

Profil Santé 2018

- Ville de Rezé -



POPULATION

39 649 habitants en 2015
(+ 0,6 % par an depuis 2010)

4 133 Rezéens âgés de **75 ans et plus** (3 976 en 2010)

559 naissances en 2017 (521 en 2010)

ÉTAT DE SANTÉ

16 % des Rezéens en **affection de longue durée**

COUVERTURE MALADIE

4 à 19 % de bénéficiaires de la **CMU-C** selon les quartiers

SOINS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

46 médecins généralistes libéraux* sur la commune en 2018

4,3 recours en moyenne au médecin généraliste ou pédiatre par an et par habitant

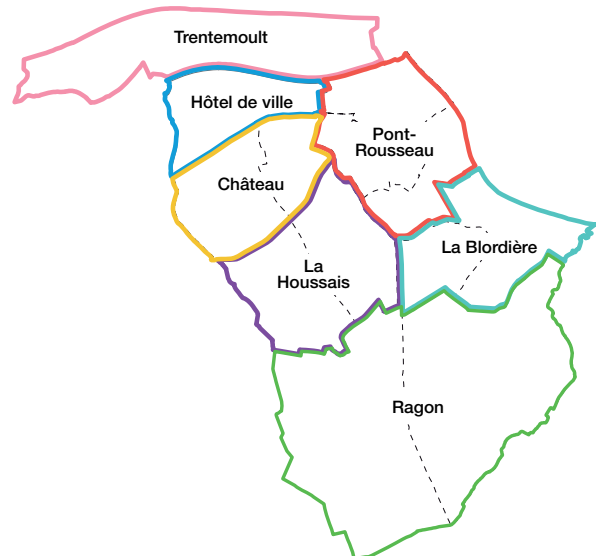
* hors mode d'exercice particulier



POPULATION DES QUARTIERS

Iris	Quartiers	Nombre d'habitants	
		2010	2015
101	Trentemout	1 860	1 893
201	Hôtel de ville	3 374	3 335
401, 402	Château	6 244	6 433
301, 302	Pont-Rousseau	9 813	9 649
201, 502	La Houssais	6 909	7 137
601, 602	La Blordière	4 769	5 027
701, 702	Ragon	5 455	6 176
	Rezé	38 425	39 649

Sources : Recensements de la population 2010, 2015 (Insee)
Iris : îlots regroupés pour l'information statistique



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

Crédits photos : Ville de Rezé / Thierry Mezerette, Julien Gazeau, Valéry Joncheray ; NounProject / Fabio Rinaldi, Tatina Vazest, Sophia Bai
ISBN 978-2-908417-91-3 / ISBN NET 978-2-908417-98-2

SYNTHÈSE

Une situation globalement favorable

► À Rezé comme en France, l'espérance de vie de la population est en augmentation, en lien avec la baisse de la mortalité (-15 % depuis 2002).

Actuellement, la mortalité des Rezéens est inférieure à la moyenne nationale (-6 %). Cette sous-mortalité traduit un état de santé des habitants de Rezé globalement favorable par rapport à la moyenne française. La moindre fréquence des admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les Rezéens par rapport au niveau national (-9 %) conforte ce constat.

► Ce dernier doit toutefois être nuancé par le fait qu'une proportion relativement importante des décès surviennent avant 65 ans, c'est-à-dire de façon prématurée eu égard à l'espérance de vie actuelle. Ainsi, un homme rezéen sur 4 et une femme rezéenne sur 10 décèdent avant 65 ans. Cette mortalité prématurée est toutefois en baisse comme en France.

Parmi les 60 décès prématurés survenant dans la population rezéenne chaque année, plus d'une quinzaine peuvent être considérés comme évitables, car leurs causes sont accessibles à la prévention primaire.

Des maladies chroniques fréquentes et en augmentation

► Les affections chroniques sont, comme en France, particulièrement fréquentes dans la population rezéenne et en augmentation. Le taux de personnes reconnues par l'assurance maladie en affection de longue durée (ALD), en raison de soins longs et coûteux, atteint ainsi 16 % dans la population rezéenne en 2017 contre 14 % en 2013.

► Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les cancers et le diabète, dont les facteurs de risque majeurs sont le tabac, l'alcool, la sédentarité et une alimentation déséquilibrée. S'ajoutent à ces pathologies, les troubles mentaux et du comportement.

Maladies cardiovasculaires et diabète en hausse

► Les maladies cardiovasculaires et le diabète sont des affections particulièrement fréquentes : respectivement 8 % et 3,5 % des Rezéens sont en ALD pour ces motifs. Si ces pathologies apparaissent moins fréquentes dans la population rezéenne qu'au plan national, elles sont cependant en forte hausse.

► Une augmentation est également observée parmi les Rezéens des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave.

Dépistages des cancers en recul

► Environ 240 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les Rezéens.

Leur fréquence dans la population rezéenne tend globalement à diminuer mais reste supérieure à la moyenne française.

► Les cancers du sein, du côlon-rectum et de la prostate sont les plus fréquemment diagnostiqués. Mais c'est le cancer du poumon, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, qui est à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer.

► Comme en France, la participation des Rezéens aux différents dépistages des cancers (côlon-rectum, sein, col de l'utérus) est insuffisante et même en recul.

Le poids important de la santé mentale

► Les problèmes de santé mentale sont particulièrement fréquents. Ainsi, 11 % des Rezéens sont traités par médicaments psychotropes, ce taux étant analogue à la moyenne nationale. Par ailleurs, environ 270 Rezéens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence et environ 800 pour une pathologie psychiatrique autre qu'une démence.

► La fréquence des admissions en ALD pour pathologies psychiatriques (hors démences) parmi la population rezéenne est en forte augmentation. Elle reste inférieure à la moyenne nationale sur les années récentes mais l'écart s'est fortement réduit. La mortalité par suicide (4 décès par an) est également plus faible qu'au plan national.

Des pathologies liées à l'alcool surreprésentées

► Plusieurs indicateurs confirment une plus grande fréquence des pathologies liées à la consommation d'alcool dans la population rezéenne. Le taux d'admission en ALD pour pathologies liées à l'alcool dépasse par exemple d'environ 20 % la moyenne nationale.

Recours aux soins

► Selon les données de la CPAM de Loire-Atlantique, 85 % des Rezéens ont consulté un médecin généraliste dans l'année, et, en moyenne, les habitants consultent quatre fois par an un médecin généraliste.

Les soins dentaires et en ophtalmologie occasionnent également des recours réguliers : 46 % des Rezéens ont consulté dans l'année un chirurgien-dentiste, 45 % un ophtalmologiste au cours des deux dernières années.

De nombreux enfants bénéficient de soins en orthodontie (27 % des 6-15 ans au cours des deux dernières années) ou en orthophonie (16 % des 6-10 ans dans l'année).

Des disparités sociales et territoriales

► En matière de couverture maladie, 10 % des Rezéens, relevant du régime général et âgés de moins de 65 ans, bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) fin 2017 (contre 8 % en 2013).

► Par rapport aux autres bénéficiaires, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent en ALD, pris en charge pour un diabète, ou traités par psychotropes.

► Par ailleurs, ils ont plus souvent recours dans l'année à un médecin généraliste, notamment la nuit. Par contre, ils ont moins souvent recours à certains soins spécialisés (ophtalmologie, orthodontie pour les enfants) et aux équipements d'optique (lunettes/lentilles). En outre, les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent moins souvent au dépistage du cancer du col utérin.

► Les indicateurs par quartier détaillés dans ce document permettent d'enrichir le constat des inégalités sociales et territoriales de santé.

LA SANTÉ : UN ENJEU POUR LES COLLECTIVITÉS LOCALES

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.

SOMMAIRE

1. VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ	5
1.1 Espérance de vie et mortalité générale	5
1.2 Mortalité prématurée	6
1.3 Maladies chroniques	7
2. PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES	8
2.1 Cancers	8
2.2 Maladies cardiovasculaires	10
2.3 Diabète	11
2.4 Maladies respiratoires	12
2.5 Troubles mentaux et du comportement, suicide	13
2.6 Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé	15
3. COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (CMU-C, ACS)	16
4. RECOURS AUX SOINS	17
4.1 Recours au médecin généraliste	17
4.2 Soins dentaires	18
4.3 Soins en ophtalmologie et équipement d'optique	19
4.4 Recours à l'orthophoniste chez les enfants	20
5. SITUATION DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE - NANTES MÉTROPOLE	21
6. ÉLÉMENTS DE MÉTHODE : SOURCES ET INDICATEURS	22

1. Vue d'ensemble de l'état de santé

1.1 Espérance de vie et mortalité générale

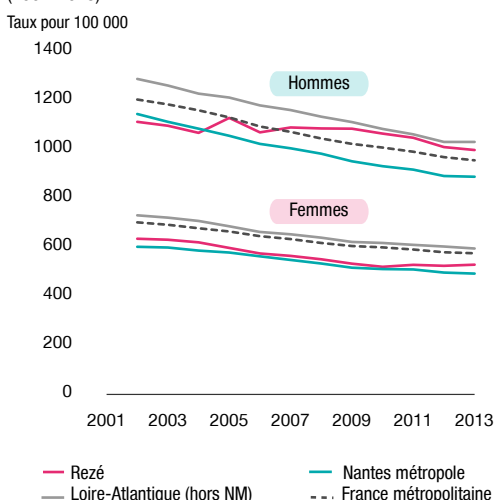
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

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 2017, cette dernière atteint en France métropolitaine 79,5 ans chez les hommes et 85,4 ans chez les femmes. Cela représente 16 années supplémentaires chez les hommes et les femmes par rapport au début des années 1950.

L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent importantes, notamment chez les hommes. Ainsi, entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint 6 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes, et cet écart ne s'est pas réduit depuis la fin des années 1970. 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.

SITUATION À REZÉ

Fig.1 Évolution du taux standardisé de mortalité chez les hommes et les femmes (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 5 ans
NM : Nantes métropole.

Fig.2 Répartition des décès par sexe et classe d'âge
Rezé (moyenne annuelle 2011-2015)

	Hommes	Femmes	Total
< 45 ans	7	4	11
45-54 ans	11	7	18
55-64 ans	23	8	31
65-74 ans	21	17	38
75-84 ans	48	43	91
85 ans et +	55	101	156
Total	165	180	345

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

Une espérance de vie qui s'améliore

► Comme en France, l'espérance de vie des habitants de Rezé poursuit son amélioration, en lien avec la baisse continue de la mortalité. Cette dernière a en effet diminué de 15 % entre 2002 et 2013. Cette baisse est plus marquée chez les femmes que chez les hommes rezéens (fig1).

La mortalité des hommes est près de deux fois plus élevée que celle des femmes

► Près de 350 Rezéens décèdent en moyenne chaque année : 165 hommes et 180 femmes (fig2). À structure par âge comparable, la mortalité des hommes rezéens est environ deux fois plus élevée que celle des femmes. Et cet écart ne tend pas à se réduire (fig1).

Une mortalité féminine inférieure à la moyenne nationale, mais une mortalité masculine plutôt supérieure

► Rapporté à la population de la ville, et en prenant en compte sa structure par âge, l'effectif total de décès correspond à un taux de mortalité inférieur de 6 % à la moyenne française.

