



HAL
open science

Diagnostic territorial de santé de la commune de Rezé en 2022

Gaëtan Bellanger

► **To cite this version:**

Gaëtan Bellanger. Diagnostic territorial de santé de la commune de Rezé en 2022. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04572394

HAL Id: dumas-04572394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04572394v1>

Submitted on 10 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

—

FACULTÉ DE MÉDECINE

—

Année: 2024

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Gaëtan BELLANGER

—

Présentée et soutenue publiquement le 13 février 2024

—

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE REZÉ
EN 2022

—

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste AMÉLINEAU

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À notre Maître et juge, Président du jury,

Monsieur le Professeur Cédric RAT
Docteur en médecine, spécialiste en médecine générale.
Professeur des Universités de Nantes.

En acceptant de présider cette thèse, vous nous faites un très grand honneur. Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et Juge, membre du jury, et directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste AMELINEAU,
Docteur en médecine générale, Maître de conférences des Universités. Associé de
Médecine Générale. Département de médecine générale de l'Université de Nantes.

Immense est la reconnaissance que j'éprouve à votre égard. Merci de votre confiance
et d'avoir dirigé cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre dynamisme, votre bienveillance et vos
précieux conseils.

Puisse ce travail être à la hauteur de nos espérances.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et Juge, membre du jury,

Monsieur le Docteur Jean-Benoît HARDOUIN,
Maître de conférences, Praticien Hospitalier
Service de Sante Publique des Universités de Nantes.

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous en sommes considérablement reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

Je souhaite adresser mes salutations particulières à Madame Agnès Bourgeois, maire de Rezé et souhaite remercier toutes les personnes de la mairie notamment celles du service d'action sociale pour leur proposition de participation à l'étude qui a constitué le point de départ de ce travail.

Je souhaite aussi remercier le pôle dialogue citoyen et communication de la ville de Rezé et notamment témoigner ma gratitude à Justine EUDE dont l'aide a constitué une étape importante dans la réalisation de ce projet.

A mes proches :

A maman et papa, merci d'être toujours là, pour tout cet amour.
Vous êtes ma force. Je vous aime.

A ma famille : je pense tous les jours à vous. Merci pour tout ce soutien et cet amour.
Je suis si fier de vous avoir.

A ma Yasmine : Tu es ma partenaire de vie, un soutien de tous les jours et une amie indispensable. Je suis chanceux de t'avoir. Je t'aime.

A mes amis, la famille que j'ai choisie. Je ne suis rien sans vous.
Merci d'être dans ma vie. Je vous aime fort.

A mon collectif Oz : la passion nous anime, Nous allons tous bientôt Vibrer par la musique, danser sans limite, caresser l'osmöz

A mes collègues : de la rue Fouré ou du Château
C'est une chance et un plaisir de travailler avec vous.
Merci pour votre bienveillance, aides et conseils. A très vite

A tous les professionnels de santé qui m'ont accompagné d'une façon ou d'une autre.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- CMU-C : 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
- ACS: 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.
- C2S ou CSS : est la complémentaire santé solidaire. Celle-ci a remplacé la couverture maladie universelle (CMU-C) et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) depuis le 1er Novembre 2019
- 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 thérapie 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).
- AME : L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Pour la demander, un dossier est à remplir. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an. Le renouvellement doit être demandé chaque année
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

- MEP : Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MEP). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes.

- CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé, c'est un regroupement de professionnels d'un même territoire qui souhaitent à leur initiative s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

- MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

- PUMa : Protection universelle maladie

- ORS : Observatoire régional de santé

Table des matières

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUCTION | 11 |
| 1.1 | Contexte général | 11 |
| 1.1.1 | Le droit à la santé et le système de santé français | 11 |
| 1.1.2 | Les acteurs du soin primaire | 13 |
| 1.1.3 | Les inégalités d'accès et sociodémographiques | 14 |
| 1.2 | Contexte local | 18 |
| 1.2.1 | Commune de Rezé | 18 |
| 1.2.2 | Offre de soins à Rezé | 20 |
| 1.3 | Contexte de notre étude et justification de notre travail : | 29 |
| 2 | MATÉRIEL ET MÉTHODES | 31 |
| 2.1 | Type et durée de l'étude | 31 |
| 2.2 | Recueil des données | 31 |
| 2.3 | Diffusion du questionnaire | 32 |
| 2.4 | Confidentialité des données | 32 |
| 2.5 | Analyse des données recueillies | 33 |
| 2.6 | Financement de l'étude et soutien méthodologique | 33 |
| 3 | RÉSULTATS : | 34 |
| 3.1 | Analyse socio-démographique des répondants | 35 |
| 3.1.1 | Genre des répondants | 35 |
| 3.1.2 | Âge des répondants | 35 |
| 3.1.3 | Statut professionnel des répondants | 37 |
| 3.1.4 | Répondants selon les quartiers de la ville de Rezé | 38 |
| 3.1.5 | Perception globale de l'état de santé des répondants | 40 |
| 3.2 | Perception de l'offre de soin : | 40 |
| 3.2.1 | Perception globale de l'offre de soin | 40 |
| 3.2.2 | Perception de l'offre de soin selon l'âge des répondants | 41 |
| 3.2.3 | Perception de l'offre de soin selon les quartiers | 43 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.2.4 | Perception de l'offre de soin selon la profession du répondant..... | 45 |
| 3.3 | Perception de l'état de santé :..... | 46 |
| 3.3.1 | Perception de l'état de santé selon l'âge..... | 46 |
| 3.3.2 | Perception de l'état de santé selon les quartiers de Rezé | 47 |
| 3.3.3 | Perception de l'état de santé selon les professions | 49 |
| 3.4 | Renoncement aux soins..... | 50 |
| 3.4.1 | Renoncement aux soins chez les répondants..... | 50 |
| 3.4.2 | Renoncement aux soins selon l'âge des répondants | 51 |
| 3.4.3 | Renoncement aux soins selon le quartier des répondants..... | 52 |
| 3.4.4 | Renoncement aux soins selon la profession des répondants | 54 |
| 4 | DISCUSSION | 56 |
| 4.1 | L'offre de soins..... | 56 |
| 4.2 | Le renoncement aux soins | 58 |
| 4.3 | La perception de son état de santé | 61 |
| 4.4 | Limites de notre étude..... | 65 |
| 5 | CONCLUSION | 66 |
| | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 67 |
| | ANNEXE 1 | 73 |

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte général

1.1.1 Le droit à la santé et le système de santé français

La pratique de la médecine générale est centrée autour du patient, de sa santé, de son environnement.

L'état de santé est défini comme un état de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1) .

Le droit à la santé et aux soins sur le territoire français, ainsi que l'égalité d'accès à ceux-ci est l'un des principes fondateurs de notre système de santé, ainsi qu'une notion du code de la santé publique défendu par la loi (2).

Les pouvoirs publics assurent au niveau national le pilotage du système de santé par le biais des politiques publiques et des différentes agences indépendantes, selon les lois votées en vigueur (3,4). Ainsi l'HAS élabore et met en œuvre à l'échelle nationale les politiques de santé publique décidées par les ministères chargés de la santé et des affaires sociales. Au niveau régional, ce sont les différentes ARS qui sont chargées de cette mission.

Le système de santé français peut s'articuler en trois types de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

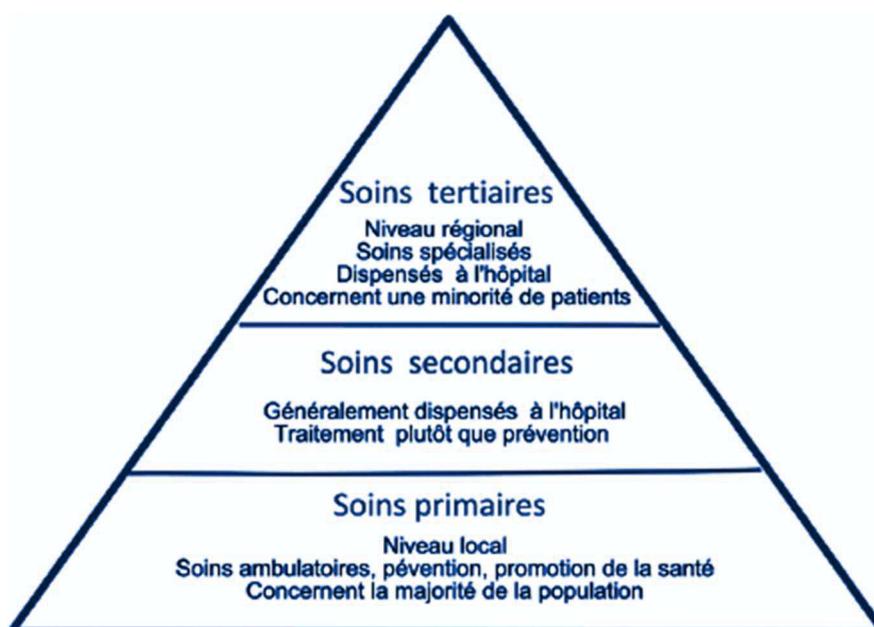


Figure 1. Pyramide du système de soins. Adapté de Curtis (2004)

Au niveau local, le système de santé français s’articule essentiellement autour du médecin généraliste dont la pratique est définie par différents concepts et textes législatifs (2) avec notamment le principe fondamental que le patient autonome est l’acteur principal de sa santé.

Un modèle d’écologie des soins de santé révélé par White et affiné par Green et revu en 2023 par Laporte et al (5,6) aide à comprendre qu’il ne faut pas calquer le modèle des soins primaires sur celui des soins hospitaliers. En effet, les démarches médicales du généraliste et de l’hospitalier sont différentes : le premier se basant sur un modèle probabiliste et plus global, tandis que le second rentre dans une démarche de technicité et de recherche spécialisée.

Ces deux modèles diffèrent dans leur organisation mais sont interdépendants et complémentaires pour le bon fonctionnement du système de soin.

Par ailleurs, il est aussi constaté que les médecins généralistes ne voient qu’un quart de l’ensemble des malades affecté par un problème de santé (quel qu’il soit) et donc que tous les troubles de santé ne leur parviennent pas. Il s’agit de la notion de “maladie sans médecins”, éclairée par les travaux de White (5). Il peut être utile aux professionnels de santé ainsi qu’aux pouvoirs publics de savoir qu’un certain nombre de personnes ressentent des troubles de santé sans nécessairement faire appel au médecin.

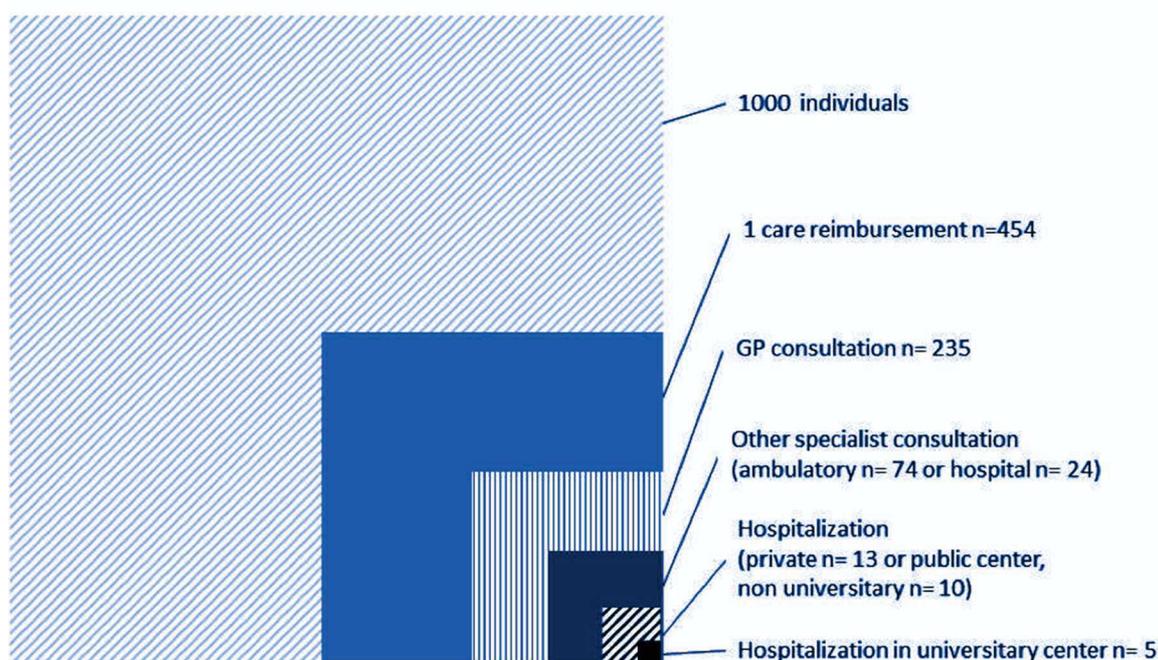


Figure 2. Carré de White et Green, revisité en 2023 par Laporte et al.

En reprenant le principe fondamental d'autonomie du patient, qui vient fonder son autorité sur sa propre personne, le rendant acteur principal de sa santé, il est possible de considérer que l'évaluation du système de santé et de l'état de santé d'une population, peut se faire via les considérations des patients eux-mêmes.

1.1.2 Les acteurs du soin primaire

A Alma-Ata en 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays" (7).

Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté, soulignant aussi leur rapport positif coût/efficacité.

Ce système de soin primaire est construit en France autour de l'intervention du médecin généraliste (très majoritairement libéraux). L'exercice de la médecine générale se faisant en cabinet, seuls ou en groupe. La collaboration avec les autres acteurs des soins primaires (autres professions médicales, paramédicales) pouvant se réaliser notamment dans le cadre d'Équipes de Soins Primaires (ESP) (8) qui sont constituées de professionnels de santé de premier recours dont au moins un médecin généraliste qui se coordonnent autour de la patientèle dans l'objectif d'améliorer les parcours de santé et ce via un projet défini et choisi par l'équipe.

Un autre échelon correspond aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (9) qui regroupent des professionnels de santé de premier recours (médicaux/pharmaceutique/auxiliaire médicaux) d'une même zone géographique en vue d'un exercice coordonné et libéral ou MSP multisite (sans regroupement immobilier).

Nous trouvons également les centres de santé dans lesquels les professionnels de santé sont salariés.

Tous ces organismes peuvent également faire partie d'une CPTS (10) qui est un mode d'exercice coordonné pluriprofessionnel à une échelle territoriale plus grande, regroupant les professionnels de santé libéraux, les équipes de soins primaires, les maisons de santé et les établissements de santé et médico-sociaux.

Les acteurs de soin primaire sont la porte d'entrée dans le système de soin et coordonnent/orientent les patients vers les soins appropriés au sein des soins primaires ou vers les soins secondaires ou tertiaires.

Ils développent par ailleurs une approche biopsychosociale des patients et assurent un rôle dans :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- L'éducation pour la santé.

1.1.3 Les inégalités d'accès et sociodémographiques

1.1.3.1 Inégalité d'accès

Il est d'actualité que les inégalités d'accès aux soins selon les populations et les territoires augmentent, selon de multiples modalités.

La « désertification » médicale et la lente érosion de l'exercice libéral s'observent depuis des années (11,12). La pyramide des âges des médecins en activité régulière contraste d'un département à l'autre, elle témoigne des difficultés de renouvellement générationnel dans certains territoires(11,13).

