

Janvier 2020

LA SANTÉ DANS LE POLE MÉTROPOLITAIN LOIRE ANGERS

Déterminants de santé - État de santé - Recours
aux soins - Offre de soins - Leviers en matière
d'urbanisme et d'aménagement



L'ORS Pays de la Loire et l'Aura autorisent
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.

Sommaire

Sommaire	3
Introduction	6
Volet 1 : contexte socio démographique et déterminants de santé	9
Contexte démographique : une population vieillissante	10
Les déterminants de santé	11
Les inégalités sociales de santé, une composante majeure	12
Les facteurs environnementaux, une autre composante essentielle des inégalités de santé	13
Qualité des logements	13
Qualité du cadre de vie	15
Qualité de l'air extérieur	17
Qualité de l'eau	19
Changement climatique	22
Comportements individuels / modes de vie	24
Volet 2 : état de santé des populations (ORS)	25
Vue d'ensemble de l'état de santé	26
Espérance de vie et mortalité générale	26
Mortalité prématurée	28
Maladies chroniques	30
Problèmes de santé et pathologies	33
Cancers	33
Maladies cardiovasculaires	38
Diabète	41
Maladies respiratoires	43
Troubles mentaux et du comportement, suicide	45
Personnes traitées par médicaments psychotropes	45
Troubles mentaux et du comportement (hors démences)	46
Maladie d'Alzheimer et autres démences	48
Tentatives de suicide et suicides	48
Conséquences des accidents	50
Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé	53
Volet 3 : offre et recours aux soins	57
L'offre de soins hospitaliers	58
Les principaux établissements de santé	58
L'offre de « soins de ville »	59
L'offre en médecins généralistes libéraux	59
Un exercice en groupe de plus en plus répandu	61
Et en termes de prospective...	63
L'offre en autres spécialités de médecine	65
L'offre en chirurgiens-dentistes libéraux	66
L'offre en infirmiers	68
L'offre en masseurs-kinésithérapeutes libéraux	70
L'offre en sages-femmes libérales	72
Autres professionnels de santé libéraux	74
Autres services médicaux	75
Analyse croisée	76
Localisation de l'offre de soins de premiers recours par rapport à l'offre urbaine	78
Recours aux soins (ORS)	82
Consultations en ville et en établissements de santé	82
Médecins généralistes	82
Autres médecins spécialistes	83
Chirurgiens-dentistes	86
Masseurs-kinésithérapeutes	88
Recours aux services d'urgences	90
Recours aux services hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique	92



Volet 4 : quels leviers des politiques locales d'urbanisme, d'aménagement et de planification sur la santé ?	95
Axe 1 : Réduire les émissions et expositions aux polluants, risques et nuisances	98
Exemples d'ici	98
Orientation d'aménagement et de programmation « bioclimatisme et transition écologique » du Plan Local d'Urbanisme intercommunal d'Angers Loire Métropole en cours de révision	98
Plan de prévention du bruit dans l'environnement de l'agglomération d'Angers	99
Le Plan climat air énergie territorial du Pôle métropolitain Loire Angers	100
Exemples d'ailleurs	101
Traitement des îlots de chaleurs urbains à Bordeaux	101
Axe 2 : Promouvoir des modes de vie favorables à la santé, notamment activité physique et alimentation	102
Exemples d'ici	102
Lier santé, bien-être et sport : la politique angevine en faveur de la pratique autonome du sport	102
Projet alimentaire territorial de la communauté de communes Loire Layon Aubance	103
Exemples d'ailleurs	104
L'outil HEAT : évaluation économique des effets sur la santé des mobilités actives	104
Axe 3 : Favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants	105
Exemples d'ici	105
Le schéma directeur des paysages angevins 2019-2025	105
Exemples d'ailleurs	106
Des zones calmes aux espaces de ressourcement à Rennes Métropole	106
Axe 4 : Permettre l'accès aux soins et aux services socio-sanitaires	107
Exemples d'ici	107
Construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle en centre-bourg à Martigné-Briand	107
Axe 5 : Réduire des inégalités de santé entre les différents groupes socio-économiques et prêter attention aux personnes vulnérables	108
Exemples d'ici	108
Volet social et sanitaire de l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat d'Angers Loire Métropole	108
Axe 6 : Soulever et gérer les antagonismes entre les différentes politiques	109
Exemples d'ailleurs	109
Suivi de la qualité de l'air intérieur dans les habitations d'un éco-lotissement à Langouët (35)	109
Axe 7 : Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés dont les citoyens	110
Exemples d'ici	110
Evaluation des impacts en santé du projet de renouvellement urbain de Monplaisir	110
Exemples d'ailleurs	111
Démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé sur le projet ANRU du Gros Chêne à Rennes	111
Axe 8 : Penser un projet adaptable, prendre en compte l'évolution des modes de vie	112
Exemples d'ici	112
Ecolodo - Cohabitat - Verrières-en-Anjou (49)	112
Exemples d'ailleurs	113
Village passerelle - Cohabitat seniors solidaire et réversible à Montevault-sur-Evre (49)	113
Indicateurs : sources et limites	115
Références	119
Bibliographie	121
Annexes	123
Annexe 1	124
Annexe 2	124
Annexe 3	125
Annexe 4	126
Annexe 5	127
Annexe 6	127
Annexe 7	128
Annexe 8	128
Annexe 9	129

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Le vieillissement de la population, le maintien de la démographie médicale ou la réduction des inégalités territoriales de santé constituent des enjeux majeurs pour les collectivités locales. De même, l'accessibilité des services, des commerces, des loisirs, la gestion des crèches et des établissements scolaires, l'urbanisme, l'aménagement des infrastructures de transport, la gestion de l'eau et des déchets, l'habitat... sont des champs de compétences des collectivités locales mais aussi des leviers pour améliorer la santé des habitants. Ainsi, indépendamment de leurs compétences réglementaires, une bonne connaissance des problématiques d'état de santé de leur population et de l'offre de soins dans ses différentes dimensions est primordiale pour la mise en œuvre, par les collectivités, de politiques territoriales favorables à la santé.

Dans le cadre des travaux pour la révision du SCoT du Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), l'Agence d'urbanisme de la région angevine (Aura) a inscrit dans son programme de travail 2019, une réflexion sur la santé à l'échelle du PMLA qui comprend 3 intercommunalités :

- la communauté urbaine Angers Loire Métropole (CU ALM) ;
- la communauté de communes Loire Layon Aubance (CC LLA) ;
- la communauté de communes Anjou Loir et Sarthe (CC ALS).

Si la thématique de la santé est portée depuis longtemps par les communes et notamment celles d'Angers et Trélazé en lien avec la politique de la ville, c'est plus récemment qu'Angers Loire Métropole s'est engagée dans un Contrat local intercommunal de santé, pour promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé, dont une des ambitions est de développer un environnement et des territoires favorables à la santé (CLS signé en juillet 2019).

Les communautés de communes Loire Layon Aubance et Anjou Loir et Sarthe ne sont pas encore engagées dans cette démarche, pour autant l'accès aux soins est un enjeu important pour ces territoires.

Menée à l'échelle du PMLA et réalisée dans le cadre d'un partenariat entre l'Aura et l'Observatoire régional de la santé (ORS), la présente étude vise à apporter une base relativement solide aux territoires pour qu'ils s'en emparent et explorent les exemples concrets qui leur sont proposés pour la mise en œuvre d'un urbanisme favorable à la santé (UFS). Concept initié par le réseau des Villes Santé de l'OMS Europe en 1987, l'urbanisme favorable à la santé est «un ensemble de pratiques d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du Développement Durable»¹.

En France, le concept n'est réinvesti que depuis la fin de la première décennie 2000, notamment avec les lois dites Grenelle (loi Grenelle I du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement et loi Grenelle II du 12 juillet 2010 portant Engagement national pour l'environnement), promulguées pour mettre en œuvre les engagements du Grenelle de l'environnement :

- amélioration de la performance énergétique des bâtiments, nuisances lumineuses et sonores et autres expositions comptant un risque pour la santé, évolutions des procédures réglementaires en matière d'évaluation environnementale (EE) des plans, projets et programmes, ... ;
- création des Agences Régionales de la Santé (ARS), dont la compétence dans le secteur santé-environnement, comprend le suivi de la qualité de l'eau, de la qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne, le niveau des nuisances sonores, la qualité de l'air extérieur, l'impact sur la santé des activités humaines, ...
- déploiement des démarches d'Évaluation d'Impacts sur la Santé (EIS).

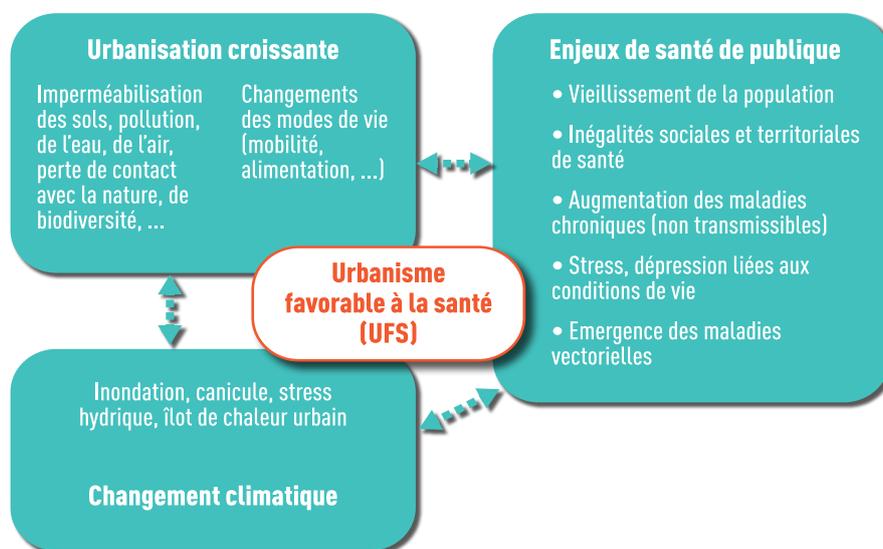
Depuis, l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a élaboré des guides « Agir pour un urbanisme favorable à la santé » (2014) et un outil d'aide à l'analyse des Plans Locaux d'Urbanisme (PLU) au regard des enjeux de santé (mai 2016).²

¹ Guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, Barton et Tsourou, 2000

² <https://www.ehesp.fr/2014/09/16/nouveau-guide-agir-pour-un-urbanisme-favorable-a-la-sante-concepts-outils/>

L'aménagement du territoire et particulièrement la qualité de l'environnement urbain dans lequel la population évolue influent sur sa santé et son bien-être. Les choix d'aménagement constituent d'importants leviers de prévention et de promotion de la santé. Ils complètent les actions menées par les services santé publique des collectivités (prévention, vaccination, ...) et les actions d'éducation à la santé menées localement et nationalement, qui ne font pas l'objet de cette analyse.

Le schéma ci-contre montre comment l'UFS se situe à la croisée des enjeux et pressions que subissent les territoires.



Source : Roué Le Gall A. & Thomas MF, 2018

L'objectif de la planification urbaine pour un urbanisme favorable à la santé est de minimiser les impacts négatifs des aménagements sur la santé et de maximiser les impacts positifs, tout en agissant sur l'ensemble des déterminants. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (stress, dépression...), l'exposition aux agents délétères (substances nocives, bruit, ...), constituent autant d'enjeux de santé publique fortement déterminés par la qualité de l'environnement urbain.

L'objectif de cette étude est de disposer d'éclairages précis sur l'état de santé, le recours aux soins dans le PMLA. Le croisement des regards de l'Aura et de l'ORS doit permettre de mettre à disposition des territoires quelques bases dont ils pourront s'emparer pour mieux prendre en compte la santé, notamment dans le cadre de leurs documents de planification et de leurs projets d'aménagement.

L'étude se décompose en 4 parties :

1. Contexte socio-démographique et déterminants de santé : l'état de santé de la population ne dépend pas seulement de la qualité du système de santé qui lui est proposé, mais aussi de ses conditions de vie, de déterminants sociaux, environnementaux et économiques. Si le vieillissement de la population est un enjeu pour tous les territoires, d'autres problématiques sont plus localisées (exposition aux risques, bâti dégradé, accès à la nature, ...)
2. L'état de santé et le recours aux soins des populations : cette analyse fondée sur les données disponibles dans les différentes sources médico-administratives permet d'approcher les problèmes de santé les plus fréquents et graves. Globalement, l'état de santé de la population du PMLA apparaît relativement satisfaisant au regard des moyennes régionales et nationales. Quelques indicateurs témoignent cependant des efforts qui restent à mener.
3. L'offre de soins est appréciée à partir de plusieurs sources disponibles en accès libre. Cette offre est globalement importante dans le PMLA, avec toutefois des écarts sensibles au sein du territoire. Elle se caractérise actuellement par des évolutions en matière de démographie et de modalités d'exercice, notamment en matière de soins de premier recours.
4. Le lien avec les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Dans cette dernière partie, quelques exemples de programmes ou actions, menés localement ou non, directement associés à l'élaboration d'un document de planification³ ou très opérationnels, viennent illustrer les huit axes qui fondent un urbanisme favorable à la santé.

³ <http://www.scot-vesoulvaldesaone.fr/actualites/126-le-scot-innove-en-faveur-d-un-projet-de-developpement-favorable-a-la-sante-des-habitants-du-pays.html>



VOLET I : CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ



VOLET I : CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE : UNE POPULATION VIEILLISSANTE

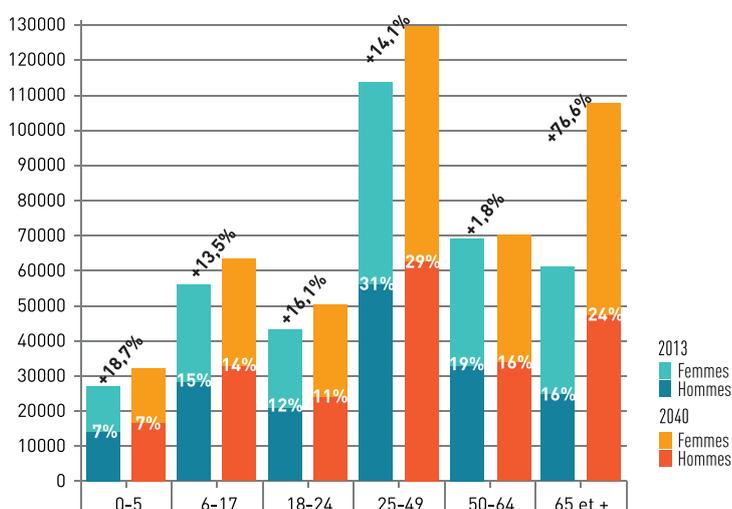
La population du PMLA a connu, comme au niveau national, un vieillissement marqué ces dernières années. La population âgée de 60 ans et plus est passée de 19 à 23%, soit plus de 20 000 personnes supplémentaires. Ce vieillissement a davantage touché Angers Loire Métropole et la CC Loire Layon Aubance.

Structure par âge de la population en 2014 et son évolution 1999-2014

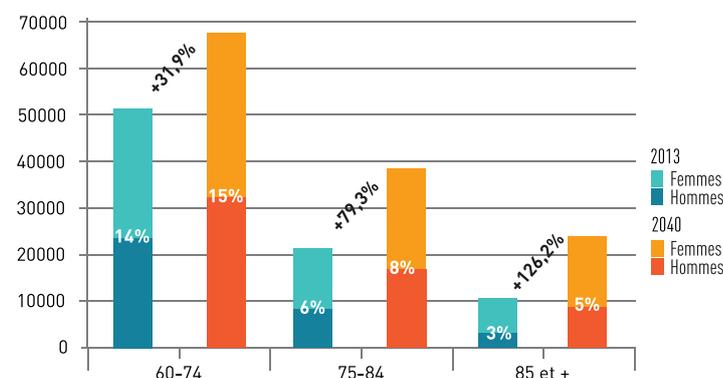
	0-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	75 ans et +
Angers	16% →	31% ↓	17% ↓	16% ↑	12% ↑	9% ↑
ALM hors Angers	20% ↓	16% ↓	18% ↓	22% ↑	16% ↑	8% ↑
CU Angers Loire Métropole	18% →	24% ↓	17% ↓	19% ↑	14% ↑	9% ↑
CC Anjou Loir et Sarthe	22% ↑	14% ↓	21% →	19% ↑	14% →	9% →
CC Loire Layon Aubance	22% ↑	14% ↓	21% ↓	20% ↑	15% ↑	9% →
PMLA	19% →	22% ↓	18% ↓	19% ↑	14% ↑	9% ↑

© Aura - Sources: INSEE RP 1999 et 2014

Population du PMLA en 2013, population estimée en 2040 et taux d'évolution 2013-2040



D'ici 2040, on estime que la population âgée de 65 ans et plus augmentera de près de 80% et que cette tranche d'âge représentera près d'un quart de la population en 2040 contre 16% aujourd'hui. Parmi les plus de 65 ans, ce sont les plus de 85 ans, donc la population la plus touchée par la dépendance, dont la progression sera la plus importante puisque leur nombre devrait plus que doubler d'ici 2040.



On estime que 10%⁴ des 60 ans et plus du PMLA seraient touchés par la dépendance soit environ 13 000 personnes à horizon 2040, ce qui correspondrait à un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes par rapport à 2013.

© Aura - Avril 2019 - Sources : INSEE - Projection OMPHALE - scénario central

⁴ Estimation calculée à partir de l'application à la population du PMLA de taux de dépendance par âge et par sexe issus de INSEE Références, Données sociales - La société française - La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Michel Dué, Cyril Rebillard, Edition 2006, pp 613 à 619

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les conditions d'une « bonne » santé ne dépendent pas que de l'accessibilité à l'offre de soins puisqu'on estime que 80% des déterminants de santé ne relèvent pas du système de soins.

Pour promouvoir la santé, il faut donc agir sur les déterminants de la santé, qui sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999).

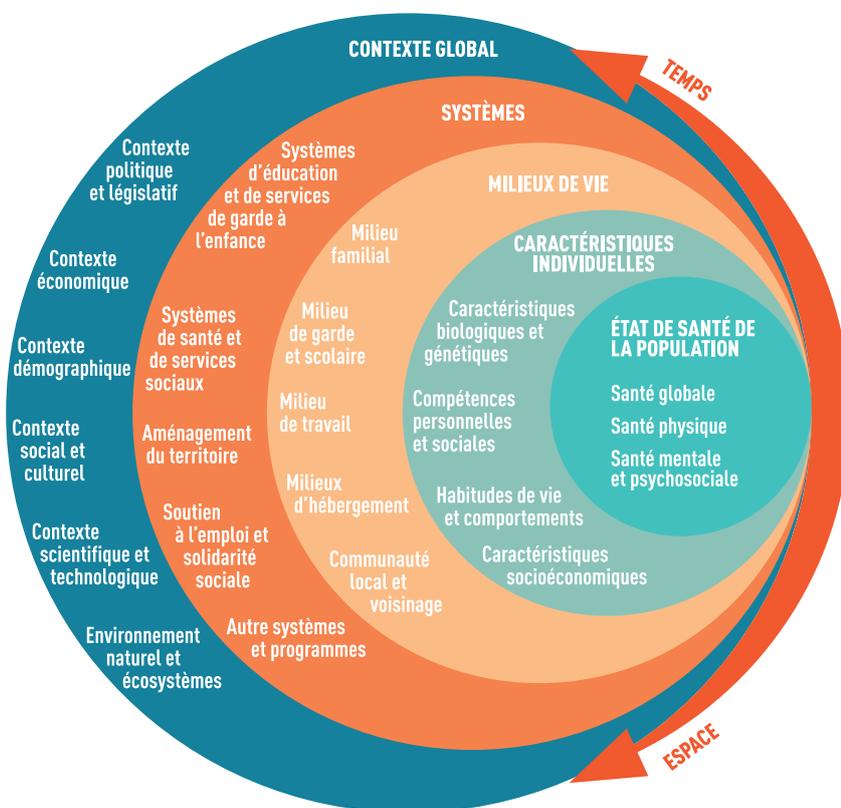
L'état de santé des populations, et notamment la fréquence des maladies chroniques, résulte de la combinaison et de l'interaction, tout au long de la vie, de nombreux facteurs de risque ou de protection.

Ces facteurs, désignés sous le terme « déterminants de santé », sont de différentes natures :

- caractéristiques individuelles intrinsèques (sexe, âge, patrimoine génétique, origine ethnique...);
- caractéristiques individuelles extrinsèques
 - 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 qui structurent la société ;
 - santé, éducation, services et dispositifs sociaux, aide à l'emploi ;
 - aménagement du territoire (urbanisme, habitat, transport, espaces/services publics...)...
- contexte global ;
 - politique, économique, social, culturel, environnemental...

L'impact sur la santé des caractéristiques individuelles est bien établi par de nombreux travaux scientifiques. Celui des milieux de vie, des systèmes et du contexte global est en général complexe à apprécier. Mais ces facteurs, parce qu'ils interagissent fortement avec les caractéristiques individuelles extrinsèques, sont aujourd'hui considérés comme d'importants leviers de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Carte de la santé et de ses déterminants



Source: 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.



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, UNE COMPOSANTE MAJEURE

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux »⁵. Malgré son système de santé performant et sa couverture maladie universelle, la France reste marquée par les inégalités sociales de santé. Cela se traduit par exemple par l'écart d'espérance de vie⁶ entre catégories socio-professionnelles (l'écart d'espérance de vie à 35 ans des cadres et des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,4 ans pour les femmes). Cet écart d'espérance de vie à 35 ans est encore plus marqué entre diplômés du supérieur et non diplômés (7,5 ans pour les hommes et 4 ans pour les femmes).

A l'échelle du Pôle métropolitain Loire Angers, la part des cadres est relativement importante mais leur répartition n'est pas homogène sur le territoire : la CC ALS se caractérise par une sous-représentation des cadres et une sur-représentation des ouvriers.

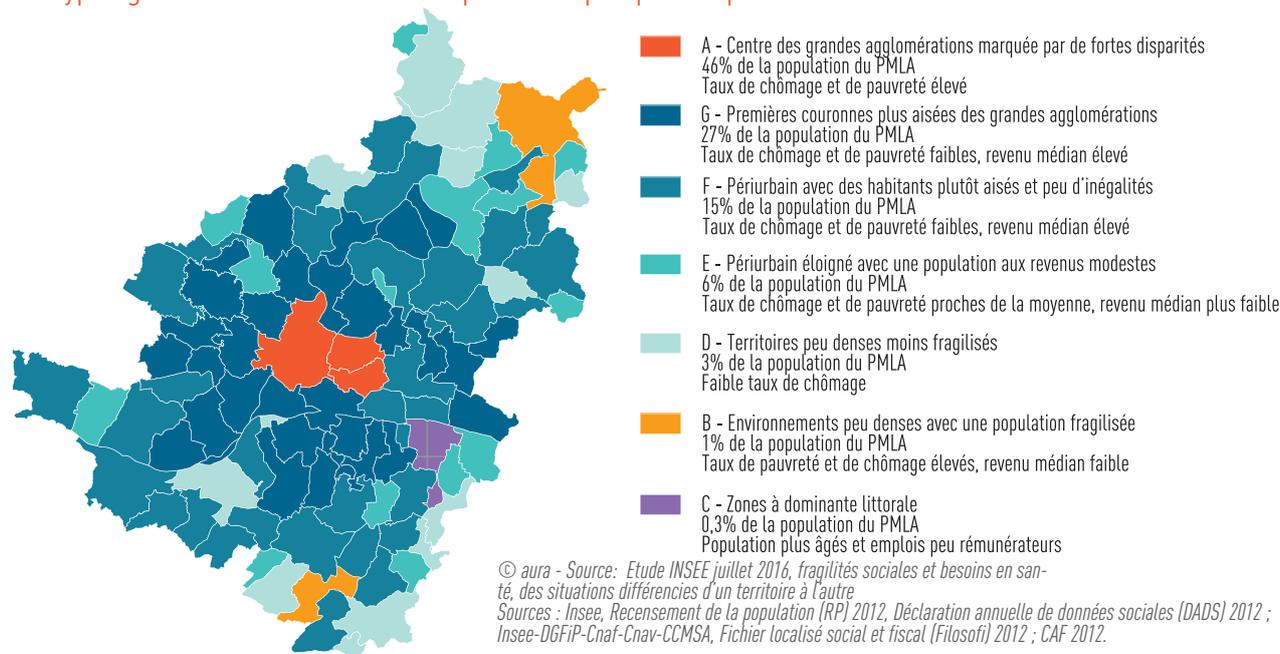
Répartition de la population de 15 ans et plus par catégories socio-professionnelles

EPCI	Part des cadres et professions intellectuelles supérieures	Part des ouvriers
CC Anjou Loir et Sarthe	4,7	20,0
CC Loire Layon Aubance	8,0	14,5
CU Angers Loire Métropole	9,8	11,2
PMLA	9,1	12,3
Maine et Loire	6,9	16,3
Région Pays de la Loire	7,5	15,1

© Aura - Source : INSEE RP 2016 (complémentaire)

Bien que le Pôle métropolitain Loire Angers soit relativement préservé par rapport à la moyenne nationale, une partie de ses habitants est exposée à des situations de fragilité socio-économique. Leur profil peut être très différent d'une commune à l'autre (Cf. carte). Le cœur du PMLA (Angers et l'est d'Angers : Trélazé et St-Barthélemy-d'Anjou) présente de fortes disparités qu'une analyse à l'échelle infra communale permettrait de révéler. Les habitants des couronnes périurbaines autour d'Angers apparaissent plus favorisés. Les territoires les plus fragilisés se situent plutôt aux franges sud, sud-est et nord, nord-est du PMLA. Ces communes représentent environ 10% des habitants du PMLA.

Une typologie sociale des communes⁷ qui révèle quelques disparités



⁵ IREPS Bourgogne, Dossier technique n°7, Inégalités sociales de santé et promotion de la santé, décembre 2015.

⁶ INSEE Première n°1584, Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, février 2016.

⁷ Méthodologie INSEE/ Une analyse en composantes principales permet d'identifier les territoires abritant la plus forte proportion de populations fragilisées. Neuf indicateurs sont retenus : la part des enfants de moins de 6 ans, la part des personnes de 75 ans et plus, la part des jeunes de 18 à 24 ans déscolarisés et non diplômés, la part des ouvriers dans la population active, la part de familles monoparentales, la part des salariés à bas salaire, le taux de pauvreté, le niveau de vie médian, l'indice de Gini du niveau de vie. Les communes sont ensuite regroupées en sept groupes homogènes par une classification ascendante hiérarchique. Au sein de chaque groupe, les communes présentent des profils similaires au regard des indicateurs de fragilité.

QUALITÉ DES LOGEMENTS

• Indicateurs :

- Niveau d'équipement du logement
- Vétusté du bâti et des installations (électriques, sanitaires, chauffage, amiante, plomb)
- Suroccupation
- Qualité de l'air intérieur :
 - liés au logement lui-même (aération, température) ;
 - polluants extérieurs (polluants atmosphériques, pollens, radon) ;
 - polluants intérieurs (monoxyde de carbone liés aux appareils de combustion, tabagisme, meubles, produits ménagers et de bricolage...).

Le radon

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle qui provient de la désintégration de l'uranium présent dans la croûte terrestre. On le trouve partout à la surface du globe bien que sa production et, par conséquent, sa concentration ne soient pas uniformes. Le radon est inodore, incolore et sans saveur. Il peut pénétrer à l'intérieur des bâtiments. Sa concentration dans l'air va dépendre des caractéristiques du sol mais aussi des caractéristiques architecturales, de la ventilation et du renouvellement d'air. La présence du radon dans l'air intérieur des habitations augmente le risque de cancer du poumon. Une évaluation quantitative de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France, publiée en 2018 par l'IRSN et Santé publique France, permet de conclure que le radon pourrait jouer un rôle dans la survenue de certains décès par cancer du poumon dans une proportion qui serait d'environ 10 %.

• **Principaux risques santé :** pathologies respiratoires voire cancer du poumon (inhalation du radon), allergies, souffrance psychologique, intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme.

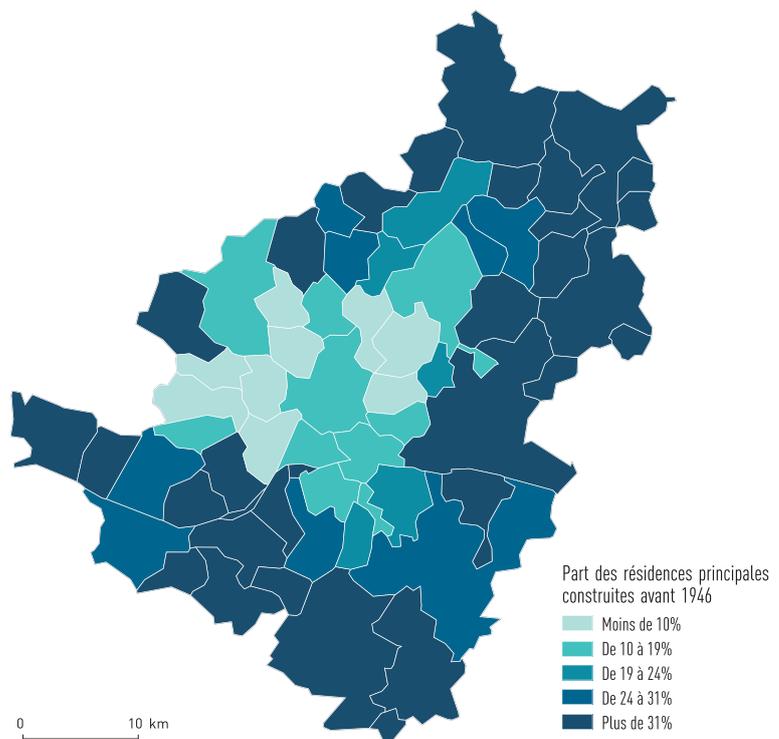
• **Facteurs en jeu :** caractéristiques des logements et caractéristiques socio-économiques des habitants / précarité.

• **Enjeu(x) en lien avec l'aménagement :** améliorer la qualité des logements (niveau d'équipement, aération, isolation) en ciblant préférentiellement les personnes fragiles (précaires, personnes âgées, enfants...).

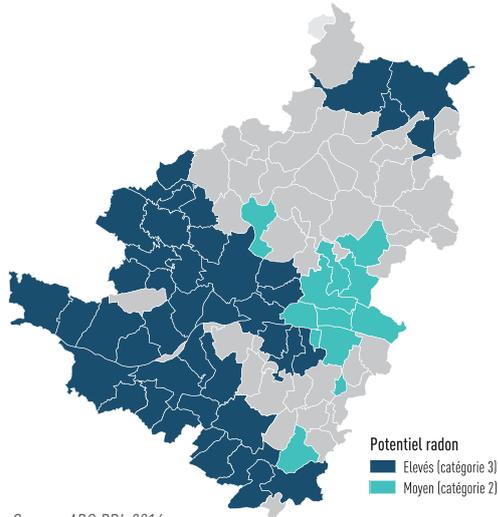
• **Quelques données sur le territoire :**

19% du parc de logements du PMLA a été construit avant 1946 (24% en Maine-et-Loire) mais ce constat cache de fortes disparités entre les territoires :

- 36% sur ALS, soit 3 930 logements ;
- 32% sur LLA, soit 7 070 logements ;
- 16% sur ALM, soit 21 370 logements.



Potentiel radon des formations géologiques



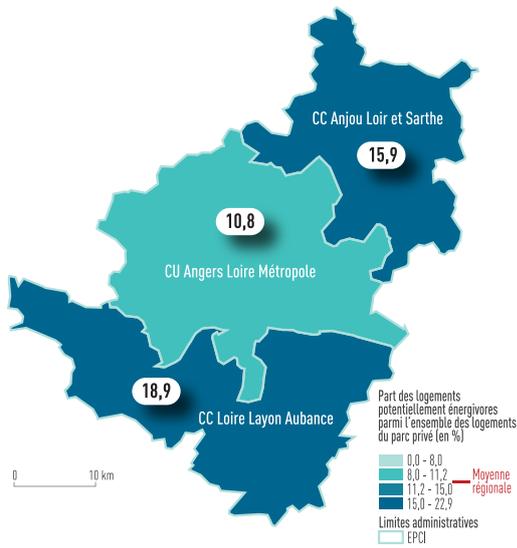
© Aura – Source: ARS PDL 2016

76% de la population du PMLA en catégorie 3 (potentiel radon élevé) et 7% en catégorie 2 (moyen).

Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des situations d'habitat indigne (objectif de l'axe « Bâtiments, habitat et santé » du Projet régional santé environnement 2016-2021), l'Insee, la DREAL, la CAF du Maine-et-Loire et l'ARS ont réalisé une étude sur l'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé, dont sont issues les cartes ci-dessous. Il en ressort que le PMLA est un territoire globalement peu touché par les problématiques de bâti dégradé et de suroccupation, par rapport au nord de la Loire-Atlantique ou à la Sarthe, notamment. Le département de Maine et Loire a mis en place une cellule habitat indigne depuis 2005.

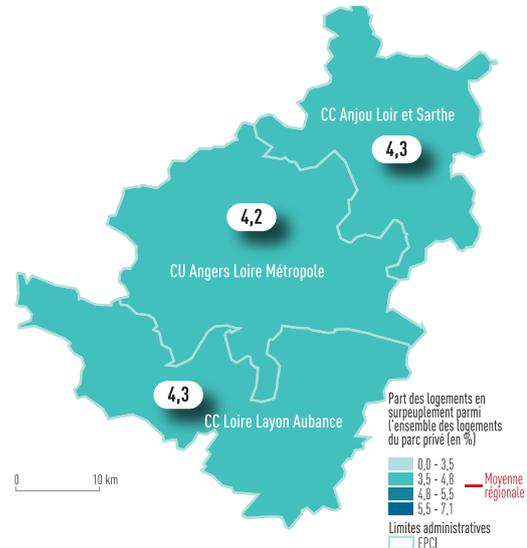
Par contre, la part des logements potentiellement énergivores dans le parc privé se situe bien au-dessus de la moyenne régionale dans les deux communautés de communes du PMLA.

Logements potentiellement énergivores

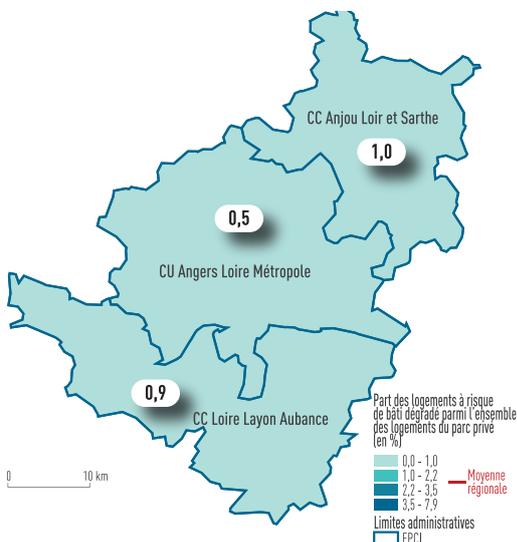


© Aura - décembre 2019 - Source(s) : ARS, L'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé, nov 2018 - Sources des données: Fideli 2015

Logement surpeuplés



Logements à risque de bâti dégradé



© Aura - décembre 2019 - Source(s) : ARS, L'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé, nov 2018 - Sources des données: Fideli 2015

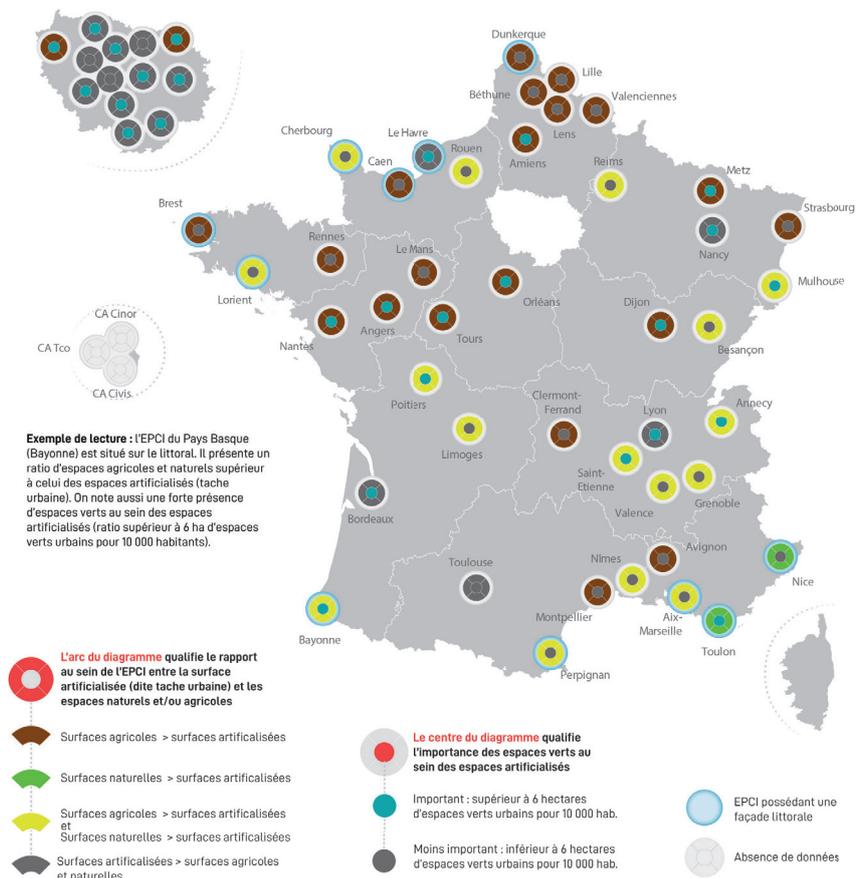
QUALITÉ DU CADRE DE VIE

La qualité de vie est une notion pluridimensionnelle dont la qualité du cadre de vie est une composante. Il s'agit de tenter de mesurer la qualité de l'environnement dans lequel on vit. Les aspects traités précédemment (logement, qualité de l'air, qualité de l'eau...) en font bien sûr partie mais sont développés ici les facteurs environnementaux qui ont davantage des conséquences sur le bien-être psychique des habitants que sur leur santé physique.

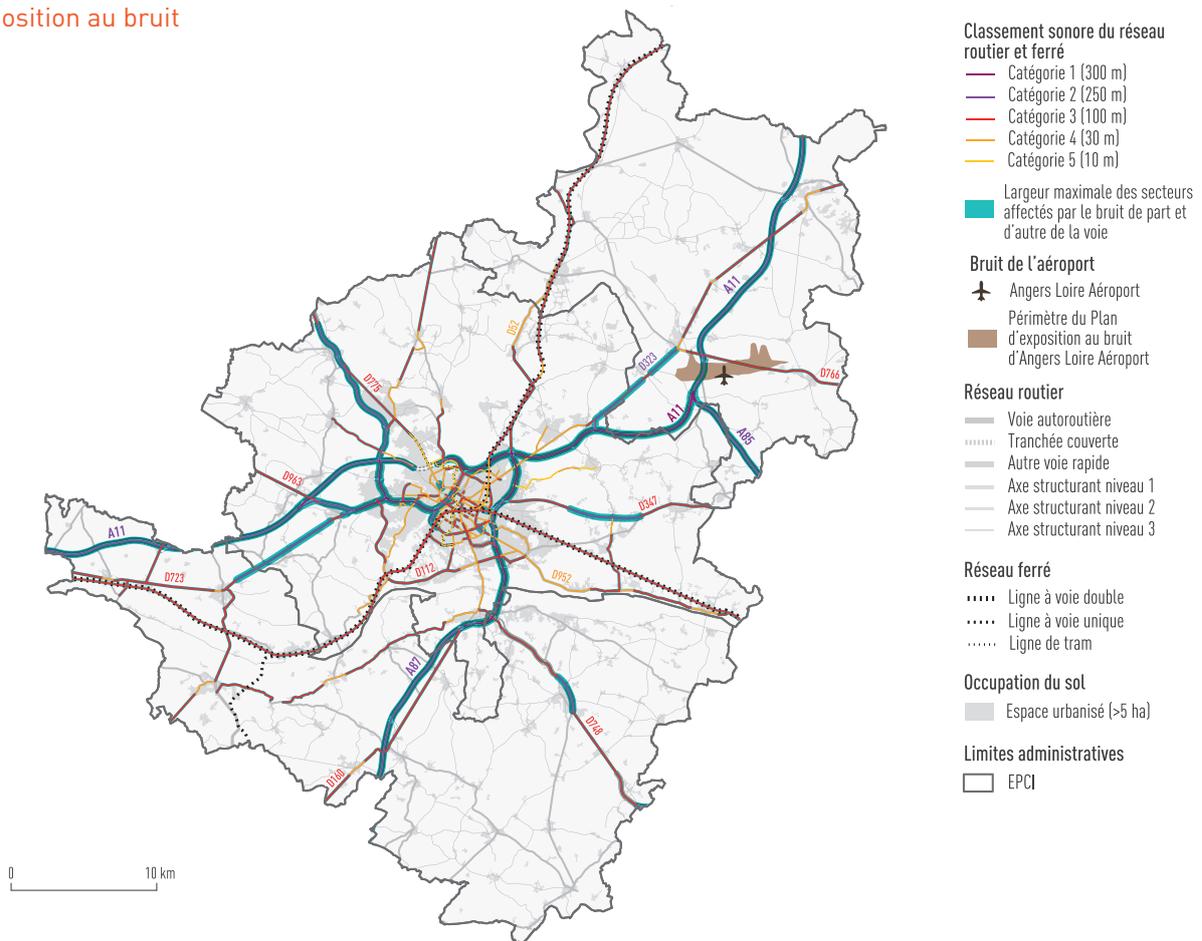
- **Indicateurs** : les facteurs en jeu pouvant être de nature multiple, les indicateurs observables sont également variés (population exposée au bruit routier, nombre d'étoiles visibles, température moyenne annuelle, nombre de m² d'espaces verts par habitant, temps consacré quotidiennement aux trajets domicile-travail ou domicile-études...).
- **Principaux risques santé** : souffrance psychologique / dépression, troubles psychiques, troubles de sommeil, de la concentration, dérèglement des rythmes biologiques / hormonaux...
- **Facteurs en jeu** :
 - exposition aux nuisances (pollutions sonore et lumineuse, rayonnements pour non-ionisants : lignes haute tension et très haute tension) ;
 - qualité du paysage ;
 - climat / météorologie ;
 - sécurité ;
 - accès aux espaces de nature ;
 - accès aux services et aux aménités urbaines (équipements, commerces, services...) ;
 - équilibre entre la vie personnelle et professionnelle ;
 - densité / promiscuité...
- **Enjeu(x) en lien avec l'aménagement** : offrir un cadre de vie de qualité aux habitants par :
 - une planification du développement urbain permettant la « ville des proximités » (accès à l'emploi, aux aménités urbaines...), le développement d'une offre de mobilité efficace, la préservation de l'identité paysagère des territoires ;
 - des espaces publics de qualité assurant à la fois une qualité paysagère aux habitants, leur sécurité (prévention situationnelle) mais aussi favorisant le lien social ;
 - adaptation de l'éclairage public.

• Quelques données sur le territoire :

L'agglomération angevine fait partie des agglomérations françaises où les espaces agricoles sont encore bien présents par rapport aux espaces artificialisés et qui offre un peu plus de 6 ha d'espaces verts urbains pour 10 000 habitants.



L'exposition au bruit



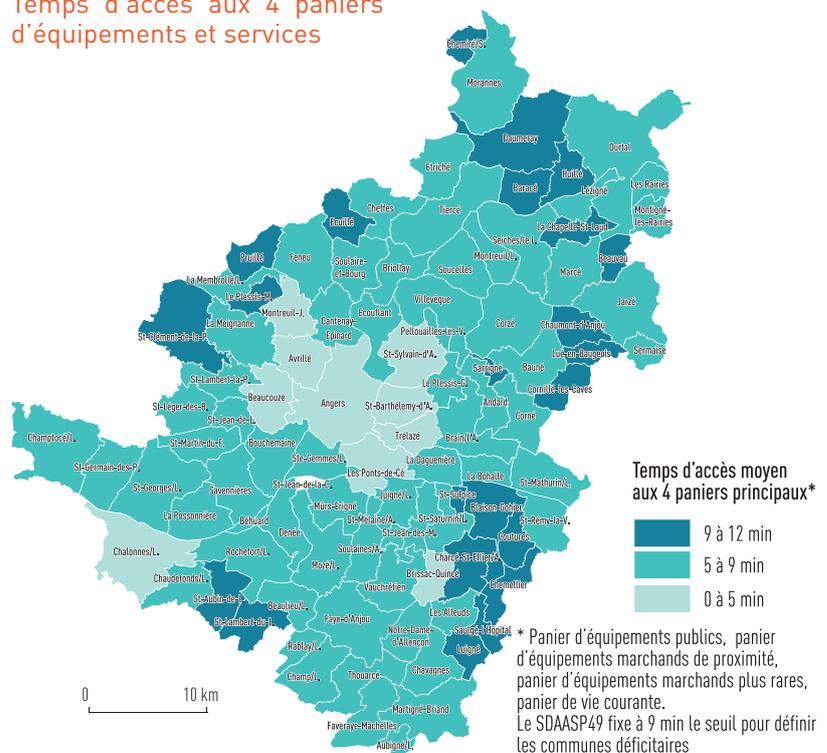
© Aura - Novembre 2018 - Source : DREAL Pays de la Loire, 2016

La communauté urbaine Angers Loire Métropole est dotée d'un Plan de prévention du bruit dans l'environnement. 12% de sa population est exposée à des niveaux de bruit supérieurs à 65 dB(A) en Lden⁸ pour le bruit routier : les personnes concernées résident principalement dans les communes d'Angers (réseau viaire dense) et des Ponts-de-Cé (grandes infrastructures impactantes). Les communautés de communes traversées par des autoroutes (A11 et A87) qui génèrent des bruits routiers importants pouvant impacter la population locale. La CC ALS accueille en outre Angers Loire Aéroport dont le trafic est toutefois limité.

En termes d'accessibilité aux équipements et services, aucune commune du PMLA ne se situe à plus de 12 min des quatre « paniers » d'équipements et services.

Les temps d'accès les plus longs se constatent majoritairement sur les franges du territoire.

Temps d'accès aux 4 paniers d'équipements et services



© Aura - Source : Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public de Maine-et-Loire SDAASP49

⁸ Indicateur de niveau de bruit global pendant une journée complète.

Caractéristiques des principaux polluants et impacts sur la santé

PM10 et 2,5 : les particules fines (diamètre inférieur à 10µm et 2,5µm) sont principalement liées au chauffage au bois et à l'agriculture mais aussi à l'usure des routes, aux carrières et chantiers BTP pour les PM10 et à l'industrie et aux transports routiers pour les PM2,5. Elles peuvent irriter les voies respiratoires à des concentrations mêmes faibles et altérer globalement les capacités respiratoires. En fonction de leur taille, ces particules pénètrent plus ou moins profondément dans les poumons. Elles ont des propriétés mutagènes et cancérigènes. La pollution aux particules fines est un phénomène à observer à grande échelle : la population d'un territoire n'est pas seulement impactée par les émissions locales car s'ajoute la pollution produite dans d'autres régions.

L'ozone O₃ : se forme par réaction chimique entre gaz précurseurs (en particulier NOx et COVNM). Ces réactions sont amplifiées par les rayonnements solaires ultraviolets. L'ozone est un gaz agressif qui pénètre facilement les voies respiratoires les plus fines. Il provoque toux, altérations pulmonaires ainsi que des irritations oculaires.

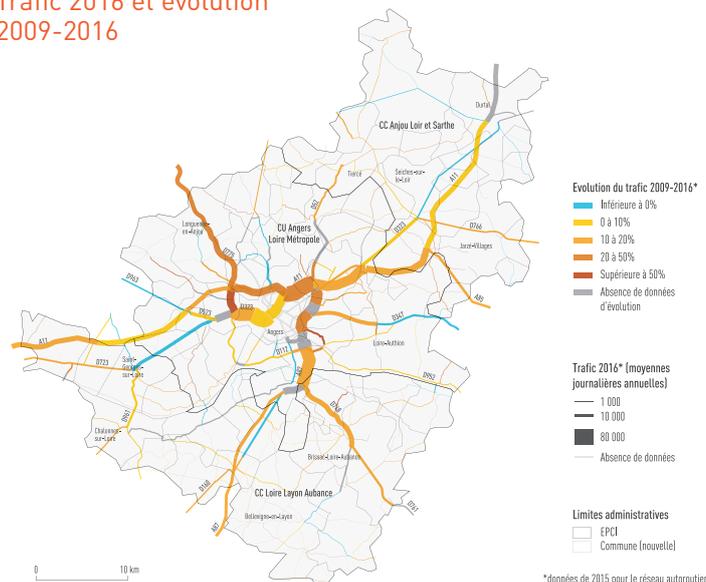
NOx (oxydes d'azote) : le monoxyde d'azote se forme par combinaison de l'azote et de l'oxygène atmosphérique lors des combustions. Ce polluant principalement émis par les pots d'échappement se transforme rapidement en dioxyde d'azote (NO₂). Les taux de NOx sont généralement plus élevés près des voies de circulation et sous les vents des établissements industriels à rejets importants. Le NO₂ est irritant pour les bronches. Chez les asthmatiques, il augmente la fréquence et la gravité des crises. Chez l'enfant, il favorise les infections pulmonaires.

Source : Rapport Air Pays de la Loire 2018 pp24-32

- **Indicateurs :** émissions de polluants atmosphériques (NO₂, PM10 et 2,5, NO, SO₂, métaux lourds).
- **Principaux risques santé :** développement de maladies chroniques (respiratoires et cardiovasculaires, cancers).
- **Facteurs en jeu :**
 - trafic routier (responsable de la majeure partie des émissions de dioxyde d'azote et de particules fines + émissions de métaux (benzène et plomb)) ;
 - émission du secteur résidentiel (chauffage...) ;
 - activités agricoles et industrielles.
- **Enjeu(x) en lien avec l'aménagement :** la diminution de la pollution chronique est plus efficace que la diminution de l'intensité et la fréquence des pics de pollution. Les politiques d'aménagement et d'urbanisme peuvent constituer des leviers pour atténuer la pollution atmosphérique sur le long terme et / ou en limiter l'impact sur les populations notamment par :
 - une planification du développement urbain permettant la « ville des proximités » (accès à l'emploi, aux services et autres aménités urbaines...) limitant ainsi les besoins de déplacement ;
 - le développement d'une offre efficace de mobilité alternative à l'auto-solisme ;
 - la prévention des risques technologiques en maintenant les populations à distance des activités les plus polluantes (localisation des projets d'aménagement notamment).
- **Quelques données sur le territoire :**

On estime à +2,3% l'augmentation du trafic des axes routiers d'intérêt national et régional traversant le PMLA entre 2009 et 2016.

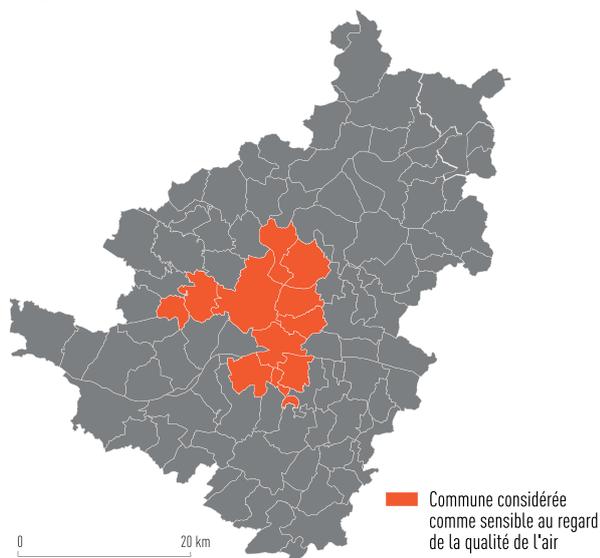
Trafic 2016 et évolution 2009-2016



© Aura - juin 2018 - Sources : Ministère de la Transition Ecologique, Département du Maine-et-Loire



Les zones sensibles



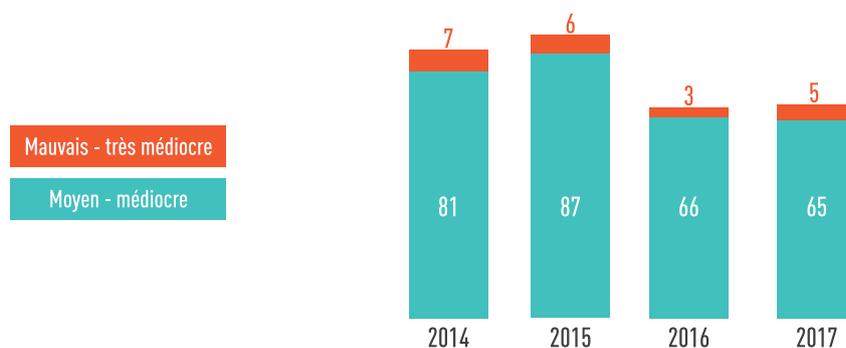
© Aura- Source : Air Pays de la Loire SRCAE Région Pays de la Loire

L'analyse du territoire des Pays de la Loire met en évidence une soixantaine de communes couvrant 5% du territoire considérées comme sensibles au regard de la qualité de l'air. Cette analyse se base sur une méthodologie nationale élaborée par le laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air (LCSQA), qui croise la densité de population, le cadastre des émissions pour les particules et les oxydes d'azote et la cartographie des espaces naturels sensibles ou remarquables.

