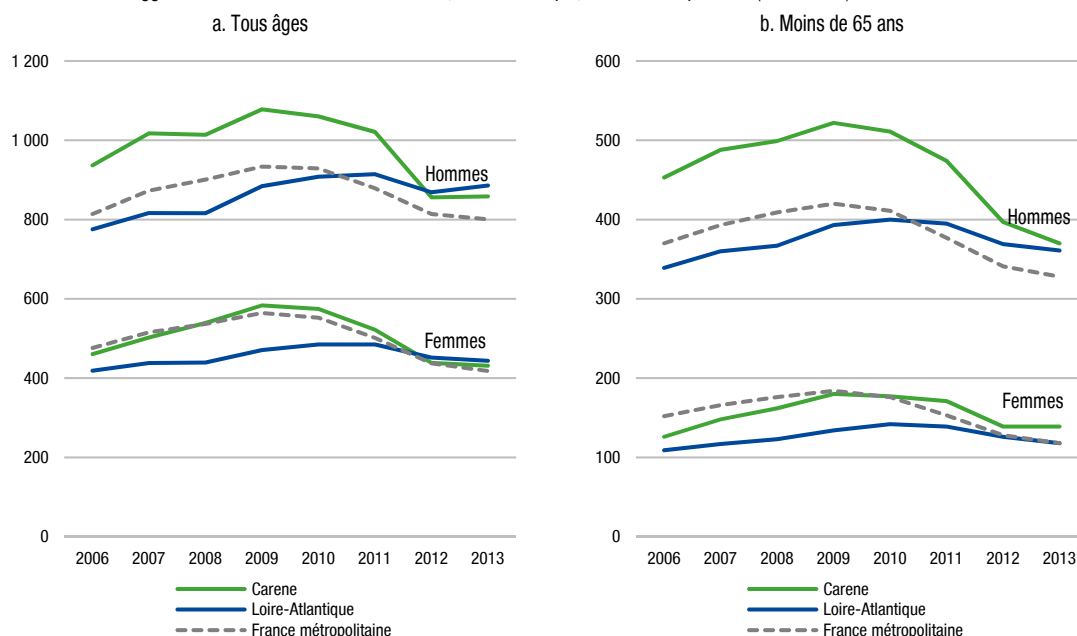
Ainsi, en 2012-2014, la fréquence de ces admissions parmi les habitants de la Carene âgés de moins de 65 ans est supérieure de 14 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable (+ 7 % en Loire-Atlantique). Ce constat concerne les hommes (+ 13 %) mais aussi les femmes du territoire (+ 17 %). Si une surincidence masculine est retrouvée à l'échelle départementale (+ 10 %), la fréquence de ces admissions chez les femmes est proche de la moyenne nationale.

Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites des ALD [ENCADRÉ 3, page 36].



Fig.68 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires selon le sexe, parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge 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.

Un taux de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires globalement inférieur de 7 % à la moyenne nationale

► Entre 2010 et 2014, le taux de patients hospitalisés pour pathologies cardiovasculaires parmi les habitants de la Carene est resté stable et constamment inférieur à la moyenne nationale. À structure par âge comparable, l'écart avec cette moyenne s'établit à - 7 % sur la période récente 2013-2015. Un constat analogue est observé à l'échelle départementale (- 11 %) [Fig.69a].

Cette situation locale est liée notamment à une moindre fréquence des hospitalisations pour cardiopathies ischémiques (- 26 %) et pour troubles de la conduction et du rythme (- 17 %).

Par contre, le taux de personnes hospitalisées pour maladies vasculaires cérébrales parmi les habitants de la Carene est supérieur à la moyenne nationale (+ 11 %).

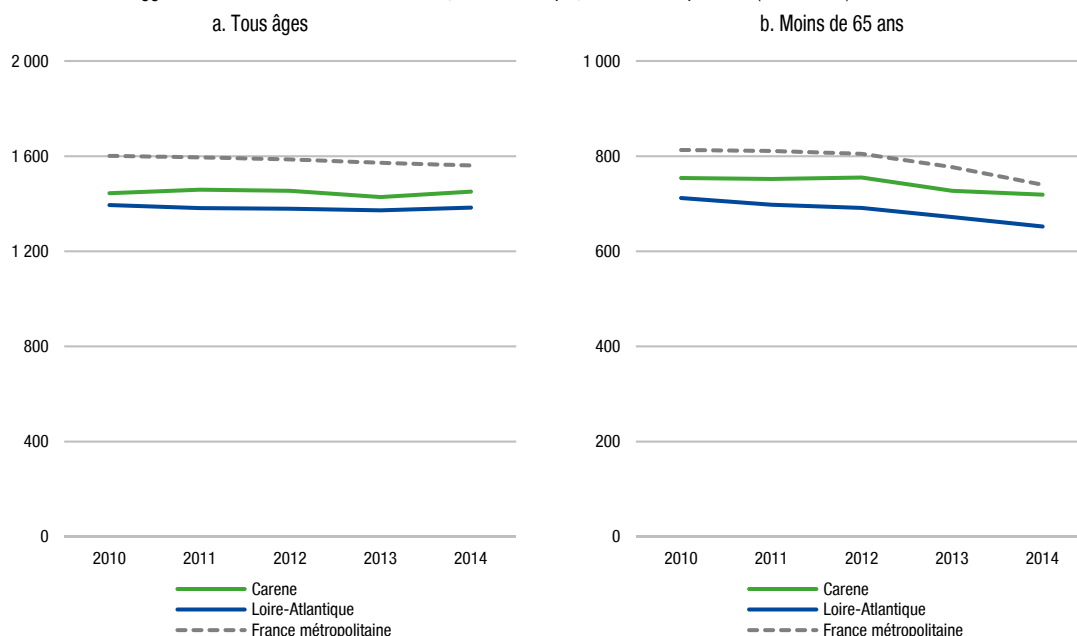
► Chez les moins de 65 ans, le taux de patients hospitalisés pour pathologies cardiovasculaires tend à diminuer et est resté inférieur à la moyenne nationale depuis 2010, avec toutefois un écart qui semble se réduire sur les dernières années 2013-2015, en lien avec une hausse des recours pour troubles de la conduction ou du rythme cardiaque [Fig.69b].

Ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI MCO dont l'objectif est médico-économique [ENCADRÉ 4, page 41].



Fig.69 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour maladies cardiovasculaires parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une mortalité en recul, mais supérieure à la moyenne nationale chez les hommes (+ 17 %) et chez les moins de 65 ans (+ 13 %)

► Comme en France, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de 23 % au sein de la population de la Carene entre 2000-2004 et 2011-2015. Cette baisse est toutefois moins importante que celles observées au plan national (- 34 %) et départemental (- 32 %).

Elle s'observe chez les femmes (- 27 %) ainsi que chez les hommes du territoire mais de façon moins marquée (- 16 %) car la mortalité cardiovasculaire masculine est restée relativement stable sur les années 2005-2009 [Fig.70a].

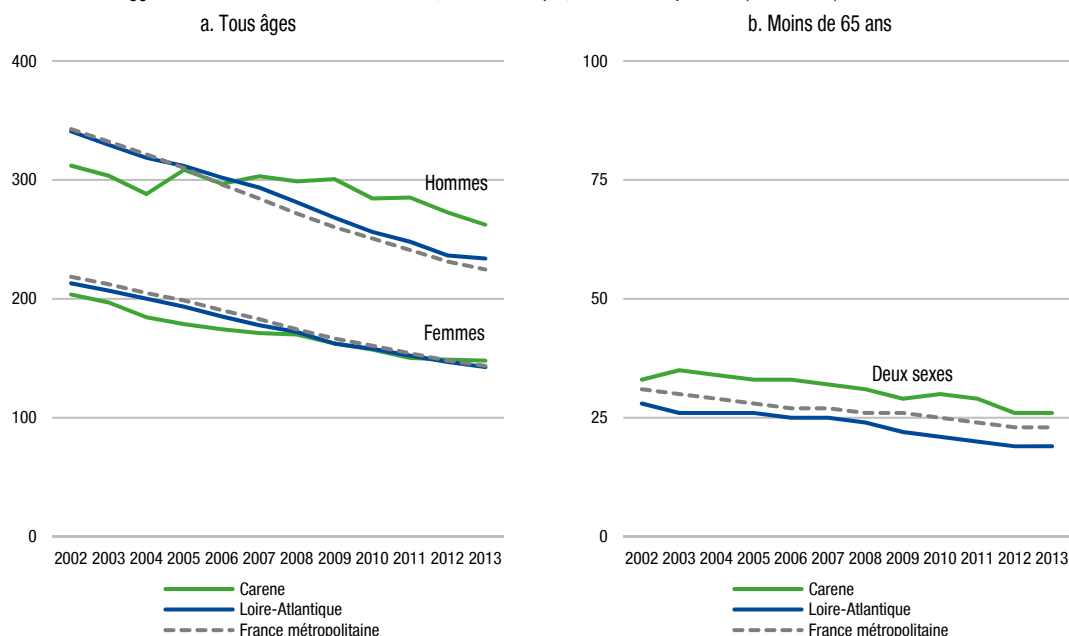
► La position de la Carene par rapport à la moyenne nationale est, sur les années récentes, moins favorable que celle observée au début des années 2000. En effet, la mortalité cardiovasculaire était inférieure à la moyenne nationale au début des années 2000 chez les hommes comme chez les femmes de la Carene alors que sur la période récente 2012-2014, cette mortalité est proche de la moyenne nationale pour les femmes et elle lui est supérieure de 17 % pour les hommes (à structure par âge comparable).

Avant 65 ans, la mortalité cardiovasculaire parmi les habitants de la Carene reste depuis le début des 2000 supérieure à la moyenne nationale. L'écart s'établit à + 13 % pour la période 2011-2015 [Fig.70b].



Fig.70 Évolution du taux standardisé mortalité par maladies cardiovasculaires selon le sexe parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une situation défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

- Les indicateurs de la Carene relatifs aux maladies cardiovasculaires ont été comparés à ceux des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. De façon globale, la Carene fait partie des EPCI les moins bien classés de la région³¹ :
 - 28^{ème} rang sur 72 pour les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires dans la population « tous âges » en 2012-2014 [Annexe23],
 - 20^{ème} rang pour la mortalité cardiovasculaire dans la population « tous âges » en 2011-2015 [Annexe25],
 - 14^{ème} rang pour les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les moins de 65 ans en 2012-2014 [Annexe24],
 - 12^{ème} rang pour la mortalité cardiovasculaire parmi les moins de 65 ans en 2011-2015 [Annexe26].

Des disparités selon les quatre groupes de communes étudiés

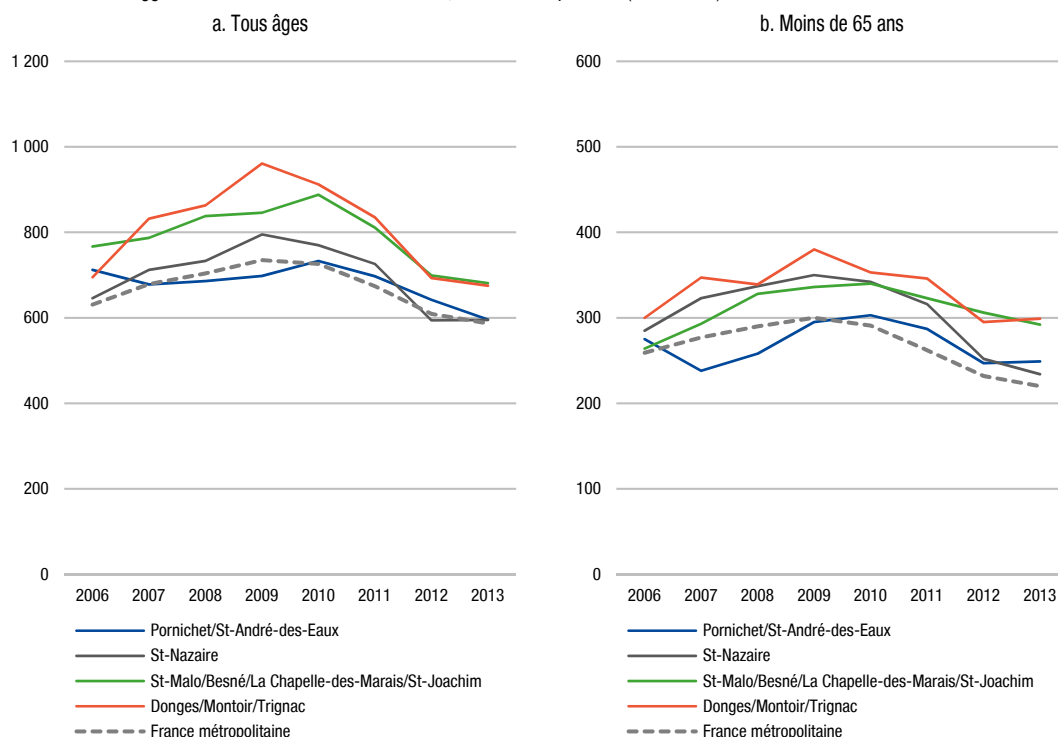
- L'analyse de la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires et de la mortalité liée à ces affections, parmi les habitants des quatre groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude, met en évidence une situation moins favorable pour les deux territoires Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac et Saint-Malo/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim [Fig.71] [Fig.73]. Ils présentent en effet une fréquence des admissions en ALD, en 2012-2014, supérieure à la moyenne nationale de 15 à 16 % pour la population globale (« tous âges ») et de plus de 30 % pour les moins de 65 ans. La surmortalité par maladies cardiovasculaires atteint + 38 % pour Saint-Malo/Besn /La Chapelle-des-Marais/Saint-Joachim et + 19 % pour Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac en 2011-2015.
- Pour les deux autres territoires étudiés, la fréquence des admissions et la mortalité par maladies cardiovasculaires apparaissent sur les années récentes plutôt proches de la moyenne nationale.
- Concernant les hospitalisations pour pathologies cardiovasculaires, le taux de patients hospitalisés est resté pour le territoire de Saint-Nazaire constamment inférieur à la moyenne nationale entre 2010 et 2014 (- 8 à - 12 %). Pour les trois autres territoires, le taux de patients hospitalisés n'est pas significativement différent de la moyenne nationale sur les années récentes [Fig.72].

³¹ Classement par ordre décroissant pour chaque indicateur étudié.



Fig.71 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires selon les regroupements de communes, parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



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

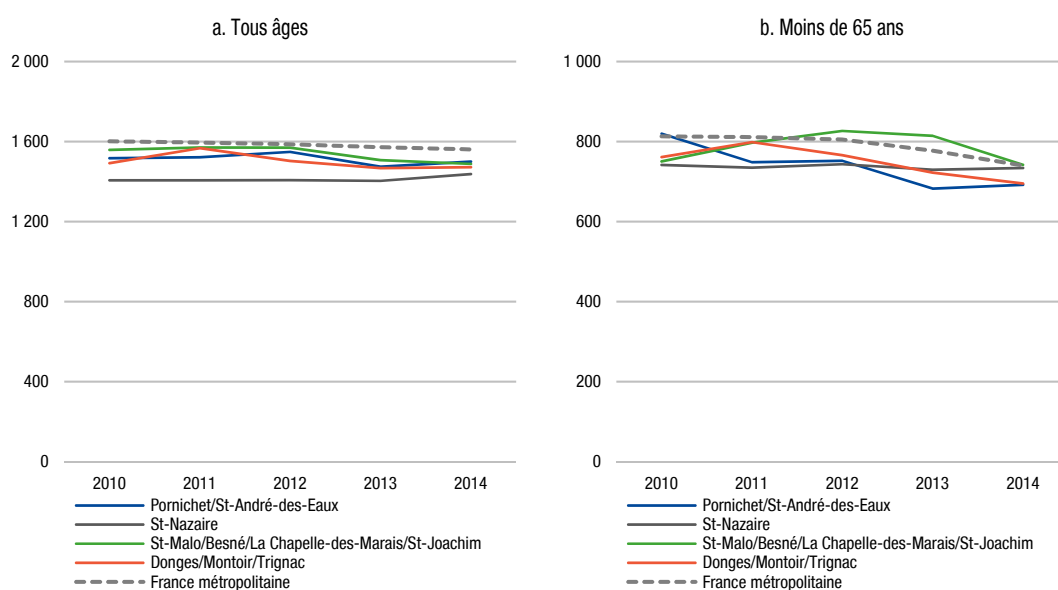
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

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

Fig.72 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour maladies cardiovasculaires selon les regroupements de communes, parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

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

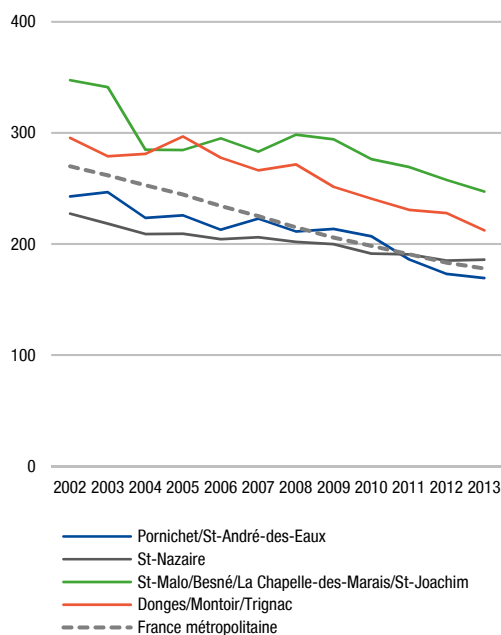
Champ : hors séjours, et nouveau-nés bien portants.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.



Fig.73 Évolution du taux standardisé mortalité par maladies cardiovasculaires selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

4.3 DIABÈTE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une d fici nce 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 hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent donc de prévenir la survenue du diabète de type 2, et font également partie de son traitement.

Plus de 4 % des habitants de la Carene pris en charge pour un diabète

- En 2016, 5 500 habitants de la Carene sont pris en charge pour un diabète [ENCADRÉ 7]. Cet effectif correspond à une prévalence brute de 4,5 %³².
- La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, à partir de 45 ans (3 %). Elle atteint un maximum dans la classe d'âge des 75-84 ans (15 %) [Fig.74].

Les hommes plus souvent concernés que les femmes

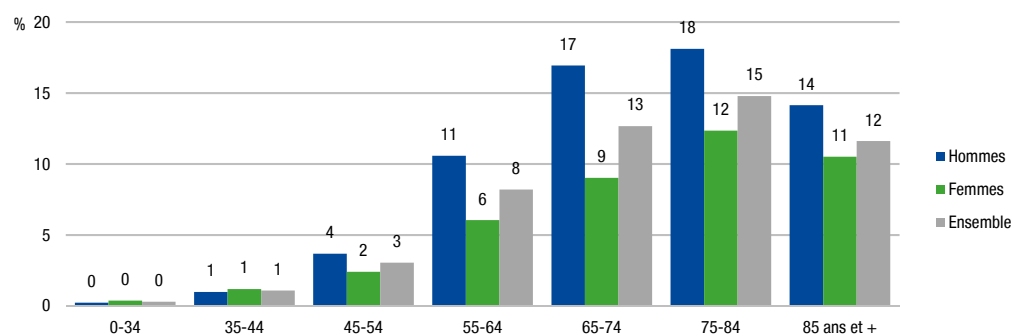
-   structure par âge comparable, la prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (4,9 % vs 3,6 %). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âges à partir de 45 ans.

³² Taux standardisé selon l'âge : 4,2 %



Fig.74 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire



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

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

► Le taux de personnes prises en charge pour un diabète parmi les habitants de la Carene âgés de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C (2,8 %) que chez les non-bénéficiaires (2,1 %).

Un constat analogue est observé à l'échelle du département (2,9 % vs 1,8 %), ainsi qu'au plan national.

Une situation locale plus favorable qu'au plan national

► La prévalence du diabète parmi la population de la Carene (4,2 %) est légèrement supérieure à la moyenne départementale, à structure par âge comparable (4,0 %). Elle est cependant nettement inférieure à la moyenne nationale (5,2 %) [Fig.75].

Ces constats concernent les hommes comme les femmes [Fig.75] et est retrouvé pour la plupart des classes d'âge à partir de 45 ans [Fig.76].

Une situation épidémiologique du diabète plus favorable parmi les habitants de la région de Saint-Nazaire qu'au plan national avait déjà été observée dans le cadre d'une étude réalisée en 2013, à partir de données de mortalité, d'admissions en ALD et d'hospitalisation en court séjour. Ses résultats mettaient notamment en évidence une moindre fréquence des hospitalisations de personnes diabétiques ayant une complication au membre inférieur (plaie du pied et/ou amputation) [12].

Fig.75 Proportion¹ de personnes prises en charge pour un diabète selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine

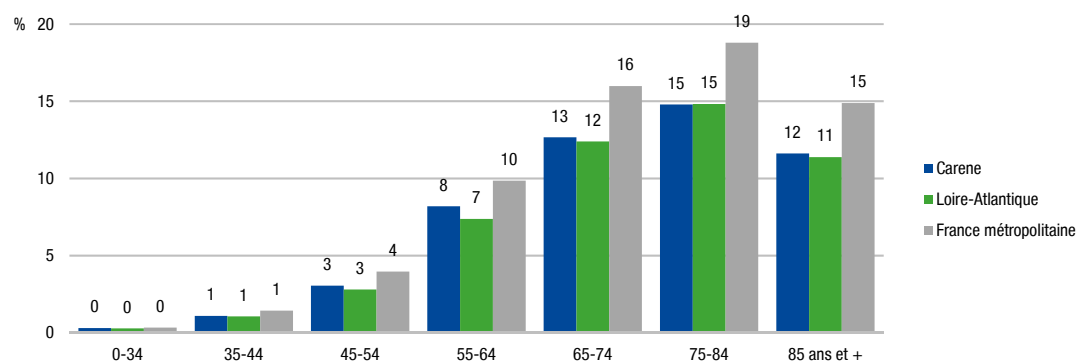
	Hommes	Femmes	Ensemble
CARENE	4,9 %	3,6 %	4,2 %
Loire-Atlantique	4,7 %	3,4 %	4,0 %
France métropolitaine	5,8 %	4,6 %	5,2 %

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

¹ Taux standardisé selon l'âge.

Fig.76 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine



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



Une situation plutôt favorable par rapport à celle des autres EPCI de la région

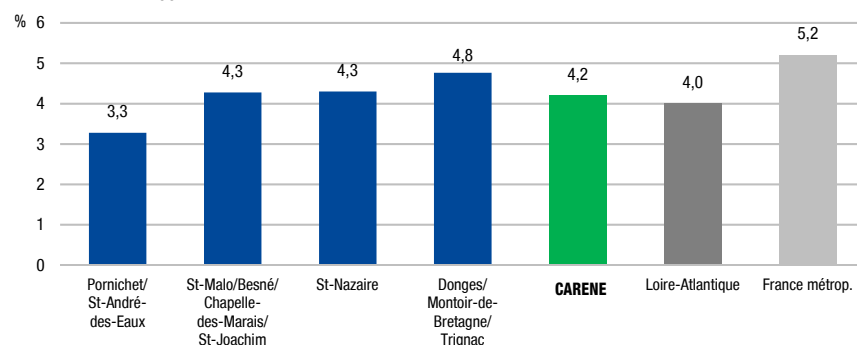
► La situation des habitants de la Carene en matière de personnes prises en charge pour un diabète apparaît plutôt favorable par rapport à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Sur les 72 EPCI que compte la région, la Carene se situe au 24^{ème} rang des EPCI les mieux classés pour cet indicateur en 2015-2016 (ordre croissant) [Annexe27].

Une prévalence du diabète qui varie fortement selon les groupes de communes étudiés

► L'analyse du taux de personnes prises en charge pour un diabète selon les 4 groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence que Pornichet/Saint-André-des-Eaux présente le taux le plus faible (3,3 %) et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac le taux le plus élevé (4,8 %, à structure par âge comparable) [Fig.77].

Fig.77 Proportion¹ de personnes prises en charge pour un diabète selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine



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

¹ Taux standardisé selon l'âge.

Une évolution singulière des admissions en ALD pour diabète au cours des années récentes, en particulier chez les hommes

► L'évolution de la fréquence des admissions en ALD pour diabète parmi les habitants des Carene entre 2005-2007 et 2012-2014 est complexe à interpréter. Cette fréquence a connu, comme en France et au plan départemental, une augmentation continue entre 2006 et 2011. Par contre, depuis 2011, elle est en recul pour la Carene alors qu'elle est stable au plan national et départemental [Fig.78].

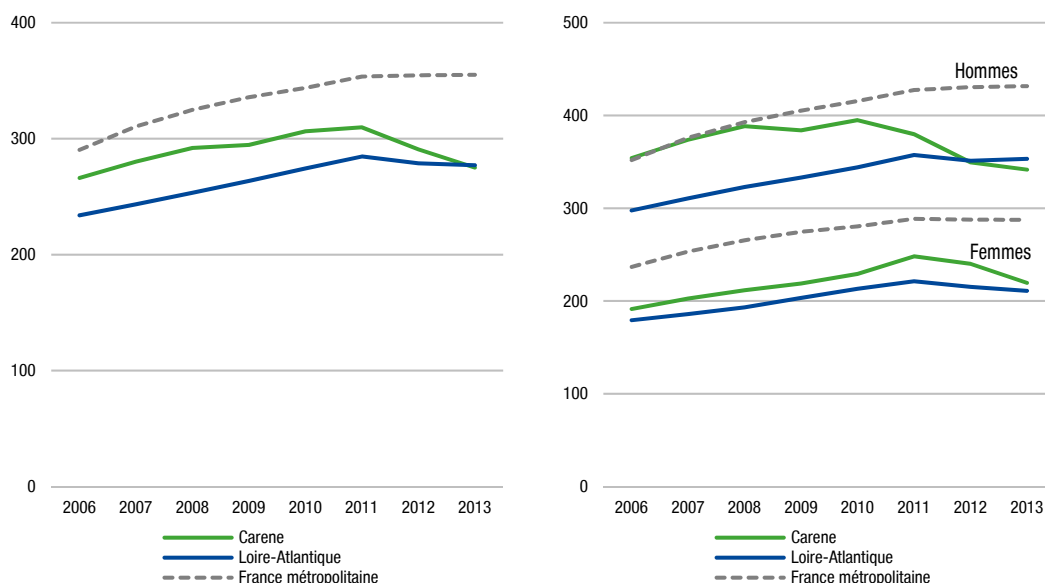
L'analyse de cette évolution selon le sexe met en évidence qu'une baisse des admissions en ALD pour diabète est amorcée chez les hommes de la Carene depuis 2011.

► Ce recul des admissions en ALD pour diabète est observé dans les quatre territoires de la Carene définis dans le cadre de cette étude [Fig.79].



Fig.78 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète selon le sexe

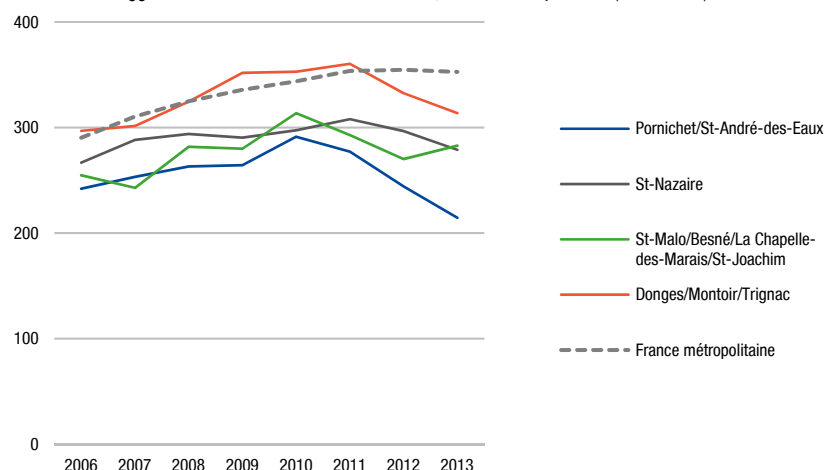
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

Fig.79 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



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

ENCADRÉ 7. 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 [13].

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.



4.4 MALADIES RESPIRATOIRES

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.

Ce chapitre traite des maladies respiratoires qui relèvent uniquement du chapitre « Maladies de l'appareil respiratoire » de la Classification internationale des maladies (Cim). Ne sont donc pas inclus le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire et la mucoviscidose.

1 200 habitants sont en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave

► Environ 1 200 habitants de la Carene, relevant de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie³³, sont en affection de longue durée (ALD) pour une insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG) fin 2016, soit près de 1 % de la population du territoire.

Chaque année, cette pathologie constitue le motif d'admissions en ALD de 110 habitants (dont 53 % d'hommes). La moitié de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) constitue la première cause de ces insuffisances respiratoires graves provoquant une admission en ALD (40 %), devant l'asthme (29 %).

► Les maladies respiratoires constituent chaque année le motif principal d'hospitalisation en court séjour pour 1 160 habitants du territoire, dont 55 % d'hommes. Plus de 30 % de ces patients sont âgés de moins de 18 ans, et 40 % de 65 ans ou plus. Ces hospitalisations sont fréquemment liées à des affections respiratoires aiguës (23 % des habitants hospitalisés pour maladie respiratoire l'ont été au moins une fois pour pneumopathie, et 10 % pour bronchite ou bronchiolite aiguë notamment). Elles sont aussi causées par des exacerbations ou décompensations d'affections chroniques (13 % des habitants hospitalisés pour maladie respiratoire l'ont été au moins une fois pour maladie chronique des amygdales, 12 % pour BPCO, et 10 % pour asthme).

► Avec en moyenne 85 habitants (dont autant d'hommes que de femmes) décédés d'une maladie respiratoire chaque année, les affections respiratoires sont responsables d'une mortalité nettement moins importante que celles liées aux cancers et aux maladies cardiovasculaires. Les personnes âgées représentent la très grande majorité des personnes décédées pour ce type de motif : 92 % ont plus de 65 ans, et 85 % plus de 75 ans. En lien avec l'âge élevé de ces personnes, les deux principales causes de décès par maladie respiratoire sont la BPCO (33 %) et les pneumopathies infectieuses (29 %).

Une fréquence des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en forte augmentation chez les hommes et plus encore chez les femmes

► Entre 2005-2007 et 2012-2014, la fréquence des admissions en ALD pour IRCG a fortement augmenté parmi les habitants de la Carene (+ 41 %), comme à l'échelle du département (+ 39 %) [Fig.80]. Cette hausse est plus importante chez les femmes (+ 54 % sur la Carene ; + 54 % en Loire-Atlantique) que chez les hommes (+ 26 %, + 27 % en Loire-Atlantique).