► Cette sous-mortalité globale masque toutefois une situation différente selon le sexe. Seules les femmes rezéennes présentent une mortalité inférieure à la moyenne nationale (- 9 %). Pour les hommes rezéens, la mortalité est légèrement supérieure à la moyenne nationale sur les années récentes (+ 4 %) (fig1).

► La surmortalité masculine rezéenne contraste avec la sous-mortalité observée chez les hommes à l'échelle de la métropole nantaise (- 7 %).

Par ailleurs, comme à Rezé, une sous-mortalité féminine est observée à l'échelon métropolitain (- 14 %).

(L'analyse de la mortalité générale par quartier n'est pas présentée car ses résultats sont le reflet des disparités d'implantations des structures pour personnes âgées au sein de la ville.)

1.2 Mortalité prématurée

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les statistiques des causes médicales de décès reflètent de plus en plus la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. D'où l'utilisation croissante des indicateurs de "mortalité prématurée", définie comme celle qui concerne les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Cet indicateur constitue actuellement l'un des outils majeurs pour l'étude des inégalités territoriales de santé, car il est très fiable et peut être mesuré avec précision pour les échelons géographiques fins.

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

SITUATION À REZÉ

Fig.3 Principales causes de décès prématurés
Rezé (moyenne annuelle 2011-2015)

	Effectif	%
Cancers	23	40 %
dont cancer du poumon	6	10 %
Maladies cardiovasculaires	7	12 %
Traumatismes et empoisonnements	7	12 %
dont suicide	3	5 %
Pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool ¹	4	7 %
Autres causes	18	31 %
Total	59	100 %

Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, exploitation ORS Pays de la Loire
1. cirrhose du foie et psychose alcoolique

Un décès masculin sur 4 survient avant 65 ans

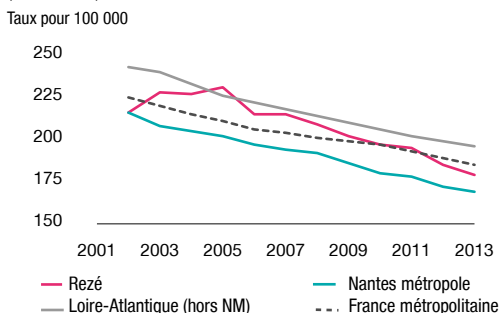
► Environ 60 Rezéens de moins de 65 ans décèdent en moyenne chaque année. Ces décès prématurés représentent 17 % du nombre total de décès des habitants de la commune (fig3).

► Sur ces 60 décès, plus des deux tiers, concernent des hommes. La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 24 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, contre 10 % des décès féminins.

► Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée (fig3). Ils sont à l'origine de 40 % des décès avant 65 ans, devant les maladies cardiovasculaires (12 %) et les morts violentes, par suicide ou accident (12 %).

► Parmi ces 60 décès annuels, 17 peuvent être considérés comme "évitables" car leurs causes sont accessibles à la prévention primaire*.

Fig.4 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée
(2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 5 ans
NM : Nantes métropole

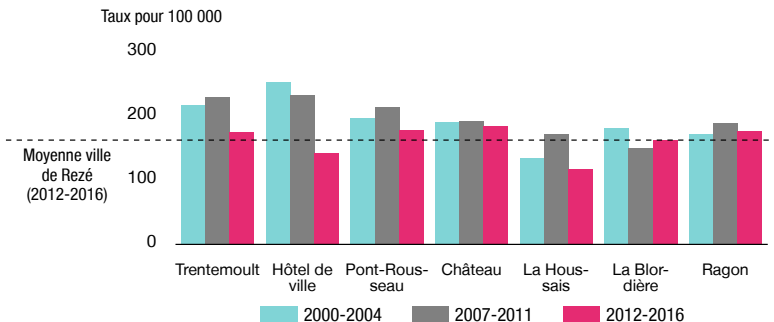
Une mortalité prématurée en baisse et proche de la moyenne nationale

► La mortalité prématurée dans la population rezéenne a connu des variations au cours de la dernière décennie, mais elle est en net recul (- 17 % entre 2002 et 2013) (fig4).

► Cette mortalité, qui était plutôt supérieure à la moyenne nationale au milieu des années 2000, apparaît proche de cette moyenne au cours des années récentes.

► Pour cet indicateur, Rezé présente une situation un peu moins favorable que la métropole nantaise, qui connaît une sous-mortalité prématurée de 9 %.

Fig.5 Évolution du taux standardisé de mortalité prématurée par quartier
Rezé (2000-2016)



Sources : État civil, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire

Une situation variable selon les quartiers

► La mortalité prématurée sur la période 2012-2016 apparaît relativement proche de la moyenne de la ville pour l'ensemble des quartiers, à l'exception de celui de la Houssais. Ce dernier connaît en effet depuis le début des années 2000 une sous-mortalité par rapport à la moyenne rezéenne (fig5).

► Par ailleurs, la mortalité prématurée proche de la moyenne de la ville du quartier Château masque une surmortalité parmi les habitants de moins de 65 ans de l'Iris Château-Mahaudières depuis le début des années 2000.

* Sont considérés comme "évitables", les décès imputables à la consommation de tabac et/ou d'alcool (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques ou de cause non précisée), les décès par accident de la circulation, chute ou suicide, ainsi que les décès par sida.

1.3 Maladies chroniques

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

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

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

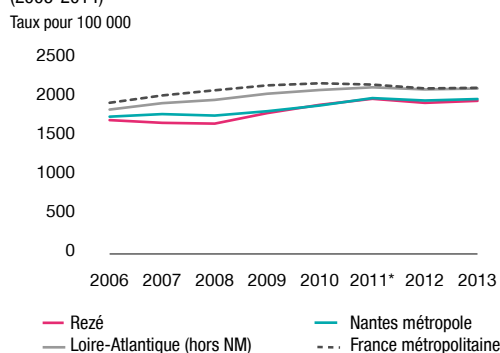
Les statistiques relatives aux ALD offrent donc un regard sur la fréquence des maladies chroniques et leur évolution, même si toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas en ALD et si le caractère médico-administratif de ces données nécessite de les interpréter en prenant en compte leurs limites (cf. page 22).

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

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

SITUATION À REZÉ

Fig.6 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole
* suppression en 2011 de l'ALD n°12 (hypertension artérielle sévère)

Fig.7 Effectif total et taux de personnes relevant du régime général en affection de longue durée selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (31/12/2017 et 01/07/2013)

	31/12/2017		01/07/2013
	Effectif	% ¹	% ¹
Trentemoult	149	14 %	11 %
Hôtel de ville	366	15 %	14 %
Pont Rousseau	1 158	15 %	14 %
Château	956	18 %	16 %
Houssais	939	16 %	14 %
Blordière	679	17 %	16 %
Ragon	717	16 %	14 %
Rezé	4 964	16 %	14 %
Nantes métropole	68 691	16 %	14 %

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

800 personnes admises chaque année en ALD

► Chaque année, le nombre moyen de Rezéens admis en affection de longue durée (ALD) s'élève à environ 815, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie*.

► La fréquence des admissions en ALD parmi la population rezéenne est, comme en France, en forte hausse (+ 14 % entre 2006 et 2013) (fig6).

► Cette fréquence reste toutefois inférieure à la moyenne nationale (- 9 % en 2012-2014). Un constat analogue est retrouvé à l'échelle de la métropole nantaise (- 7 %) (fig6).

Maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et affections psychiatriques le plus souvent en cause

► Comme en France, les pathologies les plus souvent à l'origine des admissions en ALD parmi les Rezéens sont les maladies cardiovasculaires (33 % des admissions), les cancers (24 %), les pathologies psychiatriques (15 %) et le diabète (11 %).

Au total, près de 16 % de la population rezéenne est en ALD

► Fin 2017, le nombre total de Rezéens en ALD atteint 4 900, pour le seul régime général d'assurance maladie**. 16 % de la population couverte par ce régime est donc atteinte d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux (fig7). Comme à l'échelle de l'agglomération, ce pourcentage est en augmentation par rapport à 2013 (14 %). Près de la moitié (45 %) des personnes en ALD sont âgées de moins de 65 ans.

► Le taux de personnes en ALD dans la population rezéenne, relevant du régime général et âgée de moins de 65 ans, est plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (10 %) que chez les non-bénéficiaires (8 %), à structure par âge comparable.

► Le taux de personnes en ALD varie de 14 à 18 % selon les quartiers, après prise en compte de la structure par âge de la population. Comme en 2013, le taux le plus faible est observé dans le quartier de Trentemoult, et les taux les plus élevés concernent les quartiers du Château et de la Blordière (fig7).

* régime général, agricole, social des indépendants.

** régime général, hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'État, soit 84 % de la population rezéenne.

2. Problèmes de santé et pathologies

2.1 Cancers

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les cancers sont des affections fréquentes et graves, qui regroupent des pathologies très différentes, notamment du point de vue de leurs facteurs de risque et de leur prise en charge. Globalement, leur pronostic s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies, mais il reste très variable selon les localisations et le stade au diagnostic. Les inégalités sociales sont importantes pour ces affections, avec une mortalité par cancer 4,5 fois plus élevée chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes des groupes socio-professionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés.

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

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

SITUATION À REZÉ

Fig.8 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers diagnostiqués et nombre annuel de décès par cancer - Rezé

	Nouveaux cas diagnostiqués moy. 2012-2014	Décès moy. 2011-2015
Total cancers	240	93
dont : - cancer du sein chez la femme	41	7
- cancer de la prostate	23	7
- cancer du côlon-rectum	28	7
- cancer du poumon	20	16
- cancers des VADS et de l'oesophage	16	6
dont : - total cancers masculins	120	50
- total cancers féminins	121	43
dont : - total cancers chez les moins de 65 ans	102	23
- total cancers chez les 65 ans et plus	138	70

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

240 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année

- En moyenne 240 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année parmi les habitants de Rezé, selon les données du Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. 43 % concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.
- Plus de 90 décès par cancer surviennent chaque année dans la population rezéenne. Une vingtaine concernent des personnes de moins de 65 ans (fig8).

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

- Les cancers du sein, du côlon-rectum et de la prostate sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer du poumon.
- Ce dernier, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, représente par contre la première cause de mortalité par cancer (16 décès par an) (fig8).

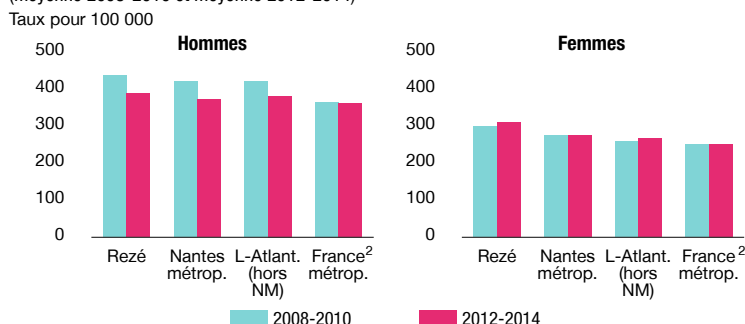
Incidence et mortalité en recul

- La fréquence des nouveaux cas de cancers dans la population rezéenne tend légèrement à diminuer (- 4 % entre 2009 et 2013), avec toutefois une évolution différente selon le sexe : forte baisse chez les hommes, tendance à la hausse chez les femmes (fig9).
- Comme en France, et malgré des fluctuations, la mortalité par cancer est en recul dans la population rezéenne (- 19 % entre 2002 et 2013) (fig10).