Les communes ou communes déléguées concernées sur le PMLA sont : Angers, Beaucouzé, St-Jean-de-Linières, Ecoflant, St-Sylvain-d'Anjou, Mûrs-Erigné, St-Melaine-sur-Aubance, Juigné-sur-Loire, Les Ponts-de-Cé, Trélazé, St-Barthélemy-d'Anjou.

Répartition du nombre de jour en fonction de la qualité de l'air à Angers

Globalement, la qualité de l'air enregistrée à la station d'Angers est moyenne à très médiocre plus d'un jour sur cinq.



© PMLA (PCAET) - source : Basemis, Air Pays de la Loire, traitement SIEML

Qualité de l'air

	Part de la population exposée concentration moyenne $\text{NO}_2 > 40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (seuil réglementaire)	Part de la population exposée mesure horaire la plus élevée $\text{O}_3 > 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (objectif qualité)	Part de la population exposée concentration moyenne $\text{PM}_{10} > 40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (seuil réglementaire)	Part de la population exposée concentration moyenne $\text{PM}_{2,5} > 10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (objectif qualité)
CC Anjou Loir et Sarthe	0	100	0	27,7
CC Loire Layon Aubance	0	100	0	0,4
CC Angers Loire Métropole	0	100	0	80,5
Maine-et-Loire	0	100	0	29,8
Pays de la Loire	0	100	0	31,6

© Aura- Source : 2017/2018 - ARS/ORS Pays de la Loire

L'exposition aux polluants sur le PMLA ne dépasse globalement pas les seuils réglementaires, mais la fixation de ces seuils fait l'objet de débats. Ils sont régulièrement révisés en fonction des connaissances scientifiques. En outre, la position des capteurs et l'agrégation de données à l'échelle intercommunale ne permet pas de décrire précisément la situation. L'exposition aux particules fines 2,5 est néanmoins particulièrement forte par rapport à l'objectif qualité sur Angers Loire Métropole.

QUALITÉ DE L'EAU

• Indicateurs :

- qualité microbiologique ;
- pesticides ;
- nitrates (NO_3) ;
- trihalométhanes (THM_4), sous-produits de la chloration de l'eau...

• Principaux risques santé :

- à court terme : risque microbiologique (présence d'agents bactériens et viraux responsables de gastro-entérites aiguës) ;
- à moyen / long terme : risque chimique (lié à la présence de nitrates et pesticides notamment).

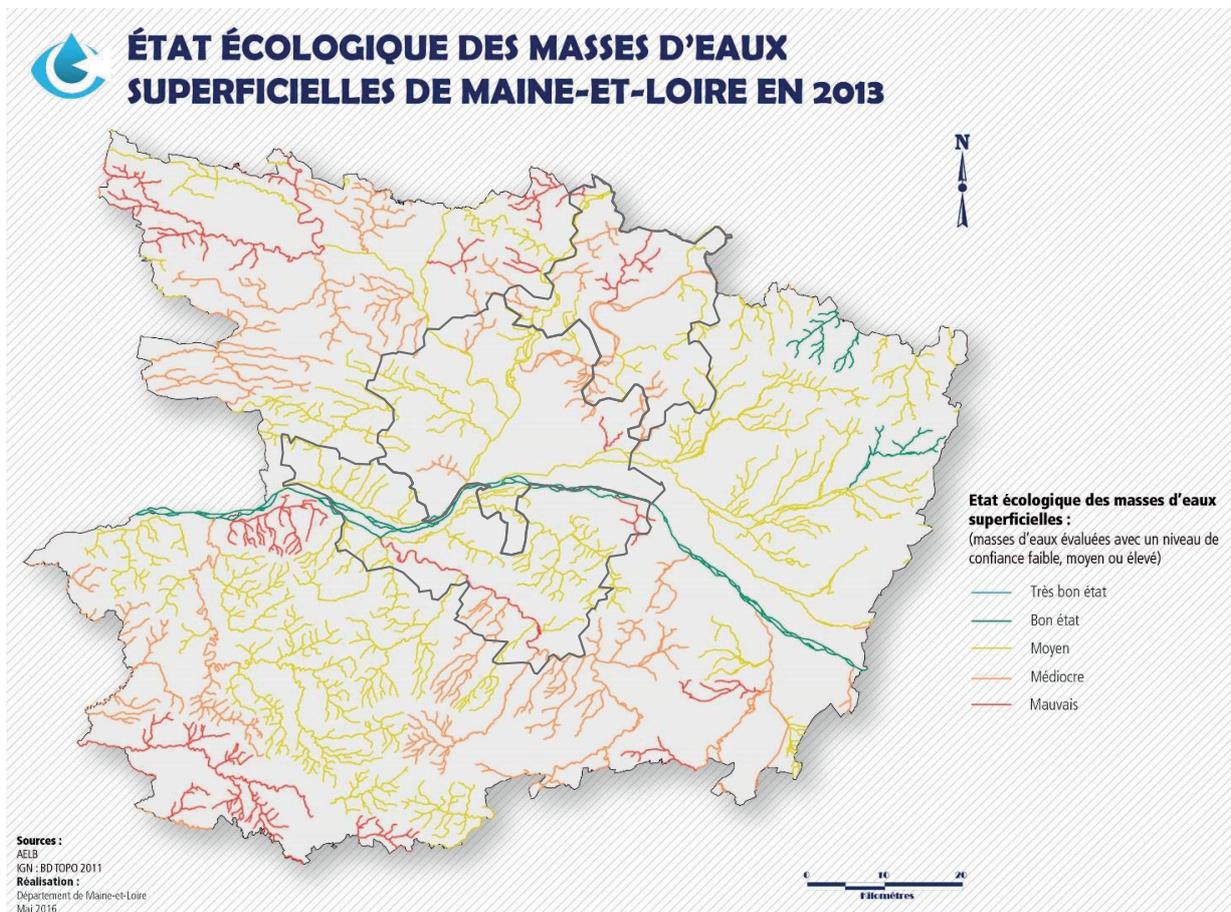
• Facteurs en jeu :

- pollution industrielle (rejets de produits chimiques) ;
- pollution agricole (déjections animales, utilisation de produits phytosanitaires) ;
- pollution domestique (eaux usées) ;
- pollution accidentelle (transport de matières dangereuses, risques industriels : établissements SEVESO seuil haut/bas + ICPE⁹).

• Enjeu(x) en lien avec l'aménagement :

- efficacité et fiabilité des filières de traitement ;
- qualité écologique de la ressource et protection des captages : cet enjeu est particulièrement important sur le territoire du PMLA où l'eau potable est majoritairement produite à partir des eaux de surface ou de nappes alluviales, qui sont plus fragiles et difficiles à protéger notamment vis-à-vis des pesticides.

• Quelques données sur le territoire :



Source : Qualité des rivières du département de Maine-et-Loire – synthèse 2018 – www.eau-anjou.fr

⁹ ICPE : Installation classée pour la protection de l'environnement



Un seul captage d'eau souterraine alimente une partie du territoire à Jarzé, sinon le territoire du PMLA est majoritairement alimenté par des eaux superficielles ou de nappe alluviale. La Loire d'où provient l'eau brute qui alimente très majoritairement le territoire quantitativement est de bonne qualité. Le reste du territoire est alimenté par le Loir et la Sarthe, dont la qualité médiocre demande plus de traitement.

Qualité des eaux destinées à la consommation humaine : une sensibilité aux pesticides en Anjou Loir et Sarthe

	Part de la population alimentée par eau dont concentration moyenne NO ₃ > 50 mg/L (seuil réglementaire)	Part de la population alimentée par eau dont concentration maximale pesticides > 0,1 µg/L (seuil réglementaire)	Part de la population alimentée par eau dont concentration moyenne THM > 100 µg/L (seuil réglementaire)	Part de la population alimentée par eau dont concentration moyenne COT ¹⁰ > 2 mg/L (seuil réglementaire)	Part de la population alimentée par eau dont taux non-conformité bactériologique > 0%
CC Anjou Loir et Sarthe	0	36,2	0	0	0
CC Loire Layon Aubance	0	0	0	16,9	0
CC Angers Loire Métropole	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	3,2	0	10,6	0
Pays de la Loire	0,1	4,1	0	10,5	5,5

© 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

Comme pour la qualité de l'air, la qualité de l'eau distribuée sur le PMLA paraît globalement bonne puisqu'elle ne dépasse pas les seuils réglementaires. La concentration en pesticides est néanmoins particulièrement forte par rapport au seuil réglementaire dans l'eau distribuée sur Anjou Loir et Sarthe.

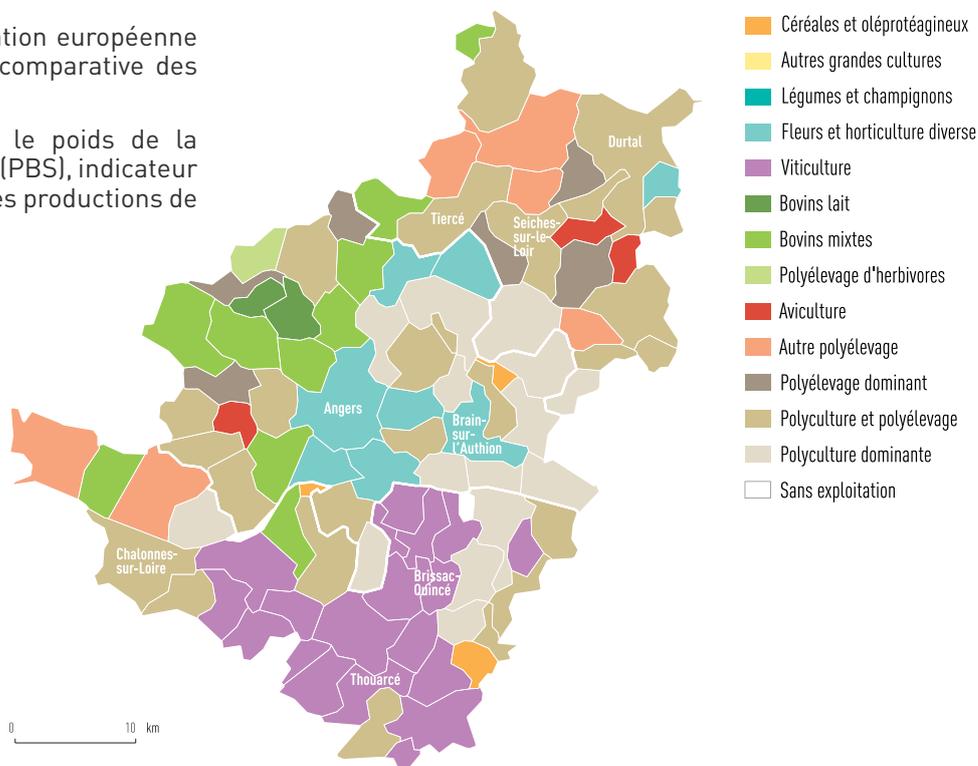
Les activités d'élevage bovin, porcin et de volaille au nord-est et ouest du territoire sont des zones plus vulnérables à la pollution par les nitrates.

Les secteurs à dominante viticole et horticole à l'est et au sud sont des zones plus concernées par les pressions liées à l'utilisation des pesticides.

Espaces de productions agricoles : orientation technico-économique des exploitations (OTEX*) de la commune

*L'OTEX est une classification européenne qui établit une typologie comparative des exploitations agricoles.

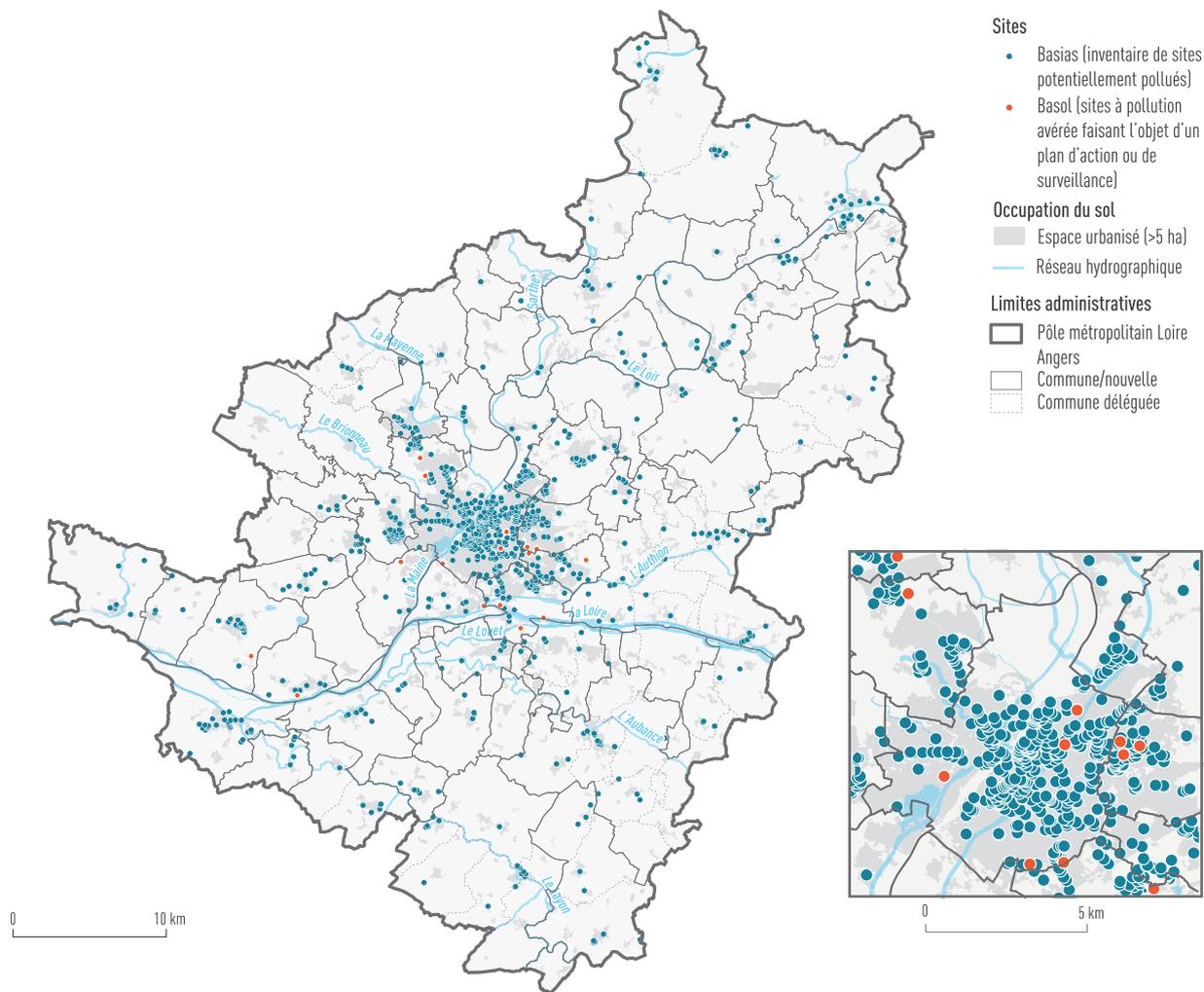
Elle est déterminée par le poids de la Production brute standard (PBS), indicateur économique des différentes productions de l'exploitation.



© Aura - janvier 2018 - Sources : Agreste - Recensement agricole 2010

¹⁰ COT : Carbone Organique Total

Sites industriels et activités de services (en données Basias et Basol)



© Aura - mai 2018 - Source : BRGM 2018

Sur le PMLA, 17 sites BASOL sont recensés et surveillés par l'Etat pour une pollution avérée et très souvent traitée. La communauté urbaine Angers Loire Métropole concentre une très grande majorité des sites BASIAS (pollution potentielle) et BASOL.



CHANGEMENT CLIMATIQUE

- **Indicateurs** : l'augmentation de la température à la surface du globe car c'est un phénomène global mais qui peut s'observer localement (évolution de la température moyenne annuelle, évolution du nombre de jours anormalement chauds (>25°C) par an...).

- **Principaux risques santé** :

- conséquences directes liées à des événements climatiques extrêmes (inondations, tempêtes, épisodes caniculaires, sécheresses, vagues de froid...);
- conséquences indirectes (propagation de maladies infectieuses à vecteurs tels que les tiques et moustiques, extension d'espèces végétales allergisantes, diminution des ressources (agricoles, marines, hydriques) engendrant des crises alimentaires...).

- **Facteurs en jeu** : les émissions de gaz à effets de serre (GES).

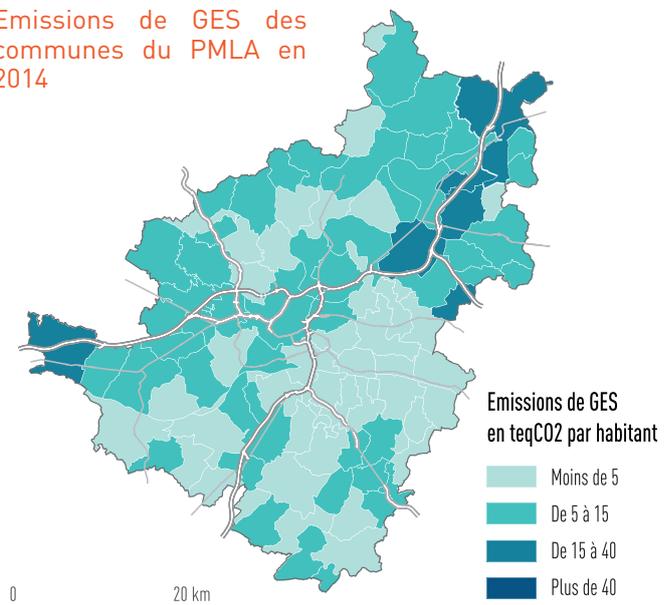
- **Enjeu(x) en lien avec l'aménagement** :

- atténuation des effets du réchauffement climatique mais l'enjeu est global et une maîtrise des émissions de gaz à effets de serre localement ne peut, à elle seule, endiguer le phénomène ;
- adaptation aux effets du réchauffement climatique : anticiper les impacts du changement climatique et limiter leurs dégâts éventuels en intervenant sur les facteurs qui contrôlent leur ampleur (non urbanisation des zones à risques (inondation, retrait-gonflement des argiles...), traitement des îlots de chaleur urbains, adaptation du bâti...).

- **Quelques données sur le territoire** :

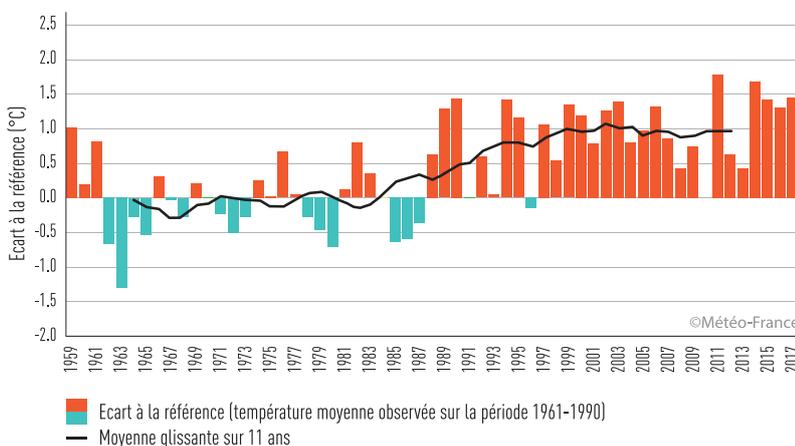
L'ouest et le nord-est du territoire (CC ALS) sont les territoires qui émettent le plus de gaz à effet de serre. Les communes traversées par le tracé des autoroutes et les zones d'élevage du fait des rejets entériques méthaniques (Cf. carte p20) ressortent particulièrement.

Emissions de GES des communes du PMLA en 2014



© Aura - Source: BASEMIS V4 - Réalisation: Alr Pays de la Loire, 2017

Température moyenne annuelle : écart à la référence 1961-1990 - Angers-Beaucouzé

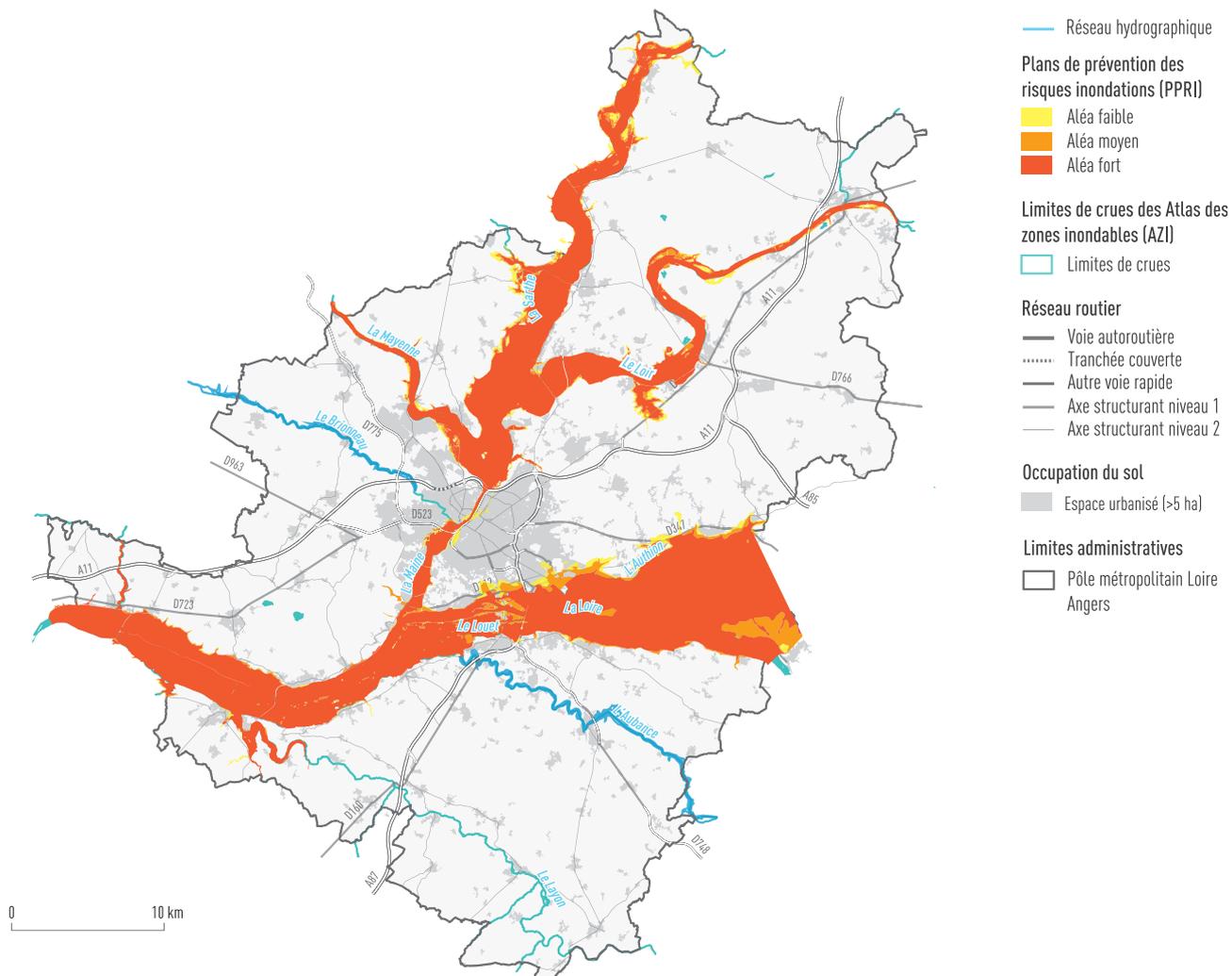


La température a augmenté de 1,5°C entre 1959 et 2009 en Pays de la Loire (rapport Oracle, 2016).

L'augmentation de la température moyenne annuelle est donc déjà constatée sur le territoire. Depuis le milieu des années 80, ici, comme ailleurs, le territoire se réchauffe et continuera à se réchauffer, avec une majoration du nombre de jours anormalement chauds (>25°C).

© Aura - Novembre 2019 - Source : Météo France Climat HD

Les risques d'inondations



© Aura - Mai 2018 - Source : DDT49 (2016)

Le PMLA dispose de plusieurs Plans de Prévention des Risques inondation. C'est le risque n°1 sur ce territoire de confluence.



COMPORTEMENTS INDIVIDUELS / MODES DE VIE

- **Indicateurs** : consommation de tabac, d'alcool et autres substances addictives, sédentarité (manque d'activité physique), alimentation déséquilibrée, mauvaises conditions de travail...
- **Principaux risques santé** : les conséquences d'une mauvaise hygiène de vie sont multiples et peuvent apparaître à plus ou moins long terme. En fonction des pratiques, les conséquences peuvent être :
 - maladies chroniques : maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires (tabac), obésité, diabète de type 2... ;
 - cancers (lié au tabac, d'origine professionnelle...) ;
 - douleurs articulaires ou musculaires (troubles musculo-squelettiques par exemple) ;
 - pathologies et troubles mentaux liés à l'alcool (Cf. Partie état de santé)... ;
 - accidents (du travail, liés à une surconsommation d'alcool...) ;
 - troubles psychiques, risques psychosociaux...
- **Facteurs en jeu** : outre la sensibilisation, les inégalités sociales de santé sont liées à cette problématique des modes de vie. En effet, la prévalence du tabagisme, de la consommation à risque chronique d'alcool mais aussi les problèmes de surcharge pondérale sont plus élevés parmi les groupes sociaux les moins favorisés.
- **Enjeu(x) en lien avec l'aménagement** :
 - développer des aménagements incitant à la pratique sportive accessible à tous (city stades, parcours de forme...), y compris pour les mobilités actives quotidiennes (marche à pied, vélo...) ;
 - favoriser le développement des circuits-courts pour les productions alimentaires et des filières de qualité (projets alimentaires territoriaux, agriculture urbaine...).

• **Quelques données sur le territoire** : d'après le Baromètre de Santé publique France¹¹ 2017 exploité pour la Région par l'ORS Pays de la Loire, les situations de surpoids et d'obésité concernent au total 42 % des Ligériens âgés de 18 à 75 ans : 11 % sont obèses (contre 13,5% au plan national) et 31 % sont en surpoids (proche de la moyenne nationale). Concernant l'usage d'alcool, près 30% des ligériens ont une consommation d'alcool supérieure au nouveau repère visant à limiter les risques pour la santé¹². La consommation d'alcool reste plus répandue chez les hommes des Pays de la Loire qu'à l'échelle nationale (proche de la moyenne nationale pour les femmes) même si les écarts s'atténuent. Le tabagisme quotidien concerne lui 23% des ligériens contre 27% au plan national. Cette part est en baisse par rapport à 2014 (25%). Enfin, 41% des 18-64 ans (et même 55% des moins de 44 ans) déclarent déjà avoir expérimenté le cannabis. Ce taux est en progression dans la Région depuis 2005. Les usages de cannabis (consommation au moins une fois dans l'année et usage régulier) ont eux diminué en Pays de la Loire entre 2014 et 2017, passant sous la moyenne nationale : ils concernent respectivement 8,4 % et 2,2 % des 18-64 ans.

L'enquête ESCAPAD¹³ 2017, qui ne concerne que les jeunes de 17 ans, montre que, globalement, en Pays de la Loire comme au plan national, les niveaux d'usage de l'alcool, du tabac et du cannabis, déclarés en 2017 par les jeunes ligériens de 17 ans sont en recul par rapport à 2014. Néanmoins, en matière de consommation d'alcool, les niveaux d'usage restent significativement supérieurs à la moyenne nationale : 12% des jeunes ligériens déclarent un usage régulier d'alcool (8% en France) et 22% des alcoolisations ponctuelles importantes et régulières (16% en France). Ce constat est préoccupant notamment parce que l'alcool se caractérise par un potentiel addictif d'autant plus important quand sa consommation a été précoce.

Consommations de produits psychoactifs des jeunes ligériens

Produit	Usage	Jeunes des Pays de la Loire (%)	Evolution entre 2014 et 2017	France 2017
Tabac	Quotidien (≥ 1 cigarette / jour)	26%	- 10 points	25%
	Intensif (≥ 10 cigarette / jour)	5%	- 3 points	5%
Alcool	Usage régulier: ≥ 10 dans le mois	12%	- 10 points	8%
Cannabis	Usage régulier: ≥ 10 dans le mois	7%	- 3 points	7%

© aura – Source : ESCAPAD 2017, OFDT – Analyse ORS, Alcool, tabac, cannabis et autres drogues, principaux résultats des enquêtes ESCAPAD chez les jeunes des Pays de la Loire, novembre 2018

¹¹ Le Baromètre de Santé publique France est un dispositif d'enquêtes téléphoniques sur les opinions et comportements des Français en matière de santé. Ce dispositif, mis en place en 1992, est aujourd'hui porté par Santé publique France.

L'enquête 2017 a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de 25 319 personnes (dont plus de 1 500 Ligériens), représentatif de la population des 18 et 75 ans. À la demande et avec le soutien financier de l'ARS, l'ORS a réalisé une exploitation détaillée des résultats de cette enquête pour les Pays de la Loire.

¹² « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours »

¹³ Donnée issue de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), administrée lors de la Journée Défense et citoyenneté (ex JAPD) et qui porte sur la santé des jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs.

VOLET 2 : ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS (ORS)



VOLET 2 : ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS (ORS)

VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

ESPÉRANCE DE VIE ET 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 2018, 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.

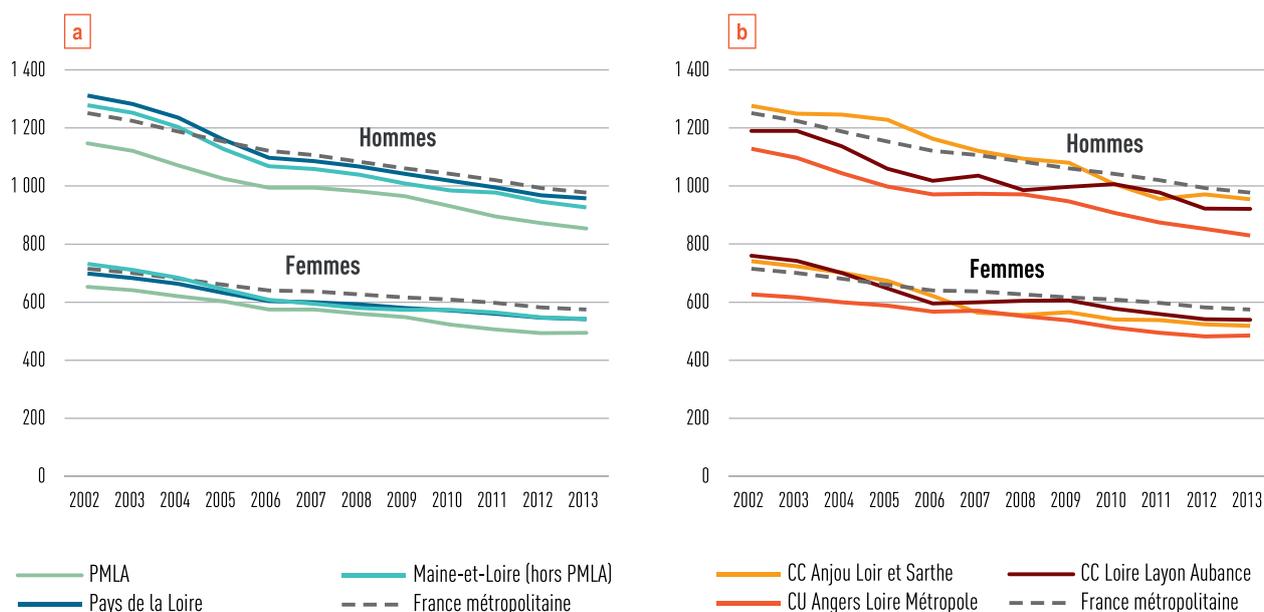
L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent importantes, notamment chez les hommes. Ainsi, entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint 6 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes, et cet écart ne s'est pas réduit depuis la fin des années 1970 [1]. Si l'on considère l'espérance de vie « en bonne santé », ces inégalités sociales se sont même aggravées, et ce, de manière plus marquée chez les hommes.

Une espérance de vie qui s'améliore

- Comme en France et dans les Pays de la Loire, l'espérance de vie des habitants du Pôle métropolitain Loire Angers poursuit son amélioration, en lien avec la baisse continue de la mortalité. Cette dernière a en effet diminué de 25 % entre les périodes 2000-2004 et 2011-2015¹⁴.
- Cette baisse concerne les hommes (- 26 %) comme les femmes (- 24 %, Fig.1a).
- Elle s'observe dans les 3 EPCI composant le PMLA (- 25 à - 24 % selon l'EPCI, Fig.1b).
- Cette baisse de la mortalité concerne les trois grandes causes de décès, que sont les maladies cardiovasculaires (- 38 %), les cancers (- 18 %) et les morts violentes par accidents ou suicides (- 32 %).

Fig.1 Évolution du taux standardisé de mortalité chez les hommes et les femmes

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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

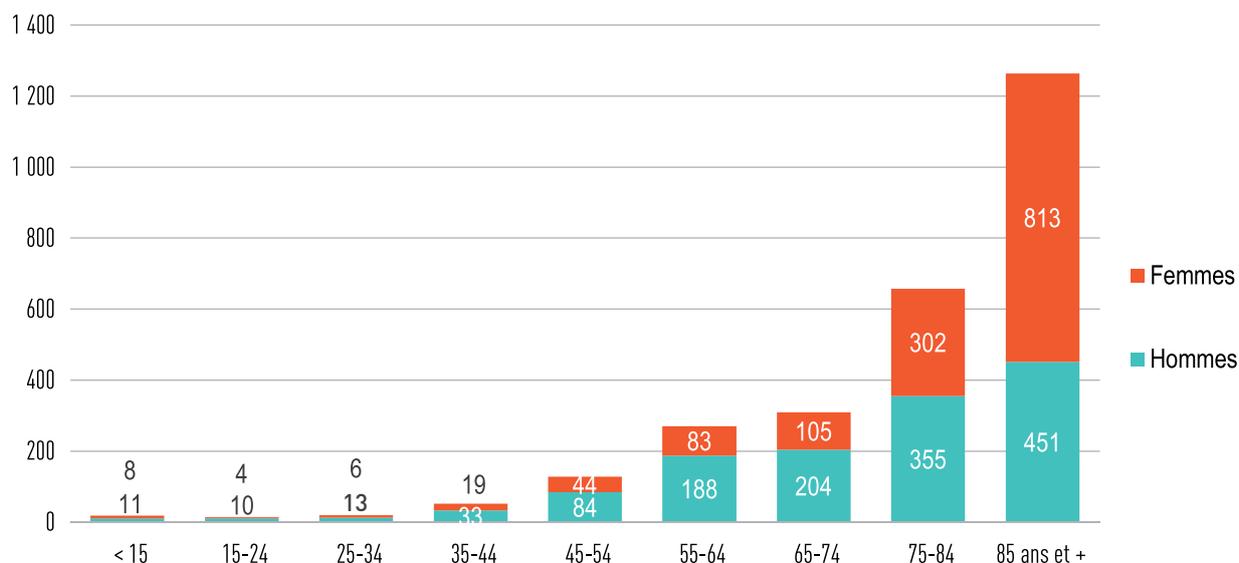
¹⁴ Pour alléger les commentaires concernant des données cumulées sur plusieurs années, il a été fait le choix de préciser uniquement l'année centrale de la période. À titre d'exemple, une évolution entre 2002 et 2013 correspond à l'évolution entre les périodes de cinq ans 2000-2004 et 2011-2015.

La mortalité des hommes est 1,7 fois plus élevée que celle des femmes à structure par âge comparable

- 2 734 habitants du PMLA décèdent en moyenne chaque année. Le nombre total de décès féminins (1 384) est un peu plus élevé que le nombre de décès masculins (1 350) (Annexe 1). Ce constat masque toutefois des écarts importants selon les classes d'âge. Le nombre de décès féminins est beaucoup plus important que celui des décès masculins après 85 ans, alors que dans les classes d'âge de moins de 85 ans, les décès masculins sont toujours plus nombreux que ceux des femmes (Fig.2). C'est pourquoi, à structure par âge comparable¹⁵, la mortalité des hommes est 1,7 fois plus élevée que celle des femmes (Fig.1a). Cet écart, qui se retrouve dans les 3 EPCI composant le PMLA, ne tend pas à se réduire (Fig.1b).

Fig.2 Nombre annuel moyen de décès selon la classe d'âge et le sexe

Pôle métropolitain Loire Angers (moyenne 2011-2015)



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

Une mortalité inférieure à la moyenne nationale chez les hommes et les femmes

- Rapporté à la population du PMLA, et en prenant en compte sa structure par âge, l'effectif total de décès correspond à un taux de mortalité inférieur de 13 % à la moyenne nationale.

Cette sous-mortalité est plus marquée que celle observée dans le reste du département (- 4 %).

- Cette sous-mortalité s'observe chez les hommes et les femmes du PMLA (- 13 % pour les deux sexes, Fig.1a).
- Elle est plus marquée parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (- 16 %) que parmi ceux des CC Loire Layon Aubance (- 4 %) et Anjou Loir et Sarthe (- 4 %¹⁶) (Fig.1b).

¹⁵ La mention « à structure par âge comparable/identique » signifie que les comparaisons ont été effectuées à partir d'indicateurs standardisés sur l'âge qui permettent de neutraliser les éventuelles différences de structure par âge.

¹⁶ Cet écart n'est pas statistiquement significatif.



MORTALITÉ PRÉMATURÉE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

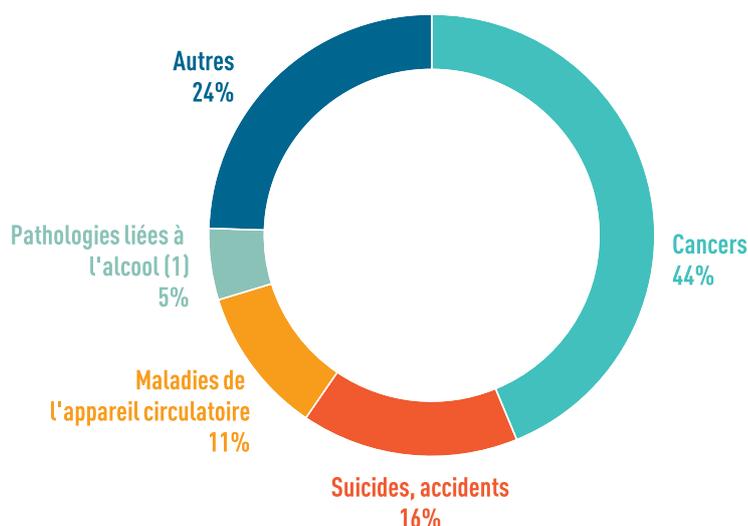
Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les statistiques des causes médicales de décès reflètent de plus en plus la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. D'où l'utilisation croissante des indicateurs de « mortalité 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.

Un décès masculin sur 4 survient avant 65 ans

- Environ 500 habitants du PMLA âgés de moins de 65 ans décèdent en moyenne chaque année. Ces décès prématurés représentent 18 % du nombre total de décès des habitants du PMLA.
 - Sur ces 500 décès, deux tiers concernent des hommes. La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 25 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 12 % des décès féminins.
 - Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée (Fig.3). Ils sont à l'origine de 44 % des décès survenus avant 65 ans. Le cancer du poumon, avec 12 % des décès prématurés, est la localisation la plus fréquemment en cause.
- Viennent ensuite les morts violentes, par suicide ou accident, qui représentent 16 % des décès avant 65 ans, puis les maladies cardiovasculaires, à l'origine de 11 % de ces décès (Annexe 2).
- Parmi ces 500 décès annuels, 167 peuvent être considérés comme « évitables » car leurs causes sont accessibles à la prévention primaire, soit un tiers d'entre eux [cf. **Éléments de contexte**]. Sur ces 167 décès « évitables », 125 concernent des hommes et 42 des femmes.

Fig.3 Principales causes de décès prématurés
Pôle métropolitain Loire Angers (moyenne 2011-2015)



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

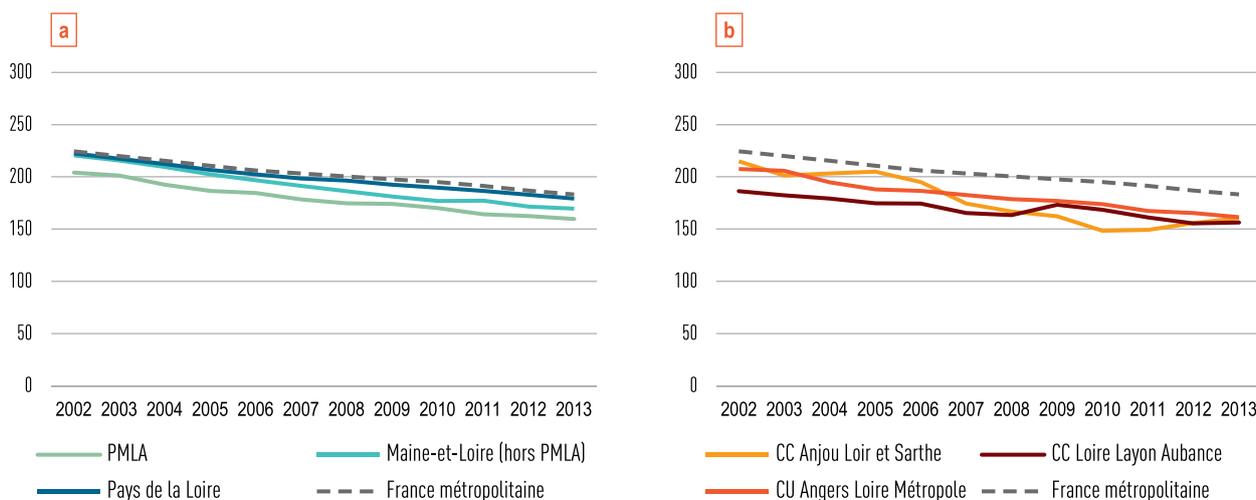
1. Maladies alcooliques du foie et cirrhose du foie sans précision, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Une mortalité prématurée en baisse et inférieure à la moyenne nationale

- La mortalité prématurée parmi les habitants du PMLA est, comme en France et dans les Pays de la Loire, en net recul : - 22 % entre 2002 et 2013 (Fig.4a). Malgré des fluctuations observées, cette baisse s'observe dans les 3 EPCI (CC Anjou Loir et Sarthe : - 25 %, CC Loire Layon Aubance : - 16 %, CU Angers Loire Métropole : - 22 % (Fig.4b).
- À l'échelle du PMLA, la mortalité prématurée reste depuis le début des années 2000 inférieure à la moyenne nationale. Sur la période 2011-2015, l'écart s'élève à - 13 % (Fig.4a). Cette sous-mortalité concerne les hommes (- 11 %) comme les femmes (- 15 %). Elle s'observe par ailleurs pour les 3 EPCI du PMLA (Fig4b).

Fig.4 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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



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, 23 % de la population relevant du régime général d'assurance maladie a dans l'année un recours aux soins qui témoigne d'une pathologie chronique, 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.

1,5 % des habitants admis chaque année en affection de longue durée

Les statistiques relatives aux affections de longue durée offrent un regard sur la fréquence des maladies chroniques, même si toutes les personnes atteintes d'une affection chronique ne sont pas en ALD.

Ont ainsi été analysées dans cette étude les données d'incidence des ALD, qui correspondent au nombre de personnes admises annuellement en ALD par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Ces données de « flux » permettent d'avoir un ordre de grandeur, certes imparfait et sous-estimé, des personnes pour lesquelles une pathologie chronique a été diagnostiquée récemment.

- Environ 7 320 habitants du PMLA ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée, entre 2015 et 2017 (3 780 hommes, 3 540 femmes).

Cet effectif total représente 1,5 % de la population du territoire.

- Cette proportion atteint 4,6 % parmi les habitants âgés de 65 ans et plus. Elle s'élève à 0,8 % parmi ceux âgés de moins de 65 ans.

20 % des habitants pris en charge pour pathologie chronique, dont 53 % des habitants âgés de 65 ans et plus

En complément des statistiques d'incidence des ALD qui correspondent à des données de « flux », ont été analysées des statistiques de prévalence, correspondant à des données de « stock » à une date donnée.

Ces données de prévalence concernent les personnes prises en charge au long cours pour des pathologies spécifiques le plus souvent chroniques. Les prises en charge concernées sont le fait d'être en ALD et/ou d'avoir été hospitalisé pour ce motif et/ou de bénéficier d'un traitement médicamenteux ou d'actes médicaux spécifiques¹⁷ [2].

Toutefois, ces données de prévalence ne concernent que les bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes, soit environ 80 % des habitants du PMLA. Une extrapolation des taux observés pour ces régimes à la population totale du PMLA a cependant été menée afin d'avoir un ordre de grandeur du nombre total de personnes prises en charge pour une maladie chronique à l'échelle du territoire.

- 20 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie ont eu en 2016 un recours aux soins signant l'existence d'au moins une pathologie chronique.

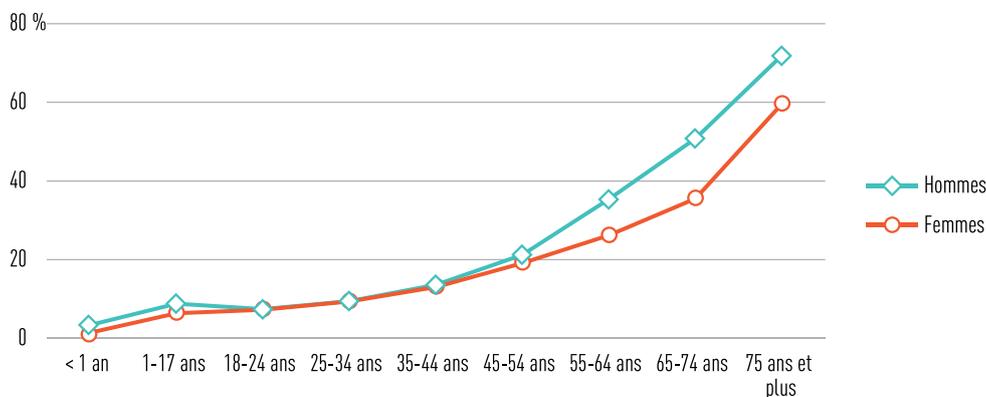
Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 77 000 habitants sont pris en charge pour une maladie chronique.

- Comme en France, la proportion de personnes prises en charge pour une pathologie chronique augmente fortement avec l'âge, passant de 7 % chez les moins de 25 ans à 53 % au-delà de 65 ans.

¹⁷ Ces données sont issues d'une exploitation de traitements développés par la Cnam dans le cadre de la Cartographie des pathologies et des dépenses 2016 (version G5) [2].

- Cette proportion est plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (19 %), à structure par âge comparable. Les écarts se creusent entre les deux sexes à partir de 45 ans. Avant cet âge, elle avoisine 9 % chez les hommes comme chez les femmes, et au-delà de 65 ans, elle atteint 60 % chez les hommes et 48 % chez les femmes (Fig.5).

Fig.5 Proportion de personnes prises en charge pour une pathologie chronique
Pôle métropolitain Loire Angers (2016)

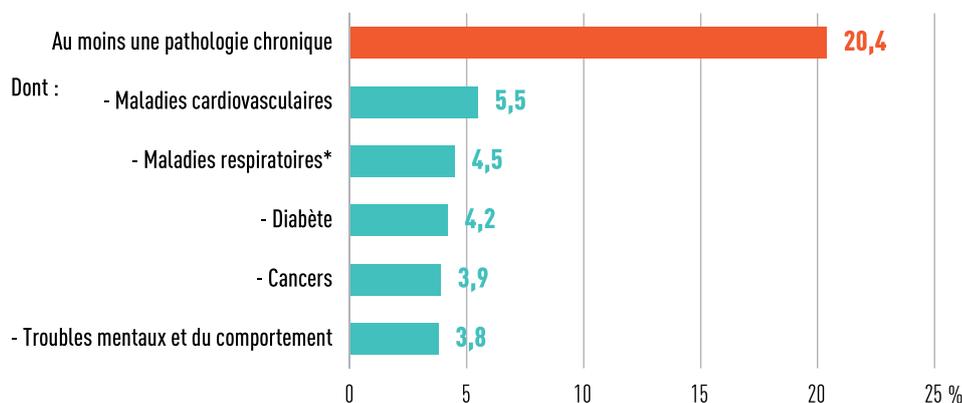


Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

Maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète, cancers et troubles mentaux le plus souvent en cause

- Parmi les pathologies chroniques les plus souvent prises en charge, se classent aux premiers rangs : les maladies cardiovasculaires¹⁸ (5,5 % des habitants sont concernés), les maladies respiratoires (4,5 %), le diabète (4,2 %), les cancers (3,9 %) et les troubles mentaux et du comportement (3,8 %) (Fig.6).

Fig.6 Proportion de personnes prises en charge pour l'une des principales pathologies chroniques
Pôle métropolitain Loire Angers (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

* y compris mucoviscidose

Lecture : 20,4 % des habitants du PMLA sont pris en charge pour au moins une pathologie chronique. 5,5 % des habitants sont pris en charge pour une maladie cardiovasculaire.

¹⁸ Y compris l'hémiplégie. Pour faciliter la lecture, l'expression « maladies cardiovasculaires » a été préférée à « maladies cardioneurovasculaires ».



Une situation locale globalement plus favorable qu'au plan national

- La proportion de personnes atteintes d'une pathologie chronique varie de 19 à 21 % selon les 3 EPCI du PMLA (CC Loire Layon Aubance : 19 %, CC Anjou Loir et Sarthe : 20 %, CU Angers Loire Métropole : 21 %, Fig.7) (Annexe 3).

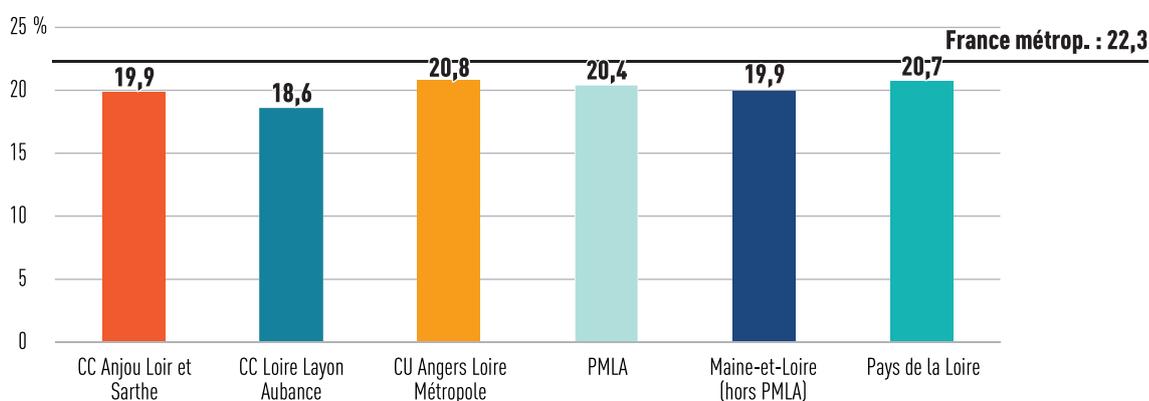
Ces proportions sont toutes inférieures à la moyenne nationale (22 %, à structure par âge comparable).

Cette moindre prévalence locale se retrouve chez les hommes comme chez les femmes, ainsi que chez les moins de 65 ans comme chez les plus de 65 ans.