Ces inégalités n'opposent plus depuis longtemps les territoires ruraux et urbains. L'outil en ligne sur le site du CNOM permet de mieux appréhender ces inégalités à l'échelle infra-départementale, mesurant combien les réalités démographiques peuvent être contrastées au sein d'une même aire urbaine (11).

En France, en 2019, près de 56,3 millions de personnes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste, soit un taux de recours de 81,4 %.

On observait en 2021 une densité médicale de 85 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants en France (hors Mayotte), en baisse de 10% depuis 2012 (14), alors même que la population française augmente et vieillit (15,16).

En France métropolitaine, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 2. A noter que l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales sont impactées par ces inégalités de densité, parfois bien davantage que pour la médecine générale.

1.1.3.2 Inégalités socio démographiques et besoins/consommation de soins

Les inégalités sociales de santé en France sont connues (17). La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années.

Ceci contraste avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé.

Ces « inégalités sociales de santé » correspondent aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, estimée par l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études (18).

La plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées (19).

Il ne faut pas confondre « inégalités sociales de santé » avec « inégalités de santé ». Les inégalités de santé sont les différences d'état de santé entre les groupes de populations, celles-ci pouvant être liées à des facteurs personnels, environnementaux et/ou sociaux.

La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins importante et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Cette définition exprime la vulnérabilité (20). Elle peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles de la santé mentale, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales) (21).

Les personnes les plus pauvres ont une vie plus courte, car elles sont plus souvent touchées par une fragilisation et une altération de leur santé, susceptible d'accroître leur précarité, les entraînant dans un cercle vicieux. Les besoins en termes de soins des populations les plus précaires ne sont pas les mêmes que pour la population moyenne (22,23).

Parmi les sources d'inégalités de santé liées à la pauvreté, les plus importantes sont :

- Les mauvaises conditions de vie et notamment celles du travail (24,25),
- Les modes de vies inadaptés (26),
- Les produits et comportements à risque (tabac, alcool, alimentation, sédentarité, violences) (27–29),
- La mauvaise qualité de l'environnement (bruits, qualité de l'air ou de l'eau),
- Un plus faible recours au système de santé (30).

Par ailleurs, le mauvais état de santé accentue la diminution de revenus, ces deux effets conjuguant leurs effets néfastes (31).

Au niveau épidémiologique et sociologique, l'approche de la précarité et des besoins d'un point de vue médical peut utiliser les marqueurs que sont les Affections de Longue Durée (ALD) et PUMa/CSS (ancienne CMU-c) ainsi que ASC fourni par la CPAM dans le cadre de recherche telles que les études profils santé réalisés par les ORS (32–34).

Cependant, l'inégalité sociale de santé n'est pas forcément synonyme de précarité. Les problèmes observés dans la population la plus précaire représentent une situation extrême, où le mauvais état de santé et les difficultés d'accès aux soins sont « visibles ». Les inégalités sociales de santé touchent l'ensemble de la population, elles pourraient passer inaperçues si elles n'étaient révélées par des études épidémiologiques.

Réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc pas se traduire uniquement par une politique, évidemment indispensable, de lutte contre l'exclusion et la précarité.

La notion d'équité en santé fait donc sens. Celle-ci fait référence à l'absence de disparités dans les aspects contrôlables ou réparables de la santé. Elle est essentiellement basée sur l'égalité d'accès aux soins selon les territoires qui reste le principal facteur d'équité ou d'iniquité en matière de santé.

L'égalité totale en matière de santé est impossible car certains facteurs de santé sont non contrôlables. En revanche, si une population a une espérance de vie inférieure en raison d'un manque d'accès aux soins ou aux traitements, la situation est classée comme une iniquité en matière de santé.

Ainsi il est important de comprendre que c'est via ces définitions et constatations que les autorités de santé peuvent se baser pour diagnostiquer les problématiques spécifiques à chaque territoire et population. Ceci dans le but de mettre en place des actions de santé les plus appropriées et de répondre aux besoins de la population qui peut différer d'un territoire à un autre dans une recherche d'équité, fondement de notre système de santé.

En reprenant le concept d'autonomie du patient précédemment évoqué, il est donc légitime d'interroger la population dans le cadre de ses besoins et de l'offre de soin à différentes échelles. D'abord au niveau national avec l'exemple des Baromètres de santé publique France (35) qui sont des enquêtes menées depuis 1992 concernant l'opinion et les comportements de santé des Français. Puis à des échelles plus petites avec le Baromètre régional réalisé par l'ORS.

Dans cette mouvance à la décentralisation des actions de santé publique, ces notions sont utiles afin de raisonner à différentes échelles notamment celle communale qui nous intéresse pour la suite de notre travail.

1.2 Contexte local

1.2.1 Commune de Rezé

La ville de Rezé est une commune de l'agglomération nantaise située dans le département de la Loire-Atlantique en région Pays de la Loire. Limitrophe de Nantes, elle a intégré Nantes Métropole dès sa création en 2014.

Il s'agit d'une commune urbaine (36) qui comptait 42 993 habitants d'après le dernier recensement Insee de 2020. La croissance démographique est continue depuis les années 1990.

Rezé fut longtemps un bourg semi-rural avant de connaître une expansion urbaine après la seconde guerre mondiale. Le développement s'est étalé autour des anciens hameaux (37), représentant 7 grands quartiers composant cette ville (38).

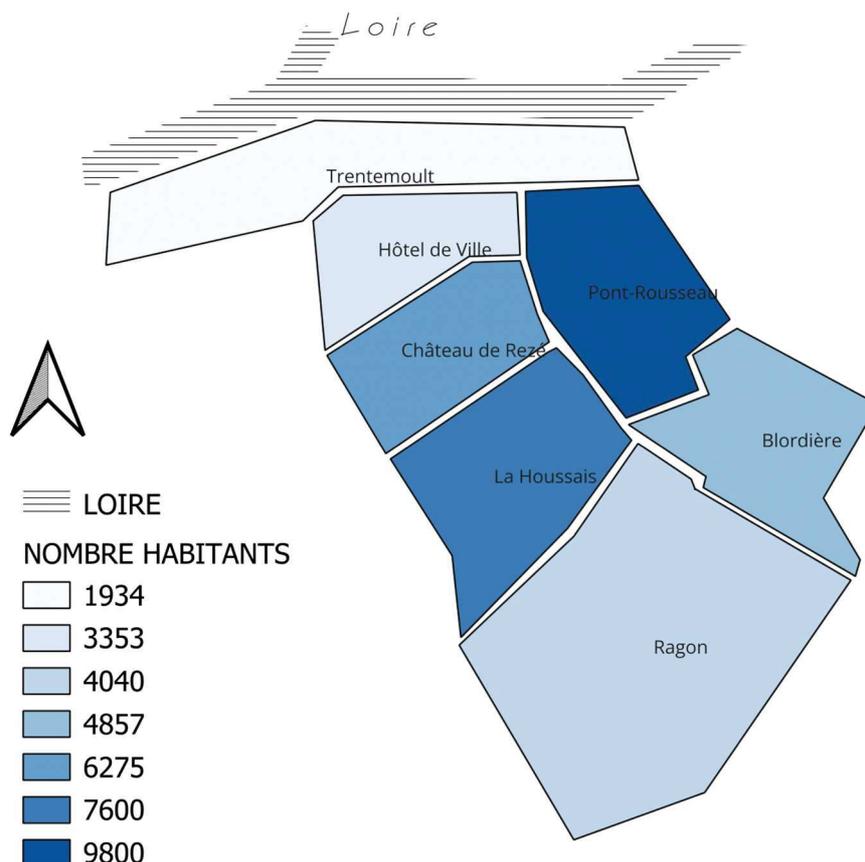


Figure 3. Géographie et démographie des différents quartiers de la ville de Rezé.

L'urbanisation multiforme de la ville de Rezé en grands quartiers entraîne une absence d'unité qui la caractérise. Rezé a la particularité d'être une commune qui ne possède pas de réel centre-ville mais est constituée d'un assemblage de grands quartiers englobant une multitude de petits quartiers.

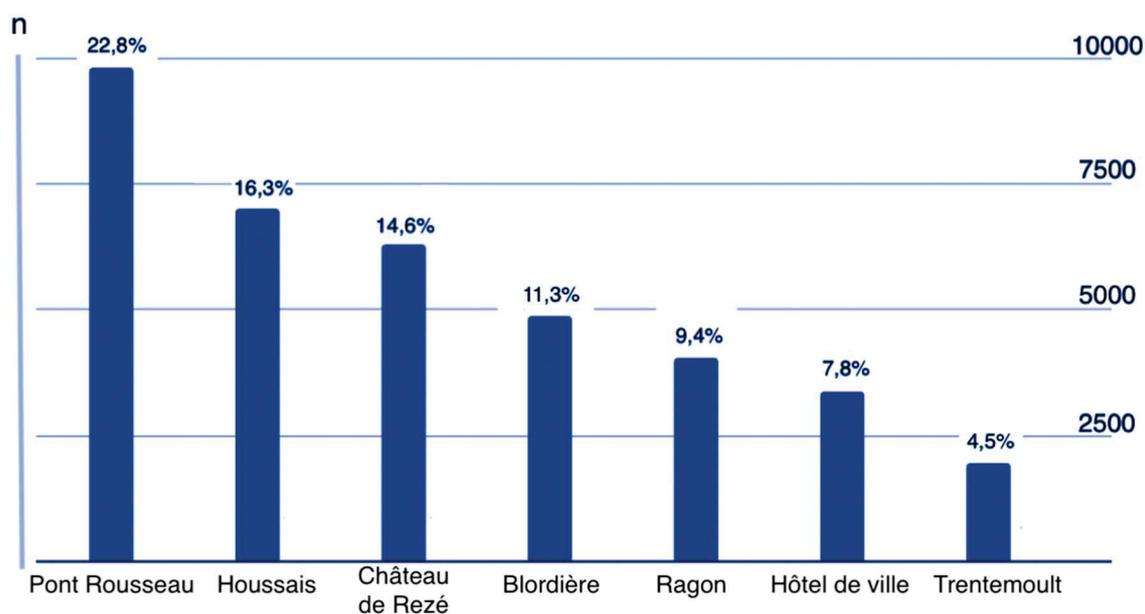


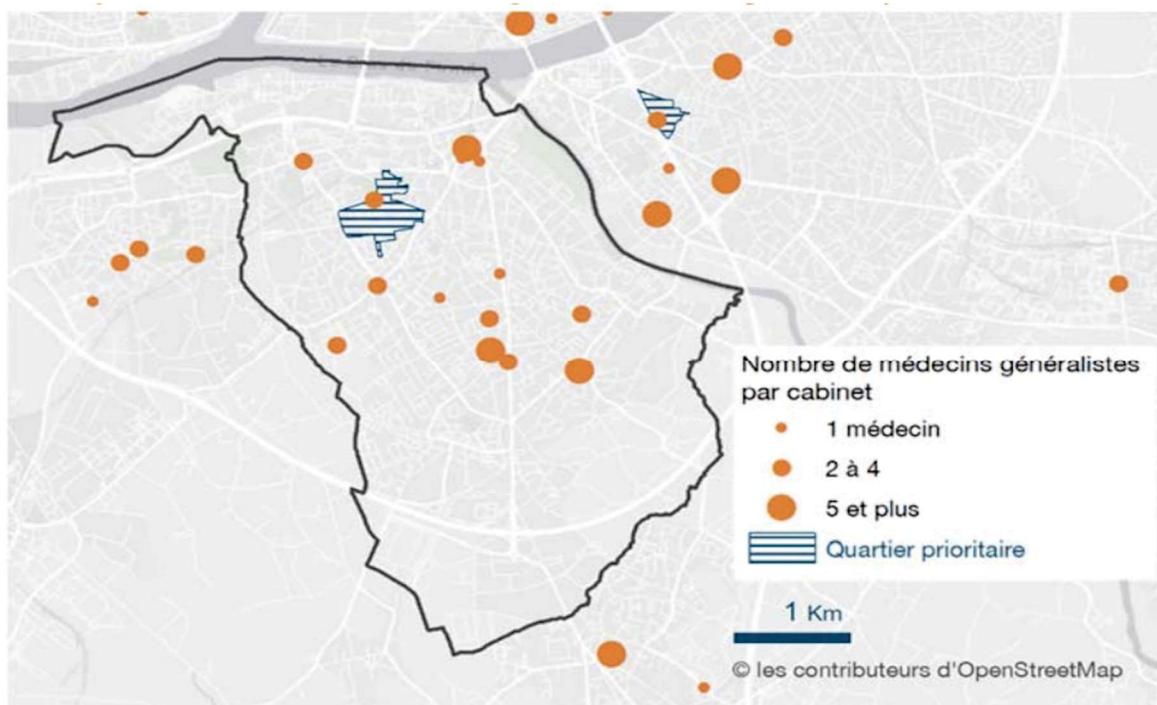
Figure 4. Répartition démographique selon les quartiers de la ville de Rezé

La densité démographique n'est pas corrélée à la superficie des quartiers sur la commune de Rezé. Le quartier ayant la plus grande superficie est Ragon. Celui-ci ne possède pourtant que 9,4% de la population Rezéenne.

1.2.2 Offre de soins à Rezé

1.2.2.1 Démographie Médicale :

Début 2021, 41 médecins généralistes exerçaient une activité libérale de premier recours à Rezé (39) pour environ 42 993 habitants (36).



Source : RPPS (ANS), Exploitation ORS

Champ : hors médecins avec mode d'exercice particulier (encadré 1).

Figure 5 : localisation et nombre de médecin par cabinet médicaux (2022)

La densité standardisée s'élevait en 2021 à 101 médecins pour 100 000 habitants, soit une valeur supérieure de près de 30 % à la moyenne nationale de 79 pour 100 000. Cette densité doit toutefois être considérée avec précaution en raison des limites de l'indicateur et du décalage temporel entre l'année de considération des effectifs de médecins (2021) et celle des effectifs de population (2019), ce d'autant plus que le territoire connaît une croissance démographique soutenue (+ 1,4% par an) et que les projections démographiques prévoient une forte augmentation de la population d'ici 2030 à l'échelle de la métropole nantaise (39).



Figure 6. Localisation des cabinets de médecin sur Rezé (mars 2022)

En 2022 à Rezé, 15 praticiens sont âgés de moins de 40 ans (37%). 6 ont 60 ans ou plus (15%) et sont donc susceptibles de cesser leur activité dans les prochaines années.

35 médecins sur 41 exercent à la même adresse postale qu'un autre médecin généraliste (85%). On dénombrait ainsi 16 cabinets sur la commune, dont 10 de groupe.

La commune de Rezé fait partie de la CPTS Sèvre et Loire. Elle s'étend sur 5 communes visualisées sur la Figure n° 7 : Rezé, Vertou, Les Sorinières, Basse-Goulaine et Saint-Sébastien-sur-Loire.

720 professionnels de santé y exercent, dans un bassin de population de 115 000 habitants (CPTS de taille 3).