Elle s'observe chez les 65 ans et plus (+ 36 %, + 25 % en Loire-Atlantique) et de façon un peu plus marquée chez les moins de 65 ans (+ 46 %, + 59 % en Loire-Atlantique).

► Les hausses observées à l'échelle de la Carene et du département sont de plus grande ampleur que celles constatées au plan national (+ 19 % tous âges, + 17 % chez les 65 ans et plus, + 22 % chez les moins de 65 ans).

³³ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.

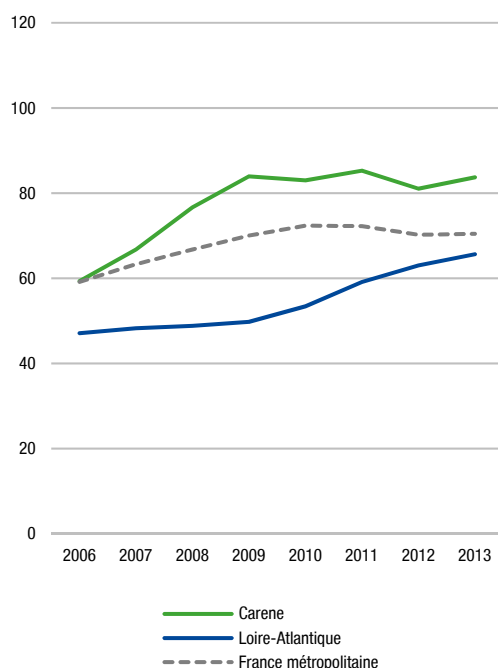


Une incidence des ALD qui devient supérieure de 17 % à la moyenne nationale

- En lien avec cette hausse plus marquée, l'écart avec la moyenne nationale s'est accru au cours des dernières années. Ainsi, la fréquence des admissions en ALD pour IRCG parmi les habitants de la Carene, qui était proche de la moyenne nationale en 2005-2007, la dépasse de 17 % sur les années récentes 2012-2014, à structure par âge comparable.
- Cette situation locale concerne les hommes comme les femmes et est confortée si l'on considère le taux global de personnes en ALD pour IRCG fin 2016. Celui-ci est supérieur de 35 % à la moyenne nationale, à structure par âge comparable (environ + 30 % chez les hommes et + 40 % chez les femmes).
- Cette situation locale contraste avec celle observée au plan départemental, où le taux annuel d'admissions en ALD pour IRCG et le taux global de personnes en ALD pour cette affection sont inférieurs à la moyenne nationale (respectivement - 7 % et - 5 %, à structure par âge comparable).

Fig.80 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG)

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

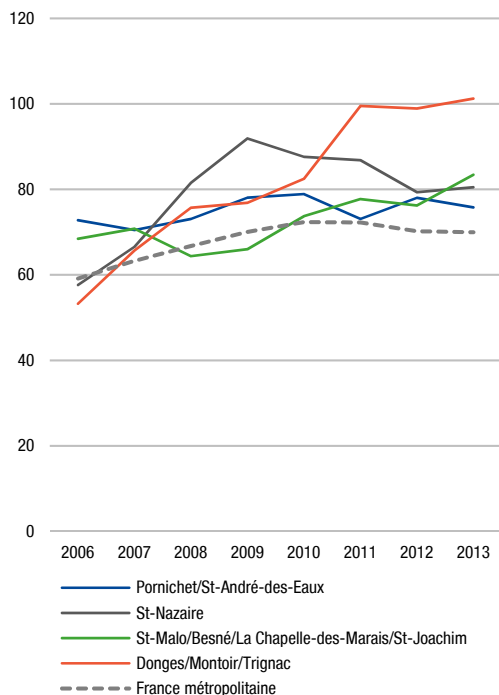
Une tendance à la hausse qui s'observe dans les quatre groupes de communes, et particulièrement dans le territoire Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac

- L'analyse de la situation épidémiologique selon les quatre groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude, met en évidence que :
 - le taux d'admissions en ALD pour IRCG connaît des fluctuations selon les groupes mais suit globalement une tendance à la hausse entre 2005-2007 et 2012-2014 pour ces 4 groupes. Le territoire Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac a connu une très forte hausse et l'écart avec la moyenne nationale devient pour ce territoire particulièrement marqué (+ 43 % en 2012-2014) [Fig.81].
 - le taux global de personnes en ALD pour IRCG fin 2016 est significativement supérieur à la moyenne nationale dans trois territoires : Saint-Nazaire (+ 42 %), St-Malo/Besn /La Chapelle-des-Marais/St-Joachim (+ 32 %) et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac (+ 36 %). Pour le territoire Pornichet/Saint-André-des-Eaux, l'écart avec la moyenne nationale est également positif (+ 12 %) mais non statistiquement significatif.
- Néanmoins, ces différents résultats doivent être considérés avec prudence en tenant compte des limites des données d'ALD [ENCADRÉ 3, page 36].



Fig.81 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG) selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2006-2013)



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

Un taux de patients hospitalisés pour maladies respiratoires globalement inférieur à la moyenne nationale, mais supérieur pour l'asthme chez les enfants

► Entre 2010 et 2014, le taux global de patients hospitalisés pour maladies respiratoires parmi les habitants de la Carene connaît des fluctuations, qui peuvent être rappro  es de l'ampleur plus ou moins importante des épidémies virales saisonnières.

Ce taux de patients hospitalisés est en recul parmi les moins de 65 ans et plus particulièrement chez les enfants. Il semble par contre suivre une légère tendance à la hausse sur les années récentes parmi les 65 ans et plus, en lien notamment avec une hausse des recours pour BPCO [Fig.82].

► Malgré des évolutions différentes selon les groupes d'âge, le taux global de patients hospitalisés est resté constamment inférieur à la moyenne nationale sur la période étudiée. Pour les années récentes 2013-2015, l'écart avec cette moyenne s'établit à - 10 %, à structure par âge comparable. Ce constat concerne les moins de 65 ans, comme les plus de 65 ans. Il est également observé à l'échelle départementale, avec toutefois un écart avec la moyenne nationale plus marqué (- 17 %).

► Ce moindre recours hospitalier pour maladies respiratoires masque toutefois une plus grande fréquence des hospitalisations en court séjour pour asthme parmi les enfants de 1-17 ans de la Carene (+ 39 % par rapport à la moyenne nationale).

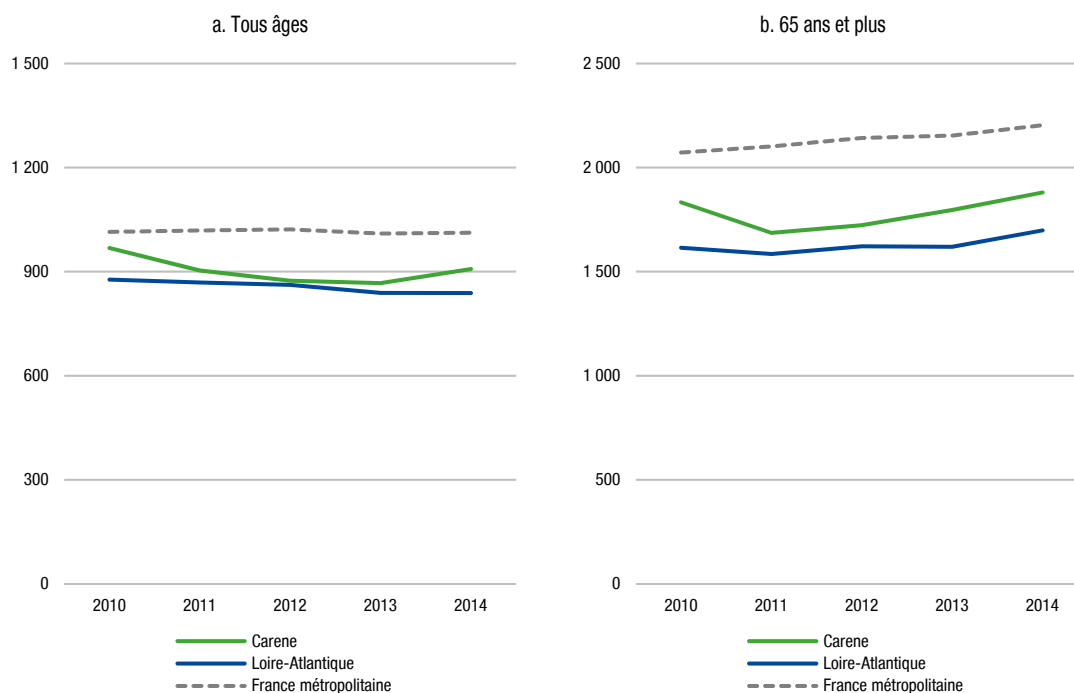
► L'analyse des taux globaux de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires selon les groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence un moindre recours hospitalier pour les quatre groupes, avec un écart à la moyenne nationale marqué pour Pornichet/Saint-André-des-Eaux (- 24 % pour la population « tous âges »).   noter toutefois que la situation tend à se rapprocher de la moyenne nationale pour Donges/Montoir-de-Bretagne-Trignac, à la fois dans la population globale (tous âges) et chez les 65 ans et plus [Fig.83].

Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI MCO dont l'objectif est médico-économique [ENCADRÉ 4, page 41].



Fig.82 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour maladies respiratoires parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de 65 ans et plus

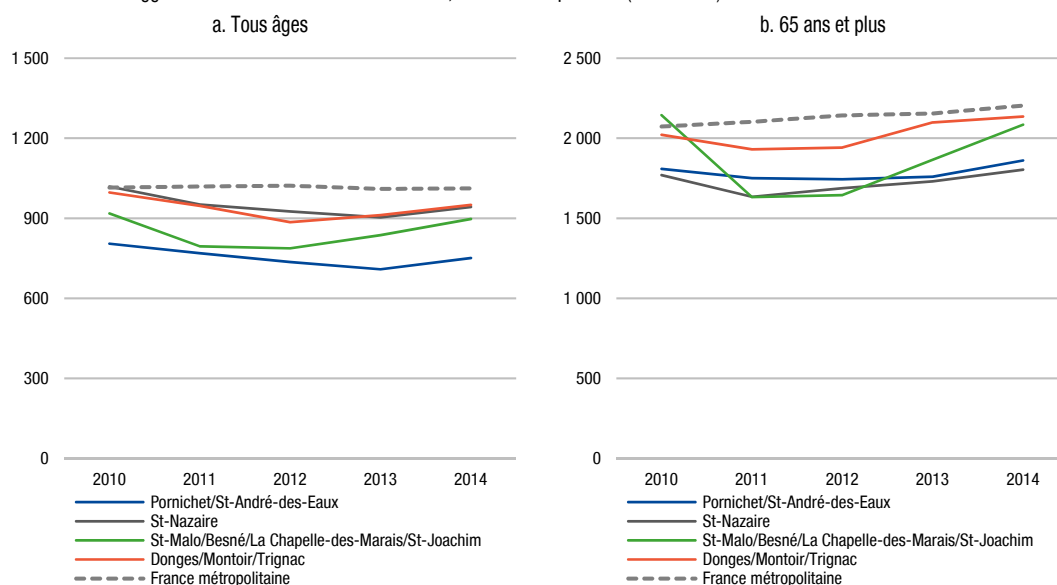
Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séjours, et nouveau-nés bien portants.
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Fig.83 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour maladies respiratoires selon les regroupements de communes, parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de 65 ans et plus

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séjours, et nouveau-nés bien portants.
Note : les échelles des graphiques sont différentes.



Une mortalité en hausse sur les années récentes et qui devient supérieure de 18 % à la moyenne nationale

► La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire parmi les habitants de la Carene, qui suivait une tendance à la baisse au début des années 2000, est en augmentation depuis 2006 (+ 20 %), alors qu'au plan départemental et national, cette mortalité tend plutôt à se stabiliser sur les années récentes **[Fig.84]**.

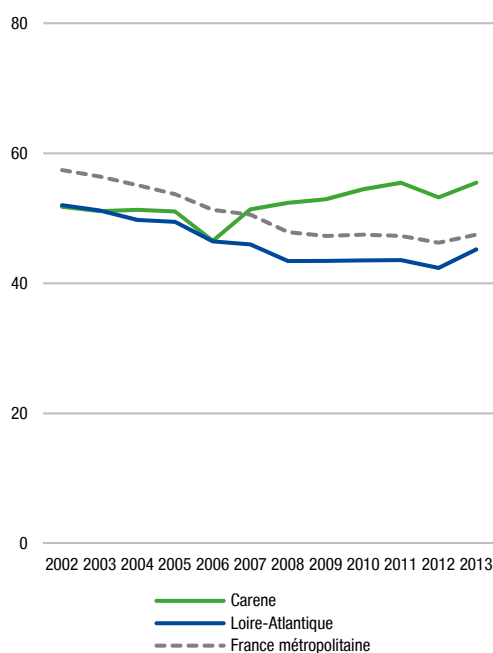
► En lien avec cette hausse, la mortalité parmi les habitants de la Carene, qui était inférieure à la moyenne nationale au début des années 2000, devient supérieure à cette moyenne sur les dernières années. Cette surmortalité s'élève à + 18 % pour la période 2011-2015, à structure par âge comparable.

Cette surmortalité concerne les hommes comme les femmes.

Cette situation locale contraste avec celle du département, où une légère sous-mortalité est observée (- 4 % par rapport à la moyenne nationale).

Fig.84 Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies respiratoires

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Une situation particulièrement défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► Les indicateurs de la Carene relatifs aux maladies respiratoires ont été comparés à ceux des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Pour les trois indicateurs étudiés, la Carene fait partie des EPCI de la région présentant les situations les moins favorables.

Ainsi, si l'on considère le taux d'incidence et le taux de prévalence des ALD pour IRCG, la Carene se situe respectivement au 3^{ème} et 2^{ème} rang des EPCI de la région les moins bien classés pour ces indicateurs, juste après la Communauté de communes de Nozay **[Annexe28, Annexe29]**.

Concernant la mortalité par maladies respiratoires, la Carene se situe au 8^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur **[Annexe30]**.



4.5 SANTÉ MENTALE, PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES 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...

La maladie mentale constitue un facteur de risque de suicide, de même que l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. L'alcool favorise également le passage à l'acte suicidaire, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit. Par contre, la famille et plus globalement le support social, protège.

4.5.1 Recours aux médicaments psychotropes

12 % des habitants de la Carene ont eu recours à un traitement par médicaments psychotropes dans l'année

► 15 300 habitants de la Carene 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) [ENCADRÉ 8]. Cet effectif représente 12 % de la population du territoire.

► 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 [Fig.85].

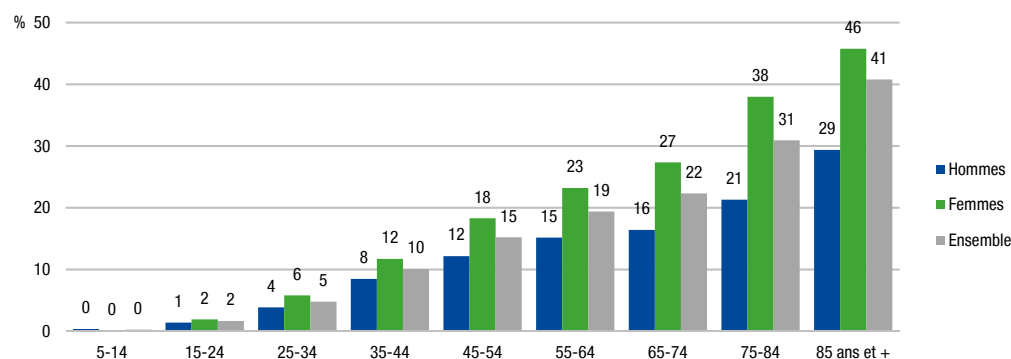
Les femmes nettement plus souvent concernées que les hommes

► À structure par âge comparable, le taux de recours à des psychotropes est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (15,0 % 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 [Fig.85].

Fig.85 Proportion de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes selon l'âge et le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire (2016)



Source : DCIR (SND) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes.



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

► Le taux de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes dans la population de la Carene âgée de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (11,7 %) que chez les non-bénéficiaires (7,8 %).

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

Un recours des habitants de la Carene aux psychotropes un peu plus élevé qu'au plan national

► Le taux de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par psychotropes parmi les habitants de la Carene (11,9 %) est supérieur à la moyenne nationale (10,6 % à structure par âge comparable). Il est aussi plus élevé que le taux départemental qui est très proche de cette moyenne (10,5 %) [Fig.86].

Ce recours plus important aux médicaments psychotropes des habitants de la Carene s'observe pour les hommes (8,6 % vs 7,6 % en France, à structure par âge comparable) comme pour les femmes (15,0 % vs 13,5 %). Il est en outre retrouvé dans toutes les classes d'âge à partir de 25 ans [Fig.87].

Fig.86 Proportion standardisée¹ de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes selon le sexe

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)

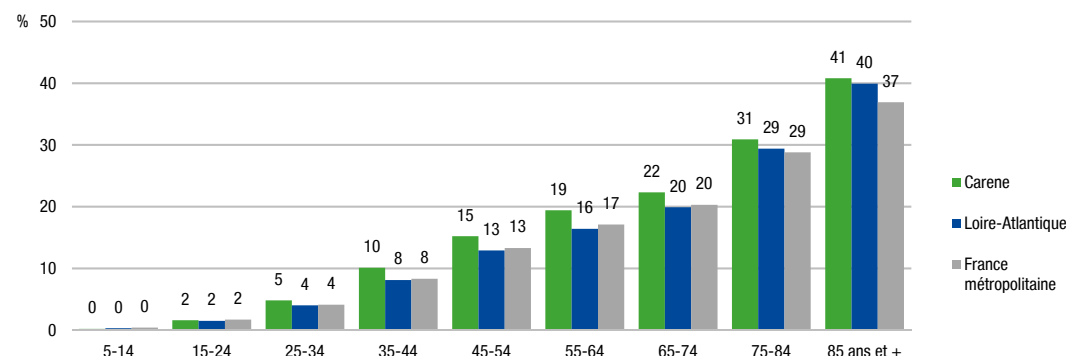
	Hommes	Femmes	Ensemble
CARENE	8,6 %	15,0 %	11,9 %
Loire-Atlantique	7,5 %	13,4 %	10,5 %
France métropolitaine	7,6 %	13,5 %	10,6 %

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

¹ selon l'âge.

Fig.87 Proportion de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes selon l'âge

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)



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

Une situation défavorable par rapport à celle des autres EPCI de la région

► La situation des habitants de la Carene en matière de traitement par psychotropes apparaît défavorable par rapport à celle des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. La Carene se situe parmi les EPCI présentant les taux les plus élevés de personnes qui ont eu recours à traitement par médicaments psychotropes en 2016 (au 6^{ème} rang sur 72, par ordre décroissant) [Annexe31].

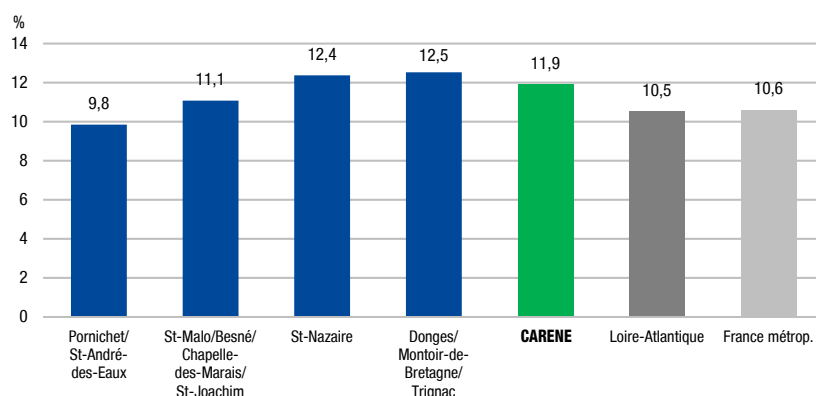
Un recours aux psychotropes qui varie selon les quatre groupes de communes étudiés

► L'analyse du taux de personnes ayant recours à un traitement par médicaments psychotropes selon les quatre regroupements de communes retenus pour cette étude met en évidence que Pornichet/Saint-André-des-Eaux présente le taux le plus faible (9,8 %) et les deux territoires Saint-Nazaire et Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac les taux les plus élevés (environ 12,5 %, à structure par âge comparable) [Fig.88].



Fig.88 Proportion¹ de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes selon les regroupements de communes

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2016)



Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : population tous régimes.

¹ Taux standardisé selon l'âge.

ENCADRÉ 8. 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 [13].

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'anxiété 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®) [14].

4.5.2 ALD pour affections psychiatriques (hors démences)

Près de 3 % des habitants de la Carene sont en ALD pour une affection psychiatrique

► Environ 3 500 habitants de la Carene, relevant de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie³⁴, sont en affection de longue durée pour une pathologie psychiatrique « de longue durée » (autre qu'une démence) fin 2016. Cet effectif total représente près de 3 % de la population de la Carene.

Ces maladies constituent le motif d'admissions en ALD de 260 habitants de la Carene en moyenne chaque année sur la période 2012-2014. Ces admissions concernent un peu plus les femmes (54 %) que les hommes.

► Ces personnes admises en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) sont relativement jeunes, 80 % d'entre elles ont moins de 65 ans : 14 % moins de 20 ans, 39 % entre 20 et 49 ans et 27 % entre 50 et 64 ans.

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

- les troubles de l'humeur (48 %), dont majoritairement les épisodes dépressifs (38 %),
- les troubles de la personnalité (15 %),
- la schizophrénie et troubles délirants (9 %),
- les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (6 %).

³⁴ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



Les admissions pour troubles schizophréniques et délirants, et pour troubles de la personnalité concernent des personnes relativement jeunes : environ 55 % 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 ont plus de 45 ans.

Des admissions en ALD pour maladies psychiatriques en augmentation, et une prévalence qui dépasse de 20 % la moyenne nationale

► La fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) a augmenté de 26 % dans la population de la Carene entre 2005-2007 et 2012-2014, à structure par âge comparable. Cette hausse est toutefois moins marquée que celles observées à l'échelle départementale (+ 40 %) et nationale (+ 34 %) [Fig.89].

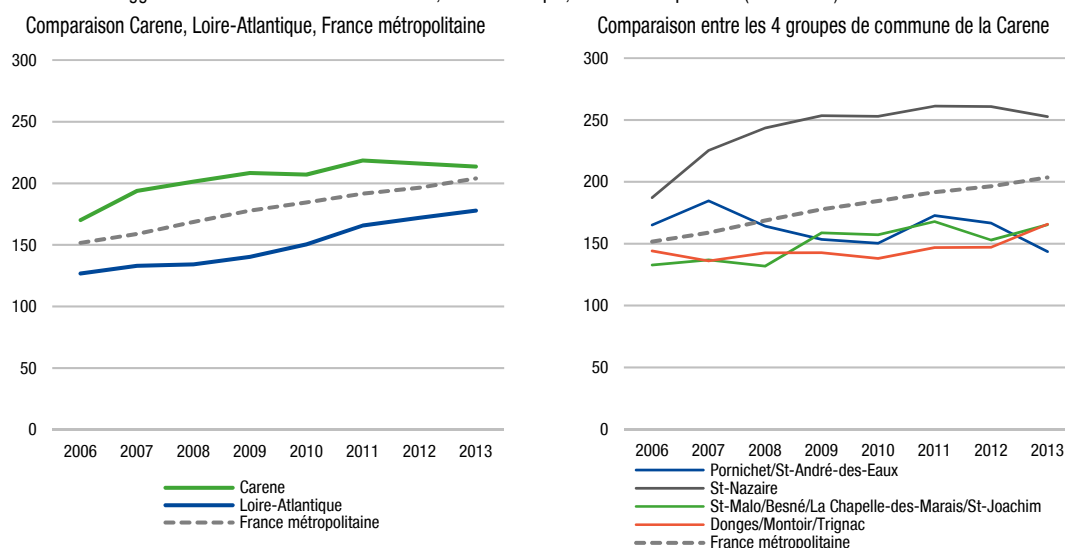
► Le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques parmi les habitants de la Carene est sur l'ensemble des années 2005-2014 supérieur à la moyenne nationale. Ce constat s'observe chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, ce taux d'admissions semble se rapprocher de la moyenne nationale sur les années les plus récentes, et notamment l'écart de + 5 % observé en 2012-2014 n'est pas statistiquement significatif.

► Si l'on considère le taux global de personnes en ALD pour affections psychiatriques (hors démences), celui est en cohérence supérieur de plus de 20 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes.

► Cette situation locale contraste avec celle observée au plan départemental, où les taux de personnes en ALD et d'admissions en ALD sont inférieurs à la moyenne nationale, pour les deux sexes.

Fig.89 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences)

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

Les habitants de Saint-Nazaire, plus souvent admis en ALD pour affections psychiatriques

► L'analyse de la fréquence des admissions en ALD pour maladies psychiatriques (hors démences) selon les quatre groupes de communes de la Carene constitués pour cette étude met en évidence que cette fréquence est nettement plus élevée parmi les habitants de Saint-Nazaire et qu'elle a connu dans ce territoire la plus forte hausse entre 2005-2007 et 2012-2014. Ainsi, à structure par âge comparable, le taux d'admissions est parmi les Nazairiens supérieur de 24 % à la moyenne nationale en 2012-2014, alors qu'il lui est inférieur d'environ 20 % pour les trois territoires étudiés [Fig.89].

Cette situation singulière de Saint-Nazaire doit toutefois être considérée avec précaution car elle pourrait être liée au moins pour partie à la domiciliation dans ce territoire de certaines populations plus souvent confrontées à des pathologies psychiatriques.

De façon plus globale, il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des résultats sur les admissions en ALD, en raison du caractère médico-administratif de ces données [ENCADRÉ 3, page 36].



4.5.3 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 [15].

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 [16].

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 [10] [17].

Environ 7 % des personnes de 75 ans et plus sont en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences

► Environ 870 habitants de la Carene, relevant de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie³⁵, sont en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences fin 2016. Rapporté à la population des 75 ans et plus, cet effectif correspond à un taux d'environ 7 %.

Ces pathologies sont à l'origine de l'admission en ALD de 144 habitants du territoire en moyenne chaque année. 70 % des personnes admises en ALD sont des femmes et près de 90 % sont âgées de 75 ans ou plus.

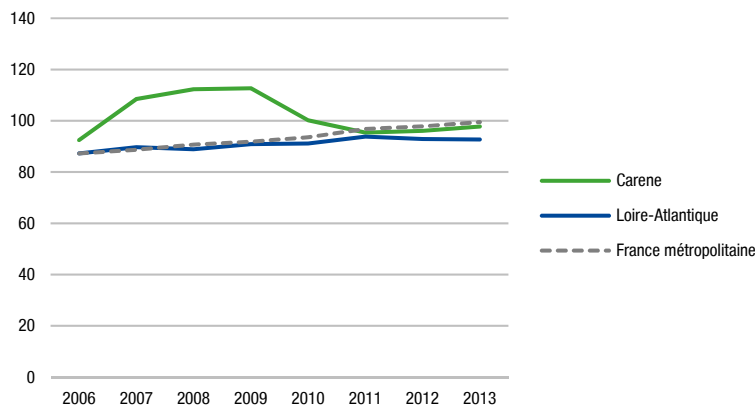
Une fréquence des admissions en ALD proche de la moyenne nationale sur les années récentes

► La fréquence des admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences suit une tendance à la hausse au plan départemental et national.

Cette fréquence parmi les habitants de la Carene connaît d'importantes fluctuations entre 2005-2007 et 2012-2014. Après avoir connu une hausse puis une baisse, elle semble se stabiliser sur les années récentes. Cette fréquence, qui était sur les années 2006-2010 supérieure à la moyenne nationale, lui est désormais proche [Fig.90].

Fig.90 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

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

³⁵ Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.



4.5.4 Suicides

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les suicides, qui constituent une cause de décès deux à trois fois plus fréquente 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 [18] [19] [20].

Près d'une trentaine décès par suicide chaque année

► Sur la période 2013-2015, 28 habitants de la Carene 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 (21 décès masculins, 6 décès féminins). À structure par âge comparable, le taux masculin de mortalité par suicide est quatre fois plus élevé que le taux féminin, sur la période 2013-2015.

► Les décès par suicide concernent, dans 78 % des cas, des personnes relativement jeunes, âgées de moins de 65 ans (70 % en France).

Une mortalité par suicide supérieure de plus 50 % à la moyenne nationale

► Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par suicide est en diminution au plan national. Parmi les habitants de la Carene, la mortalité par suicide connaît des fluctuations depuis le début des années 2000. Elle semble toutefois se stabiliser au cours des années récentes [Fig.91].

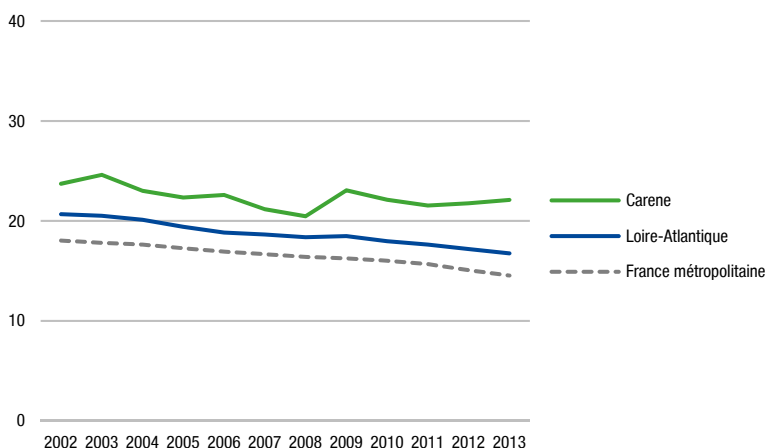
► Malgré ces fluctuations, la mortalité par suicide reste nettement supérieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000. L'écart avec cette moyenne atteint + 52 % sur les années récentes 2011-2015, à structure par âge comparable. Une surmortalité par suicide est également observée à l'échelle départementale et régionale mais de façon moins marquée (+ 15 % en Loire-Atlantique, + 32 % en Pays de la Loire).

► Cette surmortalité parmi les habitants de la Carene est liée à la situation des hommes qui sont les principales victimes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide est en effet supérieure de 59 % à la moyenne nationale, en 2011-2015.