- Les données d'incidence des ALD mettent également en évidence une situation plus favorable à l'échelle du PMLA (- 4 % par rapport à la moyenne nationale), et plus particulièrement dans la CC Loire Layon Aubance (- 10 %) et la CU Angers Loire Métropole (- 3 %). Pour la CC Anjou Loir et Sarthe, la fréquence des admissions en ALD est proche de la moyenne nationale.

Fig.7 Proportion¹ de personnes prises en charge pour une maladie chronique

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : régime général, sections locales mutualistes.

1. Proportion standardisée sur l'âge

CANCERS

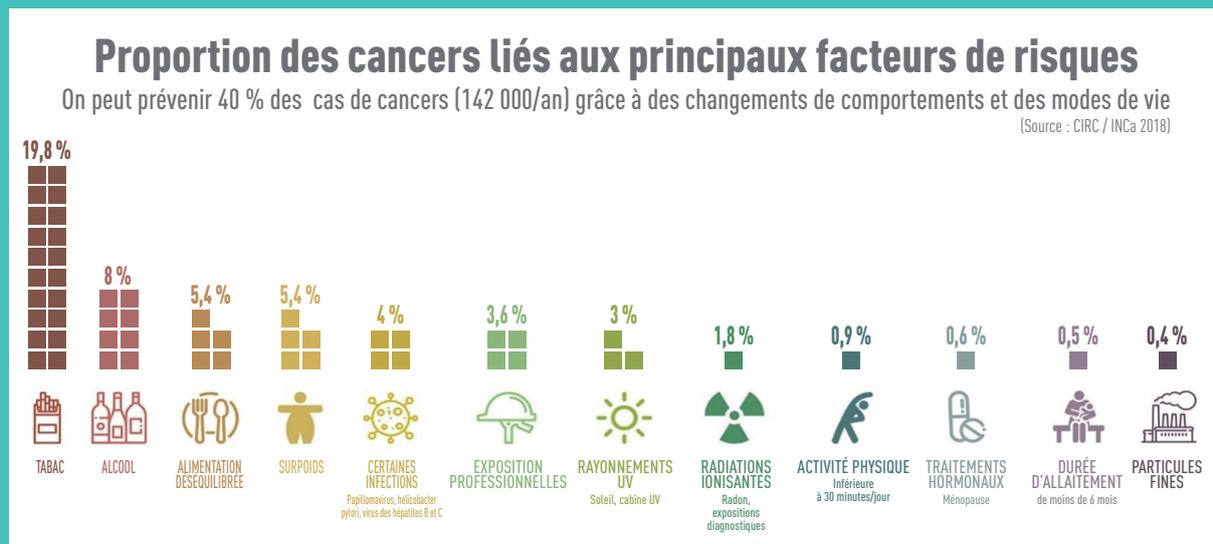
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

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 socio-professionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés [3] (Cf. Volet 1 – Les inégalités sociales).

Les facteurs de risque des cancers sont multiples. 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 %) [Cf. Volet 1 – *Comportements individuels / modes de vie*]. Globalement, 40 % des cancers pourraient être évités par une prévention primaire [4] [5].

Trois 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), le cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans), le cancer du col de l'utérus (femmes de 25 à 65 ans). 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.



Source : CIRC / INCa 2018

Près de 4 % des habitants suivis pour un cancer

- 1 700 habitants du PMLA sont admis en moyenne chaque année en ALD pour un cancer (soit 0,3 % des habitants). 43 % de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans.
- 3,9 % des habitants relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour un cancer, en phase active de traitement ou en phase de surveillance.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 15 000 habitants sont suivis pour un cancer (en phase de traitement actif ou sous surveillance).

La proportion de personnes suivies pour un cancer augmente avec l'âge (Fig.8). Elle s'élève à 1,8 % parmi les moins de 65 ans, 14 % parmi les 65 ans et plus et atteint 17 % chez les 75 ans et plus (Annexe 4).

- Plus de 800 décès par cancer surviennent chaque année dans la population du PMLA. 27 % concernent des personnes âgées de moins de 65 ans, et 53 % des moins de 75 ans.

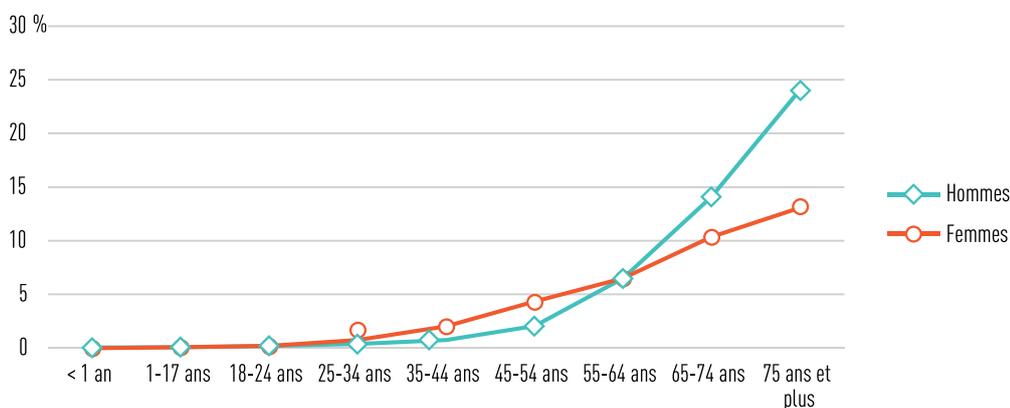


Les hommes plus souvent concernés que les femmes

- Comme en France, les cancers sont globalement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. En effet, le taux de personnes admises annuellement en ALD pour un cancer est 1,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La proportion de personnes prises en charge pour un cancer (en phase de traitement actif ou sous surveillance) est 1,2 fois plus élevée chez les hommes (Fig 8) et le taux de mortalité par cancer est 1,9 fois plus important chez ces derniers (à structure par âge comparable).

Fig.8 Proportion de personnes prises en charge pour cancer

Pôle métropolitain Loire Angers (2016)



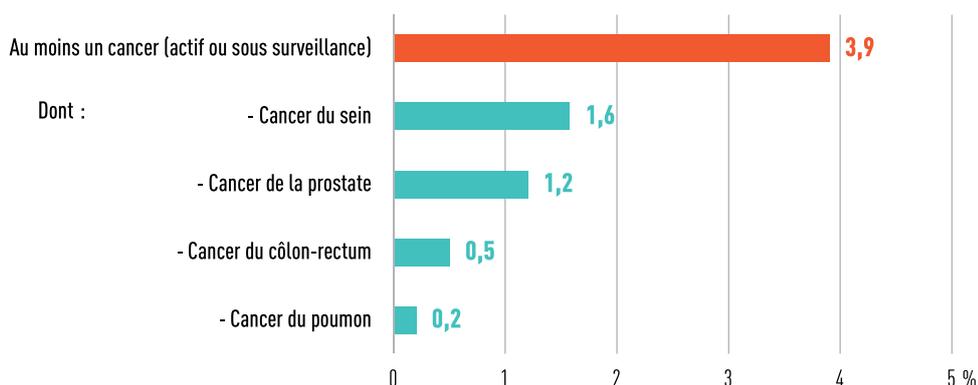
Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

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

- Les cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum sont les cancers les plus fréquents, devant le cancer du poumon (Fig.9).
- Ce dernier représente par contre la première cause de mortalité par cancer (147 décès par an) (Fig.10). Le tabagisme constitue le principal facteur de risque du cancer du poumon. Des facteurs professionnels (exposition à l'amiante notamment) et environnementaux (dont l'exposition au radon et la pollution atmosphérique) sont également reconnus.

Fig.9 Proportion de personnes prises en charge pour un cancer (en phase de traitement actif ou sous surveillance) et pour l'un des cancers les plus fréquents

Pôle métropolitain Loire Angers (2016)

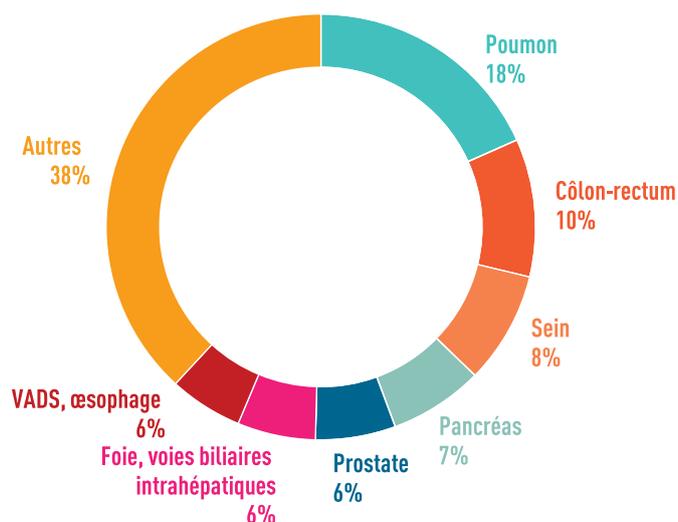


Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

Lecture : 3,9 % des habitants du PMLA sont pris en charge pour au moins un cancer (en phase de traitement actif ou sous surveillance). 1,6 % des femmes du PMLA sont prises en charge pour un cancer du sein, 1,2 % des hommes pour un cancer de la prostate.

Fig.10 Principales causes de décès par cancer

Pôle métropolitain Loire Angers (moyenne 2011-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, exploitation ORS Pays de la Loire
 VADS : voies aéro-digestives supérieures (lèvre, cavité buccale, pharynx et larynx)

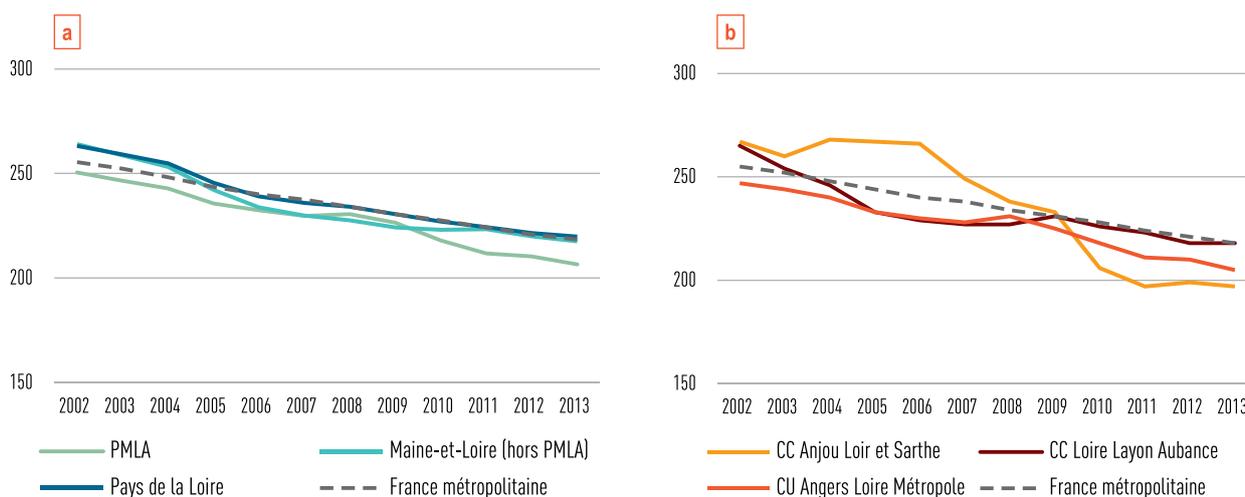
Mortalité par cancer en recul

- Comme en France et dans les Pays de la Loire, la mortalité par cancer est en recul dans la population du PMLA (- 18 % entre 2002 et 2013) (Fig.11a). Ce recul s'observe dans les 3 EPCI composant le Pôle, et de façon plus marquée pour la CC Anjou Loir et Sarthe (Fig.11b).

Cette baisse de la mortalité par cancer est plus marquée chez les hommes (- 24 %) que chez les femmes (- 9 %). Chez les hommes, ce recul est principalement lié à une baisse de la mortalité par cancer du côlon-rectum et de la prostate. Chez les femmes, le recul est moindre en raison notamment de la hausse de la mortalité par cancer du poumon.

Fig.11 Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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



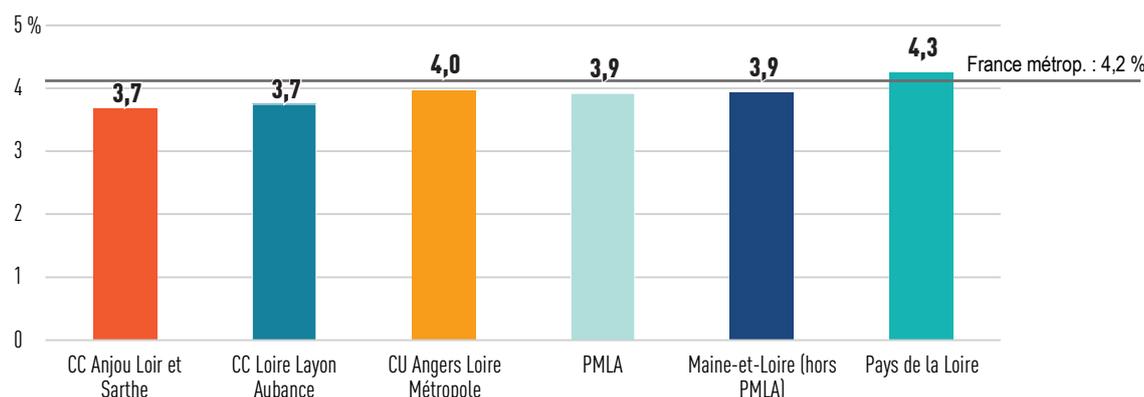
Une situation globalement plus favorable qu'au plan national

- Le taux de personnes admises chaque année en ALD pour cancer est proche de la moyenne nationale au sein du PMLA et dans chacune des 3 intercommunalités (EPCI¹⁹).
- Le taux global de personnes prises en charge pour un cancer au sein du PMLA est inférieur à la moyenne nationale (- 7 %). Ce constat est retrouvé dans les 3 EPCI : Angers Loire Métropole (- 5%) et sur les deux communautés de communes pour lesquelles les écarts sont plus marqués (Anjou Loir et Sarthe (- 12 %) et Loire Layon Aubance (- 11 %)) (Fig.12).
- La mortalité par cancer parmi les habitants du PMLA est inférieure de 5 % à la moyenne nationale sur la période 2011-2015 (Fig.11b). Cette sous-mortalité se retrouve pour la CU Angers Loire Métropole (- 6 %) et la CC Anjou Loir et Sarthe (- 10 %). Par contre, pour la CC Loire Layon Aubance, la mortalité par cancer est proche de la moyenne nationale.
- Cette situation du PMLA plus favorable que la moyenne nationale est notamment liée à une moindre fréquence des cancers du poumon, les indicateurs de morbi-mortalité étudiés étant inférieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale.

La situation en matière de cancer du côlon-rectum apparaît proche de la moyenne nationale. Pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, leurs fréquences (le taux de personnes prises en charge et le taux d'admission en ALD) apparaissent inférieures à la moyenne nationale mais la mortalité liée à ces cancers est proche de la moyenne nationale.

Fig.12 Proportion¹ de personnes prises en charge pour un cancer (actif ou sous surveillance)

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers



(PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : régime général, sections locales mutualistes.

1. Proportion standardisée sur l'âge

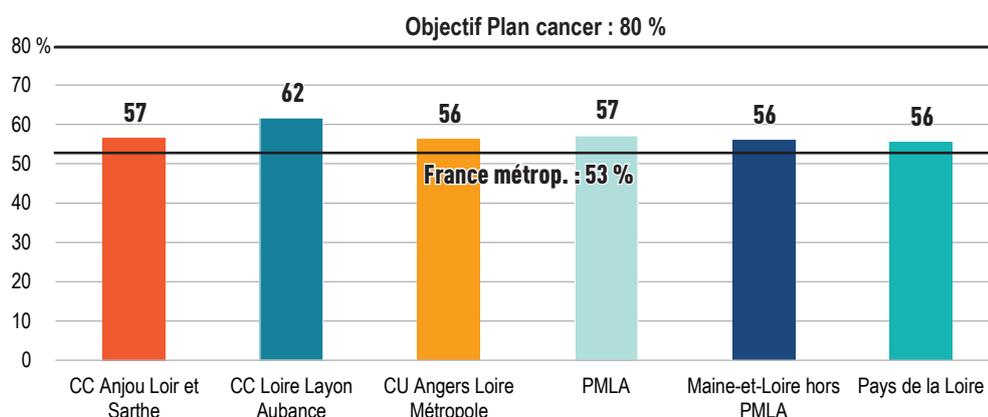
Un recours au dépistage du cancer du col de l'utérus qui reste insuffisant

- 57 % des femmes du PMLA, âgées de 25-64 ans, ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des 36 derniers mois. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (53 %). L'objectif du Plan cancer 2014-2019 est que ce taux atteigne 80 %.
- Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est nettement plus faible chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C (44 % vs 59 % des non-bénéficiaires de la CMU-C).
- À structure par âge comparable, la CC Loire Layon Aubance présente un taux de dépistage du cancer du col utérin plus élevé (62 %) que celui des deux autres EPCI (57 % CC Anjou Loir et Sarthe, 56 % CU Angers Loire Métropole, (Fig.13)). L'offre de soins peut peut-être en partie expliquer ce constat : à l'échelle du PMLA, la densité standardisée de sages-femmes et l'activité par sage-femme la plus élevée sont observées sur ce territoire (Cf. Volet 3 : offre de soins).

¹⁹ Etablissement Public de Coopération Intercommunale

Fig.13 Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des 36 derniers mois

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA),
Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2015-2017)



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

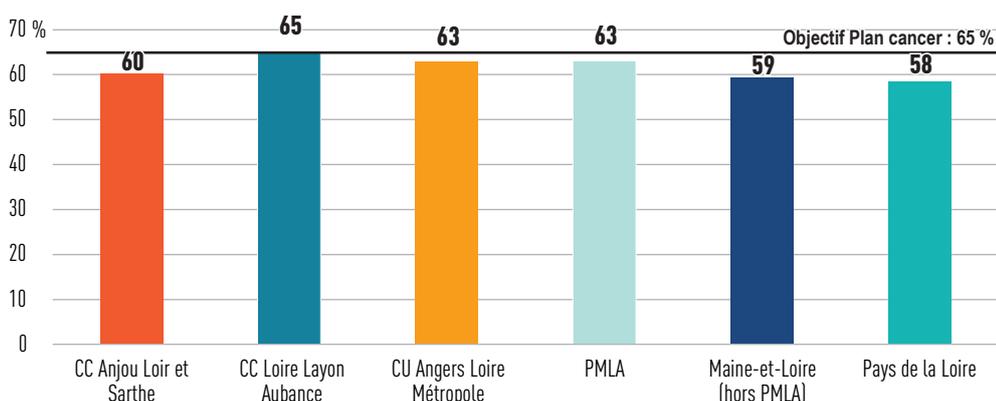
Participation au dépistage organisé du cancer du sein : des disparités territoriales

- Le taux de participation des femmes du PMLA au dépistage organisé du cancer du sein est de 63 % en 2017-2018. Ce taux est supérieur aux moyennes départementale (61 %) et régionale (58 %) mais inférieur à l'objectif de 65 % fixé par le Plan cancer.

La CC Loire Layon Aubance présente le taux de participation le plus élevé (65 %) et la CC Anjou Loir et Sarthe le plus faible (60 %) (Fig.14).

Fig.14 Taux de participation¹ au dépistage organisé du cancer du sein

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire (2017-2018)



Source : CRCDC Pays de la Loire - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Taux de participation calculés par rapport au nombre de femmes invitées. Les taux de participation publiés par Santé publique France sont calculés par rapport au nombre de femmes estimé par les projections de population réalisées par l'Insee.



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 [Cf : Volet 1 – Comportements individuels / modes de vie]. 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 [6].

Ce chapitre traite des affections qui relèvent du chapitre « Maladies de l'appareil circulatoire » de la Classification internationale des maladies (Cim). Pour les données concernant les personnes relevant du régime général prises en charge au long cours pour une pathologie cardiovasculaire, sont également prises en compte les hémiplésies, affections neurologiques pouvant être liées à un accident vasculaire cérébral.

Plus de 5 % des habitants pris en charge pour maladies cardiovasculaires

- Les maladies cardiovasculaires constituent, comme en France, le premier motif d'admissions en ALD des habitants du PMLA. Environ 2 400 personnes sont concernées chaque année (soit 0,5 % des habitants).
- 5,5 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour une pathologie cardiovasculaire.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'au total environ 21 000 habitants sont concernés.

Parmi les maladies cardiovasculaires prises en charge au long cours, trois pathologies pèsent fortement : la maladie coronaire (1,8 % des habitants du PMLA sont concernés), les accidents vasculaires cérébraux (1,1 %) et l'insuffisance cardiaque (0,9 %).

- Ces affections représentent en outre la seconde cause de décès (environ 690 décès annuels).

12 % bénéficient d'un traitement préventif du risque vasculaire

- Parallèlement à ces personnes suivies pour une maladie cardiovasculaire, un nombre important des habitants du territoire bénéficient d'un traitement préventif du risque vasculaire par un médicament antihypertenseur ou hypolipémiant. Ainsi, 12 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie bénéficient en 2016 d'un traitement préventif.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'au total environ 45 000 habitants sont concernés par un tel traitement.

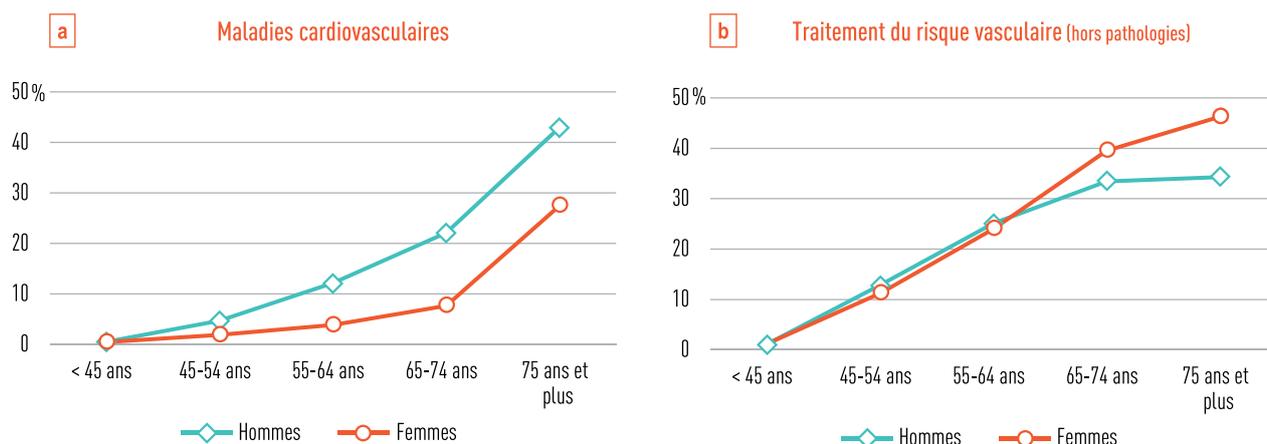
- Cette proportion augmente fortement avec l'âge. Elle s'élève ainsi à 6 % parmi les moins de 65 ans et atteint 39 % parmi les 65 ans et plus.

Des pathologies cardiovasculaires nettement plus fréquentes chez les hommes

- Les hommes sont plus souvent touchés par les maladies cardiovasculaires que les femmes. À structure par âge comparable, les taux masculins de personnes admises annuellement en ALD, au global prises en charge (Fig.15a) et de mortalité pour ces affections sont 1,6 à 2 fois plus élevés que les taux féminins.
- Par contre, les femmes bénéficient un peu plus souvent que les hommes d'un traitement préventif du risque vasculaire (12,2 % vs 11,0 % à structure par âge comparable) (Fig.15b).

Fig.15 Proportion de personnes prises en charge pour maladie cardiovasculaire et bénéficiant d'un traitement du risque vasculaire (hors pathologies)

Pôle métropolitain Loire Angers (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

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

- Les maladies cardiovasculaires concernent surtout des personnes âgées. 72 % des personnes admises en ALD pour ces affections sont âgées de 65 ans et plus.

23 % des personnes de 65 ans et plus font l'objet d'une prise en charge pour maladies cardiovasculaires.

En outre, plus de 90 % des décès liés à ces affections concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

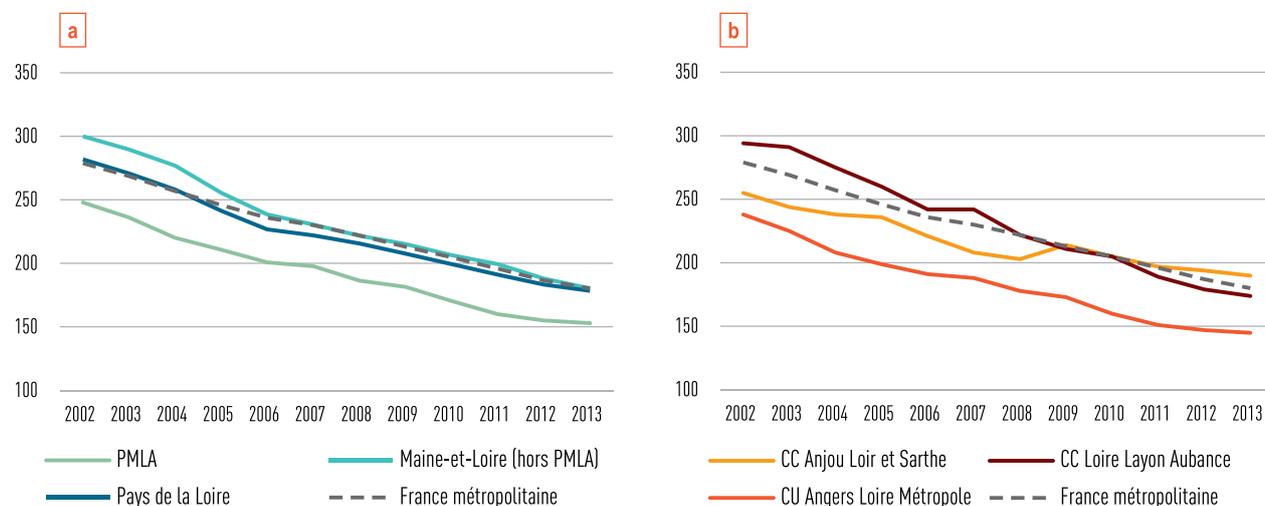
- Toutefois, ces pathologies ne sont pas rares avant 65 ans : 1,9 % des moins de 65 ans sont pris en charge pour ce type d'affections. On dénombre chaque année en moyenne 688 admissions en ALD et 54 décès par maladies cardiovasculaires parmi les habitants du PMLA âgés de moins de 65 ans.

Une mortalité qui poursuit son recul

- Comme sur les plans national et régional, la mortalité cardiovasculaire parmi les habitants du PMLA continue à fortement diminuer : - 38 % entre 2002 et 2013 (Fig.16a). Cette baisse est moins marquée au sein de la CC Anjou Loir et Sarthe (- 25 %) que dans les deux autres EPCI (CC Loire Layon Aubance : - 41 %, CU Angers Loire Métropole : - 39 %) (Fig.16b).

Fig.16 Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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

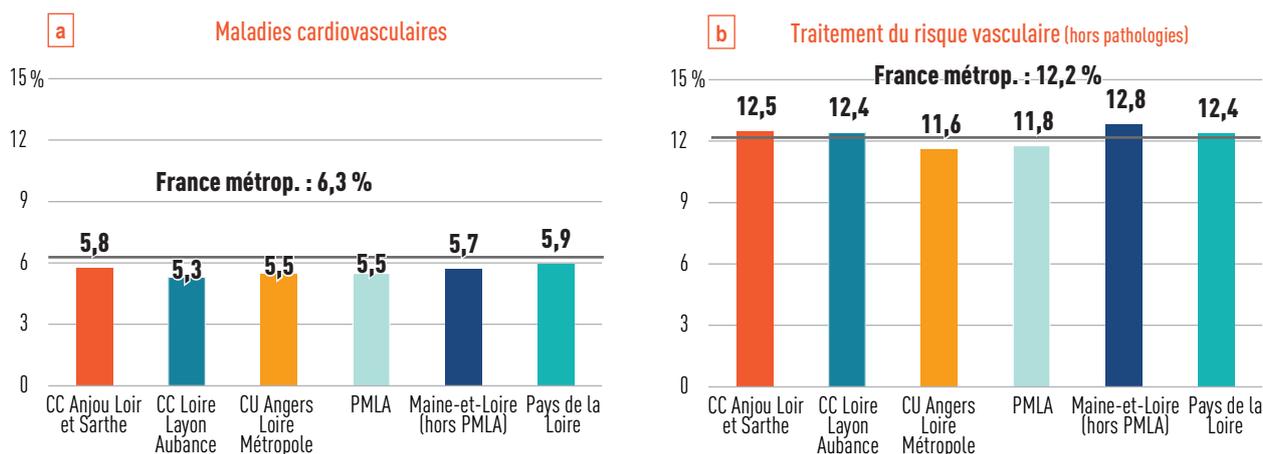


Une situation plus favorable qu'au plan national

- Le taux de personnes admises chaque année en ALD pour maladies cardiovasculaires au sein du PMLA est proche de la moyenne nationale.
- Le taux de personnes prises en charge pour maladies cardiovasculaires est inférieur à la moyenne nationale (- 13 %). Une moindre prévalence du traitement préventif du risque vasculaire est également retrouvée à l'échelle du PMLA (- 3 %).
- La mortalité par maladies cardiovasculaires parmi les habitants du PMLA est inférieure de 14 % à la moyenne nationale sur la période 2011-2015 (Fig.16a).
- Si l'on considère la population du PMLA âgée de moins de 65 ans, les indicateurs de morbi-mortalité étudiés ici sont inférieurs à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes.
- Ces constats masquent toutefois des disparités entre les 3 EPCI du PMLA. Si l'on considère les fréquences des traitements préventifs du risque vasculaire et de la mortalité cardiovasculaire, la situation plus favorable du PMLA concerne uniquement les habitants de la CU Angers Loire Métropole. Pour les deux autres EPCI, la situation est proche de la moyenne nationale dans ces domaines (Fig.16 et 17). En outre, pour la CC Anjou Loir et Sarthe, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est supérieure à la moyenne nationale (+ 12 %).

Fig.17 Proportion¹ de personnes prises en charge pour maladie cardiovasculaire et bénéficiant d'un traitement préventif du risque vasculaire

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : régime général, sections locales mutualistes.

1. Proportion standardisée sur l'âge

DIABÈTE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline par le pancréas et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide, voire brutale. Le diabète de type 2, qui est le plus répandu (plus de 90 % des cas), s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. La fréquence de ce diabète croît avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et chez les personnes appartenant aux groupes sociaux les moins favorisés.

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

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs 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 (Cf : Volet 1 – Comportements individuels / modes de vie).

Plus de 4 % des habitants pris en charge pour un diabète

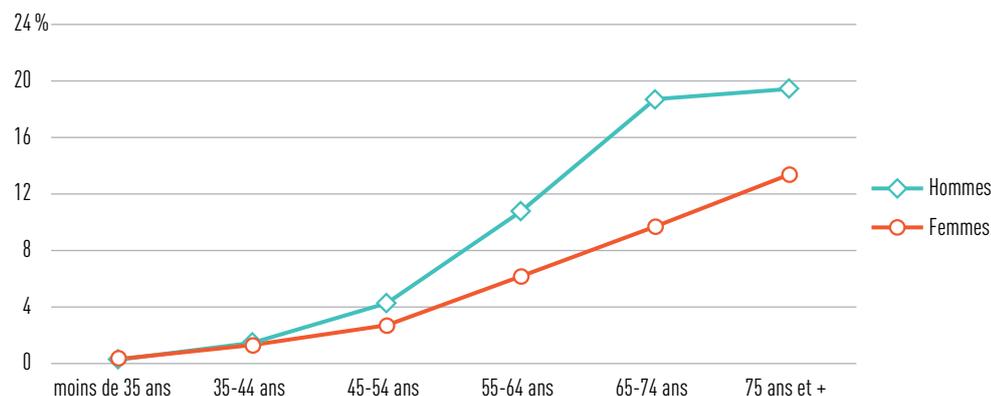
- 1 180 habitants sont admis en moyenne chaque année en ALD pour un diabète (soit 0,3 % des habitants).
- 4,2 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour un diabète.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 16 000 habitants du PMLA sont pris en charge pour un diabète.

- La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, passant de 3 % chez les 45-54 ans, à 8 % chez les 55-64 ans pour atteindre 15 % chez les 75 ans et plus (Fig.18).

Fig.18 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète

Pôle métropolitain Loire Angers (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cham) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

Les hommes plus souvent concernés que les femmes

- La prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5,3 % vs 3,3 %, à structure par âge comparable). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge à partir de 45 ans. Ainsi, entre 65 et 74 ans, le diabète concerne 18 % des hommes et 10 % des femmes (Fig.18).

Une situation locale plus favorable qu'au plan national

- Comme à l'échelle régionale, la prévalence du diabète dans la population du PMLA est inférieure à la moyenne nationale (4,2 % vs 5,0 %, à structure par âge comparable).

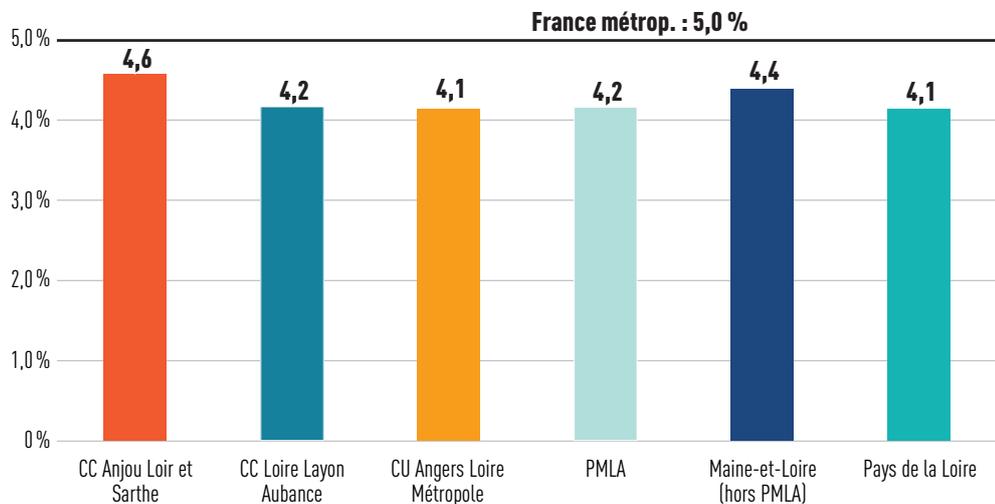
Ce constat concerne les hommes comme les femmes.



Il est par ailleurs retrouvé pour les 3 EPCI. On note toutefois une prévalence un peu plus élevée parmi les habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (4,6 %) que dans les deux autres EPCI (4,2 % et 4,1 %, Fig.19).

Fig.19 Proportion¹ de personnes prises en charge pour un diabète

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cham) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : régime général, sections locales mutualistes.

1. Proportion standardisée sur l'âge

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. (Cf : Volet 1 – Déterminants de santé / Facteurs environnementaux).

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 selon les sources de données, la mucoviscidose.

4,5 % des habitants pris en charge pour maladie respiratoire chronique

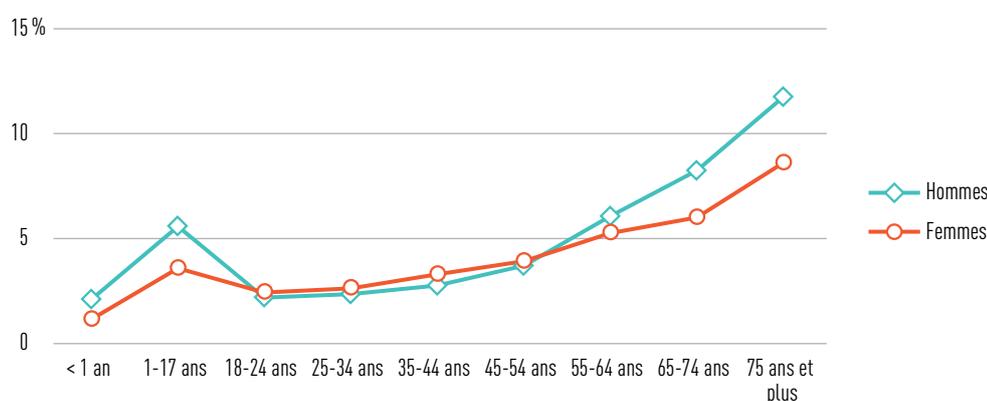
- Près de 160 habitants sont admis en moyenne chaque année en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG). 54 % d'entre eux sont âgés de 65 ans et plus. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme sont les pathologies les plus souvent en cause.
- 4,5 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour une maladie respiratoire chronique (y compris mucoviscidose).

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 17 000 habitants sont concernés.

- Les maladies respiratoires sont par ailleurs à l'origine de 180 décès annuels parmi les habitants du PMLA. Ces décès concernent dans plus de 90 % des cas des personnes âgées de plus de 65 ans.

Fig.20 Proportion de personnes prises en charge pour maladie respiratoire chronique¹

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version 65 (Cham) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : régime général, sections locales mutualistes.

1. Y compris mucoviscidose



Les hommes plus souvent concernés que les femmes

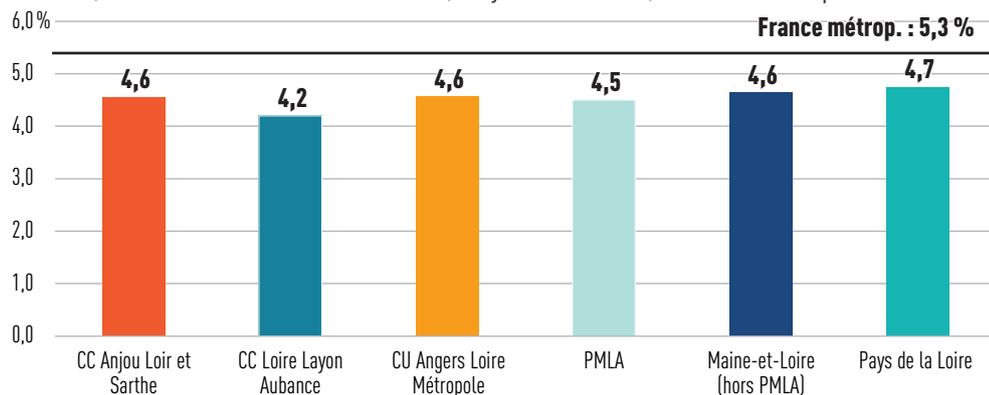
- Comme en France, les maladies respiratoires sont globalement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les taux masculins de personnes admises annuellement en ALD pour une IRCG, de personnes prises en charge pour une maladie respiratoire chronique (Fig.20) et de mortalité par maladies respiratoires sont respectivement 1,5, 1,2 et 1,9 fois plus élevés que les taux féminins (à structure par âge comparable).

Une situation plus favorable qu'au plan national

- Les taux de personnes admises chaque année en ALD pour IRCG et de personnes prises en charge au global pour une maladie respiratoire chronique au sein du PMLA sont inférieurs à la moyenne nationale (respectivement - 40 % et - 15 %, Fig.21). Ces constats concernent globalement les 3 EPCI du Pôle²⁰.

Fig.21 Proportion¹ de personnes prises en charge pour une maladie respiratoire chronique

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



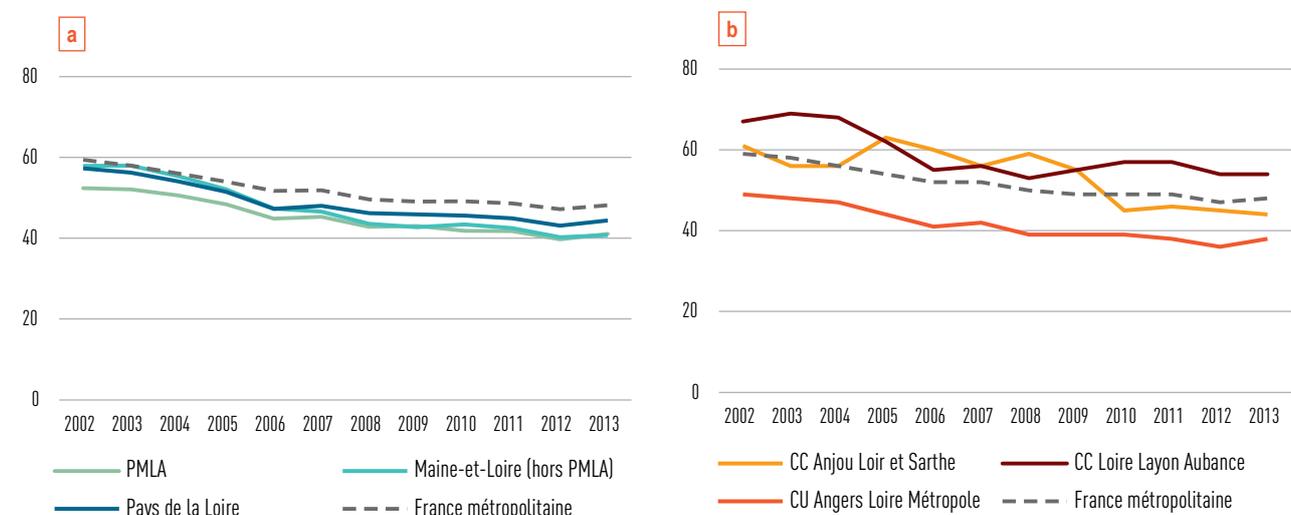
Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cham) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.
1. Proportion standardisée sur l'âge

- La mortalité par maladies respiratoires parmi les habitants du PMLA est, comme en France, en recul (- 22 % entre 2002 et 2013). Elle reste par ailleurs inférieure à la moyenne nationale (- 14 % sur la période 2011-2015) (Fig.22a).

Si un recul est observé dans les 3 EPCI, la sous-mortalité par maladies respiratoires concerne uniquement la CU Angers Loire Métropole (- 20 %). Pour la CC Anjou Loir et Sarthe, cette mortalité apparaît relativement proche de la moyenne nationale et pour la CC Loire Layon Aubance, elle lui reste supérieure d'environ 10 % depuis le début des années 2000 (Fig.22b).

Fig.22 Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies respiratoires

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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

²⁰ L'écart observé en matière d'admissions en ALD n'est toutefois pas statistiquement significatif pour la CC Anjou Loir et Sarthe (- 11 %).

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 des 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.

Personnes traitées par médicaments psychotropes

8 % des habitants traités par médicaments psychotropes

- 8,3 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie bénéficient en 2016 d'un traitement prolongé par médicaments psychotropes²¹, en dehors des personnes prises en charge pour des troubles mentaux et du comportement graves²².

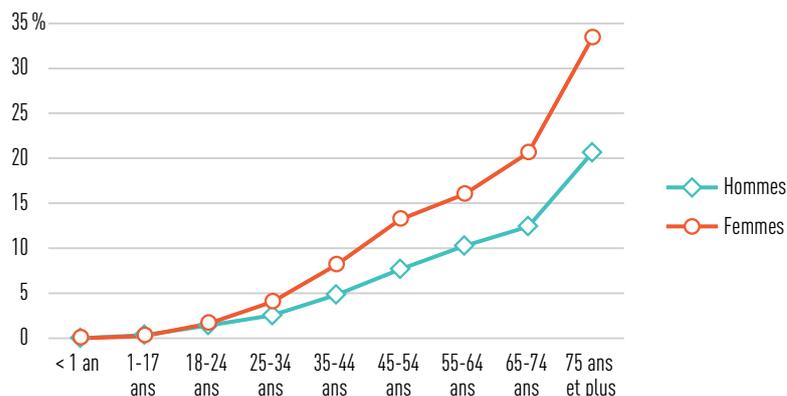
Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 31 000 habitants sont concernés par un traitement psychotrope.

- Le taux de personnes ayant un traitement par psychotropes (hors troubles mentaux graves) augmente fortement avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Il passe ainsi de moins 2 % chez les 18-24 ans, à 11 % chez les 45-54 ans, pour atteindre un maximum de 29 % chez les 75 ans et plus.

- Le taux de recours à des psychotropes est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (10 % vs 6 %, à structure par âge comparable). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge à partir de 18 ans (Fig.23).

Fig.23 Proportion de personnes bénéficiant d'un traitement prolongé par médicaments psychotropes (hors troubles mentaux graves)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.

²¹ Antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques ou hypnotiques.

²² Personnes en ALD ou ayant été hospitalisées en service de court séjour ou de soins de psychiatrie pour des troubles mentaux et du comportement.

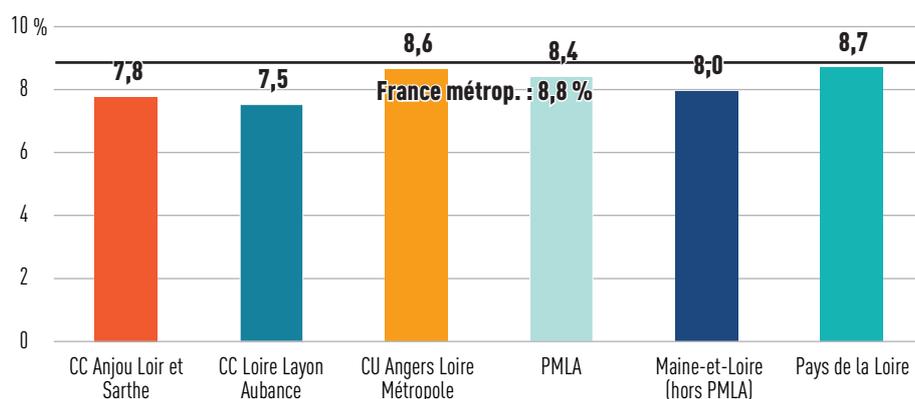


Un recours des habitants aux psychotropes un peu plus faible qu'au plan national, avec toutefois des disparités territoriales

- Le taux de personnes bénéficiant d'un traitement par psychotropes (hors troubles mentaux graves) parmi la population du PMLA est légèrement inférieur à la moyenne nationale (8,4 % vs 8,8 %, à structure par âge comparable, Fig.24). Ce constat concerne les hommes comme les femmes, et s'observe chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus.
- Des écarts importants sont cependant observés entre les 3 EPCI. La CU Angers Loire Métropole présente un taux de personnes bénéficiant d'un traitement par psychotropes (8,6 %) supérieurs à ceux observés dans la CC Anjou Loir et Sarthe (7,8 %) et Loire Layon Aubance (7,5 %) (Fig.24).

Fig.24 Proportion¹ de personnes bénéficiant d'un traitement prolongé par médicaments psychotropes (hors troubles mentaux graves)

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.
1. Proportion standardisée sur l'âge

Troubles mentaux et du comportement (hors démences)

Ce sous-chapitre porte sur les troubles mentaux et du comportement, qui relèvent du chapitre correspondant de la Classification internationale des maladies (Cim). Y sont notamment inclus les psychoses, les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance, les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement. Par contre, ne sont pas pris en compte les démences (Maladie d'Alzheimer ou autres) qui font l'objet du sous-chapitre suivant.

Près de 4 % des habitants pris en charge pour des troubles mentaux et du comportement

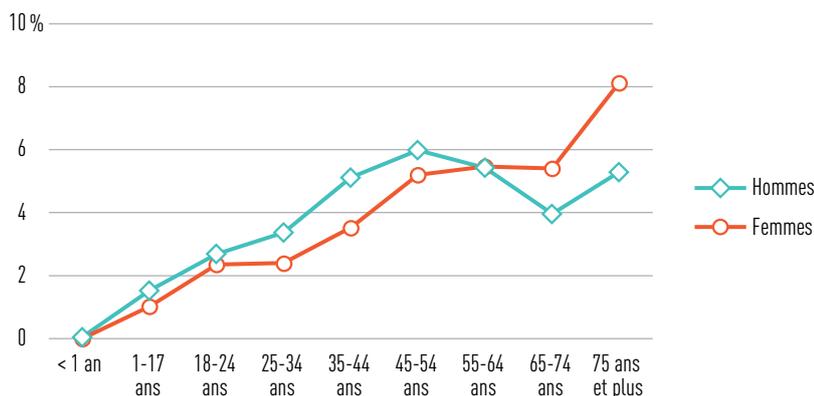
- 1 170 habitants du PMLA sont admis en moyenne chaque année en ALD pour des troubles mentaux et du comportement (hors démences).
- 3,8 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour des troubles mentaux et du comportement (hors démences)²³.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 14 000 habitants sont pris en charge pour une maladie psychiatrique (hors démence).

- Le taux de personnes prises en charge pour des troubles mentaux (hors démences) augmente fortement avec l'âge jusqu'à 45-54 ans, puis diminue entre 55 et 74 ans et repart à la hausse à partir de 75 ans.
- Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âge de moins de 55 ans. À partir de 65 ans, la situation s'inverse, les femmes sont plus souvent concernées que les hommes (Fig.25).

²³ Personnes en ALD et/ou hospitalisées en soins de court séjour ou de psychiatrie (avec ou sans traitement médicamenteux spécifique).

Fig.25 Proportion de personnes prises en charge pour troubles mentaux et du comportement (hors démences) Pôle métropolitain Loire Angers (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
 Champ : régime général, sections locales mutualistes.

Les hommes de moins de 65 ans un peu plus souvent pris en charge pour des troubles mentaux qu'au plan national

- La fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement (hors démences) est parmi les habitants du PMLA inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 19 %) comme chez les femmes (- 23 %). Cette sous-incidence est retrouvée chez les moins de 65 ans et les 65 ans et plus.
- Le taux de personnes prises en charge pour troubles mentaux et du comportement dans la population du PMLA est légèrement supérieur à la moyenne nationale (3,8 % vs 3,7 %, à structure par âge comparable). Ce constat concerne plus particulièrement les hommes du territoire âgés de moins de 65 ans (3,8 % vs 3,4 %). On n'observe pas de différence avec la moyenne nationale chez les femmes du territoire.

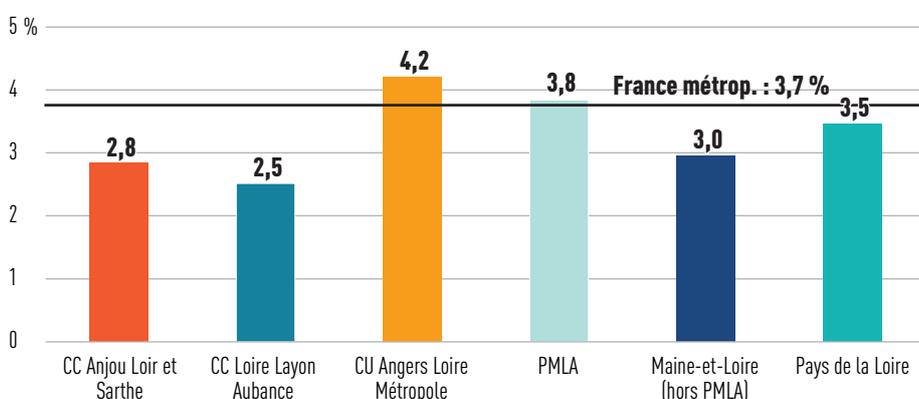
Des disparités territoriales marquées

- La CU Angers Loire Métropole présente un taux de personnes prises en charge pour troubles mentaux et du comportement (4,2 %) supérieur à ceux observés dans les CC Anjou Loir et Sarthe (2,8 %) et Loire Layon Aubance (2,5 %) (Fig.26). Ce constat est par ailleurs retrouvé si l'on considère la fréquence des admissions en ALD pour maladies psychiatriques.

Cette situation locale peut notamment être rapprochée de la présence dans la communauté urbaine du Centre de santé mentale angevin (CESAME) situé sur la commune de Saint-Gemmes-sur-Loire et de l'offre en psychiatres libéraux du PMLA essentiellement concentrée sur Angers. Une étude menée dans le cadre du contrat de ville a mis notamment en évidence le lien entre l'évolution de l'offre et l'évolution de la prise en charge dans un quartier prioritaire.

Fig.26 Proportion¹ de personnes prises en charge pour troubles mentaux et du comportement

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
 Champ : régime général, sections locales mutualistes.
 1. Proportion standardisée sur l'âge



Maladie d'Alzheimer et autres démences

Près de 10 % des 75 ans et plus pris en charge pour une démence

- Près de 460 habitants du PMLA sont admis en moyenne chaque année en ALD pour une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence. La très grande majorité de ces personnes sont âgées de 75 ans et plus.
- Près de 11 % des habitants du PMLA, âgés de 75 ans et plus et relevant du régime général de l'assurance maladie, sont pris en charge en 2016 pour une démence (y compris maladie d'Alzheimer)²⁴.