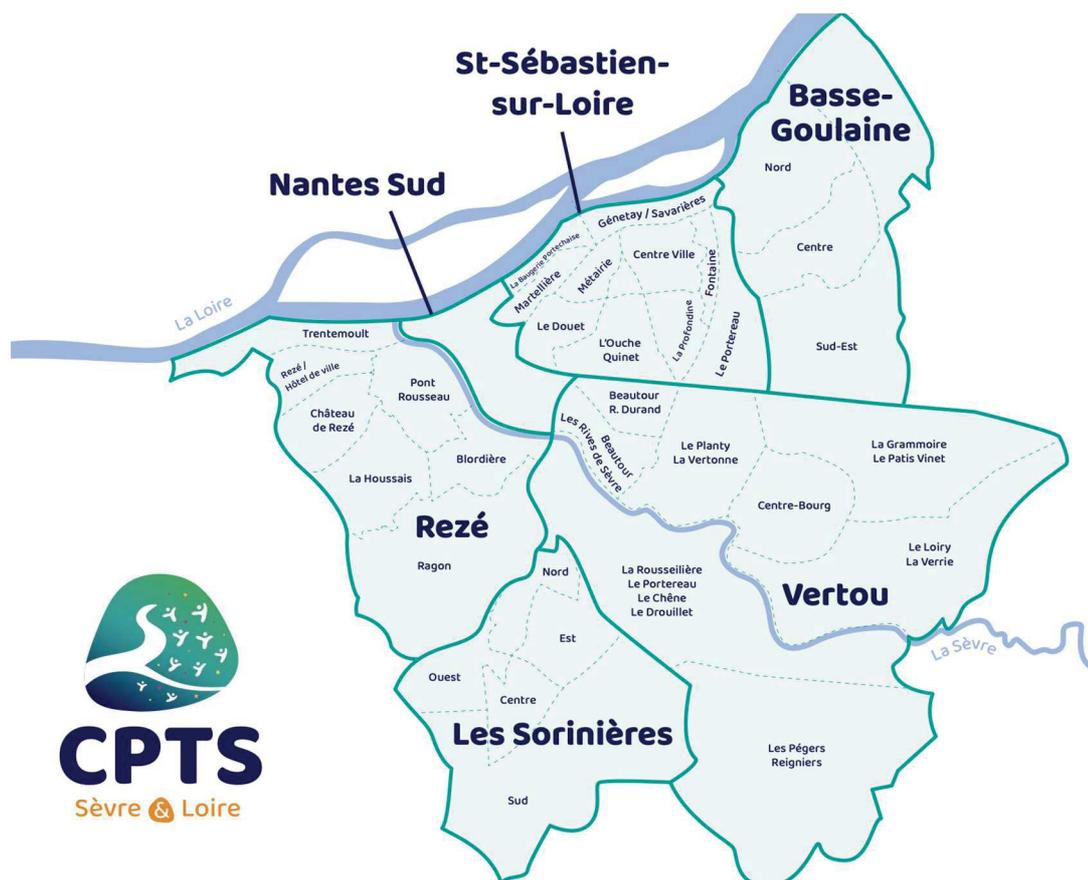


Figure 7. Carte du territoire couvert par la CPTS Sèvre et Loire

Concernant l'offre de soins secondaires spécialisés, l'essentiel des spécialités autres que la médecine générale sont concentrées dans l'hôpital nantais privé du Confluent, bordant la ville de Rezé. On retrouve également 3 services de santé mentale, incluant le CMP (Centre Médico-Psychologique) de Rezé, le SIPAD (Soins Intensifs de Psychiatrie au Domicile) et la structure des Apsyades concernant l'addictologie. On trouve un pédiatre d'exercice libéral. Concernant la radiologie, il existe deux centres d'imagerie médicale. Nous trouvons aussi 3 laboratoires d'analyses médicales.

Par ailleurs, certains médecins sur Rezé possèdent un mode d'exercice particulier (MEP) : acupuncture de manière exclusive chez un médecin libéral de Rezé, d'une pratique exclusive de l'allergologie chez un autre médecin libéral et enfin de la pratique exclusive de l'échographie médicale chez un médecin généraliste libéral de Rezé.

La répartition des cabinets de médecins généralistes n'est pas homogène : les lieux d'exercice sont globalement répartis sur toute la ville, sauf 2 quartiers moins dotés, au nord quartier Trentemoult et au sud quartier Ragon. On observe aussi une différence notable du nombre de médecins par quartier.

1.2.2.2 Activité des médecins généralistes libéraux de Rezé

98 % des médecins exercent en secteur 1.

En moyenne, par an, les praticiens rezéens réalisent 4 240 consultations et prennent en charge 1 550 patients différents. Ces moyennes sont respectivement inférieures de 15 % et de 9 % à celles observées au plan national (39).

Le recours au soin est cependant plus important que la moyenne nationale : 87% des rezéens ont consulté au moins une fois au cours de l'année 2019 un médecin généraliste, un taux supérieur à la moyenne nationale (83 %) (39).

Le recours à un médecin généraliste en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux, en période de permanence des soins (c'est-à-dire la nuit, le week-end ou les jours fériés), est également plus fréquent dans la population rezéenne (12,8 %) qu'en moyenne en France (7,1 %), en lien principalement avec la possibilité de recourir sur le territoire à SOS médecins ainsi qu'un service d'urgences (au Confluent).

L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux s'élève à 5,6 consultations (ou visites) par an et par habitant en 2019. Elle est stable et supérieure à la moyenne nationale (3,9/an) (34).

Ces données de la CPAM de l'année 2017 à l'échelle infra-communale concernent uniquement les bénéficiaires du régime général.

A noter que le recours à un médecin généraliste est inégal par quartier et varie de 81 à 86% selon les 7 quartiers rezéens étudiés (39).

1.2.2.3 Profils et évolution de la population de Rezé

1.2.2.3.1 Selon l'Âge

La population Rezéenne comptait 42 993 habitants en 2020 avec une croissance de 600 habitants par an depuis 2013.

| Population /Age | N | % |
|-----------------|--------------|------------|
| - 15 ans | 7952 | 18,5 |
| 15-29 ans | 7887 | 18,3 |
| 30-44 ans | 8909 | 20,7 |
| 45-59 ans | 8177 | 19 |
| 60-74 ans | 6005 | 14 |
| + 75 ans | 4063 | 9,4 |
| Total | 42919 | 100 |

Tableau 1. Répartition par tranche d'âge de la population de Rezé en 2020

Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations principales, géographie au 01/01/2023.

Nous observons que la population Rezéenne est une population majoritairement jeune, avec une tranche d'âge des 30-44 ans la plus importante.

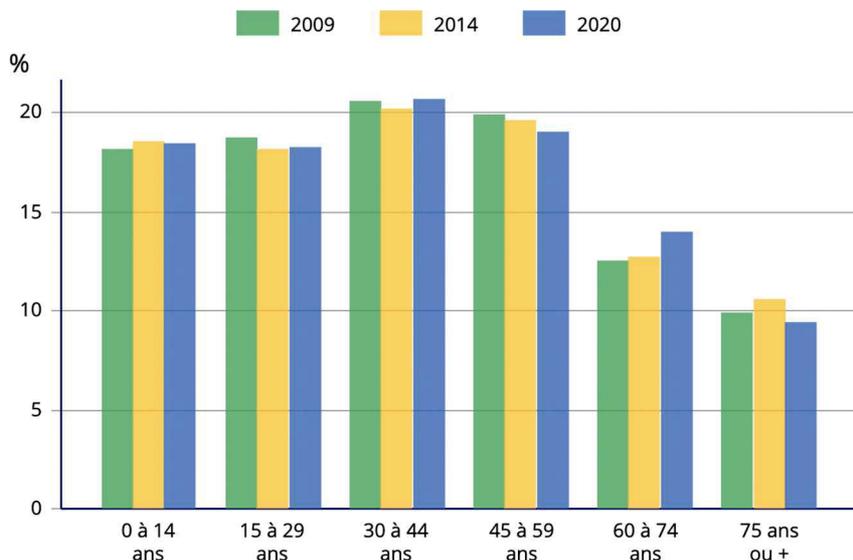


Figure 8 . Evolution démographique de la population Rezéenne par tranche d'âge Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations principales, géographie au 01/01/2023

L'évolution démographique de ces dernières années est stable, sans franche augmentation d'une tranche d'âge vis à vis d'une autre. A noter que la tranche d'âge des 60 à 74 ans est la seule à avoir une augmentation constante de 2009 à 2020.

1.2.2.3.2 Selon le sexe

| Population/ sexe /âge | Hommes | % | Femmes | % |
|--------------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| 0 à 14 ans | 4025 | 20,1 | 3927 | 17,1 |
| 15 à 29 ans | 3930 | 19,7 | 3957 | 17,2 |
| 30 à 44 ans | 4324 | 21,6 | 4585 | 19,9 |
| 45 à 59 ans | 3831 | 19,2 | 4346 | 18,9 |
| 60 à 74 ans | 2530 | 12,7 | 3475 | 15,1 |
| 75 à 89 ans | 1189 | 6 | 2218 | 9,6 |
| 90 ans ou plus | 151 | 0,8 | 504 | 2,2 |
| Total | 19980 | 100 | 23013 | 100 |

Tableau 2. Répartition par tranche d'âge et de sexe de la population de Rezé en 2020

Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations principales, géographie au 01/01/2023.

La population Rezéenne se compose de plus de femmes que d'hommes. Il en est de même à l'échelle de la France.



Figure 9 : pyramide des âges de la population de Rezé.

Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations principales, géographie au 01/01/2023

La répartition selon les tranches d'âge ne diffère pas selon le sexe. Ainsi les femmes de 30 à 44 ans sont la strate de la population la plus représentée à Rezé.

1.2.2.3.3 Selon la catégorie socio-professionnelle.

En 2020, dans la tranche d'âge des 15 à 64 ans ,77,9% de la population est dite active. Celle-ci se décompose en 69,4% ayant un emploi et 8,5% chômeurs.

A noter qu'en 2020 en France, la population active était de 71% de la population totale avec 8% de chômeurs.

| Activité | Nombre | % |
|---|--------------|------------|
| Agriculteurs exploitants | 24 | 0,2 |
| Artisans commerçants et chefs d'entreprise | 889 | 5,7 |
| cadres et professions intellectuelles supérieures | 2647 | 17 |
| professions intermédiaires | 4683 | 30,1 |
| Employés | 4982 | 32 |
| Ouvriers | 2357 | 15,1 |
| Total | 15581 | 100 |

Tableau 3. Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2020

Source : Insee, RP2020 exploitation complémentaire lieu de travail, géographie au 01/01/2023

Nous observons que la catégorie socioprofessionnelle la plus présente à Rezé est celle des employés, suivie de la catégorie des professions dites intermédiaires.

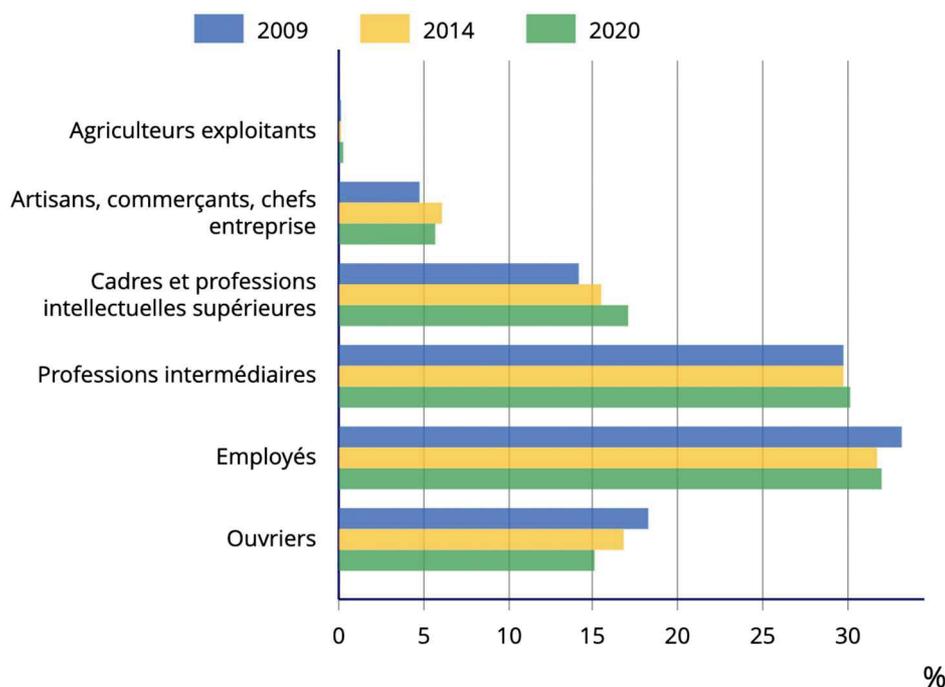


Figure 10. Évolution des emplois par catégorie socioprofessionnelle Sources : Insee, RP2009, RP2014 et RP2020, exploitations complémentaires lieu de travail, géographie au 01/01/2023.

L'évolution entre 2009 et 2020 a vu diminuer le nombre d'ouvriers au profit d'une augmentation des cadres et professions intellectuelles supérieures, faisant ainsi passer cette catégorie socioprofessionnelle au-dessus des ouvriers en termes de représentation démographique. Les employés et professions intermédiaires restent les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées à Rezé.



Figure 11. Salaires nets mensuel moyen selon les catégories professionnelles les plus représentées à Rezé en 2019 d'après l'Insee

Il est intéressant de constater que le salaire net mensuel moyen des cadres à Rezé est inférieur à celui de la moyenne française (3547 € vs 4230 €). Il en est de même pour les professions intermédiaires (2299 € vs 2411 €).

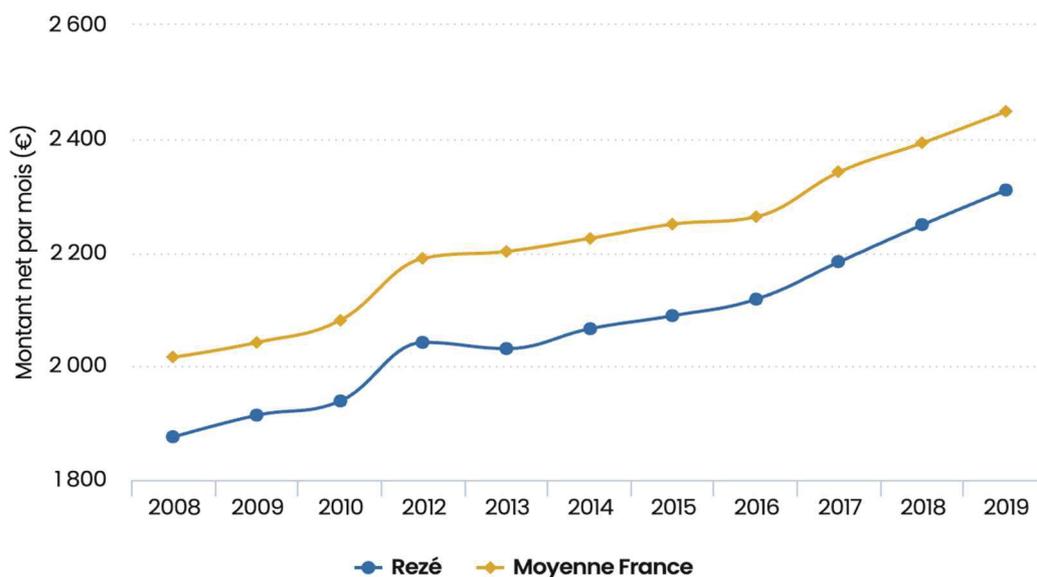


Figure 12. Evolution des salaires nets moyens mensuels à Rezé en 2019 comparé à la moyenne française d'après l'Insee

Nous observons par ailleurs que le salaire moyen à Rezé est inférieur à la moyenne française et que l'évolution de celui-ci est superposable à celui de la France et ne tend pas à le rattraper. En effet, 50% des Rezéens vivent avec moins de 1874 euros par mois et 5040 personnes soit 11,7% des Rezéens vivent sous le seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 1100 euros par mois (36).