► Chez les femmes de la Carene, la mortalité par suicide connaît d'importantes fluctuations en raison des faibles effectifs de décès (6 en moyenne par an). Alors que cette mortalité était plutôt proche de la moyenne nationale entre 2000-2005, celle-ci apparaît nettement supérieure à cette moyenne sur les années récentes (environ + 40 % sur les années 2006-2015). Le suivi de cet indicateur sur les prochaines années permettra de savoir si cette situation résulte de fluctuations aléatoires ou si une nouvelle tendance se dessine.

Fig.91 Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).



Une situation défavorable comme dans de nombreux EPCI de la région

► La mortalité par suicide parmi les habitants de la Carene a été comparée à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Une surmortalité par suicide est retrouvée dans de nombreux EPCI. Parmi les 72 EPCI que compte la région, la Carene occupe une position intermédiaire, elle se situe au 33^{ème} rang des EPCI les moins bien classés pour cet indicateur [Annexe32].

4.6 ACCIDENTS

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

On distingue habituellement en fonction de leur lieu et de leurs circonstances de survenue : les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation et les accidents du travail. Toutefois, ces différents accidents ne constituent pas des problématiques indépendantes, tant sur le plan de leur prévention – certains facteurs de risque étant communs – que sur le plan de leur prise en charge.

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 qu'au plan national, près de 5 % de la population a été victime d'un accident de la vie courante ayant occasionné un recours à un professionnel de santé au cours des 3 derniers mois [21].

Les hommes jeunes et les personnes âgées sont les plus concernés. Chez les premiers, cette situation est principalement liée au mode de vie (loisirs, pratique sportive intense...) et aux prises de risque plus fréquentes. 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.

Concernant les **accidents de la circulation**, le risque d'en décéder n'a cessé de reculer depuis plus de quarante ans, même si le trafic routier connaît une augmentation continue. Le nombre de tués est ainsi passé en France 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 [22]. 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 [23].

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 [22].

Les **accidents du travail** surviennent sur le lieu de travail ou dans le cadre de trajets. Ils font l'objet d'un dénombrement relativement précis pour les salariés, qui bénéficient d'une couverture spécifique par la sécurité sociale. Selon les données du régime général de l'assurance maladie, on dénombre au plan national chaque année environ 33 accidents du travail avec arrêt (hors trajet domicile-travail) pour 1 000 salariés. La manutention manuelle, les chutes de plein pied et de hauteur sont le plus souvent en cause [24].

Les conséquences des accidents vont des lésions bénignes ne nécessitant aucun recours aux soins, aux traumatismes plus lourds pouvant exiger un passage aux urgences, une hospitalisation, et susceptibles d'occasionner des séquelles voire un décès.

Sont détaillés dans ce chapitre, pour les habitants de la Carene, les recours aux services d'urgences ainsi qu'aux services hospitaliers de court séjour pour lésions traumatiques, ainsi que la mortalité liée aux accidents de la vie courante et aux accidents de la circulation. Ne figurent par contre pas d'éléments sur les accidents du travail car ces données ne sont pas directement mobilisables à cet échelon géographique.

Un taux d'enfants hospitalisés pour lésions traumatiques supérieur à la moyenne nationale

Les lésions traumatiques sont le plus souvent d'origine accidentelle mais elles peuvent aussi résulter d'actes violents (subis ou auto-infligés).

► Ces lésions motivent une part importante des recours aux urgences. Ainsi en 2017, 9 730 des 29 400 résumés de passages aux urgences concernant les habitants de la Carene comportaient un diagnostic principal de traumatologie, soit comme au plan régional un passage aux urgences sur trois. Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (42 %).

► Chaque année, ce sont en moyenne 1 540 habitants du territoire qui sont hospitalisés en service de court séjour pour lésions traumatiques (y compris séquelles), dont 830 hommes et 710 femmes. Les fractures du membre supérieur constituent le diagnostic principal le plus fréquent de ces recours (312 personnes concernées), devant



les luxations et entorses (219 personnes concernées), les fractures du col du fémur (201) et les traumatismes crâniens (168).

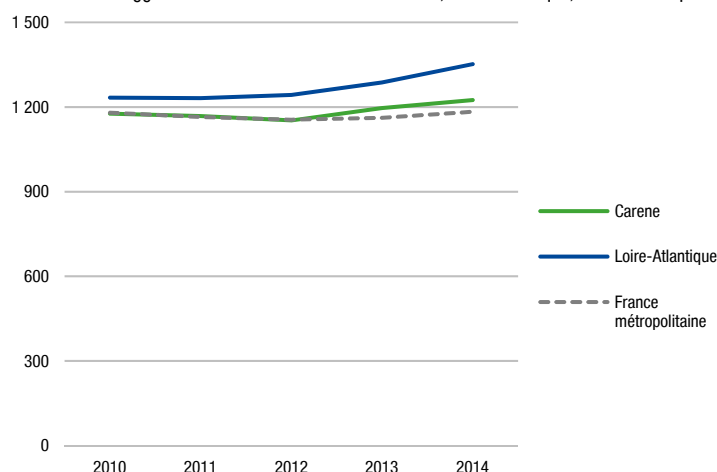
Le taux global de patients hospitalisés pour lésions traumatiques parmi les habitants de la Carene semble suivre une tendance à la hausse sur les années récentes 2013-2014, tout en restant relativement proche de la moyenne nationale. Au plan départemental, une hausse plus marquée est observée et ce taux reste nettement supérieur à cette moyenne (+ 14 % en 2013-2015, à structure par âge comparable) [Fig.92].

Ce constat global à l'échelle de la Carene masque toutefois une plus grande fréquence des hospitalisations en court séjour pour lésions traumatiques parmi les enfants de 1-17 ans du territoire (+ 27 % par rapport à la moyenne nationale).

Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI dont l'objectif est médico-économique [ENCADRÉ 4, page 41].

Fig.92 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en court séjour pour lésions traumatiques (y compris séquelles)

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2010-2014)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.
Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Les accidents de la vie courante à l'origine de 50 décès par an

- Sur la période 2013-2015, 50 habitants de la Carene sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la vie courante.
- La majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées. 71 % des décès concernent des personnes âgées de plus de 65 ans, dont 63 % chez des plus de 75 ans.
- Les chutes accidentelles expliquent près d'un tiers des décès par accident de la vie courante (29 %). Les suffocations sont à l'origine de 14 % des décès, les intoxications 8 % et les noyades 6 %.

Une mortalité par accident de la vie courante nettement 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 de mortalité par accident de la vie courante est ainsi 1,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes sur la période 2011-2015.
- Chez les hommes, ces décès surviennent en moyenne à des âges plus jeunes : 46 % des décès masculins par accident de la vie courante surviennent avant 65 ans contre 15 % des décès féminins.

Une mortalité en recul mais qui reste supérieure de 20 % à la moyenne nationale et de 70 % chez les moins de 65 ans

- 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. Dans le territoire de la Carene, la mortalité par accident de la vie courante connaît des fluctuations mais a globalement diminué depuis le début des années 2000 : - 17 % entre les périodes 2000-2004 et 2011-2015 (- 22 % en Loire-Atlantique, - 16 % en France) [Fig.93a].
- Malgré ce recul, la mortalité par accident de la vie courante parmi les habitants de la Carene reste supérieure à la moyenne nationale. L'écart s'élève à + 20 % sur les années récentes 2011-2015, à structure par âge comparable. En Loire-Atlantique, la mortalité par accident de la vie courante est restée constamment supérieure

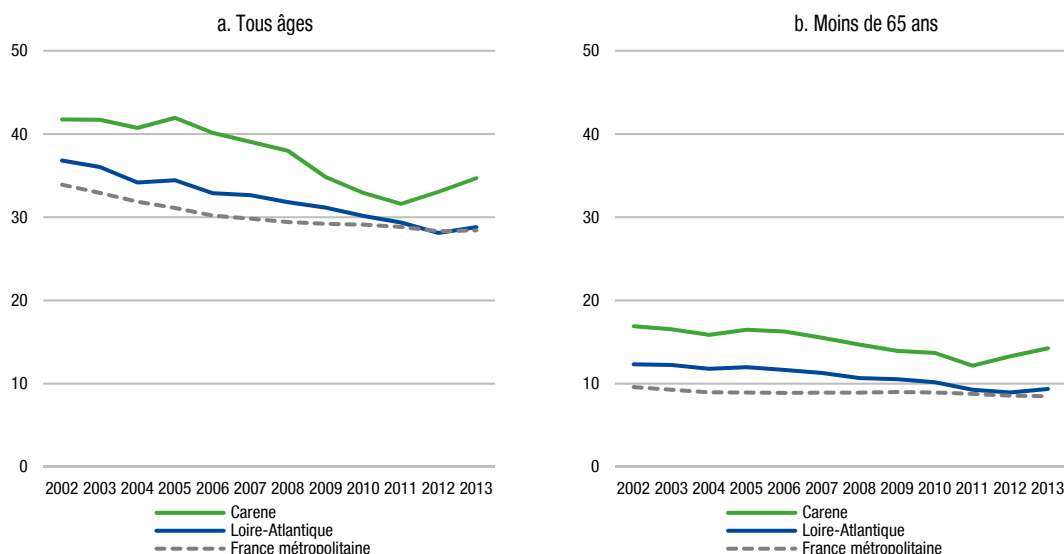


à la moyenne nationale jusqu'en 2009, avec des écarts atteignant environ + 10 %. Toutefois, les écarts observés avec la moyenne nationale se sont réduits, et sur les années récentes, cette mortalité est proche de la moyenne nationale.

Cette surmortalité par accident de la vie courante sur le territoire de la Carene est liée à une situation défavorable parmi les habitants âgés de moins de 65 ans. Dans cette classe d'âge, la mortalité est supérieure de 70 % à la moyenne nationale sur la période 2011-2015. Une surmortalité par accident de la vie courante est également observée chez les moins de 65 ans, à l'échelle de la Loire-Atlantique mais celle-ci est nettement moins marquée (+ 11 % en 2011-2015) [Fig.93b].

Fig.93 Évolution du taux standardisé de mortalité par accidents de la vie courante parmi la population globale (« tous âges ») et parmi les personnes âgées de moins de 65 ans

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Une situation très défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

► La mortalité par accident de la vie courante parmi les habitants de la Carene a été comparée à celle des autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Parmi les 72 EPCI que compte la région, la Carene se situe parmi les EPCI les moins bien classés pour cet indicateur (au 9^{ème} rang, par ordre décroissant) [Annexe33].

Une mortalité par accident de la circulation en recul

► Sur la période 2011-2015, 4 habitants de la Carene sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation.

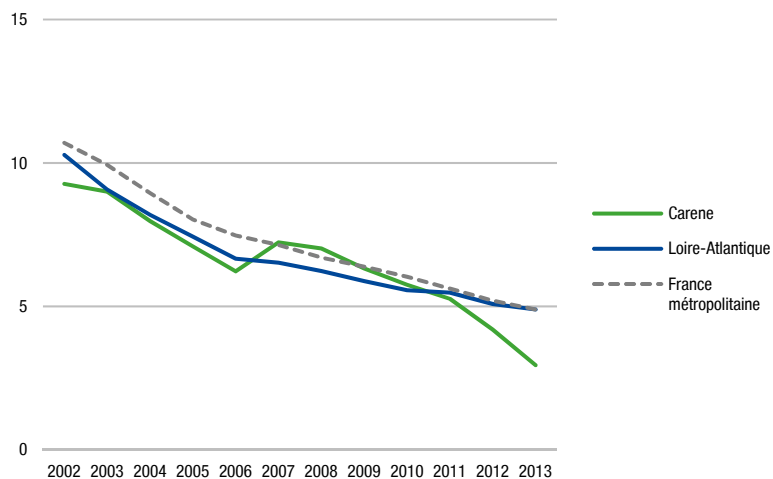
► Depuis plusieurs décennies, la mortalité par accident de la circulation a fortement diminué en France. Parmi les habitants de la Carene, cette mortalité connaît des fluctuations en raison des faibles effectifs de décès concernés mais elle a connu globalement une forte baisse. Elle a été en effet divisée par plus de deux depuis le début des années 2000 (10 décès par an en moyenne sur la période 2000-2004) [Fig.94].

► Sur la période étudiée 2000-2015, la mortalité par accident de la circulation parmi les habitants de la Carene est restée inférieure ou proche de la moyenne nationale. Sur les années les plus récentes, elle est inférieure à cette moyenne. Ces constats sont notamment à rapprocher de la moindre fréquence des accidents graves dans les zones urbaines et péri-urbaines par rapport aux zones rurales.

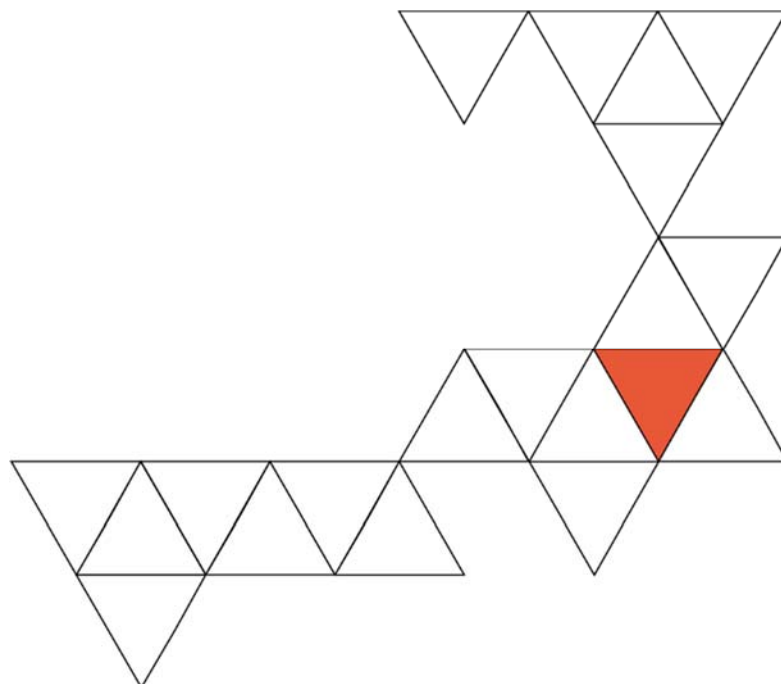


Fig.94 Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).



Partie 5.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



5.1 APPROCHE GLOBALE

L'analyse des données de morbidité et de mortalité présentée aux chapitres 2, 3 et 4 de ce rapport met en évidence que les principaux problèmes de santé (en termes de fréquence et de gravité) parmi les habitants de la Carene sont, comme au plan national : les cancers, notamment du poumon, du sein, du côlon-rectum, des voies aérodigestives supérieures et de la prostate, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies de l'appareil respiratoire et les troubles mentaux et du comportement. S'y ajoutent les conséquences des accidents de la route et de la vie courante, et le suicide.

Par rapport à la moyenne nationale, la situation de santé des habitants de la Carene apparaît moins favorable pour :

- les cancers,
- les maladies respiratoires,
- les accidents de la vie courante,
- les troubles mentaux et du comportement,
- le suicide,
- et à un moindre degré pour les maladies cardiovasculaires.

Par contre, pour le diabète et les décès par accident de la circulation, la situation locale apparaît plus favorable que la moyenne nationale.

Concernant la maladie d'Alzheimer et les autres démences, aucune différence significative avec cette moyenne n'est mise en évidence.

De multiples déterminants de santé, qui se combinent et interagissent tout au long de la vie

► De multiples facteurs, de natures très diverses (génétique, habitudes de vie, environnement, expositions professionnelles ...) sont susceptibles d'être à l'origine de l'état de santé globalement moins favorable de la population de la Carene mis en évidence par cette étude, et en particulier de la plus grande fréquence locale de certains problèmes de santé.

L'impact respectif de ces différents déterminants de santé, souvent socialement construits, est toutefois difficile à apprécier, notamment parce qu'ils se cumulent et interagissent tout au long de la vie [ENCADRÉ 9].

ENCADRÉ 9. Les déterminants de la santé

Les déterminants de santé ont été définis en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».

Ces déterminants sont donc multiples et de différentes natures :

► facteurs individuels

- sexe, âge, patrimoine génétique, origine ethnique...
- compétences psychosociales
- habitudes de vie et comportements (alimentation, activité physique, alcool, tabac, prise de risque...),
- niveau d'éducation, emploi, revenus...

► milieux de vie

famille, école, travail, habitat, quartier, voisinage, services de proximité, environnement (air, eau...)

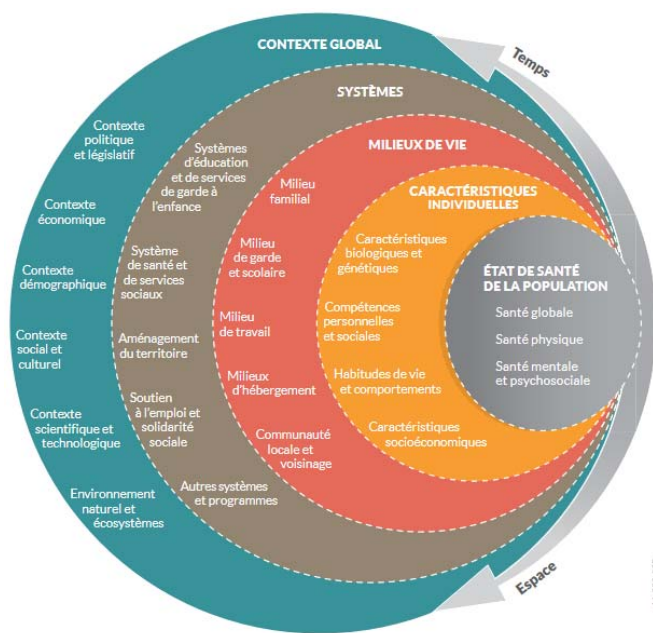
► systèmes développés par les pouvoirs publics
santé et services sociaux, aménagement du territoire (transport, espaces/services publics...), services d'aide à l'emploi

► contexte global

économique, social, environnemental, culturel...

De nombreuses typologies de ces différents déterminants de santé ont été développées au cours des dernières décennies : toutes s'accordent sur le fait que **l'état de santé des individus et des populations résulte de combinaisons de ces multiples déterminants et d'interactions entre eux, et ce, tout au long de la vie.**

Carte de la santé et de ses déterminants



11-202-0098

Santé
et Services sociaux
Québec

Jobin L, Pigeon M, Anctil H. (2012). La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 26 p.



Le poids des déterminants sociaux

► L'impact des déterminants sociaux sur la santé a été mis en évidence en France par les démographes dès les années 1950, à travers les écarts d'espérance de vie entre les différentes catégories socio-professionnelles, et ces différences ne se sont pas réduites au cours des dernières décennies. Ainsi, actuellement, les hommes cadres de 35 ans peuvent espérer vivre en moyenne 6 années de plus que les ouvriers. Cet écart est deux fois moins élevé parmi les femmes [2].

Des travaux menés au niveau national ont également montré que les ouvriers vivent plus d'années avec des incapacités : à 35 ans, leur espérance de vie sans limitations fonctionnelles est inférieure de 10 ans à celle des cadres chez les hommes (respectivement 24 ans et 34 ans) et inférieure de 8 ans chez les femmes (27 ans et 35 ans) [25].

Ces inégalités sociales de santé, qui font donc référence aux écarts de santé que l'on peut observer selon la position sociale, concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque, des états de santé, déficiences, handicap ou encore la santé perçue. Ainsi, la prévalence plus élevée des affections métaboliques (diabète), cardiovasculaires, cancéreuses, des problèmes de santé mentale dans les groupes sociaux les moins favorisés est bien établie en France [26]. En Pays de la Loire, cela se retrouve dans la manière dont les Ligériens perçoivent leur état de santé : 88 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur en ont une perception positive, contre 73 % parmi celles ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat [27].

Les inégalités sociales de santé renvoient essentiellement au gradient continu de santé qui existe en fonction de la "catégorie sociale". Cette dernière est appréhendée classiquement par la triade niveau d'éducation/niveau de revenus/statut professionnel. Ce dernier comprend deux dimensions distinctes : la situation vis-à-vis de l'emploi et la profession (la classification des groupes socioprofessionnels de l'Insee : ouvriers, employés, professions intermédiaires, cadres... étant le plus souvent employée en France) [26].

D'autres indicateurs, moins gradués, peuvent également rendre compte de l'appartenance à une catégorie sociale mais restreignent alors le champ d'étude des ISS à une population précise (précaire le plus souvent) : statut vis-à-vis du seuil de pauvreté, perception de minima sociaux ou couverture du risque maladie... [28].

► Cette question constitue un enjeu important sur le territoire de la Carene car l'étude des caractéristiques socio-démographiques de sa population, présentée au chapitre 1 de ce rapport, a permis de mettre en évidence un profil social globalement moins favorisé que la moyenne nationale.

La population du territoire se caractérise ainsi par une surreprésentation notamment des ouvriers et employés par rapport aux moyennes départementale et nationale. Cette situation va de pair avec un moindre niveau de diplôme, les diplômés d'un CAP ou BEP sont surreprésentés et les diplômés de l'enseignement supérieur sous-représentés. Par ailleurs, le taux de chômage dans le territoire (15 % en 2015 au sens du recensement) est supérieur aux moyennes départementale (12 %) et nationale (14 %).

Enfin, le niveau de vie médian des habitants de la Carene, s'il est inférieur de 5 % à la moyenne départementale, reste relativement proche de la moyenne nationale. Et la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté s'élève à plus de 12 %, proportion inférieure à la moyenne nationale (15 %) mais supérieure à la moyenne départementale (10 %).

Ces caractéristiques sociales sont donc susceptibles de contribuer aux écarts de santé observés entre la Carene et la moyenne nationale.

► Un certain nombre d'inégalités sociales de santé concernant les habitants de la Carene ont pu être documentées à travers cette étude.

Ainsi, la situation des différentes communes du territoire en matière de morbidimortalité illustre l'importance de ces inégalités, avec le plus souvent des indicateurs moins bons pour les populations des communes les moins favorisées socialement.

Notamment, les habitants des communes de Donges/Montoir-de-Bretagne/Trignac présentent les taux les plus élevés de personnes en affection de longue durée (ALD), traitées pour un diabète, ou de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par médicaments psychotropes. Par ailleurs, ils connaissent les taux les plus faibles de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum et du sein, et du dépistage du cancer du col de l'utérus [Cf. Chapitres Maladies Chroniques ; Diabète ; Santé mentale, pathologies psychiatriques et suicides ; Cancers]

À l'inverse, les habitants des communes de Pornichet/Saint-André-des-Eaux présentent pour ces différents indicateurs, les situations/positions les plus favorables.

La comparaison de certains indicateurs entre les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui possèdent les revenus les plus modestes, et les autres bénéficiaires, permet de conforter ce constat au niveau des individus.

Il a ainsi été observé que, par rapport aux autres bénéficiaires, les habitants de la Carene bénéficiaires de la CMU-C sont nettement plus souvent en ALD, et pris en charge pour un diabète. En outre, ils prennent ponctuellement



ou suivent plus souvent un traitement par médicaments psychotropes. Les femmes, bénéficiaires de la CMU-C ont en outre moins souvent recours au dépistage du cancer du col de l'utérus [Cf. Chapitres Maladies Chroniques ; Diabète ; Santé mentale, pathologies psychiatriques et suicides ; Cancers]

Facteurs de risque des principaux problèmes de santé des habitants de la Carene

► Le tableau de la page suivante permet de mettre en regard, pour chacun des principaux problèmes de santé les plus fréquents et graves parmi les habitants de la Carene, les facteurs de risque les mieux établis par la littérature [Fig.95].

Il convient toutefois de noter que ne sont pas mentionnés dans ce tableau les facteurs socio-démographiques (âge, sexe, niveau de diplôme...), ni les facteurs liés à l'organisation et au fonctionnement du système de soins et médico-social, qui sont des déterminants importants. Par ailleurs, ne sont pas précisés les facteurs de protection de ces affections.

Pour chacun de ces problèmes de santé, figure dans ce tableau une pastille de couleur qui permet de préciser si les taux de morbidité et/ou de mortalité de la Carene sont supérieurs à la moyenne nationale ou à la moyenne départementale pour les cancers (pastille de couleur rouge, ●), inférieurs à cette moyenne (pastille de couleur verte, ●) ou non significativement différents (pastille de grise, ●).

La consommation d'alcool constitue un facteur de risque commun à plusieurs de ces pathologies, même s'il convient de garder à l'esprit l'influence des conditions de vie et de facteurs sociaux sur ces comportements individuels. Les données médico-administratives mobilisées dans le cadre de cette étude ont permis d'apprécier l'impact sur la santé des habitants de la Carene de cette consommation, et celui-ci est détaillé dans le focus page 106 [Focus : Conséquences sur la santé de la consommation d'alcool].



Fig.95 Principaux facteurs de risque des problèmes de santé les plus fréquents et graves parmi les habitants de la Carene (hors facteurs socio-démographiques et ceux liés au système de soins)

Pathologies/ Problèmes de santé	Situation de la Carene	Principaux facteurs de risque identifiés par la littérature scientifique
	par rapport à la moyenne départementale [8]	
Cancers	Hommes : ● incidence / ● mortalité Femmes : ● incidence / ● mortalité	Au plan national, environ 40 % des cancers chez l'adulte sont attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement. Parmi ces facteurs, le tabagisme, responsable d'environ 20 % des cas de cancer, est le plus important. Arrivent ensuite la consommation d'alcool (8 %), l'alimentation (5 %), le surpoids et l'obésité (5 %), les agents infectieux (4 %), les expositions professionnelles (4 %), les rayonnements ultraviolets (3 %), les radiations ionisantes (2 %), l'activité physique insuffisante (2 %), les hormones (1 %), l'allaitement maternel insuffisant (0,5 %), la pollution de l'air extérieur (0,4 %), les substances chimiques de l'environnement (0,1 %) [11] [10].
Cancer du poumon	Hommes : ● incidence / ● mortalité Femmes : ● incidence / ● mortalité	Tabagisme, expositions professionnelles (amiante, silice, cadmium, chrome, arsenic...), expositions environnementales (radon, pollution atmosphérique...), alimentation (bêta-carotène), génétique [8]
Cancer des voies aérodigestives supérieures	Hommes : ● incidence / ● mortalité Femmes : ● incidence / ● mortalité	Consommation d'alcool, tabagisme, infection par papillomavirus humain, virus d'Epstein-Barr, expositions professionnelles (poussières de bois), hygiène bucco-dentaire, génétique, reflux gastro-œsophagien, obésité, cannabis, expositions (rayons X, gamma) [8]
Cancer du sein	● incidence et mortalité	Facteurs hormonaux et reproductifs, consommation d'alcool, obésité après la ménopause, activité physique réduite, prédisposition génétique [8]
Cancer du côlon-rectum	Hommes : ● incidence / ● mortalité Femmes : ● incidence / ● mortalité	Alimentation (viandes rouges, charcuterie...), consommation d'alcool, tabagisme, sédentarité, obésité, antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, génétique [8]
Cancer de la prostate	● incidence et mortalité	Antécédents familiaux de cancer de la prostate [8]
	par rapport à la moyenne nationale	
Maladies cardiovasculaires cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque	●	Hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, tabac <i>souvent associés entre eux et également liés à/au</i> surpoids, sédentarité, alimentation déséquilibrée, stress, alcool [7] Pollution atmosphérique (particules fines notamment) [29]
Maladies respiratoires asthme, bronchites chroniques, BPCO, insuffisance respiratoire chronique (constitue l'une des complications évolutives de la BPCO)	●	Tabagisme (actif ou passif), pollution de l'air intérieur et extérieur, expositions professionnelles (substances chimiques, poussières...), allergènes, génétique [30] [31]
Diabète de type 2 (90 % des cas de diabète)	●	Prédisposition génétique révélée par sédentarité, alimentation déséquilibrée
Troubles mentaux et du comportement (hors démences)	●	Evénements traumatisants de la vie (notamment de l'enfance), isolement affectif, situation de précarité, consommation d'alcool, vie professionnelle (travail ou non travail) [32]
Maladie d'Alzheimer et autres démences	●	Facteurs génétiques, facteurs vasculaires (HTA, diabète, hyperlipidémies) non pris en charge à l'âge moyen, sédentarité [33]
Suicide	●	Troubles psychiatriques, chômage/précarité économique, isolement, veuvage/divorce, conduites addictives (alcool, drogues), abus dans l'enfance [34]
Accident de la circulation	●	Vitesse, alcool, stupéfiants, fatigue [22]
Accident de la vie courante	●	Jeunes : prises de risque, activité sportive intense, alcool/drogues, ... Personnes âgées : Troubles cognitifs/sensoriels, atteintes musculaires et osseuse (arthrose, ostéoporose), dénutrition, obésité, sédentarité, polymédication (dont psychotropes), habitat non adapté [35]

● : indicateurs de morbidité ou mortalité significativement supérieurs à la moyenne nationale/départementale pour les cancers

● : indicateurs de morbidité ou mortalité non significativement différents de la moyenne nationale/départementale pour les cancers

● : indicateurs de morbidité ou mortalité significativement inférieurs à la moyenne nationale/départementale pour les cancers



5.2 FOCUS : CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DE LA CONSOMMATION 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 plus de 40 000. Près de 40 % de ces décès sont dus à un cancer [36].

750 habitants de la Carene hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool

► En moyenne 753 habitants de la Carene 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'alcool³⁶, 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 [37].

► Les recours hospitaliers liés à l'alcool sont, comme en France, nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes du territoire. À structure par âge comparable, le taux de personnes hospitalisées pour une pathologie liée à l'alcool est en effet chez les hommes 3,8 fois supérieur au taux féminin (3,2 fois au plan national). Par ailleurs, le taux de recours augmente fortement avec l'âge pour atteindre un maximum entre 50 et 64 ans, et décroît ensuite au-delà de cette classe d'âge [Fig.96a].

► Parmi les 753 patients :

- 162 ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une intoxication alcoolique aiguë³⁷,
- 145 au moins une fois pour un syndrome de dépendance à l'alcool³⁸,
- 514 au moins une fois pour des complications liées à la consommation d'alcool³⁹.

► 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 (78 % des patients concernés sont âgés de 35-64 ans), tout comme celles pour complications liées à l'alcool (59 %).

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 plus fréquentes, chez les hommes comme chez les femmes, entre 35 et 64 ans qu'entre 18 et 34 ans.

Un taux de patients hospitalisés pour des pathologies liées à l'alcool supérieur de 28 % à la moyenne nationale

► À structure par âge comparable, le taux global de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool est, dans la population de la Carene, supérieur de 28 % à la moyenne nationale sur les années 2015-2017.