Si l'on extrapole cette proportion à la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 3 500 habitants âgés de 75 ans et plus sont pris en charge pour une démence.

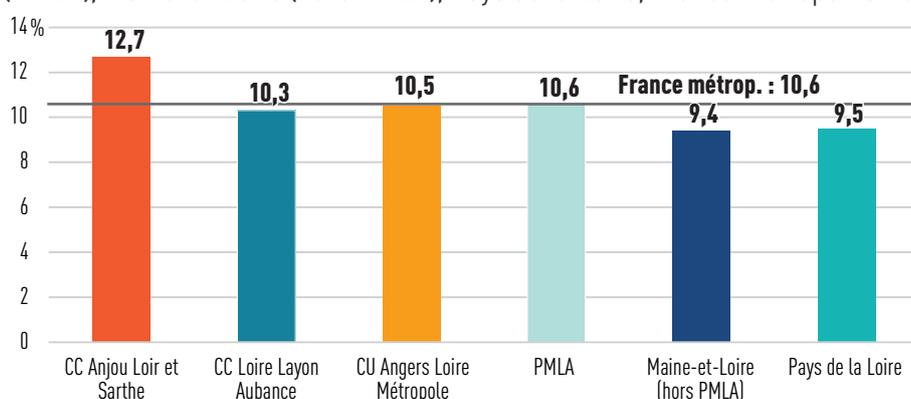
Des disparités territoriales

- Le taux de personnes prises en charge pour une démence (Fig.27) ainsi que le taux d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer à l'échelle du PMLA sont relativement proches de la moyenne nationale.

Ce constat masque cependant des disparités territoriales. La CC Anjou Loir et Sarthe présente des taux plus élevés que les deux autres EPCI, et notamment un taux de personnes admises en ALD supérieur de près de 30 % à la moyenne nationale.

Fig.27 Proportion de personnes prises en charge pour démences¹ parmi les 75 ans et plus

CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole, Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2016)



Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général, sections locales mutualistes.
1. Y compris Maladie d'Alzheimer.

Tentatives de suicide et suicides

Les femmes globalement plus souvent hospitalisées que les hommes pour une tentative de suicide

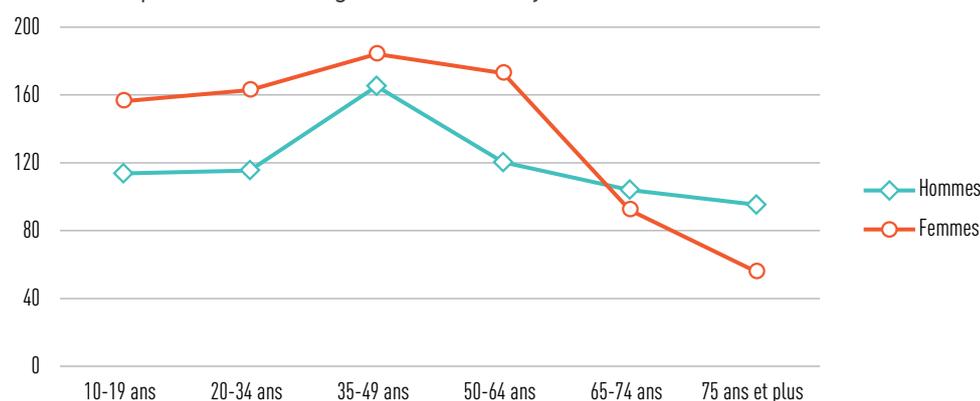
- En moyenne 450 habitants du PMLA sont hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie²⁵ pour une tentative de suicide au cours d'une année (180 hommes, 270 femmes), ce qui correspond à un taux brut de 136 patients pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus. Il s'agit d'un effectif minimum car la notion de tentative de suicide est sous-enregistrée dans les statistiques hospitalières.
- Le taux de personnes hospitalisées pour une tentative de suicide s'élève à 136/100 000 chez les 10-19 ans. Il est maximal chez les 35-49 ans (175/100 000), et diminue progressivement avec l'âge pour s'établir à 70/100 000 chez les 75 ans et plus.
- Les fréquences d'hospitalisations pour tentative de suicide sont globalement plus élevées chez les femmes que chez les hommes jusqu'à 65 ans. Au-delà de cet âge, les hommes du PMLA apparaissent plus souvent concernés que les femmes (Fig.28). Ce dernier constat n'est toutefois pas retrouvé au plan national.
- Le taux de personnes hospitalisées en service de médecine ou de chirurgie pour tentative de suicide au sein du PMLA est supérieur à la moyenne nationale (254 vs 239/100 000, à structure par âge comparable).
- Des écarts importants sont observés entre les 3 EPCI. La CU Angers Loire Métropole présente un taux pour 100 000 habitants nettement plus élevé que les deux autres EPCI (273 vs 193 pour la CC Anjou Loir et Sarthe et 190 pour la CC Loire Layon Aubance, à structure par âge comparable).

²⁴ Personnes en ALD et/ou bénéficiant d'un traitement spécifique et/ou hospitalisées en soins de court séjour, de psychiatrie, ou en soins de suite et de réadaptation.

²⁵ Service de court séjour. Cet effectif ne prend pas en compte les hospitalisations en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation.

Fig.28 Taux de patients hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie pour une tentative de suicide selon l'âge et le sexe

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (moyenne 2016-2018)



Sources : PMSI-MCO (ATIH), SNDS-DCIR (Cnam), Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000 habitants

Une mortalité par suicide en recul mais supérieure à la moyenne nationale

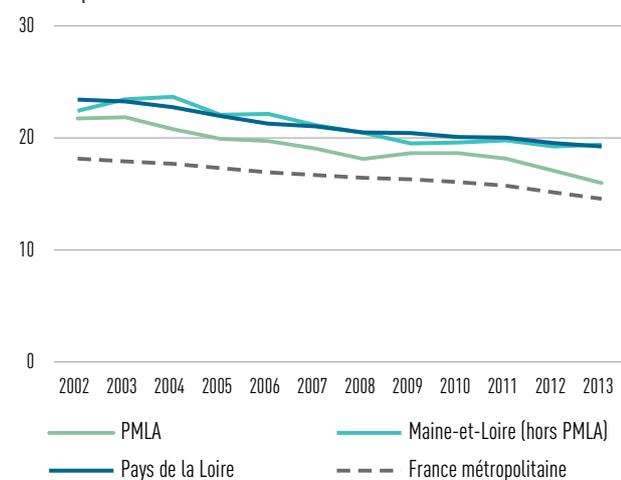
- Près de 60 habitants du PMLA décèdent en moyenne chaque année par suicide. Plus de la moitié de ces décès concernent des hommes âgés de moins de 65 ans.
- Même si elle connaît des fluctuations, la mortalité par suicide est en recul (- 27 % entre 2002 et 2013). Cette baisse est notamment un peu plus marquée que celle observée au plan national (- 20 %), et l'écart à la moyenne nationale tend donc à se réduire (Fig.29).
- La mortalité par suicide parmi les habitants du PMLA, qui était supérieure de 20 % à la moyenne nationale au début des années 2000, lui est supérieure de 11 % sur la période 2011-2015, et cet écart n'est plus statistiquement significatif (Fig.29).

La situation locale apparaît plus favorable que celles observées dans le reste du département du Maine-et-Loire ou à l'échelle de la région Pays de la Loire, où des surmortalités par suicide de plus de 30 % sont constatées.

La mortalité par suicide n'a pas été étudiée ici de façon détaillée pour les 3 EPCI en raison des faibles effectifs de décès par suicide à ce niveau territorial (CC Anjou Loir et Sarthe : 5 décès par an, CC Loire Layon Aubance : 8 décès, Angers Loire Métropole : 46 décès par an).

Fig.29 Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), département du Maine-et-Loire hors PMLA, Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2015)



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



CONSÉQUENCES DES 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, et notamment la consommation d'alcool qui en levant l'inhibition favorise la prise de risque – que sur le plan de la prise en charge de leurs conséquences en terme de santé.

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 [7].

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 de 28 000 ont dû être hospitalisés en 2017 [8]. 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 souffrant 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 [9]. Au-delà de ces conséquences directes sur la santé, les accidents de la route sont également susceptibles d'impacter la santé mentale (stress post traumatique, anxiété, phobie de la conduite...), la vie sociale et affective, la vie professionnelle... L'entourage des victimes peut également être touché, notamment lors de la survenue de situation de handicap suite à l'accident.

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 [8].

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 plain-pied et de hauteur sont le plus souvent en cause [10].

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 du PMLA, les recours aux services hospitaliers de médecine ou de chirurgie pour lésions traumatiques, qui sont le plus souvent d'origine accidentelle mais qui peuvent aussi résulter d'actes violents (subis ou auto-infligés), 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.

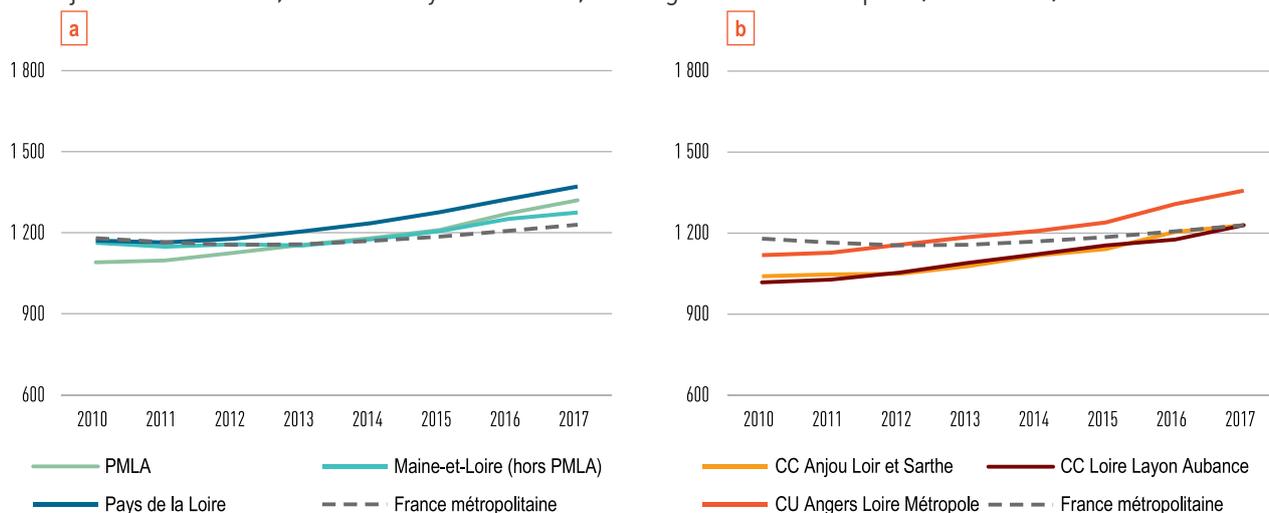
Un taux de personnes hospitalisées pour lésions traumatiques supérieur à la moyenne nationale

- Chaque année, en moyenne 5 170 habitants du PMLA ont été hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie²⁶ pour lésions traumatiques (y compris séquelles) au cours de la période 2016-2018, dont 2 940 hommes et 2 230 femmes.
- Les fractures du membre supérieur constituent le diagnostic principal le plus fréquent de ces recours (990 personnes concernées), devant les luxations et entorses (830), les plaies ouvertes du poignet et de la main (580), les fractures du col du fémur (440) et les traumatismes crâniens (410).
- Le taux global de patients hospitalisés pour lésions traumatiques parmi les habitants du PMLA est en hausse : + 21 % entre 2010 et 2017. Cette progression est nettement plus marquée que celle observée au plan national (+ 4 %) et l'écart avec la moyenne nationale s'est donc accru. Ce taux qui était inférieur à cette moyenne au début des années 2010 lui est supérieur de 6 % en 2017 (à structure par âge comparable) (Fig.30a).
- Si la hausse constatée à l'échelle du PMLA est observée dans les 3 EPCI du PMLA (+ 18 à + 21 % selon l'EPCI), la plus grande fréquence des hospitalisations pour lésions traumatiques est retrouvée uniquement pour les habitants de la CU Angers Loire Métropole (+ 8 % par rapport à la moyenne nationale). Pour les CC Loire Layon Aubance et Anjou Loir et Sarthe, le taux observé est proche de la moyenne nationale (Fig.30b).

Néanmoins, ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI, système d'information hospitalier dont l'objectif est médico-économique. Les écarts observés entre territoires peuvent être en effet liés, outre à la morbidité, à des différences en matière de pratiques de soins, de modalités de prise en charge, voire de codage des diagnostics d'hospitalisation.

Fig.30 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées en service de médecine ou de chirurgie pour lésions traumatiques (y compris séquelles)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2009-2018)



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

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

- Les accidents de la vie courante sont à l'origine en moyenne de 103 décès par an parmi les habitants du PMLA. La grande majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus (83 décès en moyenne). Les chutes accidentelles représentent plus d'un tiers de ces décès (36 des 103 décès).
- La fréquence des décès par accident de la vie courante parmi les habitants du PMLA a connu une forte baisse depuis le début des années 2000 (- 28 % entre 2002 et 2013). Elle reste inférieure à la moyenne nationale (- 17 % à structure par âge comparable en 2011-2015) (Fig.31a). Malgré des fluctuations observées liées notamment aux faibles effectifs²⁷, ces constats concernent les 3 EPCI du PMLA (Fig.31b).

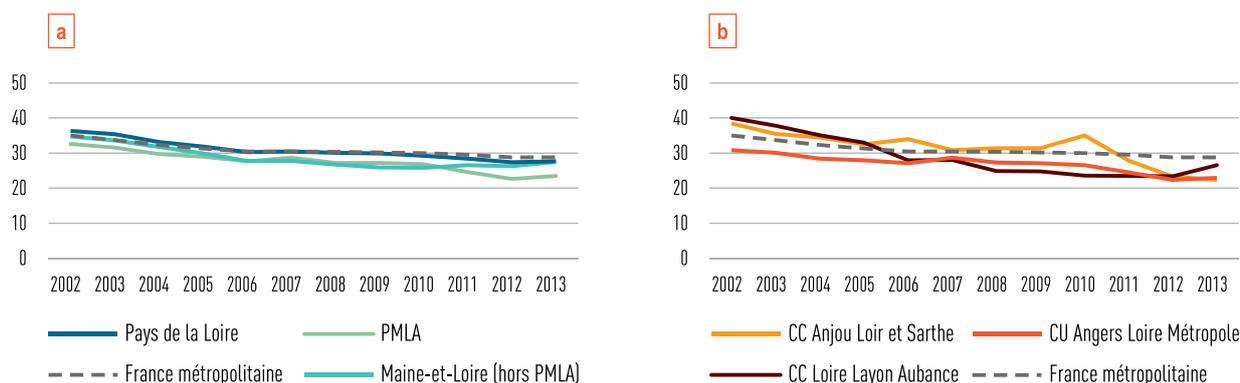
²⁶ Service de court séjour.

²⁷ Pour la CC Anjou Loir et Sarthe, on dénombre 8 décès en moyenne par an.



Fig.31 Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



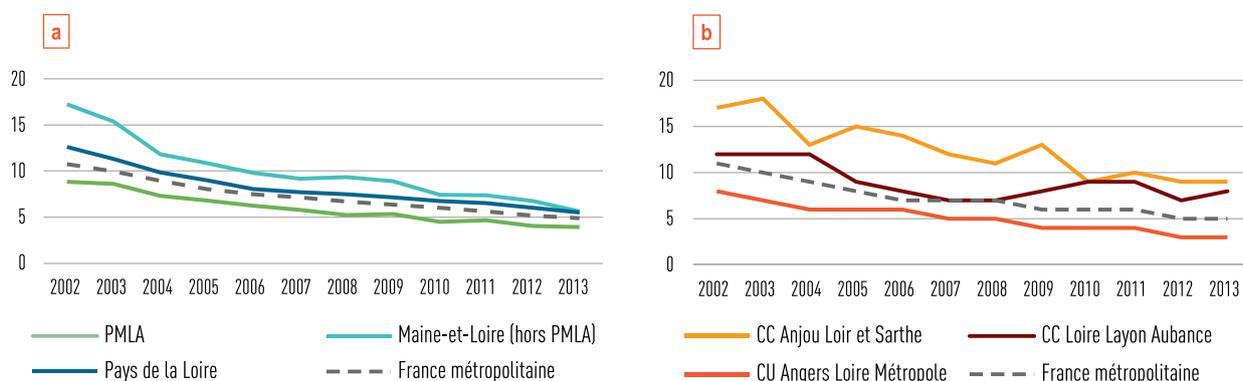
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé sur l'âge de la population française (RP 2006).

Une mortalité par accident de la circulation divisée par 2 depuis le début des années 2000 et qui reste inférieure à la moyenne nationale

- Sur la période 2011-2015, 14 habitants du PMLA sont décédés en moyenne chaque année à la suite d'un accident de la circulation. Dans la très grande majorité des cas, les victimes sont des personnes âgées de moins de 65 ans (11 sur 14 décès).
- La mortalité par accident de la circulation a, comme en France, fortement diminué. À structure par âge comparable, elle a été divisée par deux entre 2002 et 2013 (Fig.32a). Au début des années 2000, on dénombrait en moyenne une trentaine de décès par accident de la circulation par an parmi les habitants du PMLA.
- Si à l'échelle du PMLA cette mortalité reste inférieure à la moyenne nationale (- 23 % en 2011-2015), des écarts importants sont observés entre les 3 EPCI en lien avec leur caractère plus ou moins urbanisé. Les taux de mortalité par accident de la circulation sont ainsi deux à trois fois plus élevés parmi les habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (9/100 000) et ceux de la CC Loire Layon Aubance (8/100 000) que parmi ceux de la CU Angers Loire Métropole (3/100 000). La CC Anjou Loir et Sarthe présente ainsi une mortalité supérieure d'environ 70 % à la moyenne nationale sur la période globale 2000-2015 (Fig.32b).

Fig.32 Évolution du taux standardisé de mortalité par accident de la circulation

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2000-2015)



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

CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL SUR LA SANTÉ

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La consommation de boissons alcoolisées a de multiples effets négatifs sur la santé et la vie sociale (Cf : Volet 1 : comportements individuels / modes de vie). 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 [11].

Plus de 1 700 habitants hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une pathologie liée à l'alcool

- En moyenne 1 730 habitants du PMLA²⁸ sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de médecine ou de chirurgie²⁹ pour une pathologie directement liée à l'alcool³⁰.

- Ces recours hospitaliers liés à l'alcool sont, à structure par âge comparable, près de 3,5 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (Fig.33a).

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de recours augmente avec l'âge, il atteint un maximum entre 50 et 74 ans, et décroît au-delà (Fig.33a).

- Parmi les 1 730 patients, le nombre moyen de ceux hospitalisés au moins une fois dans l'année atteint :
 - 560 pour une intoxication éthylique aiguë (IEA) ;
 - 400 pour un syndrome de dépendance à l'alcool ;
 - 1 020 pour des complications liées à la consommation d'alcool (maladie alcoolique du foie, pancréatite alcoolique...).

- Le taux global de personnes hospitalisées en service de médecine ou de chirurgie pour une pathologie liée à l'alcool dans la population du PMLA est proche de la moyenne nationale (Fig.33a).

Ce résultat masque toutefois des écarts selon les problématiques en cause. Ainsi, les taux de personnes hospitalisées en médecine ou chirurgie pour intoxication éthylique aiguë et pour dépendance alcoolique sont respectivement supérieurs de 44 % et 68 % à la moyenne nationale, alors que le taux de personnes prises en charge pour des complications liées à l'alcool est inférieur de 18 % à cette moyenne.

Ces constats s'observent chez les hommes comme chez les femmes (Fig.33b-c-d).

Ils concernent plus particulièrement les habitants de la CU Angers Loire Métropole. Pour les CC Anjou Loir et Sarthe et Loire Layon Aubance, les taux de personnes hospitalisées pour dépendance alcoolique et pour intoxication éthylique aiguë ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale.

Ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI, système d'information hospitalier dont l'objectif est médico-économique. Les écarts observés entre territoires peuvent être en effet liés, outre à la morbidité, à des différences en matière de pratiques de soins, de modalités de prise en charge, voire de codage des diagnostics d'hospitalisation.

²⁸ 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.

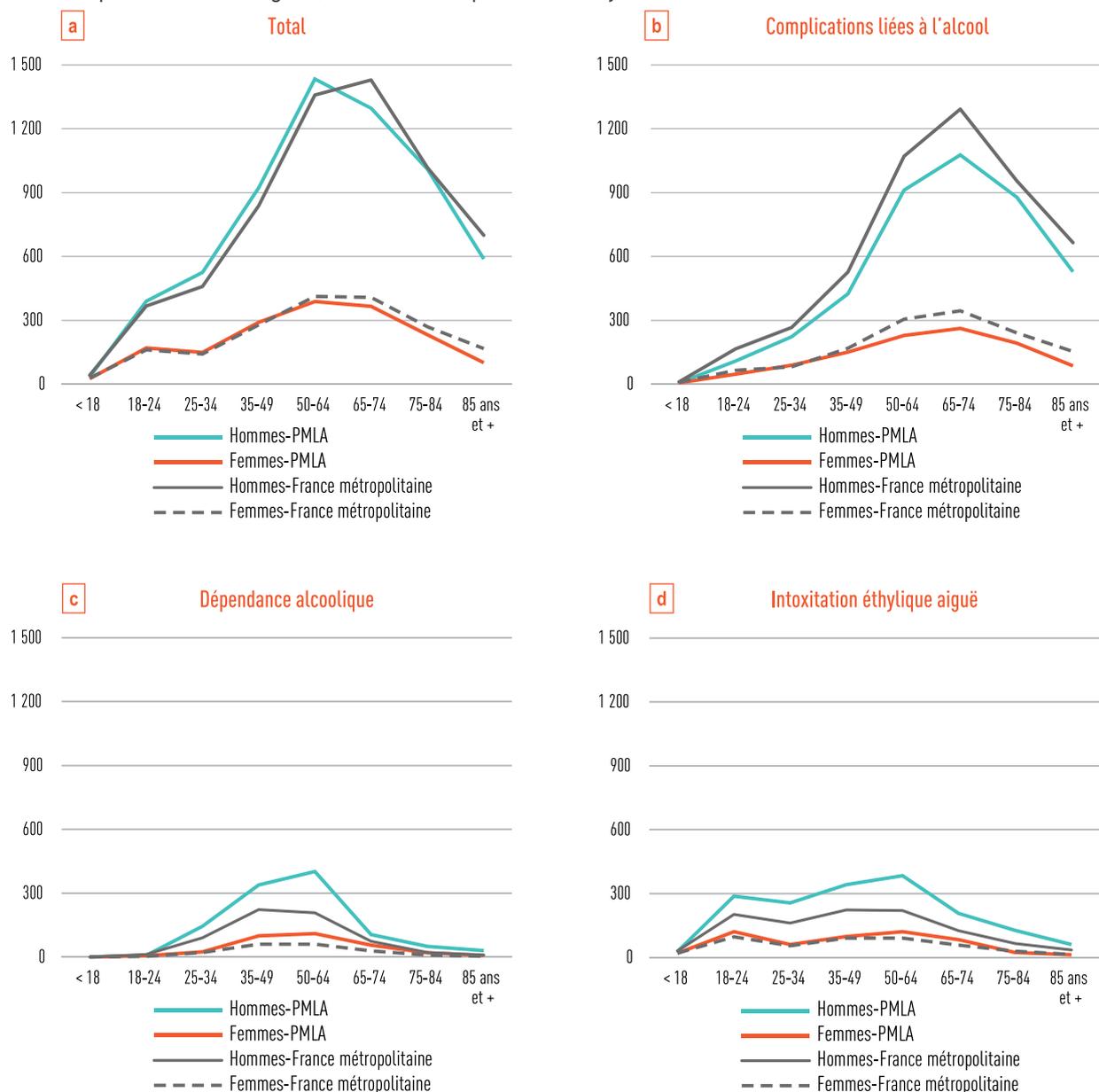
²⁹ Court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

³⁰ Intoxication éthylique aiguë, syndrome de dépendance à l'alcool, maladie alcoolique du foie, hépatite alcoolique, pancréatite alcoolique, syndrome de sevrage, syndrome d'alcoolisation fœtale, ... 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.



Fig.33 Taux de personnes hospitalisées en service de médecine ou de chirurgie pour des pathologies liées à l'alcool selon l'âge, le sexe et le motif d'hospitalisation

Pôle métropolitain Loire Angers, France métropolitaine (moyenne 2016-2018)



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

Les hommes trois fois plus souvent pris en charge pour des troubles mentaux liés à l'alcool que les femmes

- Si l'on considère les seuls **troubles mentaux liés à l'alcool**, 0,4 % des habitants du PMLA relevant du régime général de l'assurance maladie sont pris en charge en 2016 pour de tels troubles.

Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population du PMLA, on peut estimer qu'environ 1 600 habitants sont concernés.

Comme en France, les hommes sont environ trois fois plus souvent pris en charge pour des troubles mentaux liés à l'alcool que les femmes (0,7 % vs 0,2 %).

Le taux de personnes prises en charge pour des troubles mentaux liées à l'alcool au sein du PMLA est proche de la moyenne nationale (0,4 %). Ce constat masque cependant des disparités territoriales. Le taux de personnes prises en charge parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (0,5 %), qui est supérieur à la moyenne nationale, est environ 2,5 fois plus élevé que celui observé parmi les habitants de la CC Loire Layon Aubance (0,2 %).

- Si l'on considère, outre les troubles mentaux liés à l'alcool, des pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool telles que les maladies alcooliques du foie, les fibroses et cirrhoses du foie, ce sont en moyenne une centaine d'habitants du PMLA qui sont admis en ALD chaque année pour l'une de ces affections.

Ces admissions en ALD concernent dans plus de la moitié des cas des hommes âgés de moins de 65 ans.

Le taux de personnes admises en ALD pour pathologies directement liées à l'alcool parmi la population du PMLA est relativement proche de la moyenne nationale. Ce constat se retrouve pour la CU Angers Loire Métropole et la CC Anjou Loir et Sarthe. La CC Loire Layon Aubance présente par contre une moindre fréquence des admissions en ALD pour ces pathologies.

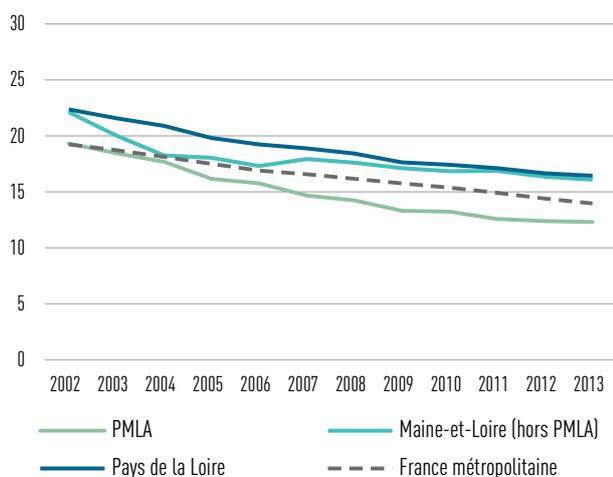
Une mortalité liée à l'alcool en recul et qui devient inférieure à la moyenne nationale

- Comme en France, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool³¹ est en baisse au sein du PMLA. Ce recul est plus marqué qu'au plan national (- 36 % entre 2002 et 2013, - 27 % en France) et l'écart avec la moyenne nationale s'est accru (Fig.34).

Au début des années 2000, la mortalité qui était proche de cette moyenne lui est inférieure de 13 % sur les années récentes 2011-2015. Cette situation locale plus favorable concerne plus particulièrement les femmes (- 24 %), chez les hommes, l'écart est un peu moins marqué (- 8 %).

La mortalité par pathologies liées à l'alcool n'a pas été étudiée ici de façon détaillée pour les 3 EPCI en raison des faibles effectifs de décès observés à ce niveau territorial (CC Anjou Loir et Sarthe : 4 décès par an, CC Loire Layon Aubance : 6 décès, Angers Loire Métropole : 35 décès par an).

Fig.34 Évolution du taux standardisé de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool¹
Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2015)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé sur l'âge de la population française (RP 2006).
1. Maladie alcoolique du foie, fibrose/cirrhose du foie, troubles mentaux liés à l'alcool

³¹ 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.



VOLET 3 : OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

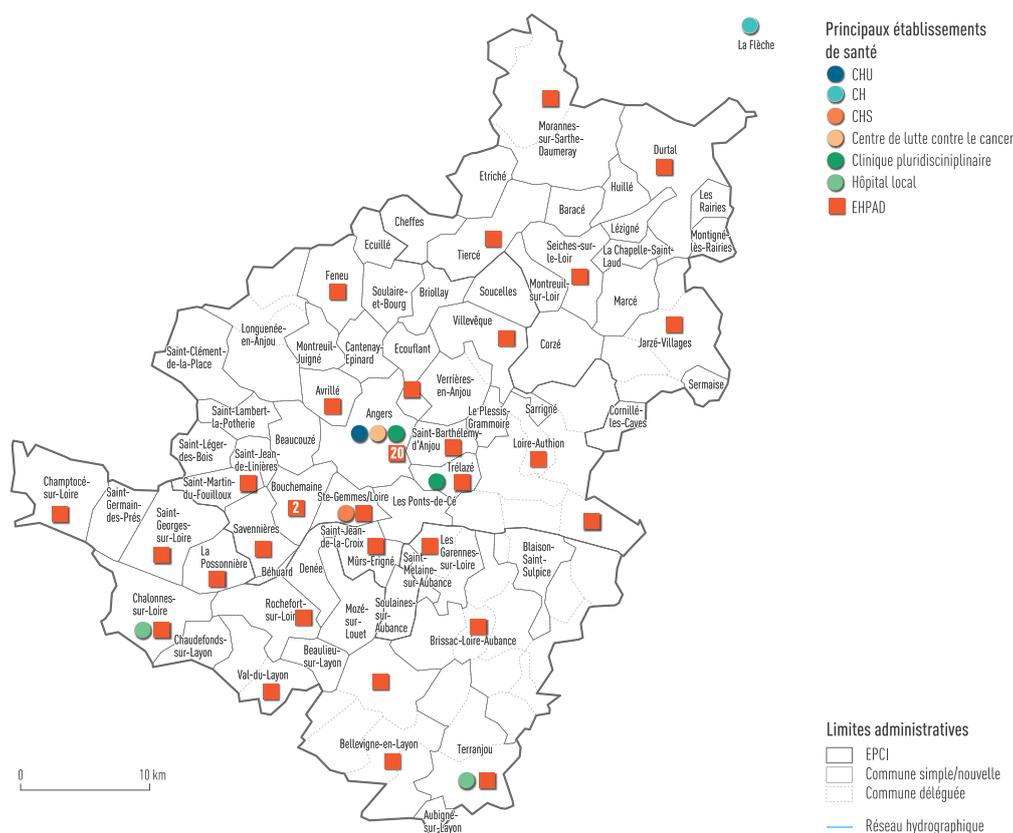


VOLET 3 : OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

Cette partie sur l'offre de soins développera surtout l'offre libérale de soins de proximité sur le territoire, à savoir les médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmacies et sages-femmes. Un focus sera également porté sur l'offre libérale de médecins spécialistes et des autres professionnels de santé paramédicaux et sur les principaux établissements de santé.

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



© Aura - février 2018 - Source(s) : FINESS 2018 / ARS

Sur le PMLA, Angers concentre une offre diversifiée d'établissements de santé dont le Centre Hospitalier Universitaire, l'Institut de cancérologie de l'Ouest (site Paul Papin) et la clinique de l'Anjou. Le CHU et la clinique de l'Anjou disposent chacun d'un service d'accueil d'urgence. Trélazé et Ste-Gemmes-sur-Loire accueillent également des établissements de rayonnement au moins départemental : respectivement la clinique Village Santé et le Centre de santé mentale angevin (CESAME).

Le PMLA est plutôt bien doté en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comparé au territoire national et même régional. La communauté de communes Loire Layon Aubance se caractérise par son maillage fin d'EHPAD et la présence de deux hôpitaux locaux.

Nombre et places en EHPAD

Territoire	Nb	Nb de places	Taux d'équipements pour 1000 hab de 75 ans et +
CC ALS	5	387	151
CC LLA	11	758	157
CU ALM	37	3128	125
PMLA	53	4273	
PDL			139
France			107

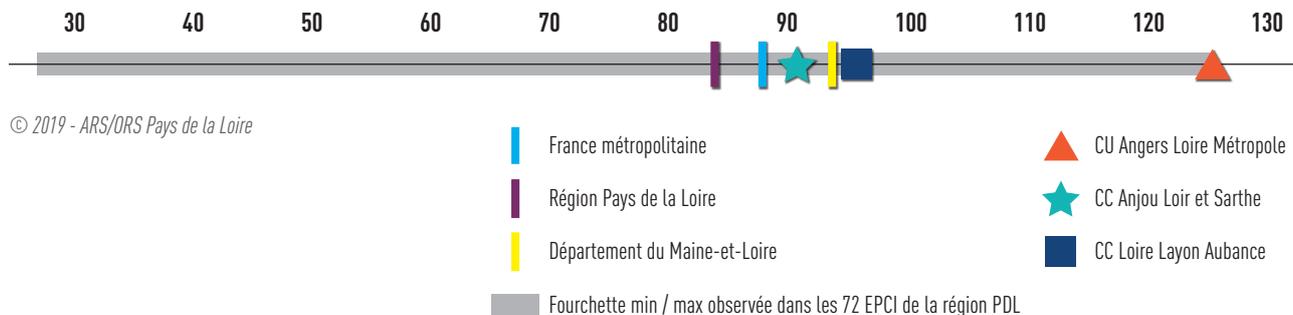
©Aura - Source : FINESS nov 2017 - traitement PISSTER

L'OFFRE EN MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

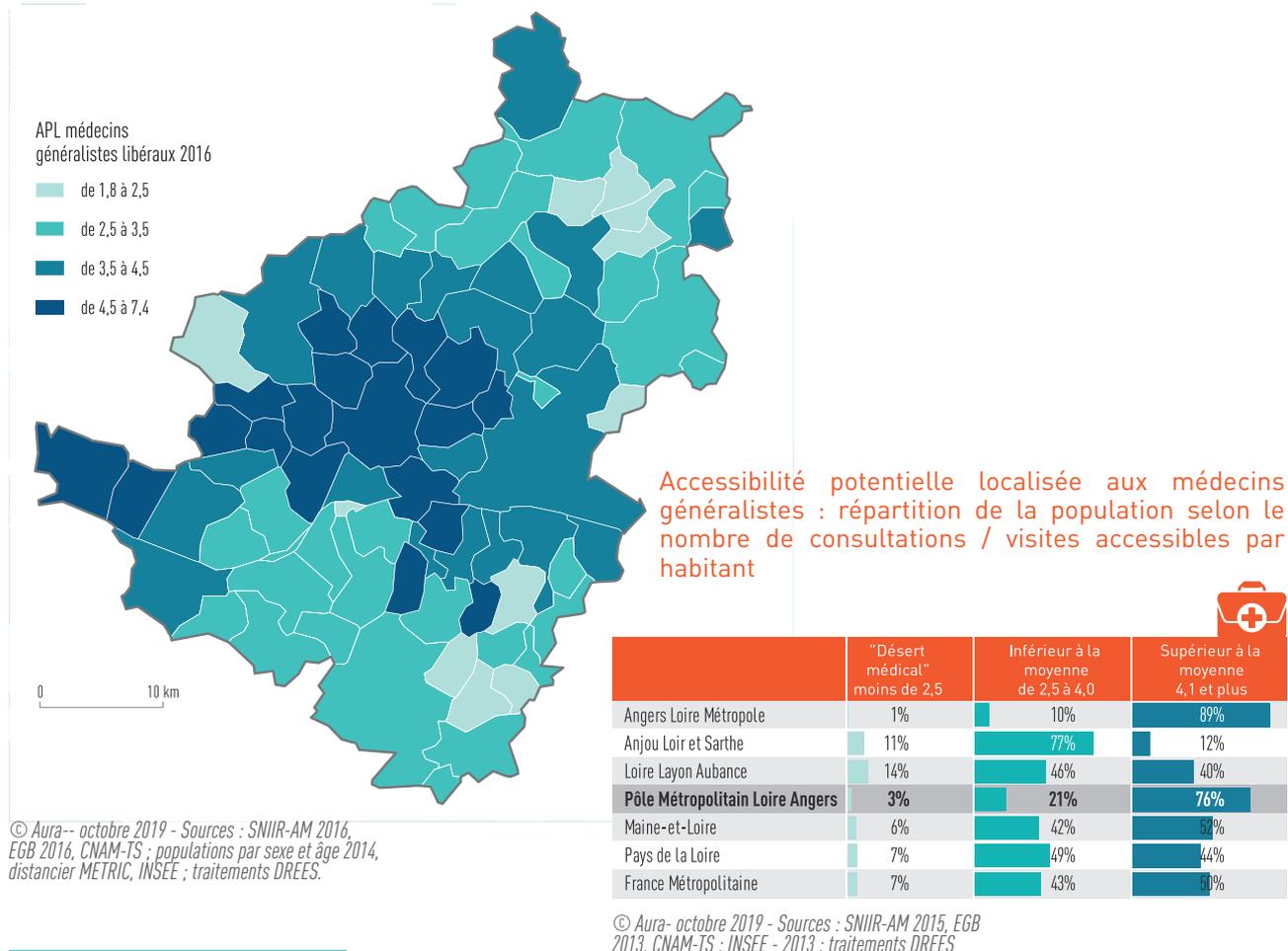
Au 1^{er} janvier 2018, le territoire du PMLA compte environ 460 médecins généralistes libéraux.

Globalement, la densité de médecins généralistes est supérieure à la moyenne régionale et nationale pour chacun des territoires du PMLA. Angers Loire Métropole présente une densité particulièrement élevée, la plus importante des 72 intercommunalités de la région Pays de la Loire. Mais ces densités intercommunales cachent quelques disparités à l'échelle des communes.

Densité standardisée³² des médecins généralistes exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/ 2019



L'accessibilité potentielle localisée³³ aux médecins généralistes libéraux en 2016



³² Densité standardisée selon l'âge (pour 100 000 habitants) de médecins généralistes exerçant à titre libéral ou mixte (libéral et salarié), 30 juin 2019 (champ : y compris médecins ayant un mode d'exercice particulier mais hors remplaçants ; RPPS). Les professionnels de santé libéraux ou mixtes sont comptabilisés au lieu de leur(s) cabinet(s) d'exercice, sans double compte au niveau du territoire étudié.

³³ L'indicateur APL a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population Insee. Il vise à quantifier la possibilité des habitants à accéder aux soins (des médecins généralistes libéraux notamment). Il tient compte à la fois du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et des sollicitations en matière de soins des habitants, différenciées par âge, pour mesurer la demande. Cet indicateur est local, c'est-à-dire qu'il est calculé au niveau de chaque commune mais il considère aussi l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Il tient également compte du temps qui sépare un patient de son médecin (plus ce temps augmente, plus l'APL diminue).



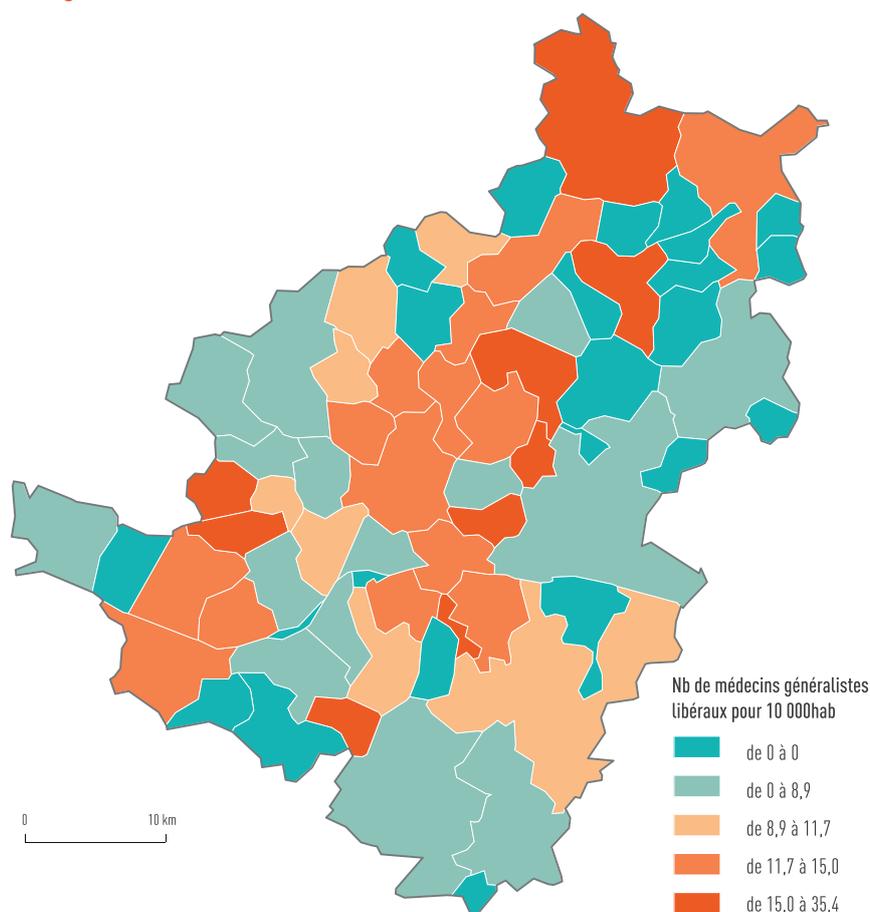
Onze communes du PMLA sont sous le seuil fixé au niveau national pour définir les communes « sous denses » en offre médicale³⁴ principalement dans les ex CC Loire Aubance, Côteaux du Layon, et du Loir. Cela ne concerne qu'une seule commune sur Angers Loire Métropole.

Début 2018, l'ARS Pays de la Loire a arrêté les nouvelles zones caractérisées par une offre de soins insuffisante pour la profession de médecins. Ce zonage, basé sur l'APL des territoires vie-santé, s'inscrit dans la déclinaison régionale du nouveau plan ministériel de renforcement de l'accès territorial aux soins. Ce zonage identifie deux catégories de zones qui se distinguent par l'importance des difficultés d'accès aux soins et permet d'accentuer les moyens dédiés pour améliorer la démographie médicale et l'accès aux soins dans la région :

- les « zones d'intervention prioritaire » pour les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les incitations financières sont les plus importantes ;
- les « zones d'action complémentaire », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.

Sur le territoire du PMLA, aucune commune n'est concernée par ce zonage (pour aucune des deux catégories).

Densité de médecins généralistes libéraux en 2018



© Aura - octobre 2019 – Source : FNPS 01/01/2018 (Cnam, Insee)

La densité de médecins généralistes libéraux diminue³⁵ (elle est passée, pour la France de 9,8 pour 10000 habitants à 8,9 entre 2008 et 2018 et pour le PMLA de 11,9 à 11,7³⁶), ce qui représente un risque pour l'offre de soins de proximité. D'autant que parmi ces médecins généralistes libéraux, certains n'exercent pas seulement (et parfois pas du tout) une médecine générale et pratiquent une médecine plus spécifique. Ils sont ce que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie nomme « médecin à exercice particulier » c'est-à-dire des médecins ayant un diagnostic et/ou thérapeutique différent des médecins généralistes « traditionnels ». Ainsi, un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale (acupuncture, homéopathie...) ou un médecin généraliste exerçant une discipline (médecine du sport, gérontologie, phoniatrie, alcoologie, allergologie, angiologie...) pour laquelle il a été qualifié.

La réalité de ces pratiques particulières ne peut être qu'approchée par les données disponibles car celles-ci sont déclaratives et donc probablement sous-estimées.

³⁴ En deçà du seuil de 2,5 consultations/ visites accessibles par habitant standardisé, la commune est considérée comme « sous-dense ». C'est également le seuil retenu par l'ARS à l'échelle des territoires de vie-santé pour définir les zones d'actions prioritaires. Sur l'ensemble du territoire national, l'accessibilité moyenne est de 4,11 consultations par habitant et par an.

³⁵ Ce constat ne vaut pas totalement pour le PMLA

³⁶ Source : FNPS 2008-2018

Nombre de médecins généralistes libéraux ayant déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) – 1^{er}/01/18

Territoire	Nombre de médecins généralistes libéraux ayant déclaré un mode d'exercice particulier	Nombre de médecins généralistes libéraux	% MEP
CU Angers Loire Métropole	58	382	15%
Angers	49	225	22%
Mûrs-Erigné	1	8	13%
Le Plessis-Grammoire	1	4	25%
Les Ponts-de-Cé	1	15	7%
Saint-Barthélémy-d'Anjou	2	8	25%
Saint-Léger-des-Bois	1	3	33%
Trélazé	3	26	12%
CC Anjou Loire et Sarthe	0	27	0%
CC Loire Layon Aubance	0	52	0%
PMLA	58	461	13%
Dept49	81	789	10%

© Aura / ORS – Source : FNPS 2018 (Cnam, Insee)

Champ : Seuls les médecins exerçant en cabinet principal et ayant réalisé au moins un acte au cours de l'année précédente sont pris en compte. Les praticiens fictifs, interdits d'exercer, remplaçants ou ayant cessé leur activité, ainsi que les médecins à exercice non libéral avec prescriptions autorisées et les salariés de centre de santé sont donc exclus.

UN EXERCICE EN GROUPE DE PLUS EN PLUS RÉPANDU

Depuis plusieurs années, l'exercice en groupe de la médecine générale libérale se répand. En effet, en France, la part des médecins généralistes libéraux déclarant exercer en groupe³⁷ au titre de leur activité libérale principale est passée de 54% en 2010 à 61% en 2019³⁸. Ce taux s'élève même à 74% en Pays de la Loire (un des taux régionaux les plus élevés). Cette pratique répond, en effet, aux aspirations des médecins (notamment des plus jeunes) d'échanges professionnels, de meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle... Cette tendance est accompagnée par les politiques de santé qui ont favorisé le regroupement des médecins (incitation financière à la pratique de groupe en zone éligible, soutien à la création des maisons de santé pluri-professionnelles...). Sur le PMLA, la pratique en groupe est particulièrement répandue dans les deux communautés de communes (LLA et ALS) pour lesquelles le taux est de 10 points plus élevé que le taux régional.

Répartition des médecins généralistes libéraux* selon leur mode d'exercice – 1^{er} janvier 2019

Territoire	Exercice individuel	Exercice en groupe	Total	Part d'exercice en groupe
CC Anjou Loir et Sarthe	4	21	25	84%
CC Loire Layon Aubance	8	45	53	85%
CU Angers Loire Métropole	125	245	370	66%
PMLA	137	311	448	69%

© Aura / ORS – Source : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2019 - Exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : médecins actifs, c'est-à-dire en exercice et avec au moins une activité en cours en France (* y compris mixtes, et médecins à mode d'exercice particulier - MEP). Il intègre les médecins remplaçants thésés, ainsi que les médecins qui cumulent emploi et retraite. En sont exclus les médecins temporairement sans activité et les médecins remplaçants.

L'installation en groupe est définie dans le RPPS comme le partage de locaux et/ou de moyens entre plusieurs professionnels de santé libéraux. Elle peut prendre plusieurs formes juridiques (sociétés type SCM ou SCI, contrats d'associations...) et fait l'objet d'une déclaration au Conseil de l'Ordre des médecins.

³⁷ L'exercice en groupe permet au minimum aux professionnels de santé de partager leur cabinet et peut aller jusqu'au partage des dossiers de leurs patients, voire un partage de leurs honoraires.

³⁸ DREES, Etudes et Résultats n° 1114, mai 2019



Structuration de l'offre médicale généraliste libérale



© Aura - février 2018 - Sources: FINESS 2018 / ARS

Les maisons de santé pluriprofessionnelles labélisées par l'ARS (Cf. Focus) sont une des formes les plus intégrées que peut prendre l'exercice en groupe. Chaque EPCI du PMLA dispose au moins d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Sur la CC LLA, ces maisons de santé pluriprofessionnelles sont multisites et irriguent plusieurs communes.

La permanence des soins ambulatoires pour répondre aux besoins de soins non programmés est assurée sur 7 secteurs sur le territoire du PMLA. Le plus souvent elle prend la forme d'un lieu d'accueil physique au travers des maisons médicales de garde (Cf. Focus), comme aux Ponts-de-Cé ou à Seiches-sur-le-Loir.

FOCUS MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES (MSP)

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont des structures de soins de proximité regroupant des professionnels médicaux (médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) dispensant principalement des soins dits de «premier recours». En Pays de la Loire, l'équipe d'une MSP doit, a minima, être constituée de 4 professionnels de santé : 3 médecins généralistes et 1 auxiliaire médical. Ce type de structure permet un exercice coordonné entre les professionnels de santé. Une MSP peut être monosite (tous les professionnels exercent alors dans les mêmes locaux) ou multisites (les professionnels sont associés mais répartis sur plusieurs sites différents).

Le développement des MSP est soutenu par les pouvoirs publics pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires. En effet, une MSP n'est pas un regroupement immobilier de plusieurs professionnels de santé. En MSP, les professionnels de santé se regroupent autour d'un projet de santé commun qui doit comporter :

- un diagnostic des besoins de santé du territoire ;
- un projet professionnel (organisation du travail entre les différents professionnels, encadrement des professionnels de santé en formation...);
- l'organisation de la prise en charge des patients (des actions de prévention, une prise en charge globale et coordonnée des patients, la coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire, la continuité des soins, la mise en place d'un dispositif de partage d'informations sécurisé).

Un centre de santé a les mêmes caractéristiques qu'une MSP mais les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

FOCUS MAISONS MÉDICALES DE GARDE

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public organisée par l'Agence régionale de santé via les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS). Elle vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (soirs, week-ends et jours fériés). La réponse à ces besoins non programmés est assurée par des médecins volontaires exerçant dans des cabinets médicaux, des maisons de santé, des centres de santé ou parfois par des établissements de santé. Ces médecins assurent des gardes au cabinet ou dans un point fixe (maison médicale de garde). Le PMLA est couvert par 7 secteurs de PDSA autour de : Angers, Les Ponts-de-Cé, Brissac-Quincé, Chalonnes-sur-Loire, La Membrolle-sur-Longuenée, Seiches-sur-le-Loir et Beaufort-en-Vallée (pour l'est de Loire-Autheion).

ET EN TERMES DE PROSPECTIVE...

A l'échelle du PMLA, 22% des médecins ont plus de 60 ans en 2018. Cette part n'était que de 8% 10 ans auparavant.

Un tiers des médecins ont plus de 60 ans sur Anjou Loir et Sarthe, soit un taux supérieur à la moyenne française, ceci témoigne des enjeux à court terme concernant le remplacement de ces professionnels. Par contre, tout comme en Loire Layon Aubance, la part des jeunes médecins y est deux fois plus importante qu'en France.

La diminution potentielle de la démographie des médecins généralistes liée aux départs en retraite est moindre à court terme sur Loire Layon Aubance (21% de médecins de plus de 55 ans contre 41% sur ALS et 43% sur Angers Loire Métropole).

La répartition par classe d'âge est plus homogène sur Angers Loire Métropole que dans les deux autres territoires du PMLA. La proportion de médecins de plus de 55 ans y est forte (43%), même si elle reste inférieure à celle constatée à l'échelle nationale (54%).



Répartition des médecins généralistes par tranches d'âge en 2018 (en %)

EPCI	Moins de 40 ans	40 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 ans et plus
CC Anjou Loir et Sarthe	37,5	16,7	4,2	8,3	33,3
CC Loire Layon Aubance	36,5	28,8	13,5	9,6	11,5
CU Angers Loire Métropole	21,9	25,2	10	19,7	23,3
PMLA	24,5	25,2	10,1	17,8	22,4
Maine et Loire	24,4	21,7	10,2	20,5	23,3
Région Pays de la Loire	22,2	19,8	11,3	21	25,7
France	17,6	17,3	11,2	22,9	30,9

© Aura – Source : FNPS 2018

Le territoire bénéficie de la présence d'un établissement de formation des médecins avec la faculté de médecine d'Angers (environ 200 étudiants inscrits par niveau de diplôme en médecine). D'ailleurs, 82% des médecins généralistes libéraux installés dans le PMLA sont diplômés de cette université³⁹.