1.2.2.4 Données médico-sociales

10% des Rezéens de moins de 65 ans bénéficient de la C2S. Ce taux est en augmentation depuis 2013.

Le taux de bénéficiaires de la C2S 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. C'est plus que la moyenne française (8,2 % de la population) (40).

84 % de la population municipale est couverte par le régime général.

2,3 % des Rezéens sont couverts par l'ACS, avec un taux en augmentation depuis 2013. Le quartier de Trentemoult présente le taux le plus faible de bénéficiaires de l'ACS et les quartiers Château et Hôtel de ville les taux les plus élevés. C'est plus que la moyenne française (en 2017, 1,9%).

Fin 2017, le nombre total de rezéens en ALD atteignait 4 900, pour le seul régime général, soit 16 % de la population. 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 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.

Concernant l'AME, les recherches faites non pas permis de trouver des données fiables et pertinentes pour la suite du travail.

1.3 Contexte de notre étude et justification de notre travail :

Comme nous l'avons vu précédemment, l'offre de soins au niveau territorial est déterminée à différentes échelles. L'ARS détermine un schéma régional pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé .

Au niveau local, la commune de Rezé a décidé de définir et de mettre en œuvre une politique de santé à partir d'un diagnostic participatif permettant de cibler les enjeux pertinents à décliner en actions, ainsi que la valorisation et l'appropriation par tous.

Cette démarche s'inscrit dans la continuité de la loi de modernisation du système de santé qui vise à décentraliser la prise de décision pour organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité. La lutte contre les inégalités sociales de santé était l'objectif principal de de cette loi (41, 3).

Notre étude s'inscrit donc dans le projet « Diagnostic santé de la ville de Rezé » qui permet d'alimenter le projet local de santé pour la ville de Rezé. Ce projet s'articule autour de quatre interventions de consultations :

- L'enquête soignants,
- Les groupes d'échanges habitants,
- Les entretiens en groupe et individuels,
- L'enquête habitants.

Notre collaboration à cette étude s'est focalisée sur l'enquête habitants.



Figure 13. Déroulé du projet “diagnostic santé de la ville de Rezé”

Nous avons émis l’hypothèse principale que les inégalités de répartition des professionnels de santé suivant les quartiers de Rezé pouvaient moduler la perception de l’état de santé et la perception de l’offre de soin par les habitants.

Nos hypothèses secondaires étaient que les disparités du cadre de vie et du mode de vie pouvaient influencer négativement la perception de l’offre de soins, et qu’elles pouvaient entraîner un renoncement à se soigner.

Notre objectif principal était d’analyser la perception de l’offre de soins en fonction des quartiers de la ville et du profil des habitants de Rezé.

Nos objectifs secondaires étaient d’analyser la perception de l’offre de soins de Rezé en fonction des habitudes et modes de vie des habitants, et d’analyser le renoncement aux soins et les facteurs s’y rapportant.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale visant à recueillir l'opinion des habitants de Rezé concernant leur santé et l'offre de soin de la commune.

L'étude a été menée du 18 juillet au 10 Octobre 2022.

Critères d'inclusion :

Habitants de Rezé, sans restriction concernant l'âge et le sexe.

Critères d'exclusion :

Les personnes ne résidant pas Rezé.

Les personnes n'ayant pas complété plus de 50% du questionnaire.

2.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire élaboré à destination des habitants de Rezé. (Annexe n° 1)

Le questionnaire comportait 18 questions réparties en 4 grandes parties :

- Profil de l'habitant : (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, quartier de résidence ainsi que l'auto-évaluation de son état de santé),
- Perception de l'offre de soins : (offre de soins dans sa globalité, manques spécifiques, renoncement au soins principaux, freins au renoncement),
- Mode de vie : (impact négatif des habitudes de vie, manques sur le territoire en dehors des médecins pour préserver sa santé, informations sur les bonnes pratiques pour préserver sa santé),
- Cadre de vie (territoire Rezéen favorable à la santé et au bien-être, atouts du territoire, défauts du territoire, priorité d'amélioration du territoire rezéen).

2.3 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par le pôle d'action sociale de la mairie de Rezé via deux canaux : papier et électronique.

Les questionnaires étaient strictement identiques.

La diffusion des questionnaires papiers s'est faite dans la totalité des cabinets médicaux et des pharmacies de la ville de Rezé : 300 questionnaires papiers ont été imprimés et déposés en 2 phases : le 1er et le 15 septembre 2022.

Ils ont été recueillis par l'investigateur principal le 10 octobre 2022, jour de la clôture du lien vers le questionnaire électronique.

La diffusion du questionnaire électronique s'est faite via un QR code présent sur différentes affiches disposées en ville : dans les cabinets médicaux, les cabinets infirmiers, les pharmacies, les cabinets de kinésithérapeutes, les EHPAD et les résidences seniors.

Les affiches étaient aussi visibles dans les différentes structures à caractère social tel que la Mairie, l'épicerie sociale, les centres socioculturels ainsi que les maisons de quartiers de Rezé.

Le choix d'une distribution papier s'était fait afin de ne pas exclure une partie de la population qui n'utiliserait pas le numérique.

2.4 Confidentialité des données

Les questionnaires destinés aux habitants ont été élaborés dans le cadre de notre étude de façon à garantir la confidentialité des données :

- Anonymat,
- Note d'information sur l'utilisation des données,
- Respect du projet de la mairie et de la ville.

Notre étude s'inscrivait hors loi Jardé et ne nécessitait pas l'avis du comité de protection des données et de la CNIL.

Le QR code a été créé via un générateur de QRcode qui a servi à rediriger vers l'url du site qui hébergeait les données.

Cette étape a été réalisée par le pôle dialogue citoyen et communication de la ville de Rezé.

2.5 Analyse des données recueillies

Deux étapes de transcription des données ont été réalisées :

- Une transcription automatique des questionnaires en ligne dans des tableaux,
- Une transcription manuelle des questionnaires papier en format électronique : numérisation des formats papiers ainsi que l'intégration des données dans différents tableaux.

Les données ont été codées et analysées avec le logiciel Microsoft Excel.

Données quantitatives :

Analyse descriptive, comparative univariée et multivariée.

Données qualitatives :

L'approche qualitative de cette étude via les 3 questions ouvertes que celui-ci comprend.

L'analyse des données utilise la méthode d'analyse de contenu thématique (42). Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites intégralement.

Les verbatims ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique de façon semi-informatisée à l'aide d'un tableur Microsoft Excel. Cette analyse consistait à dégager une vue d'ensemble et de voir ressortir certains thèmes.

2.6 Financement de l'étude et soutien méthodologique

Le financement de l'étude a été porté par la municipalité de Rezé.

L'impression papier des affiches ainsi que des questionnaires a été assurée par le pôle communication, de même pour le financement du QRcode et du site de recueil des données.

L'exploitation des données s'est faite lors de deux séances de travail avec Mme Justine Eudes alors chargée de l'étude au pôle solidarité-santé de la mairie de Rezé.

Ces séances de travail se sont déroulées le 13 et le 15 octobre 2022.

3 RÉSULTATS :

L'étude enquête habitants, clôturée le 10 Octobre 2022, a recueilli 881 réponses au total. Ont été exclues 17 réponses. 864 réponses ont donc été analysées. Cela représentait 2,01% de la population.

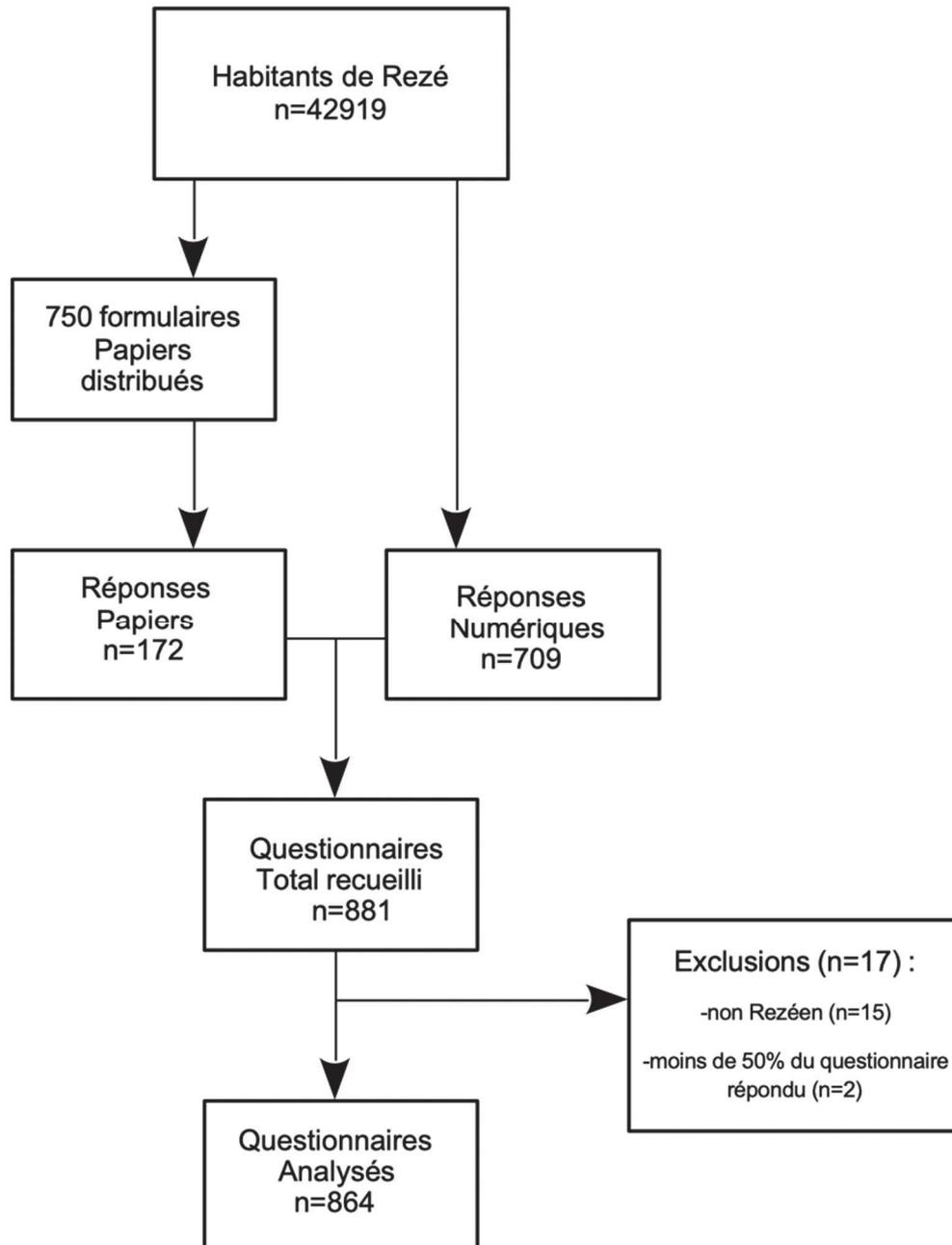


Figure 14 : Diagramme de Flux de notre étude

3.1 Analyse socio-démographique des répondants

3.1.1 Genre des répondants

| Genre des répondants | Total (n=864) | % |
|----------------------|---------------|------------|
| Femme | 684 | 79,2 |
| Homme | 177 | 20,5 |
| Non binaire | 2 | 0,2 |
| Vide | 1 | 0,1 |
| Total | 864 | 100 |

Tableau 4. Genre des répondants

684 des répondants étaient des femmes soit 79,2% des répondants. 20,5% étaient des hommes et 2 personnes non binaires.

3.1.2 Âge des répondants

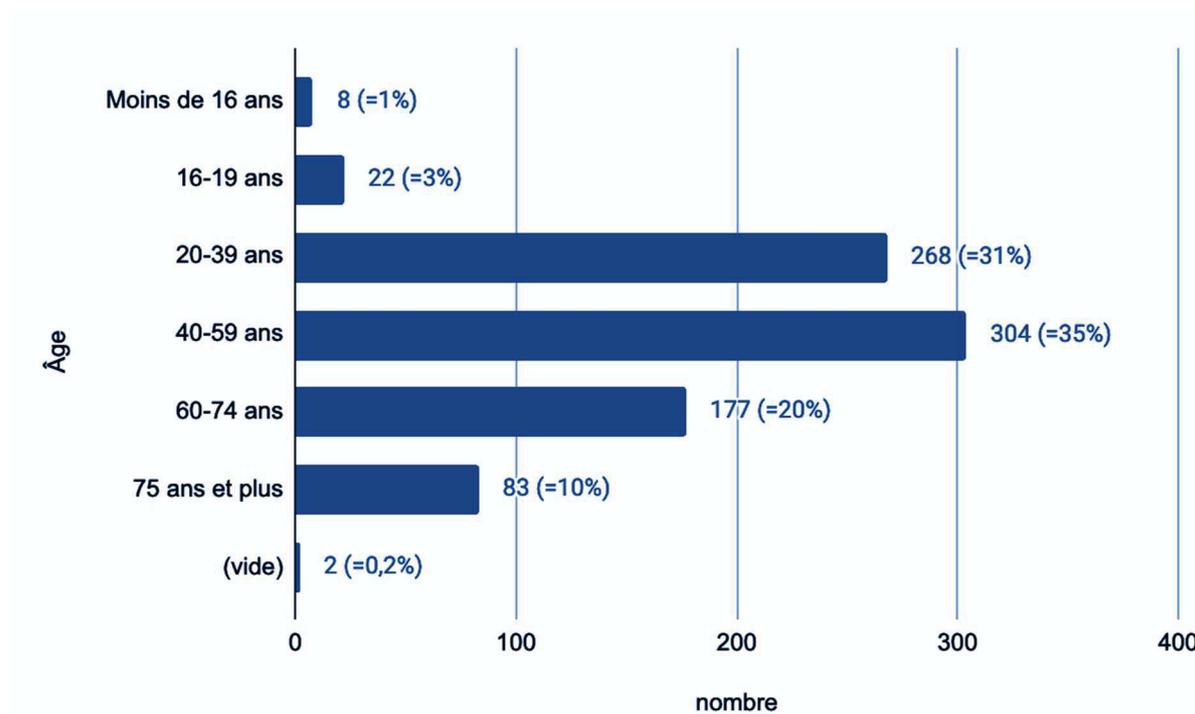


Figure 15. Répartition des répondants selon les tranches d'âge

La tranche d'âge qui a le plus répondu à notre questionnaire était celle des 40-59 ans, qui représente 35% des répondants au total. Par ailleurs, les plus jeunes, les moins de 20 ans représentaient une très faible partie des répondants.