Cette plus grande fréquence de patients hospitalisés s'observe pour les trois groupes de motifs d'hospitalisation étudiés mais l'écart à la moyenne nationale est particulièrement marqué pour la dépendance alcoolique (+ 79 % ; pour les intoxications éthyliques aiguës : + 29 % ; pour les complications liées à l'alcool : + 18 %).

► Ce constat local est principalement lié à la situation défavorable des hommes. Chez ces derniers, le taux global de patients hospitalisés en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool est supérieur de 35 % à la moyenne

³⁶ 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.

³⁷ L'intoxication éthylique aiguë constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z05 « Éthylisme aigu ».

³⁸ Le syndrome de dépendance à l'alcool constitue le diagnostic principal d'hospitalisation. GHM avec racine 20Z04 « Éthylisme avec dépendance ».

³⁹ L'alcool est mentionné en diagnostic associé (ex : maladie alcoolique du foie, pancréatite alcoolique...). GHM avec racine autre que 20Z04 et 20Z05.

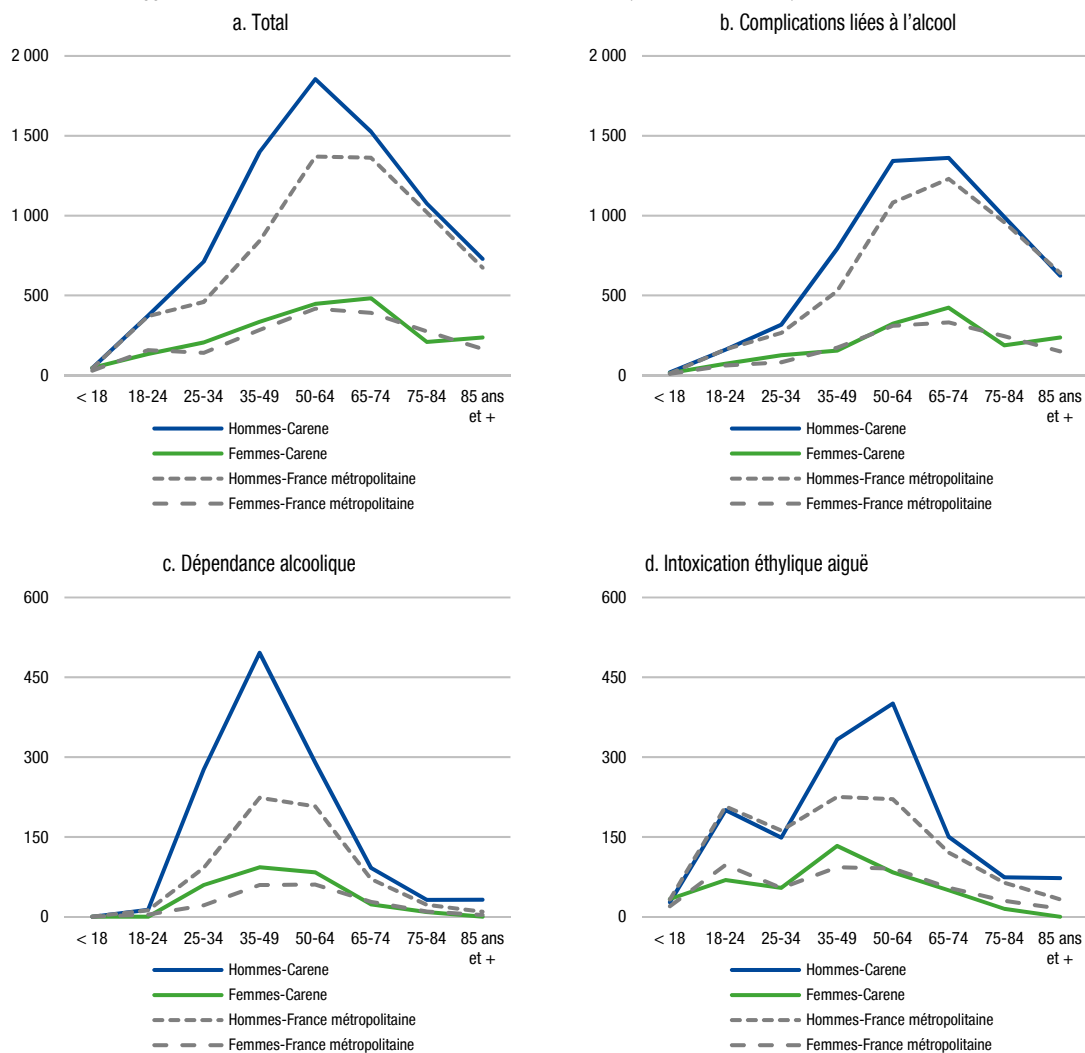


nationale, avec des écarts atteignant + 90 % pour les syndromes de dépendance alcoolique, + 39 % pour les intoxications éthyliques aiguës, et + 23 % pour les complications liées à l'alcool.

► Mais une attention particulière doit être aussi portée à celle des femmes, pour lesquelles le taux d'hospitalisation en court séjour pour dépendance alcoolique est supérieur de 46 % à la moyenne nationale. Pour les deux autres groupes de pathologies, les écarts avec la moyenne nationale sont positifs mais non statistiquement significatifs.

Fig.96 Taux de personnes hospitalisées en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool selon l'âge, le sexe et le motif d'hospitalisation

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, France métropolitaine (moyenne 2015-2017)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000.

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Une fréquence des admissions en ALD pour des pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool supérieure de 40 % à la moyenne nationale

► Si l'on considère les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool (maladie alcoolique du foie, fibrose et cirrhose du foie, troubles mentaux liés à la consommation d'alcool), ce sont en moyenne 53 habitants de la Carene qui ont été admis en ALD chaque année pour l'une de ces affections au cours de la période 2012-2014.

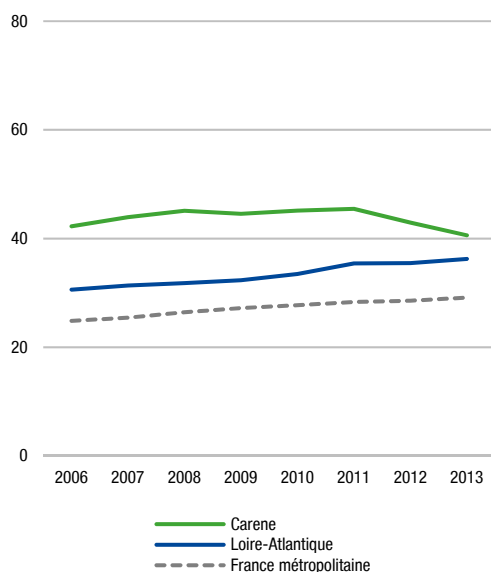
Ces admissions concernent dans 53 % des cas des hommes âgés de moins de 65 ans.

► La fréquence des admissions en ALD pour des pathologies directement liées à l'alcool a connu une hausse entre 2005-2007 et 2012-2014 au plan national et départemental (environ + 17 %). Cette fréquence parmi les habitants de la Carene semble plutôt se stabiliser sur cette période, voire même diminuer. Cependant, elle reste nettement supérieure à la moyenne nationale : + 40 % en 2012-2014. Une surincidence, un peu moins marquée, est également observée au plan départemental (+ 24 %) [Fig.97].



Fig.97 Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour pathologies attribuables à la consommation d'alcool*

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2006-2013)



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

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

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

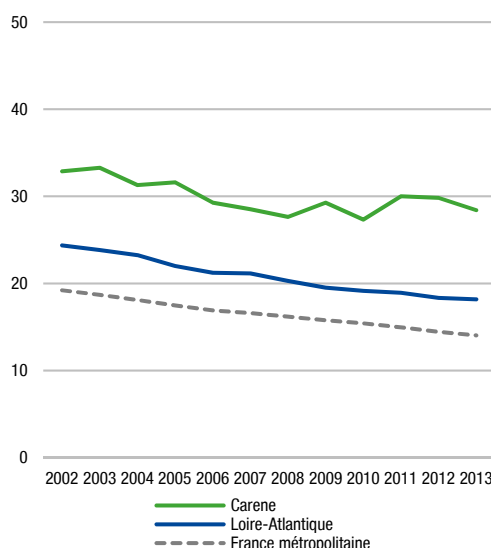
Une mortalité liée à l'alcool deux fois supérieure à la moyenne nationale

► Depuis plusieurs décennies, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool⁴⁰ est en diminution au niveau national.

► Pour la Carene, cette mortalité connaît des fluctuations temporelles. Si elle a connu un recul entre les années 2002 et 2008, elle semble se stabiliser sur les années récentes. L'écart avec la moyenne nationale s'en est accru. Ainsi, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation d'alcool parmi les habitants de la Carene est deux fois plus élevée que la moyenne nationale, en 2011-2015 (contre 1,7 fois en 2001-2003) [Fig.98].

Fig.98 Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool*

Communauté de l'agglomération nazairienne et de l'estuaire, Loire-Atlantique, France métropolitaine (2002-2013)



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

Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006).

Maladies (y compris cirrhoses) alcooliques du foie, cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool.

⁴⁰ Maladies (y compris cirrhoses) alcooliques du foie, cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool.



Une situation très défavorable par rapport aux autres EPCI de la région

- Les indicateurs de la Carene relatifs aux pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool ont été comparés à ceux des 71 autres établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire. Pour les trois indicateurs étudiés, la Carene fait partie des EPCI de la région les moins bien classés :
- 11^{ème} rang pour le taux annuel de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool [\[Annexe34\]](#).
 - 15^{ème} rang pour le taux d'admissions en ALD pour pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool [\[Annexe35\]](#).
 - 4^{ème} rang pour la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool [\[Annexe36\]](#).



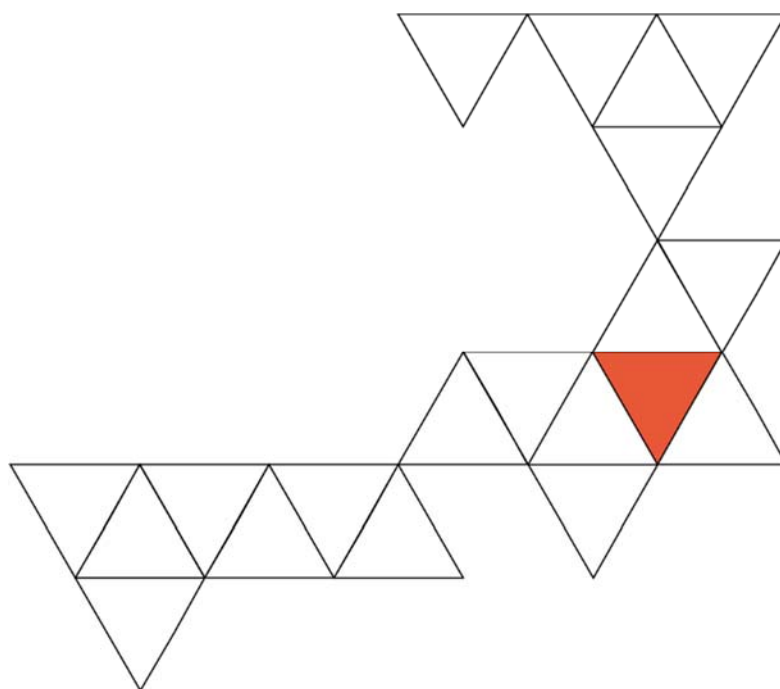
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chaillot P, Fouchard C. (2016). 392 000 personnes pauvres dans les Pays de la Loire : profils et disparités territoriales. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 40. 4 p.
- [2] Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.
- [3] Dejours C, Gernet I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Éd. Elsevier Masson. 155 p.
- [4] Goldberg M. (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 57. pp. 17-70.
- [5] Mesrine A. (2000). La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Économie et Statistique*. Insee. n° 334. pp. 33-48.
- [6] Blasco S, Brodaty T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et Statistique*. Insee. n° 486-487. pp. 17-44.
- [7] HCSP. (2015). *Santé en France. Problèmes et politiques*. Éd. La Documentation française. 175 p.
- [8] S. Delacour, A. Cowppli-Bony, F. Molinié. (2019). Cartographie du risque cancer sur la zone de la CARENE. Rapport final. Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée. 64 p.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] Centre international de recherche sur le cancer. (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 271 p.
- [12] ORS Pays de la Loire. (2013). Le diabète et ses complications dans la région de Saint-Nazaire. 4 p.
- [13] Cnam. (2018). Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016). 75 p.
- [14] OFDT. (2018). Médicaments psychotropes. Synthèse thématique. [En ligne]. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>.
- [15] OMS. (2012). La démence. *Aide-Mémoire*. n° 362. 3 p.
- [16] 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.
- [17] Inserm. (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux, sociétaux*. Expertise collective. Les éditions Inserm. 654 p.
- [18] 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.
- [19] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, et al. (2010). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. *InVS*. 8 p.
- [20] Courtet P. (2010). *Suicides et tentatives de suicide*. Éd. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.
- [21] 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.
- [22] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2018). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. 189 p.
- [23] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.
- [24] Cnam. (2018). Rapport annuel 2017 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels. 160 p.
- [25] Cambois E, Laborde C, Robine JM. (2008). La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*. Ined. n° 441. 4 p.
- [26] HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 101 p.
- [27] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [28] ORS Pays de la Loire. (2017). Vue d'ensemble de la santé des Ligériens. In *La santé des habitants des Pays de la Loire*. 5-34.
- [29] Lelieveld J, Klingmüller K, Pozzer A, et al. (2019). Cardiovascular disease burden from ambient air pollution in Europe reassessed using novel hazard ratio functions. *European Heart Journal*. 7 p.
- [30] Magnan A, Inserm. (2015). Asthme. Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/asthme>.
- [31] Hayot M, Inserm. (2015). Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Dossier. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/index.php/dossiers-d-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpc>.
- [32] ORS Pays de la Loire. (2003). Les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire. 58 p.



- [33] Inserm. (2019). La maladie d'Alzheimer. Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>.
- [34] Le Clainche C, Courtet P. (2016). Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. In *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport*. Observatoire national du suicide. pp. 115-153.
- [35] Inserm. (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Les éditions Inserm. 508 p.
- [36] Bonaldi C, Hill C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 5-6. pp. 97-108.
- [37] 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.





ANNEXES





Annexe1 Carte des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

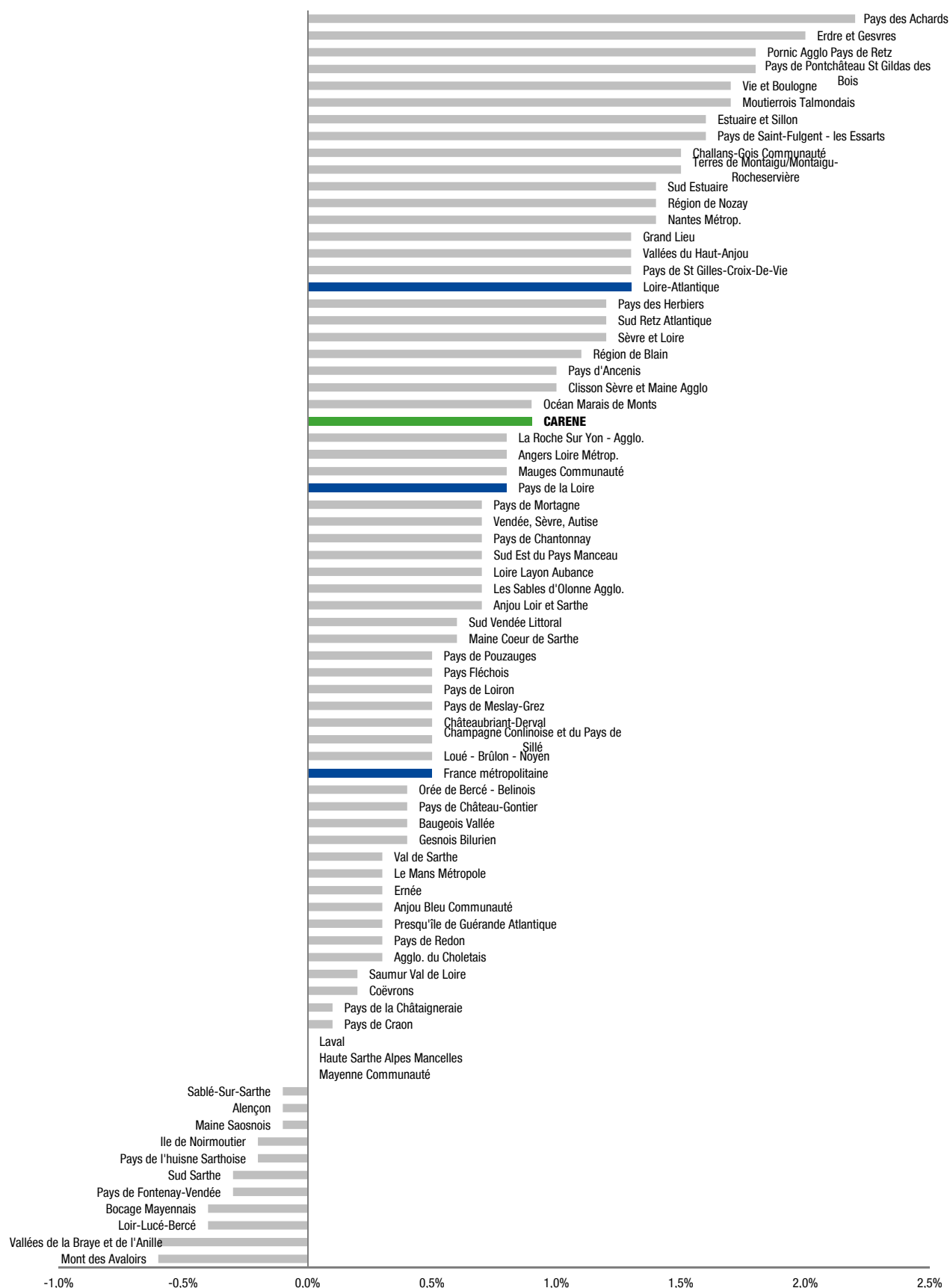
Pays de la Loire (2017)





Annexe2 Taux de croissance annuel moyen du nombre d'habitants par EPCI entre 2010 et 2015

Pays de la Loire

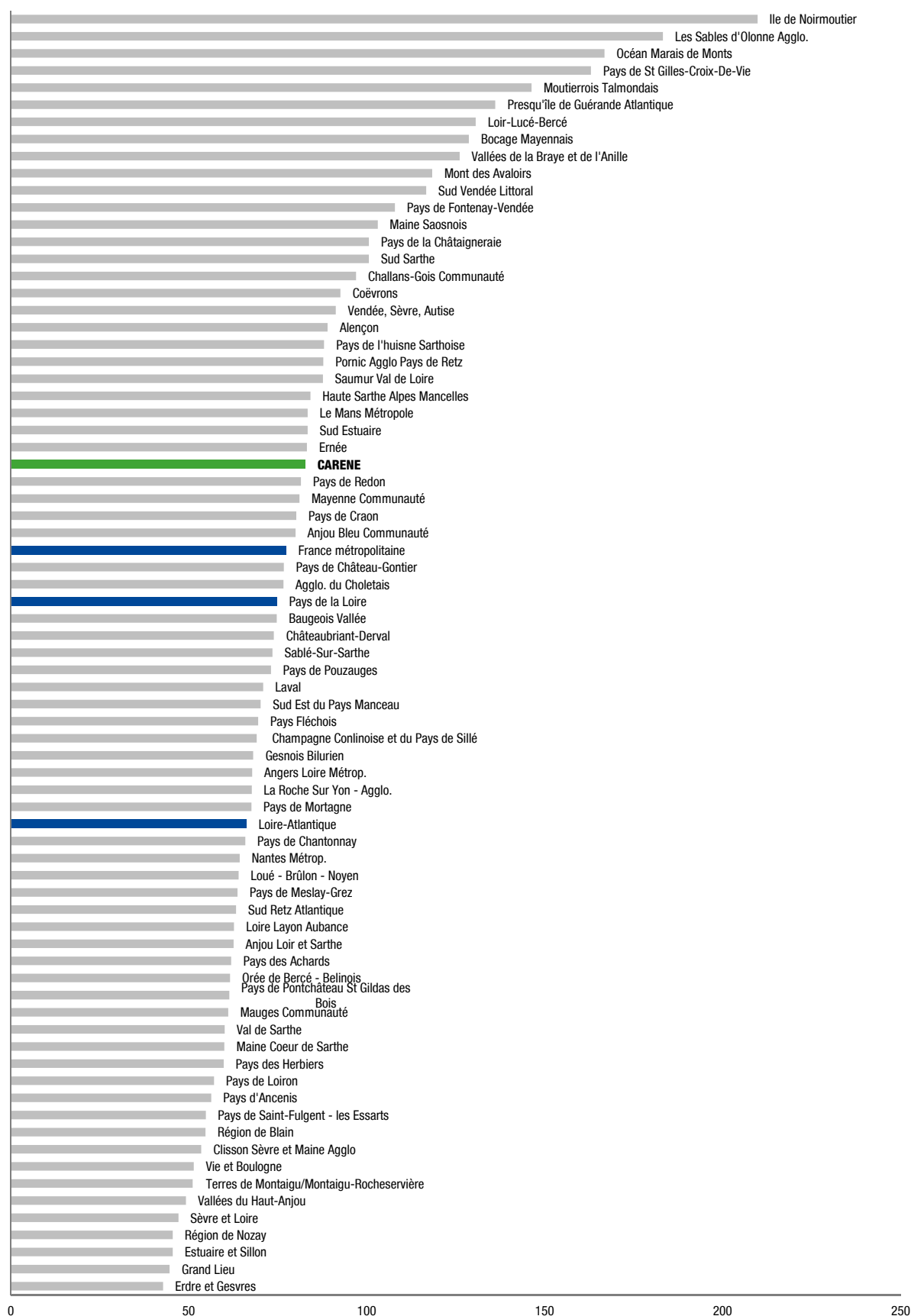


Sources : RP 2010, RP 2015 (Insee)



Annexe3 Indice de vieillissement par EPCI

Pays de la Loire (2015)



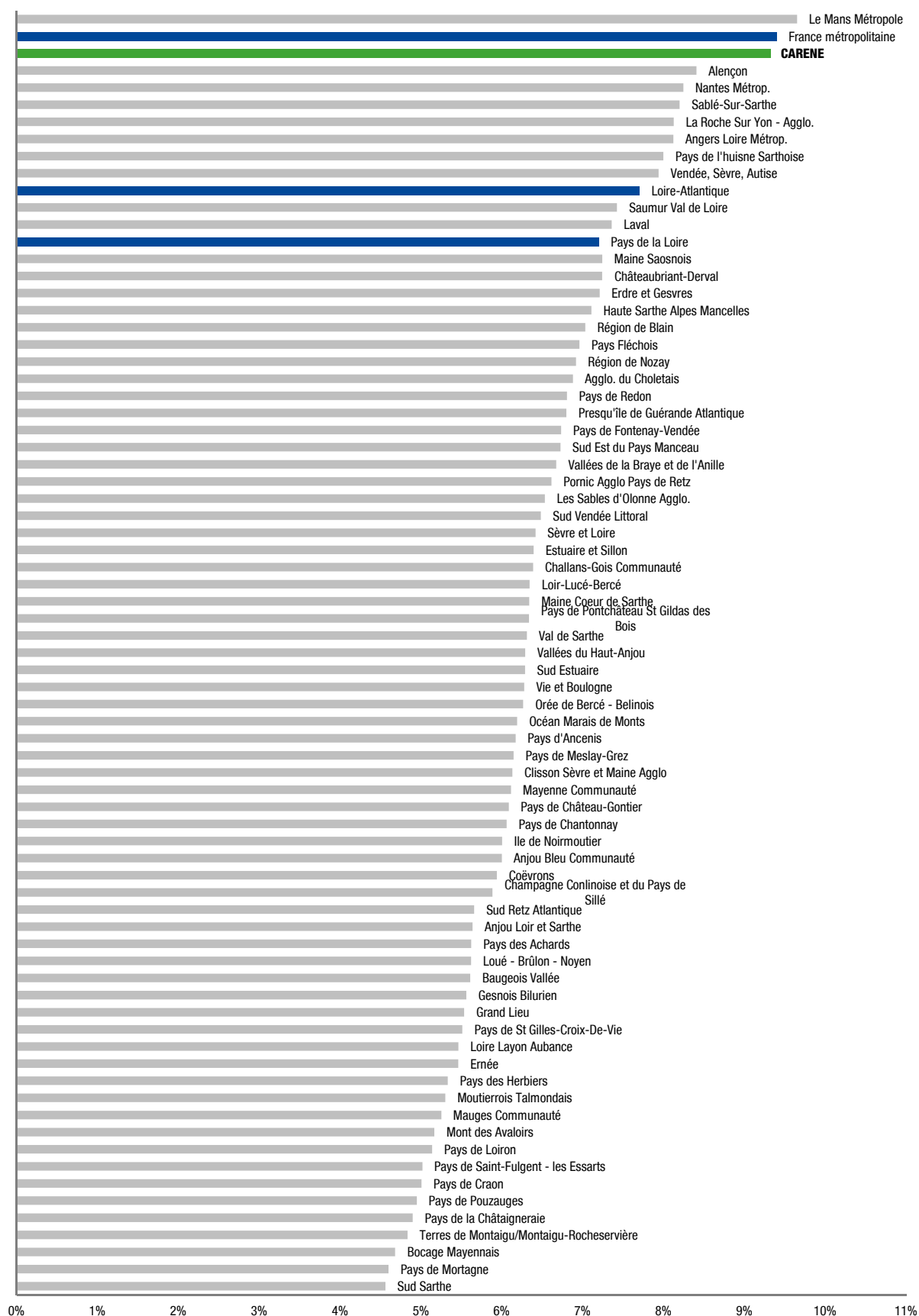
Source : RP 2015 (Insee)

L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.



Annexe4 Part des familles monoparentales parmi les ménages par EPCI

Pays de la Loire (2015)

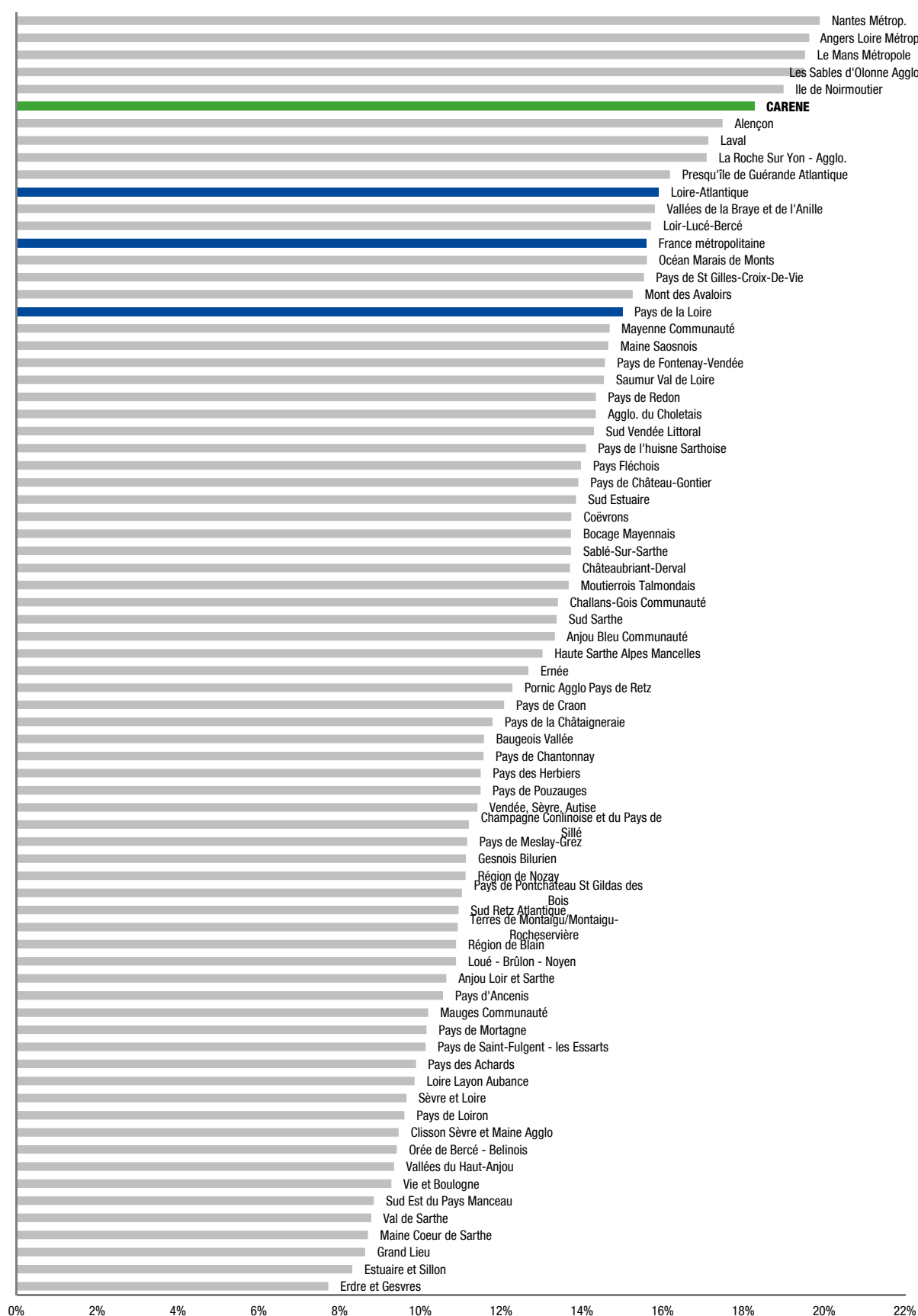


Source : RP 2015 (Insee)



Annexe5 Part de personnes vivant seules par EPCI

Pays de la Loire (2015)