Répartition des médecins généralistes libéraux installés dans le PMLA selon le lieu de diplôme – 1^{er} janvier 2019

Territoire	Angers	Nantes	Bretagne	Ile de France	Autres régions de France	Etranger
CC Anjou Loir et Sarthe	92%	0%	0%	8%	0%	0%
CC Loire Layon Aubance	77%	4%	0%	9%	9%	0%
CU Angers Loire Métropole	82%	2%	1%	5%	9%	1%
PMLA	82%	2%	1%	6%	8%	1%

© Aura – Source : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2019 - Exploitation ORS Pays de la Loire

Pour les médecins spécialistes libéraux du territoire, cette proportion est moindre (60%).

Le territoire semble assez attractif en proportion pour les diplômés d'Ile-de-France.

Répartition des médecins spécialistes libéraux installés dans le PMLA selon le lieu de diplôme – 1^{er} janvier 2019

Territoire	Angers	Nantes	Bretagne	Ile de France	Autres régions de France	Etranger
PMLA	60%	5%	4%	8%	18%	5%

© Aura – Source : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS, 2019 - Exploitation ORS Pays de la Loire

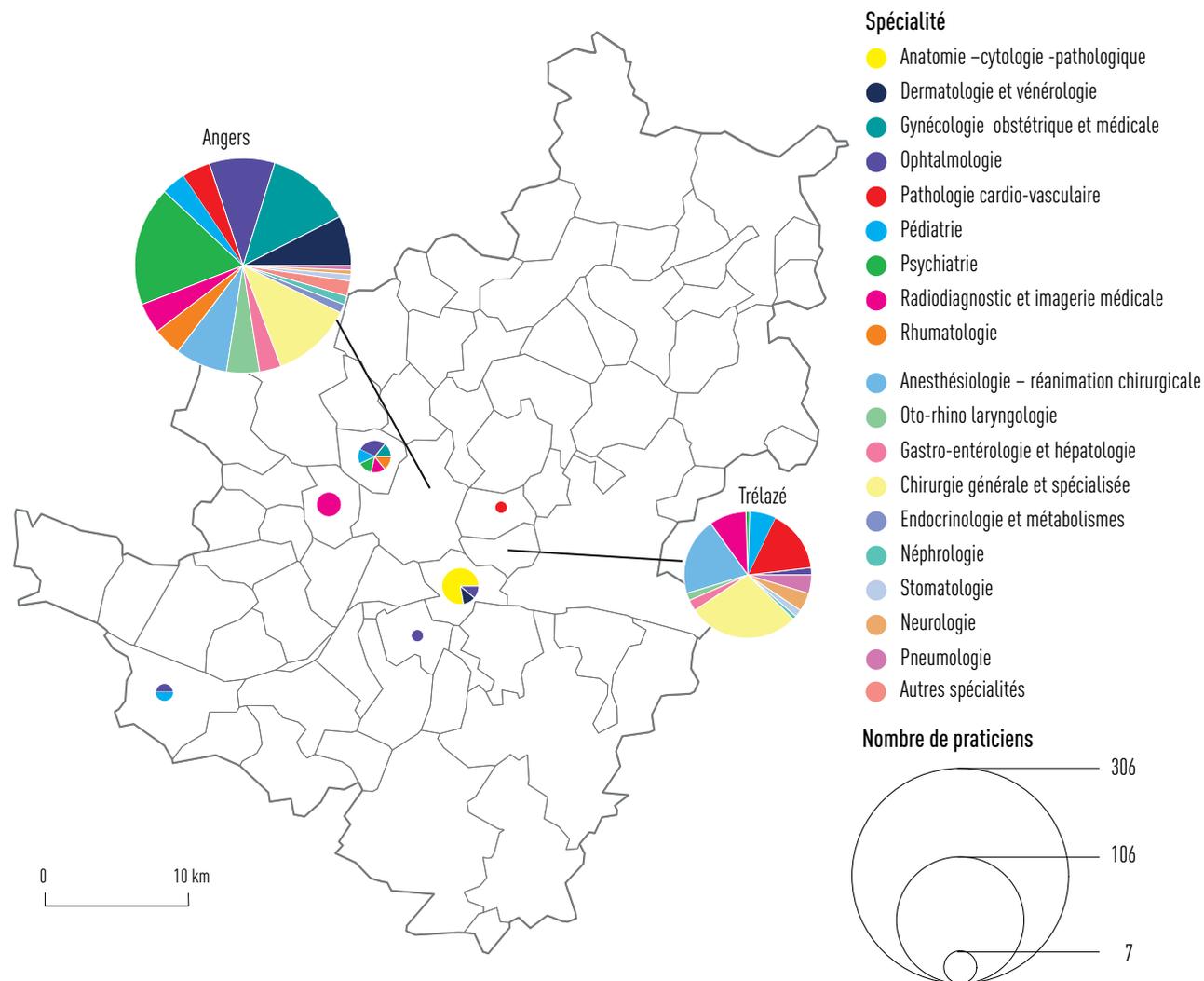
³⁹ En comparaison, 65% des médecins généralistes installés en Pays de la Loire sont diplômés de la région.

L'OFFRE EN AUTRES SPÉCIALITÉS DE MÉDECINE

Offre de médecins spécialistes

L'offre libérale de spécialistes est très concentrée sur le pôle centre et en particulier sur les communes d'Angers et Trélazé qui accueillent des cliniques privées avec des pôles de consultation.

Offre de médecins par spécialité (hors médecine générale)



© Aura - octobre 2019 - Sources : FNPS (Cnam, Insee) au 01/01/2018

Au-delà du nombre de spécialistes sur ces deux communes, la diversité des spécialités est importante : presque toutes les spécialités recensées sur le PMLA sont présentes à Angers et les trois quarts à Trélazé (Cf. Annexe 9).

Quelques spécificités apparaissent à :

- Beaucazé avec la présence d'un cabinet de radiologie.
- les Ponts-de-Cé avec la présence du centre de pathologie de l'Ouest, regroupement d'anatomopathologistes dont l'activité rayonne au-delà du Pôle métropolitain Loire Angers.

Chalonnnes-sur-Loire est la seule polarité du PMLA hors communauté urbaine à bénéficier de la présence de médecins spécialistes libéraux.

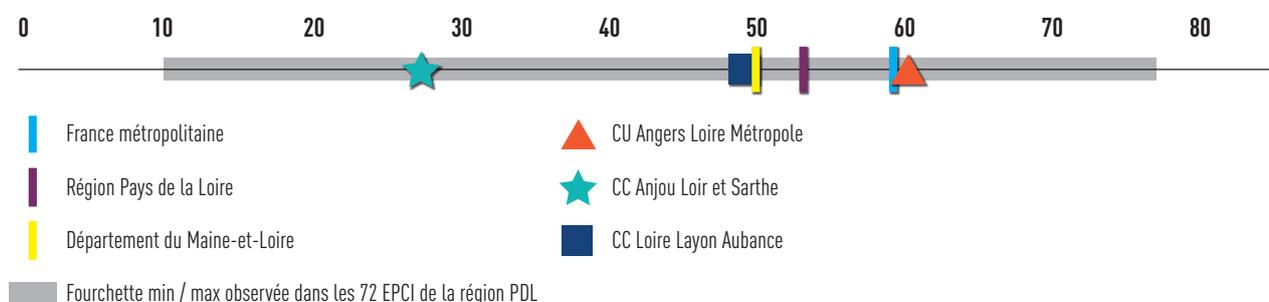


L'OFFRE EN CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX

Le territoire du PMLA compte environ 190 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral fin 2018.

Globalement, la densité de chirurgiens-dentistes libéraux est légèrement plus faible en Pays de la Loire et en Maine-et-Loire qu'à l'échelle nationale. Elle l'est aussi, mais dans une moindre mesure, à l'échelle globale du PMLA : 5 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants contre 5,3 en France. Cette faible densité touche particulièrement Loire Layon Aubance (sous la densité départementale) et surtout Anjou Loir et Sarthe, avec seulement 3,3 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants.

Densité standardisée⁴⁰ des chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/2019



© 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

Chiffres-clé des chirurgiens-dentistes au 31/12/2018

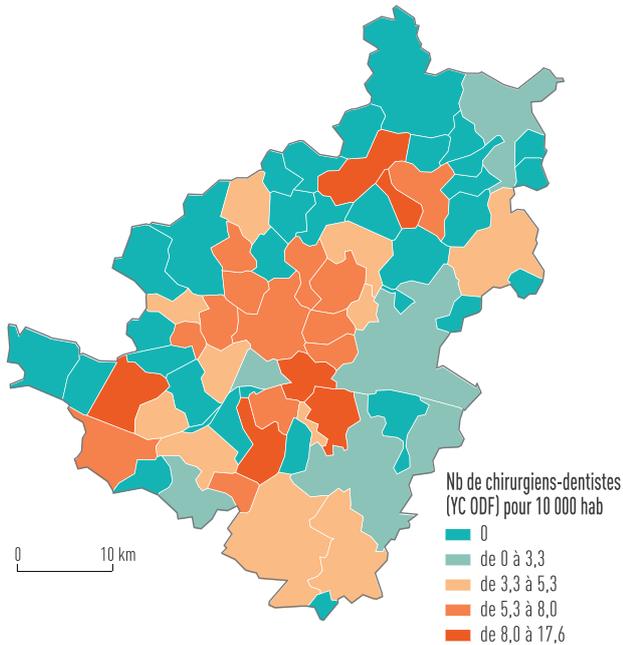
EPCI	Nb de dentistes libéraux	Densité de dentistes libéraux / 10 000 hab	Activité moyenne par dentiste (nb d'actes)
CC Anjou Loir et Sarthe	9	3,3	2 856
CC Loire Layon Aubance	26	4,6	2 566
CU Angers Loire Métropole	153	5,2	2 382
PMLA	188	5	2 428
Maine-et-Loire	355	4,4	2 448
Région Pays de la Loire	1 780	4,8	2 368
France	35 225	5,3	2 105

© Aura - Source : FNPS et SNDS 2018 - INSEE

La faible densité constatée sur Anjou Loir et Sarthe est « compensée » par une activité par dentiste plus importante. En Anjou Loir et Sarthe, l'activité moyenne par dentiste est la plus importante du PMLA, dépassant largement les moyennes française, régionale et départementale.

⁴⁰ Chirurgiens-dentistes (yc ODF) exerçant à titre libéral ou mixte (libéral et salarié), hors remplaçants, 30 juin 2019 : Densité standardisée selon l'âge pour 100 000 habitants. Sources : RPPS (Asip Santé), Snir-Amos (Cnam), RP (Insee). Les chirurgiens-dentistes sont comptabilisés au lieu de leur(s) cabinet(s) d'exercice, sans double compte au niveau du territoire étudié.

Densité de chirurgiens-dentistes libéraux en 2018



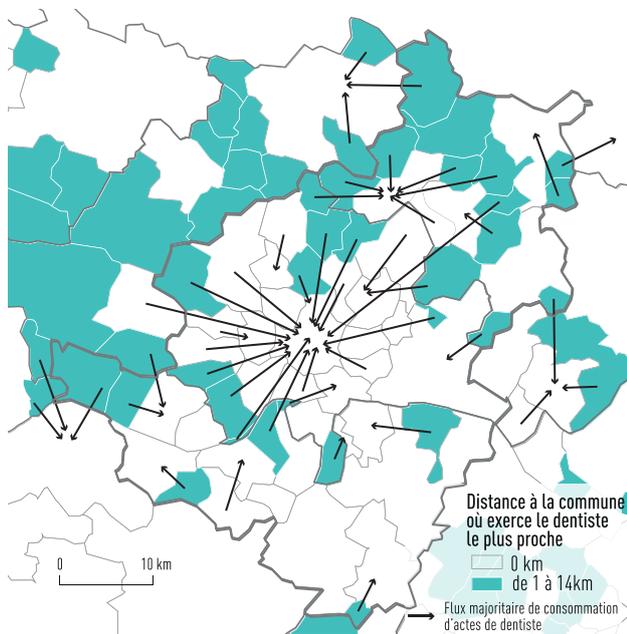
© Aura - octobre 2019 - Sources: FNPS 01/01/2018 (Cnam, Insee)

Trente-trois communes⁴¹ du PMLA ne disposaient pas de chirurgien-dentiste au 1^{er} janvier 2018.

Les franges Nord et ouest du territoire sont les plus touchées par cette absence d'offre d'immédiate proximité.

Angers dispose d'un centre dentaire mutualiste.

Où vont majoritairement les habitants de la commune pour consulter un dentiste?



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNDS - ARS 018

L'offre en chirurgiens-dentistes d'Angers et de Tiercé joue un rôle très polarisant : elle attire les habitants de nombreuses communes alentours (parfois très éloignées pour Angers).

Quelques habitants du PMLA se tournent vers une offre extérieure au territoire (La Flèche, Les Hauts-d'Anjou (Châteauneuf-sur-Sarthe), Beaufort-en-Anjou et Mauges-sur-Loire).

A l'inverse, Angers et St-Georges-sur-Loire attirent significativement des habitants de communes hors PMLA.

⁴¹ Depuis le 1^{er}/01/2018, un chirurgien-dentiste s'est installé à Longuenée-en-Anjou (la Meignanne).

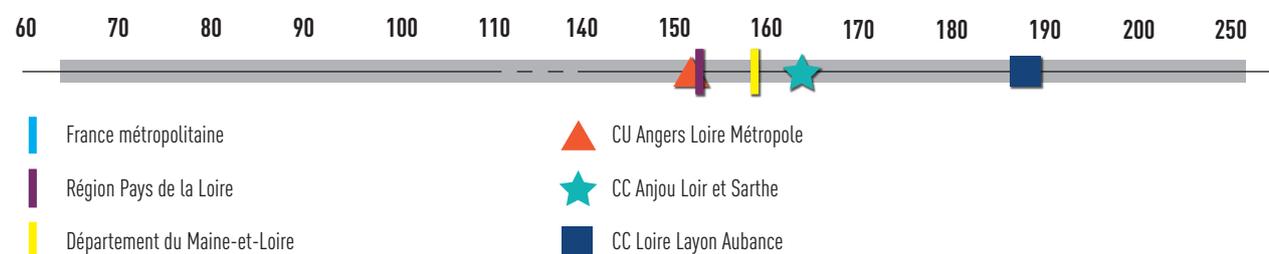


L'OFFRE EN INFIRMIERS

Le territoire du PMLA compte 308 infirmiers exerçant en libéral fin 2018.

Globalement, la densité d'infirmiers libéraux est faible en Pays de la Loire et en Maine-et-Loire par rapport à l'échelle nationale. Elle l'est aussi sur le PMLA : 8,2 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants contre 14,4 en France. Même constat en termes d'évolution : cette densité n'a augmenté que de 2 points en 10 ans sur le PMLA (6,1 en 2009), contre 6 points en France (8,6 points en 2009).

Densité standardisée⁴² des infirmiers exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/2019



Fourchette min / max observée dans les 72 EPCI de la région PDL

© 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

Chiffres-clé des infirmiers libéraux au 31/12/2018

EPCI	Densité d'infirmiers libéraux / 10 000hab	Activité moyenne par infirmier (nb d'actes)	Part des actes infirmiers réalisés (en nbre) par les CSI(P) ⁴³ dans l'activité totale (libérale + CSIP) (%)
CC Anjou Loir et Sarthe	8,3	6 995	45,8%
CC Loire Layon Aubance	9,4	7 361	4,9%
CU Angers Loire Métropole	7,9	8 740	19,4%
PMLA	8,2	8 350	20,2%
Maine et Loire	8,4	8 300	14,1%
Région Pays de la Loire	8,1	8 325	10,1%
France	14,4	8 602	2,9%

© Aura – Source : FNPS et SNDS 2018 - INSEE

De plus, cette faible densité des infirmiers libéraux n'est pas compensée par une activité plus importante de ces professionnels puisque le nombre moyen d'actes par infirmier libéral du PMLA est également inférieur à la moyenne nationale. Ce constat ne vaut pas pour Angers Loire Métropole où la faible densité est compensée par une activité plus importante.

Par contre, le déficit d'infirmiers libéraux sur le territoire est compensé par la forte présence de centres de soins infirmiers ou polyvalents (Cf. Carte) qui représentent une part beaucoup plus importante de l'activité qu'en France ou que dans la région, notamment pour Anjou Loir et Sarthe où ce sont presque la moitié des actes infirmiers qui sont réalisés en centres de soins. Celui de Durtal, par exemple, compte 8 infirmiers.

L'offre est assez faible concernant les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), sauf pour la communauté de communes d'Anjou Loir et Sarthe. La CC Loire Layon Aubance est néanmoins couverte par l'activité d'un SSIAD dont le siège se situe hors du territoire (à Montilliers).

Nombre et places en SSIAD

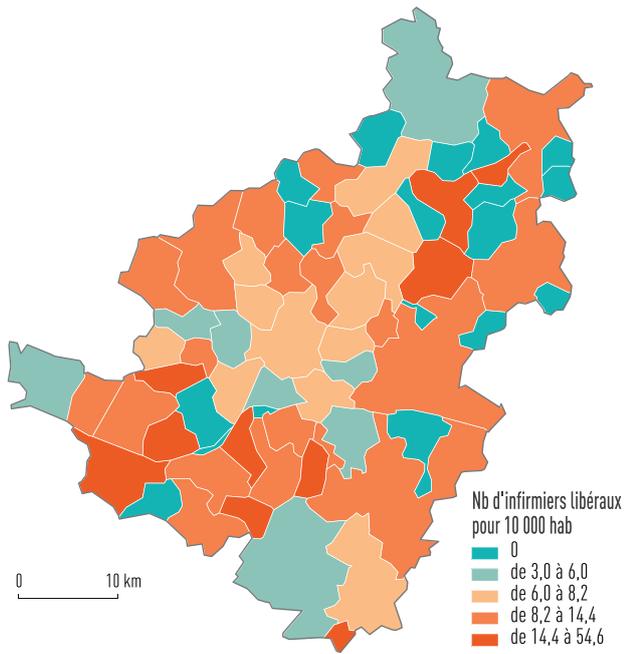
Territoire	Nb	Nb de places	Taux d'équipements pour 1000 hab de 75 ans et +
CC ALS	1	100	39
CC LLA	0	0	0
CU ALM	3	291	12
PMLA	4	391	
PDL			20
France			21

© Aura – Source : FINESS nov 2017 – traitement PISSTER

⁴² Densité standardisée selon l'âge (pour 100 000 habitants) d'infirmiers exerçant à titre libéral ou mixte (libéral et salarié), 30/06/2019 (champ : hors remplaçants ; RPPS). Les professionnels de santé libéraux ou mixtes sont comptabilisés au lieu de leur(s) cabinet(s) d'exercice, sans double compte au niveau du territoire étudié.

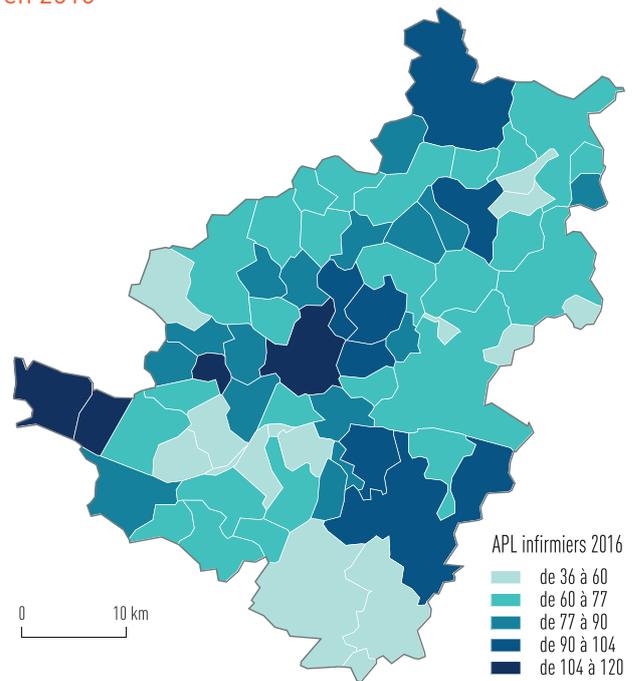
⁴³ CSI (P) : Centres de soins infirmiers ou polyvalents.

Densité d'infirmiers libéraux en 2018



© Aura - octobre 2019 - Sources: FNPS 01/01/2018 (Cnam, Insee)

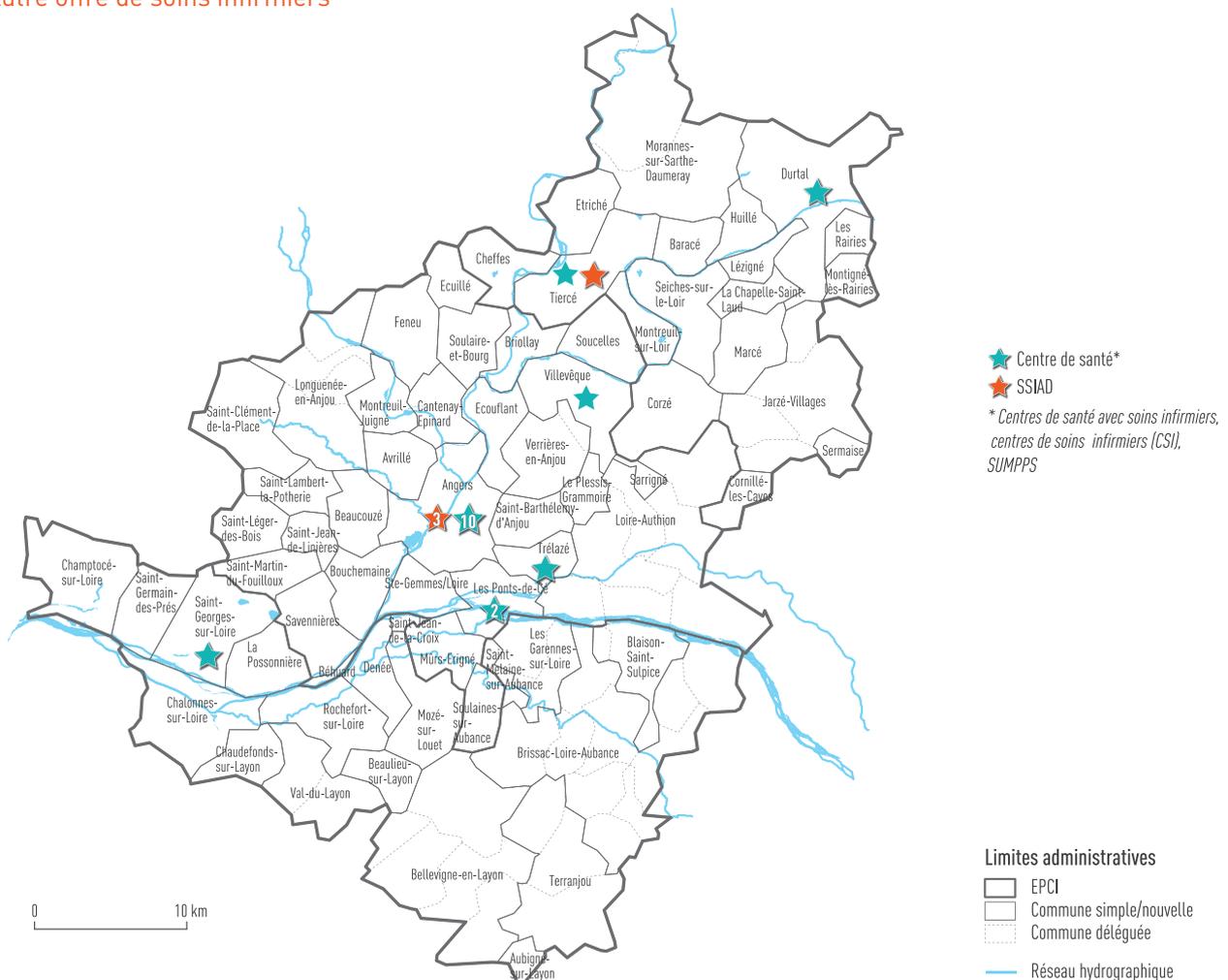
Accessibilité potentielle localisée aux infirmiers en 2016



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNIIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES.

Lecture de la 2^e carte: compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de Seiches-sur-le-Loir ont accès en moyenne à 95 ETP d'infirmiers par an, pour 100 000 habitants.

Autre offre de soins infirmiers



© Aura - février 2018 - Source : FINESS 2018 / ARS

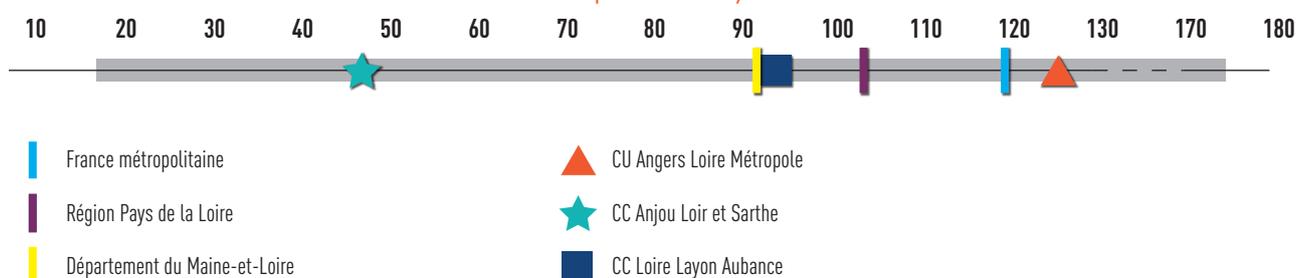


L'OFFRE EN MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

Le territoire du PMLA compte environ 370 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral fin 2018.

Globalement, la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est plus faible en Pays de la Loire et en Maine-et-Loire qu'à l'échelle nationale. Elle l'est aussi, mais dans une moindre mesure, à l'échelle globale du PMLA : **9,8 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants** contre 10,4 en France. Cette faible densité touche particulièrement Loire Layon Aubance (même densité que le département) et surtout Anjou Loir et Sarthe, avec seulement 4 masseurs-kinés pour 10 000 habitants.

Densité standardisée⁴⁴ des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/2019



Fourchette min / max observée dans les 72 EPCI de la région PDL

© 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

Chiffres-clé des masseurs-kinésithérapeutes au 31/12/2018

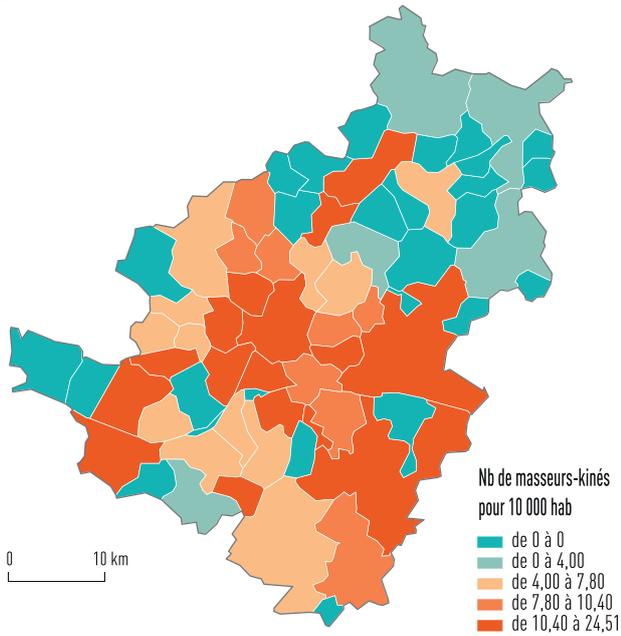
EPCI	Nb de kinés libéraux	Densité de kinés libéraux / 10 000 hab	Activité moyenne par kiné (nb d'actes)
CC Anjou Loir et Sarthe	11	4	4 488
CC Loire Layon Aubance	44	7,8	3 897
CU Angers Loire Métropole	315	10,7	4 017
PMLA	370	9,8	4 016
Maine-et-Loire	633	7,8	4 340
Région Pays de la Loire	3 295	8,8	4 216
France	69 279	10,4	4 540

© Aura - Source : FNPS et SNDS 2018 - INSEE

La faible densité constatée sur Anjou Loir et Sarthe est « compensée » par une activité par kiné plus importante : c'est sur ce territoire que l'activité moyenne par kiné est la plus importante, se rapprochant de celle de la France.

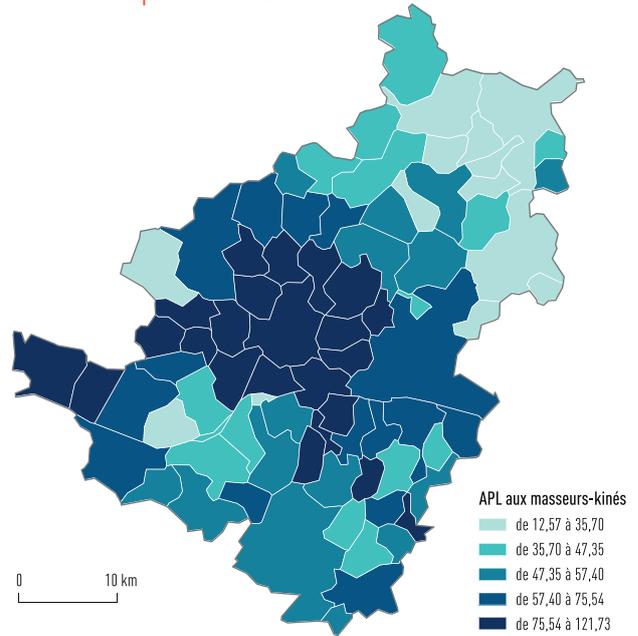
⁴⁴ Densité standardisée selon l'âge (pour 100 000 habitants) de masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral ou mixte (libéral et salarié), 1^{er} janvier 2017 (champ : hors remplaçants ; RPPS). Les professionnels de santé libéraux ou mixtes sont comptabilisés au lieu de leur(s) cabinet(s) d'exercice, sans double compte au niveau du territoire étudié.

Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2018



© Aura - octobre 2019 - Sources: FNPS 01/01/2018 (Cnam, Insee)

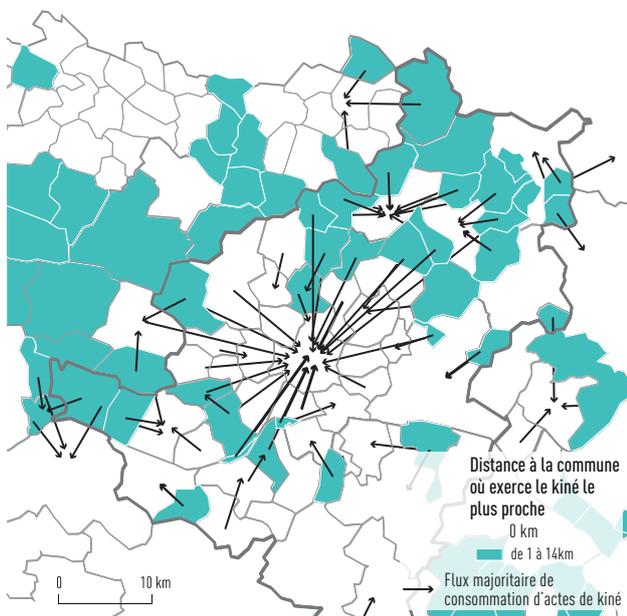
Accessibilité potentielle localisée aux masseurs-kinésithérapeutes en 2016



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES.

Lecture de la 2^e carte : Compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de Champtocé-sur-Loire ont accès en moyenne à 85 équivalents temps-plein de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

Où vont majoritairement les habitants de la commune pour consulter un kinésithérapeute ?



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNDS - ARS 018

L'attractivité des masseurs-kinésithérapeutes d'Angers rayonne assez loin, sur des communes sans offre (Ecuillé, Montreuil-sur-Loir, Savennières) mais aussi sur des communes de 1^{ère} couronne disposant d'une offre (Ste-Gemmes, Ecoflant). Pour Angers, la logique des déplacements domicile-travail prend parfois le pas sur la logique de la proximité au domicile.

Les habitants de quelques communes du PMLA quittent majoritairement le territoire pour consulter un kiné (St-Clément-de-la-Place, Champtocé-sur-Loire, Montigné-les-Rairies).

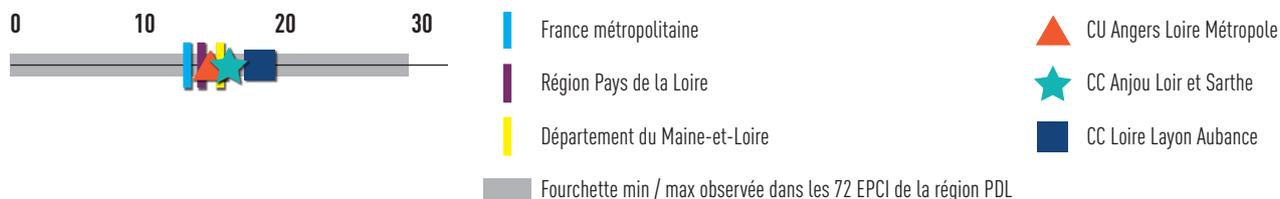


L'OFFRE EN SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Le territoire du PMLA compte une quarantaine de sages-femmes libérales fin 2018.

Globalement, la densité de sages-femmes libérales est légèrement plus importante en Pays de la Loire et en Maine-et-Loire qu'à l'échelle nationale. Elle l'est aussi à l'échelle globale du PMLA : **2 sages-femmes pour 10 000 femmes** contre 1,8 en France. Les communautés de communes Loire Layon Aubance et Anjou Loir et Sarthe, plus éloignées des maternités, ont une densité de sages-femmes libérales légèrement supérieure à celle d'Angers Loire Métropole.

Densité standardisée⁴⁵ des sages-femmes exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/ 2019



© 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

Chiffres-clé des sages-femmes au 31/12/2018

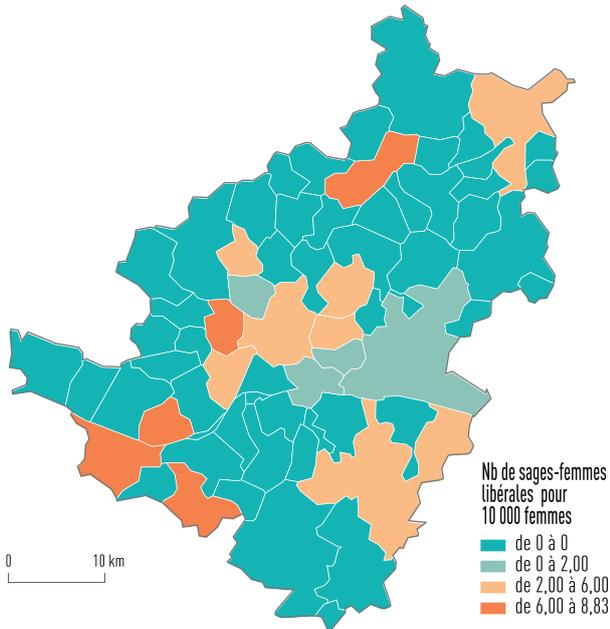
EPCI	Nombre de sages-femmes libérales	Densité de sages-femmes libérales / 10 000 hab	Activité moyenne par sage-femme (nb d'actes)
CC Anjou Loir et Sarthe	3	2,2	NA
CC Loire Layon Aubance	6	2,1	2 077
CU Angers Loire Métropole	31	2	1 264
PMLA	40	2	NA
Maine et Loire	88	2,1	1 389
Région Pays de la Loire	364	1,9	1 587
France	6 159	1,8	1 622

© Aura - Source : FNPS et SNDS 2018 - INSEE

Dans la CC Loire Layon Aubance où la densité de sages-femmes est élevée, l'activité moyenne par sage-femme est également très élevée.

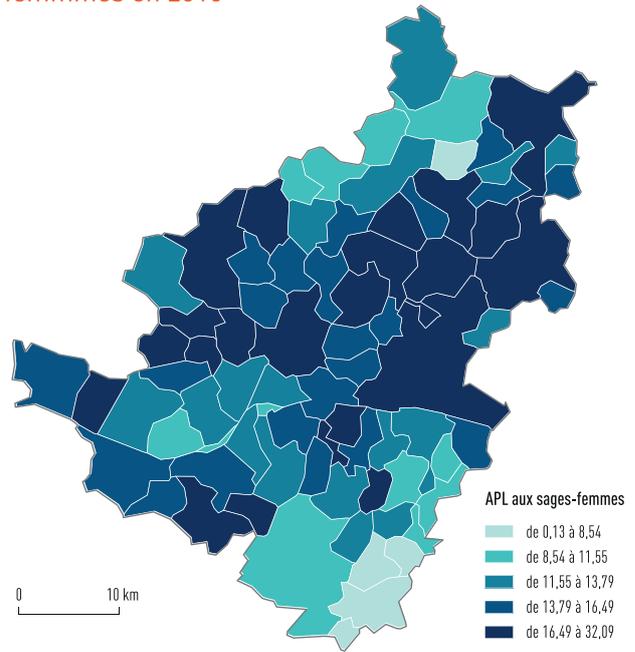
⁴⁵ Sages-femmes exerçant à titre libéral ou mixte (libéral et salarié), hors remplaçants, 30 juin 2019 : Densité standardisée selon l'âge pour 100 000 femmes de 15-49 ans. Sources : RPPS (Asip Santé), Snir-Amos (Cnam), RP (Insee).
Les sages-femmes sont comptabilisées au lieu de leur(s) cabinet(s) d'exercice, sans double compte au niveau du territoire étudié.

Densité de sages-femmes libérales en 2018



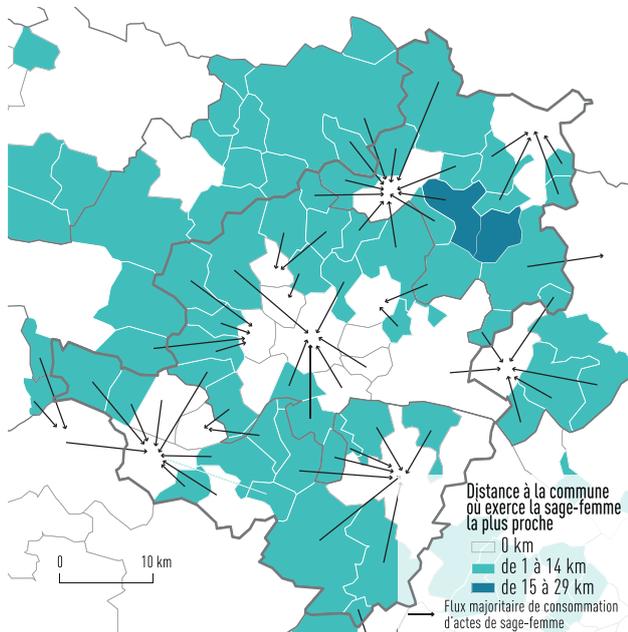
© Aura - octobre 2019 - Sources: FNPS 01/01/2018 (Cnam, Insee)

Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes en 2016



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNIR-AM 2016, EGB 2016, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2014, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES.

Où vont majoritairement les habitants de la commune pour consulter une sage-femme?



© Aura - octobre 2019 - Sources: SNDS - ARS 018

Les trois-quarts des communes du PMLA ne disposent pas de sages-femmes libérales. Toutes les polarités du PMLA n'en sont pas dotées (St-Georges-sur-Loire, Thouarcé, Mûrs-Érigné et Seiches-sur-le-Loir). L'offre est concentrée sur quelques communes (16), elle est donc très polarisante.

L'offre de Chalonnes-sur-Loire, Beaucouzé et Tiercé attire une patientèle résidant hors PMLA.

A l'inverse, les habitantes de Jarzé-Villages, Loire-Authion et Aubigné-sur-Layon sortent majoritairement du territoire pour bénéficier des prestations d'une sage-femme.



AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Le territoire du PMLA compte un peu plus de **130 orthophonistes** fin 2018.

L'offre en orthophonistes est supérieure pour Angers Loire Métropole à celle constatée dans le département, la région ou en France. Elle est inférieure pour Loire Layon Aubance où l'offre est concentrée dans les quatre polarités du territoire.

Le territoire du PMLA compte **une dizaine d'orthoptistes**.

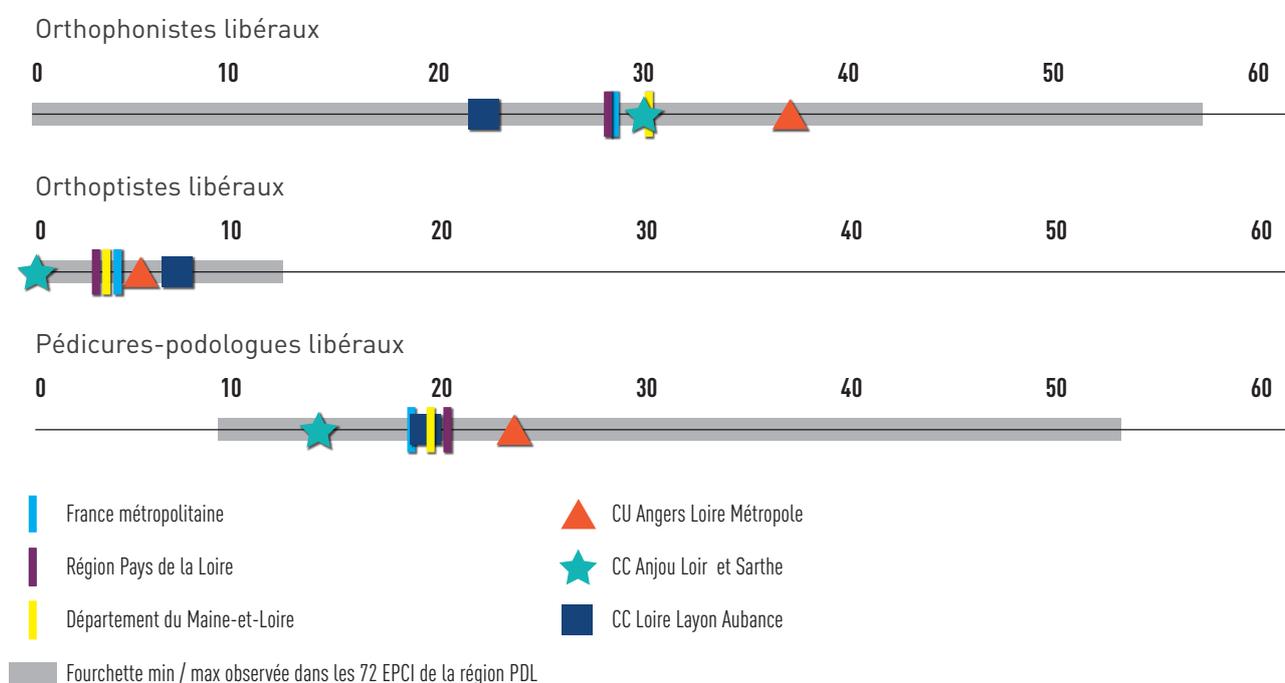
L'offre en orthoptistes est supérieure pour Angers Loire Métropole et Loire Layon Aubance à celle constatée dans le département, la région ou en France. En revanche, aucun professionnel de ce type n'est présent en Anjou Loir et Sarthe.

Le territoire du PMLA compte environ **90 pédicures-podologues**.

Comme pour les orthophonistes et les orthoptistes, l'offre en pédicures-podologues est supérieure pour Angers Loire Métropole à celle constatée dans le département, la région ou en France.

Anjou Loir et Sarthe pâtit d'une sous-densité de pédicures podologues (aucune offre à Durtal ou au nord du territoire).

Densités standardisées⁴⁶ des autres professionnels paramédicaux exerçant à titre libéral ou mixte au 30/06/2019



Source : © 2019 - ARS/ORS Pays de la Loire

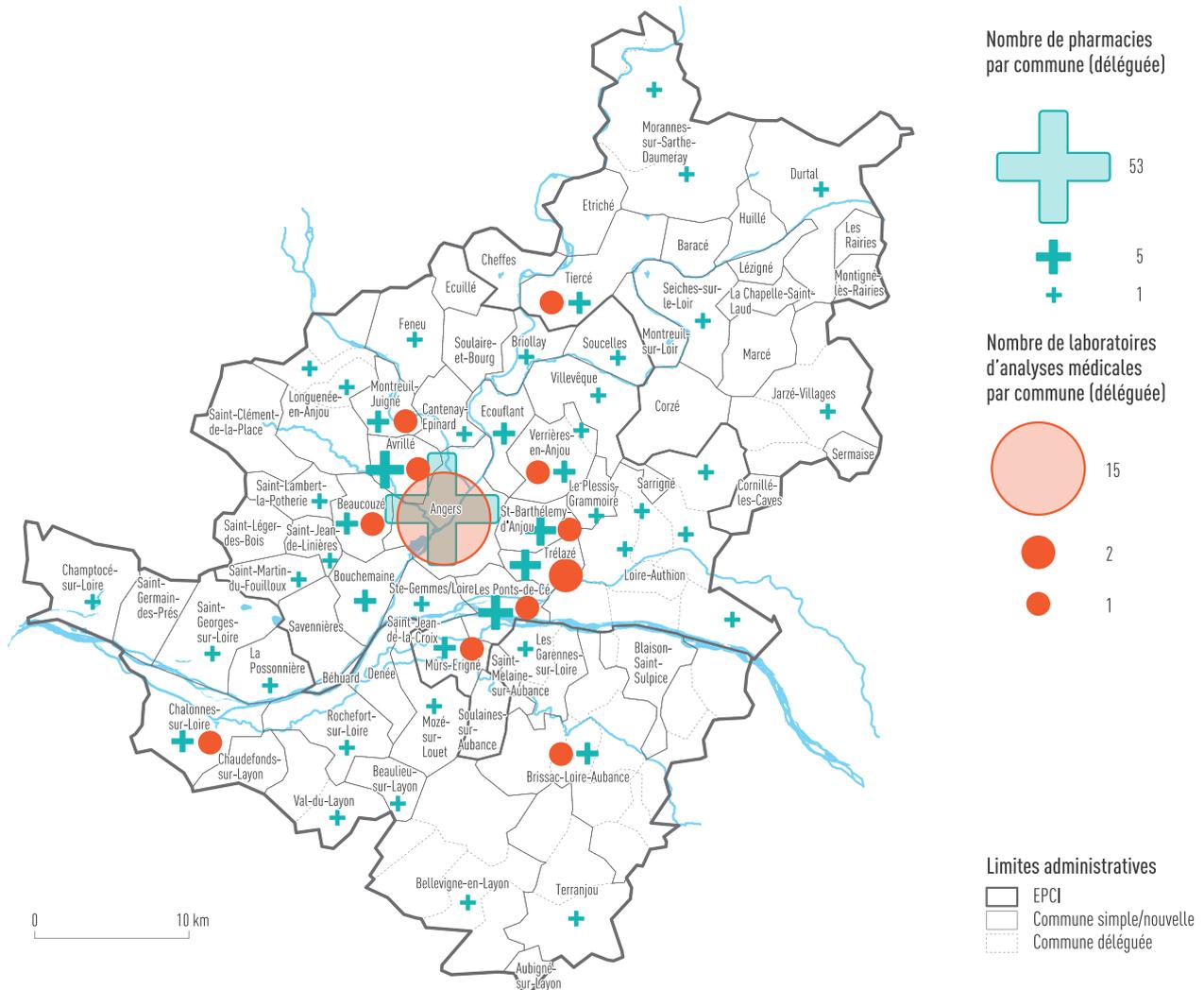
⁴⁶ Densités standardisées selon l'âge pour 100 000 habitants

AUTRES SERVICES MÉDICAUX

Le Pôle métropolitain Loire Angers compte environ 120 **pharmacies** dont plus de 80% se situent dans la CU Angers Loire Métropole et un peu moins de la moitié est concentrée à Angers. Chaque polarité des deux autres communautés de communes dispose d'au moins une pharmacie. D'autres communes (déléguées) dont l'offre urbaine rayonne à une échelle plus locale disposent aussi d'une pharmacie et complètent ainsi le maillage sur ces territoires (ex : Jarzé, Morannes, Beaulieu-sur-Layon, la Possonnière...).

Le Pôle métropolitain Loire Angers compte un peu moins d'une trentaine **de laboratoires d'analyses médicales** sur son territoire, dont plus de la moitié est située à Angers. Mis à part trois d'entre eux, ils sont tous situés à Angers ou dans les communes de première couronne. Les trois autres sont situés dans les polarités du PMLA : deux dans la CC Loire Layon Aubance (un à Chalonnes et l'autre à Brissac), un dans la CC Anjou Loir et Sarthe (à Tiercé).

Les pharmacies et laboratoires d'analyses médicales



© Aura - février 2018 - Source : BPE INSEE



ANALYSE CROISÉE

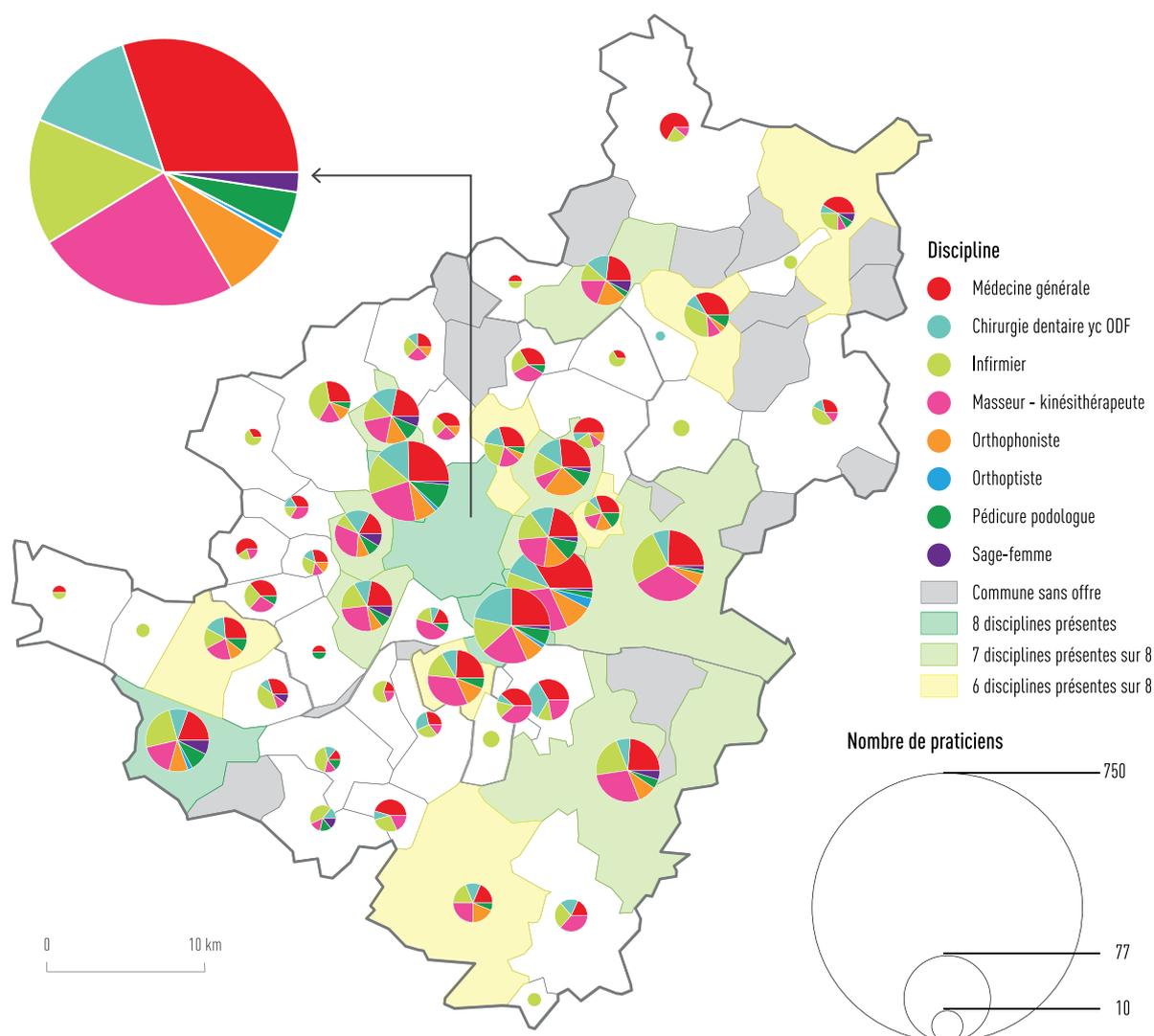
Hormis Angers, seules quatre communes du PMLA, dont une seule hors d'Angers Loire Métropole, dispose d'une offre « complète » (présence d'au moins un professionnel pour chacune des huit disciplines constituant l'offre de soins de ville étudiée) : Avrillé, les Ponts-de-Cé, Trélazé et Chalonnes-sur-Loire.