Une fréquence des cancers toujours supérieure à la moyenne nationale, mais une mortalité qui s'en rapproche

- La fréquence de nouveaux cas de cancers dans la population rezéenne est, comme en 2008-2010, supérieure à la moyenne française : + 14 % sur la période 2012-2014. Cette surincidence s'observe chez les hommes comme chez les femmes (fig9). Elle est plus marquée que celle constatée à l'échelle de l'agglomération nantaise (+ 8 %).
- La mortalité par cancer, qui était supérieure à la moyenne nationale sur les années précédentes, apparaît plutôt proche de cette moyenne sur la période 2011-2015 (fig10).

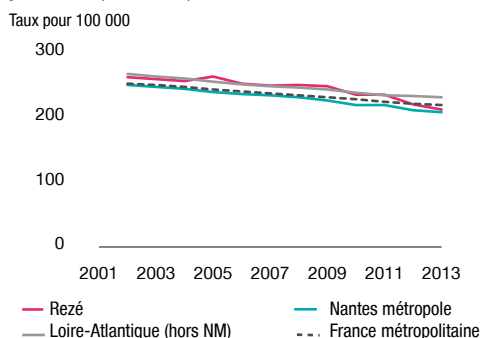
Fig.9 Évolution du taux standardisé¹ d'incidence des cancers (moyenne 2008-2010 et moyenne 2012-2014)



Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Francim, Insee
NM : Nantes métropole
1. Taux standardisé sur la population mondiale
2. Années 2009 et 2012 pour la France métropolitaine

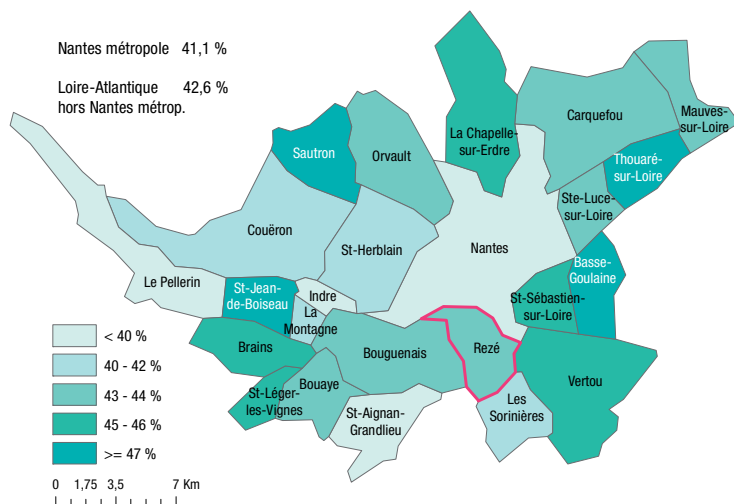
2.1 Cancers (suite)

Fig.10 Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer (2002-2013)



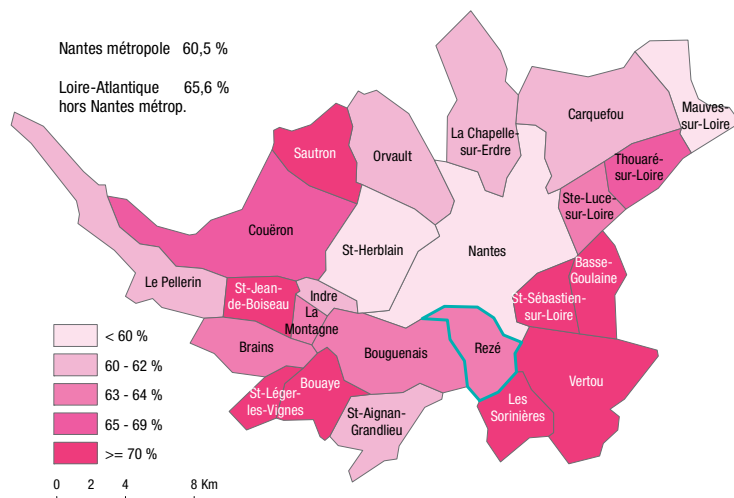
Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 5 ans

Fig.11 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum Nantes métropole (période 2016-2017)



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

Fig.12 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein Nantes métropole (période 2016-2017)



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

Fig.13 Proportion de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 36 derniers mois et proportion de femmes de 50-74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des 24 derniers mois selon les quartiers Rezé, Nantes métropole (01/01/2015-31/12/2017)

	Frottis ¹	Mammographie
Trentemoult	56 %	57 %
Hôtel de ville	49 %	64 %
Pont-Rousseau	48 %	63 %
Château	44 %	65 %
La Houssais	55 %	70 %
La Blordière	51 %	67 %
Ragon	55 %	66 %
Rezé	51 %	66 %
Nantes métropole	51 %	64 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
(cf. limites, précisions méthodologiques page 22)

1. proportion standardisée sur l'âge

43 % des personnes concernées participent au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum

► Le taux de participation des Rezéens est de 43 % en 2016-2017. Il est légèrement supérieur à la moyenne de la métropole nantaise (41 %) (fig11) et atteint presque le minimum de 45 % recommandé à l'échelle européenne.

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

► 51 % des Rezéennes, âgées de 25-64 ans et relevant du régime général*, ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin au cours des 36 derniers mois. Ce taux est analogue à la moyenne de la métropole nantaise (fig13). 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 (37 % vs 52 % des non-bénéficiaires de la CMU-C).

► À structure par âge comparable, le quartier du Château présente le plus faible taux de dépistage du cancer du col utérin, et les quartiers de Trentemoult, de La Houssais et de Ragon les taux les plus élevés.

Une participation au dépistage organisé du cancer du sein en recul

► Le taux de participation des Rezéennes au dépistage organisé du cancer du sein est de 64 % en 2016-2017. Ce taux est supérieur à la moyenne de la métropole nantaise (61 %), ainsi qu'à la moyenne nationale (51,5 %) (fig12). Il est proche de l'objectif de 65 % fixé par le Plan cancer.

► Comme en France, ce taux de participation est en recul (- 3 points par rapport à 2011-2012). Cette baisse est toutefois moins marquée que celle observée à l'échelle de la métropole nantaise (- 6 points).

Un taux de dépistage du cancer du sein qui varie selon les quartiers

► Comme en 2013, le quartier de Trentemoult présente, le taux de dépistage** le plus faible en 2017, et le quartier de la Houssais le taux le plus élevé (fig13).

* régime général, hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'État, soit 84 % de la population rezéenne.

** Les données de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein ne sont pas disponibles par quartier. Les résultats pour ce niveau territorial s'appuient sur des données du régime général de l'assurance maladie, cumulant dépistage organisé et individuel.

2.2 Maladies cardiovasculaires

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

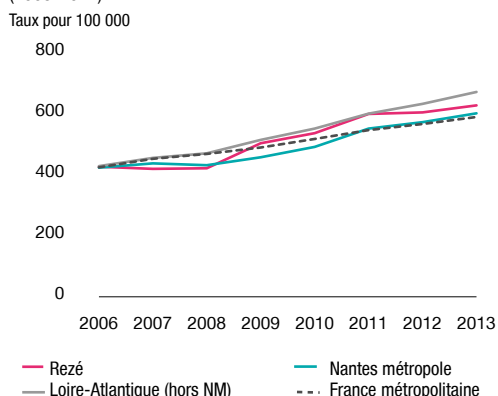
Les maladies cardiovasculaires regroupent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Ces maladies fréquentes sont souvent graves, liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas notamment des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires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

Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, sauf lorsqu'elles se compliquent d'une embolie pulmonaire.

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

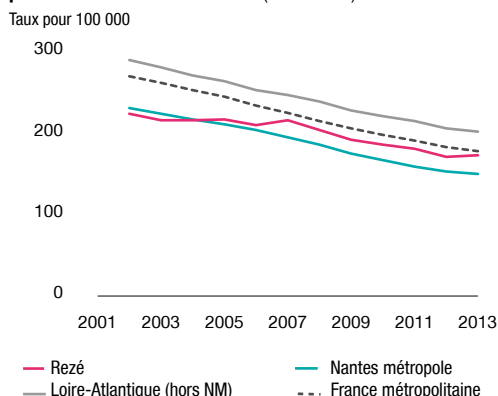
SITUATION À REZÉ

Fig.14 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour maladies cardiovasculaires* (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : hors admissions en ALD n°12 "hypertension artérielle sévère", régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

Fig.15 Évolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDC, SNDS-BCMD, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 5 ans

8 % des Rezéens sont en ALD pour une affection cardiovasculaire

► Environ 3 000 Rezéens sont en affection de longue durée (ALD) pour une pathologie cardiovasculaire fin 2016, soit environ 8 % des habitants de la commune.

Ces maladies constituent pour les Rezéens le premier motif d'admission en ALD (environ 270 personnes concernées chaque année) et elles représentent la seconde cause de décès (environ 90 décès annuels).

Des pathologies deux fois 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 d'admissions en ALD et de mortalité pour ces affections sont environ deux fois plus élevés que les taux féminins.

► Les maladies cardiovasculaires concernent surtout des personnes âgées. Toutefois, les admissions en ALD ne sont pas rares avant 65 ans : 85 admissions par an, soit près d'un tiers du nombre total d'admissions. Dans ce groupe d'âge, les cardiopathies ischémiques représentent près de la moitié des admissions en ALD.

Des admissions en ALD en forte augmentation mais une mortalité qui poursuit son recul

► Comme à l'échelle de l'agglomération nantaise, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires* dans la population rezéenne est en forte hausse (fig14).

► Par contre, la mortalité cardiovasculaire continue à diminuer : - 22 % depuis 2002. Cette baisse est toutefois moins marquée que celle observée au plan national (- 34 %) (fig15).

Une situation proche de la moyenne nationale

► La fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires* apparaît proche de la moyenne nationale au cours des années récentes (fig14).

► C'est également le cas de la mortalité, alors que cette dernière était nettement inférieure à la moyenne nationale au début des années 2000 (- 15 à - 20 %).

On ne retrouve donc pas dans la population de Rezé la sous-mortalité cardiovasculaire observée à l'échelle de la métropole nantaise (fig15).

* La possibilité d'être admis en ALD pour une hypertension artérielle sévère (ALD n° 12) a été supprimée en juin 2011. L'analyse de l'évolution des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires a donc été effectuée à champ comparable, en excluant les admissions pour ce motif, sur l'ensemble de la période étudiée.

2.3 Diabète

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

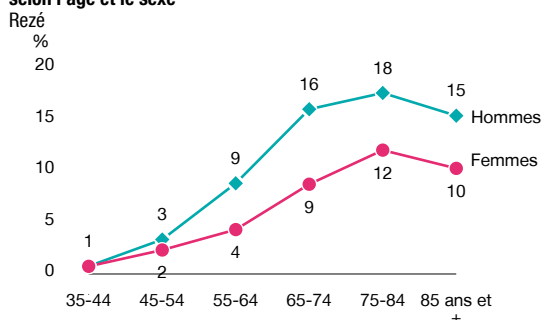
Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline par le pancréas et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant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

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

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs 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.