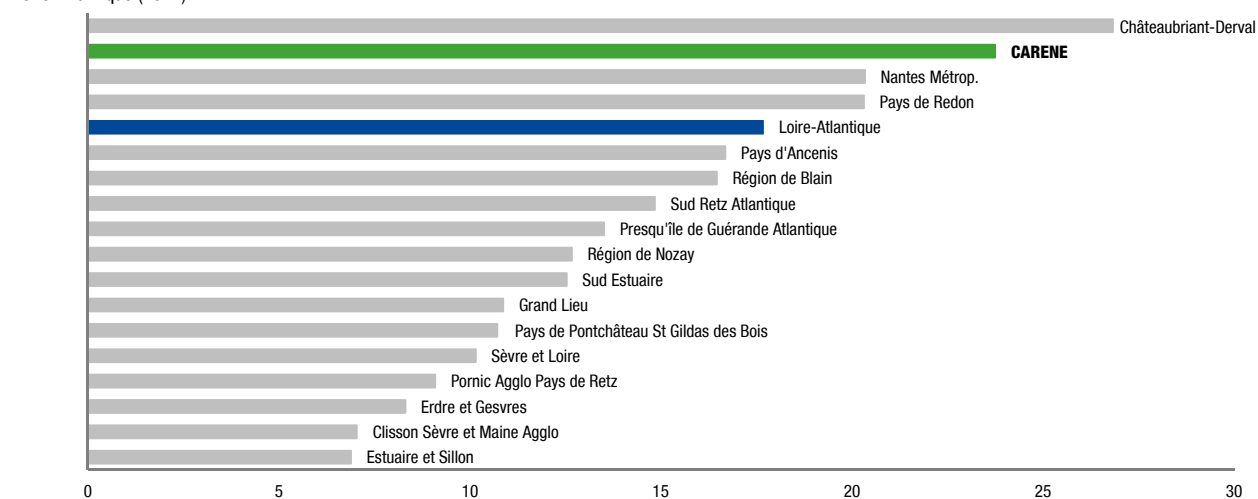


Source : RP 2015 (Insee)



Annexe6 Nombre de mesures d'aides sociale à l'enfance (ASE) pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans par EPCI

Loire-Atlantique (2017)

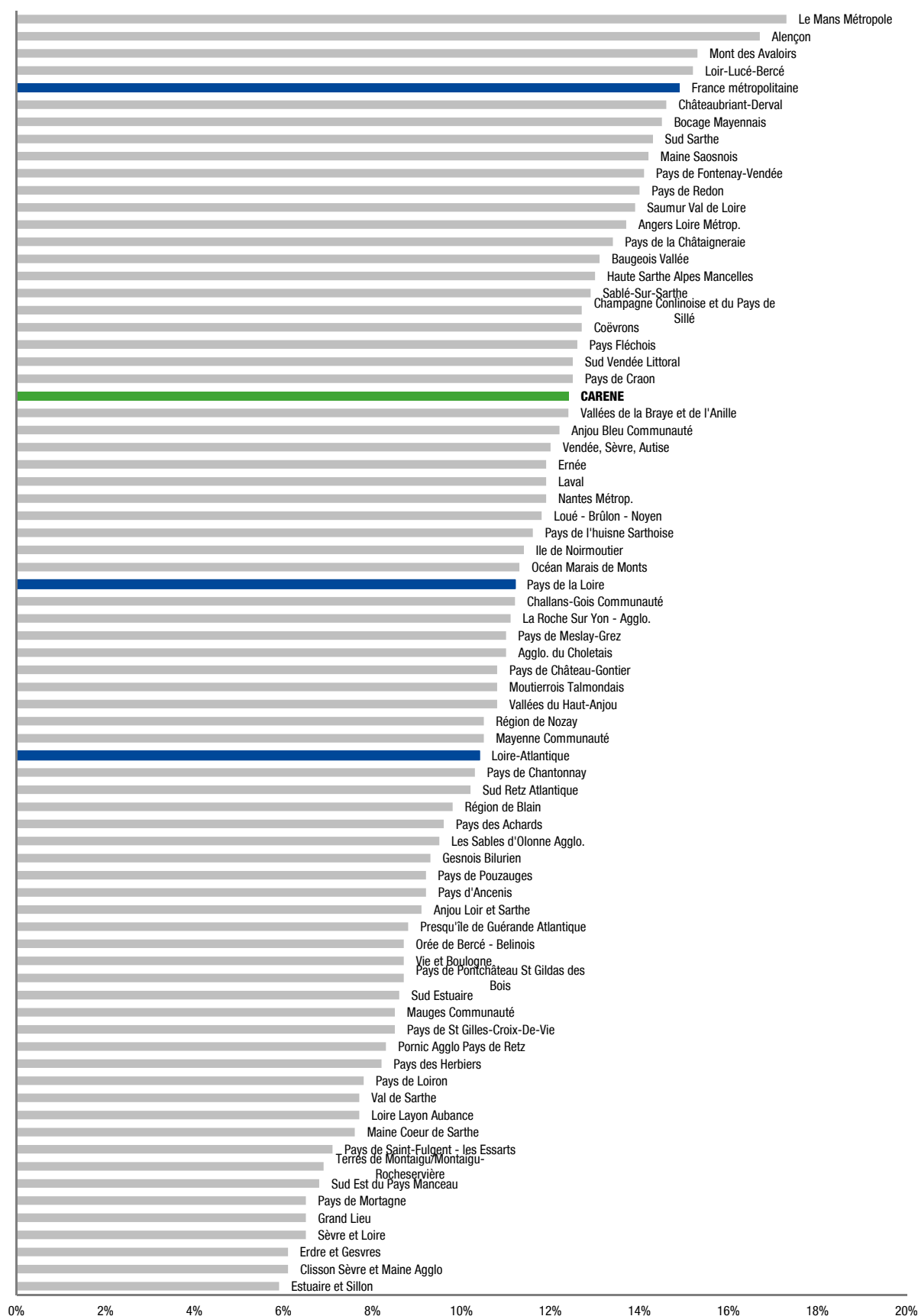


Source : Conseil départemental de Loire-Atlantique



Annexe7 Taux de pauvreté monétaire par EPCI

Pays de la Loire (2015)

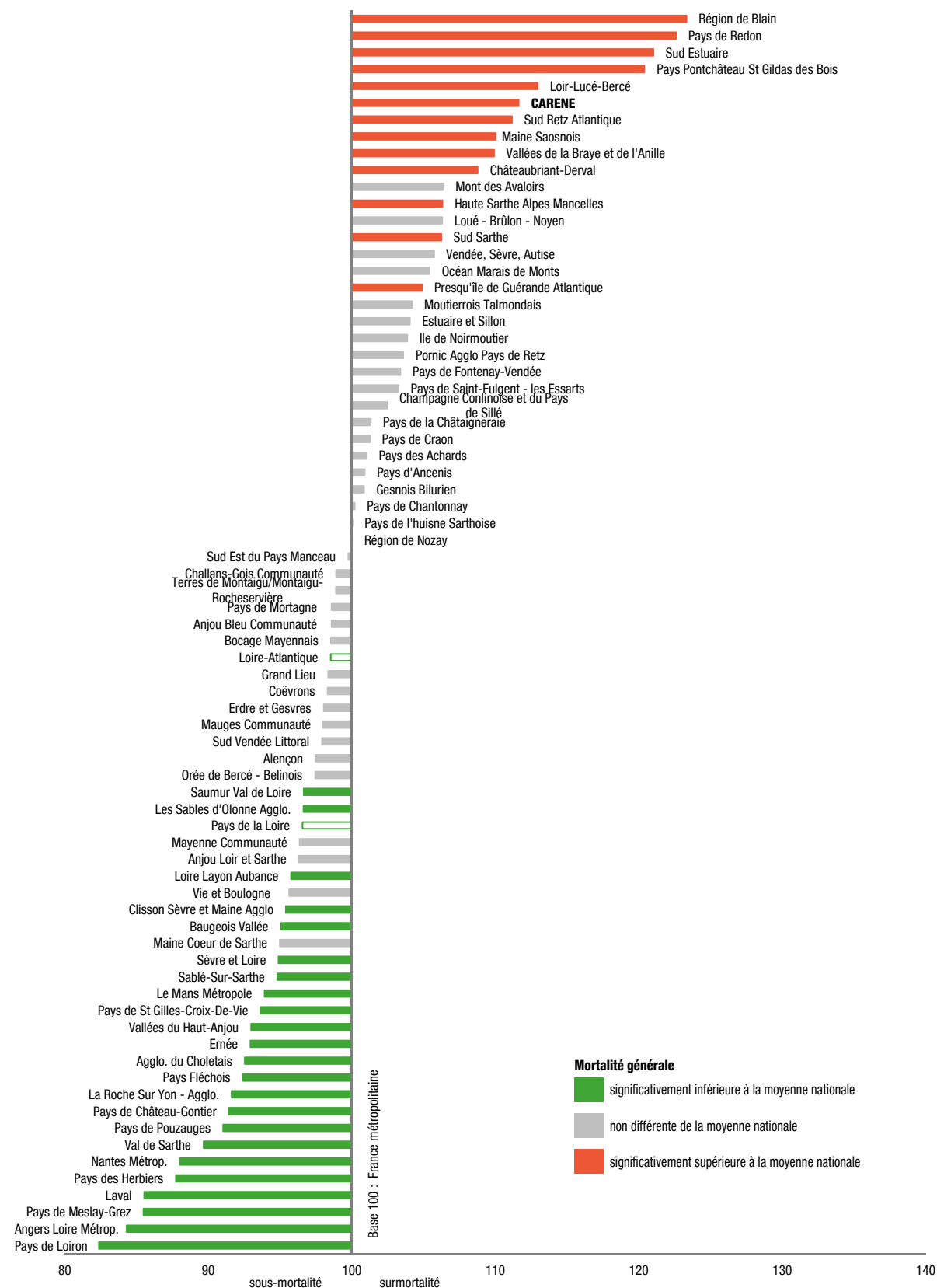


Source : Insee-DGFIP, Fichier localisé social et fiscal 2015.



Annexe8 Indice comparatif de mortalité générale selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

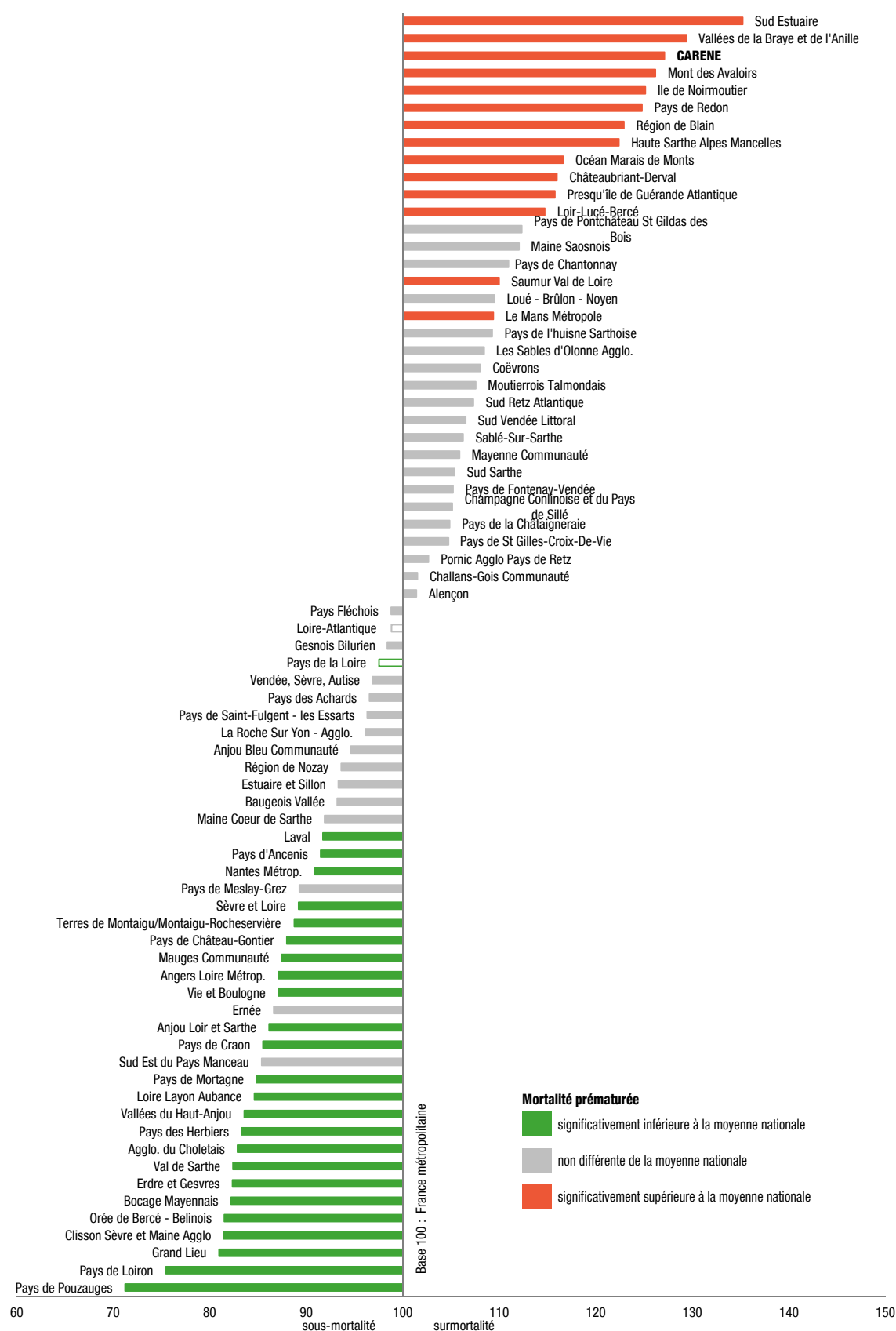
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe9 Indice comparatif de mortalité prématurée (décès avant 65 ans) selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

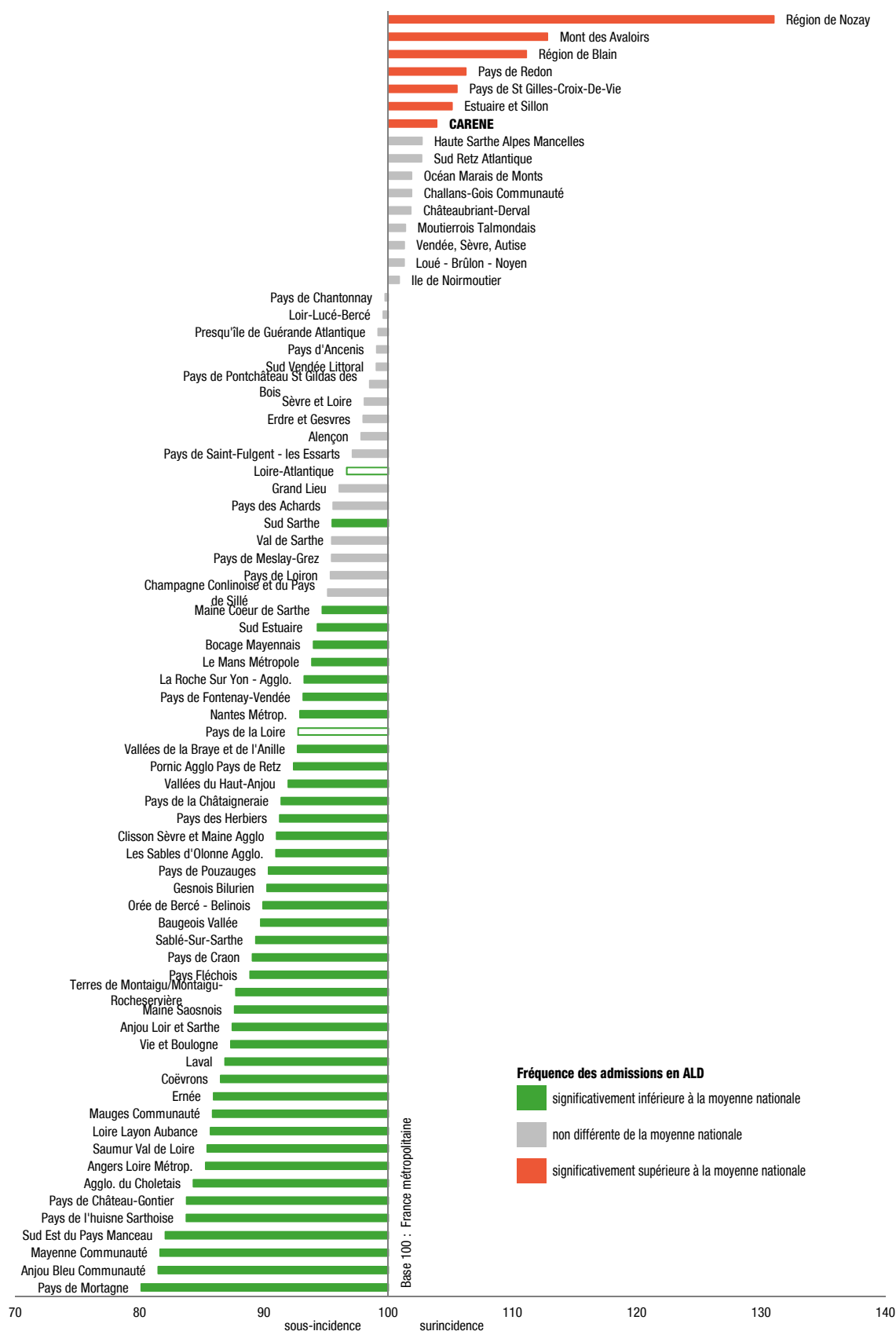
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe10 Indice comparatif d'admissions en ALD selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

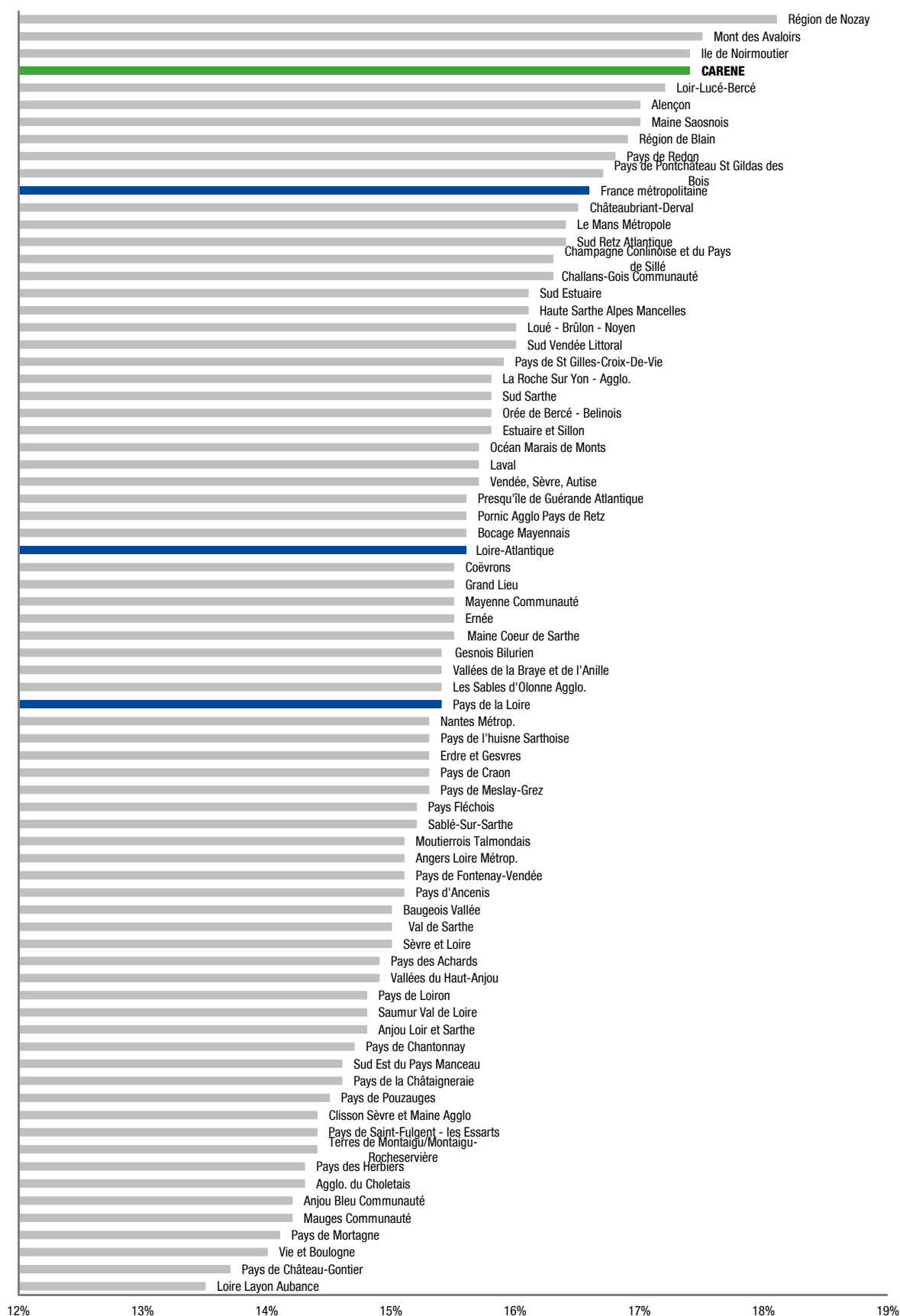
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe11 Proportion¹ de personnes en ALD

Pays de la Loire (2016)



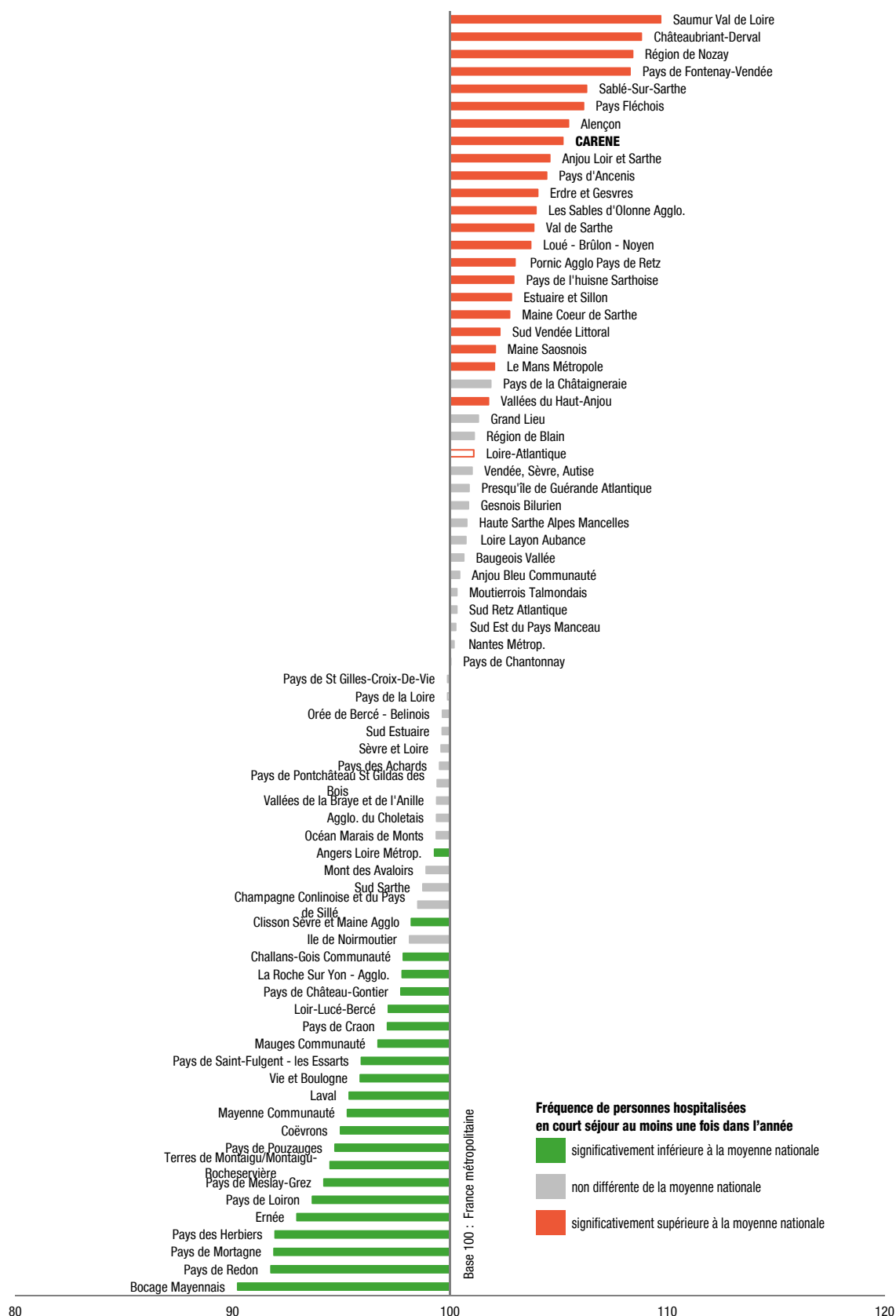
Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : population tous régimes. / ¹ Proportion standardisée selon l'âge



Annexe12 Indice comparatif d'hospitalisation en court séjour selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2013-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour qui serait obtenu si les taux de personnes hospitalisées pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

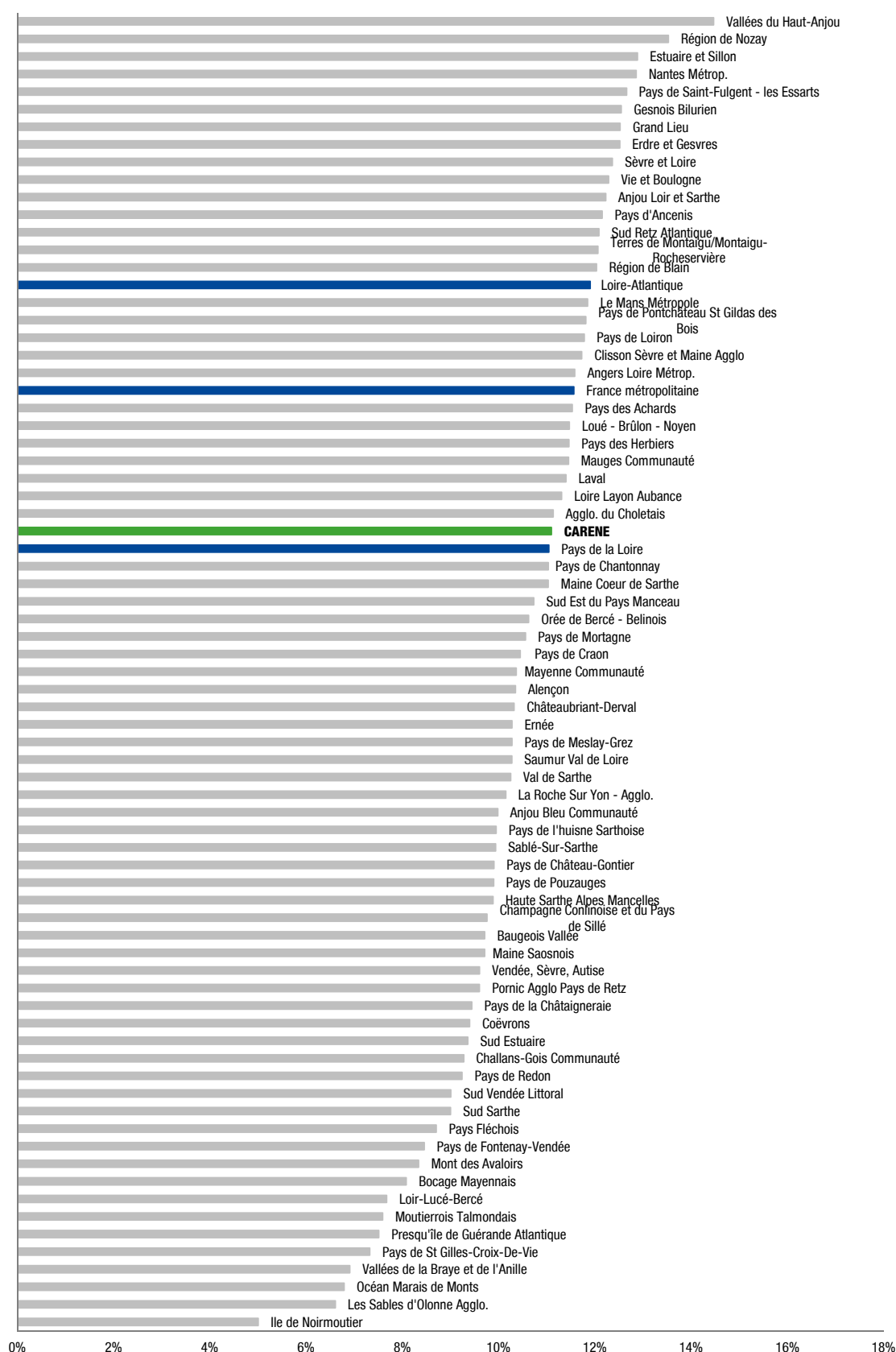
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence de personnes hospitalisées supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe13 Taux de natalité selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2015-2017)

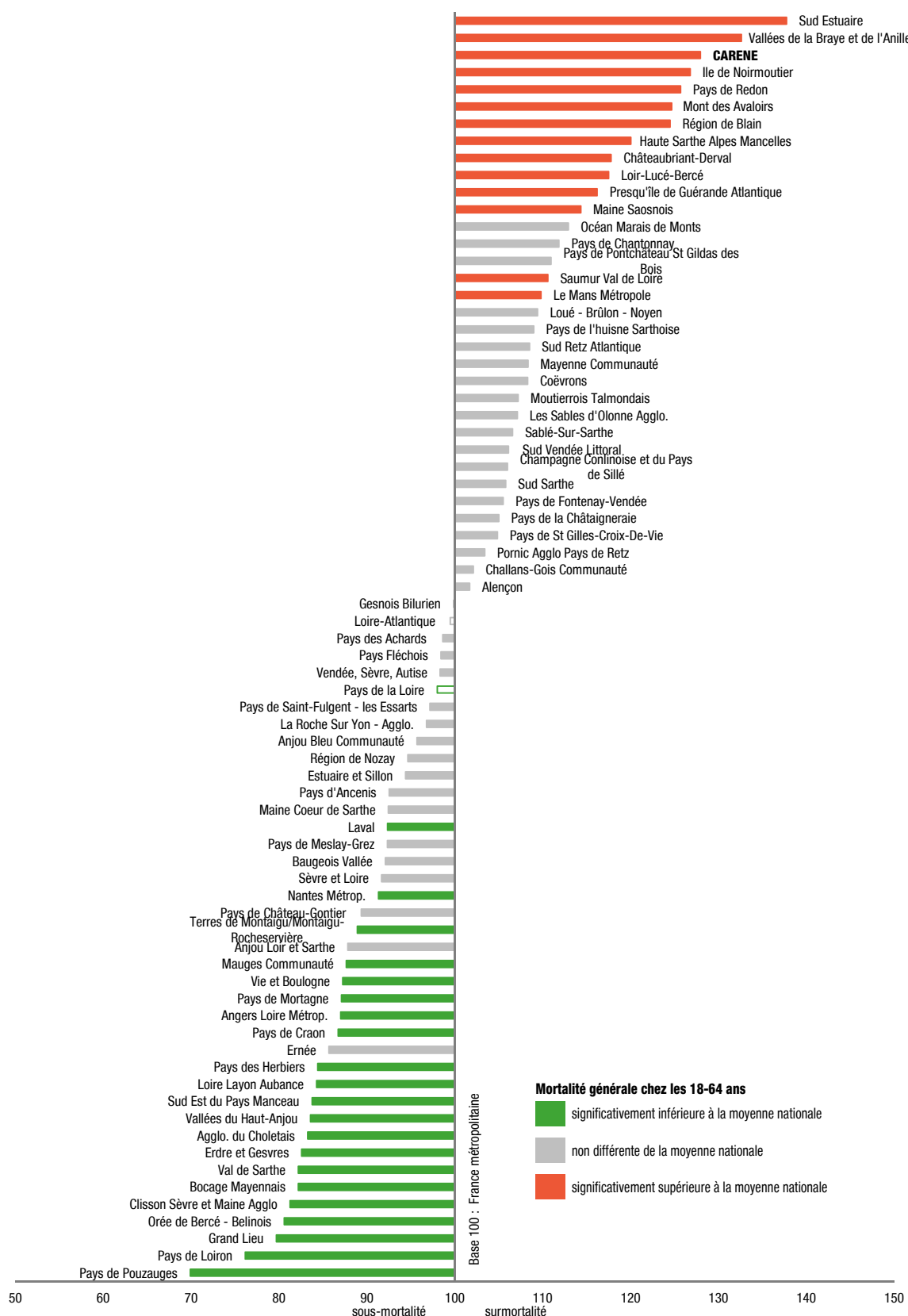


Source : Insee (État civil, recensement) - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, moyenne sur 3 ans.