Huit communes du PMLA disposent de toute l'offre de soins de premiers recours sauf un orthoptiste et sept autres communes disposent de 6 des 8 disciplines constituant l'offre de premiers recours : il leur manque orthoptiste et sage-femme (sauf pour Durtal, où il manque orthoptiste et orthophoniste).

Ainsi, toutes les polarités du PMLA disposent d'une offre de soins de premiers recours constituée d'au moins 6 disciplines sur 8.

Seize communes (ou communes déléguées) du PMLA ne disposent d'aucune offre de soins de premiers recours. Neuf d'entre elles se situent en Anjou Loir et Sarthe⁴⁷.

Offre de soins de 1^{er} secours

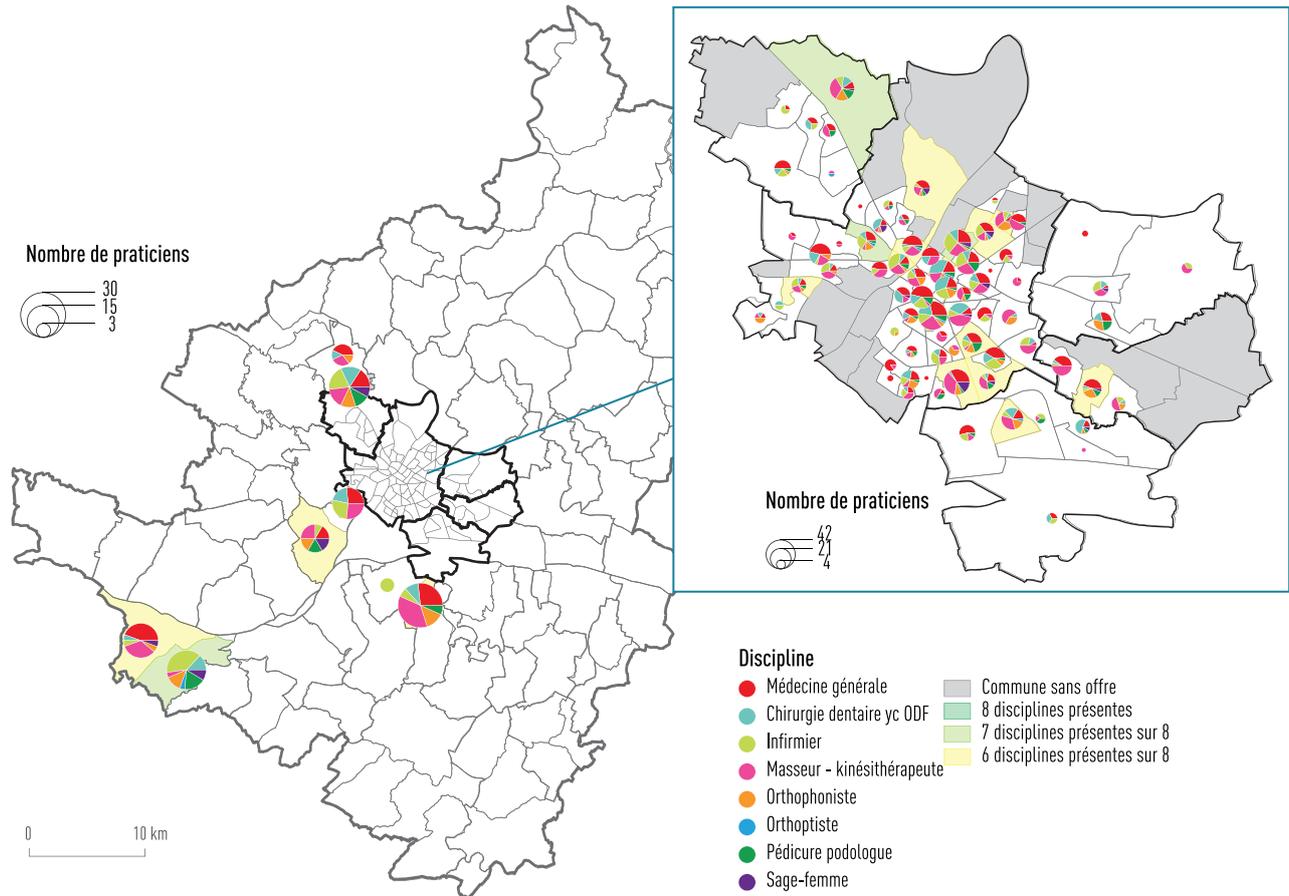


© Aura - octobre 2019 - Sources : FNPS (Cnam, Insee) au 01/01/2018

Dans l'ordre croissant de rareté, les professions de soins de ville étudiés sont ainsi classées : infirmiers, médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues, orthophonistes, sages-femmes, orthoptistes.

⁴⁷ Attention toutefois, les fusions de communes étant plus nombreuses sur Angers Loire Métropole et Loire Layon Aubance, les analyses par commune sont à relativiser. La CC ALS est celle qui comporte une grande partie des communes (en géographie 2018) les moins peuplées du PMLA.

Offre infracommunale de soins de 1^{er} secours



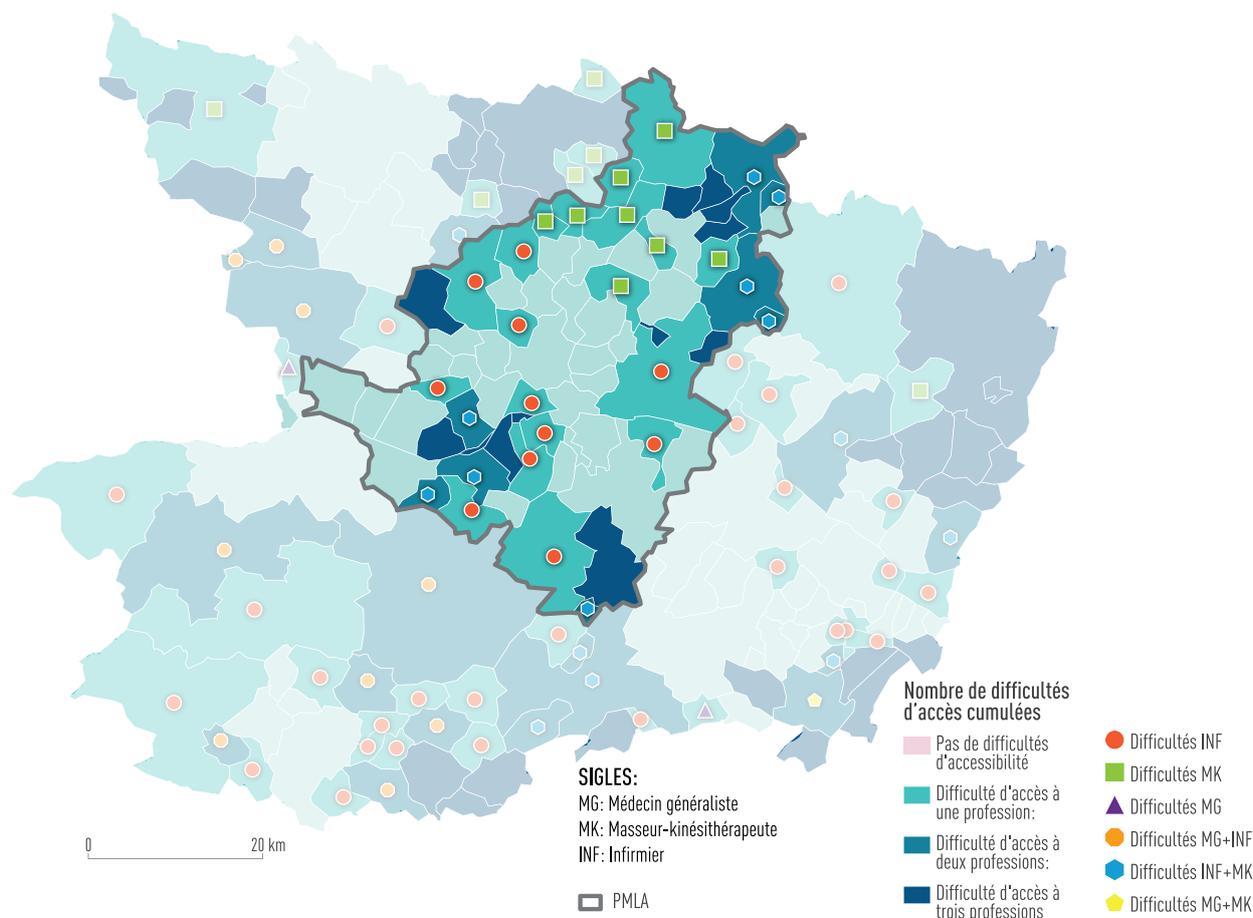
© Aura - octobre 2019 - Sources : FNPS (Cnam, Insee) au 01/01/2018

A l'échelle infracommunale, aucun secteur ne dispose d'une offre complète (présence d'au moins un professionnel pour chacune des huit disciplines constituant l'offre de soins de premiers recours).

A Angers, les secteurs présentant l'offre la plus complète et diversifiée en termes d'offre de soins de ville étudiée sont la Doutre et le secteur Ralliement / Lenepveu, quelques secteurs péricentraux (Besnardières, Brissac et St-Jacques-Nazareth), mais aussi les secteurs autour des grands équipements de santé (CHU et Clinique de l'Anjou). L'offre est quantitativement faible sur les quartiers Deux-Croix / Banchais, Hauts-de-St-Aubin, Lac de Maine (moins de 30 professionnels contre plus de 200 pour le centre-ville ou 75 pour la Roseraie).



Difficultés d'accès cumulées aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes



© Aura - juillet 2019 - Sources : SNIIRAM 2017, CNAM ; populations municipales 2015, Insee ; calculs DREES

Les communes du PMLA concentrant le plus de difficultés d'accès aux professions médicales et paramédicales libérales (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute)⁴⁸ se situent plutôt aux franges du territoire, notamment au nord-est et au sud-ouest.

Toutes les communes du PMLA ayant des difficultés d'accès aux médecins généralistes ont aussi des difficultés d'accès aux deux autres professions.

12 communes du PMLA concentrent des difficultés d'accès aux trois professions. 8 communes du PMLA concentrent des difficultés d'accès à deux professions : pour toutes, il s'agit des professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes).

LOCALISATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIERS RECOURS PAR RAPPORT À L'OFFRE URBAINE

La localisation de l'offre de soins de premier recours dans la ville est une composante importante de l'accessibilité à l'offre de soins. Cet enjeu d'accessibilité à l'offre de soins est particulièrement important pour les populations les moins mobiles, qui sont souvent celles qui ont les plus grands besoins en termes d'offre de soins (personnes âgées, handicapées, précarisées...). Les professionnels de santé libéraux se localisent-ils à proximité de la population résidente et notamment de ces personnes peu mobiles ?

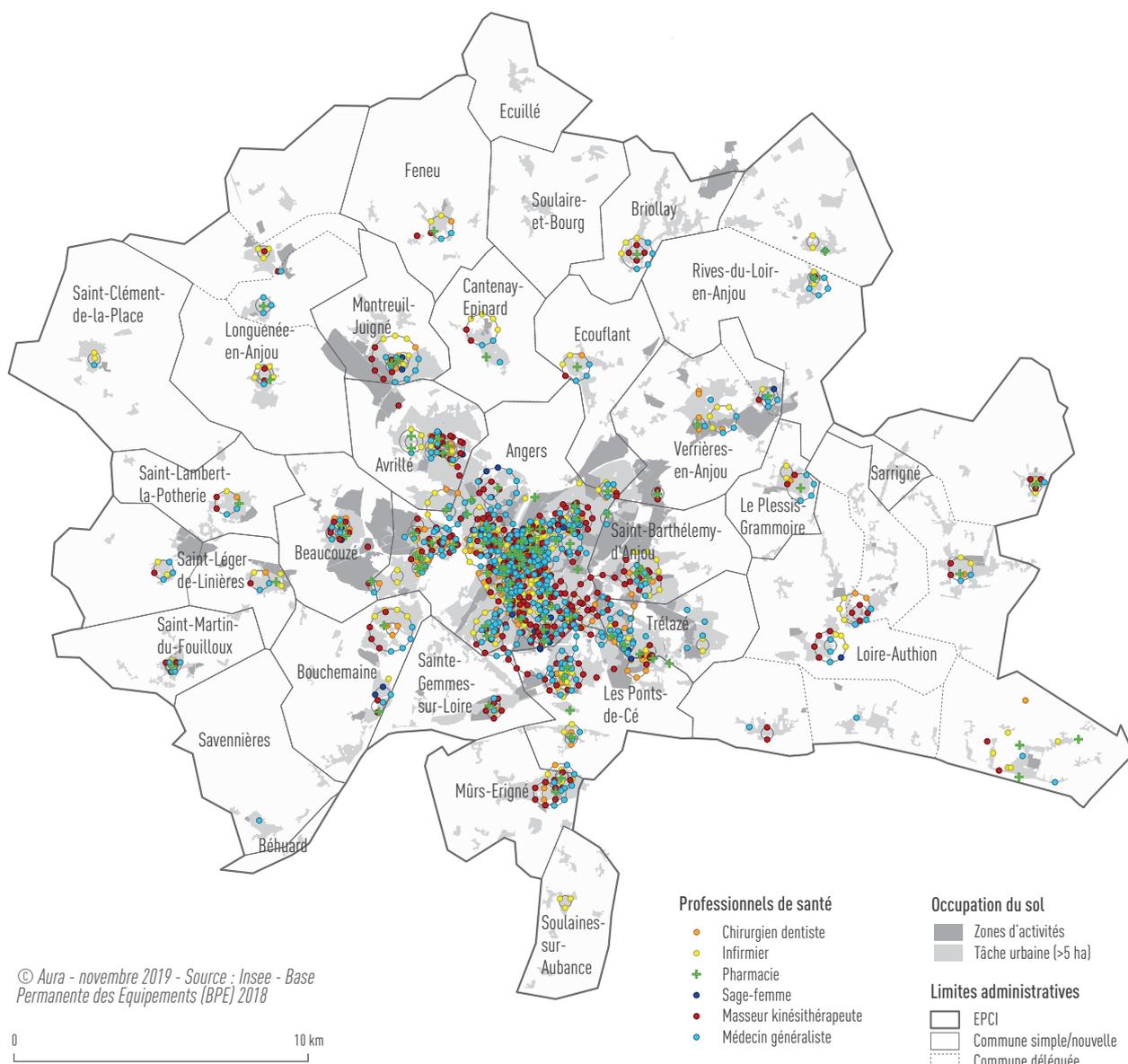
L'analyse suivante, réalisée à partir des données géolocalisées de la Base Permanente des Equipements 2018 de l'INSEE, tente de répondre à cette question. Les professionnels suivants exerçant en libéral sont pris en compte dans cette analyse : médecin généraliste, chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme + pharmacie. Elle nécessite quelques précautions d'usage, la géolocalisation de la BPE étant de qualité variable, mais globalement bonne (plus de 90% des professionnels de santé du PMLA analysés sont correctement localisés).

- Sur le Pôle métropolitain Loire Angers, environ 20% de la population réside à moins de 200m d'un médecin généraliste.

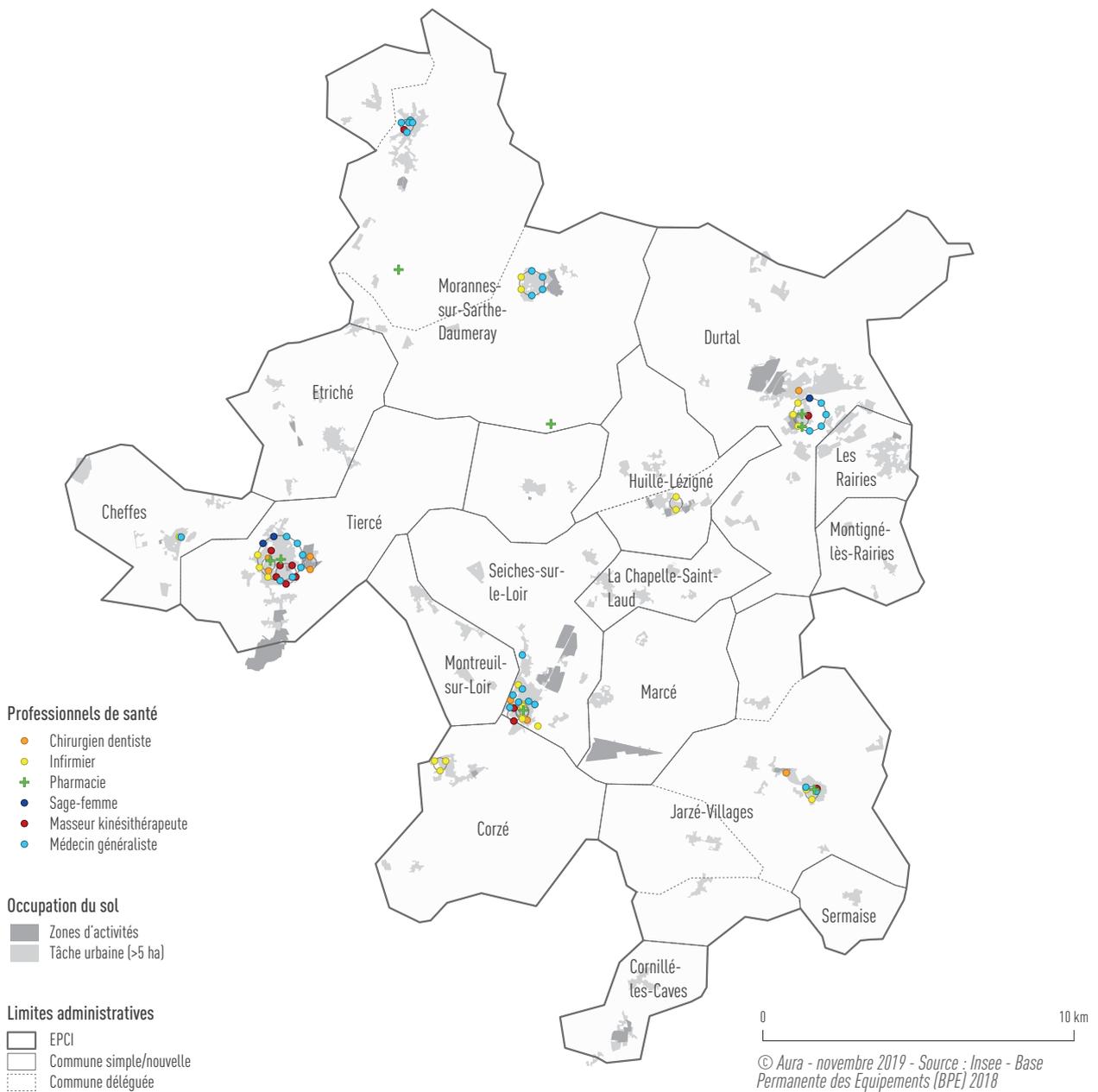
⁴⁸ DREES, Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités, Etudes et Résultats n°1100, Janvier 2019, 6p.

- Un peu plus de **30%** des professionnels de santé libéraux de premier recours se trouvent **en centralité** que ce soient des centres-bourgs ou des centralités de quartier. En revanche, **plus de la moitié des pharmacies** participent à l'offre de proximité offerte par les centralités. La localisation des professionnels de santé en centralité permet généralement de meilleures synergies avec l'offre commerciale alentour (notamment les pharmacies) et une meilleure desserte éventuelle en transports en commun, les centralités étant souvent mieux desservies.
- Autour de **2%** des professionnels de santé libéraux de premier recours se situent **dans un pôle commercial**. Cela concerne environ **8% des pharmacies**. La délocalisation des pharmacies dans ou près des centres commerciaux périphériques est un phénomène de plus en plus fréquent. Ainsi, dans les petites villes, il arrive que la seule pharmacie de la commune quitte le centre-bourg pour une localisation plus périphérique, à côté d'un centre commercial, comme ça a été le cas sur le PMLA à Durtal par exemple. Cela participe souvent à la dévitalisation des centres-bourgs et à l'éloignement à l'offre des personnes les moins mobiles.
- Autour de **4%** des professionnels de santé libéraux de premier recours sont implantés **en zone d'activité**. Les principales zones d'activité accueillant des professionnels de santé sont Bocage La Violette à Avrillé, l'Eperonnerie à Chalonnes-sur-Loire, Les Champs Beauchers à Martigné-Briand, les Fousseaux à St-Sylvain d'Anjou. Les dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers sont les plus nombreux à s'installer en zone d'activité. C'est un phénomène que l'on voit se développer, le prix des terrains ou des locaux étant généralement moindre en zone d'activité. La question de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite des locaux et de l'offre de stationnement dédiée entre aussi probablement en ligne de compte dans le choix d'implantation des professionnels de santé. Mais ce type d'implantation, généralement loin des lieux de vie des habitants, pose la question de l'accès aux soins d'une partie de la population.

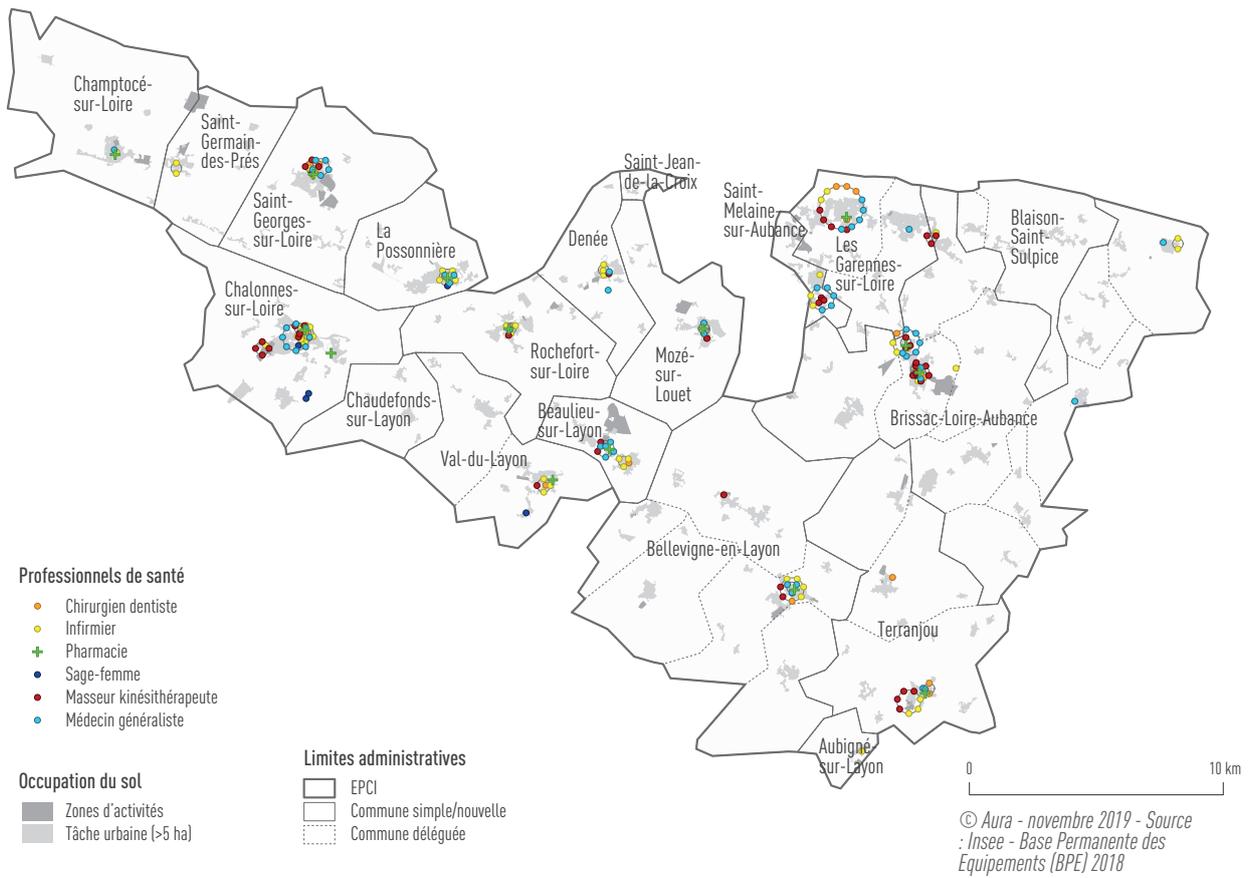
Zoom Angers Loire Métropole



Zoom Anjou Loir et Sarthe



Zoom Loire Layon Aubance



RECOURS AUX SOINS (ORS)

Ce chapitre décrit les recours des habitants du PMLA aux soins de ville et en établissement de santé dans le cadre de consultations, aux services d'urgences ainsi qu'aux services hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique (services dits de « court séjour »), qu'ils aient lieu dans le PMLA ou en dehors.

De nombreux facteurs sont susceptibles d'impacter le recours aux soins des individus. Ils peuvent notamment être d'origine démographique, économique, sociologique, épidémiologique, mais aussi liés à l'offre et l'organisation des soins sur le territoire. Les différences observées en termes de recours aux soins dans le chapitre ci-après doivent donc être interprétés en prenant en compte ces différents facteurs.

CONSULTATIONS EN VILLE ET EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les résultats sur le recours aux soins des habitants à différents professionnels de santé présentés ci-après sont issus des données de remboursement de l'assurance maladie, accessibles via le Système national des données de santé (SNDS).

Ils prennent en compte les recours en secteur libéral, les recours en centre de santé ou centre mutualiste, les recours auprès de médecins de PMI, ainsi que les consultations externes hospitalières des établissements de santé publics.

Par contre, en sont notamment exclus les recours dans le cadre de consultations en services de soins de psychiatrie des établissements de santé publics (ex : consultation en CMP), les consultations/actes réalisés lors d'une hospitalisation (court séjour, soins de suite de réadaptation, soins de psychiatrie...). Concernant spécifiquement les recours aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes, ne sont pas pris en compte ceux des personnes âgées résidant en EHPAD avec forfait de soins global.

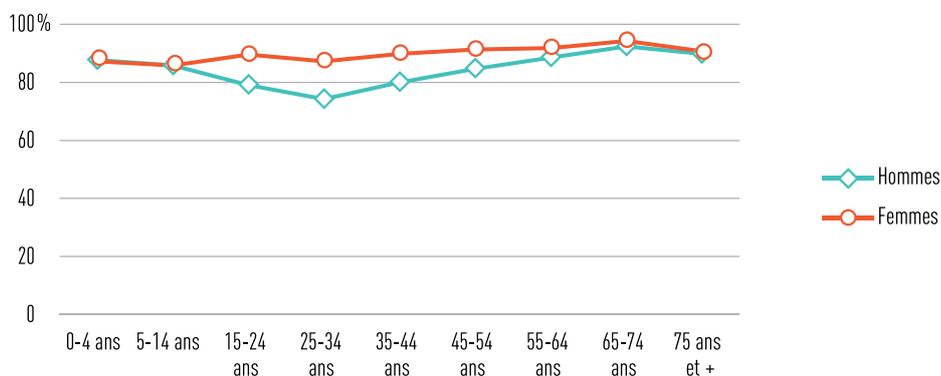
Médecins généralistes

Les médecins généralistes contribuent à assurer les soins de premier recours, c'est-à-dire les soins ambulatoires de proximité. Ces soins médicaux de premier recours peuvent être exercés également par des médecins d'autres spécialités, notamment par les pédiatres pour les enfants de moins de 16 ans.

Près de neuf habitants sur dix consultent un médecin généraliste dans l'année

- 87 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 un médecin généraliste, que ce soit en secteur libéral, dans un centre de santé ou mutualiste, ou encore dans le cadre d'une consultation externe en établissement de santé public.
- Comme en France, ce sont les personnes âgées qui ont le plus souvent recours au médecin généraliste parmi les habitants du PMLA : 92 % des 65 ans et plus y ont recours au moins une fois en 2017. Les femmes ont globalement plus souvent recours au médecin généraliste que les hommes (90 % vs 84 %, à structure par âge comparable). Ce plus grand recours féminin s'observe dans toutes les classes d'âge entre 15 et 74 ans (Fig.35).

Fig.35 Taux de recours à un médecin généraliste au moins une fois dans l'année selon la classe d'âge et le sexe
Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

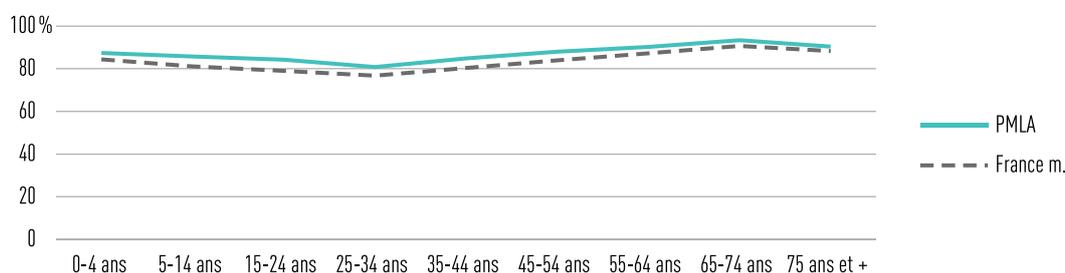
Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

Note : le taux de recours parmi les 75 ans et plus est sous-estimé car ne sont notamment pas pris en compte les actes réalisés parmi les médecins généralistes libéraux intervenant dans les EHPAD avec forfait de soins global.

- Le taux de recours annuel au médecin généraliste des habitants du PMLA (87 %) est, à structure par âge comparable, supérieur à la moyenne nationale (83 %). Ce constat s'observe pour toutes les classes d'âge (Fig.36).

Fig.36 Comparaison à la moyenne nationale du taux de recours annuel à un médecin généraliste selon la classe d'âge

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), France métropolitaine (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SND) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

- Le taux de recours annuel au médecin généraliste est un peu plus faible parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (87 %) que parmi ceux des CC Anjou Loir et Sarthe (89 %) et Loire Layon Aubance (89 %).

Au sein de la CU Angers Loire Métropole, on note par ailleurs que les habitants d'Angers présentent globalement un recours moindre que les habitants du reste de la CU (85 % vs 89 %) (Annexe 5).

Ce constat peut notamment être rapproché du moindre recours au médecin généraliste observé parmi les bénéficiaires de la CMU-C (encadré 3) qui sont en proportion plus nombreux à l'échelle de la ville d'Angers que dans la reste de la CU.

Autres médecins spécialistes

Les taux de recours aux médecins spécialistes, autres que les médecins généralistes, des habitants du PMLA ont été analysés pour une sélection de six spécialités, notamment celles en accès direct (ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie). Ces taux doivent toutefois être analysés en considérant que certaines prises en charge peuvent être réalisées par les médecins généralistes.

Un recours à l'ophtalmologiste plus fréquent qu'au niveau national

- 31 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois en 2017 un ophtalmologiste.

Le recours annuel à un ophtalmologiste atteint un premier pic chez les enfants de 5-14 ans (33 %) puis diminue dans les classes d'âge 15-44 ans, pour repartir à la hausse et atteindre 49 % parmi les 75 ans et plus (Fig.37a).

- Comme en France, le recours à un ophtalmologiste est globalement plus fréquent chez les femmes (35 %) que chez les hommes du PMLA (27 %), à structure par âge comparable.
- Le taux de recours annuel des habitants du territoire à un ophtalmologiste (31%) est analogue à la moyenne régionale, mais supérieur à la moyenne nationale (28 %), à structure par âge comparable. Ce constat s'observe dans toutes les classes d'âge (Fig.38a).
- Le taux de recours annuel à un ophtalmologiste est proche dans les 3 EPCI du PMLA (Annexe 5).

Un taux de recours au pédiatre inférieur à la moyenne nationale

- 22 % des enfants âgés de moins de 15 ans, domiciliés dans le PMLA, ont consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 un pédiatre. Cette proportion s'élève à 38 % parmi les enfants de moins de 5 ans et à 14 % parmi les 5-14 ans.
- Le taux de recours des enfants du PMLA à un pédiatre (22 %) est proche de la moyenne régionale (21 %), mais inférieur à la moyenne nationale (29 %).
- Au sein du PMLA, le taux de recours annuel à un pédiatre est plus faible parmi les enfants de la CC Anjou Loir et Sarthe (16 %) que dans les deux autres EPCI, où ce taux s'élève à 22 % (Annexe 5).



Un recours au gynécologue plus faible qu'au niveau national

- 30 % des femmes du PMLA, âgées de 15-74 ans, ont eu recours au moins une fois en 2017 à un gynécologue médical ou obstétricien. Ce recours est maximal chez les femmes de 25-44 ans (40 %), puis diminue ensuite avec l'âge (19 % parmi les 65-74 ans) (Fig.37b).
- Le taux de recours annuel des femmes du territoire à un gynécologue (30 %) est proche de la moyenne régionale (29 %), mais inférieur à la moyenne nationale (34 %), à structure par âge comparable. Ce dernier constat s'observe dans toutes les classes d'âge (Fig.38b).
- Au sein du PMLA, le taux de recours annuel à un gynécologue apparaît un peu plus élevé parmi les femmes de la CU Angers Loire Métropole (31 %) que parmi celles résidant dans les CC Loire Layon Aubance (29 %) et Anjou Loir et Sarthe (27 %), à structure par âge comparable (Annexe 5).

Moins de 3 % des habitants ont consulté dans l'année un psychiatre libéral

- 2,6 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois en 2017 un psychiatre libéral⁴⁹.

Ce taux augmente avec l'âge, passant de 2,1 % chez les 5-14 ans pour atteindre un maximum de 4% chez les 45-54 ans, puis diminue progressivement au-delà de cette classe d'âge.

Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes, sauf chez les moins de 15 ans.

- Le taux de recours annuel des habitants du territoire à un psychiatre libéral (2,6 %) est analogue à la moyenne nationale et légèrement supérieur à la moyenne régionale (2,3 %).
- Des écarts importants sont observés entre les 3 EPCI du PMLA. Le taux de recours annuel à un psychiatre libéral est deux fois plus élevé parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (3,4 %) que parmi ceux de la CC Anjou Loir et Sarthe (1,7 %) (Annexe 5).

Un taux de recours au dermatologue proche de la moyenne nationale

- 11 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 un dermatologue.
- Le recours à un dermatologue augmente globalement avec l'âge jusqu'à 75 ans et tend légèrement à diminuer au-delà de cet âge. Il passe ainsi de 3 % chez les moins de 5 ans, à 10 % chez les 35-44 ans et s'élève à 17 % parmi les 75 ans et plus.
- Le recours dans l'année à un dermatologue est globalement plus fréquent chez les femmes (13 %) que chez les hommes (9 %), à structure par âge comparable (Fig.37d).
- Le taux global de recours des habitants du territoire à un dermatologue (11 %), qui est analogue à la moyenne nationale, est supérieur à la moyenne régionale (9 %).

On constate toutefois que, parmi les habitants âgés de moins de 35 ans, les taux de recours sont inférieurs à la moyenne nationale et parmi ceux âgés de 65 ans et plus, les taux sont supérieurs à cette moyenne (Fig.38d).

- Au sein du PMLA, le taux de recours annuel à un dermatologue apparaît plus faible parmi les habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (8 %) que parmi ceux de la CU Angers Loire Métropole (11 %) et de la CC Loire Layon Aubance (10 %) (Annexe 5).

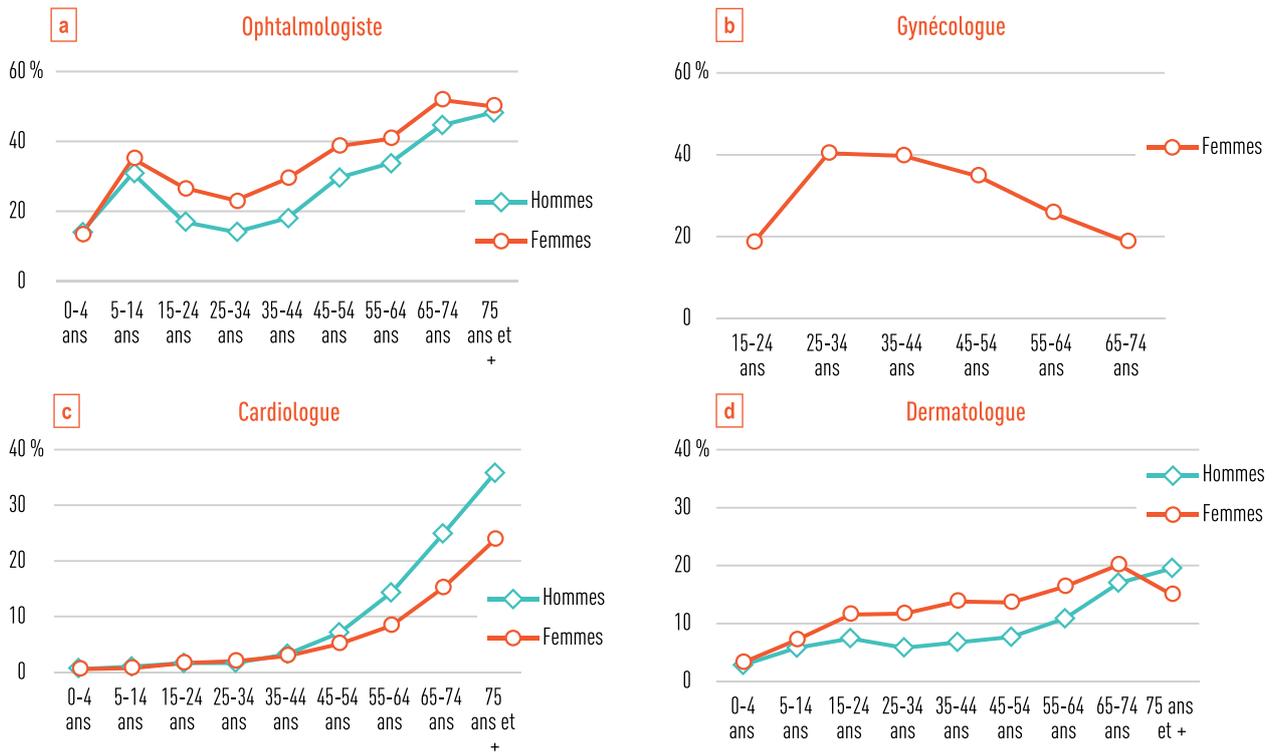
Plus d'un quart des habitants âgés de 75 ans et plus ont consulté un cardiologue dans l'année

- 8 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois un cardiologue au cours de l'année 2017.
- Le taux de recours à un cardiologue augmente fortement avec l'âge à partir de 45-50 ans, il passe ainsi de 6 % chez les 45-54 ans à 28 % chez les 75 ans et plus (Fig.37c).
- Les hommes ont globalement plus souvent recours dans l'année à un cardiologue que les femmes (9 % vs 7 %), à structure par âge comparable. Ce plus grand recours masculin s'observe dès l'âge de 45 ans (Fig.37c).
- Le taux de recours annuel des habitants du territoire à un cardiologue (8 %) est très proche de la moyenne régionale, et inférieur à la moyenne nationale (10 %). Ce dernier constat s'observe dans toutes les classes d'âge (Fig.38c).
- Par ailleurs, ce taux de recours varie peu selon les 3 EPCI du PMLA (entre 7,4 et 8,1 %) (Annexe 5).

⁴⁹ Très peu de recours ont lieu en consultations externes. Cette proportion ne prend pas en compte les consultations assurées par les services de soins de psychiatrie des établissements de santé publics.

Fig.37 Taux de recours annuel selon la classe d'âge et selon le sexe pour les spécialités suivantes : ophtalmologie, gynécologie, cardiologie, dermatologie

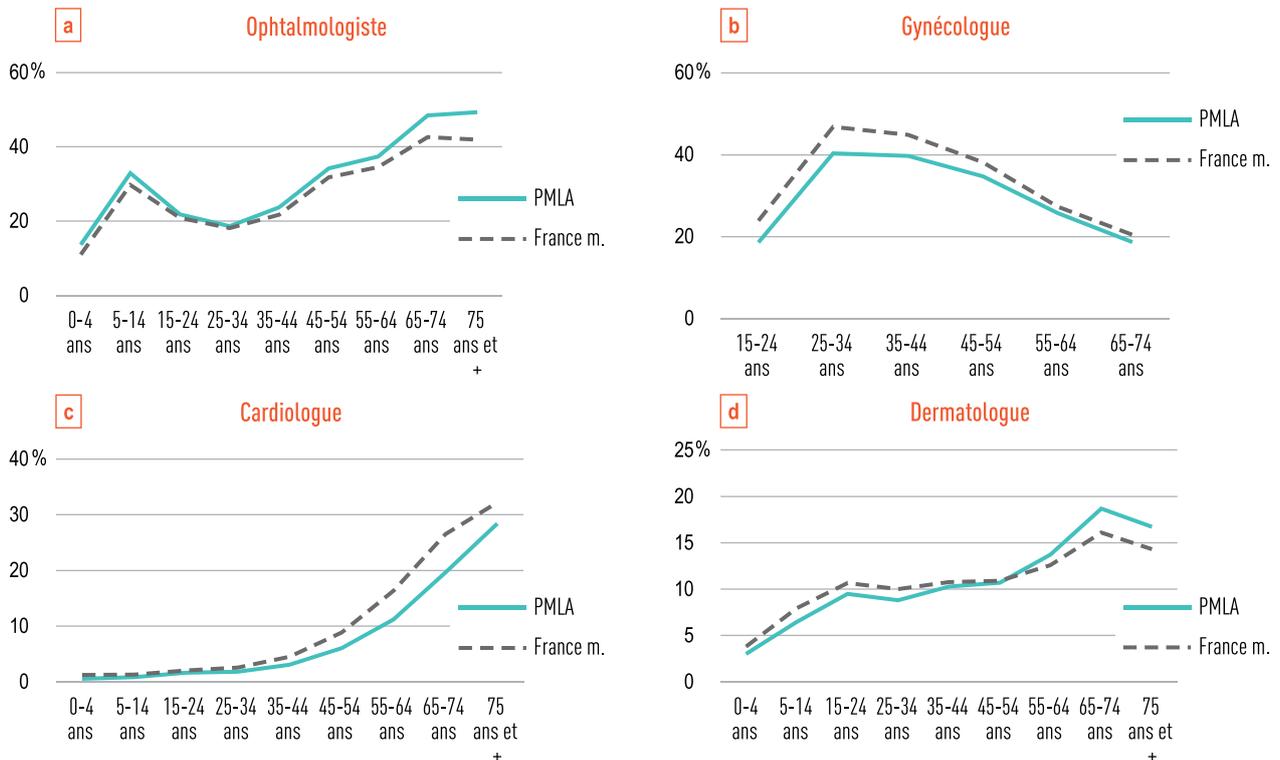
Pôle métropolitain Loire Angers (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire
 Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.
 Note : les échelles des graphiques sont différentes.

Fig.38 Comparaison à la moyenne nationale des taux de recours annuel selon la classe d'âge pour les spécialités suivantes : ophtalmologie, gynécologie, cardiologie, dermatologie

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), France métropolitaine (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire
 Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.
 Note : les échelles des graphiques sont différentes.



Chirurgiens-dentistes

Le recours au chirurgien-dentiste résulte principalement d'un besoin de soins dentaires, qui peut être de natures très variées (détartrage, scellements de sillons chez les enfants, soins conservateurs, pose de prothèses, soins chirurgicaux, soins d'orthodontie...). Mais, il peut aussi s'inscrire dans une démarche préventive, et c'est dans cette perspective que l'assurance maladie propose des examens bucco-dentaires de prévention sans avance de frais tous les trois ans pour les enfants et jeunes adultes, dans le cadre du programme M'T dents.

Les conditions de remboursement des soins dentaires courants (traitement de carie, détartrage...) sont analogues à celles des soins médicaux. En revanche, le reste à charge est souvent important pour les autres soins, tels que les prothèses dentaires ou l'orthodontie. Le renoncement aux soins dentaires est fréquent, y compris pour les soins courants, en raison d'une méconnaissance de leurs conditions de prise en charge.

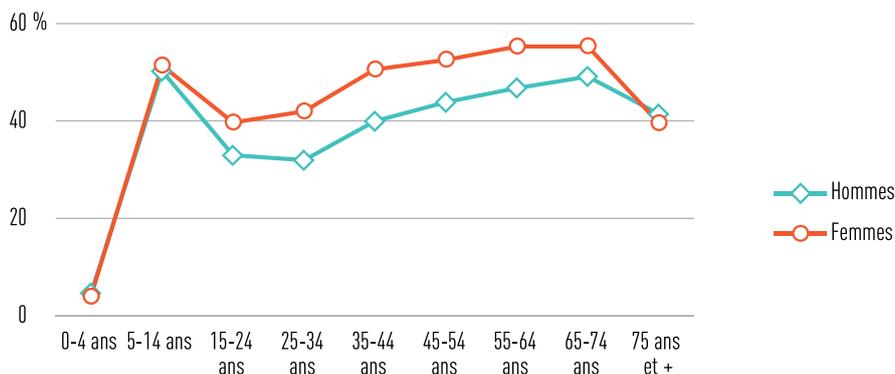
Un recours aux soins dentaires supérieur à la moyenne nationale

- 43 % des habitants du PMLA ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste en 2017.

Ce sont les enfants de 5-14 ans et les 45-74 ans qui ont le plus souvent recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste, les jeunes adultes ayant le moins souvent recours.

- Les femmes ont globalement plus souvent recours au chirurgien-dentiste dans l'année que les hommes (46 % vs 40 %), ce plus grand recours féminin s'observe entre 15 et 74 ans (Fig.39).

Fig.39 Taux de recours à un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année selon la classe d'âge et le sexe Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (2017)



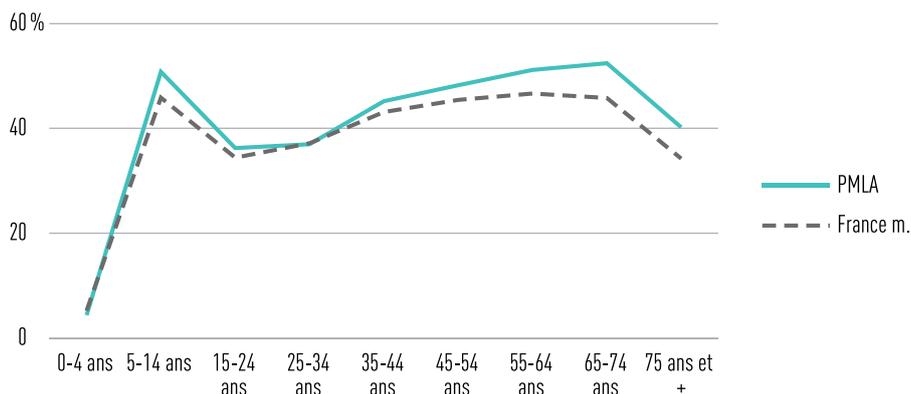
Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

- Le taux de recours à un chirurgien-dentiste en 2017 parmi les habitants du PMLA (43 %) est proche de la moyenne régionale (42 %) et supérieur à la moyenne nationale (40 %), à structure par âge comparable.

Cet écart avec la France est surtout marqué chez les 5-14 ans (+ 5 points) et les personnes âgées de 55 ans et plus (+ 5 à + 7 points, Fig.40).

Fig.40 Comparaison à la moyenne nationale du taux de recours annuel à un chirurgien-dentiste selon la classe d'âge

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), France métropolitaine (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

- Au sein du PMLA, les habitants de la CC Loire Layon Aubance présentent un taux de recours annuel à un chirurgien-dentaire un peu plus élevé que ceux de la CC Anjou Loir et Sarthe et de la CU Angers Loire Métropole (44 % vs 42 % et 43 %) (Annexe 5).

Le suivi bucco-dentaire chez les enfants et les adultes de 55 ans et plus

- Les enfants du PMLA bénéficient plus souvent d'un suivi bucco-dentaire préventif régulier qu'au plan national. Ainsi, 34 % des 10-14 ans et 27 % des 15-17 ans résidant dans le PMLA ont eu au moins trois prestations de suivi buccodentaire⁵⁰ entre 2014 et 2017 contre respectivement 31 % et 25 % en France.
- Au sein du PMLA, les enfants de la CC Loire Layon Aubance présentent les taux de suivi buccodentaire régulier les plus élevés (41 % des 10-14 ans, 32 % des 15-17 ans) et les enfants de la CU Angers Loire Métropole ceux les plus faibles, à un niveau comparable aux moyennes nationales (31 % des 10-14 ans, 25 % des 15-17 ans en France) (Annexe 6).
- Comparativement à des territoires qui présentent également une forte accessibilité au chirurgien-dentiste (ex : Nantes Métropole), la CU Angers Loire Métropole présente, selon une étude récente [12], une proportion d'enfants et d'adolescents ayant un parcours préventif régulier assez peu élevée.
- Des travaux régionaux récents ont également été menés sur le recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus. Ils mettent en évidence un moindre recours aux soins dentaires parmi les habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (32 % des 55 ans et plus n'ont eu aucun recours bucco-dentaire au cours des trois années 2016 à 2018) que ceux de la CC Loire Layon Aubance (27 %) et de la CU Angers Loire Métropole (26 %) [13]. Ce constat s'explique sans doute en partie par la faiblesse de l'offre de chirurgiens-dentistes libéraux dans la CC Anjou Loir et Sarthe (Cf. partie offre de soins).

⁵⁰ Au moins 3 prestations parmi consultation bucco-dentaire, examen bucco-dentaire et détartrage, réalisées en cabinet de ville, hors consultations externes, entre le 01/01/2014 et le 31/12/2017.



Masseurs-kinésithérapeutes

Le masseur-kinésithérapeute est spécialisé dans la réalisation de soins de rééducation et de réadaptation pour maintenir ou restaurer le mouvement et les capacités fonctionnelles des patients. Traditionnellement ancrée dans le champ de la traumatologie et de la rhumatologie, la profession investit depuis les années 1980 de nouveaux domaines d'interventions comme la neurologie, la pédiatrie, l'ergonomie ou le cardiorespiratoire.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute intervient sur prescription d'un médecin. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent pratiquer des soins sans prescription médicale, tels que des actes d'ostéopathie, des soins de bien-être, d'esthétique, et de préparation à l'effort.

Un recours aux soins des masseurs-kinésithérapeutes un peu plus élevé qu'au plan national

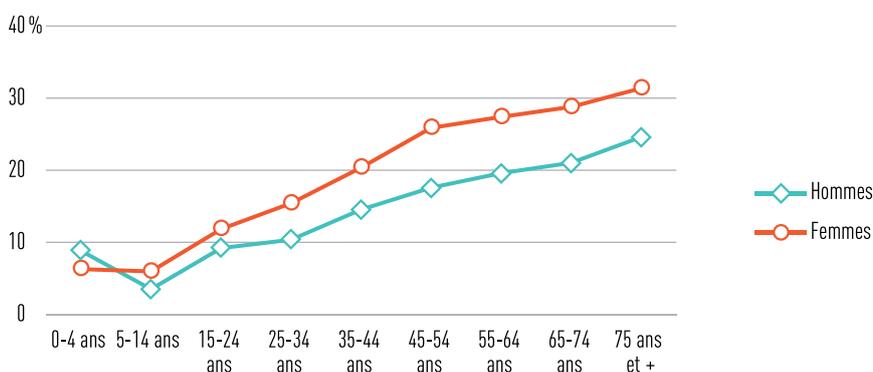
- 17 % des habitants du PMLA ont eu recours au moins une fois en 2017 à un masseur-kinésithérapeute, essentiellement en secteur libéral.

Comme en France, ce taux augmente avec l'âge, passant de 5 % chez les 5-14 ans à au moins 29 % chez les 75 ans et plus. Dans cette dernière classe d'âge, le taux est en outre sous-estimé car ne sont notamment pas pris en compte les actes réalisés parmi les masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant dans les EHPAD avec forfait de soins global.

Dans toutes les classes d'âge, hormis celle avant 5 ans, les femmes ont plus souvent recours à un masseur-kinésithérapeute dans l'année que les hommes (Fig.41).