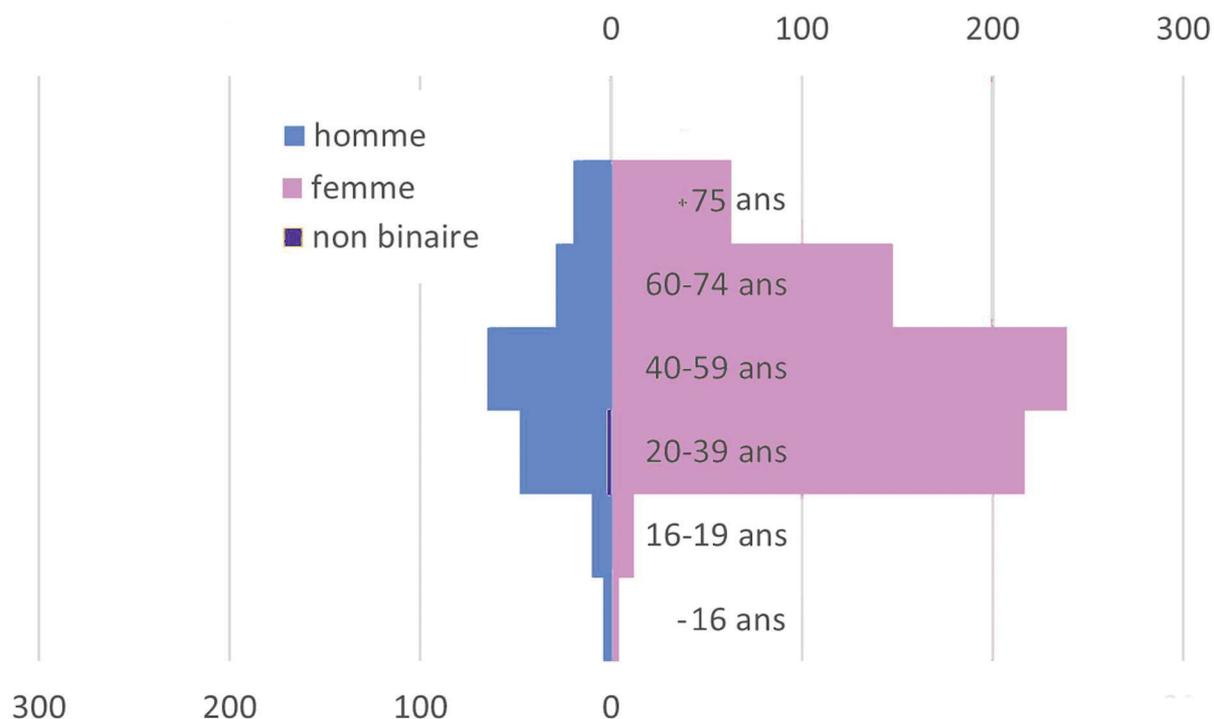


Figure 16 : Répartition des répondants selon leur âge et leur genre

Nous observons que les répondants majoritaires de notre questionnaire étaient des femmes de 20 à 75 ans. Les femmes de 40 à 59 ans représentaient à elles seules 27,7% des répondants du questionnaire.

3.1.3 Statut professionnel des répondants

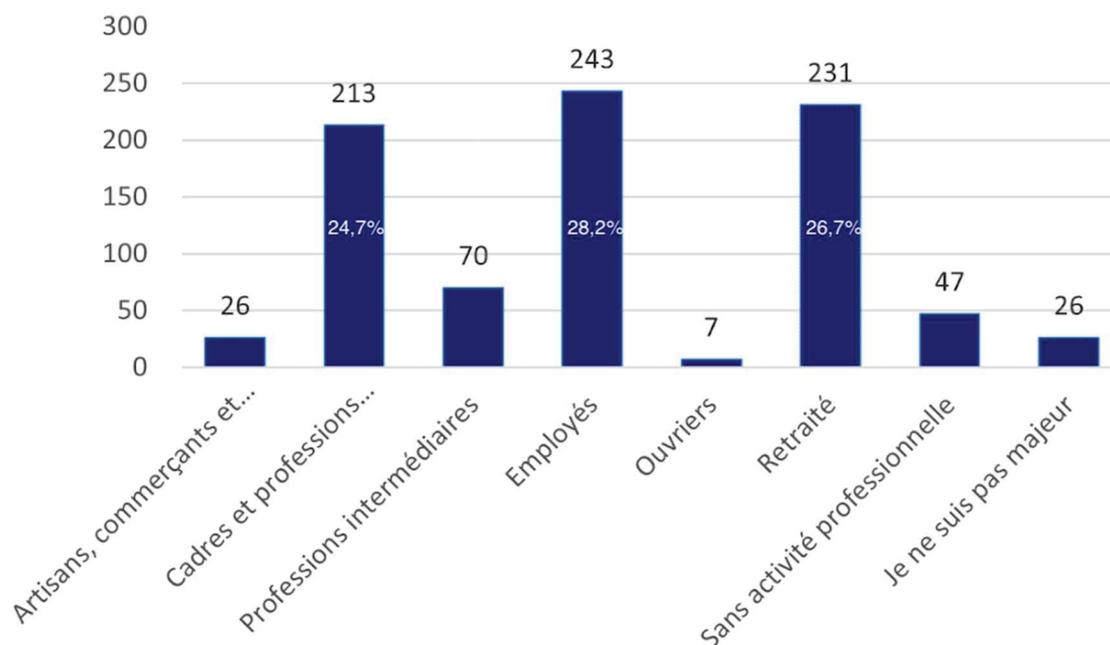


Figure 17. Répartition des répondants selon leur statut professionnel défini par la nomenclature PCS de 2020 (Insee)

Les 3 catégories qui ont le plus répondu sont les employés, les retraités et les cadres.

Nous constatons que la catégorie des professions intermédiaires était peu représentée parmi les répondants. Alors que celle-ci est la 2ème catégorie socioprofessionnelle dans la population rezéenne d'après l'Insee.

3.1.4 Répondants selon les quartiers de la ville de Rezé

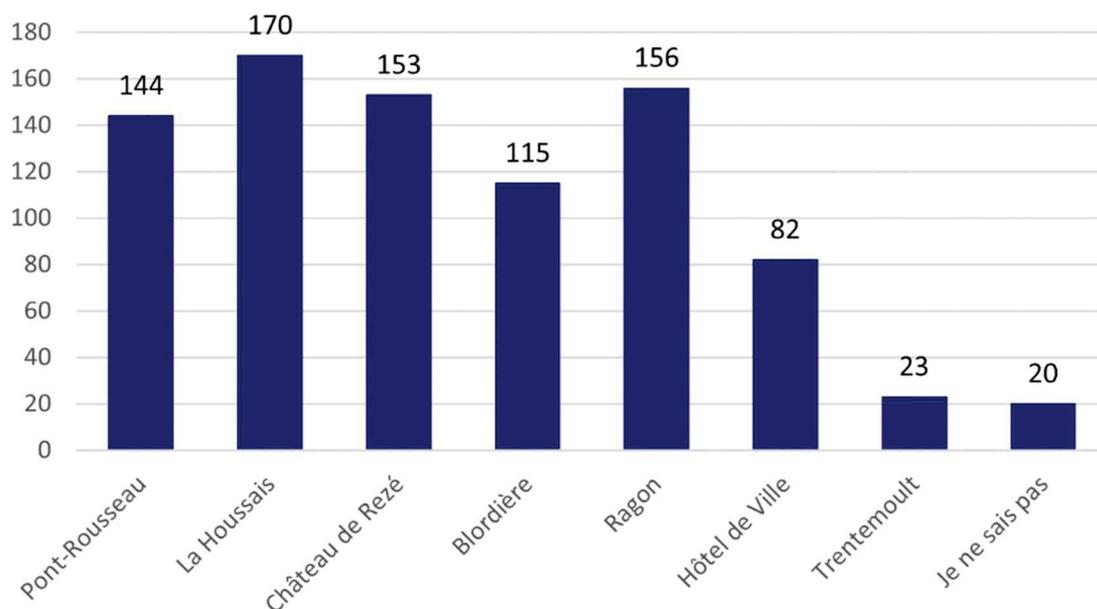


Figure 18. Quartier de résidence des répondants

Le quartier le plus représenté parmi les répondants était la Houssais avec 19,7% des répondants.

Pont-Rousseau qui est le quartier le plus peuplé de la commune de Rezé n'était représenté que par 144 répondants, ce qui en faisait le 4ème quartier le plus représenté de l'étude.

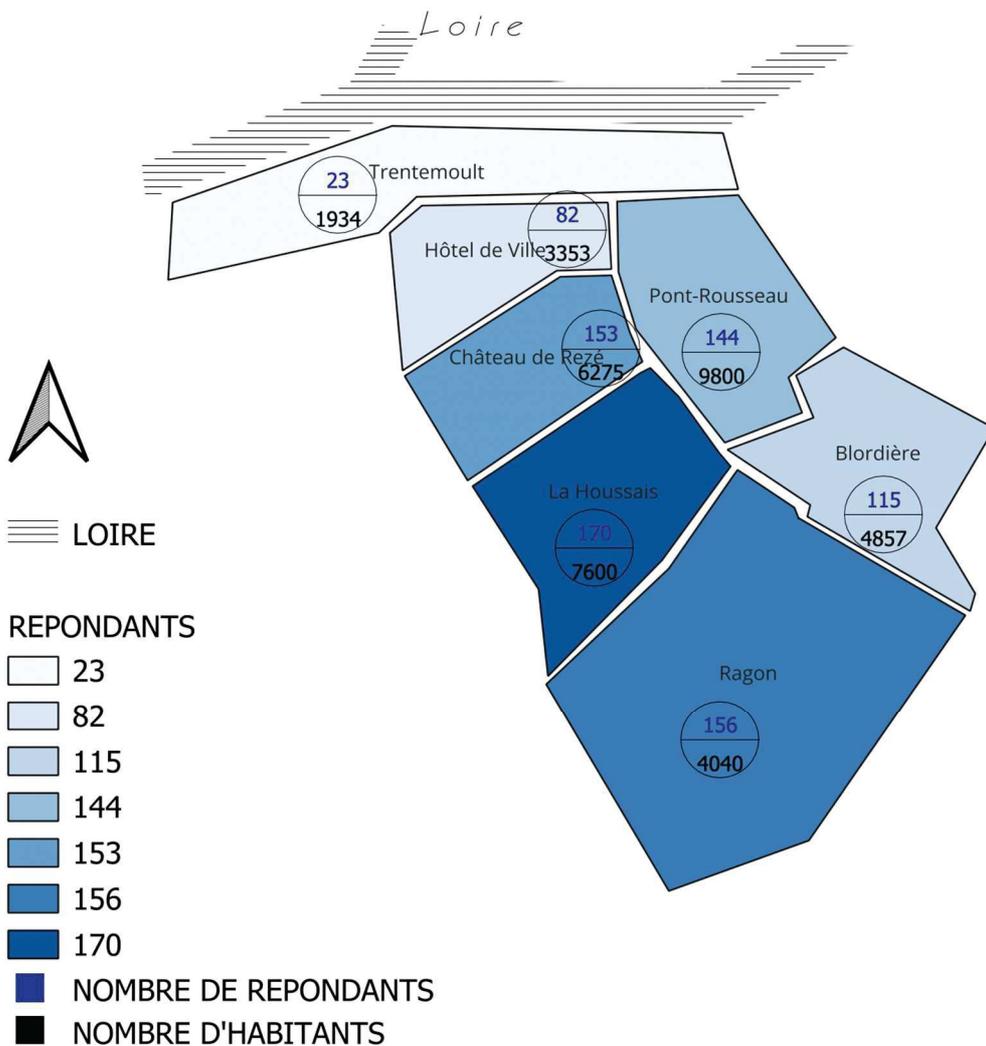


Figure 19. Cartographie des quartiers de résidence des répondants

Le nombre de répondants selon les quartiers ne suivait pas la répartition démographique réelle.

Le quartier comptant le plus de répondants était la Houssais, alors que celui-ci est le 2ème quartier le plus peuplé de la commune de Rezé. A noter que Ragon était le 2ème quartier le plus représenté en nombre de répondants (18%), alors que celui-ci ne comprend que 9,4% de la population Rezéenne.

3.1.5 Perception globale de l'état de santé des répondants

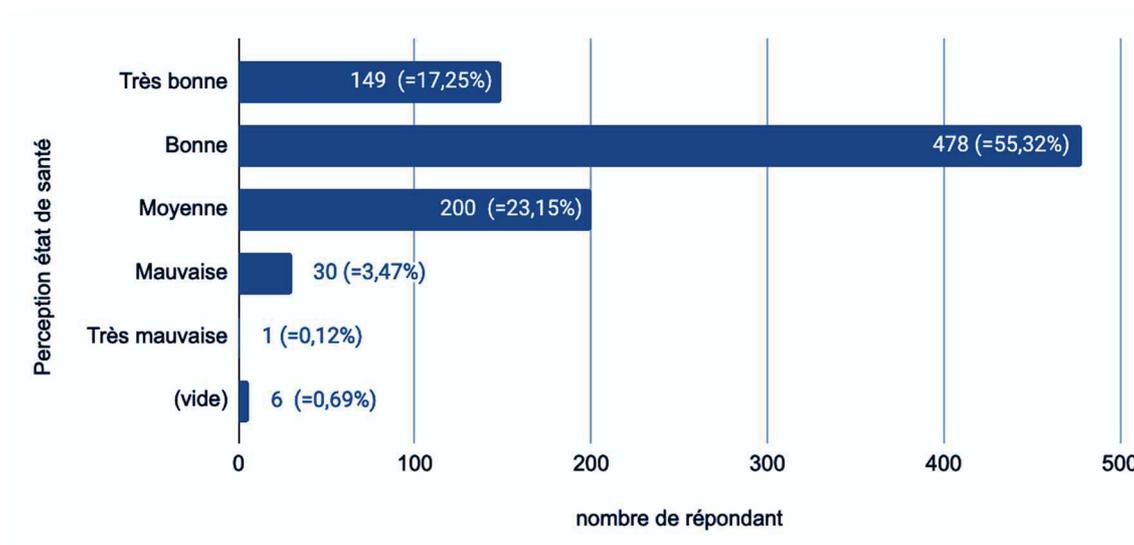


Figure 20. Perception globale de l'état de santé des répondants

La majorité des répondants avaient un avis positif concernant leur santé : 72,57% des répondants jugeaient leur état de santé bon ou très bon.

Contrairement à un petit nombre de répondants qui étaient négatifs concernant leur santé : 3,59% des répondants se trouvaient en mauvaise ou très mauvaise santé.

3.2 Perception de l'offre de soin :

3.2.1 Perception globale de l'offre de soin

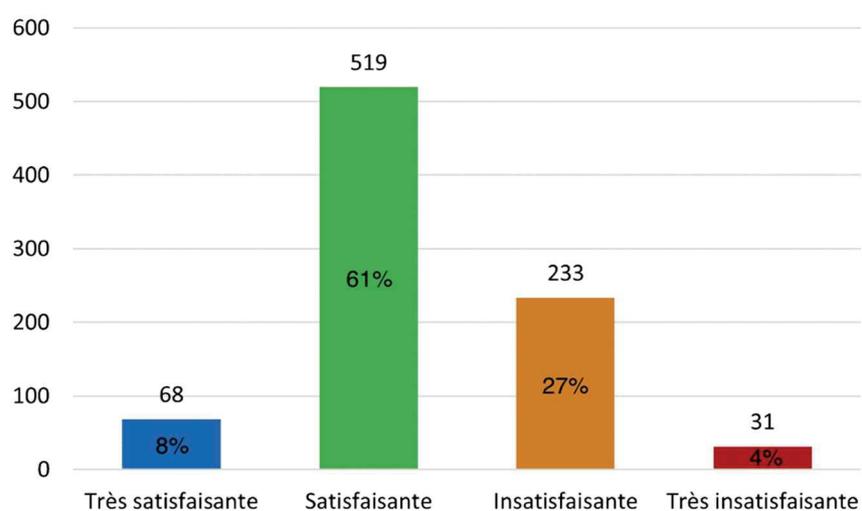


Figure 21. Perception de l'offre de soin par les répondants

Les habitants de Rezé avaient plutôt une vision positive de l'offre de soin sur Rezé : 69% des répondants avaient une bonne perception de l'offre de soin sur la commune, contre 31% plutôt mauvaise.