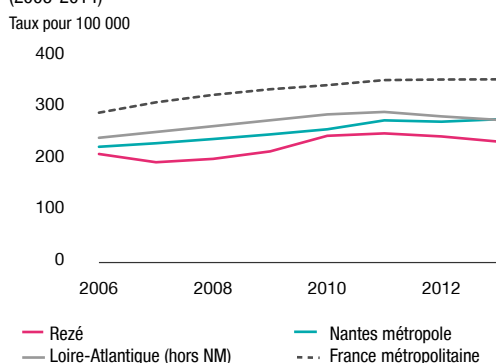
SITUATION À REZÉ

Fig.16 Proportion de personnes prises en charge pour un diabète selon l'âge et le sexe



Source : SNDS-DCIR/PMSI (années 2015 et 2016), exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes (cf. précisions méthodologiques page 23)

Fig.17 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour diabète (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

Environ 3,5 % des Rezéens pris en charge pour un diabète

- En 2016, environ 1 400 Rezéens sont pris en charge* pour un diabète. Cet effectif correspond à une prévalence brute de 3,5 %.
- La prévalence du diabète augmente fortement avec l'âge, à partir de 45 ans. Elle atteint un maximum dans la classe d'âge des 75-84 ans (14 %).

Les hommes plus souvent concernés que les femmes

- À structure par âge comparable, la prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (4,5 % vs 3,2 %). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge à partir de 45 ans. Ainsi, entre 55 et 64 ans, le diabète concerne 9 % des hommes et 4 % des femmes (fig16).

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

- Le taux de personnes pris en charge pour un diabète dans la population rezéenne âgée de moins de 65 ans est, à structure par âge comparable, nettement plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C (2,9 %) que chez les non-bénéficiaires (1,5 %). Un constat analogue est observé à l'échelle de la métropole nantaise et, plus globalement, au plan national.

Une situation locale plus favorable qu'au plan national

- Comme à l'échelle de la métropole nantaise, la prévalence du diabète dans la population rezéenne est inférieure à la moyenne nationale (3,8 % vs 5,2 %, à structure par âge comparable). Ce constat concerne les hommes comme les femmes, et est retrouvé pour toutes les classes d'âge.

Une pathologie en augmentation

- Au plan national, la prévalence du diabète traité est en hausse. Si l'on considère l'évolution des admissions en ALD pour diabète, une tendance analogue est observée dans la population rezéenne. Ainsi, à structure par âge comparable, leur fréquence a augmenté de 11 % parmi les Rezéens entre 2006 et 2013. Cette augmentation est cependant moins marquée que celle observée à l'échelle de la métropole nantaise (+ 24 %) (fig17).

* personnes en ALD, hospitalisées ou bénéficiant d'un traitement médicamenteux.

2.4 Maladies respiratoires

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

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

L'asthme résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Les facteurs de déclenchement des crises sont bien identifiés : allergènes, infections respiratoires, pollution atmosphérique, tabac.

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

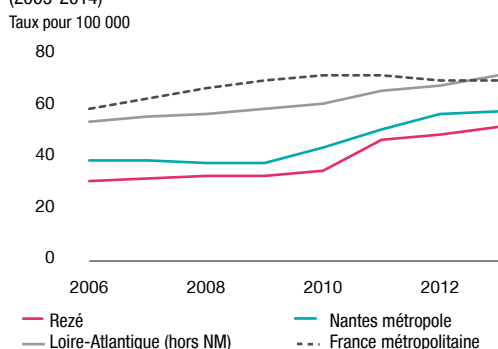
L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO. À partir d'un certain niveau de gravité de cette insuffisance respiratoire, les patients concernés peuvent être admis en affection de longue durée (ALD) par l'assurance maladie, en raison des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

Mais les affections respiratoires chroniques peuvent également se compliquer d'épisodes aigus, en particulier à l'occasion d'une infection par le virus de la grippe.

La grippe est une maladie très contagieuse puisque, chaque année, environ 2,5 millions de personnes sont touchées en France. Elle est souvent bénigne, mais peut entraîner des complications graves, voire un décès, notamment chez les adultes de plus de 65 ans, et chez les personnes souffrant d'une maladie chronique ou immunodéprimées. D'où l'enjeu de la vaccination annuelle de ces populations, mais aussi des personnes en contact régulier avec les sujets à risque et en particulier des professionnels de santé.

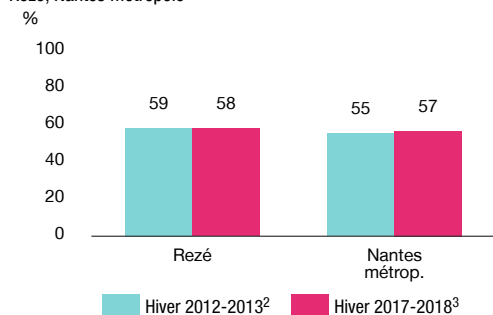
SITUATION À REZÉ

Fig.18 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

Fig.19 Évolution de la proportion¹ de personnes âgées de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe saisonnière
Rezé, Nantes métropole



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. proportion standardisée selon l'âge
2. entre 01/09/2012 et 31/01/2013, 3. entre 01/09/2017 et 31/01/2018
(cf. précisions méthodologiques page 22)

240 Rezéens sont en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave

► Environ 240 Rezéens sont en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique grave (IRCG) fin 2016, soit environ 0,5 % des habitants.

Chaque année, une vingtaine de Rezéens sont admis dans ce dispositif pour une IRCG, et plus des deux tiers sont âgés de 65 ans ou plus.

► La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme sont les pathologies les plus souvent en cause.

Des admissions en ALD en forte hausse, mais qui restent moins fréquentes qu'au plan national

► Comme à l'échelle de la métropole nantaise, la fréquence des admissions en ALD pour IRCG parmi les Rezéens est en forte augmentation (+ 67 % entre 2006 et 2013) (fig18). Cette hausse est plus marquée que celle observée au plan national.

► Malgré cette progression, la fréquence de ces admissions reste dans la population rezéenne inférieure à la moyenne nationale (- 26 % sur la période 2012-2014). Mais, l'écart se réduit. Cette situation favorable se retrouve également à l'échelle de l'agglomération nantaise (- 18 % par rapport à la moyenne française) (fig18).

Un taux de vaccination contre la grippe plutôt stable chez les personnes âgées

► 58 % des Rezéens, relevant du régime général et âgés de 65 ans et plus, ont été vaccinés contre la grippe saisonnière au cours de l'hiver 2017-2018. Ce taux est proche de celui observé pour l'hiver 2012-2013 (59 %). Il est en outre peu différent de celui de la métropole nantaise (57 %) (fig19).

2.5 Troubles mentaux et du comportement, suicide

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

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

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

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

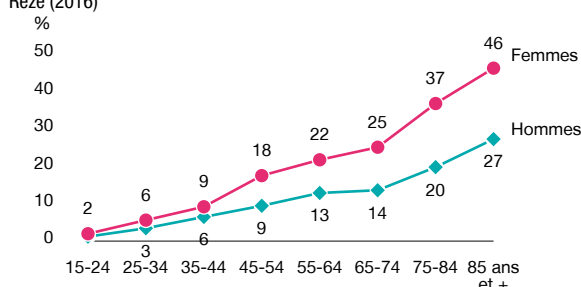
Les troubles schizophréniques, en cause dans près de la moitié des hospitalisations sans consentement, constituent l'une des causes majeures de handicap psychique.

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

La maladie mentale constitue un facteur de risque de suicide, de même que l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. L'alcool favorise également le passage à l'acte suicidaire, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit. Par contre, la famille, et plus globalement le support social, protège.

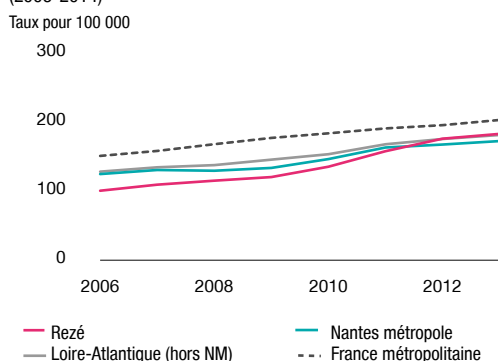
SITUATION À REZÉ

Fig.20 Proportion de personnes traitées par psychotropes dans l'année selon l'âge et le sexe
Rezé (2016)



Source : SNDS-DCIR, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes (cf. précisions méthodologiques page 23)

Fig.21 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques (hors démences)
(2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

11 % des Rezéens traités par médicaments psychotropes

► Environ 4 200 Rezéens ont bénéficié en 2016 d'au moins trois délivrances, à des dates différentes, d'un traitement psychotrope (antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques ou hypnotiques). Cela représente près de 11 % de la population rezéenne, soit un taux comparable à la moyenne nationale.

► Ce taux augmente fortement avec l'âge, passant de 2 % chez les 15-24 ans à 14 % chez les 45-54 ans pour atteindre 40 % chez les 85 ans et plus (fig20).

Les femmes nettement plus souvent concernées que les hommes

► Le taux de recours à des psychotropes est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (14 % vs 7 %, à structure par âge comparable). Cette différence s'observe dans toutes les classes d'âge à partir de 15 ans (fig20).

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

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

Des admissions en ALD pour affection psychiatrique en hausse

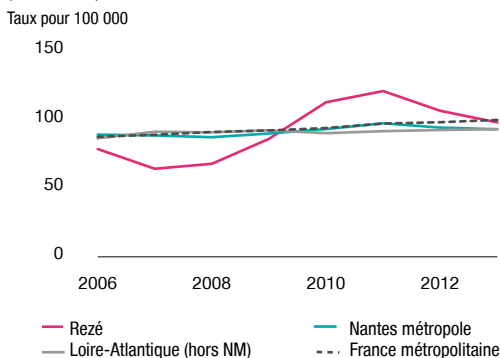
► Plus de 70 Rezéens sont admis en moyenne chaque année en ALD pour une affection psychiatrique, autre qu'une démence. Environ 80 % d'entre eux sont âgés de moins de 65 ans.

► Comme à l'échelle de la métropole nantaise, la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques est en forte augmentation dans la population rezéenne (+ 82 % entre 2006 et 2013). Malgré cette hausse, cette fréquence reste inférieure à la moyenne nationale (- 10 % en 2013). L'écart s'est toutefois fortement réduit et n'est plus statistiquement significatif (fig21).

► Au total, dans la population rezéenne, environ 800 personnes sont en ALD pour une affection psychiatrique (hors démence) fin 2016.

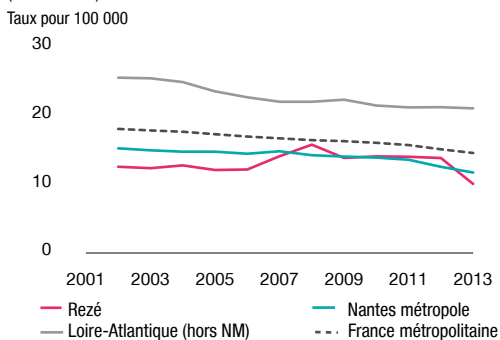
2.5 Troubles mentaux et du comportement, suicide (suite)

Fig.22 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

Fig.23 Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide (2002-2013)



Sources : Inserm CépiDc, SNDS-BCMD, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 5 ans
NM : Nantes métropole

270 Rezéens en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence

► Près de 50 Rezéens 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.