Annexe14 Indice comparatif de mortalité générale chez les 18-64 ans selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

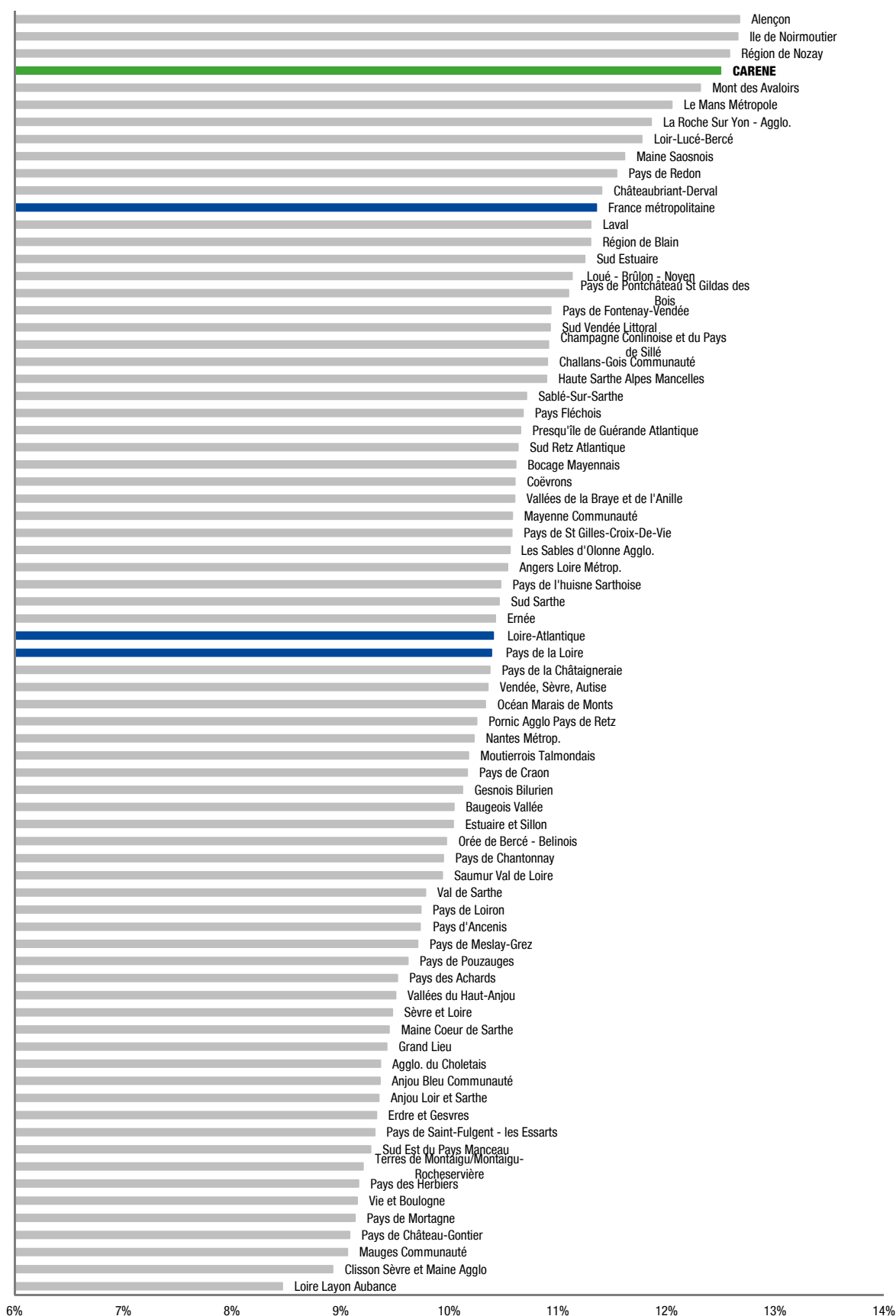
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe15 Proportion¹ de personnes de 15-64 ans en ALD

Pays de la Loire (2016)



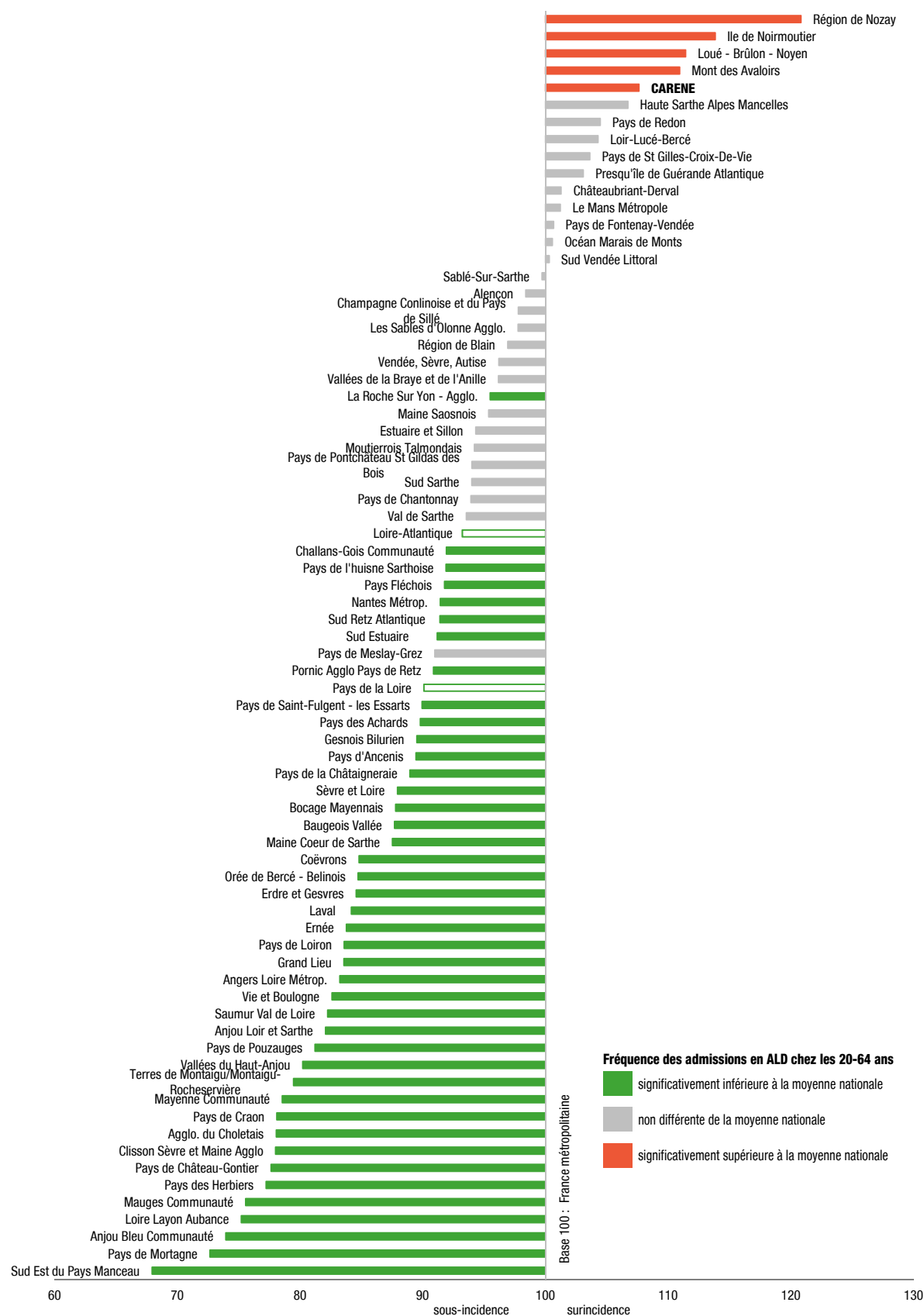
Source : DCIR (SND) - exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : population tous régimes. / 1 Proportion standardisée selon l'âge



Annexe16 Indice comparatif d'admissions en ALD chez les 20-64 ans selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

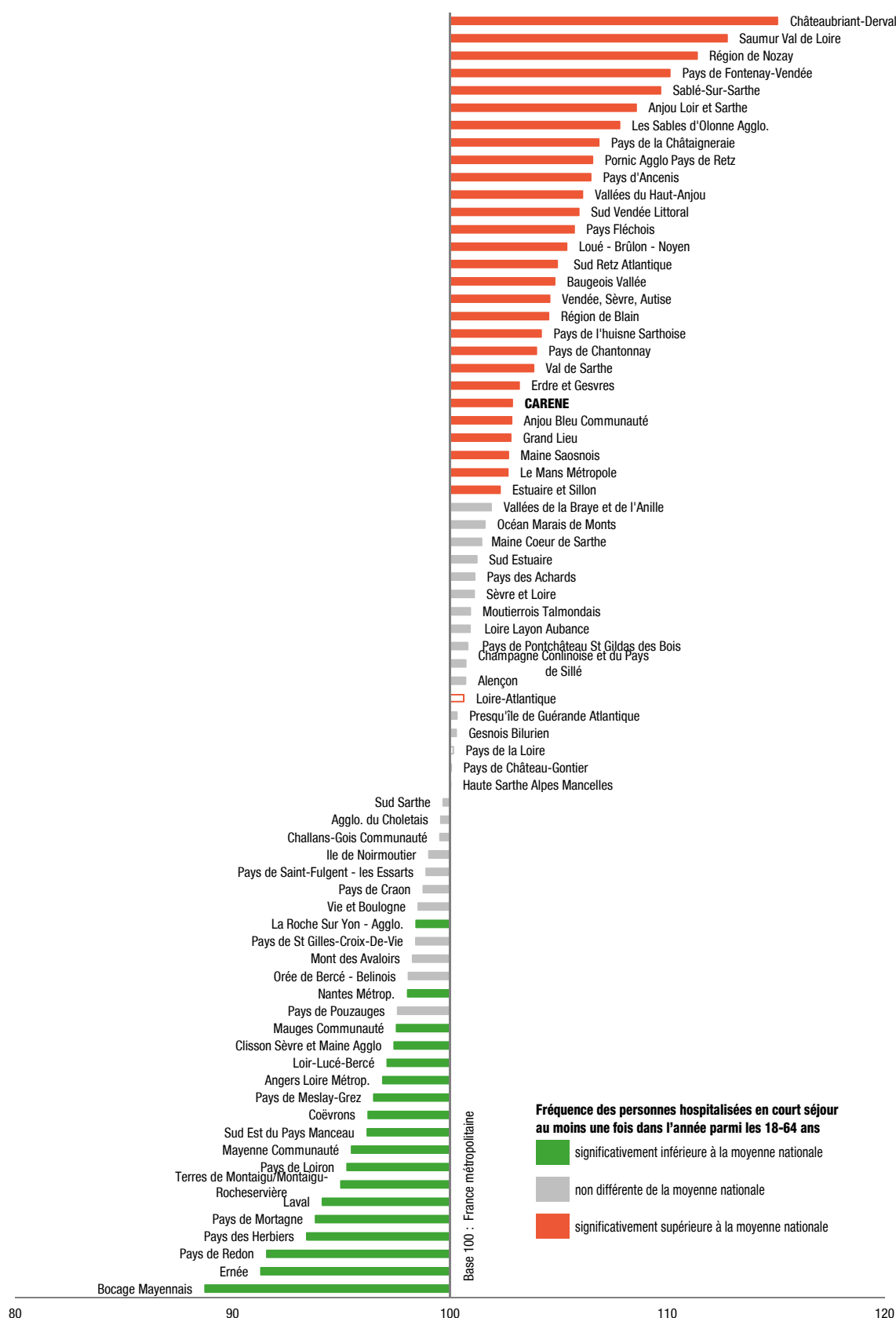
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe17 Indice comparatif d'hospitalisation en court séjour chez les 18-64 ans selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2014-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour qui serait obtenu si les taux de personnes hospitalisées pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

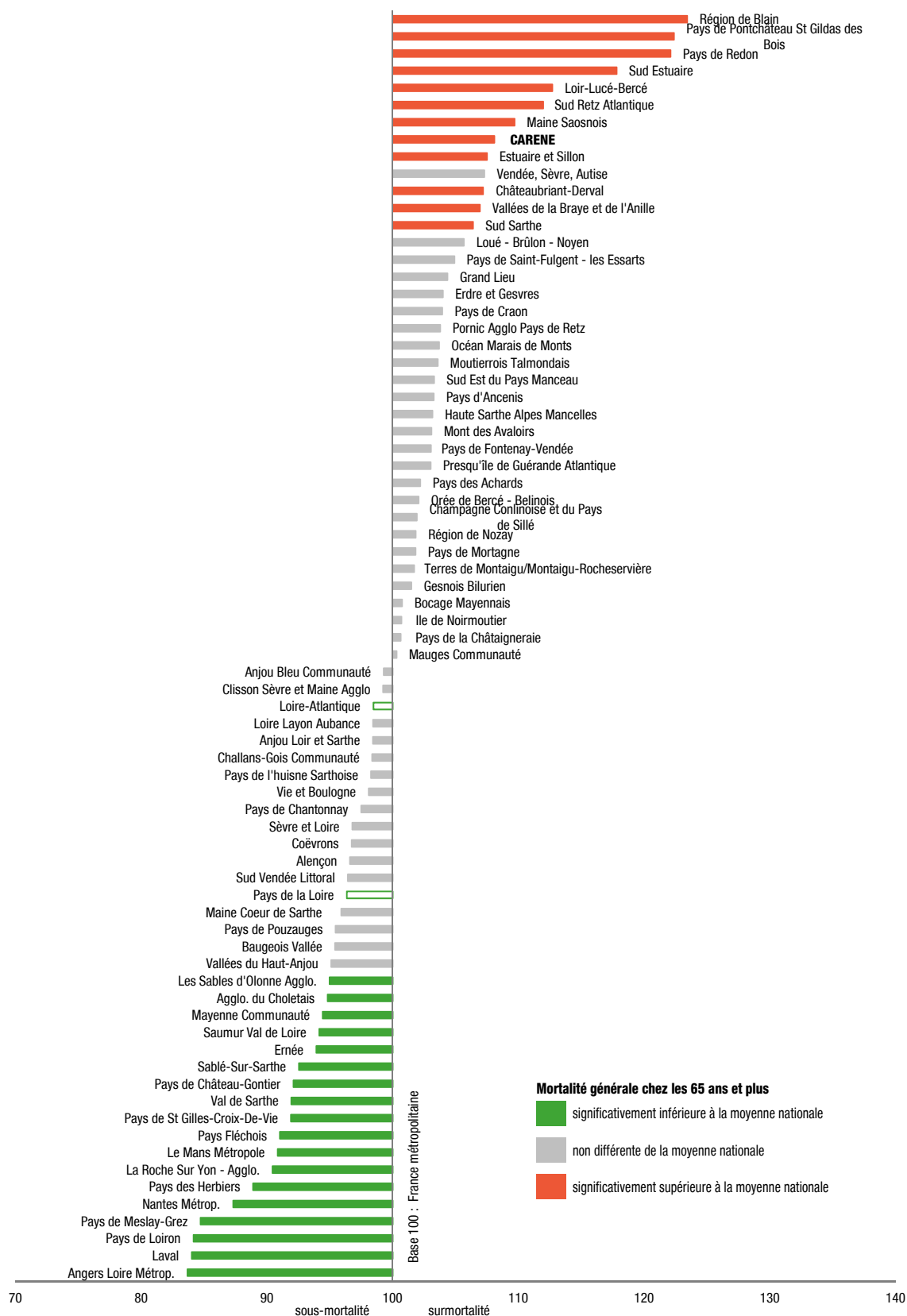
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence de personnes hospitalisées supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe18 Indice comparatif de mortalité générale chez les 65 ans et plus selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

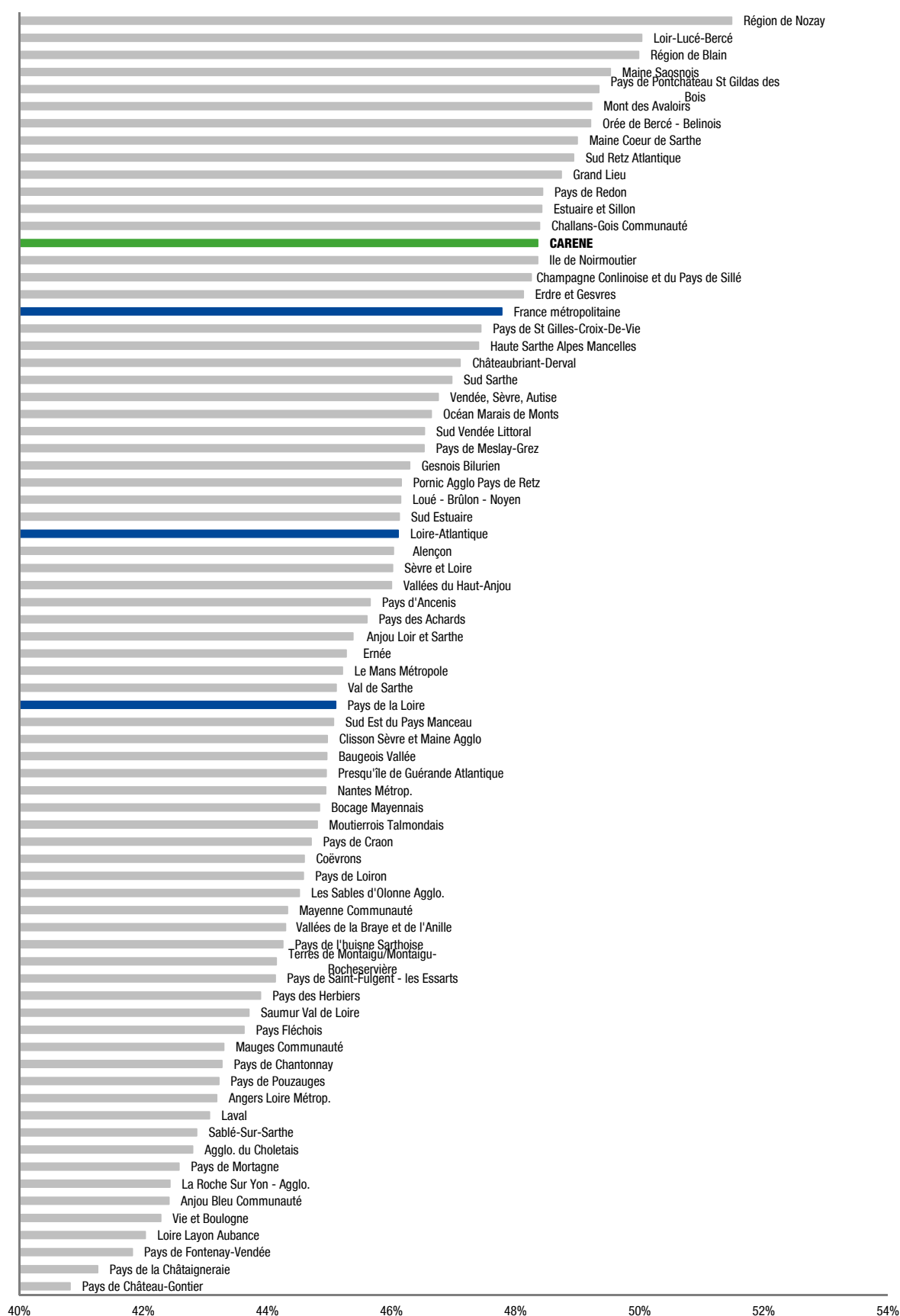
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe19 Proportion¹ de personnes de 65 ans et plus en ALD

Pays de la Loire (2016)



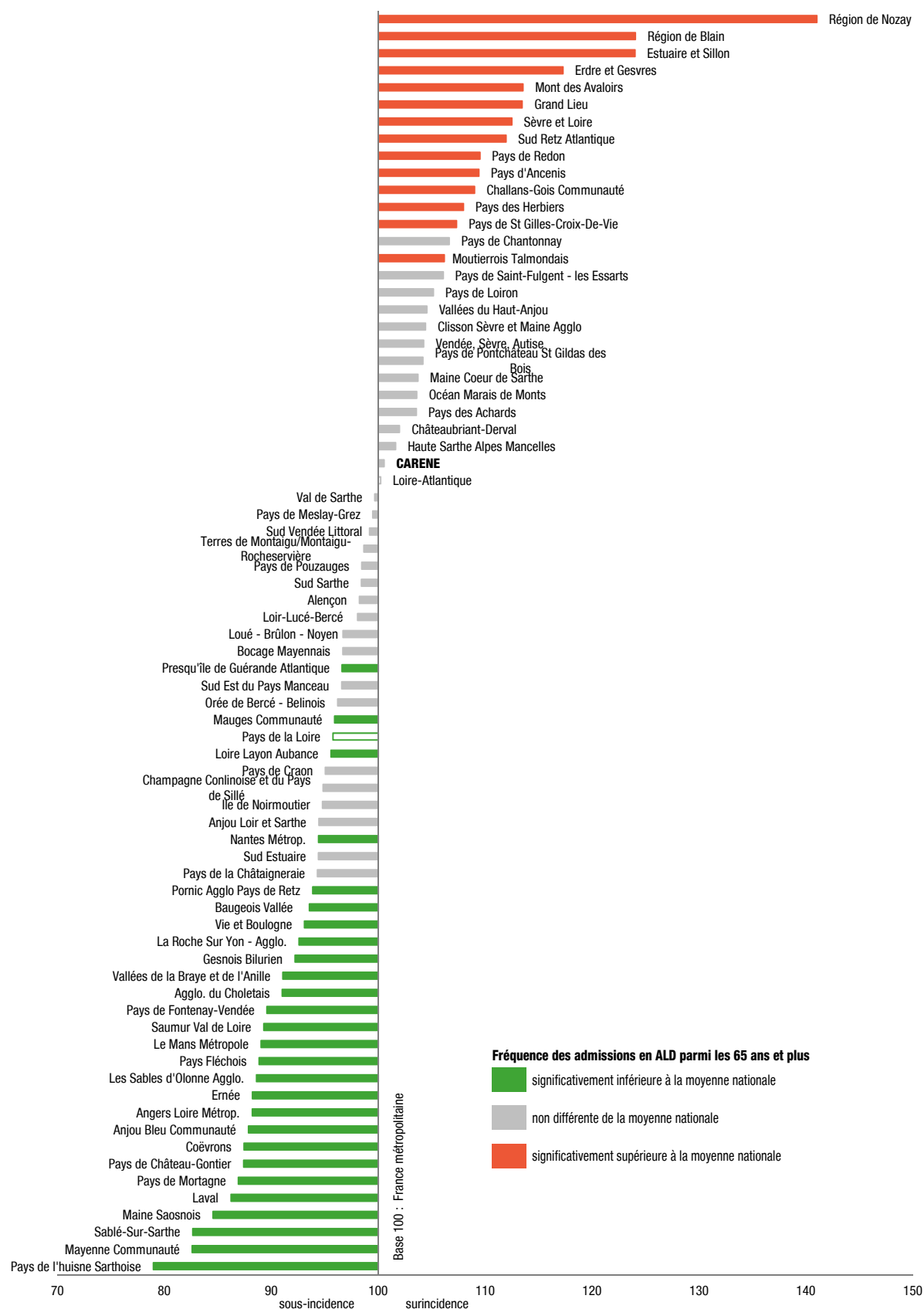
Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : population tous régimes. / 1 Proportion standardisée selon l'âge



Annexe20 Indice comparatif d'admissions en ALD chez les 65 ans et plus selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

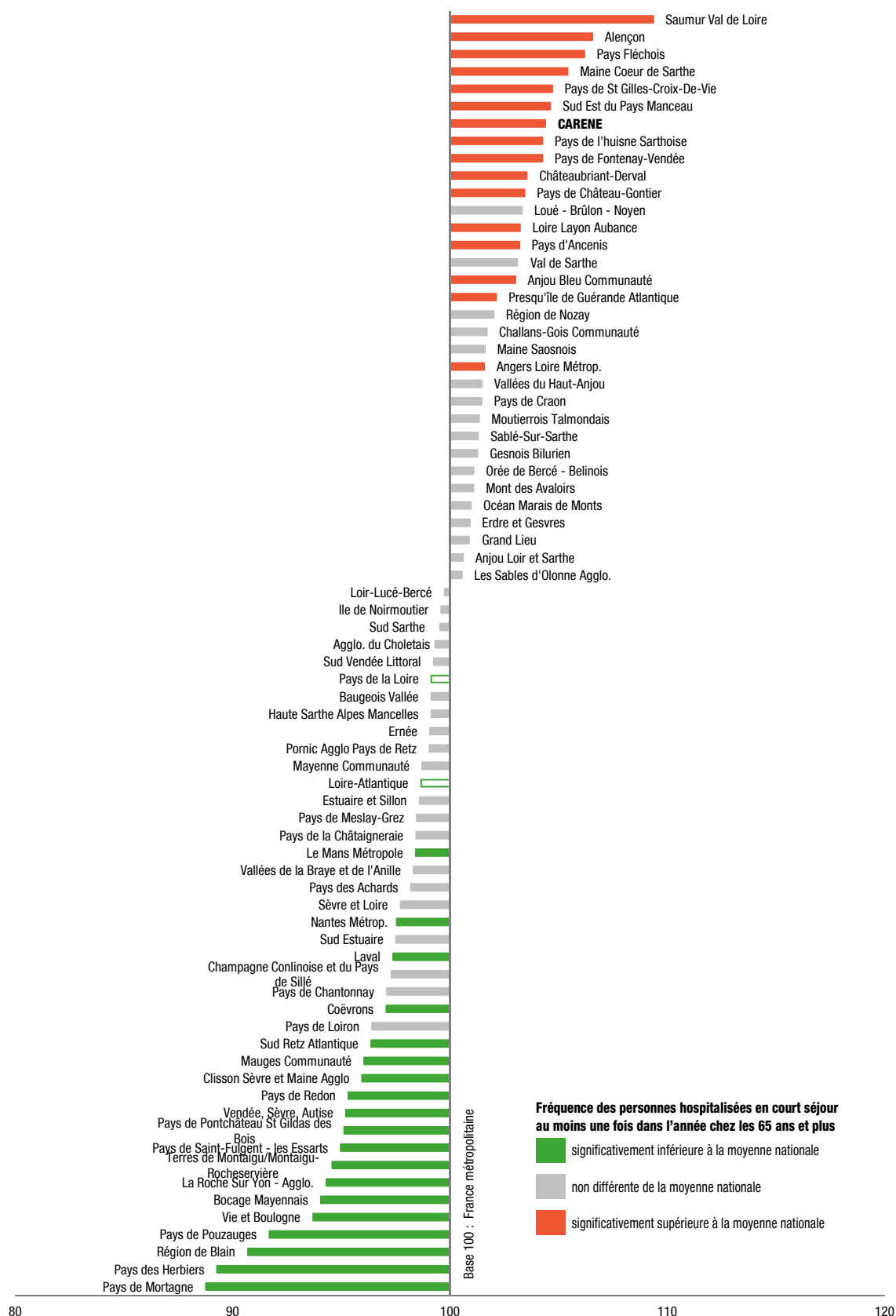
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe21 Indice comparatif d'hospitalisation en court séjour chez les 65 ans et plus selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2014-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour qui serait obtenu si les taux de personnes hospitalisées pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