Les données qualitatives recueillies montrent également une satisfaction globale.

“Arrivée à Rezé en 2019, j'avais besoin d'un suivi après une fracture de poignet avec ostéosynthèse et problème d'ostéoporose, je n'ai eu aucun problème pour m'adresser et trouver tous les acteurs de santé nécessaire à ma situation et à mon suivi de santé général”

“pas vraiment de freins”

“globalement j'arrive toujours à avoir un RDV quand j'en ai besoin”

L'offre de soins de second recours est aussi décrite.

“Les nouvelles cliniques confluent propose un large panel de spécialistes. C'est ici que je consulte le plus souvent”.

Cependant, certaines données relativisent l'offre de soin.

“Le manque de gynécologues n'est pas propre à Rezé mais bien plus global. Cependant il faut noter qu'il existe des cabinets de sage femme à Rezé et font le job sur bien des points. C'est fort appréciable”.

“Mon médecin traitant est parti à la retraite, aucun autre médecin ne prend d'autres patients”.

“Manque de structures pluridisciplinaires sur Rezé”.

3.2.2 Perception de l'offre de soin selon l'âge des répondants

Comme de manière plus globale, la majorité des répondants par tranche d'âge étaient satisfaits ou très satisfaits de l'offre de soin sur la commune de Rezé. Nous observons ici que la perception de l'offre de soin était moins bonne chez les personnes entre 20 et 74 ans contrairement aux 2 extrémités de la vie. Il s'agit de la population dite active. A noter que 36% des répondants de 40 à 59 ans considéraient non satisfaisante l'offre de soin sur Rezé.

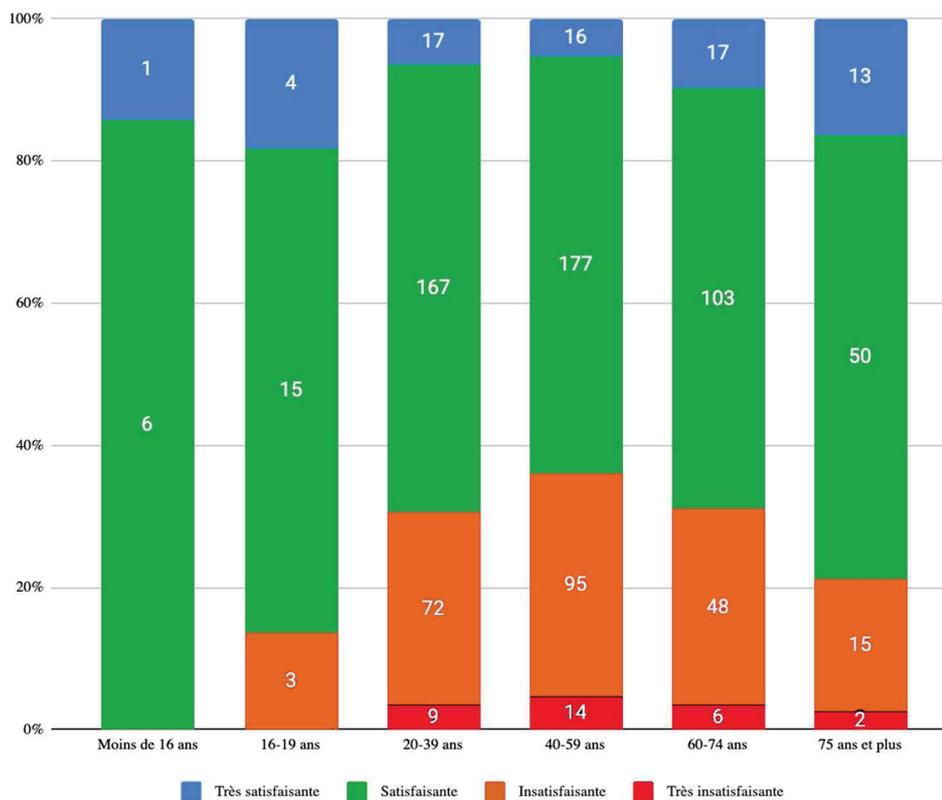


Figure 22. Perception de l'offre de soin selon l'âge

Les données qualitatives montraient des difficultés d'accès au soin pouvant être liées aux limitations de l'âge :

“pas assez de gériatres pour les patients des EHPAD”

“très difficile de prendre des RDV quand on a pas d'internet”

“difficulté à se déplacer, mobilité réduite”

Ces mêmes données montraient de nombreuses fois que la population active pouvait également être limitée en termes d'amplitudes horaires :

“Créneaux horaires pas toujours adaptés aux heures de travail”

“je travaille de 7h30 à 18h30 tous les jours et il n'y a pas de RDV possible après 18h30”

3.2.3 Perception de l'offre de soin selon les quartiers

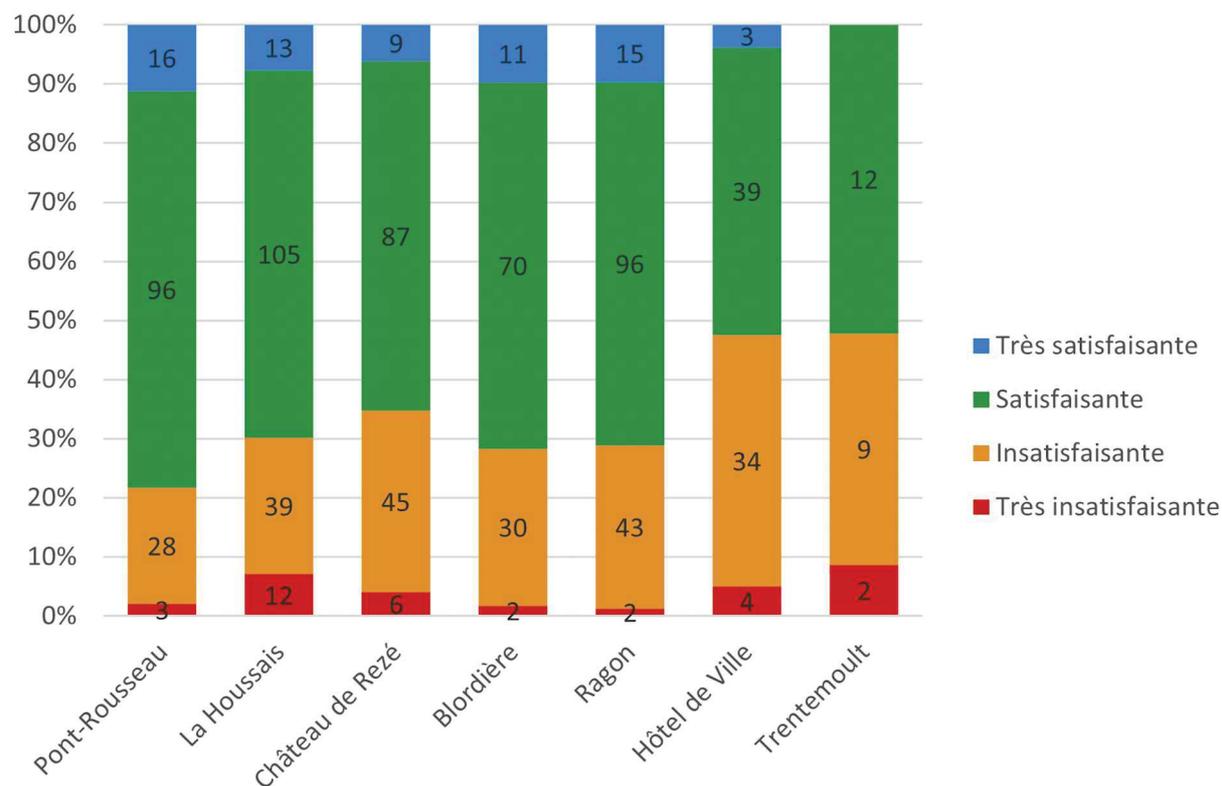


Figure 23. Perception de l'offre de soin selon les quartiers

Nous observons une insatisfaction plus importante pour les 2 quartiers de Trentemoult et de Hôtel de Ville par rapport aux autres quartiers : 48% des répondants habitants à Trentemoult étaient insatisfaits de l'offre de soin, et 46% des répondants du quartier Hôtel de ville.

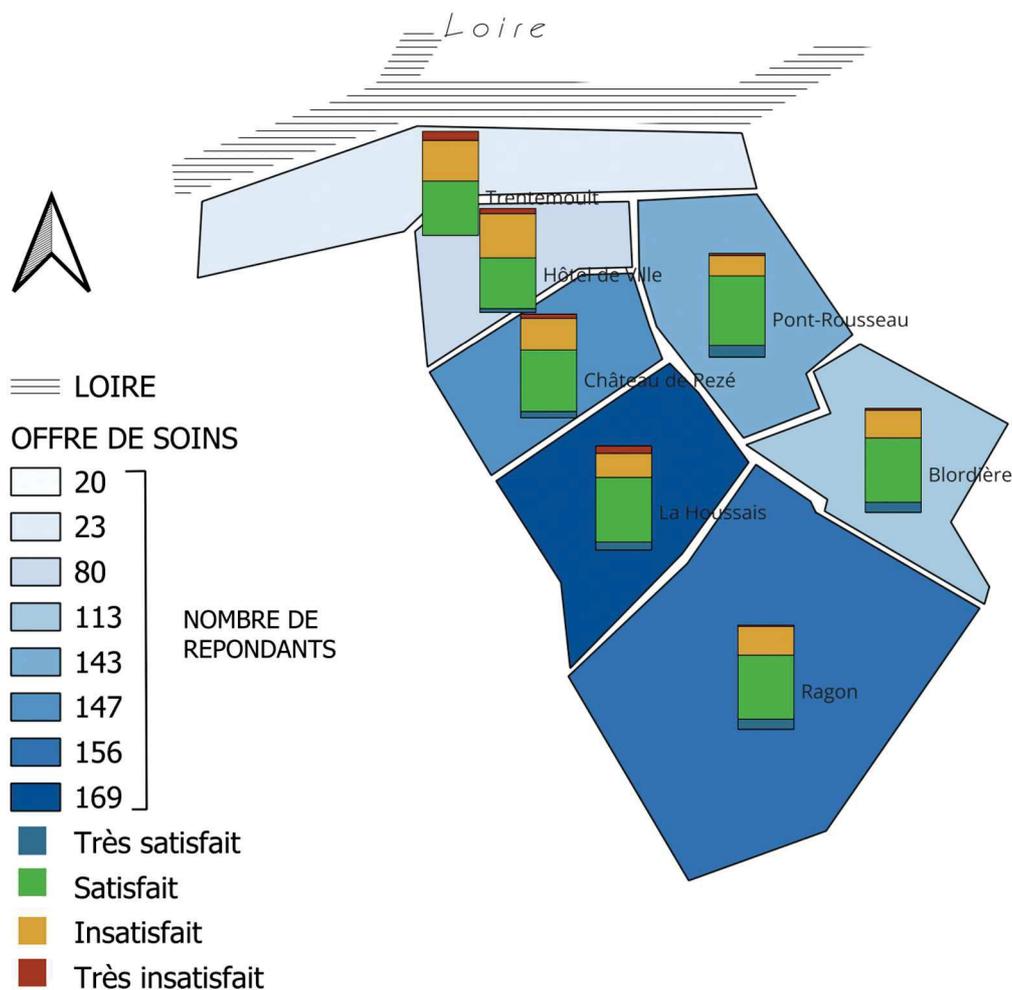


Figure 24. Cartographie de la perception de l'offre de soin selon les quartiers

Les données qualitatives recueillies explicitaient également des difficultés d'ordre géographique pour se faire soigner :

“J’ai la plus grande peine à trouver un généraliste près de chez moi c’est à dire au Château de Rezé”

“Stupéfaction quant à la fermeture du cabinet médical du château”

“manque de psychiatre conventionné secteur 1 et de gynécologue, obligation de s’orienter vers Nantes”

“Je me fais suivre pour certaines pathologies et traitements à Nantes, rien de compliqué mais pour certains spécialistes, il me faut aller à St-Herblain et sans voiture ce n’est pas évident”

“Aucun médecin sur Trentemoult, nous sommes obligés d’aller plus loin dans Rezé”.

3.2.4 Perception de l'offre de soin selon la profession du répondant

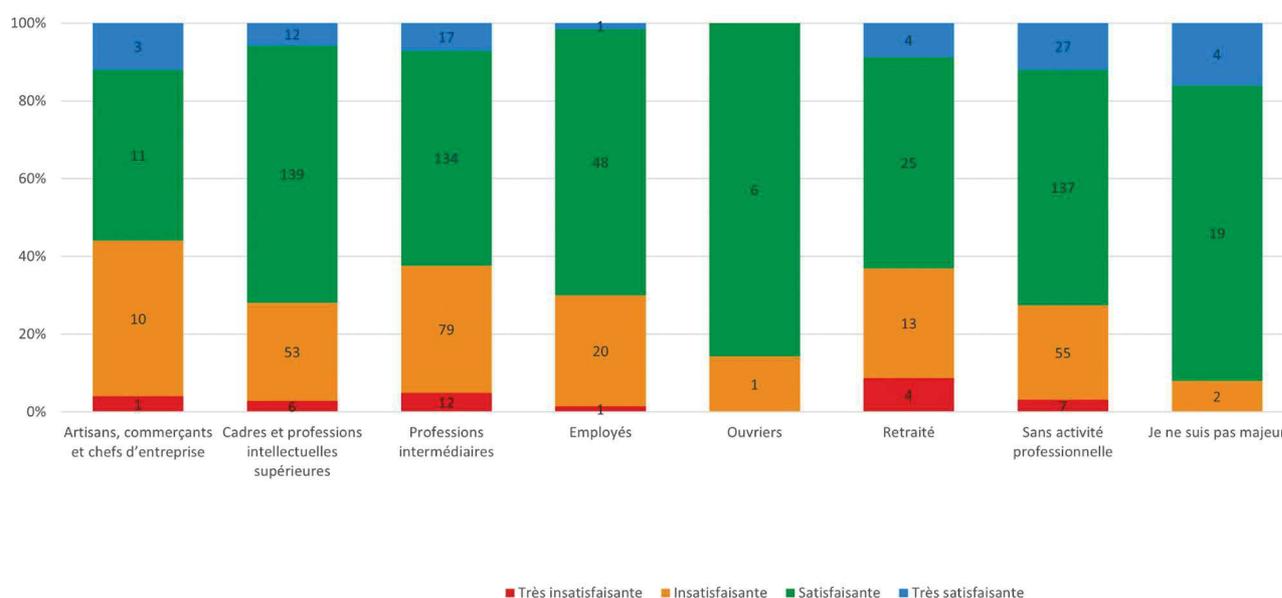


Figure 25. Perception de l'offre de soin selon la profession du répondant

Nous observons que 3 catégories socio-professionnelles considéraient le plus négativement l'offre de soin à Rezé (insatisfaits et très insatisfaits) :

- Les artisans/commerçants/chefs d'entreprises avec 44% d'avis négatifs (n=11),
- Les employés avec 38% (n=21),
- Les personnes sans activité professionnelle avec 37% (n=62).