► Le taux d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence dans la population rezéenne connaît d'importantes fluctuations. Mais sur les dernières années, il apparaît plutôt proche de la moyenne nationale. Un constat analogue est retrouvé à l'échelle de la métropole nantaise (fig22).

► Au total, dans la population rezéenne, environ 270 personnes sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence fin 2016.

Une mortalité par suicide inférieure à la moyenne nationale

► Environ 4 habitants de Rezé décèdent en moyenne chaque année par suicide. Ces personnes sont le plus souvent âgées de moins de 65 ans.

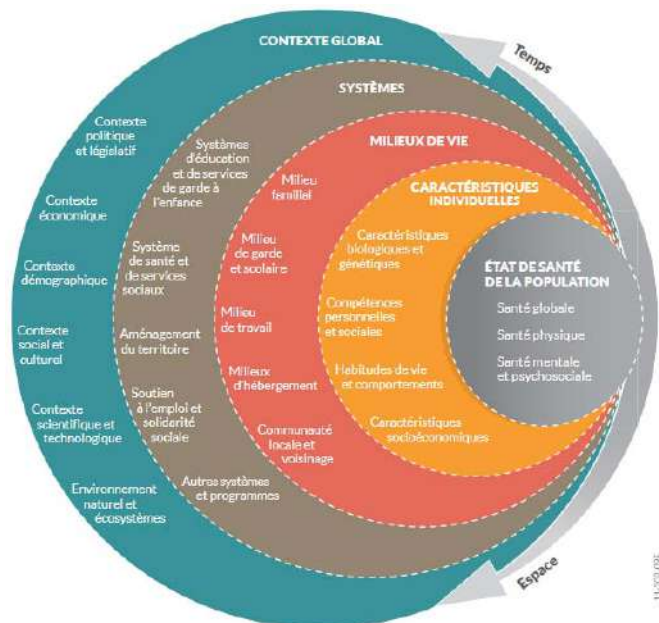
► Même si elle connaît des fluctuations, la mortalité par suicide dans la population rezéenne reste inférieure à la moyenne nationale depuis le début des années 2000. Ce constat favorable se retrouve également à l'échelle de la métropole nantaise. Il contraste avec la surmortalité par suicide, de plus de 40 %, observée dans le reste du département (fig23).

La santé et ses différents déterminants

Les déterminants de santé ont été définis en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme "les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations".

Ces déterminants sont donc multiples et de différentes natures : intrinsèques à l'individu (sexe, âge, patrimoine génétique...), liés à ses comportements (alimentation, activité physique, consommation d'alcool, de tabac...), à sa situation et son environnement social (niveau d'éducation, emploi, revenus, support et réseau social...) à son environnement physique personnel et professionnel (habitat, bruit, exposition aux polluants...), au système de santé (accès à la prévention et aux soins, qualité des soins...)...

De nombreuses typologies de ces différents déterminants de santé ont été développées au cours des dernières décennies : toutes s'accordent sur le fait que l'état de santé des individus et des populations résulte de combinaisons de ces multiples déterminants et d'interactions entre eux, et ce, tout au long de la vie.



Source : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

2.6 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. La consommation ponctuelle augmente le risque d'accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs...), de comportements violents ou délictueux, ainsi que de passage à l'acte suicidaire.

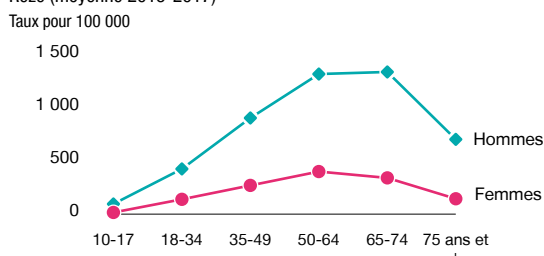
Consommé en forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique et, dans certains cas, engager le pronostic vital. Les situations d'intoxication éthylique aiguë et leurs conséquences peuvent conduire à une prise en charge par les urgences hospitalières, voire à une hospitalisation.

La consommation chronique d'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies somatiques (cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles neurologiques...), ainsi que des troubles psychiatriques (syndrome de dépendance à l'alcool notamment).

En France, le nombre annuel de décès, toutes causes confondues, attribuables à la consommation d'alcool, est estimé à près de 50 000. Environ un tiers de ces décès sont dus à un cancer.

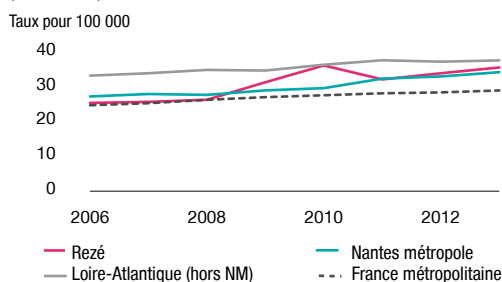
SITUATION À REZÉ

Fig.24 Taux de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool selon l'âge et le sexe
Rezé (moyenne 2015-2017)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : population tous régimes

Fig.25 Évolution du taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour pathologies principalement liées à la consommation excessive d'alcool (2005-2014)



Sources : Cnam, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Données lissées sur 3 ans
Champ : régime général, régime agricole, régime social des indépendants
NM : Nantes métropole

Près de 170 Rezéens hospitalisés au moins une fois dans l'année pour une pathologie liée à l'alcool

► En moyenne 168 Rezéens sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en service de court séjour* pour une pathologie liée à l'alcool.

► Ces recours hospitaliers liés à l'alcool sont, à structure par âge comparable, 3,5 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (fig24).

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.

► Parmi les 168 patients, le nombre moyen de ceux hospitalisés au moins une fois dans l'année est de :

- 34 pour une intoxication éthylique aiguë (IEA),
- 38 pour un syndrome de dépendance à l'alcool,
- 107 pour des complications liées à la consommation d'alcool.

► Les taux de personnes hospitalisées en court séjour pour une IEA ou pour des complications liées à l'alcool sont, dans la population rezéenne, inférieurs à la moyenne nationale. Par contre, le taux de Rezéens hospitalisés en court séjour pour dépendance alcoolique est nettement supérieur à la moyenne nationale (environ + 50 %, à structure par âge comparable).

Des admissions en ALD pour pathologies liées à l'alcool en forte augmentation et plus fréquentes qu'au plan national

► La fréquence des admissions en ALD pour des affections principalement liées à la consommation excessive d'alcool** a fortement augmenté dans la population rezéenne entre 2006 et 2013 (+ 40 %). Des hausses sont également observées à l'échelle de la métropole nantaise et au plan national, mais celles-ci sont moins marquées (fig25).

► La fréquence de ces admissions apparaît sur les années récentes supérieure à la moyenne nationale (environ + 20 % en 2012-2014).

* Court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Cet effectif ne prend pas en compte les hospitalisations en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation.

** Maladie alcoolique du foie, fibrose/cirrhose du foie, troubles mentaux liés à l'alcool.

3. Couverture maladie complémentaire (CMU-C, ACS)

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les régimes d'assurance maladie couvrent une part des dépenses de soins et la grande majorité de la population souscrit en plus une couverture maladie complémentaire privée. Deux dispositifs ont été mis en place pour permettre l'accès des ménages les plus modestes à cette couverture complémentaire.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est destinée aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (734 € en moyenne par mois pour une personne seule fin 2017) et résidant en France de manière stable et régulière. Elle prend en charge, avec dispense d'avance de frais, les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, dans les limites d'un panier de biens et services. En 2017, 8,2 % de la population française bénéficie de la CMU-C. Le taux de recours à la CMU-C des personnes qui y sont éligibles se situe entre 64 et 76 %.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) concerne les ménages dont les ressources sont supérieures au plafond pour l'octroi de la CMU-C mais ne dépassent pas de plus de 35 % ce plafond. Cette aide financière est destinée à réduire la charge liée à la cotisation d'un contrat d'assurance complémentaire santé. En juillet 2017, une attestation ACS avait été adressée à environ 1,9 % de la population française. Parmi ces destinataires, 77 % l'ont effectivement utilisée auprès d'un organisme complémentaire. Le recours à ce dispositif reste encore très insuffisant puisqu'en 2016, seulement 36 à 51 % des bénéficiaires potentiels avaient demandé cette attestation.

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

SITUATION À REZÉ

Fig.26 Population couverte par le régime général d'assurance maladie, bénéficiaires de la CMU-C selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (31/12/2017, 01/07/2013)

	Bénéficiaires du régime général 2017	Bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans		
		Effectif 2017	% 2017	% 2013
Trentemoult	1 284	39	3 %	4 %
Hôtel de ville	2 821	286	12 %	12 %
Pont-Rousseau	8 084	558	8 %	7 %
Château	5 354	830	19 %	14 %
La Houssais	6 172	346	7 %	3 %
La Blordière	4 379	297	8 %	7 %
Ragon	5 264	391	9 %	7 %
Rezé	33 358	2 747	10 %	8 %
Nantes métropole	492 208	40 183	10 %	9 %

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

10 % des Rezéens de moins de 65 ans bénéficient de la CMU-C, un taux en augmentation

► Fin 2017, 33 400 Rezéens sont couverts par le régime général* soit 84 % de la population municipale (fig26).

► Pour leur couverture complémentaire, plus de 2 700 Rezéens relevant du régime général bénéficient de la CMU-C fin 2017. Cela représente 10 % de la population couverte par ce régime et âgée de moins de 65 ans**.

► Le taux de bénéficiaires de la CMU-C varie de 3 % à 19 % selon les quartiers de la ville. Le quartier de Trentemoult présente le taux le plus faible et celui du Château le plus élevé.

► Ce taux est en augmentation par rapport à 2013. Les quartiers du Château et de la Houssais ont connu les plus fortes hausses.

Une attestation ACS délivrée à plus de 2 % des Rezéens relevant du régime général

► Fin 2017, environ 750 bénéficiaires du régime général* avaient reçu une attestation d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), ces personnes l'ayant utilisée ou non pour souscrire un contrat de complémentaire santé. Cet effectif représente 2,3 % de la population couverte par ce régime (fig27).

► Ce taux, qui s'élevait à environ 1 % en 2013, a augmenté en raison notamment des évolutions apportées à ce dispositif en 2015.

► Le quartier de Trentemoult présente le taux le plus faible de bénéficiaires de l'ACS et les quartiers du Château et de l'Hôtel de ville les taux les plus élevés.

* Tous les indicateurs présentés ci-dessus concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) du régime général de l'assurance maladie, hors SLM et hors AME. Sections locales mutualistes (SLM) : mutuelles qui gèrent pour le compte du régime général les prestations d'assurance maladie (étudiants, fonctionnaires...)
AME : aide médicale d'État. Cette aide permet l'accès gratuit aux soins pour les personnes les plus démunies de nationalité étrangère en situation irrégulière.
** 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.