Fig.41 Taux de recours à un masseur-kinésithérapeute au moins une fois dans l'année selon la classe d'âge et le sexe

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

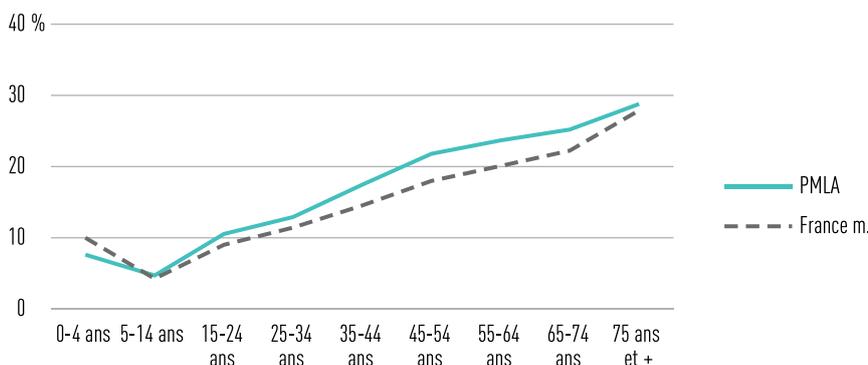
Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

Note : le taux de recours parmi les 75 ans et plus est vraisemblablement sous-estimé car ne sont notamment pas pris en compte les actes réalisés parmi les masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant dans les EHPAD avec forfait de soins global.

- Le taux de recours annuel à un masseur-kinésithérapeute parmi les habitants du PMLA (17 %) est supérieur à la moyenne nationale (15 %). Ce constat s'observe dans toutes les classes d'âge sauf chez les enfants de moins de 5 ans (Fig.42).

Fig.42 Comparaison à la moyenne nationale du taux de recours annuel à un masseur-kinésithérapeute selon la classe d'âge

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), France métropolitaine (2017)



Source : DCIR, PMSI MCO et SSR (SNDS) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé ou centre mutualiste, actes et consultations externes en établissement de santé public.

- Au sein du PMLA, le taux de recours à un masseur-kinésithérapeute dans l'année est plus faible parmi les habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (13 %) que parmi ceux de la CC Loire Layon Aubance (17 %) et de la CU Angers Loire Métropole (17 %) (Annexe 5).

Des indicateurs de recours aux soins moins favorables parmi les bénéficiaires de la CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est destinée aux personnes dont les revenus étaient 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.

À partir de novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire remplacera les deux dispositifs de la CMUC et de l'ACS (Aide au paiement d'une complémentaire santé).

La comparaison des taux de recours aux soins des habitants bénéficiant de la CMU-C, qui ont de faibles ressources financières, à ceux des habitants ne bénéficiant pas de la CMU-C permet d'apprécier les disparités sociales dans ce domaine. Les comparaisons présentées ci-après sont toutefois restreintes à la population âgée de moins de 65 ans car peu de personnes bénéficiaient en 2017 de la CMU-C au-delà de cet âge, le plafond de ressources pour y être éligible était inférieur au minimum vieillesse.

- Parmi la population âgée de moins de 65 ans⁵¹ résidant dans le PMLA, les bénéficiaires de la CMU-C ont moins souvent recours au moins une fois dans l'année 2017 à un médecin généraliste que les non-bénéficiaires de la CMU-C (83 % vs 86 %), à structure par âge comparable. Un constat inverse est toutefois observé au plan national.

- Les bénéficiaires de la CMU-C du territoire ont par ailleurs, comme en France, globalement moins souvent recours aux autres médecins spécialistes que les non-bénéficiaires de la CMU-C. Si on n'observe pas de différence pour le recours à un cardiologue, les écarts sont importants pour le recours dans l'année à un ophtalmologiste (21 % vs 28 % des non-bénéficiaires de la CMUC), à un gynécologue (26 % vs 33 %), à un dermatologue (6 % vs 10 %), ou à un pédiatre pour les enfants de moins de 15 ans (15 % vs 24 %).

Un moindre recours aux psychiatres libéraux est également observé (2,6 % vs 3,4 %). Ce dernier constat n'est toutefois pas retrouvé au niveau national.

- Enfin, le recours dans l'année à un chirurgien-dentiste et à un masseur-kinésithérapeute est aussi, comme en France, moins répandu parmi les bénéficiaires de la CMU-C (respectivement 37 % et 12 % vs 43 % et 15 % parmi les non-bénéficiaires de la CMU-C, à structure par âge comparable).

⁵¹ Ce taux est calculé parmi les bénéficiaires âgés de moins de 65 ans car peu de personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient de la CMU-C en raison du plafond d'éligibilité inférieur au minimum vieillesse.



RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES

Près de 95 000 passages aux urgences

- En 2018, environ 94 610 passages aux urgences ont concerné des habitants du Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) selon les données des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les services d'urgences des Pays de la Loire.

Un taux de recours aux services d'urgences des habitants du Pôle métropolitain Loire Angers proche de la moyenne régionale, mais avec des disparités importantes entre EPCI

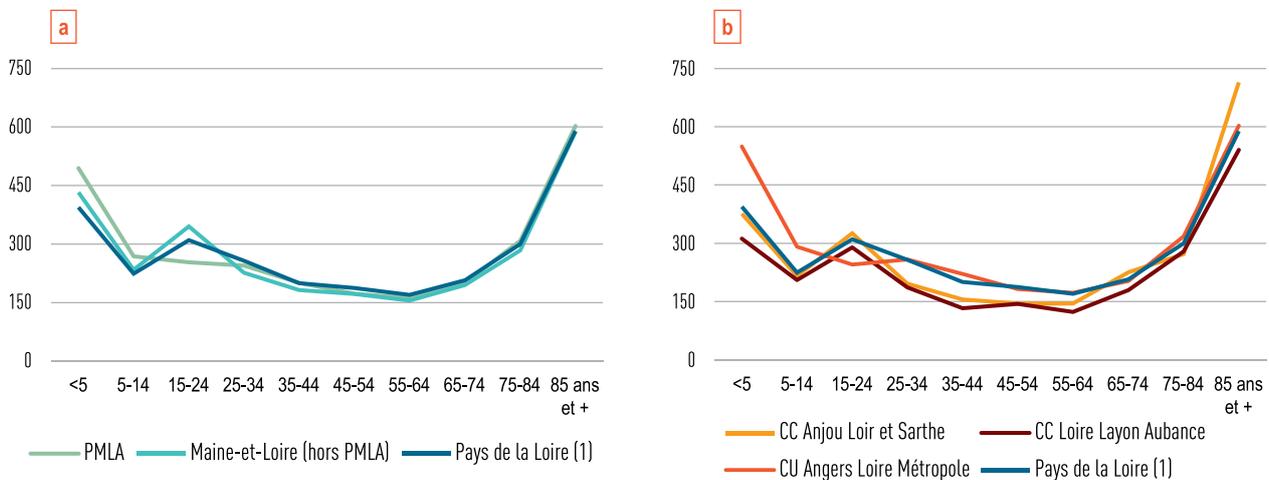
- Le taux global de passages aux urgences parmi les habitants du PMLA s'élève à 251 pour 1 000 habitants, soit un taux proche de la moyenne régionale (248).

Cette situation masque toutefois des écarts entre les 3 EPCI du PMLA, en lien avec la proximité géographique des services d'urgence. Les habitants de la CU Angers Loire Métropole, territoire qui compte deux services d'urgences, présentent en effet le taux brut de recours le plus élevé : 262 passages pour 1 000 habitants. Le taux de recours des habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe (230 pour 1 000) est inférieur de 12 % à ce taux et celui des habitants de la CC Loire Layon Aubance (201 pour 1 000) lui est inférieur de 23 %.

- La comparaison des taux de recours par classe d'âge des habitants du PMLA et de chaque EPCI aux taux régionaux met en outre en évidence certaines spécificités territoriales par groupe de population.
- Chez les enfants de moins de 15 ans, les taux des recours des habitants de la CU Angers Loire Métropole sont nettement supérieurs à la moyenne régionale, et à ceux des 2 autres EPCI (Fig.43b).
- Chez les 15-24 ans, un constat inverse est observé, avec un moindre recours parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole de cette classe d'âge. Ce constat doit toutefois être considéré avec précaution car il peut être lié aux difficultés de recueil dans les systèmes d'information du lieu de domicile des étudiants.

Fig.43 Taux de passages aux urgences selon la classe d'âge (pour 1 000 habitants)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), département du Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2018)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), RP2016 (Insee)
1. Y compris passages dans les régions limitrophes.

Des recours le plus souvent en lien à un diagnostic de type médico-chirurgical ou traumatologique

- Une analyse des diagnostics principaux⁵² (DP) des passages aux urgences met en évidence que la très grande majorité des recours sont, comme au plan régional, liés à un DP de type médicochirurgical (59 %) ou traumatologique (33 %). Les diagnostics d'origine psychiatrique (4 %), liés à une intoxication (2 %) ou d'une autre nature (2 %), représentent une faible part des DP.

Parmi les DP médicochirurgicaux, les codes évoquant des symptômes et signes généraux - aux premiers rangs desquels figurent les douleurs - sont les plus fréquents. Cela s'explique par le caractère souvent inaugural de la prise en charge au service d'urgences qui se traduit par une absence de confirmation diagnostique via des résultats d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés obtenus en aval des urgences.

Parmi les DP traumatologiques, les lésions des membres supérieurs et inférieurs sont les plus fréquentes (23 %), devant les traumatismes de la tête et du cou (7 %).

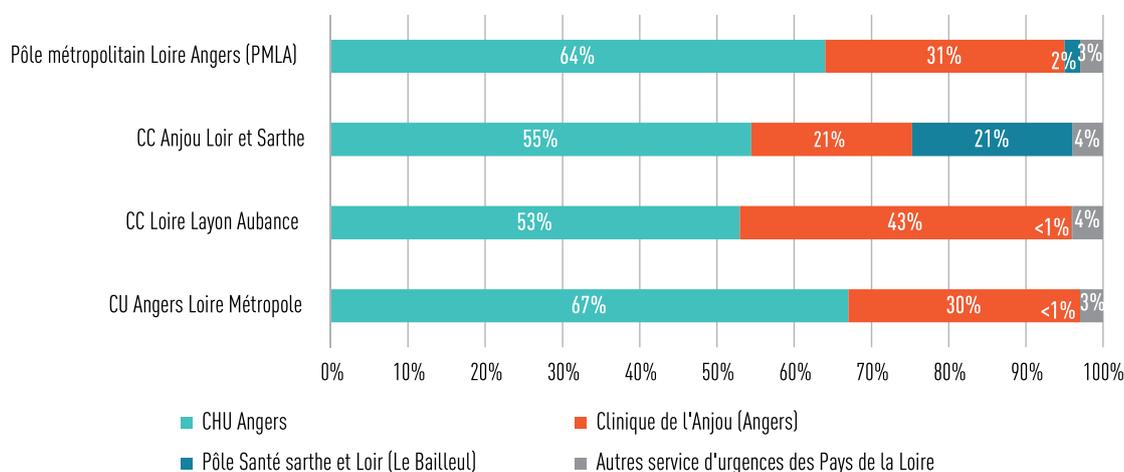
Des passages le plus souvent aux services d'urgences du CHU d'Angers ou de la Clinique de l'Anjou

- 64 % des passages aux urgences des habitants du PMLA ont eu lieu au service d'urgences du Centre hospitalier universitaire d'Angers, 31 % à la Clinique de l'Anjou, 2 % au Pôle Santé Sarthe et Loir (Le Bailleur). Moins de 0,5 % des passages ont lieu au CH de Cholet (0,4 %) ou au CH de Saumur (0,4 %). Par ailleurs, moins de 1 % des recours sont effectués auprès de services de Loire-Atlantique (0,8 %) ou de Vendée (0,6 %) (Fig.44).

On note toutefois des différences selon le territoire de résidence. Une part importante des recours des habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe ont lieu au service d'urgences du Pôle Santé Sarthe et Loir (21 %), et la part des recours à la Clinique de l'Anjou est plus élevée parmi les habitants de la CC Loire Layon Aubance (43 %) que parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (31 %) et de la CC Anjou Loir et Sarthe (21 %) (Fig.44) (Annexe 7).

Fig.44 Répartition des passages aux urgences des habitants du PMLA selon les principaux services d'urgences de recours (2018)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CU Angers Loire Métropole, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance (2018)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

⁵² Correspond à l'affection ou au problème dont la prise en charge a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.



RECOURS AUX SERVICES HOSPITALIERS DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

Les statistiques concernant les hospitalisations en service de médecine, chirurgie et d'obstétrique et notamment les diagnostics principaux posés lors de ces hospitalisations apportent des informations sur la fréquence parmi les habitants du PMLA des maladies aiguës ou chroniques, des problèmes de santé en lien avec la grossesse, ou des traumatismes et intoxications nécessitant un séjour hospitalier.

Les données présentées ci-après concernent les habitants du territoire qui ont fait l'objet d'une hospitalisation en service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique, quel que soit leur lieu de prise en charge.

Les hospitalisations de moins de 24 heures sont prises en compte mais sont par contre exclues de cette analyse, les séances (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine...) et les séjours de nouveau-nés bien portants.

L'interprétation isolée de ces données, issues du PMSI, doit toutefois être prudente et prendre en compte leur caractère médico-administratif (cf. indicateurs, sources et limites).

17 % des habitants hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique

- Sur les années 2016-2018, en moyenne 64 000 habitants du PMLA ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'un établissement de santé, soit 17 % de la population du territoire.

Une part non négligeable de ces personnes sont hospitalisées plusieurs fois dans l'année, on dénombre donc au total 93 000 hospitalisations en services de médecine, chirurgie et obstétrique concernant des habitants du PMLA au cours d'une année.

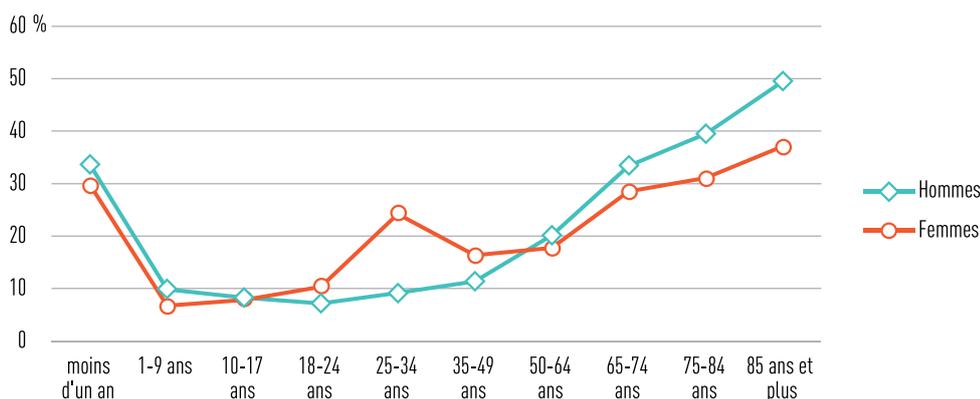
Des taux supérieurs chez les hommes, sauf entre 18 et 49 ans

- Comme en France, le taux d'habitants du PMLA hospitalisés dans l'année est plus élevé chez les hommes que chez les femmes à tous les âges, sauf entre 18 et 49 ans en raison des hospitalisations liées aux grossesses et accouchements (Fig.45).

- Les taux d'hospitalisation en service de médecine, chirurgie ou obstétrique les plus élevés sont observés chez les enfants de moins d'un an (32 % ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année) et les personnes âgées (31 % chez les 65-74 ans, 44 % chez les 85 ans et plus). Ils sont à leur niveau le plus bas entre 1 et 17 ans (8 %).

Fig.45 Proportion de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie ou obstétrique selon l'âge et le sexe

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA) (moyenne 2016-2018)



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

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

Un taux de personnes hospitalisées proche de la moyenne nationale mais des disparités territoriales

- Le taux d'habitants du PMLA hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie ou obstétrique connaît une légère tendance à la hausse au cours des dernières années (+ 4 % entre les périodes 2009-2011 et 2016-2018, à structure par âge comparable). Une légère augmentation est également observée aux niveaux régional (+ 5 %) et national (+ 3 %), et dans les 3 EPCI du PMLA (+ 4 à + 6 %) (Fig.46a).

- Le taux global de personnes hospitalisées parmi les habitants du PMLA (17,0 %) est très proche des moyennes nationale (16,9 %) et régionale (17,1 %), à structure par âge comparable.

Ce constat global masque cependant des écarts importants entre les 3 EPCI. Ainsi, la CU Angers Loire Métropole (17,6 %) présente un taux supérieur à la moyenne nationale et nettement plus élevé que la CC Loire Layon Aubance (15,2 %) et la CC Anjou Loir et Sarthe (14,6 %), à structure par âge comparable (Fig.46b).

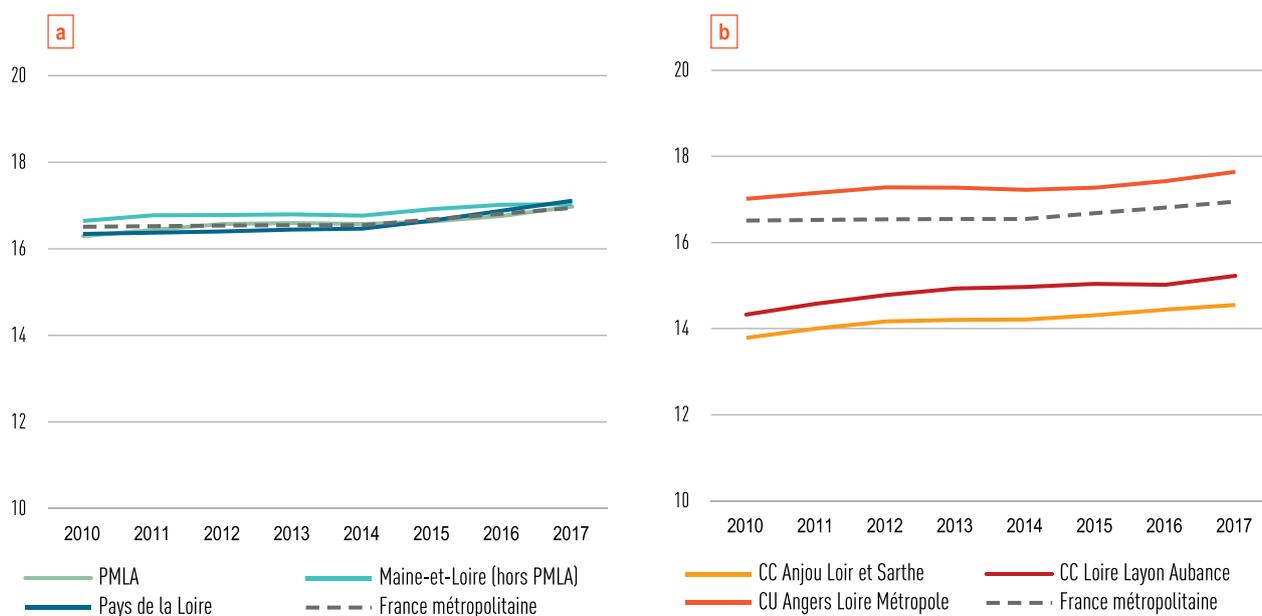
- Cette plus grande fréquence de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie ou obstétrique parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole est observée chez les femmes (+ 2 %) et, de façon plus marquée chez les hommes (+ 6 %). Cette situation locale est liée notamment à une plus grande fréquence des hospitalisations pour :

- cataracte (+ 20 %) ;
- maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (+ 13 %), dont notamment pour arthroses (+ 9 %) et lésions internes du genou (+ 5 %) ;
- troubles mentaux et du comportement (+ 36 %) ;
- cancers (+ 13 %) ;
- lésions traumatiques (+ 8 %), et plus particulièrement les plaies ouvertes du poignet et de la main (+ 125 %).

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés en tenant compte des limites de ces données qui sont issues du PMSI, système d'information hospitalier dont l'objectif est médico-économique. Les écarts observés entre territoires peuvent être en effet liés, outre à la morbidité, à des différences en matière de pratiques de soins, de modalités de prise en charge, voire de codage des diagnostics d'hospitalisation.

Fig.46 Évolution du taux standardisé de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année en service de médecine, chirurgie et obstétrique

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2009-2018)



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

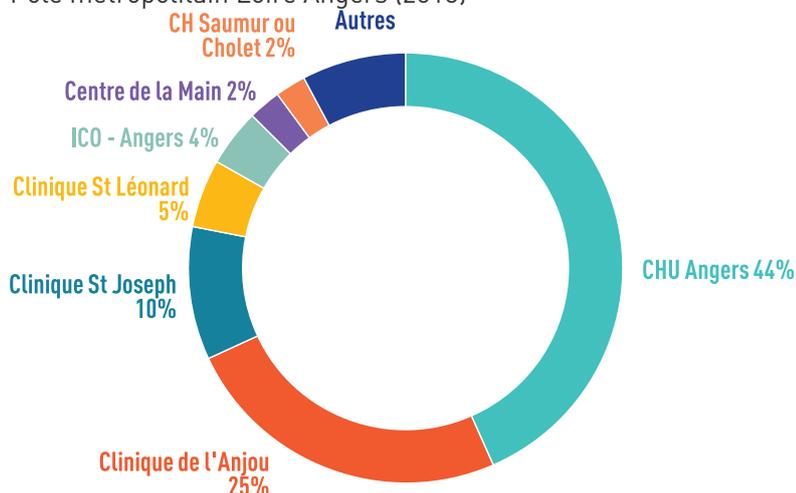


44 % des hospitalisations ont lieu au CHU d'Angers, 25 % à la Clinique de l'Anjou

- 44 % des 93 000 hospitalisations en services de médecine, chirurgie ou obstétrique des habitants du PMLA ont lieu au CHU d'Angers, 25 % à la Clinique de l'Anjou (Angers), 10 % à la Clinique Saint-Joseph (Trélazé), 5 % à la Clinique Saint-Léonard (Trélazé), 4 % à l'Institut de cancérologie de l'Ouest (site Angers), 2 % au centre de la main d'Angers, 2 % dans un autre établissement du département (CH de Saumur ou Cholet), et 8 % en dehors du département (Fig.47).

Fig.47 Répartition des hospitalisations en service de médecine, chirurgie ou obstétrique des habitants du PMLA selon le lieu de prise en charge

Pôle métropolitain Loire Angers (2018)



Source : PMSI MCO-SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : hors séances, et nouveau-nés bien portants.

- Comme pour les recours aux services d'urgences, des différences en matière de lieu d'hospitalisation sont observées selon l'EPCI de résidence.

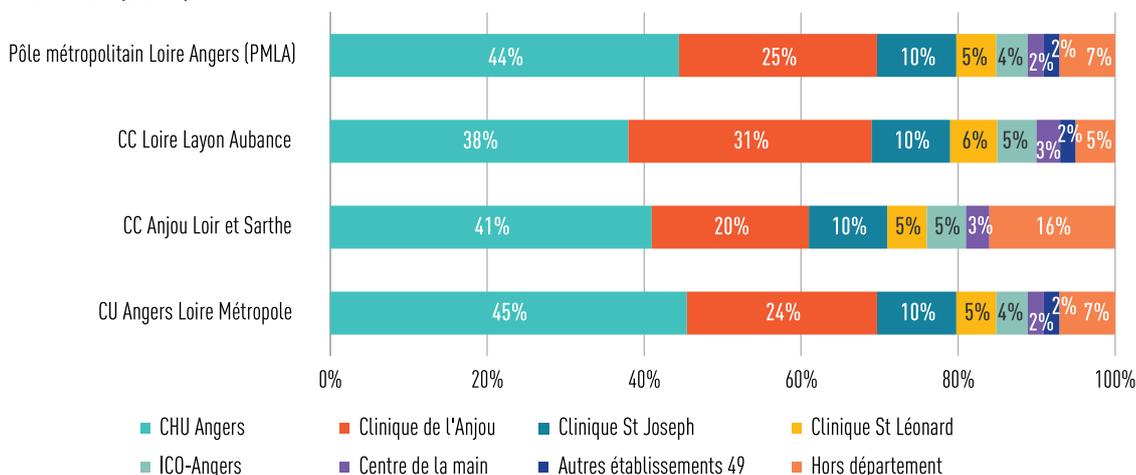
La part des hospitalisations en services de médecine, chirurgie et obstétrique au CHU d'Angers est plus importante parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (45 % vs 41 % pour la CC Anjou Loir et Sarthe et 38 % pour la CC Loire Layon Aubance).

La part des recours à la Clinique de l'Anjou est plus élevée parmi les habitants de la CC Loire Layon Aubance (31 %) que parmi les habitants de la CU Angers Loire Métropole (24 %) et de la CC Anjou Loir et Sarthe (20 %).

9 % des hospitalisations des habitants de la CC Anjou Loir et Sarthe ont lieu au Pôle Santé Sarthe et Loir contre seulement 0,1 % de celles concernant les habitants de la CU Angers Loire Métropole et de la CC Loire Layon Aubance (Fig.48) (Annexe 8).

Fig.48 Répartition des hospitalisations en service de médecine, chirurgie ou obstétrique des habitants du PMLA selon les principaux lieux de prise en charge (2018)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CU Angers Loire Métropole, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance (2018)



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

VOLET 4 : QUELS LEVIERS DES POLITIQUES LOCALES D'URBANISME, D'AMÉNAGEMENT ET DE PLANIFICATION SUR LA SANTÉ ?



VOLET 4 : QUELS LEVIERS DES POLITIQUES LOCALES D'URBANISME, D'AMÉNAGEMENT ET DE PLANIFICATION SUR LA SANTÉ ?

Cette partie n'a pas vocation à développer l'ensemble des politiques publiques locales pouvant avoir un impact bénéfique sur la santé. Elle se focalise sur les politiques liées à l'urbanisme, l'aménagement du territoire et la planification mais ne traite pas de toutes les politiques de santé publique, prévention... qui peuvent être développées localement. A partir des 8 axes d'un urbanisme favorable à la santé proposés par Anne Roué Le Gall et Nina Lemaire⁵³, illustrés dans le schéma ci-dessous, elle vise à illustrer par quelques exemples locaux ou développés hors du PMLA différentes démarches / politiques liées à l'urbanisme, l'aménagement du territoire ou la planification qui peuvent être bénéfiques à la santé. Cette partie ne prétend aucunement à l'exhaustivité.



⁵³ Roué Le Gall, A., Lemaire N., 2017 « Urbanisme favorable à la santé » YearBookSanté et Environnement 2017 ERS

Leviers des politiques locales d'urbanisme, d'aménagement et de planification sur la santé

Axe d'un urbanisme favorable à la santé	Type d'actions	Exemple d'ici	Exemple d'ailleurs
Axe 1 - Réduire les émissions et expositions aux polluants, risques et nuisances	Traitement des îlots de chaleurs urbains (ICU) Plans de prévention des risques (inondation, technologiques...) Intégration de la dimension santé dans les documents d'urbanisme / planification (SCoT, PLU, PDU...) Evaluation environnementale / étude d'impact environnementale	OAP bioclimatisme et transition écologique du PLUi ALM Plan de prévention du bruit dans l'environnement ALM Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET) du PMLA	Travail sur les ICU et IFU de Bordeaux Définition d'îlots et de parcours de fraîcheur à Paris (APUR) OAP Santé, climat, énergie du PLUi de Rennes Métropole
Axe 2- Promouvoir des modes de vie favorables à la santé, notamment activité physique et alimentation	Aménagements favorisant la pratique des modes actifs de déplacement Plans de déplacements urbains (PDU) Développement urbain et aménagements favorisant les productions alimentaires locales et de qualité...	- Parcours de forme Angers - PAT ALM et LLA - CCALS : projet circuits courts de proximité - CCLLA : projet de Schéma vélo 2020-2022	HEAT Active Design Guidelines à New-York
Axe 3 - Favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants	Aménagements favorisant la mixité intergénérationnelle et sociale (co-habitat...) Aménagements favorisant l'accès à la nature et la végétalisation...	Schéma directeur du végétal d'ALM Projet recherche Agrocampus sur projet St-Laud et bien-être des habitants CC LLA-Habitat Temporaire chez l'Habitant : dimension intergénérationnelle	Travail sur les zones calmes et de ressourcement de Rennes OAP trame verte et bleue du PLUi de Strasbourg
Axe 4 - Permettre l'accès au soin et aux services socio-sanitaires	Politiques de mobilité, démarche de revitalisation de centre-bourg, soutien à l'installation de professionnels de santé	MSP (CCLLA : commune déléguée de Martigné-Briand...)	Revitalisation du centre-bourg de l'Hermitage (construction d'un local pour les médecins en plein centre-bourg)
Axe 5 - Réduire des inégalités de santé entre les différents groupes socio-économiques et prêter attention aux personnes vulnérables	Politiques de l'habitat (PLH), Opération programmée d'amélioration de l'habitat, Lutte contre l'habitat indigne	Volet sanitaire et social de l'OPAH d'ALM OPAH de LLA (amélioration du confort des logements) Habitat inclusif : les maisons partagées Simon de Cyrène à Angers	
Axe 6 - Soulever et gérer les antagonismes entre les différentes politiques	Lutte contre l'étalement urbain (densité) et ICU Réduction des consommations énergétiques résidentielles (isolation des bâtiments) et qualité de l'air intérieur Evaluation des Impacts sur la Santé (EIS) et prévention situationnelle ⁵⁴		Suivi de la qualité de l'air intérieur dans les habitations de l'éco-lotissement de la Peloussière à Langouët (35)
Axe 7 - Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés dont les citoyens	Démarches d'Urbanisme favorable à la santé (UFS) ou Evaluation des Impacts sur la Santé (EIS)	EIS Monplaisir	Projet Isadora (Intégration de la santé dans les opérations d'aménagement) UFS projet ANRU du Gros Chêne à Rennes EIS du SCoT du Pays Vesoul -Val de Saône
Axe 8 - Penser un projet adaptable, prendre en compte l'évolution des modes de vie	Urbanisme réversible	Ecolodo - Cohabitat intergénérationnel - Verrières-en-Anjou (49)	Village passerelle - Cohabitat seniors solidaire et réversible à Montevault/Evre

© aura

⁵⁴ La prévention situationnelle est la traduction formalisée de méthodes orientées vers la prise en compte de la sécurité dans les aménagements des espaces publics ou privés. Son application est censée réduire le sentiment d'insécurité.



EXEMPLES D'ICI

ORIENTATION D'AMÉNAGEMENT ET DE PROGRAMMATION « BIOCLIMATISME ET TRANSITION ÉCOLOGIQUE » DU PLAN LOCAL D'URBANISME INTERCOMMUNAL D'ANGERS LOIRE MÉTROPOLE EN COURS DE RÉVISION

CONTEXTE ET ENJEUX

Les orientations définies dans cette Orientation d'aménagement et de programmation (OAP) visent à développer un cadre de vie agréable pour les habitants ainsi qu'à préserver et à améliorer le bien-être et la santé des populations. Elles contribuent à répondre aux enjeux énergétiques, climatiques et de santé environnementale, et notamment aux objectifs fixés par la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte de 2015.

OBJECTIF

- Réduire les émissions de gaz à effet de serre et la consommation d'énergie.
- Développer les énergies renouvelables.
- Favoriser une meilleure intégration des projets dans leur environnement.
- Favoriser l'économie circulaire et s'appuyer sur les ressources locales.
- Améliorer le cadre de vie et préserver la santé des habitants.

CONTENU

Parmi les orientations de l'OAP qui ont le plus directement d'impacts potentiels sur la santé des habitants, on trouve :

INSCRIRE SON PROJET DANS SON ENVIRONNEMENT

Orientation 1 : Intégrer son projet dans une unité paysagère.

Orientation 2 : Intégrer les composantes végétales dans son projet.

Orientation 3 : Limiter l'artificialisation des sols et favoriser les îlots de fraîcheur.

DEFINIR UNE IMPLANTATION SOBRE ET OPTIMALE DES CONSTRUCTIONS SUR LES PARCELLES

Orientation 5 : Définir les meilleures orientations.

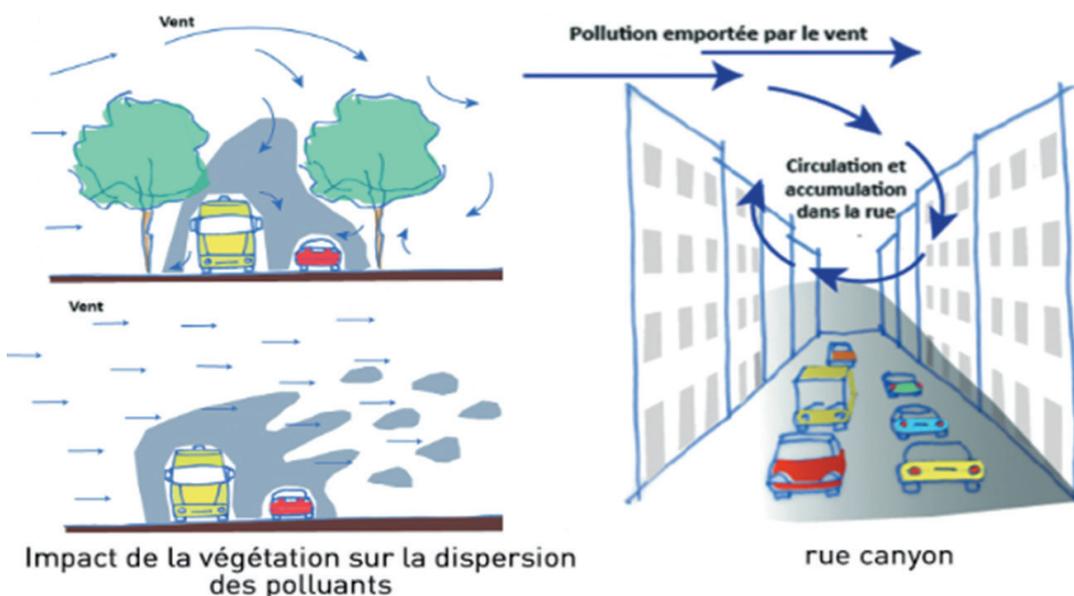
Orientation 7 : Eviter les masques solaires.

LIMITER L'EXPOSITION DES POPULATIONS AUX NUISANCES SONORES ET AUX POLLUTIONS ATMOSPHÉRIQUES

Orientation 8 : Limiter l'exposition des publics et notamment les plus sensibles.

Orientation 9 : Favoriser la présence de zones calmes et limiter l'exposition aux polluants atmosphériques.

Orientation 10 : Faciliter la dispersion des polluants et éviter la création de « rues canyons ».



PLAN DE PRÉVENTION DU BRUIT DANS L'ENVIRONNEMENT DE L'AGGLOMÉRATION D'ANGERS

CONTEXTE ET ENJEUX

La directive européenne 2002/49/CE du 25 juin 2002, transposée en droit français, spécifie pour les grandes agglomérations et les grandes infrastructures de transports (grands axes routiers et ferroviaires, grands aéroports) la réalisation de cartes de bruit stratégiques et l'adoption de plans d'actions. Sur ALM, les cartes ont été réalisées en 2012. Le Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement (PPBE) établi par Angers Loire Métropole en 2015 a pour but de définir des actions préventives et curatives sur la base des résultats issus des cartes.

OBJECTIF

Optimiser sur un plan technique, stratégique et économique les actions à engager afin d'améliorer les situations sonores critiques et préserver la qualité des endroits remarquables par leur qualité sonore.

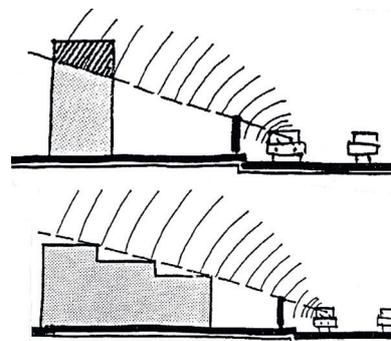
TYPES D'ACTIONS

PLANIFICATION URBAINE

Les actions préventives définies dans le PPBE doivent trouver leur traduction dans les documents d'urbanisme (SCoT et PLU) afin que la problématique bruit soit prise en compte le plus en amont possible lors des décisions d'aménagement (localisation, dimensionnement et modalités d'aménagements des futures zones de développement au regard des enjeux du territoire vis-à-vis de nuisances sonores).

ACTIONS SUR L'URBANISME

Le travail en amont des projets afin d'intégrer l'ensemble des contraintes sonores dès le processus de conception permet d'éviter les erreurs dommageables et d'aboutir à une solution «mieux disante» acoustiquement. Par exemple : travail sur l'aménagement du plan masse (distance par rapport aux infrastructures bruyantes, orientation du bâti, forme, positionnement...), l'affectation des usages et occupations au regard des expositions sonores, le positionnement d'éventuelles protections à la source, le traitement des façades (performance et nature de l'enveloppe)...



Sur cet exemple, l'«épannelage» du bâtiment (figure du bas) permet une meilleure protection

ACTION SUR LES DEPLACEMENTS

Les mesures de planification de la circulation peuvent avoir une influence sensible sur la diminution du bruit en zone urbaine : par exemple en limitant l'écoulement du trafic, en limitant le trafic Poids lourds, en proposant des solutions alternatives à l'utilisation d'un véhicule personnel...

REDUCTION DU BRUIT ROUTIER

Les mesures susceptibles de réduire le bruit routier se déclinent en 3 types d'actions :

- Action à la source : réduire les vitesses, maîtriser les allures, limiter la circulation des véhicules les plus bruyants, mettre en œuvre des enrobés phoniques, créer des zones 30 et zones de rencontre...
- Action sur le chemin de propagation mettre en œuvre des écrans antibruit, des merlons, des traitements acoustiques de tunnel et trémie...
- Action au récepteur : de mettre en œuvre des isolations de façades.

SOLUTIONS D'AMENAGEMENTS DE VOIRIE

- Baisse de la vitesse réglementaire (zones 30, zones de rencontre, élargissement des trottoirs...).
- Régulation du trafic pour un meilleur écoulement des véhicules (mise en place d'ondes vertes, de carrefours giratoires...).
- Réorientation des flux de trafic, visant à éviter les trafics de transit (en particulier PL) en agglomération.
- Restrictions de circulation en parallèle d'une promotion des modes doux et des transports collectifs.



LE PLAN CLIMAT AIR ÉNERGIE TERRITORIAL DU PÔLE MÉTROPOLITAIN LOIRE ANGERS

CONTEXTE ET ENJEUX

Outil devant être mis en place par toutes les intercommunalités de plus de 20 000 habitants, le Plan climat air énergie territorial (PCAET) s'inscrit dans les engagements internationaux et nationaux (COP 21, accord de Paris, loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte (TECV), Stratégie nationale bas carbone et Programmation pluriannuelle de l'énergie). Il vise à construire un projet durable pour le territoire et partagé entre les acteurs (entreprises, habitants, agriculteurs, associations, élus...). Il définit une feuille de route commune (objectifs stratégiques) et coordonne les actions (mesures concrètes) du territoire du Pôle métropolitain Loire Angers.

OBJECTIF

Questionner et alimenter les politiques et programmes existants sous l'angle climat, air, énergie et identifier de nouvelles actions sur les thématiques suivantes : qualité de l'air, sobriété énergétique, adaptation au changement climatique, développement des énergies renouvelables, réduction des émissions de gaz à effet de serre, réduction et gestion des déchets, déplacements, modes de production et de consommation, agriculture et viticulture, procédés industriels, nature en ville... Autant de domaines qui ont un impact plus ou moins direct sur la santé des habitants.

CONTENU

La stratégie territoriale se décline en 5 axes qui seront traduits concrètement dans le plan d'actions:

- Tendre vers un parc immobilier sobre et performant pour permettre aux habitants et entreprises de moins et mieux consommer et concourir à un cadre de vie agréable.
- Passer du territoire consommateur d'énergie au territoire producteur.
- Aménager le territoire pour favoriser les proximités et les mobilités décarbonées et en améliorant le cadre de vie et la santé humaine.
- Adopter des pratiques et usages adaptés.
- Gouvernance : piloter, animer et évaluer le Plan Climat.



EXEMPLES D'AILLEURS

TRAITEMENT DES ÎLOTS DE CHALEURS URBAINS À BORDEAUX

CONTEXTE ET ENJEUX

Les espaces urbanisés affichent des températures plus élevées par rapport aux espaces ruraux. Les principaux facteurs en sont : la moindre végétalisation, la moindre présence de l'eau, l'imperméabilisation des sols, la densité, les matériaux de construction, l'agencement des bâtiments, les activités humaines (souvent liées à des consommations/production d'énergie). Le changement climatique et l'augmentation des températures moyennes accentuent ce phénomène qui se décline à différentes échelles (métropole, quartier, rue...).

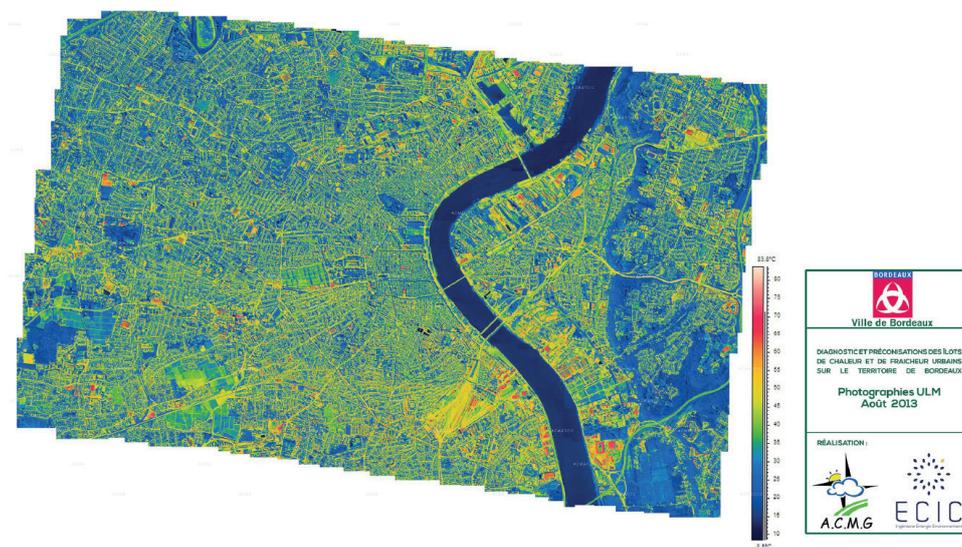
À partir de ces constats, deux concepts émergent aujourd'hui dans les problématiques urbaines :

- l'îlot de chaleur urbain (ICU) se définit donc comme une zone d'inconfort voire de danger thermique pour tout ce qui est vivant dans la ville (humains, animaux, arbres sans apport hydrique suffisant, ...);
- l'îlot de fraîcheur urbain (IFU) est par opposition un secteur de plus basse température, végétalisé, perméable à l'eau et/ou comportant une composante hydrique, plus ventilé, plus ombragé, ... permettant d'apporter un meilleur confort thermique. Ces zones ou lieux plus frais sont aussi des équipements et bâtiments climatisés ou naturellement frais accueillant du public comme les bibliothèques/médiathèques, les musées, les piscines, les lieux de cultes anciens.

OBJECTIFS

Bordeaux Métropole a lancé une étude visant à identifier et caractériser les ICU et les IFU sur son territoire, grâce à des données climatologiques, à la télédétection spatiale et à la réalisation d'une campagne de mesures durant l'été 2014.

Carte des îlots de chaleur de Bordeaux



DECLINAISON / SUITES

- Approfondissement concret de la démarche à travers l'étude de 8 sites pilotes.
- Des préconisations ont été proposées au travers de 34 fiches actions. Ces mesures, curatives et préventives, portent sur la place de la végétation et de l'eau en ville, ainsi que sur l'aménagement, l'urbanisme, l'architecture... Ces fiches actions sont en cours de mise en application.
- Mise en œuvre expérimentale d'îlots de fraîcheur urbains au sein d'une Zone d'Aménagement Concertée en cours de création (la ZAC du Tasta).
- Création d'un outil pour suivre l'impact prévisible des aménagements urbains sur les IFU / ICU afin d'orienter le choix des aménagements définitifs (outil de dialogue avec les acteurs de l'aménagement)
- Création d'une exposition sur les IFU / ICU.



AXE 2 : PROMOUVOIR DES MODES DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ, NOTAMMENT ACTIVITÉ PHYSIQUE ET ALIMENTATION

EXEMPLES D'ICI

LIER SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET SPORT : LA POLITIQUE ANGEVINE EN FAVEUR DE LA PRATIQUE AUTONOME DU SPORT

CONTEXTE ET ENJEUX

Les activités physiques et sportives, de loisirs ou de haut niveau, sont un enjeu fort pour la ville d'Angers. Cette politique s'est traduite en 2016 par un plan d'actions « Angers sport 2020 », travaillé en concertation avec l'ensemble des acteurs du monde sportif (office municipal des sports, associations sportives, établissements scolaires, universités et grandes écoles, centre médico-sportif, etc.).

OBJECTIFS

Parallèlement à la pratique sportive « encadrée », la municipalité a souhaité favoriser la pratique autonome. Dans le cadre d'« Angers sport 2020 », l'accompagnement de la pratique autonome est inscrit dans l'axe 1 concernant le sport pour tous, dans un objectif de lutte contre la sédentarité. Cette orientation comporte trois actions : un programme d'équipements de proximité (déploiement de city stade « Angers stadium »), la mise en place d'aménagements valorisant des propositions de parcours et la création d'un dispositif de recueil d'idées et d'expériences de pratiques autonomes.

ZOOM SUR UNE ACTION DE L'AXE 2 : L'AMENAGEMENT DE PARCOURS SPORT SANTE BIEN-ETRE

En 2017, la Ville d'Angers a missionné l'agence d'urbanisme de la région angevine pour l'accompagner.

1. Cartographie des parcours les plus empruntés par les coureurs et les marcheurs.
2. Enquête « Angers à ciel ouvert » pour recueillir l'avis des coureurs et marcheurs sur leur pratique et leur intérêt à l'aménagement de parcours en ville. Les résultats ont confirmé cet intérêt.
3. Définition d'un grand parcours reliant les différents quartiers et venant se connecter aux grands espaces naturels situés aux portes de la ville et qui sont déjà des lieux de balade ou de pratique sportive. Afin que ce grand parcours soit agréable, confortable, sécurisé et qu'il puisse être utilisé à tout moment de la journée (éclairé et accessible, de jour comme de nuit), l'agence a proposé des itinéraires évitant les voies où le trafic était le plus dense. Les tracés proposent des rues aux ambiances singulières, traversent des espaces ombragés, passent à proximité de points d'eau, empruntent des espaces avec du mobilier urbain pour faire une pause. Des « spots » de rencontre ont également été proposés dans chaque quartier, servant aussi bien de lieux de rendez-vous que de lieux d'information.

Ces itinéraires ont été soumis pour avis aux conseils de quartiers et pour qu'ils complètent cette première approche avec des boucles locales suivant les mêmes objectifs de découverte.

4. Développement du volet communication / signalétique par des étudiants de l'école supérieure d'arts appliqués et de design d'Angers. Le projet retenu s'intitule parcours « topette » (patois angevin signifiant « au revoir »). Les étudiants lauréats ont décliné leur proposition sur différents supports : clous, lutrins, panneaux... qui viendront jaloner les parcours. La mise en œuvre du parcours « grand topette » et d'une boucle dans chaque quartier est prévue pour début 2020.



PROJET ALIMENTAIRE TERRITORIAL DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES LOIRE LAYON AUBANCE

Définition des projets alimentaires territoriaux (PAT) exprimée par Stéphane Le Foll lors du Salon de l'Agriculture le 1^{er} mars 2017 : « ces projets ont l'ambition de fédérer les différents acteurs du territoire autour de l'enjeu central de l'alimentation, contribuant à la prise en compte des problématiques sociales, environnementales, économiques et de santé du territoire. »

CONTEXTE ET ENJEUX

De nombreuses initiatives sur les circuits alimentaires de proximité existaient sur le territoire de la CC Loire Layon Aubance (magasins de producteurs, épiceries collaboratives, marchés de producteurs de pays et fêtes agricoles, guides des produits...). Mais il n'y avait pas de démarche de structuration, de mise en cohérence de ces projets. Conscients de l'enjeu alimentaire et de son caractère fédérateur, les élus de la communauté de communes nouvellement créée ont saisi l'opportunité du lancement du nouveau programme européen Leader pour initier un Projet alimentaire territorial et ainsi impulser une nouvelle dynamique. Il est piloté techniquement par la Chambre d'agriculture de Maine-et-Loire.

OBJECTIFS

L'objectif de ce Projet alimentaire territorial Loire Layon Aubance, considéré comme un véritable projet de territoire, est avant tout d'ancrer l'économie alimentaire du territoire pour favoriser le consommateur local et promouvoir une alimentation de qualité sur le territoire. Pour cela, il s'est agi de fédérer et mettre en réseau les acteurs autour de l'alimentation, de co-construire avec eux un diagnostic, de partager des outils communs, et de mettre en place une stratégie et un programme d'actions.

DIAGNOSTIC

Parallèlement à l'état des lieux agricole et alimentaire élaboré par la Chambre d'agriculture, une démarche participative a été menée. Un des 4 ateliers participatifs organisés portait sur « L'alimentation pour tous : santé, lien social et aide alimentaire ». L'alimentation étant une thématique éminemment transversale, le diagnostic alimentaire d'un territoire se doit d'explorer différents champs (économie alimentaire, nutrition - santé, accessibilité sociale, environnement, culture - gastronomie) afin de donner une vision cohérente du territoire.

PLAN D' ACTIONS

De même, les différents axes structurant le plan d'actions sont plus ou moins directement en lien avec l'aménagement du territoire. Les plus directement liés sont les axes « production et pratiques », « commerces de proximité » et « tourisme et lien social ».

ACTIONS PAT		
ENVIRONNEMENT, ALIMENTATION DURABLE	Pilotage PAT	Réunions de comité de pilotage Gestion du projet / Gestion du réseau Solicitations et contact divers
	Restauration collective	Création du groupe Restauration Collective Cercle d'échange entre cuisiniers Marchés publics et produits locaux de qualité
	Production locale (producteurs, artisans...)	Annuaire des producteurs Fédérer les producteurs pour de nouveaux types de commercialisation et de distribution Valorisation et réorientation des pertes/invendus sur le territoire
	Production et pratiques	Articulation et mise en cohérence avec les actions du SAGE, prise en compte d'indicateurs entre pratiques et alimentation durable du territoire
	Porteurs de projet	Animation territoriale et concertation des acteurs de l'installation Accompagnement spécifique des futurs installés pour les circuits courts Accueil des porteurs de projet pour transformation, logistique, commercialisation...
	Restauration et gastronomie locale	Diffusion/ancrage du PAT auprès des acteurs de la restauration commerciale
	Commerces de proximité	Promotion des produits locaux et mise en réseau des épiceries associatives et commerçants alimentaires
	Tourisme et lien social	Articulation du PAT avec le réseau touristique du territoire

Source : Plan d'actions du PAT Loire Layon Aubance 2018-2019



EXEMPLES D'AILLEURS

L'OUTIL HEAT : ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES EFFETS SUR LA SANTÉ DES MOBILITÉS ACTIVES

QU'EST-CE QUE L'OUTIL HEAT ?

L'outil HEAT (Health Economic Assessment Tool) a été développé par l'OMS Europe dans le cadre du programme européen THE PEP sur les transports, la santé et l'environnement. Il s'agit d'un outil d'évaluation économique des effets sanitaires liés à la pratique de la marche et du vélo. A partir de la durée moyenne quotidienne qu'une personne passe à faire du vélo ou de la marche à pied, ainsi que du nombre d'adultes d'âge actif d'une commune/intercommunalité, l'outil calcule alors le nombre de vies sauvées par ce niveau d'activité physique, et le multiplie ensuite par une estimation de la valeur de vie.

OBJECTIFS

La finalité première de l'outil HEAT est l'aide à la décision en matière de déplacements actifs. Il peut être utilisé pour évaluer la baisse de mortalité découlant du niveau actuel de la pratique du vélo ou de la marche, appuyer des arguments en faveur de nouveaux aménagements liés aux mobilités actives, contribuer à une évaluation d'Impact sur la Santé.

EXEMPLE D'APPLICATIONS

Dans la continuité de ses travaux sur les mobilités actives, le Réseau Français des Villes Santé (RFVS) de l'OMS a lancé une expérimentation de cet outil dans 3 Villes-Santé (Nancy, Nantes et Grenoble).

A Nantes, le plan vélo 2009-2014 a été mis en œuvre. Cependant, l'impact santé d'un tel plan est peu explicité et l'évolution des pratiques et des profils des cyclistes insuffisamment connue pour adapter au mieux les politiques de mobilité. La Ville et la Métropole de Nantes ont souhaité renforcer les croisements entre les politiques de santé publique et de mobilité. L'outil HEAT y a été expérimenté parallèlement à une enquête sur la pratique du vélo dans l'agglomération auprès des cyclistes et de la population générale. En mobilisant les données de l'enquête ménage déplacement (EMD), cet outil a montré que la pratique du vélo représentait 120 morts évitées sur 10 ans (260 pour Nantes Métropole) et un bénéfice économique de 461 millions d'euros (1 005 millions d'euros pour Nantes Métropole). Nantes Métropole ayant fixé l'objectif de 12% de part modale pour 2030, cela représenterait, pour le même nombre d'habitants, 670 morts évitées et un bénéfice économique de 2 682 millions d'euros.