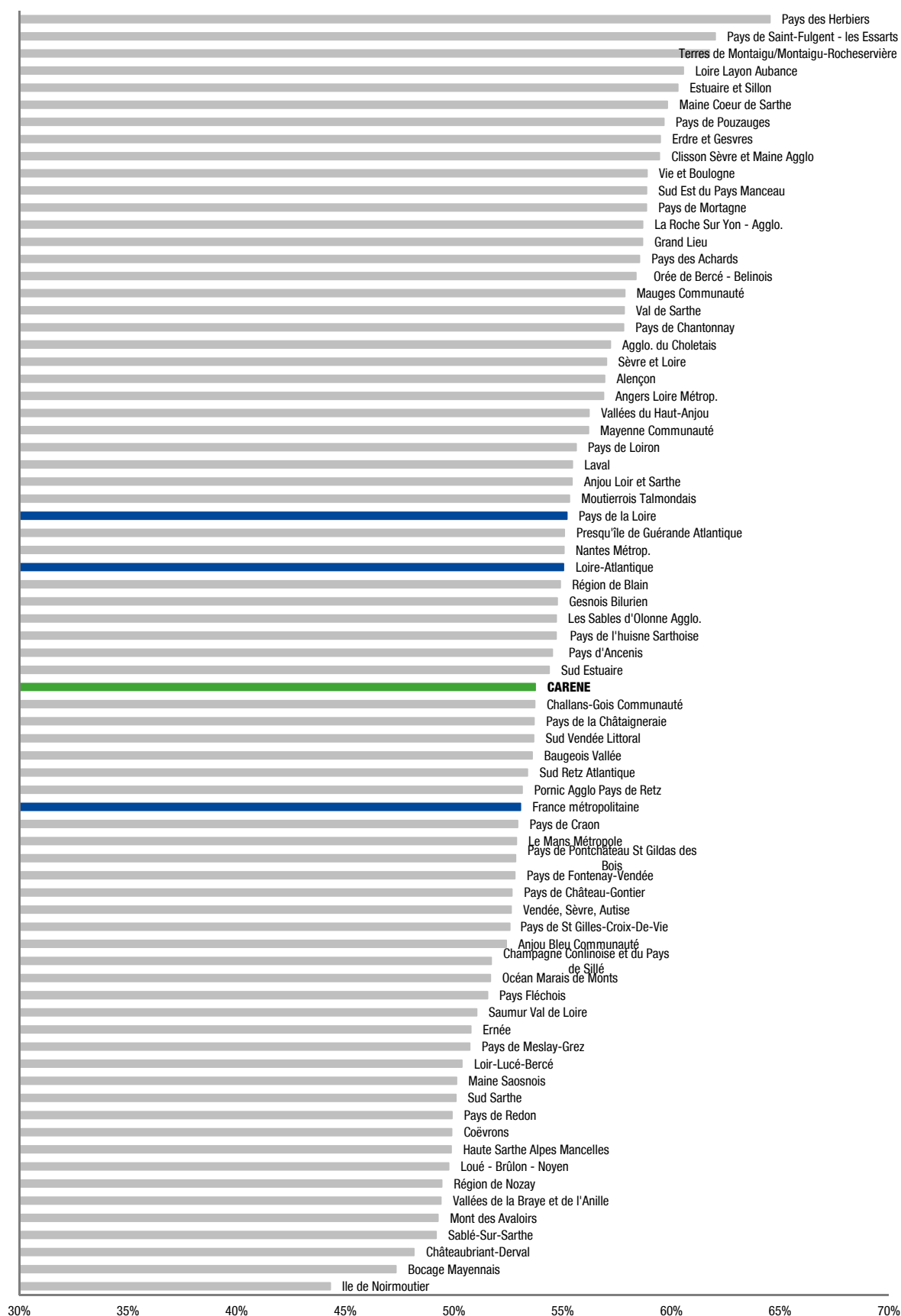
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence de personnes hospitalisées supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe22 Proportion¹ de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des 36 derniers mois

Pays de la Loire (2015-2017)



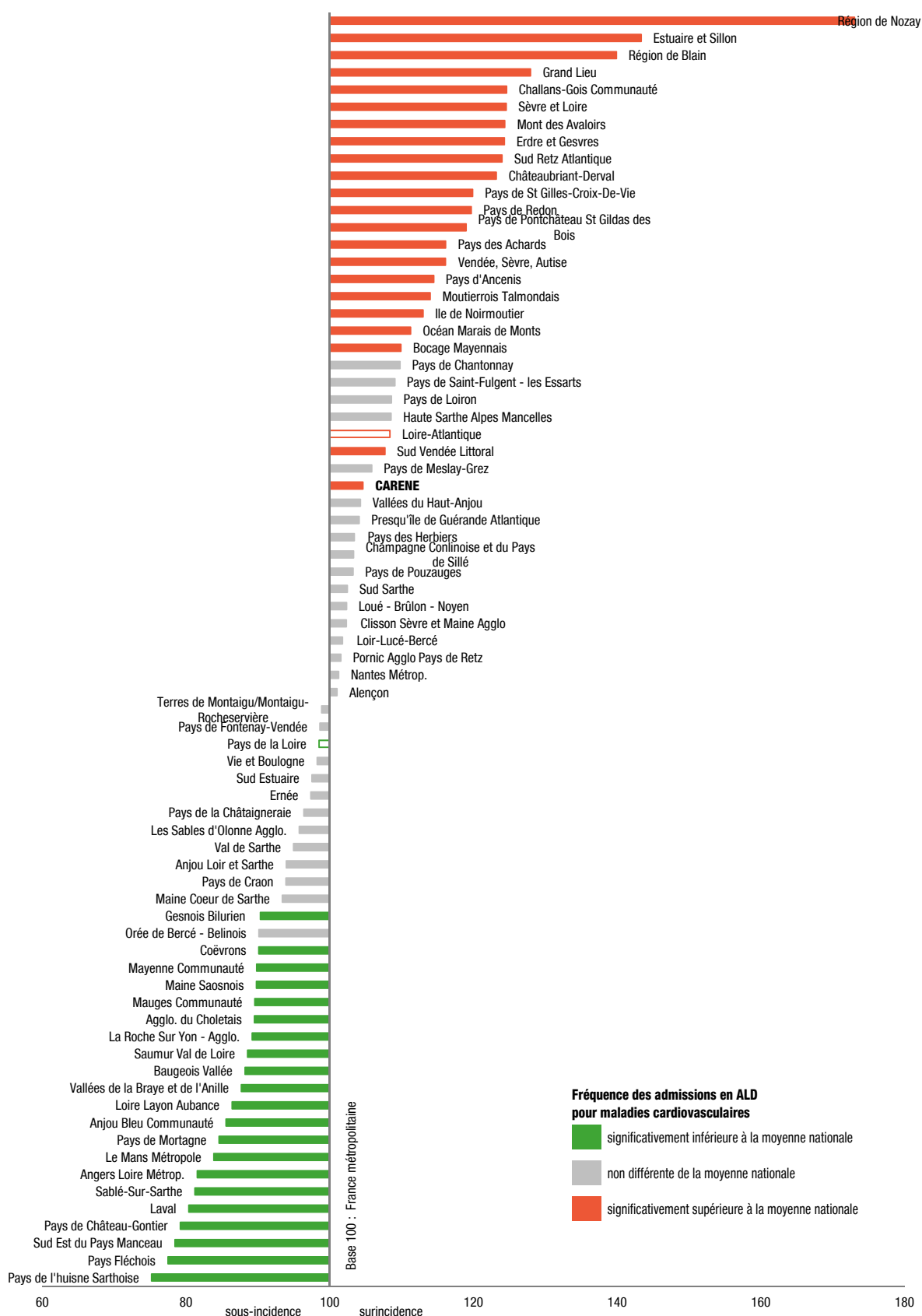
Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de La Loire

Champ : population tous régimes. / 1 Proportion standardisée selon l'âge



Annexe23 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

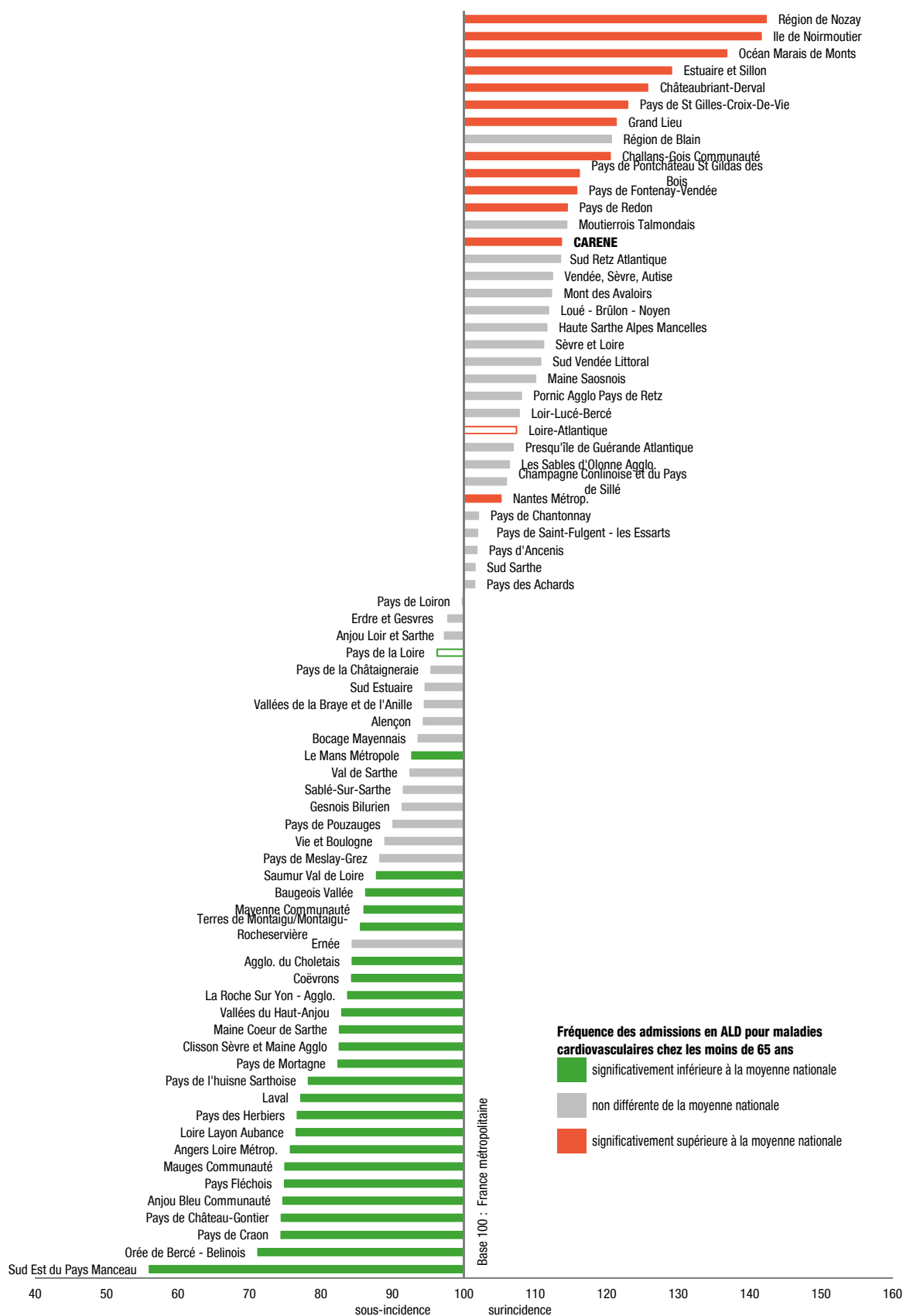
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe24 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

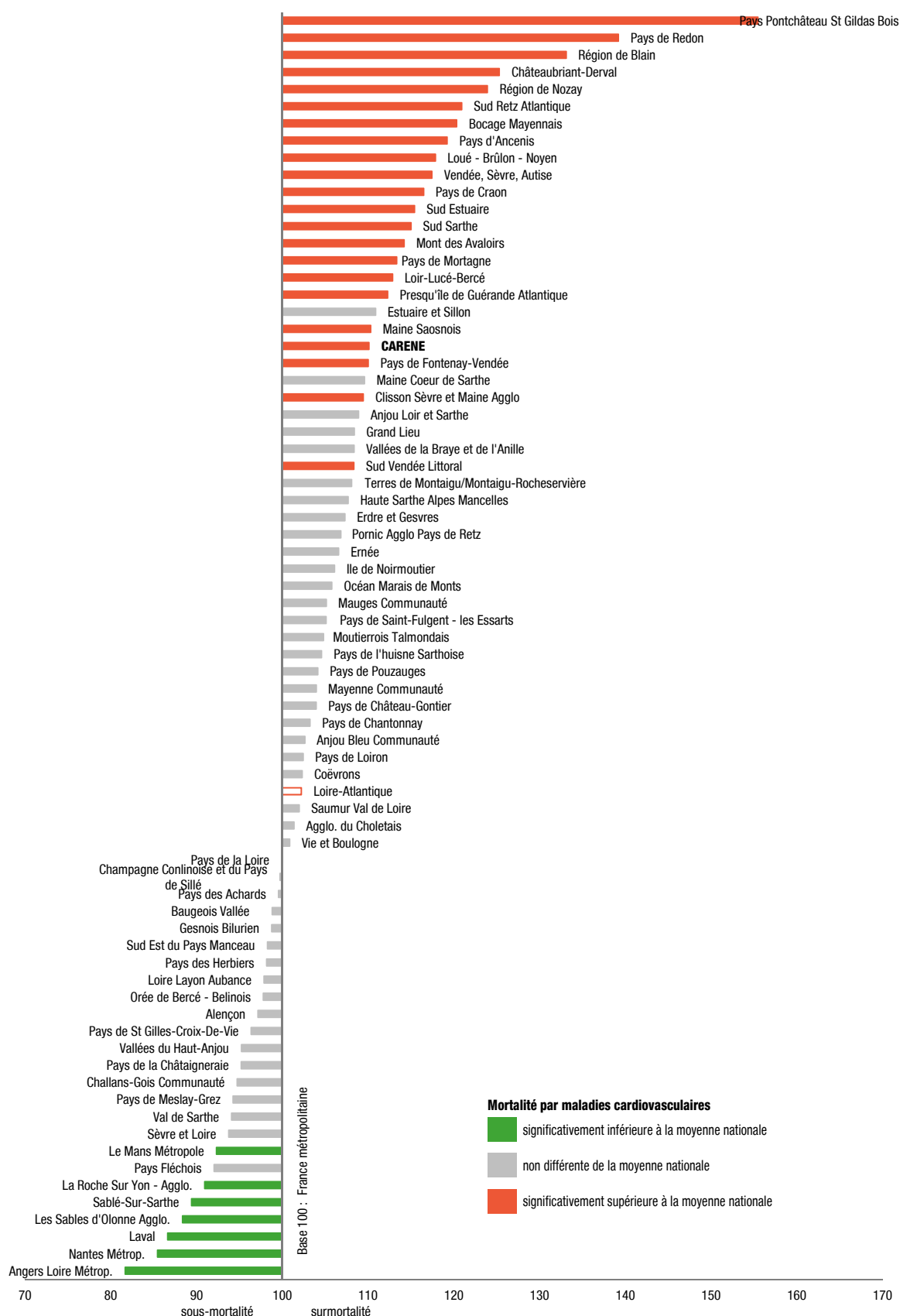
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe25 Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

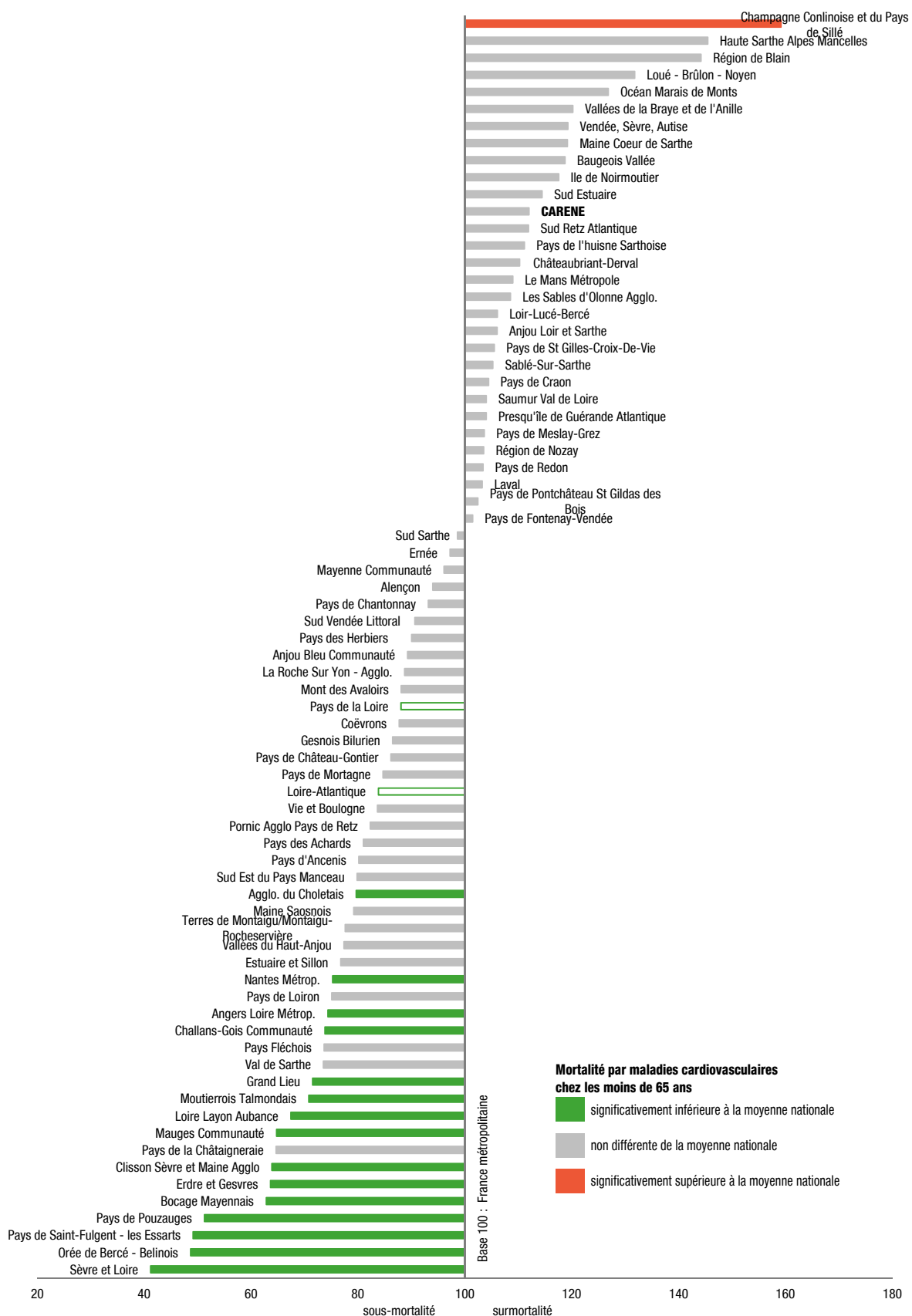
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe26 Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

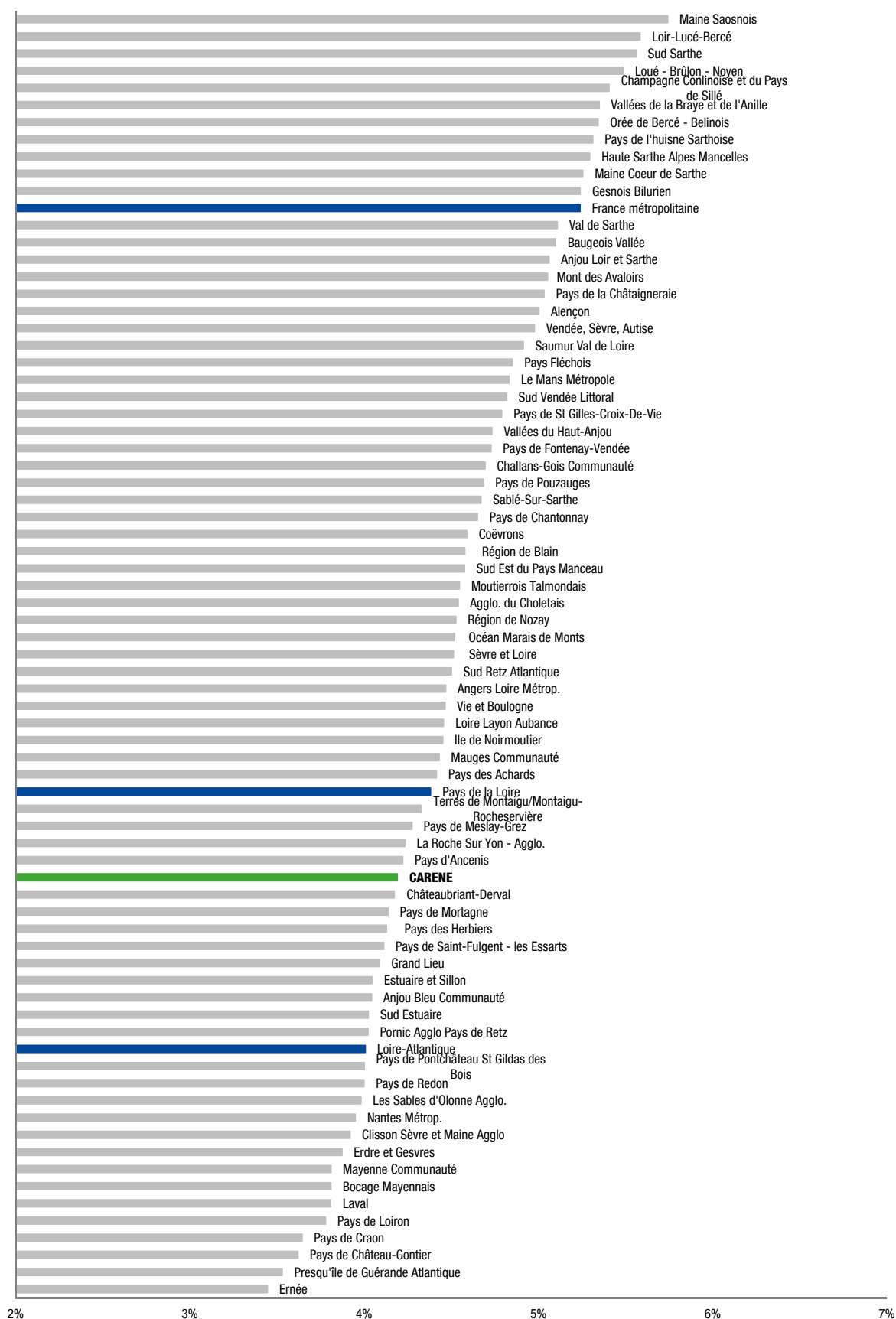
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe27 Proportion¹ de personnes prises en charge pour un diabète selon les EPCI

Pays de la Loire

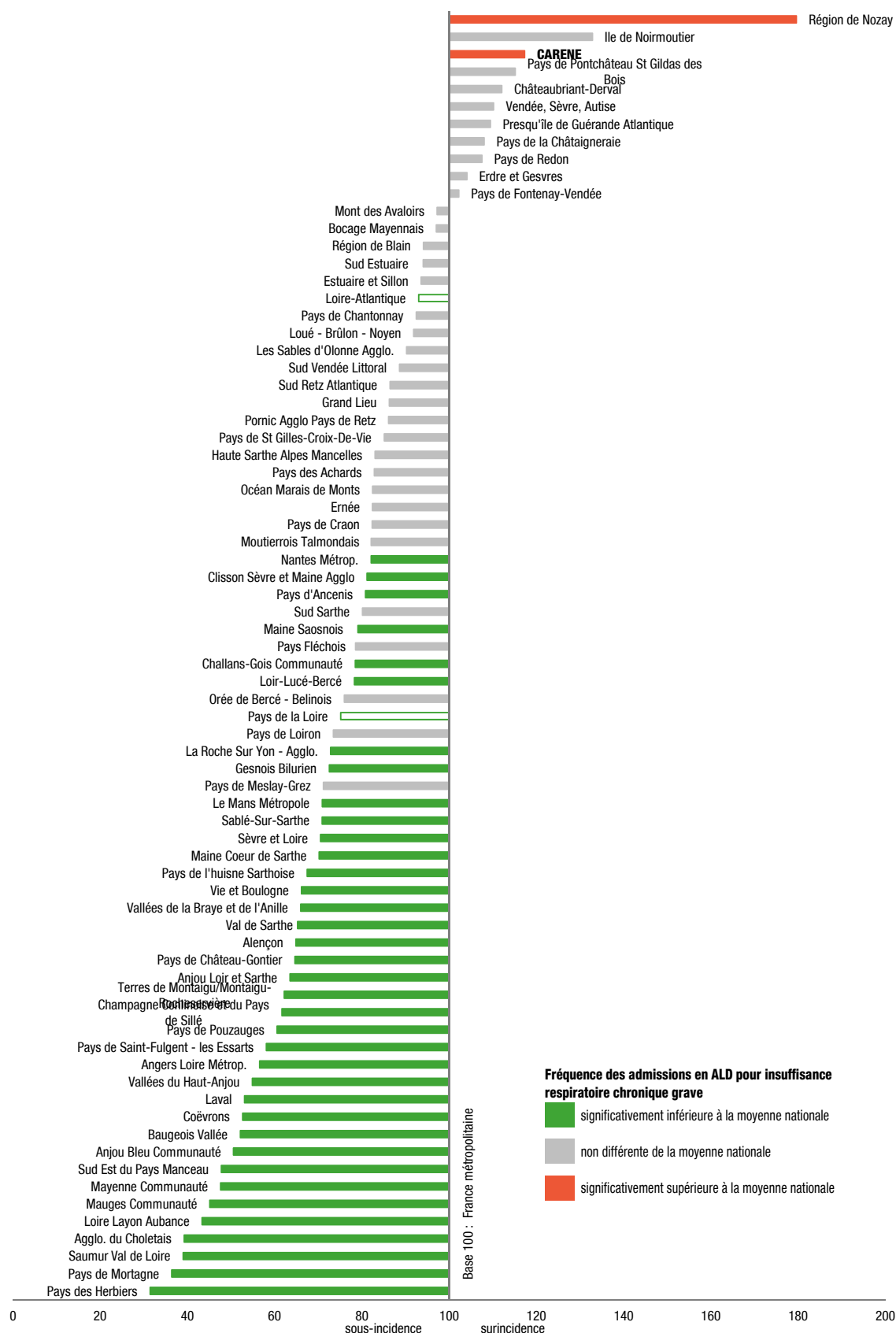


Source : DCIR, PMSI (SNDS) (années 2015 et 2016) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes. / ¹ Proportion standardisée selon l'âge



Annexe28 Indice comparatif d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

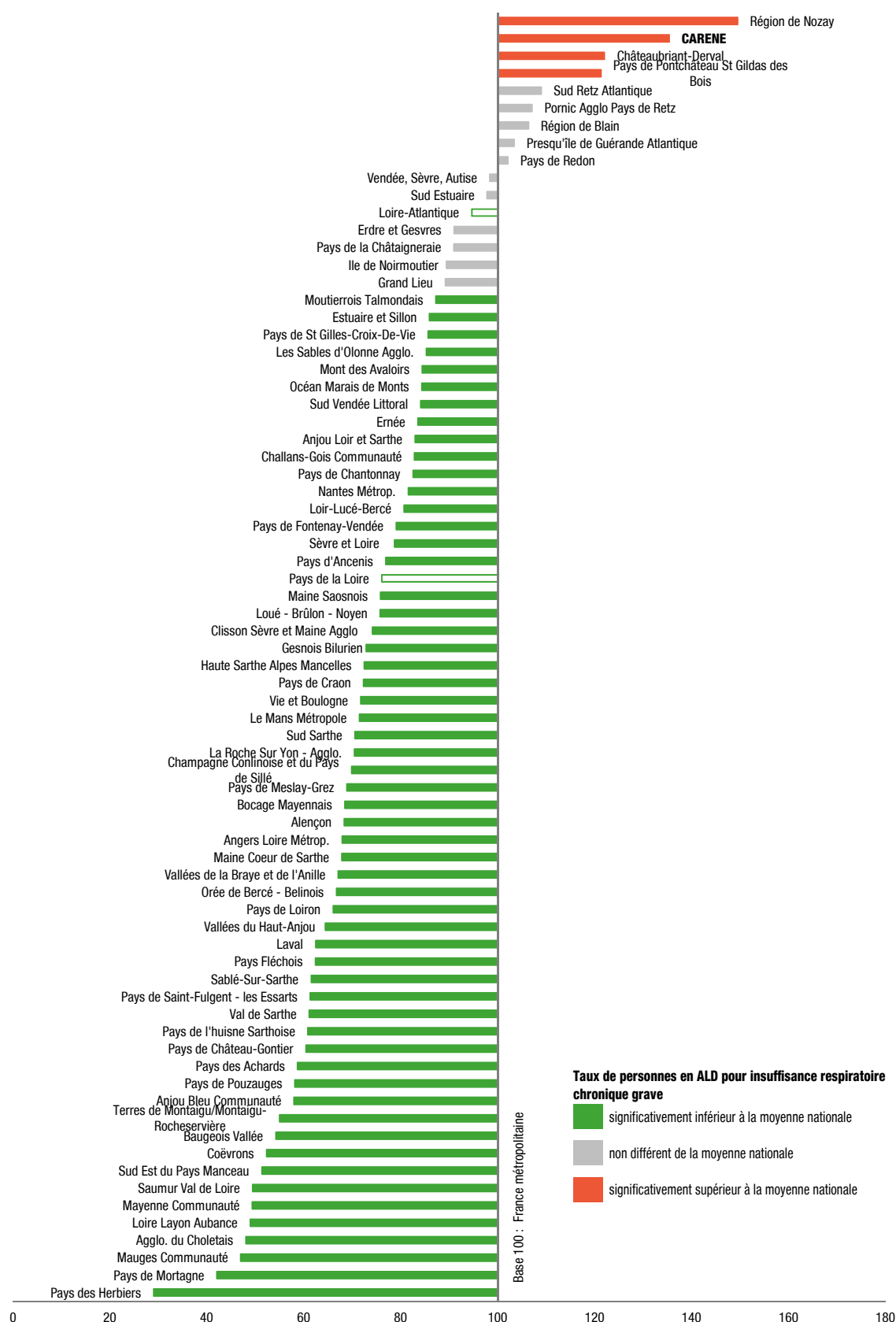
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe29 Indice comparatif de personnes en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave selon les EPCI

Pays de la Loire (2016)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de personnes en ALD qui serait obtenu si les taux de personnes en ALD pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