Fig.27 Bénéficiaires auxquels une attestation d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) a été délivrée selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (31/12/2017)

	Effectif	% ¹
Trentemoult	10	nc
Hôtel de ville	100	3,6 %
Pont-Rousseau	156	1,9 %
Château	181	3,5 %
La Houssais	103	1,7 %
La Blordière	110	2,5 %
Ragon	92	1,8 %
Rezé	752	2,3 %
Nantes métropole	13 697	2,8 %

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

1. proportion standardisée selon l'âge
nc : non calculé

4. Recours aux soins

4.1 Recours au médecin généraliste

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

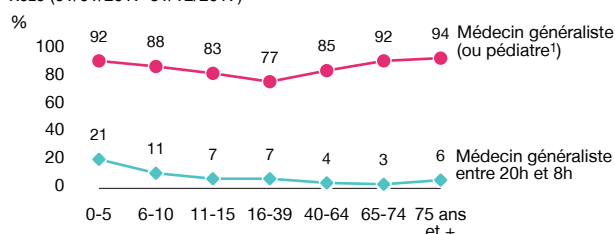
Les médecins généralistes contribuent à assurer les soins de premier recours, c'est-à-dire les soins ambulatoires de proximité. Pour les enfants de moins de 16 ans, ces soins peuvent également être réalisés par un pédiatre.

En dehors des heures d'ouverture des cabinets, le recours aux médecins généralistes libéraux s'effectue dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. À Rezé, cette permanence est assurée par le Centre d'accueil et de permanence des soins (Caps) installé à Nantes, ainsi que par l'association SOS médecins. L'accès au Caps s'effectue par un appel au Centre 15 et après avis médical ou orientation par le service des urgences. Les praticiens de SOS médecins interviennent sur rendez-vous au domicile des patients. Ils réalisent également des consultations dans deux centres, situés à Nantes et Rezé.

SITUATION À REZÉ

Fig.28 Proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon l'âge

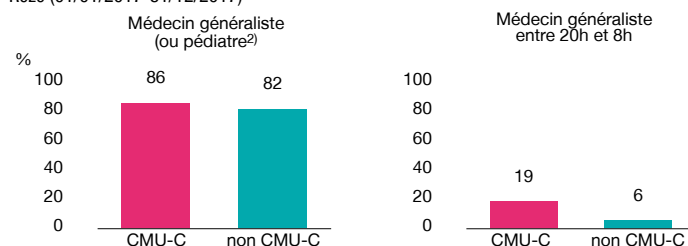
Rezé (01/01/2017-31/12/2017)



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

Fig.29 Proportion¹ de personnes de moins de 65 ans ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C

Rezé (01/01/2017-31/12/2017)



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

Fig.30 Proportion de personnes ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste selon les quartiers

Rezé, Nantes métropole (01/01/2017-31/12/2017)

	Médecin généraliste (ou pédiatre) ¹		Médecin généraliste entre 20h et 8h
	% ²	Nb moyen de recours ³	% ²
Trentemoult	81 %	3,7	5 %
Hôtel de ville	83 %	4,1	5 %
Pont-Rousseau	83 %	4,2	6 %
Château	84 %	4,6	8 %
La Houssais	86 %	4,4	7 %
La Blordière	86 %	4,3	6 %
Ragon	85 %	4,2	8 %
Rezé	85 %	4,3	7 %
Nantes métropole	83 %	4,1	6 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
1. pédiatre pour les moins de 16 ans 2. proportion standardisée sur l'âge
3. nombre standardisé sur l'âge, calculé parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général

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

► 85 % des Rezéens relevant du régime général* ont consulté, au moins une fois au cours de l'année 2017, un médecin généraliste** (fig28). Ce taux est analogue à celui observé en 2013.

Les Rezéens consultent en moyenne 4,3 fois dans l'année un médecin généraliste. Ce sont les jeunes enfants et les personnes âgées qui ont le plus souvent recours à ce praticien.

► 7 % des Rezéens ont eu recours au moins une fois en 2017 à un médecin généraliste entre 20h et 8h. Ces recours nocturnes sont surtout fréquents chez les enfants : 21 % des 0-5 ans et 11 % des 6-10 ans sont concernés au moins une fois dans l'année (fig28).

Un recours au médecin généraliste plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C, notamment la nuit

► À structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste (86 % vs 82 %)^{***} (fig29).

La fréquence moyenne des recours à un médecin généraliste dans l'année apparaît en outre plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C : 5,4 recours en moyenne par an vs 3,7 chez les non-bénéficiaires de la CMU-C.

Le taux annuel de recours à un médecin généraliste la nuit est en outre trois fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMU-C (19 % vs 6 % des non-bénéficiaires) (fig29).

► À structure par âge comparable, les habitants du quartier de Trentemoult ont un recours un peu plus faible au médecin généraliste que les habitants des autres quartiers (fig30).

Enfin, le taux annuel de recours à un médecin généraliste la nuit varie de 5 à 8 % selon les quartiers.

* Tous les indicateurs présentés ci-dessus concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) du régime général de l'assurance maladie, hors SLM et hors AME (Cf. définitions en bas de la page 16).

** ou pédiatre pour les moins de 16 ans, sauf pour le recours entre 20h et 8h.

*** Les indicateurs relatifs à la CMU-C sont calculés parmi les moins de 65 ans.

4.2 Soins dentaires

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

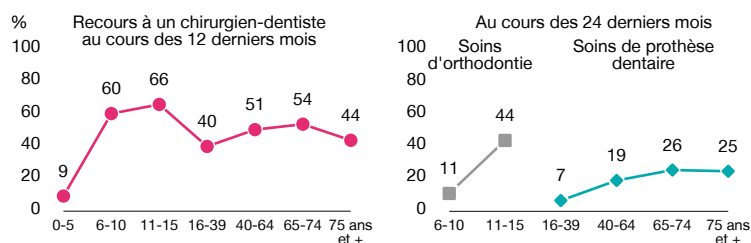
Les pathologies buccodentaires sont des affections très fréquentes qui sont susceptibles d'impacter l'état de santé général ainsi que la qualité de vie. Elles sont favorisées par certaines habitudes de vie et par une hygiène bucco-dentaire insuffisante. Leur prévention passe donc par la prise en compte de ces facteurs. Une visite annuelle chez un chirurgien-dentiste est recommandée, pour mettre en œuvre des soins préventifs ou pour assurer des soins curatifs précoces. Afin de favoriser le recours aux soins dentaires des jeunes, l'assurance maladie propose des examens de prévention sans avance de frais tous les trois ans, dans le cadre du programme M'T dents.

Les soins dentaires peuvent être de natures très variées : détartrage, scellements de sillons chez les enfants, soins conservateurs, pose de prothèses, soins chirurgicaux, soins d'orthodontie...

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 fréquente de leurs conditions de prise en charge.

SITUATION À REZÉ

Fig.31 Proportion de personnes ayant bénéficié de soins dentaires selon l'âge
Rezé (01/01/2016-31/12/2017)



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

Un recours au chirurgien-dentiste en augmentation

► 46 % des Rezéens, relevant du régime général*, ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste en 2017. Ce taux est en hausse par rapport à 2013 (43 %, à structure par âge comparable). Ce sont les enfants de 6-15 ans qui ont le plus souvent recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste, et les jeunes adultes le moins souvent recours (fig31).

Plus d'un quart des 6-15 ans ont bénéficié de soins d'orthodontie au cours des deux dernières années

► 27 % des enfants rezéens ont bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois (11 % des 6-10 ans et 44 % des 11-15 ans) (fig31).

Un adulte sur 6 a bénéficié de soins de prothèse dentaire au cours des deux dernières années

► 16 % des Rezéens, âgés de 16 ans et plus, ont bénéficié d'au moins un remboursement de soins de prothèse dentaire au cours des 24 derniers mois. Il augmente avec l'âge, passant de 7 % chez les 16-39 ans à environ 25 % chez les 65 ans et plus (fig31).

Un taux de recours au chirurgien-dentiste proche entre bénéficiaires et non-bénéficiaires de la CMU-C, mais des écarts importants selon le type de soins

► À structure par âge comparable, la proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois en 2017 à un chirurgien-dentiste ne diffère pas selon le fait ou non de bénéficier de la CMU-C.

Par contre, les soins d'orthodontie sont nettement moins fréquents parmi les enfants couverts par la CMU-C. 16 % d'entre eux y ont eu recours au cours des deux dernières années contre 29 % des autres enfants.

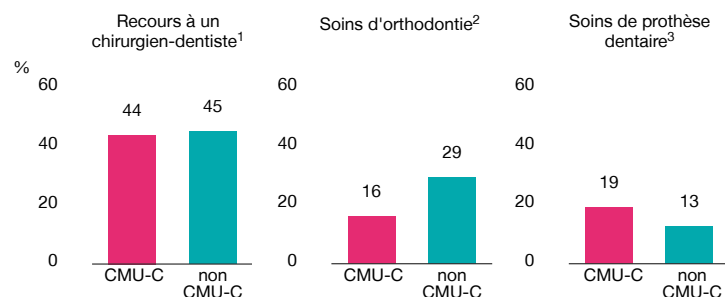
À l'inverse, les soins de prothèse dentaire apparaissent plus répandus parmi les bénéficiaires de la CMU-C (19 % vs 13 % des non-bénéficiaires) (fig32).

Des disparités selon les quartiers

► Les quartiers Hôtel de ville et Château présentent les taux les plus faibles de recours à un chirurgien-dentiste dans l'année, et de recours aux soins d'orthodontie pour les enfants.

Le taux de soins de prothèse dentaire diffère peu selon les quartiers (fig33).

Fig.32 Proportion de personnes de moins de 65 ans ayant bénéficié de soins dentaires selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Rezé (01/01/2016-31/12/2017)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
1. proportion standardisée sur l'âge, au cours des 12 derniers mois
2. proportion parmi les 6-15 ans, au cours des 24 derniers mois
3. proportion standardisée sur l'âge, parmi les 16-64 ans, au cours des 24 derniers mois

Fig.33 Proportion de personnes ayant bénéficié de soins dentaires selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (01/01/2016-31/12/2017)

Quartier	Recours à un chirurgien-dentiste ¹	Soins d'orthodontie ²	Soins de prothèse dentaire ³
Trentemout	46 %	31 %	15 %
Hôtel de ville	43 %	24 %	15 %
Pont-Rousseau	46 %	26 %	16 %
Château	44 %	24 %	15 %
La Houssais	48 %	30 %	17 %
La Blordière	46 %	26 %	17 %
Ragon	46 %	31 %	17 %
Rezé	46 %	27 %	16 %
Nantes métropole	45 %	28 %	16 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
1. proportion standardisée sur l'âge, au cours des 12 derniers mois
2. proportion parmi les 6-15 ans, au cours des 24 derniers mois
3. proportion standardisée sur l'âge, parmi les 16 ans et plus, au cours des 24 derniers mois

* Tous les indicateurs présentés ci-dessus concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) du régime général de l'assurance maladie, hors SLM et hors AME (cf. définitions en bas de la page 16).

4.3 Soins en ophtalmologie et équipement d'optique

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les soins en ophtalmologie ont pour objectifs de prévenir et de traiter les pathologies de l'œil et de ses annexes. Ces affections couvrent un large éventail de problèmes, allant du trouble de la réfraction corrigé le plus souvent par le port de lunettes ou de lentilles, à des maladies graves pouvant conduire à la cécité.