La plupart des remarques négatives rapportées par les données qualitatives concernaient :

- Des problèmes d'horaires ou d'emplois du temps

“Créneaux horaires pas toujours adaptés aux heures de travail”

“Beaucoup de médecins arrêtent vers 17h30 et lorsque l'on finit à 18h30 on ne trouve personne”

“horaires parfois difficilement compatibles”

“il est compliqué de se libérer du temps pour se soigner”

- Les difficultés financières

“les frais dentaires restent onéreux”

“Problème de mutuelle et de complémentaire, nous n'avons pas assez d'argent pour nous soigner correctement dans ma famille”.

3.3 Perception de l'état de santé

Nous allons ici voir la perception de l'offre de soin et de la perception de leur état de santé selon les mêmes modalités, par âge, quartier et profession.

3.3.1 Perception de l'état de santé selon l'âge

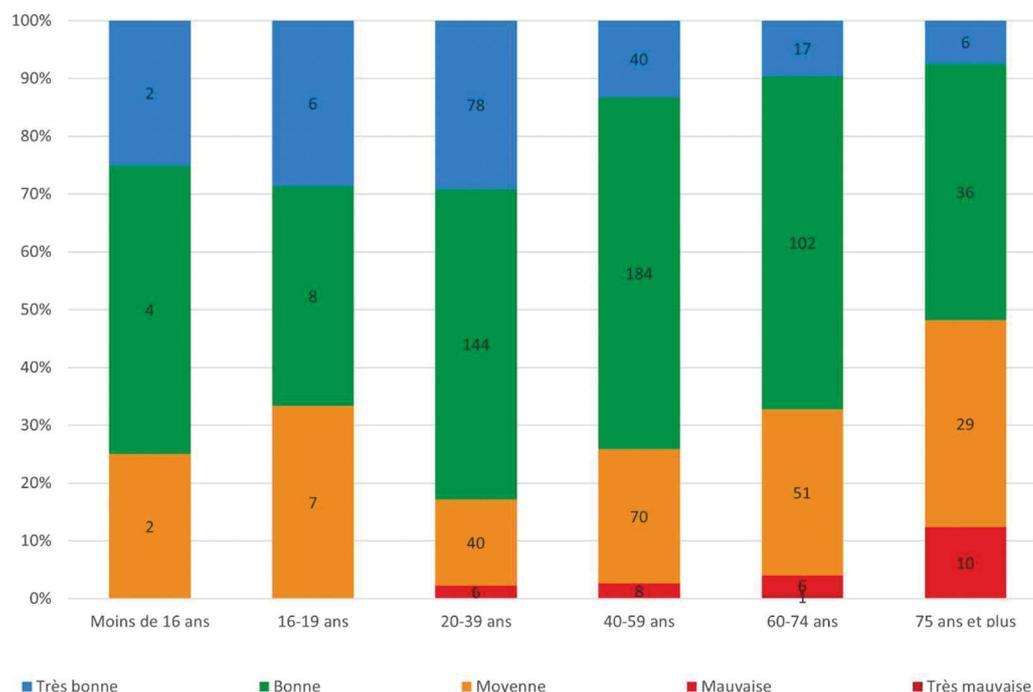


Figure 26. Perception de l'état de santé selon les tranches d'âge des répondants

Nous observons que plus les répondants étaient âgés, plus ceux-ci se considéraient en moins bonne santé. Néanmoins, dans n'importe quelle tranche d'âge, la majorité des répondants se considéraient en bonne ou très bonne santé.

A noter, qu'une seule personne sur les 864 répondants se déclarait en très mauvais état de santé.

3.3.2 Perception de l'état de santé selon les quartiers de Rezé

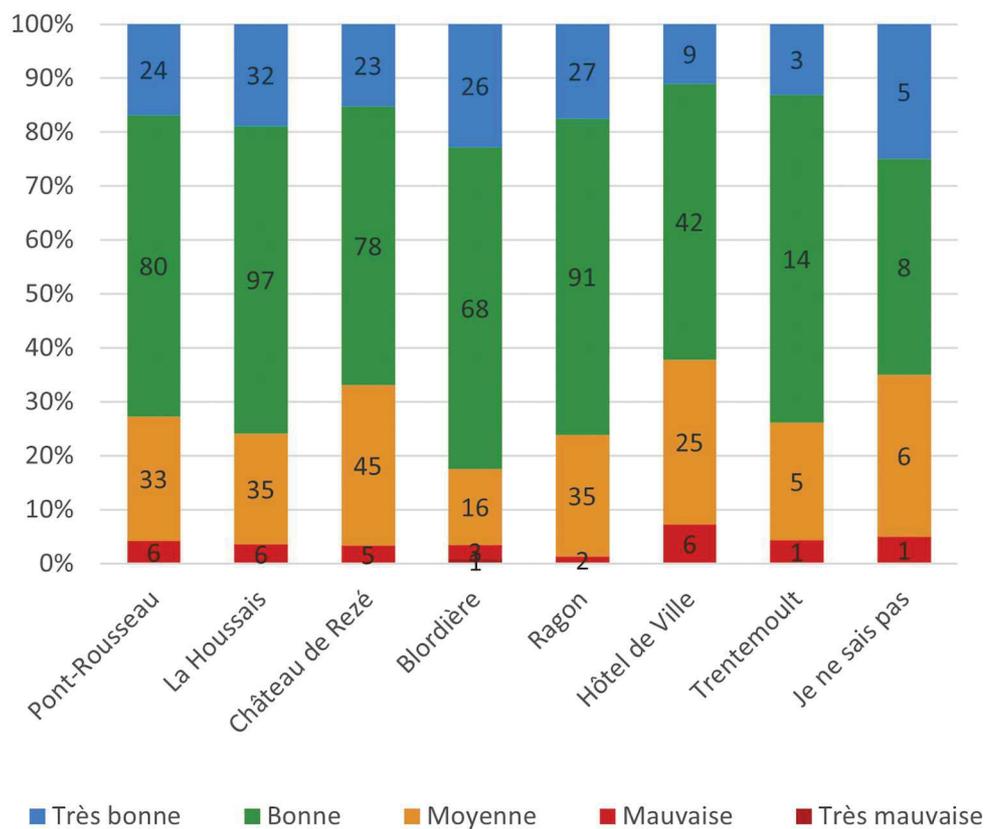


Figure 27. Perception état de santé selon les quartiers

La perception de l'état de santé par quartier se rapportait globalement à celle des répondants du questionnaire : la majorité des habitants par quartier se trouvait en bonne et très bonne santé.

Le quartier Hôtel de ville est le quartier où les habitants se considéraient en moins bonne santé. Le quartier Blordière était celui où les habitants se considéraient en meilleure santé.

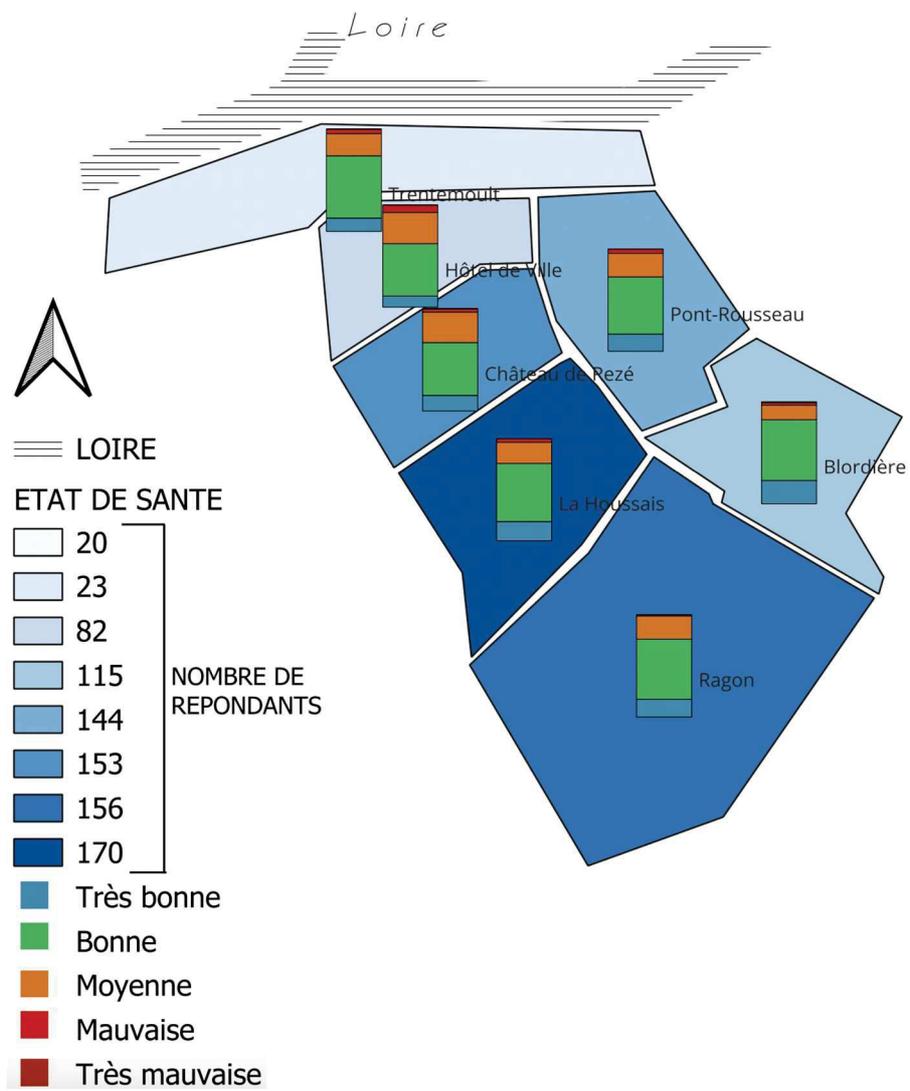


Figure 28. Cartographie concernant l'autoévaluation de l'état de santé selon le quartier de résidence

3.3.3 Perception de l'état de santé selon les professions

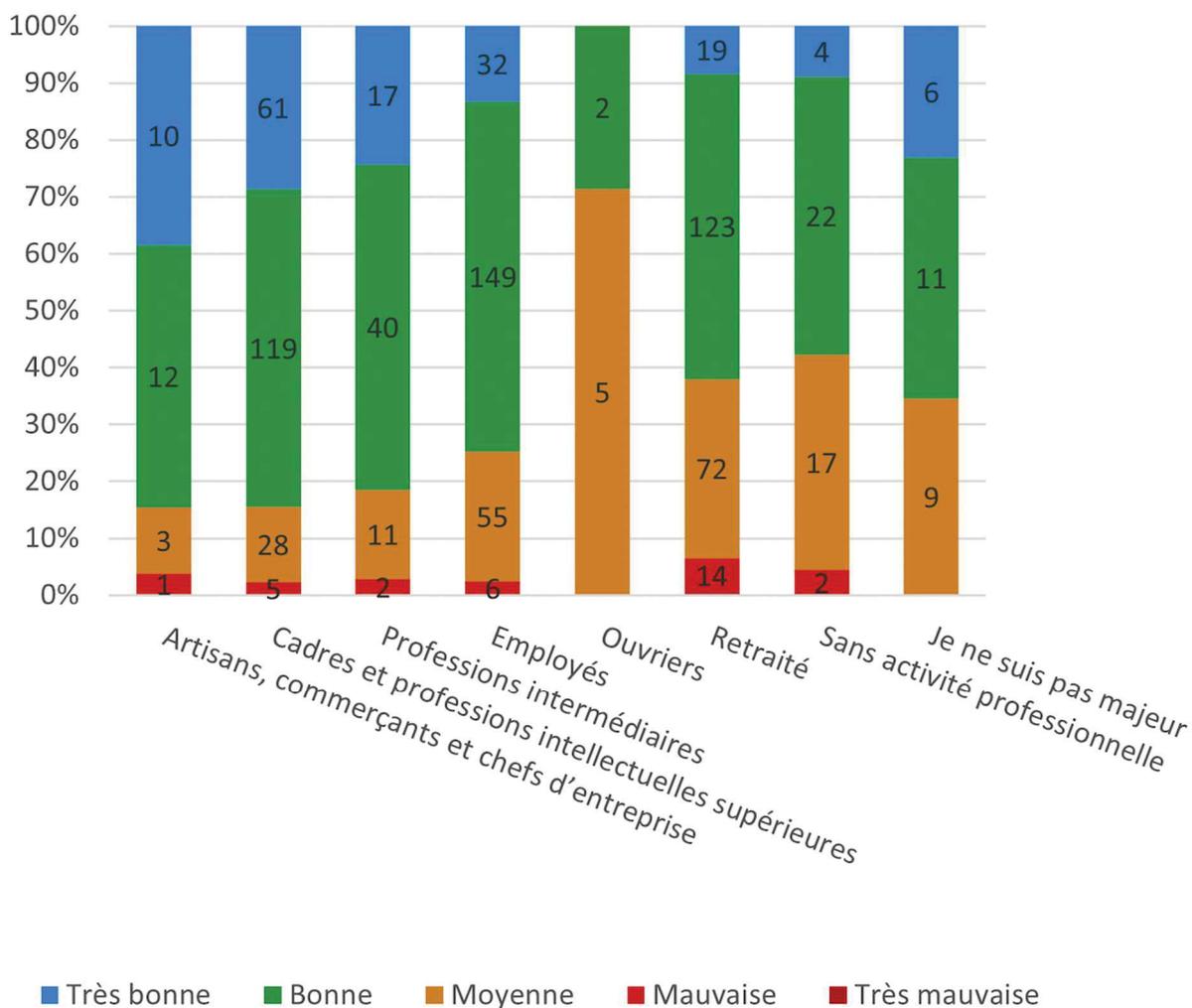


Figure 29. Perception de son état de santé selon la profession des répondants

Les retraités représentaient la proportion la plus importante de personnes se considérant en mauvaise santé. Il en est de même pour les ouvriers qui se trouvent être la seule classe socio-professionnelle à ne pas avoir la majorité de ses répondants à se considérer en bonne ou très bonne santé. D'ailleurs aucun de ceux-ci ne se considéraient en très bonne santé.

A noter que les personnes sans activité professionnelle se considéraient peu souvent en très bonne santé.

3.4 Renoncement aux soins

3.4.1 Renoncement aux soins chez les répondants

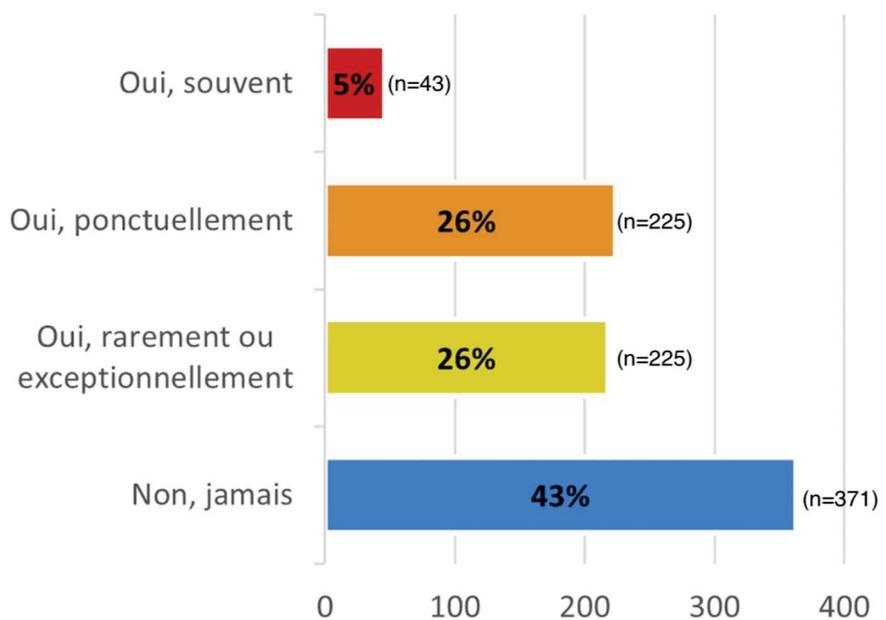


Figure 30. Renoncement aux soins

Nous observons que la majorité (59,6%) des répondants avait déjà renoncé à se faire soigner.