VELA NANTES	France	Ville de Nantes (actuellement)	Nantes Métropole (actuellement)	Nantes métropole (modèle 2030)
Distance moyenne d'un déplacement à vélo	2,6 km	2,5 km	3,2 km	3,2 km
Nombre moyen de déplacements / jour	3,15	3,5	3,5	3,5
% moyen de déplacements à vélo	2,5 %	5,5 %	4,5 %	12 %
Nombre d'habitants		287 800	594 000	594 000
RÉSULTATS				
Nombre de morts évitées sur 10 ans		120	260	670 morts évitées
Bénéfice économique sur 10 ans		461 000 000 €	1 005 000 000 €	2 682 000 000 €

Source : Le point villes-santé sur l'outil HEAT
http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure_HEAT_vf_v3.pdf

Suite à cette expérimentation, une brochure et un guide pratique « Etapes pour réussir » ont été produits par le RFVS sur l'utilisation de l'outil HEAT en France⁵⁵.

⁵⁵ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/HEAT_manuel_2013_OMS_francais.pdf

AXE 3 : FAVORISER LA COHÉSION SOCIALE ET LE BIEN-ÊTRE DES HABITANTS

EXEMPLES D'ICI

LE SCHÉMA DIRECTEUR DES PAYSAGES ANGEVINS 2019-2025

CONTEXTE ET ENJEUX

Les aménagements paysagers et la présence végétale jouent de multiples rôles en ville, dont celui reconnu de bénéficier à la santé, au bien-être et à la cohésion sociale des habitants et usagers de la ville. La Ville d'Angers contribue à deux programmes de recherche et de mesure concernant cet impact des espaces de nature sur la santé : Agrocampus Ouest / Cours Saint-Laud et Plante et Cité / Parc Balzac. Elle dispose en outre d'un pollinarium sentinelle, véritable outil médical et botanique au service des angevins.

Pour répondre aux enjeux de transition écologique, Angers Loire Métropole a adopté le 17 Juin 2019 son plan de transition écologique du territoire, composé de trois grands axes :

- 1- transition énergétique ;
- 2- transition environnementale ;
- 3- transition vers une économie circulaire et responsable.

Le schéma directeur des paysages angevins 2019-2025 est une des actions du plan global et s'inscrit dans le volet transition environnementale. Il traduit la volonté d'Angers de se doter d'une stratégie globale concernant ses paysages végétalisés urbains, toutes strates végétales confondues.

OBJECTIFS CHIFFRES

- Un espace paysager aménagé à moins de 500 m de tout angevin.
- De nouvelles plantations annuelles avec a minima :
 - 50 arbres d'alignement plantés / an ;
 - 50 arbres signaux plantés / an ;
 - 50 arbres fruitiers plantés / an ;
 - 50 mini jardins aménagés / an.
- Un potentiel de plantations de 150 000 jeunes plants.

CONTENU

5 axes majeurs / 25 actions parmi lesquelles :

- Axe 1 : conforter l'identité paysagère de la Ville d'Angers.

Action 5 : Compléter la trame verte urbaine (le végétal et les aménagements paysagers au cœur des projets urbains).

- Axe 2 : concevoir et gérer de façon durable.
- Axe 3 : connaître, préserver et conforter le patrimoine arboré.

Action 14 : développer le patrimoine arboré de rues et de parcs (plantation d'arbres fruitiers, d'arbres signaux).

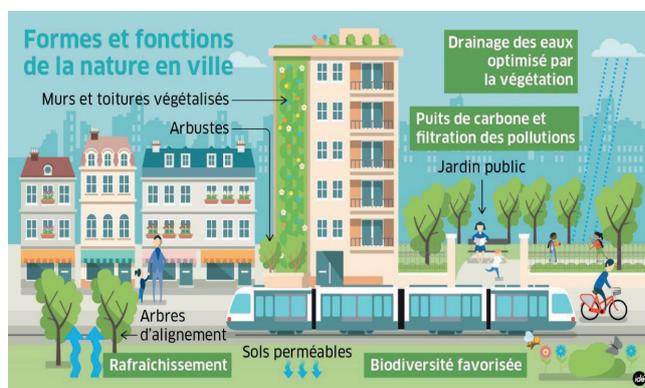
Action 15: créer des coupures vertes boisées.

- Axe 4 : sensibiliser et fédérer.

Action 17 : dialoguer avec les aménageurs et concepteurs.

Action 19 : fédérer les habitants et les acteurs du territoire.

- Axe 5 : valoriser, suivre et évaluer le schéma directeur.



EXEMPLES D'AILLEURS

DES ZONES CALMES AUX ESPACES DE RESSOURCEMENT À RENNES MÉTROPOLE

CONTEXTE ET ENJEUX

Cette réflexion a été initiée parallèlement à l'élaboration obligatoire du plan de protection du bruit dans l'environnement visant à prévenir les impacts sur l'environnement sonore.

OBJECTIFS

Objectif initial : qualifier et préserver les zones calmes tout en améliorant l'environnement sonore dans les secteurs à enjeux par la résorption des points noirs du bruit (enjeu de santé publique).

Les premières conclusions de cette étude ont démontré qu'outre le niveau sonore (zone calme : inférieure à 55 dB), d'autres critères tels que les perceptions visuelles, sonores, les pratiques et usages des espaces, l'accessibilité, sont aussi importants dans le ressenti d'une zone calme. L'entrée « bruit » initiale s'est ouverte au champ bien plus vaste du bien-être et de la santé. D'où l'évolution de la réflexion sur les zones calmes (entrée sonore) aux espaces de ressourcement (entrée santé), et l'intégration de la société civile dans le déroulement de la démarche (recueil de l'expertise d'usage).

CONTENU

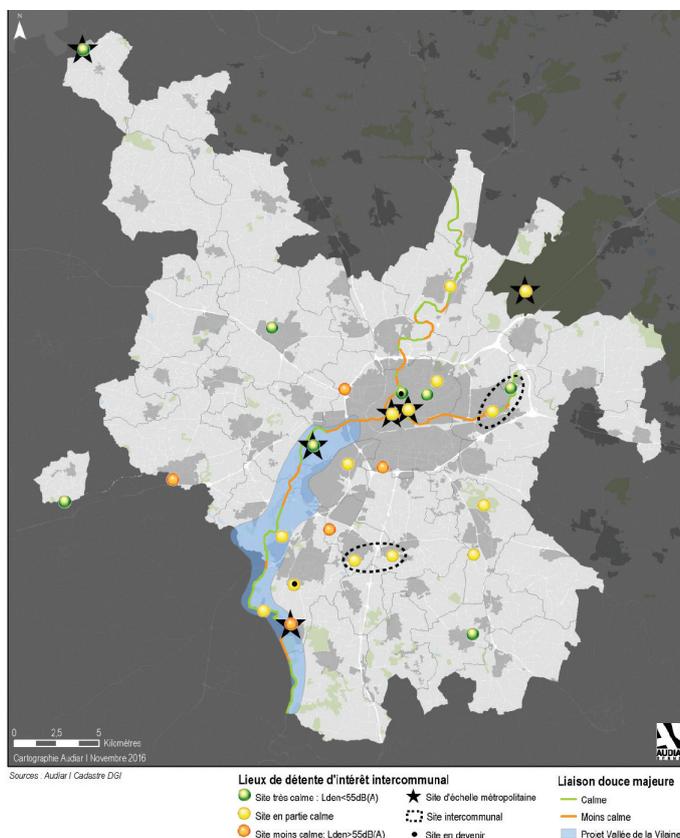
Rennes métropole a confié cette mission à l'Agence d'urbanisme de développement intercommunal de l'agglomération rennaise (AUDIAR), qui s'est associée au CNRS et à l'Université Rennes 2 pour une partie de la mission.

1. Elaboration d'une carte du confort sonore.
2. Réalisation d'une enquête en 2011 (auprès de 265 personnes) qui a mis en avant les principaux lieux de détente et de loisirs de l'agglomération mais aussi le centre historique de Rennes (pas que des zones calmes au sens acoustique).
3. Définition des « zones calmes » pour Rennes Métropole : « *espaces de proximité stratégiques pour le ressourcement quotidien des habitants. Leur détermination relève d'un choix des élus de maintenir ou d'aller vers des espaces ouverts de bonne qualité et exposés à un niveau sonore inférieur à L_{DEN}=55 dB(A). Leur qualité doit être définie à partir des perceptions visuelles et auditives de l'environnement mais aussi des pratiques et usages ainsi que de la facilité d'accès aux sites* ».

4. Caractérisation des zones calmes → deux études ont été réalisées :

- la qualification des lieux de détente d'intérêt supracommunal pour le PLUi (23 sites retenus. Cf. Carte de Rennes Métropole) ;
- des expérimentations de nouveaux outils à l'échelle communale et infracommunale : expérimentation de l'indice de qualité urbaine à Bruz et d'une démarche simplifiée et allégée sur la commune de Chevaigné et le quartier de Villejean, afin de l'intégrer plus facilement dans les projets urbains, ce qui a conduit à la définition « d'espaces de ressourcement » : « *espaces ouverts (publics ou privés) de qualité, reconnus par la plupart des habitants et usagers comme propices à leur ressourcement. On y croise des publics variés pouvant y exercer de multiples activités ou simplement s'y poser dans un cadre confortable, serein et revigorant* ».

Cette méthode de travail a été transposée dans un guide⁵⁶ méthodologique à l'attention des élus.



⁵⁶ AUDIAR, Intégrer la santé et les usages dans les projets urbains communaux, 2016

AXE 4 : PERMETTRE L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES SOCIO-SANITAIRES

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés en matière d'urbanisme et d'aménagement du territoire pour favoriser l'accès aux soins et aux services socio-sanitaires :

- Les politiques de mobilité : desserte en transports en commun des établissements de santé et des centralités, offre de transport à la demande en milieu rural permettant aux personnes isolées de se rendre dans la commune disposant de l'offre de soins.
- Les projets de revitalisation de centres-bourgs qui visent à maintenir à proximité des populations l'offre de services dont l'offre de soin peut faire partie.
- Le soutien par les collectivités locales aux projets immobiliers de regroupement de professionnels de santé, notamment par la construction ou la mise à disposition d'un local / bâtiment.

EXEMPLES D'ICI

CONSTRUCTION D'UNE MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE EN CENTRE-BOURG À MARTIGNÉ-BRIAND

C'est la communauté de communes qui est le maître d'ouvrage de la construction d'un bâtiment dédié à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Martigné-Briand. Cette construction est un projet de renouvellement urbain, situé en plein centre-bourg, dans la rue principale. Ce projet bénéficiera donc aussi à la revitalisation du bourg.



© Lionel Vié



AXE 5 : RÉDUIRE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET PRÊTER ATTENTION AUX PERSONNES VULNÉRABLES

EXEMPLES D'ICI

VOLET SOCIAL ET SANITAIRE DE L'OPÉRATION PROGRAMMÉE D'AMÉLIORATION DE L'HABITAT D'ANGERS LOIRE MÉTROPOLE

Ce volet social et sanitaire, transversal à l'ensemble des volets de l'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH), passe principalement par l'accompagnement des ménages tout au long de la réalisation de leur projet de travaux d'amélioration de leur habitat. Il traduit la volonté d'ALM de favoriser la prise en compte à cette occasion de la santé environnementale. ALM prévoit notamment de mettre à disposition des usagers un lieu ressource et de sensibilisation sur les modes de rénovation énergétique plus écologiques et sur les bonnes pratiques à mettre en place pour diminuer les impacts négatifs potentiels de l'habitat sur la santé.

Pour mettre la santé environnementale en trame de fond du dispositif, la volonté d'ALM est de :

- Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation des professionnels du bâtiment aux problématiques de santé environnementale dans le logement.
- Informer les ménages des enjeux de la qualité de l'air intérieur de leur logement (sensibilisation aux bonnes pratiques pour améliorer ou préserver une bonne qualité de l'air intérieur).
- Intégrer des éléments dans le règlement des aides apportées par ALM pour ne permettre le versement de ces aides que si ces critères sont respectés.
- Proposer des conférences et des événements sur le sujet dans le cadre du Contrat Local de Santé d'ALM et en lien avec les partenaires (l'ARS, l'association Alisée, les associations de propriétaires, de consommateurs et autres, les mutuelles, etc.).
- S'assurer de la vigilance de l'opérateur dans ses propositions de programme de travaux et lors de la vérification de la conformité des travaux.
- Développer les liens avec les acteurs de la santé tels que le Conseiller médical en environnement intérieur (CMEI), la santé publique, l'ARS, etc.

AXE 6 : SOULEVER ET GÉRER LES ANTAGONISMES ENTRE LES DIFFÉRENTES POLITIQUES

Si les injonctions liées au développement durable rejoignent souvent celles d'un urbanisme favorable à la santé, elles peuvent aussi parfois être contradictoires.

Par exemple, les considérations écologiques ont conduit à l'amélioration de l'isolation des constructions qui atteignent aujourd'hui de hautes performances en matière d'économie d'énergie. Mais cette bonne isolation peut avoir des conséquences sur la qualité de l'air intérieur.

De même, l'objectif de réduction de la consommation d'espaces naturels, agricoles et forestiers implique une optimisation du tissu urbain et donc une certaine densité bâtie. Cette densité peut notamment se faire au détriment de la présence végétale en ville, ce qui génère potentiellement des îlots de chaleur urbain...

EXEMPLES D'AILLEURS

SUIVI DE LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR DANS LES HABITATIONS D'UN ÉCO-LOTISSEMENT À LANGOUËT (35)

CONTEXTE ET ENJEUX

Afin de pallier les travers d'une trop bonne isolation, il est nécessaire de mettre en œuvre des solutions, de la construction à l'usage, pour garantir aux usagers un air sain. La commune de Langouët a conduit des recherches avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour faire les mesures de la qualité de l'air à la réception et à l'usage de quatre logements passifs situés dans l'éco-lotissement de La Peloussière.

OBJECTIFS

Quantifier les concentrations en composés organiques volatils (COV), que sont les aldéhydes, Benzène, Toluène, Éthylbenzène et Xylènes :

- par une campagne de mesures avant livraison des logements ;
- par une campagne de mesures en présence des occupants après un an ;

La comparaison des concentrations sur les deux campagnes permet :

- d'évaluer l'impact des matériaux utilisés pour la construction ;
 - d'évaluer l'impact des matériaux d'ameublement et de décoration ainsi que des usages des occupants
- Pour le benzène et le formaldéhyde, une comparaison aux valeurs guides de l'air intérieur a été réalisée.

RESULTATS

De nombreux produits sont communs aux 4 logements. Il s'agit de solvants pour colle, vernis, peinture, laque, résine, matière plastique, adhésif et revêtement. Le nombre de composés identifiés lors des mesures en phase d'occupation est plus important.

De nombreux composés appartenant à la famille des terpènes (l'alpha et le bêta pinène, le limonène, le 3-carène,...) ont été relevés. Ils sont présents dans les matériaux de construction et dans la composition des parfums de nombreux produits d'usage courant (désodorisants, parfums d'intérieur, cires, bougies, nettoyeurs ménager...).



© Ville de Langouët



AXE 7 : METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES FAVORISANT L'INTERSECTORIALITÉ ET L'IMPLICATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNÉS DONT LES CITOYENS

EXEMPLES D'ICI

EVALUATION DES IMPACTS EN SANTÉ DU PROJET DE RENOUVELLEMENT URBAIN DE MONPLAISIR

CONTEXTE ET ENJEUX

Le quartier Monplaisir, situé au nord-est d'Angers, compte 10 600 habitants et 4 800 logements dont 63% de logements sociaux. Un certain nombre d'indicateurs sociaux y sont moins favorables que dans d'autres quartiers de la ville mais les équipements y sont nombreux et la vie associative y est intense.

Monplaisir bénéficie jusqu'en 2026 d'un programme de renouvellement urbain visant la mutation urbaine, économique et sociale du quartier. Le projet intègre la desserte du quartier par la 2e ligne de tramway, la réhabilitation / construction de logements, la restructuration des équipements publics, l'aménagement des espaces publics...

OBJECTIFS

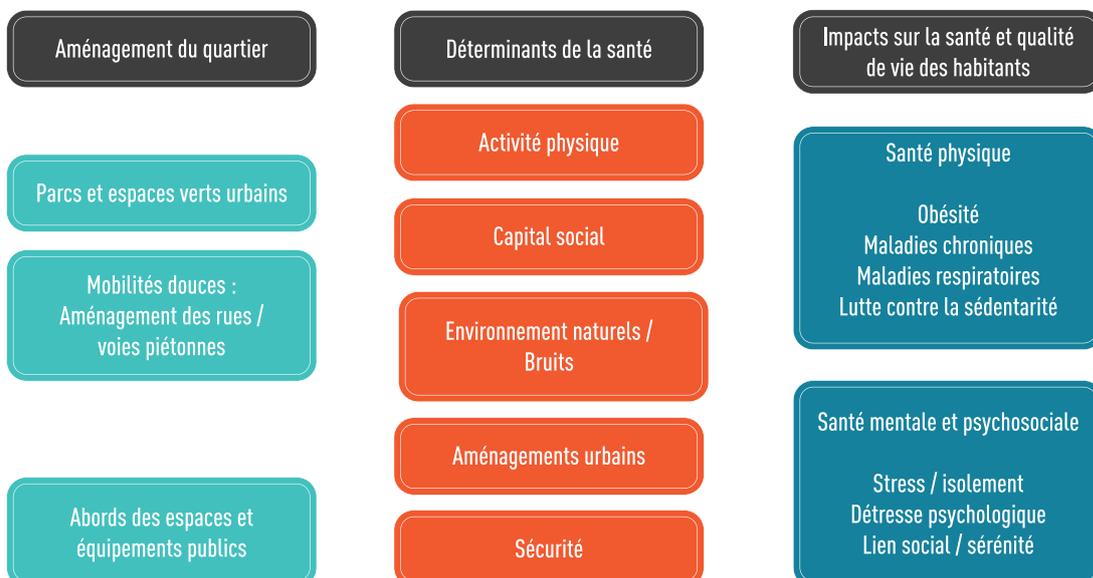
Dans le cadre de ce projet, Angers Loire Métropole, la ville et l'Agence régionale de santé (ARS) se sont associées pour réaliser une évaluation des impacts en santé (EIS), c'est-à-dire conduire une réflexion spécifique sur les impacts (positifs et négatifs) du projet sur la santé des habitants. Il s'agit d'orienter le projet vers des choix plus favorables à la santé et à une meilleure qualité de vie.

CONTENU

L'étude s'est concentrée sur les espaces verts, les cheminements « doux » (piétons, vélos) et les abords des équipements publics. La méthodologie de l'étude se caractérise par sa dimension transversale et la grande place laissée à la concertation. En effet, l'expertise d'usage a été recueillie auprès des habitants et professionnels du quartier via un atelier de concertation habitants / professionnels, une enquête de proximité et une réunion du conseil citoyen et du conseil de quartier. Un travail transversal entre services impliqués dans le projet a également été opéré. À l'issue de ce travail de collecte et de concertation, plusieurs recommandations ont été formulées et classées en 5 axes :

1. pour un développement des mobilités actives sur le quartier ;
2. pour une diversité d'espaces verts favorisant le lien social et l'activité physique ;
3. pour une amélioration de l'environnement, de l'accès des équipements publics ;
4. pour un usage apaisé des espaces publics ;
5. de manière transversale : pour un projet participatif et favorisant la cohésion sociale.

Le processus de concertation est relancé depuis début 2019, dans le cadre du suivi de la mise en oeuvre des recommandations de l'EIS tout au long du projet, sous la forme d'une démarche participative notamment avec les habitants du quartier, le conseil de quartier et les associations.



© Ville d'Angers

EXEMPLES D'AILLEURS

DÉMARCHE D'URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ SUR LE PROJET ANRU DU GROS CHÊNE À RENNES

CONTEXTE ET ENJEUX

Depuis de nombreuses années, la Ville de Rennes a été moteur sur le sujet de l'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) : réalisation d'Évaluations d'Impacts en Santé (EIS), inscription dans les réseaux nationaux (Réseaux français et européen des Villes-Santé) et locaux (Réseau Bretagne Urbanisme et Santé - RBUS)... Dans le prolongement de ces démarches, un examen sous le prisme de la santé du projet ANRU⁵⁷ du quartier Gros Chêne et un portrait de santé des habitants de ce quartier ont été réalisés en 2016. Ceux-ci ont permis de définir des cibles d'études opérationnelles et les enjeux de santé prioritaires à étudier : espace public, nouveau groupe scolaire Europe/Rochester, tours Brno et Mounier mais aussi le traitement des questions liées à l'activité physique (et l'alimentation), à la notion de « cohésion sociale » et à la qualité de l'air et du bruit.

CONTENU

Les enjeux de santé ont été intégrés dans l'écriture du programme du groupe scolaire Europe/Rochester en insistant sur les sujets liés à l'activité physique, le bruit et la qualité de l'air : orientation des salles de classe, conception de la cour et du parvis, choix techniques de matériaux, système de ventilation etc...

Concernant les espaces publics, un travail de diagnostic et de préconisations a été effectué sur les aires de jeux sous l'angle de leur potentiel à favoriser l'activité physique. Des parcours piétons ont été définis dans le cadre du plan d'ensemble en tenant compte de la topographie du quartier : des lignes de confort offert aux déplacements doux ont été respectées.

Les travaux de réhabilitation des tours de logements Mounier et Brno menés par le bailleur social tiendront compte de la problématique acoustique. Ils permettront d'améliorer le confort d'usage par le déplacement de gaines et conduits, le réagencement intérieur des logements, le remplacement des huisseries, la réorganisation des halls.... Les projets de requalification du bâti intègrent également le désamiantage et l'amélioration des systèmes de ventilation.

La poursuite de la réflexion transversale sur le volet santé se traduira par l'élaboration d'une grille d'analyse du projet au regard des déterminants de santé.



© Ville de Rennes

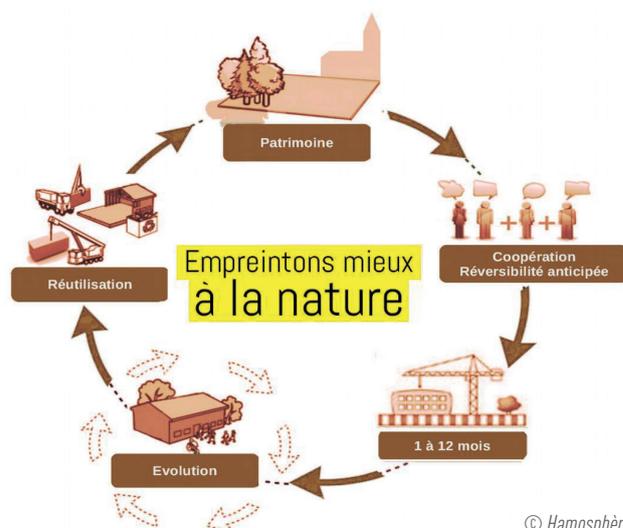
⁵⁷ Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine



AXE 8 : PENSER UN PROJET ADAPTABLE, PRENDRE EN COMPTE L'ÉVOLUTION DES MODES DE VIE

Cette préoccupation est aujourd'hui plus particulièrement prise en compte dans le domaine de l'habitat (co-habitat) mais la réversibilité de l'urbanisme en général et des bâtiments (équipements, activités) commence à se développer. Des opérateurs s'y intéressent de plus en plus.

Par exemple, le mouvement Hamosphère s'est développé en région Pays de la Loire. Porté par une gouvernance citoyenne de coopérateurs, issus de la société civile et par une équipe opérationnelle pluridisciplinaire (architecte, spécialiste en économie sociale et solidaire, juriste, paysagiste, etc.), ce mouvement accompagne des projets d'aménagements ou de constructions de bâtiments évolutifs, transportables et écologiques pour s'adapter aux usages, freiner l'artificialisation des terres, réduire la production des friches...



© Hamosphère

EXEMPLES D'ICI

ECOLODO - COHABITAT - VERRIÈRES-EN-ANJOU (49)

CONTEXTE ET ENJEUX

En 2012, les élus et Alter, aménageur de l'écoquartier des Dolantines (Sodemel à l'époque), ont décidé de dédier une parcelle de 3 000 m² au cohabitat et de confier l'accompagnement du projet à l'association Alisée. Les familles intéressées par la démarche ont participé aux premières réunions pour définir les contours du projet et ont créé l'association Eco-Logis des Dolantines. Les familles ont emménagé début 2019.

LE PROJET

Le projet comprend 5 logements accolés et deux maisons individuelles ainsi que des espaces communs : une maison avec chambre d'amis, une salle commune, une buanderie... un poulailler, un potager, un atelier, une seule tondeuse, etc. Ces espaces communs répondent à l'évolution des besoins et des modes de vie sans figer le logement. De plus, des matériaux sains et respectueux de l'environnement ont été utilisés.



© Aura

EXEMPLES D'AILLEURS

VILLAGE PASSERELLE - COHABITAT SENIORS SOLIDAIRE ET RÉVERSIBLE À MONTEVRAULT-SUR-EVRE (49)

CONTEXTE ET ENJEUX

Village passerelle est un projet qui s'inscrit dans un projet plus global d'aménagement coopératif et réversible de la commune nouvelle de Montevrault-sur-Evre, et en particulier du bourg de la Boissière sur Evre.



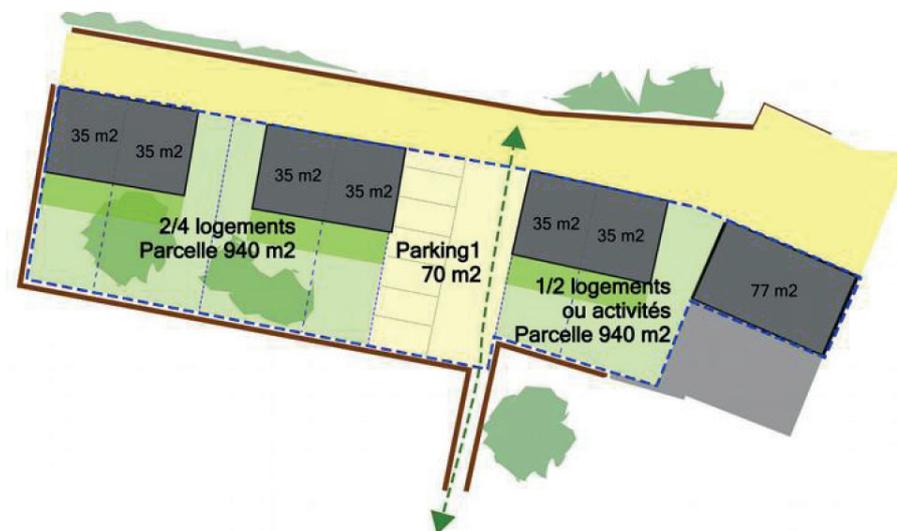
© Ville de Montevrault-sur-Evre

Il trouve une traduction réglementaire et opérationnelle, notamment dans le PLU par la mise en place d'une zone 1AUrj (c'est-à-dire un secteur destiné à accueillir une opération d'aménagement d'ensemble dans une logique de réversibilité des aménagements et des constructions dans le bourg de la Boissière).

OBJECTIFS

Le projet Village passerelle est un projet de cohabitat senior de petite taille qui s'intègre dans les interstices de centres bourgs. Il se veut :

- solidaire car il crée du lien social, de la mixité en milieu rural et permet aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement et près de leur entourage ;
- écologique et réversible (évolutif et déplaçable) car il permet de varier la surface des logements, de s'adapter au niveau d'autonomie des personnes et d'être déplacé sur un autre site en réseau, en fonction de l'évolution des besoins.



Deux autres communes de Mauges communauté sont concernées par ce village passerelle : le Fuilet, Orée d'Anjou.

© Ville de Montevrault-sur-Evre



INDICATEURS : SOURCES ET LIMITES



INDICATEURS : SOURCES ET LIMITES

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin traitant, en affection de longue durée (ALD). Cette admission est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour lesquelles il y a une exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire une prise en charge à 100 % par rapport au tarif de l'assurance maladie).

La liste des affections, définie par décret, comprend trente causes d'exonération différentes (ALD dite sur liste). 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 d'ALD présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile du patient. Elles ont été étudiées en termes d'incidence, de façon globale ou selon la (les) pathologie(s) à l'origine de l'admission en ALD. Elles concernent les admissions en ALD sur liste pour les bénéficiaires (assurés et ayants-droits) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Ces données portent sur la période 2015-2017 et ont été extraites du Datamart consommation inter régimes (DCIR) du Système national des données de santé (SNDS).

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

PERSONNES PRISES EN CHARGE POUR UNE MALADIE CHRONIQUE OU BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT PROLONGÉ

Les données relatives aux personnes prises en charge pour une pathologie chronique ou bénéficiaire d'un traitement prolongé sont issues d'une exploitation des traitements développés par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) dans le cadre de la Cartographie des pathologies et des dépenses, accessibles dans SNDS⁵⁸.

Ces indicateurs sont élaborés à partir d'algorithmes reposant à la fois sur les diagnostics d'hospitalisation (MCO, RIM-P...) et d'Affections de longue durée (ALD), les remboursements de médicaments lorsqu'ils sont spécifiques d'une pathologie et parfois sur des actes traceurs. Ils ont été établis pour les bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes.

Les taux de personnes prises en charge pour une maladie chronique ou bénéficiaire d'un traitement prolongé présentés dans ce document ont été calculés pour les bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes et concernent l'année 2016.

Afin d'obtenir une estimation approximative du nombre de personnes concernées par ces pathologies chroniques ou traitements à l'échelle du PMLA, les taux globaux calculés pour les bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes résidant dans le PMLA ont été appliqués à la population globale du territoire (données de population du recensement de l'Insee).

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Les données de participation au dépistage organisé du cancer du sein ont été mises à disposition par le Centre régional de coordination et de dépistage des Pays de la Loire. Ces données sont rapportées au domicile de la patiente et concernent la période 2017-2018. Les taux de participation ont été calculés en prenant comme dénominateur le nombre de femmes invitées. Les taux de participation publiés par Santé publique France sont calculés par rapport au nombre de femmes estimé par les projections de population réalisées par l'Insee.

⁵⁸ Cnam (2018). Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 [années 2012 à 2016], 75 p.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Les données concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus sont issues d'une exploitation du DCIR du SNDS. Sont pris en compte l'ensemble des examens cytopathologiques de frottis cervico-utérin réalisés par un professionnel de santé libéral ou salarié (y compris dans un laboratoire hospitalier) au cours des trois années 2015 à 2017, et pris en charge par l'assurance maladie. Les données sont rapportées au domicile de la patiente.

Les taux présentés doivent toutefois être considérés comme des minimums 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.

CONSULTATIONS EN VILLE ET EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les données sont issues d'une exploitation du DCIR et du PMSI MCO et SSR, via le SNDS.

Elles prennent en compte les recours auprès des professionnels de santé libéraux, en centre de santé ou centre mutualiste, auprès de médecins de PMI, et dans le cadre de consultations externes dans un établissement de santé public.

Ne sont notamment pas pris en compte :

- Consultations réalisées en ambulatoire par des services de soins de psychiatrie des établissements de santé publics (ex : consultation en CMP).
- Actes/soins réalisés lors d'une hospitalisation (court séjour, soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie...).
- Soins réalisés en Ehpad avec forfait de soins global.

MORBIDITÉ

Fréquence des maladies, des blessures et des incapacités dans une population donnée.

MORTALITÉ / CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Les statistiques des causes médicales de décès sont établies par l'Inserm CépiDc à partir des données des certificats médicaux de décès qui mentionnent, pour chaque décès, la cause initiale et la cause immédiate de la mort, ainsi que les états morbides associés. Ces données sont croisées avec les informations sociodémographiques sur la personne décédée transmises par l'Insee. Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (et non au lieu de survenue du décès) et elles concernent uniquement la cause initiale de décès.

Elles portent sur les années 2000 à 2015. Les données des années 2000 à 2013 ont été mises à disposition de la Fédération des ORS par l'Inserm CépiDc et les données 2014 et 2015 sont issues des bases de causes médicales de décès du SNDS. Les effectifs présentés correspondent aux effectifs annuels moyens pour la période 2011-2015.

RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES

Les données relatives aux passages aux urgences sont issues d'une exploitation des résumés de passages aux urgences (ORU Pays de la Loire). Ils concernent les passages en 2018 des habitants du territoire dans les services d'urgences des Pays de la Loire.

RECOURS AUX SERVICES HOSPITALIERS DE MÉDECINE, CHIRURGIE OU OBSTÉTRIQUE [« COURT SÉJOUR »]

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 médico-économique, 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 document concernent les habitants du PMLA, quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Elles reposent le plus souvent sur l'exploitation du diagnostic principal d'hospitalisation qui est, depuis 2009, le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Ne sont pas pris en compte les séjours des nouveau-nés bien portants, ni les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine...).



De façon générale, il convient de noter que les écarts observés en matière d'hospitalisation entre territoire (après ajustement sur l'âge) peuvent être liés à la morbidité. Mais ils peuvent aussi 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.

Concernant l'analyse spécifique des personnes hospitalisées en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool (page 53), ont été sélectionnées les personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier (hors séances) comportant un ou plusieurs des diagnostics, directement liés à l'alcool (c'est-à-dire contenant le mot alcool), qu'ils soient situés en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé :

- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ;
- sevrage d'alcool ;
- présence d'alcool dans le sang ;
- pathologie somatique secondaire à une intoxication alcoolique chronique, pouvant correspondre à une cirrhose, à une complication neurologique, à un syndrome d'alcoolisme fœtal... ou toute autre complication de l'alcoolisme chronique.

Les effectifs de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool doivent être considérés comme des effectifs minimums car l'usage de l'alcool est sous-diagnostiqué et sous-enregistré dans les statistiques hospitalières. En outre, l'alcool est en cause dans une part non négligeable des hospitalisations en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation qui n'ont pas été prises en compte ici.

Concernant l'analyse spécifique des personnes hospitalisées en court séjour pour une tentative de suicide (page 48), ont été sélectionnées les personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier comportant un diagnostic associé avec un des codes du sous-chapitre X60-X84 « lésions auto-infligées ».

Les effectifs de personnes hospitalisées en court séjour pour une tentative de suicide doivent être considérés comme des effectifs minimums car la notion de tentative de suicide est sous-enregistrée dans les statistiques hospitalières.

INCIDENCE

Indicateur dynamique de morbidité. Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenus pendant une période de temps donnée.

PRÉVALENCE

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

TAUX STANDARDISÉ SUR L'ÂGE

Permet de comparer la situation de deux territoires ou deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Pôle métropolitain Loire Angers...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (population France métropolitaine). Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation dite directe.

RÉFÉRENCES



RÉFÉRENCES

- [1] Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.
- [2] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] Centre international de recherche sur le cancer. (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 271 p.
- [6] HCSP. (2015). Santé en France. Problèmes et politiques. Éd. La Documentation française. 175 p.
- [7] 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.
- [8] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2018). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. 189 p.
- [9] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp.157-160.
- [10] Cnam. (2018). Rapport annuel 2017 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels. 160 p.
- [11] 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.
- [12] ORS Pays de la Loire, URPS Chirugiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.
- [13] ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. (2019). Recours au cabinet dentaire des adultes de 55 ans et plus. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 72 p.

BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE

DÉTERMINANTS DE SANTÉ :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé et ses déterminants - Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, 2012, ISBN : 978-2-550-63957-2

ARS Pays de la Loire, *Projet régional de santé Pays de la Loire 2018-2023 - Les déterminants de la santé en Pays de la Loire : contexte démographique, social et environnemental*, Mai 2017.

ARS Pays de la Loire, *L'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé*, Novembre 2018.

ORS Pays de la Loire, *Statut pondéral, activité physique, pratique sportive dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017*, septembre 2019, #1.

ORS Pays de la Loire, *Tabac dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017*, octobre 2019, #2.

ORS Pays de la Loire, *Drogues illicites dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017*, novembre 2019, #3.

ORS Pays de la Loire, *Santé, bien-être et qualité de vie dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017*, novembre 2019, #4.

ORS Pays de la Loire, *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues. Principaux résultats des enquêtes Escapad chez les jeunes des Pays de la Loire*, novembre 2018.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :

INSEE Pays de la Loire, *Fragilités sociales et besoins en santé : des situations différenciées d'un territoire à l'autre*, INSEE Analyses n°35, juillet 2016.

IREPS Bourgogne, *Dossier technique n°7, Inégalités sociales de santé et promotion de la santé*, décembre 2015.

INSEE Première n°1584, *Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers*, février 2016.

DÉPENDANCE :

INSEE Références, *Données sociales – La société française - La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, Michel Duée, Cyril Rebillard, Edition 2006, pp 613 à 619

INSEE Pays de la Loire, *La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023*, INSEE Analyses n°75, juin 2019.

DREES, *La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile*, Les dossiers de la DREES, n°34, Avril 2019.

OFFRE DE SOINS / DÉMOGRAPHIE MÉDICALE :

DREES, *Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe*, Etudes et Résultats n° 1114, mai 2019.

DREES, *Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités*, Etudes et Résultats n°1100, Janvier 2019.

DREES, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, n°17, Mai 2017.

ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire, *Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire*, n° 21, 2019 Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

URBANISME ET SANTÉ :

BARTON Hugh et TSOUROU Catherine, *Healthy Urban Planning*, OMS Europe, Spon Press, 2000. *Version française publiée en 2004 intitulée « Urbanisme et santé, Un guide de l'OMS pour un urbanisme favorable à la santé »*

Haut Conseil de la Santé Publique, *Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale*, coll. Avis et Rapports, avril 2018.

AUDIAR, *Intégrer la santé et les usages dans les projets urbains communaux*, 2016

EHESP/DGS, *Guide Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6

ANNEXES



ANNEXES

ANNEXE 1

Répartition des décès par sexe et classe d'âge

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (moyenne 2011-2015)

	Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)			CC Anjou Loir et Sarthe			CC Loire Layon Aubance			CU Angers Loire Métropole		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
< 25 ans	22	12	34							15	9	24
25-34 ans	13	7	20	12	5	17	24	9	33	9	6	15
35-44 ans	33	19	52							25	16	41
45-54 ans	84	44	128							64	35	99
55-64 ans	187	82	269	15	5	20	29	13	42	143	64	207
65-74 ans	204	105	309	17	5	22	37	16	53	150	84	234
75-84 ans	356	302	658	32	28	60	64	47	111	259	227	486
85 ans et plus	451	813	1 264	51	70	121	79	129	208	322	613	935
Total	1 350	1 384	2 734	127	113	240	233	214	447	987	1 054	2 041

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

ANNEXE 2

Principales causes de décès prématurés (avant 65 ans)

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (moyenne 2011-2015)

	Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)		CC Anjou Loir et Sarthe		CC Loire Layon Aubance		CU Angers Loire Métropole	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cancers	219	44%	13		34		171	
dont - cancer du poumon	60	12%	<5		<10		49	
- cancers des VADS et œsophage	20	4 %	-		-		15	
- cancer du côlon-rectum	14	3 %	-		-		11	
- cancer du sein	20	4 %	-		-		17	
Traumatismes et empoisonnements	79	16%	7		12		60	
dont : - suicide	42	8%	<5		<10		33	
- accident de la vie courante	20	4 %	-		-		16	
- accident de la circulation	11	2 %	-		-		6	
Maladies cardiovasculaires	54	11%	6		8		41	
Pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool ¹	26	5%	<5		<5		20	
Autres causes	124	25%	9		19		96	
Total	502	100%	37		76		389	

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, exploitation ORS Pays de la Loire
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx).
1. cirrhose du foie et psychose alcoolique

ANNEXE 3

Effectifs estimés et proportion de personnes prises en charge pour une maladie chronique

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2016)

	Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)		CC Anjou Loir et Sarthe		CC Loire Layon Aubance		CU Angers Loire Métropole		
	Effectifs estimés pour l'ensemble de la population ¹	% brute ²	% stand. ³	% brute ²	% stand. ³	% brute ²	% stand. ³	% brute ²	% stand. ³
Au moins une pathologie chronique dont :	77 000	20,4	20,4	18,8	19,8	17,9	18,6	20,9	20,8
- Maladies cardiovasculaires	21 000	5,5	5,5	5,3	5,8	4,9	5,3	5,6	5,5
- Maladies respiratoires ⁴	17 000	4,5	4,5	4,5	4,6	4,2	4,2	4,6	4,6
- Diabète	16 000	4,2	4,2	4,3	4,6	4,0	4,2	4,2	4,1
- Cancers (en phase active de traitement ou sous surveillance)	15 000	3,9	3,9	3,5	3,7	3,6	3,7	4,0	4,0
- Troubles mentaux et du comportement (hors démences)	14 000	3,8	3,8	2,7	2,8	2,4	2,5	4,1	4,2

Sources : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire, RP (Insee)

1. Effectifs estimés en appliquant la proportion brute de personnes prises en charge pour une maladie chronique parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes) à l'effectif total de la population du PMLA (RP, Insee)

2. Proportion brute de personnes prises en charge pour une pathologie chronique parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes)

3. Proportion standardisée sur l'âge de personnes prises en charge pour une pathologie chronique parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes)

4. Y compris mucoviscidose.



ANNEXE 4

Effectifs estimés et proportion de personnes prises en charge pour un cancer (en phase active de traitement ou sous surveillance), effectifs annuels moyens de personnes admises en ALD pour un cancer, effectifs annuels moyens de décès par cancer

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2016)

	Personnes prises en charge pour un cancer en phase active de traitement ou sous surveillance (2016)			Personnes admises en ALD pour cancer (moyenne 2015-2017)	Décès par cancer (moyenne 2011-2015)
	Effectifs estimés pour l'ensemble de la population ¹	% brute ²	% stand. ³	Effectif	Effectif
Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)					
Total tous cancers	15 000	3,9	3,9	1 714	809
Dont : - Cancer du sein de la femme	3 300	1,7	1,6	319	67
- Cancer de la prostate	2 200	1,2	1,4	221	49
- Cancer du côlon-rectum	1 800	0,5	0,5	197	84
- Cancer du poumon	600	0,2	0,2	142	148
CC Anjou Loir et Sarthe					
Total tous cancers	1 000	3,5	3,7	128	59
Dont : - Cancer du sein de la femme	-	1,5	1,4	23	<5
- Cancer de la prostate	-	0,9	1,2	16	<5
- Cancer du côlon-rectum	-	0,5	0,5	17	7
- Cancer du poumon	-	0,2	0,2	11	9
CC Loire Layon Aubance					
Total tous cancers	2 000	3,6	3,7	263	128
Dont : - Cancer du sein de la femme	-	1,6	1,6	45	9
- Cancer de la prostate	-	1,1	1,3	34	7
- Cancer du côlon-rectum	-	0,4	0,5	33	14
- Cancer du poumon	-	0,1	0,1	23	20
CU Angers Loire Métropole					
Total tous cancers	12 000	4,0	4,0	1 323	622
Dont : - Cancer du sein de la femme	-	1,7	1,6	251	54
- Cancer de la prostate	-	1,3	1,4	171	38
- Cancer du côlon-rectum	-	0,5	0,5	147	63
- Cancer du poumon	-	0,2	0,2	108	119

Sources : Cartographie des pathologies et des dépenses, version G5 (Cnam) - SNDS, DCIR-SNDS, Inserm CépiDc, BCMD-SNDS, exploitation ORS Pays de la Loire

1. Effectifs estimés en appliquant la proportion brute de personnes prises en charge pour un cancer parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes) à l'effectif total de la population du territoire étudié (RP, Insee)

2. Proportion brute de personnes prises en charge pour un cancer parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes)

3. Proportion standardisée sur l'âge de personnes prises en charge pour un cancer parmi les bénéficiaires du régime général (et des sections locales mutualistes)

Note : Les proportions de personnes prises en charge pour un cancer de la prostate sont calculées parmi les hommes, et celles concernant le cancer du sein parmi les femmes.

ANNEXE 5

Taux⁵⁸ de recours au moins une fois dans l'année à certaines spécialités médicales (médecine générale, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, cardiologie, dermatologie, ophtalmologie), à un chirurgien-dentiste et à un masseur-kinésithérapeute

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CU Angers Loire Métropole, Angers, CU Angers Loire Métropole (hors Angers), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2017)

	Médecin généraliste	Pédiatre (moins de 15 ans)	Gynécologue médical ou obstétricien (15-74 ans)	Psychiatre	Cardiologue	Dermatologue	Ophtalmologiste	Chirurgien-dentiste	Masseur-kinésithérapeute
PMLA	87 %	22%	30%	2,6%	7,7%	11,0%	31%	43%	17%
CU Angers Loire Métropole	87 %	22%	31%	3,4%	7,8%	11,4%	31%	43%	17%
- Angers	85 %	21%	30%	3,8%	7,8%	11,0%	30%	41%	16%
- CU Angers Loire Métropole (hors Angers)	89 %	24%	32%	2,9%	7,8%	11,8%	33%	44%	18%
CC Anjou Loir et Sarthe	89 %	16%	27%	1,7%	8,1%	8,1%	31%	42%	13%
CC Loire Layon Aubance	89 %	22%	29%	2,2%	7,4%	10,4%	31%	44%	17%
Maine-et-Loire (hors PMLA)	87 %	18%	25%	2,1%	7,0%	8,7%	31%	42%	15%
Pays de la Loire	87 %	21%	29%	2,3%	8,2%	9,3%	31%	42%	16%
France métropolitaine	83 %	29%	34%	2,6%	10,2%	11,0%	28%	40%	15%

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

Champ : activité libérale, activité salariée en centre de santé/centre mutualiste, actes et consultations externes (établissement de santé public).

ANNEXE 6

Taux d'enfants ayant un suivi bucco-dentaire préventif régulier

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CU Angers Loire Métropole, CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon

	Suivi bucco-dentaire régulier (hors soins) parmi les 10-14 ans ¹	Suivi bucco-dentaire régulier (hors soins) parmi les 15-17 ans ²
PMLA	34%	27%
CU Angers Loire Métropole	32%	25%
CC Anjou Loir et Sarthe	37%	30%
CC Loire Layon Aubance	41%	32%
Maine-et-Loire (hors PMLA)	34%	25%
Pays de la Loire	34%	27%
France métropolitaine	31%	25%

Aubance, Maine-et-Loire (hors PMLA), Pays de la Loire, France métropolitaine (2014-2017)

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

1. Au moins 3 prestations parmi consultation bucco-dentaire, examen buccodentaire et détartrage, réalisées en cabinet de ville, hors consultations externes, entre le 01/01/2014 et le 31/12/2017, parmi les enfants nés entre 2003 et 2007.

2. Au moins 3 prestations parmi consultation bucco-dentaire, examen buccodentaire et détartrage, réalisées en cabinet de ville, hors consultations externes, entre le 01/01/2014 et le 31/12/2017, parmi les enfants nés entre 2000 et 2002.

⁵⁸ Taux standardisé selon l'âge



ANNEXE 7

Répartition des passages aux urgences des habitants du PMLA selon les principaux services d'urgences de recours

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2018)

	Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)		CC Anjou Loir et Sarthe		CC Loire Layon Aubance		CU Angers Loire Métropole	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CHU Angers	60 929	64%	3 490	55%	5 940	53%	51 499	67%
Clinique de l'Anjou (Angers)	29 495	31%	1 315	21%	4 863	43%	23 317	30%
Pôle Santé Sarthe et Loir (Le Bailleul)	1 453	2%	1 314	21%	18	<1%	121	<1%
Autres services d'urgences des Pays de la Loire	2 737	3%	239	4%	474	4%	2 024	3%
TOTAL	94 614	100%	6 358	100%	11 295	100%	76 961	100%

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

ANNEXE 8

Répartition des hospitalisations en service de médecine, chirurgie ou obstétrique des habitants du PMLA selon le lieu de prise en charge

Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA), CC Anjou Loir et Sarthe, CC Loire Layon Aubance, CU Angers Loire Métropole (2018)

	Pôle métropolitain Loire Angers (PMLA)		CC Anjou Loir et Sarthe		CC Loire Layon Aubance		CU Angers Loire Métropole	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CHU Angers	40 435	43,6%	2 786	40,8%	4 977	38,1%	32 672	44,9%
Clinique de l'Anjou	23 047	24,9%	1 370	20,1%	4 011	30,7%	17 666	24,3%
Clinique St Joseph	9 315	10,1%	674	9,9%	1 293	9,9%	7 348	10,1%
Clinique St Léonard	4 787	5,2%	349	5,1%	731	5,6%	3 707	5,1%
ICO - Angers	4 005	4,3%	334	4,9%	632	4,8%	3 039	4,2%
Centre de la Main	2 262	2,4%	202	3,0%	425	3,3%	1 635	2,2%
Autres établissements du Maine-et-Loire	1 968	2,1%	30	0,4%	279	2,1%	1 659	2,3%
Pôle santé Sarthe et Loir (72)	753	0,8%	647	9,5%	17	0,1%	89	0,1%
Autres établissements	6 106	6,6%	436	6,4%	689	5,3%	4 981	6,8%
TOTAL	92 678	100,0%	6 828	100,0%	13 054	100,0%	72 796	100,0%

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

ANNEXE 9

Nombre de médecins spécialistes libéraux par commune (hors médecins spécialistes en médecine générale)
- 01/01/2018

	Angers	Avrillé	Beaucouzé	Chalonnès-sur-Loire	Mûrs-Erigné	Les Ponts-de-Cé	St-Barthélemy d'Anjou	Trélazé
Anatomie – cytologie – pathologique	0	0	0	0	0	7	0	0
Anesthésiologie – réanimation chirurgicale	24	0	0	0	0	0	0	21
Chirurgie générale	3	0	0	0	0	0	0	3
Chirurgie Infantile	1	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1	0	0	0	0	0	0	2
Chirurgie orthopédique et traumatologie	8	0	0	0	0	0	0	19
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	4	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	4	0	0	0	0	0	0	1
Chirurgie urologique	9	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie vasculaire	2	0	0	0	0	0	0	2
Chirurgie viscérale et digestive	4	0	0	0	0	0	0	1
Dermatologie et vénérologie	23	0	0	0	0	1	0	0
Endocrinologie et métabolismes	4	0	0	0	0	0	0	0
Gastro- entérologie et hépatologie	10	0	0	0	0	0	0	3
Gynécologie médicale	9	1	0	0	0	0	0	0
Gynécologie obstétrique	30	0	0	0	0	0	0	0
Médecine interne	1	0	0	0	0	0	0	0
Médecine nucléaire	3	0	0	0	0	0	0	0
Médecine physique et de réadaptation	3	0	0	0	0	0	0	0
Néphrologie	4	0	0	0	0	0	0	1
Neurochirurgie	1	0	0	0	0	0	0	2
Neurologie	2	0	0	0	0	0	0	5
Neuropsychiatrie	1	0	0	0	0	0	0	0
Oncologie médicale	0	0	0	0	0	0	0	0
Ophthalmologie	30	2	0	1	1	1	0	2
Oto- rhino laryngologie	15	0	0	0	0	0	0	2
Pathologie cardio-vasculaire	13	0	0	0	0	0	1	17
Pédiatrie	11	1	0	1	0	0	0	7
Pneumologie	2	0	0	0	0	0	0	5
Psychiatrie générale	54	1	0	0	0	0	0	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale	14	1	4	0	0	0	0	10
Rhumatologie	13	1	0	0	0	0	0	0
Stomatologie	3	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL professionnels des spécialités de médecine (hors médecine générale)	306	7	4	2	1	9	1	106



**Agence d'urbanisme de la région
région angevine**

Alexandra LE PROVOST - Directrice

**Observatoire régional de la santé
des Pays de la Loire**

Dr Anne TALLEC - Directrice

Contact études :

Cécile GAZENGEL, Nathalie
MONTOT (Aura)

Sandrine DAVID, Marie-Cécile
GOUPIL (ORS)

Maquette et infographie
Stéphane BOULAY

EAN : 978 235 106 0605

Dépôt légal : février 2020

aura

agence d'urbanisme
de la région angevine

29, rue Thiers
49100 Angers

Tel. +33 (0)2 41 18 23 80
Fax +33 (0)2 41 18 23 90
aura@aurangevine.org

www.aurangevine.org
facebook.com/aura.angers49
twitter.com/aura_angers49
vimeo.com/aura49