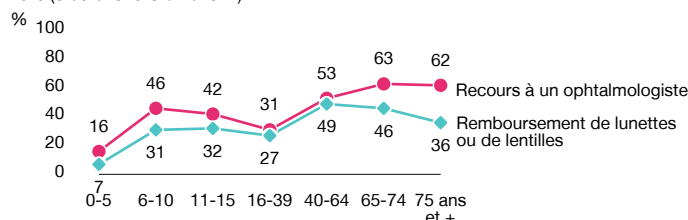
Les troubles de la réfraction sont très fréquents puisqu'environ 60 % de la population porte des lunettes ou des lentilles. De ce fait, l'ophtalmologiste est l'un des médecins spécialistes les plus fréquemment consultés.

Parmi les maladies oculaires graves, la rétinopathie diabétique, la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) touchent principalement les personnes de plus de 50 ans et sont responsables de la majorité des déficiences visuelles chez l'adulte.

Les consultations d'ophtalmologie font l'objet des mêmes conditions de remboursement que les consultations de médecine générale. Par contre, le reste à charge pour la lunetterie peut être élevé et générer des situations de renoncement à ces équipements.

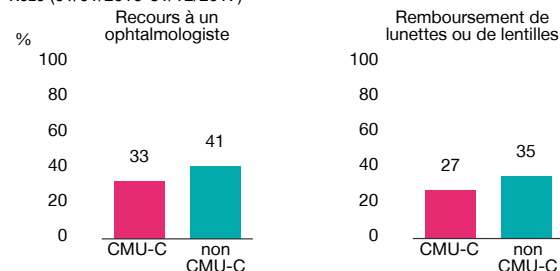
SITUATION À REZÉ

Fig.34 Proportion de personnes ayant eu un remboursement de soins en ophtalmologie ou en lunetterie au cours des 24 derniers mois selon l'âge
Rezé (01/01/2016-31/12/2017)



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

Fig.35 Proportion¹ de personnes de moins de 65 ans ayant eu un remboursement de soins en ophtalmologie ou en lunetterie, au cours des 24 derniers mois selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Rezé (01/01/2016-31/12/2017)



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
1. proportion standardisée sur l'âge

Fig.36 Proportion¹ de personnes ayant eu un remboursement de soins en ophtalmologie ou en lunetterie au cours des 24 derniers mois selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (01/01/2016-31/12/2017)

Quartier	Recours à un ophtalmologiste (%)	Remboursement de lunettes ou de lentilles (%)
Trentemoult	39 %	35 %
Hôtel de ville	43 %	35 %
Pont-Rousseau	45 %	36 %
Château	42 %	34 %
La Houssais	47 %	37 %
La Biorrière	45 %	37 %
Ragon	46 %	37 %
Rezé	45 %	36 %
Nantes métropole	44 %	35 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville
1. proportion standardisée sur l'âge

Un recours à l'ophtalmologiste en augmentation

► 45 % des Rezéens relevant du régime général* ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois. Ce taux est en augmentation (42 % en 2011-2013, à structure par âge comparable).

► Le recours à ce spécialiste est assez peu fréquent avant 5 ans alors qu'il concerne près des deux tiers des personnes à partir de 65 ans (fig34).

► 36 % des Rezéens ont bénéficié d'au moins un remboursement de lunettes (verres et/ou monture) ou de lentilles au cours des 24 derniers mois.

► Ce taux varie selon l'âge. Les personnes de 40-74 ans sont le plus souvent concernées (fig34).

Des recours moins fréquents parmi les bénéficiaires de la CMU-C

► Les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreux que les autres bénéficiaires à avoir eu recours au moins une fois à un ophtalmologiste (33 % vs 41 %, à structure par âge comparable) et à avoir bénéficié de remboursement d'équipement d'optique au cours des deux dernières années (27 % vs 35 %) (fig35).

Des disparités selon les quartiers

► À structure par âge comparable, le quartier de Trentemoult présente la plus faible proportion de personnes ayant consulté au moins une fois un ophtalmologiste au cours des deux dernières années (39 %), la plus élevée est observée pour le quartier de la Houssais (47 %) (fig36).

Les écarts entre quartiers sont moins marqués si l'on considère la proportion de Rezéens ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'équipement d'optique, celle-ci varie de 34 à 37 %.

* Tous les indicateurs présentés ci-dessus concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) du régime général de l'assurance maladie, hors SLM et hors AME (cf. définitions en bas de la page 16).

4.4 Recours à l'orthophoniste chez les enfants

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

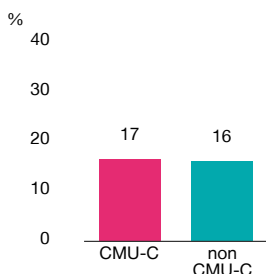
Les soins en orthophonie visent à prévenir et prendre en charge, par des actes de rééducation aussi précoces que possible, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression.

Chez les enfants, les séances d'orthophonie sont notamment prescrites dans des situations de retard d'expression, de bégaiement, de déficience auditive, et en cas de troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...). Ces derniers sont particulièrement répandus (ils concerneraient 5 à 6 % des enfants), et constituent le principal motif de recours à l'orthophoniste.

La réalisation d'un bilan et d'une rééducation orthophonique se font sur prescription médicale, le plus souvent par un médecin généraliste, parfois par un pédiatre.

SITUATION À REZÉ

Fig.37 Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant consulté un orthophoniste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Rezé (01/01/2017-31/12/2017)



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

Fig.38 Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant consulté un orthophoniste au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon les quartiers
Rezé, Nantes métropole (01/01/2017-31/12/2017)

Quartier	Recours à l'orthophoniste (%)
Trentemoult	15 %
Hôtel de ville	16 %
Pont-Rousseau	15 %
Château	16 %
La Houssais	17 %
La Blordière	19 %
Ragon	15 %
Rezé	16 %
Nantes métropole	17 %

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

Un enfant sur 6 vu par un orthophoniste dans l'année

► 16 % des enfants rezéens, relevant du régime général* et âgés entre 6 et 10 ans, ont consulté au moins une fois un orthophoniste au cours des 12 derniers mois. Ce taux n'a pas connu d'évolution significative par rapport à 2013 (17 %).

► Le taux de recours à un orthophoniste est peu différent entre les enfants rezéens couverts par la CMU-C et ceux qui ne le sont pas, alors qu'à l'échelle de la métropole nantaise, ce taux est plus élevé chez les enfants bénéficiaires de la CMU-C (21 % vs 17 %) (fig37).

Des disparités selon les quartiers

► La proportion d'enfants ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste varie de 15 % à 19 % selon les quartiers. Le quartier la Blordière présente la proportion la plus élevée (fig38).

* Tous les indicateurs présentés ci-dessus concernent les bénéficiaires (assurés et ayant droit) du régime général de l'assurance maladie, hors SLM et hors AME (cf. définitions en bas de la page 16).

5. Situation dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville - Nantes métropole

► Comme en France, les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées dans l'agglomération nantaise.

La comparaison des indicateurs d'état de santé et de recours aux soins des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) avec ceux des habitants des autres quartiers illustre ce constat (fig39).

► À structure par âge comparable, 19 % des habitants des QPV sont en affection de longue durée (ALD) en raison d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux. Parmi les habitants des autres quartiers de la métropole nantaise, cette proportion est de 15 %.

► Un tiers des habitants des QPV relevant du régime général bénéficient de la CMU-C, qui permet de prendre en charge sans avance de frais les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, dans les limites d'un panier de biens et services (contre 7 % des habitants des autres quartiers).

Malgré ce dispositif, les écarts de recours à certains soins sont importants.

Les habitants des QPV ont ainsi moins souvent recours aux soins suivants :

- chirurgien-dentiste (36 % vs 46 % des habitants des autres quartiers),
- ophtalmologiste (36 % vs 44 %),
- équipement d'optique (29 % vs 36 %),
- soins d'orthodontie pour les enfants (18 % vs 30 %).

Ils recourent par contre en moyenne plus souvent dans l'année à un médecin généraliste que ceux des autres quartiers (4,6 recours par an vs 4,1). En outre, ils sont en proportion plus nombreux à recourir à un médecin généraliste la nuit, c'est-à-dire entre 20h et 8h (11 % vs 5 %).

► En matière de prévention, les femmes résidant dans les QPV participent moins souvent au dépistage du cancer du sein (48 % vs 66 %) et du cancer du col utérin (37 % vs 52 %).

Enfin, les personnes âgées de plus de 65 ans de ces quartiers sont moins souvent vaccinées contre la grippe saisonnière (49 % vs 58 %).

Fig.39 État de santé, recours aux soins et à la prévention : comparaison entre les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et ceux des autres quartiers
Nantes métropole, Rezé (31/12/2017)

	Nantes métropole			Rezé
	QPV	Autres quartiers	Total	QPV Château/Mahaudières
État de santé				
Proportion ¹ de personnes en affection de longue durée (ALD)	19 %	15 %	16 %	19 %
Dépistage et prévention				
Proportion ¹ de femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 36 derniers mois	37 %	52 %	51 %	36 %
Proportion de femmes de 50-74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des 24 derniers mois	48 %	66 %	64 %	56 %
Proportion ¹ de personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre la grippe saisonnière	49 %	58 %	57 %	53 %
Couverture maladie complémentaire				
Proportion ¹ de bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans	33 %	7 %	10 %	32 %
Proportion ¹ de bénéficiaires auxquels une attestation d'ACS a été délivrée	9 %	2 %	3 %	6 %
Recours au médecin généraliste				
Proportion ¹ de personnes ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans)	83 %	83 %	83 %	82 %
Nombre ² moyen de recours à un médecin généraliste (ou un pédiatre pour les moins de 16 ans) au cours des 12 derniers mois	4,6	4,1	4,1	4,8
Proportion ¹ de personnes ayant consulté un médecin généraliste entre 20h et 8h au cours des 12 derniers mois	11 %	5 %	6 %	10 %
Soins dentaires				
Proportion ¹ de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois	36 %	46 %	45 %	38 %
Proportion d'enfants de 6-15 ans ayant bénéficié de soins d'orthodontie au cours des 24 derniers mois	18 %	30 %	28 %	19 %
Proportion ¹ de personnes de 16 ans ou plus ayant bénéficié d'un remboursement de soins de prothèse dentaire au cours des 24 derniers mois	15 %	16 %	16 %	14 %
Soins en ophtalmologie et équipement d'optique				
Proportion ¹ de personnes ayant consulté un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois	36 %	44 %	44 %	37 %
Proportion ¹ de personnes ayant bénéficié d'un remboursement de lunettes ou lentilles au cours des 24 derniers mois	29 %	36 %	35 %	30 %
Recours à l'orthophoniste chez les enfants				
Proportion d'enfants de 6-10 ans ayant consulté un orthophoniste au cours des 12 derniers mois	18 %	17 %	17 %	14 %

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

Champ : régime général (hors SLM, hors AME), soins de ville

1. proportions standardisées sur l'âge

2. nombre standardisé sur l'âge

Quartiers prioritaires de la politique de la ville - Nantes métropole

- Nantes : Bellevue, Bottière/Pin Sec, Bout des Landes/Bout des Pavés/Chêne des Anglais, La Boissière, La Halvêque, La Petite Sensive, Le Breil, Le Clos Toreau, Le Ranzay, Les Dervallières, Malakoff, Port Boyer
- Orvault : Plaisance
- Rezé : Château/Mahaudières
- Saint-Herblain : Bellevue, Le Sillon de Bretagne

6. Éléments de méthode : sources et indicateurs

SOURCES DES DONNÉES

► Affections de longue durée (ALD)

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin traitant, en affection de longue durée (ALD). 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 à la fois en termes de prévalence et d'incidence, de façon globale ou selon la (les) pathologie(s) à l'origine de l'admission en ALD.