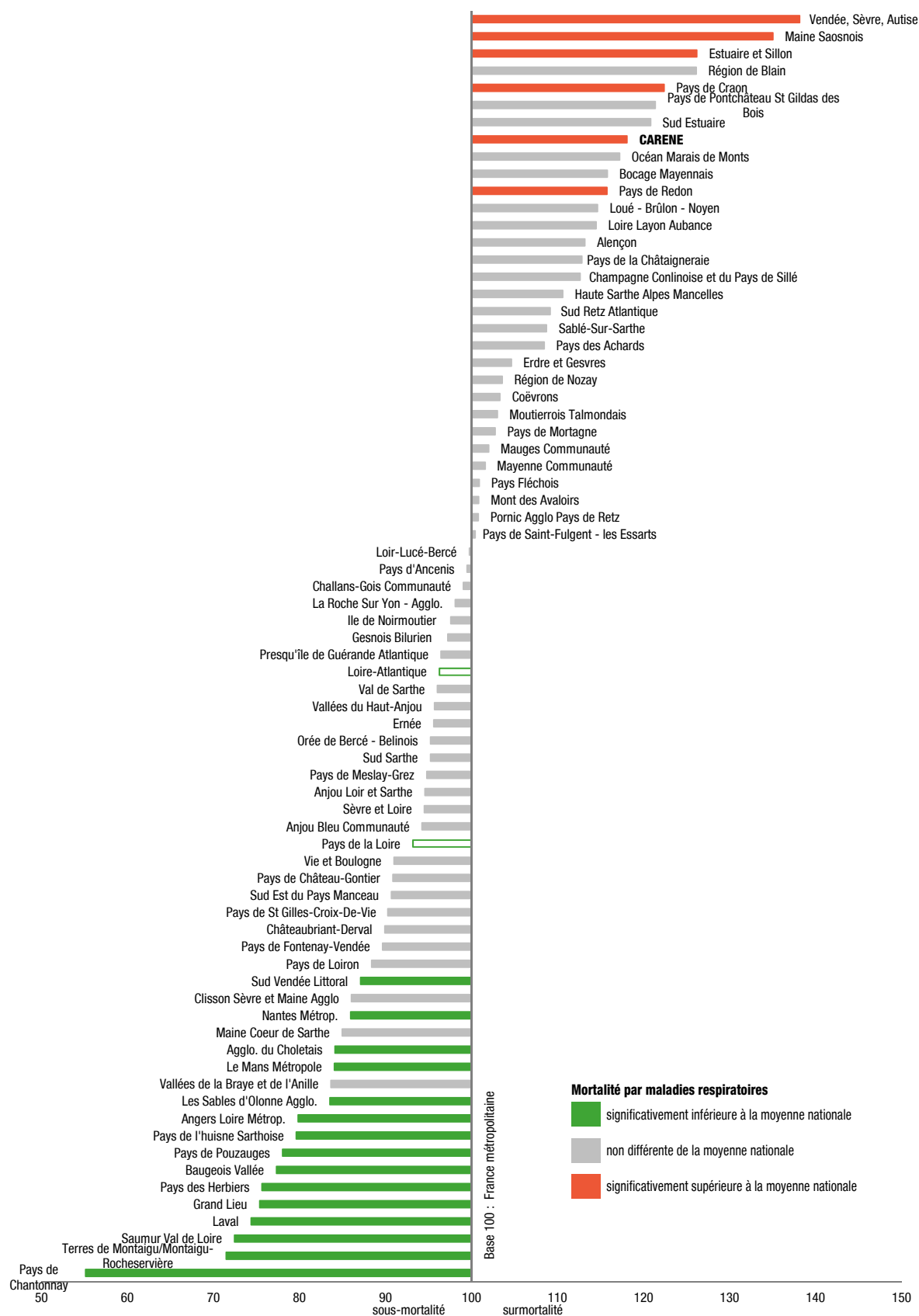
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence de personnes en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe30 Indice comparatif de mortalité par maladies respiratoires selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

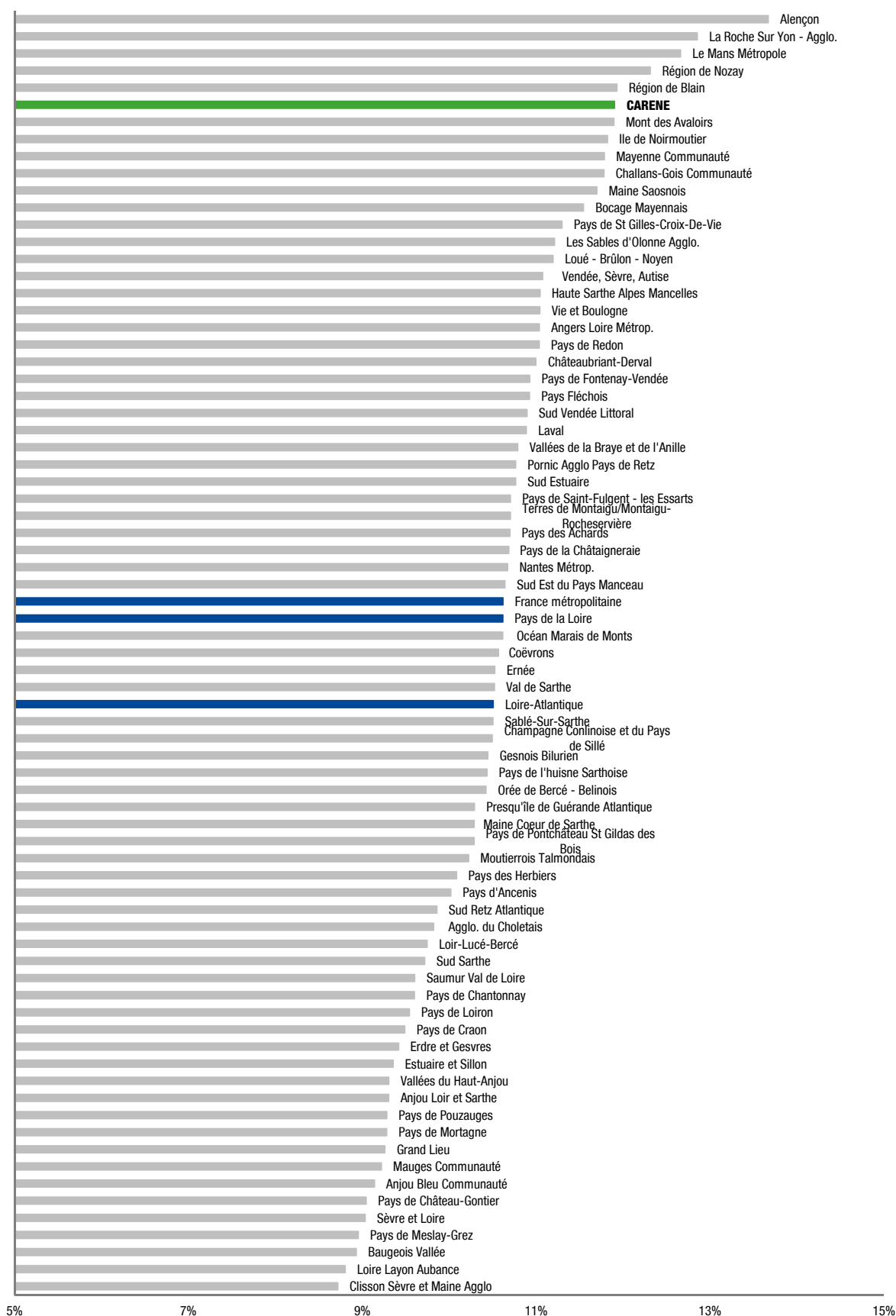
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe31 Proportion¹ de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon les EPCI

Pays de la Loire (2016)



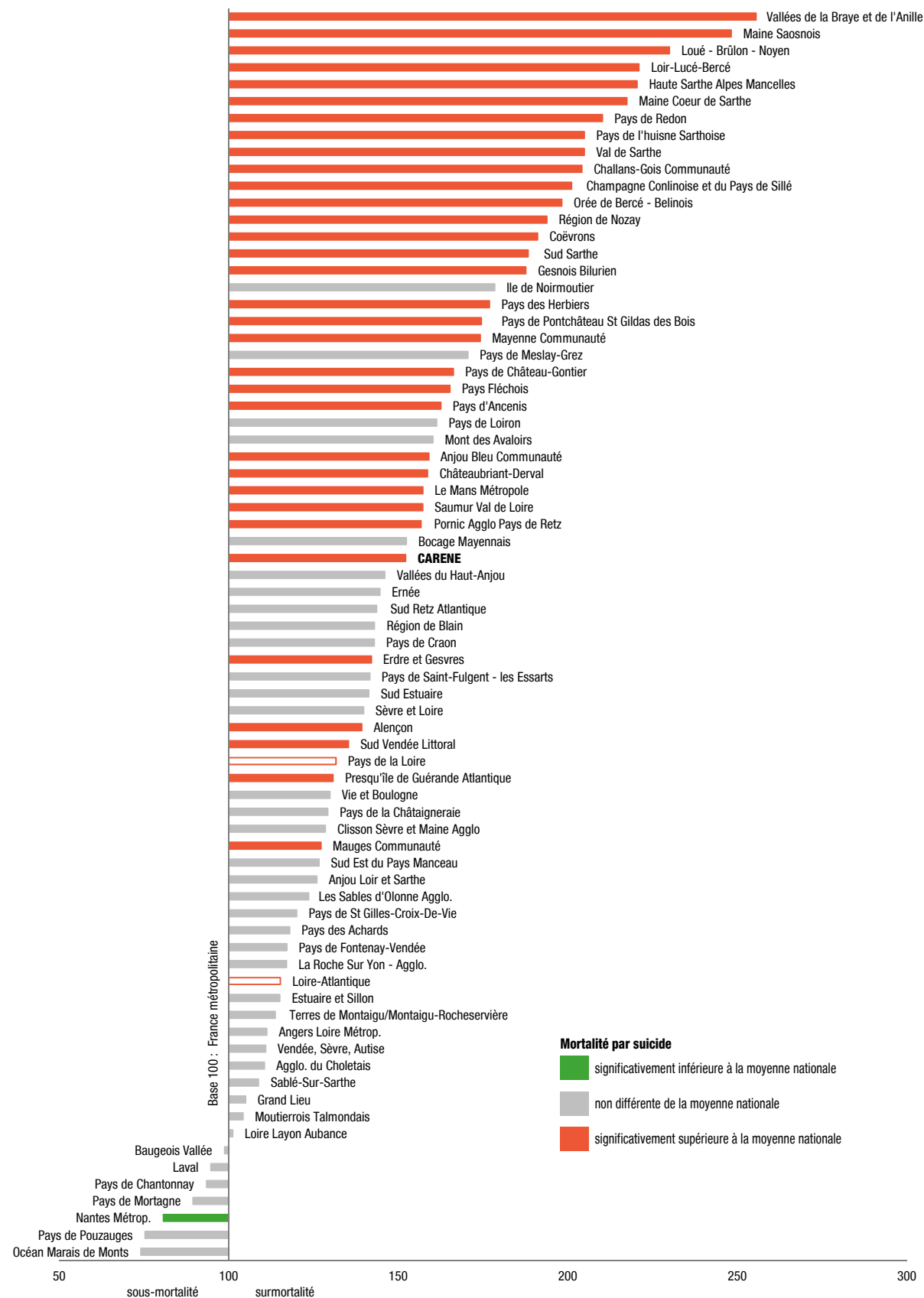
Source : DCIR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : population tous régimes. / ¹ Proportion standardisée selon l'âge



Annexe32 Indice comparatif de mortalité par suicide selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

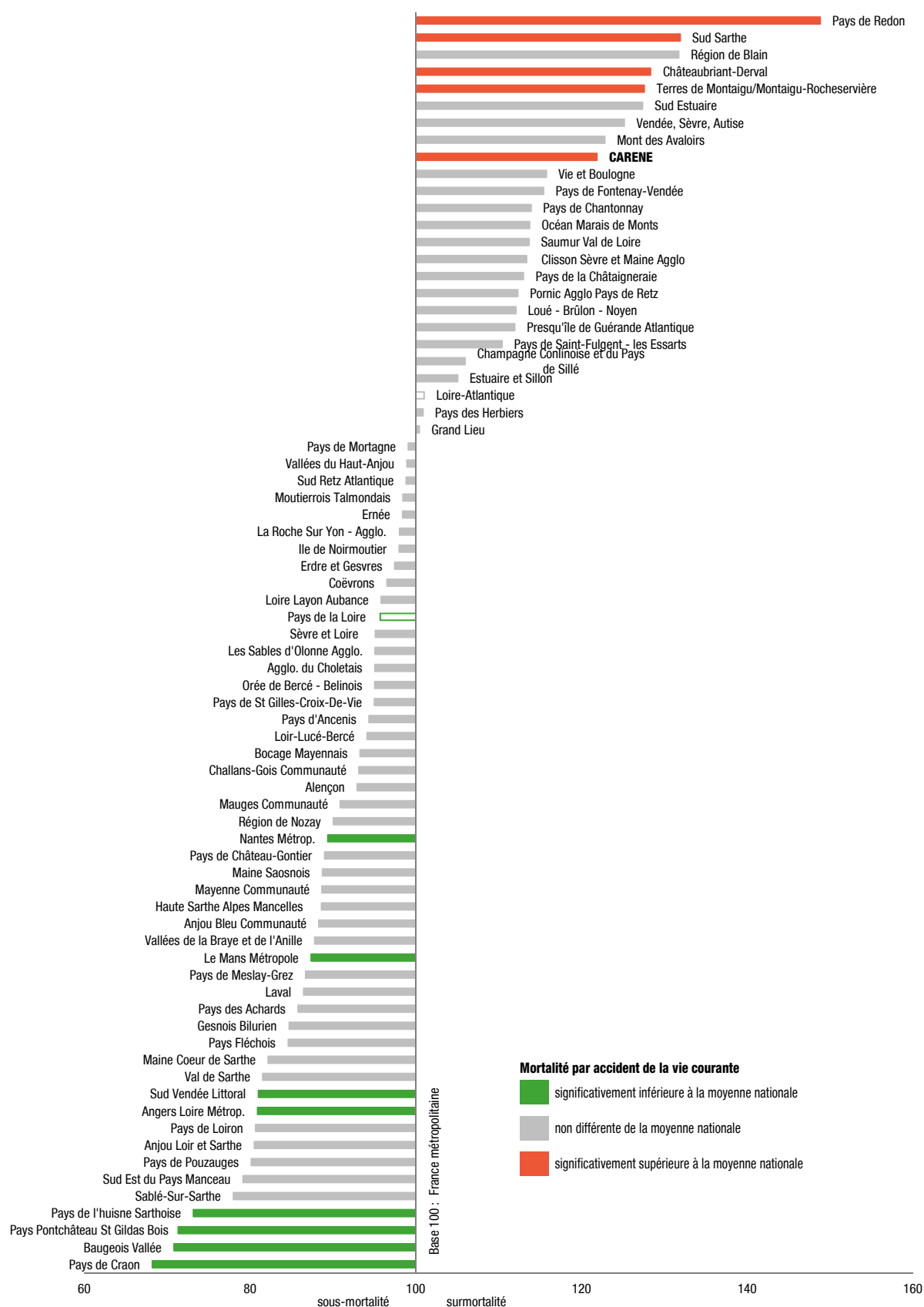
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe33 Indice comparatif de mortalité par accident de la vie courante selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

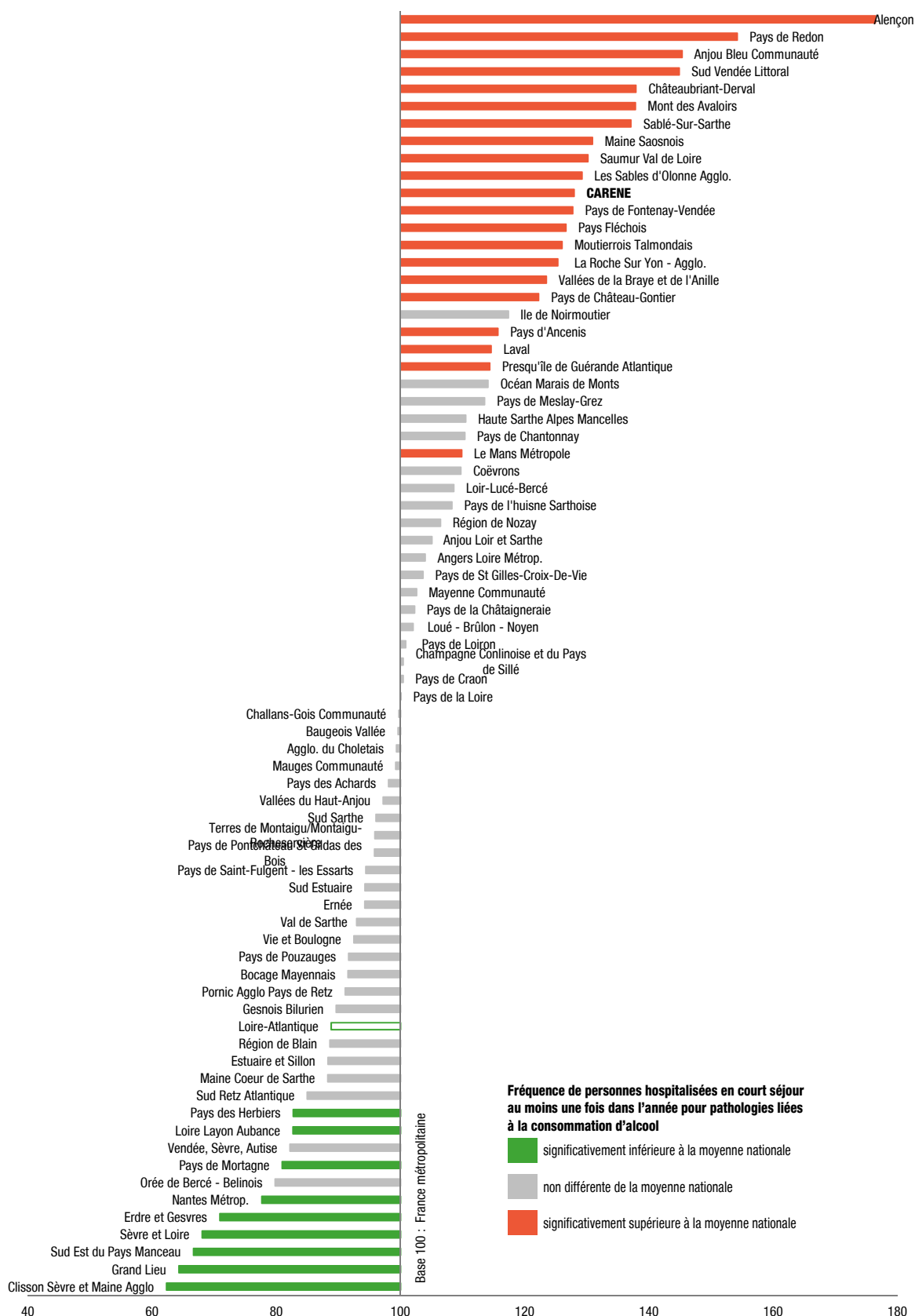
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe34 Indice comparatif d'hospitalisation en court séjour pour pathologies liées à la consommation d'alcool selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2015-2017)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en court séjour qui serait obtenu si les taux de personnes hospitalisées pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

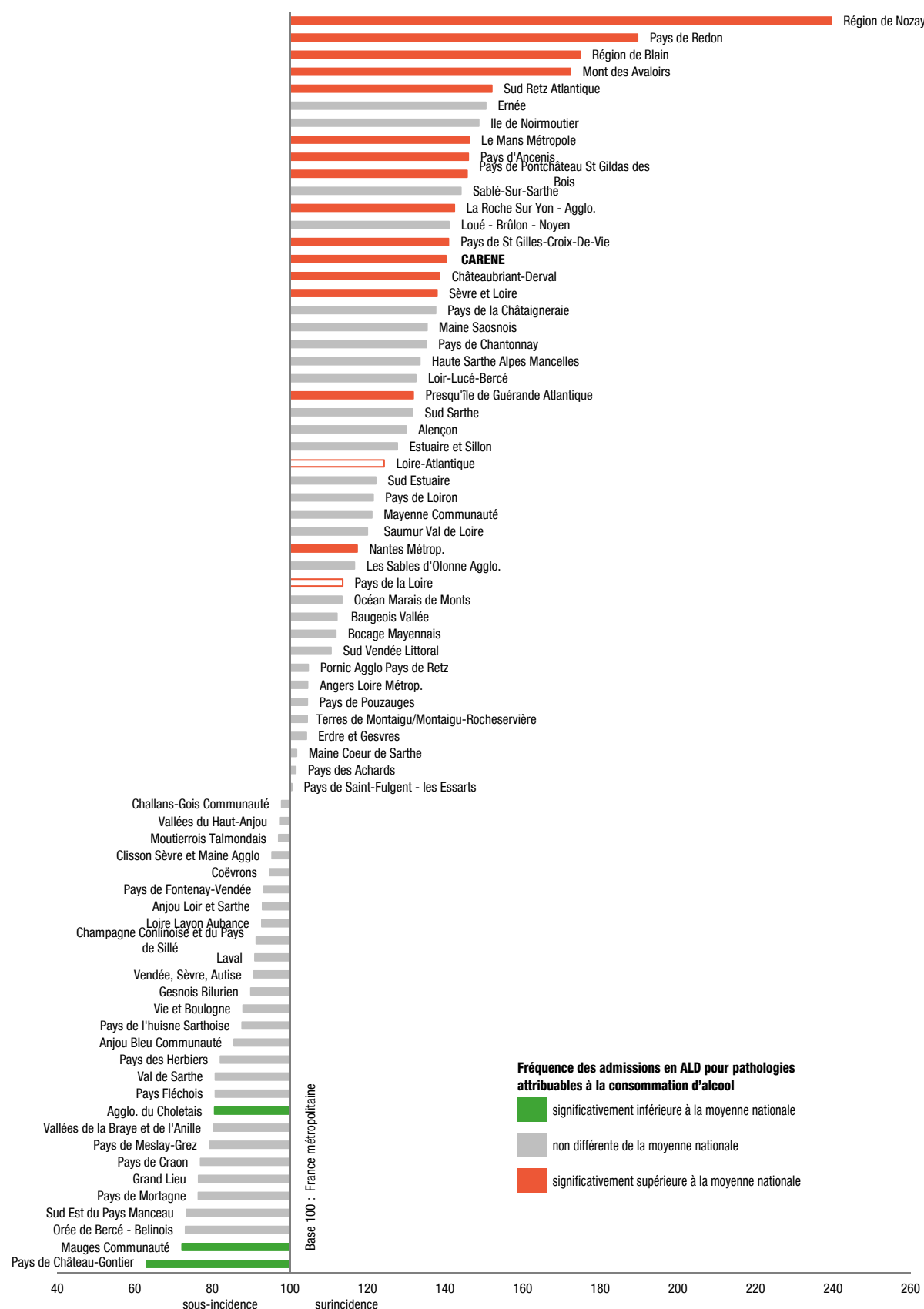
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence de personnes hospitalisées supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe35 Indice comparatif d'admissions en ALD pour pathologies attribuables à la consommation d'alcool selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



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

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD qui serait obtenu si les taux d'admissions pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

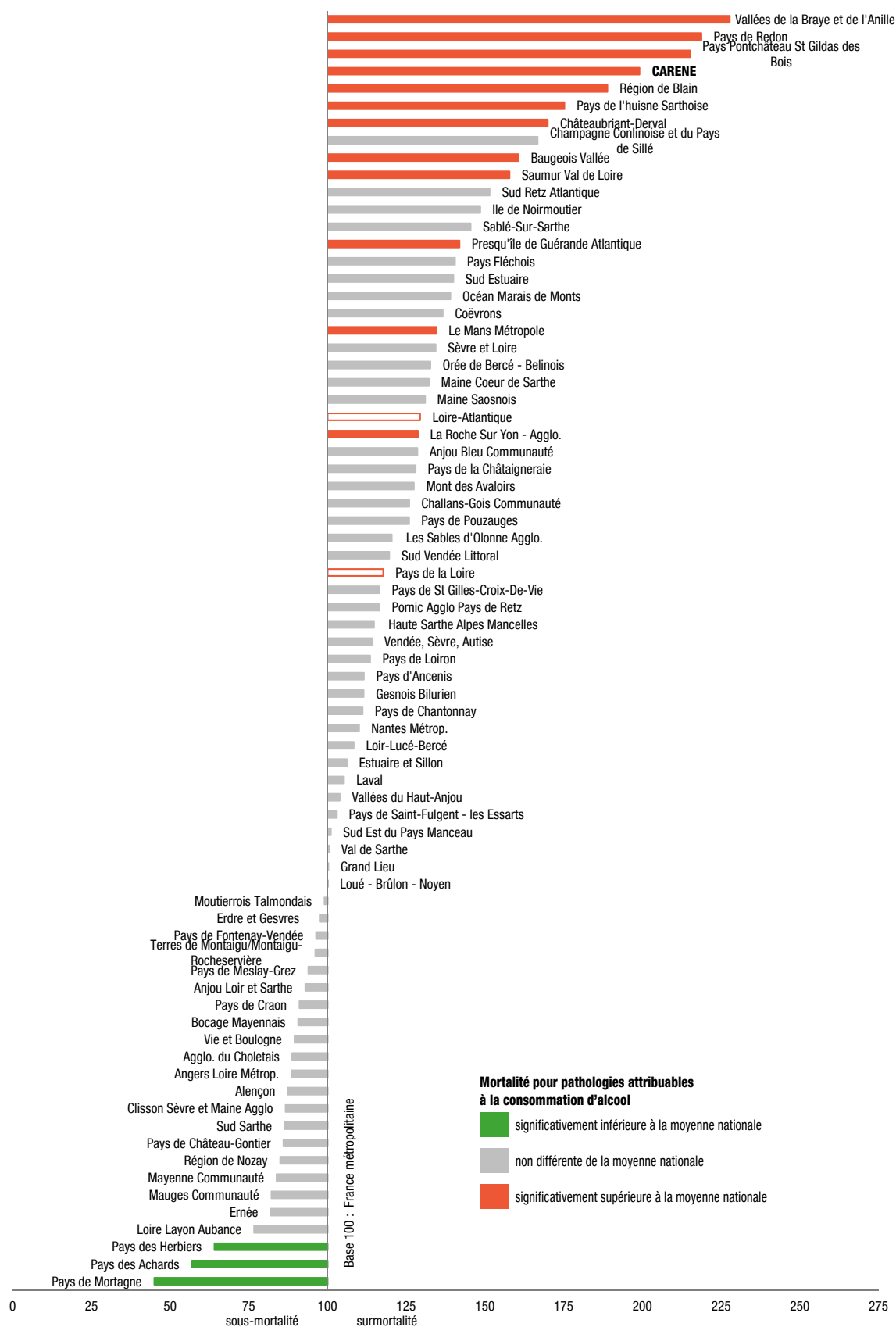
Lecture : L'indice comparatif France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 correspond à une fréquence des admissions en ALD supérieure de 7 % à la moyenne nationale, et un indice de 84 correspond à une fréquence inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



Annexe36 Indice comparatif de mortalité pour pathologies attribuables à la consommation d'alcool selon les EPCI

Pays de la Loire (moyenne 2011-2015)



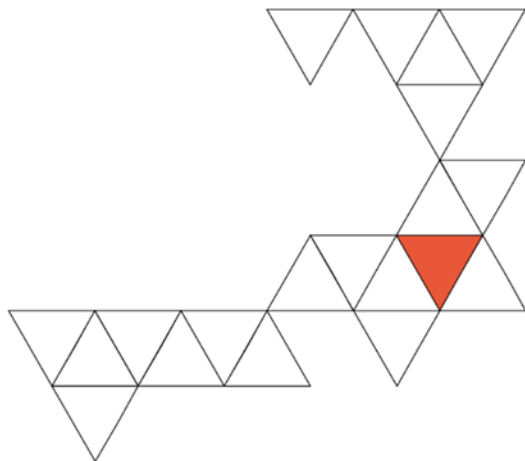
Sources : Inserm CépiDc, BCMD (SNDS), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Indice comparatif : Rapport en base 100 du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans l'EPCI étudié étaient identiques aux taux de France métropolitaine (standardisation indirecte sur l'âge).

Lecture : L'indice comparatif 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 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

Seuil de significativité : 5 %.



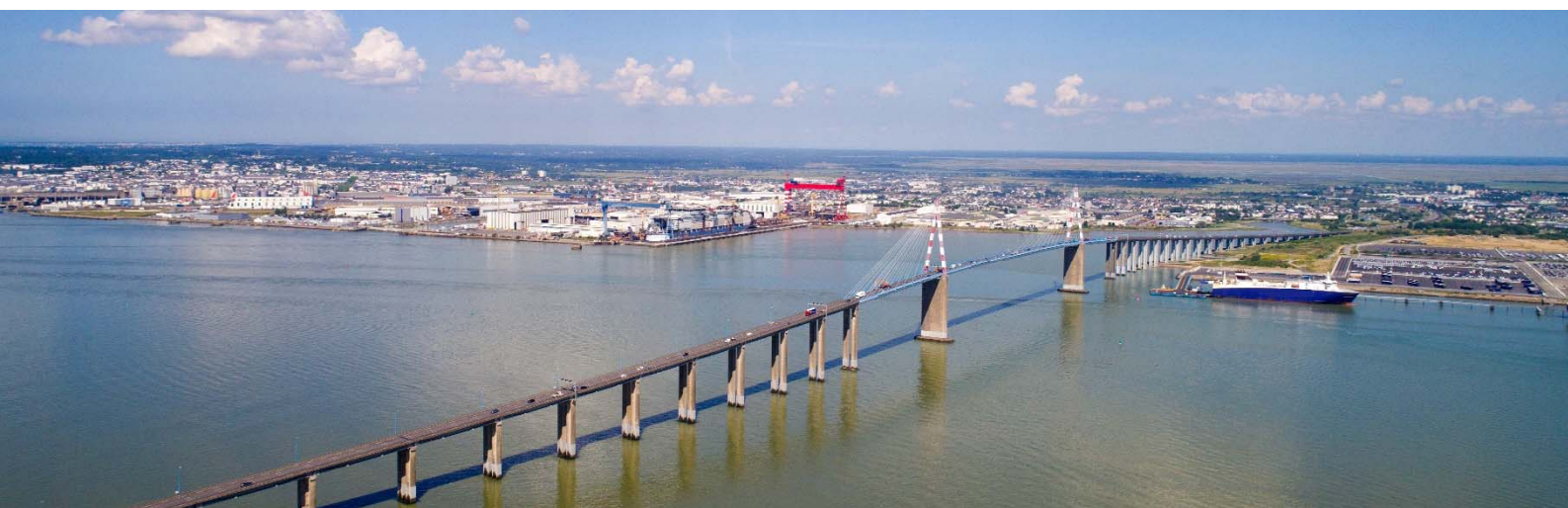


La santé des habitants de la Carene. 2019

Ce rapport a pour objectif de décrire les principaux problèmes de santé des habitants de la Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire (Carene), grâce à l'analyse croisée de données statistiques.

Y sont notamment détaillées les caractéristiques socio-démographiques des habitants du territoire, des données d'état de santé par groupe de population (enfants, personnes âgées...) et par pathologies (maladies cardiovasculaires...). Ce document offre en outre un regard sur les inégalités territoriales et sociales de santé dans la région de Saint-Nazaire.

Cette étude a été financée par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire.



Observatoire régional de la santé des 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/ors/