Des données d'incidence (nouvelles admissions en ALD) sont présentées en figures 6, 14, 17, 18, 21, 22, 25. Elles concernent les admissions en ALD sur liste pour les bénéficiaires (assurés et ayants droit) des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) qui couvrent plus de 95 % de la population française. Ces données portent sur les années 2005 à 2014 et ont été mises à la disposition de la Fédération des ORS par les caisses d'assurance maladie.

Des données de prévalence (nombre total de personnes en ALD à une date donnée) sont décrites en commentaires pages 10, 12 et 14. Elles concernent les bénéficiaires de l'ensemble des régimes d'assurance maladie en ALD sur liste fin 2016. Ces données ont été extraites du Datamart de consommations interrégimes (DCIR) du Système national des données de santé (SNDS).

Des données de prévalence sont présentées en figure 7. Elles concernent les bénéficiaires du régime général en ALD sur liste ou hors liste (ALD n° 31) au 31/12/2017 et 01/07/2013, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME). Ces données ont été mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique.

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

► Causes médicales de décès/mortalité

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 (figures 1, 2, 3, 4, 8, 10, 15, 23, 26) 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 données de mortalité prématurée par quartier présentées en figure 5 ont été mises à disposition par le service État civil de la Ville de Rezé. Elles sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée, et elles concernent les années 2000 à 2016.

► Couverture maladie, recours aux soins, prévention

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

Concernant les données de recours aux soins, celles-ci prennent en compte les actes réalisés par un professionnel de santé libéral ou salarié, à l'exception des actes réalisés dans certaines structures de soins :

- actes et consultations externes réalisés dans les établissements de santé publics et Espic, qui n'effectuent pas la facturation individuelle (FIDES),
- actes/soins réalisés lors d'une hospitalisation en établissements de santé publics et en Espic,
- examens et actes réalisés dans les centres d'examen de santé, soins délivrés dans le cadre de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass),
- recours aux urgences sans hospitalisation,
- soins réalisés en Ehpad dans le cadre du forfait de soin (partiel ou global),
- soins réalisés dans les établissements ne facturant pas à l'assurance maladie.

Sont détaillés ci-après pour chacun des indicateurs présentés dans ce document leur champ et limites.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Les indicateurs relatifs à la CMU-C sont calculés parmi les bénéficiaires âgés de moins de 65 ans car peu de personnes âgées de 65 ans et plus bénéficient de cette complémentaire, le plafond de ressources pour y être éligible étant inférieur au minimum vieillesse.

Dépistage du cancer du col de l'utérus (figure 13, page 9)

L'indicateur prend en compte l'ensemble des examens cytopathologiques de frottis cervico-utérin pris en charge par le régime général d'assurance maladie, hors ceux réalisés en consultations externes des établissements de santé publics.

Les actes pris en compte sont : "examen cytopathologique de prélèvement (frottis) du col de l'utérus" ; "examen cytopathologique en phase liquide (technique monocouche) de prélèvement (frottis) du col de l'utérus".

Dépistage du cancer du sein (figure 13, page 9)

L'indicateur prend en compte les actes "mammographie bilatérale", "mammographie unilatérale", "mammographie de dépistage" pris en charge par le régime général de l'assurance maladie. Le champ de cet indicateur est donc plus large que l'indicateur de la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées (figure 19, page 12)

L'indicateur prend en compte les vaccins délivrés en pharmacie de ville et pris en charge par le régime général de l'assurance maladie. En sont donc exclus les vaccins délivrés par la pharmacie à usage interne des établissements de santé et médicosociaux qui en disposent, et notamment des Ehpad concernés. De ce fait, cet indicateur sous-estime la couverture vaccinale effective des personnes âgées, en particulier au-delà de 85 ans.

Médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) (page 17)

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

Recours au chirurgien-dentiste (page 18)

Les résultats sont établis à partir des actes et consultations réalisés par des chirurgiens-dentistes, y compris les orthodontistes (spécialistes en orthopédie dentofaciale, ODF), libéraux et salariés (en centre mutualiste et en centre de santé dentaire notamment), pris en charge par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent pas en compte les prestations réalisées en consultations externes des établissements publics.

Soins d'orthodontie chez les enfants (page 18)

Les actes pris en compte sont les actes réalisés par un chirurgien-dentiste (y compris ODF) ou un stomatologue, et pris en charge par le régime général d'assurance maladie : "orthodontie par dentiste", "orthodontie par médecin", "forfait prothèse orthodontique (CMU hors panier de soins)", "forfait orthodontie (CMU)".

Soins de prothèse dentaire (page 18)

Les actes pris en compte sont les actes réalisés par un chirurgien-dentiste (y compris ODF) et pris en charge par le régime général d'assurance maladie : "prothèse dentaire amovible", "prothèse dentaire fixe esthétique", "prothèse dentaire fixe métallique", "prothèse dentaire/dentiste", actes divers de prothèse dentaire.

Recours à un ophtalmologiste (page 19)

Les résultats sont établis à partir des actes réalisés par les ophtalmologistes pris en charge par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent pas en compte ceux réalisés en consultations externes dans un établissement public de santé, ni ceux qui ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un remboursement individuel car intégrés dans le budget d'un établissement/service de santé ou médicosocial.

Équipement d'optique (page 19)

Les actes pris en compte sont les actes exécutés par un fournisseur "optique médicale" et pris en charge par le régime général d'assurance maladie : les prestations d'"optique", "monture optique", "lentilles optiques", "verres optiques", "forfait monture CMU", "forfait optiques unifocaux (CMU)".

Recours à un orthophoniste chez les enfants (page 20)

Les résultats sont établis à partir des actes d'orthophonistes remboursés à titre individuel par le régime général d'assurance maladie. Ils ne prennent donc pas en compte ceux qui ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un remboursement individualisé car intégrés dans le budget d'un établissement ou service d'éducation, de santé ou médicosocial.

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

Les données de participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer colorectal (figures 11, 12) ont été mises à disposition par la structure départementale de gestion Cap Santé Plus-44 qui a intégré en juin 2018 le Centre régional de coordination et de dépistage des Pays de la Loire. Ces données sont rapportées au domicile du patient et concernent la période 2016-2017.

Les taux de participation ont été calculés en prenant en compte comme dénominateur les données du recensement de la population 2015.

► Incidence des cancers

Le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée enregistre tous les nouveaux cas de cancers chez les personnes habitant la Loire-Atlantique ou la Vendée au moment du diagnostic. Pour cette étude, le Registre a mis à disposition les données d'incidence des cancers concernant les habitants de Rezé pour deux périodes 2008-2010 et 2012-2014 (figures 8, 9). Ces données d'incidence ont été comparées aux estimations nationales des nouveaux cas de cancers établies par le réseau des registres des cancers français Francim pour les années 2009 et 2012 [Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, *et al.* (2013). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. InVS. 122 p.].

► Personnes hospitalisées en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool

Les données relatives aux personnes hospitalisées dans des services de court séjour pour des pathologies liées à l'alcool (figure 24) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information de médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO). Ce programme, dont l'objectif est médicoéconomique, repose sur l'enregistrement lors de chaque séjour dans un établissement de santé, d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Les statistiques présentées concernent les habitants de Rezé, quel que soit le lieu de leur hospitalisation. Elles portent sur les années 2015-2017. Ont été considérées les personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier (hors séances) comportant un ou plusieurs 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.

L'effectif total moyen de personnes hospitalisées en court séjour pour une pathologie liée à l'alcool une fois dans l'année est un effectif minimum 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 ne sont pas prises en compte dans cette étude.

► Personnes prises en charge pour diabète

Les données relatives aux personnes prises en charge pour diabète (figure 16) sont issues du datamart DCIR (Datamart de consommations interrégimes) et des bases PMSI MCO du Système national des données de santé (SNDS).

L'algorithme de sélection est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses. Ont ainsi été considérées les personnes :

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

► Personnes traitées par médicaments psychotropes

Les données relatives aux personnes traitées par psychotropes (figure 20) sont issues du datamart DCIR (Datamart de consommations interrégimes) du Système national des données de santé (SNDS).

L'algorithme de sélection des personnes traitées par psychotropes dans l'année retenu dans cette étude est celui développé par la Cnam pour l'élaboration de la cartographie des patients et des dépenses.

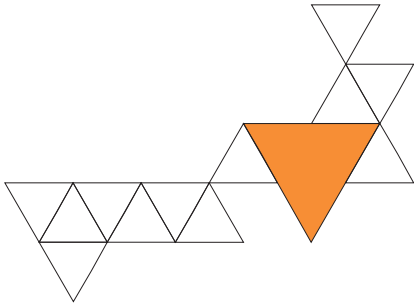
Dans l'algorithme de sélection, ont été considérées les personnes ayant reçu au cours de l'année 2016 (à différentes dates), au moins 3 délivrances : d'antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

INDICATEURS

► **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 : Rezé, Nantes métropole...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (population France métropolitaine, sauf pour l'incidence des cancers pour laquelle la population mondiale est utilisée). Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation dite directe.



Ce profil a été établi à la demande de la Ville de Rezé, dans le cadre de travaux d'observation de la santé initiés depuis 2014 par Nantes métropole.

Y sont décrits les principaux problèmes de santé des Rezéens, ainsi que leurs pratiques en matière de recours aux soins de ville, à partir de l'analyse croisée de plusieurs sources de données.

Cette étude offre également une description des inégalités sociales et territoriales de santé, à l'échelle de la ville de Rezé.

Elle a été réalisée par l'ORS des Pays de la Loire en partenariat avec plusieurs organismes, dont la CPAM de Loire-Atlantique qui a mis à disposition des données concernant la couverture maladie et le recours aux soins des habitants de Nantes métropole à une échelle infracommunale.

Elle a été financée par Nantes métropole.

AUTEURS

Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Marie Dalichampt, Dr Anne Tallec (ORS Pays de la Loire).

FINANCEMENT

Nantes métropole

CITATION SUGGÉRÉE

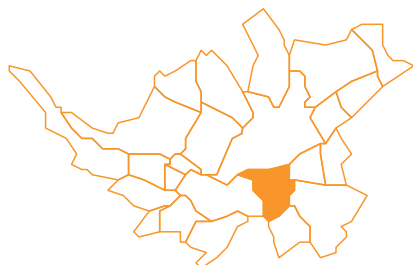
ORS Pays de la Loire. (2018). Profil santé 2018. Ville de Rezé. 24 p.

REMERCIEMENTS

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

Merci notamment à France Nanin (CPAM de Loire-Atlantique), Solenne Delacour et Dr Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée), Dr Corinne Allieux et Dr Corinne Pogu (Centre régional de coordination des cancers des Pays de la Loire), et aux services État civil et Communication de la Ville de Rezé.

ISBN 978-2-908417-91-3 / ISBN NET 978-2-908417-98-2



Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire
Hôtel de la Région • 1 rue de la Loire
44966 Nantes Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75
accueil@orspaysdelaloire.com
www.santepaysdelaloire.com/ors