Le recueil des données qualitatives montrait que ce renoncement au soin pouvait s'expliquer par :

- Les délais d'attentes

“Il faut plusieurs mois d’attente pour obtenir un RDV chez un dermatologue ou un allergologue par exemple. Ca démotive”.

“Actuellement difficile d’obtenir des rdv dans des délais courts inférieur à 15 jours quelque soit les spécialités. On ne peut plus se faire soigner”.

- Le manque de professionnels de santé également beaucoup décrit

“Il manque de spécialistes , de généralistes et d’infirmières”

“Lorsqu’un médecin généraliste ferme son cabinet, les autres généralistes refusent de reprendre sa patientèle. Cela s’apparente à une absence d’accès aux soins. C’est le principal frein pour nous”.

“beaucoup de médecins ne prennent plus de nouveaux patients”

“La ville grossit énormément et il n’y a pas de nouveaux cabinets qui s’ouvrent. Donc on ne peut pas vraiment se soigner”.

“Impossible de trouver un médecin traitant prenant de nouveaux patients”

3.4.2 Renoncement aux soins selon l’âge des répondants

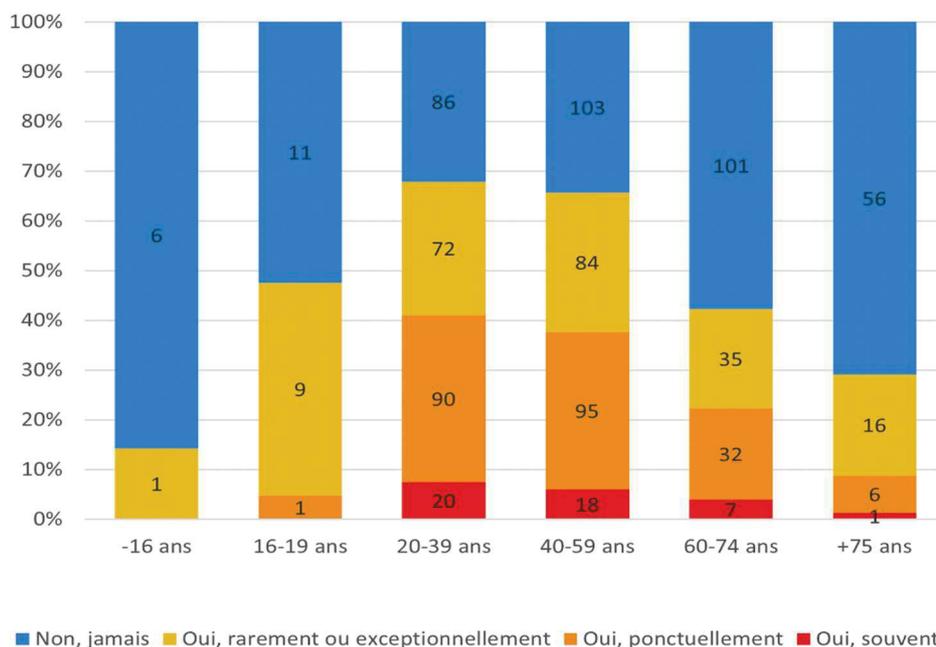


Figure 31. Fréquence du renoncement aux soins selon l’âge des répondants

Nous avons observé que les classes d’âge qui renonçaient le plus fréquemment aux soins étaient les 20-39 ans et les 40-59 ans, population dite « active ».

Les moins de 19 ans (-16 ans et 16-19 ans) étaient les seuls à déclarer majoritairement n’avoir jamais renoncé à se soigner.

Les données qualitatives indiquaient deux phénomènes principaux pouvant influencer sur le renoncement aux soins :

- La limitation des horaires et jours d’ouverture des structures de soins
“Quand on fini après 18h30, on ne peut pas se soigner”.

“Je bosse tous les jours. Je ne peux me faire soigner que le samedi sauf SOS médecin il n’y a rien d’ouvert le samedi”

“de façon générale peu de disponibilité après 18h et en tant qu’assistante maternelle c’est compliqué de se libérer du temps pour se soigner”

“des cabinets de médecin qui refusent des patients après 17h45 c’est inadmissible”.

- Des difficultés d’accessibilité aux structures et aux outils numériques en santé

“difficulté à se déplacer, mobilité réduite”

“J’imagine la détresse des personnes âgées sans internet isolées”

3.4.3 Renoncement aux soins selon le quartier des répondants

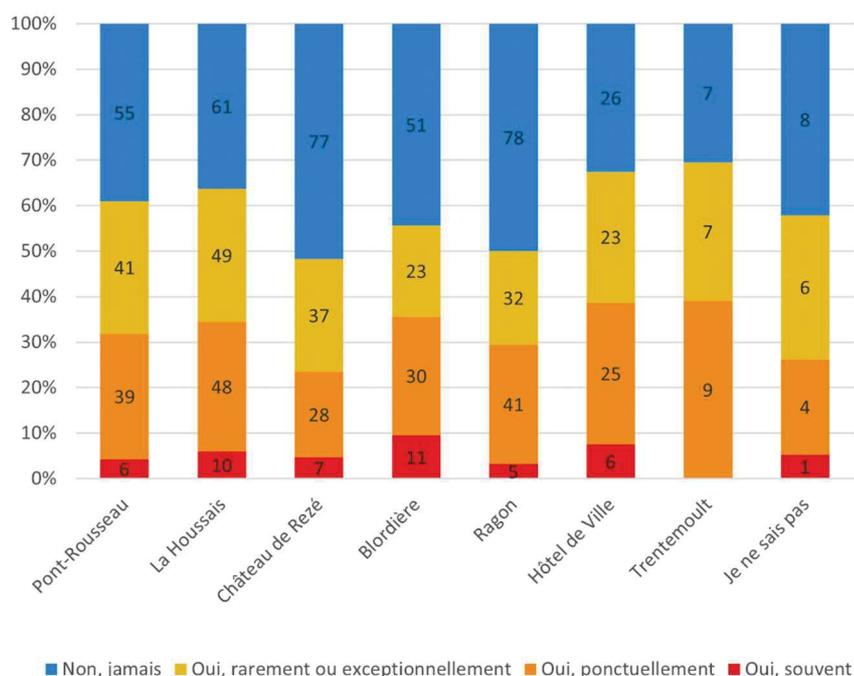


Figure 32. Fréquence du renoncement au soin selon les quartiers

Hormis les quartiers Ragon et Château de Rezé, le renoncement aux soins restait systématiquement majoritaire pour les habitants. Le quartier de Trentemoult était celui où les habitants renonçaient le plus à se soigner, avec presque 70% des répondants.

Les données qualitatives recueillies explicitaient ce renoncement, en insistant sur la présence et la disponibilité des soignants selon les quartiers :

“peu de santé sur Ragon et les labos de santé sont pleins. Attente impressionnante le matin”

“stupéfaction quant à la fermeture du cabinet médicale du château”

“Absence de spécialiste dans mon quartier”

“suite à la fermeture du cabinet ou j’étais suivi au château, je dois aller à Beaulieu pour avoir un rdv”

“Nous n’avons pas de médecins ni de spécialiste sur Trentemoult”.

“nous manquons de médecins et spécialistes qui nous obligent à aller sur d’autres communes”.

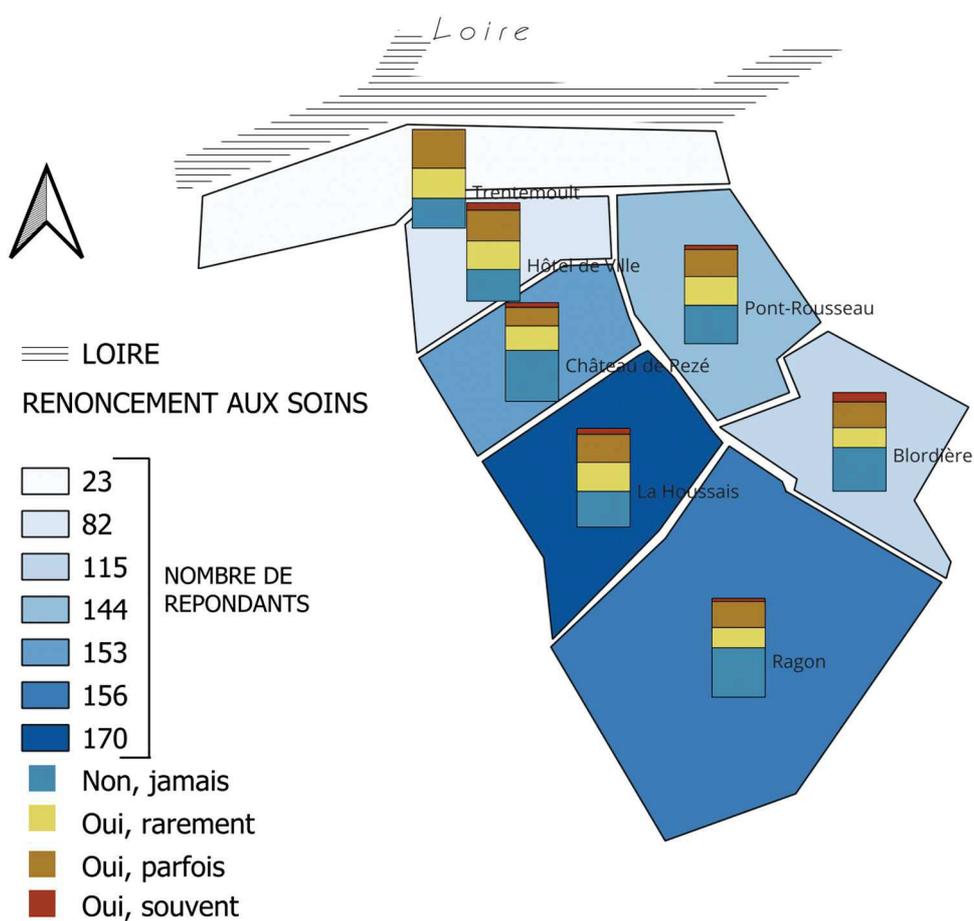


Figure 33. Cartographie concernant le renoncement au soin selon le quartier de résidence

3.4.4 Renoncement aux soins selon la profession des répondants

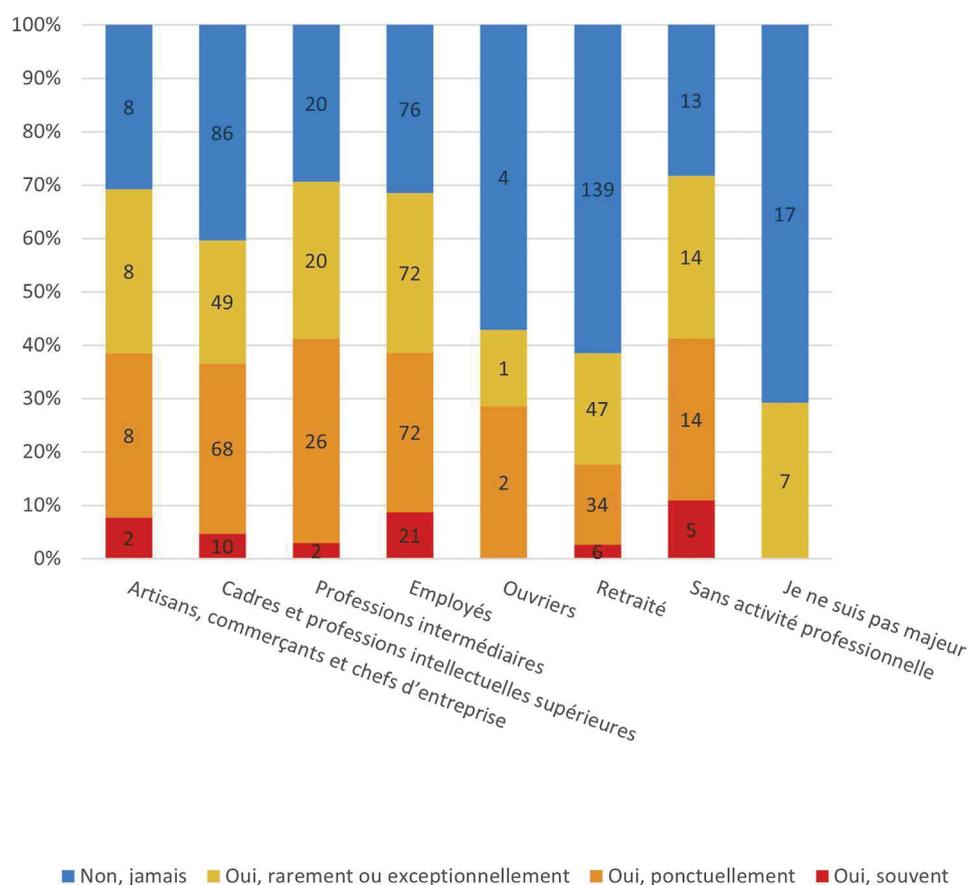


Figure 34. Fréquence renoncement aux soins selon statut socioprofessionnel des répondants

Hormis trois catégories (ouvriers, retraités et non majeurs), le renoncement aux soins était systématiquement majoritaire, entre 60 et 70% des répondants des autres catégories avaient déjà renoncé à se faire soigner.

Le renoncement était très marqué chez les personnes sans activité professionnelle (41% souvent). On pouvait constater, à l’opposé, que les patients retraités étaient ceux avec la proportion de renoncement la plus faible, tout comme les non majeurs. L’échantillon des ouvriers quant à lui, plus faible, ne permettait pas de comparaison pertinente.

Les données qualitatives montraient deux phénomènes pouvant expliquer le haut niveau de renoncement global :

La notion déjà mentionnée de la disponibilité horaire des médecins vis à vis des horaires de travail de la population active.

“Quand on fini après 18h30, on ne peut pas se soigner”.

“Je bosse tous les jours. Je ne peux me faire soigner que le samedi sauf SOS médecin il n’ y a rien d’ouvert le samedi”

Ainsi que le facteur économique limitant qui est beaucoup cité.

“Reste à charge élevé et souvent non pris en charge par les mutuelles”

“non au dépassement d’honoraire”

“Le nombre de médecins en secteur 2 est en constante augmentation, trouver des professionnels secteur 1 est très difficile. Tout le monde n’a pas forcément les moyens de payer et/ou d’avoir une bonne mutuelle”.

“Ayant eu un refus de rdv au CHU de Nantes, j’ai dû aller à l’hôpital privé, de ce fait j’ai dû régler un dépassement d’honoraire au médecin non remboursé par ma mutuelle. Bientôt on ne pourra plus se soigner en france”

4 DISCUSSION

Cette étude visait à définir l'état de santé globale de la population Rezéenne via une auto-évaluation de celle-ci. Cette évaluation était médiée par un questionnaire abordant les sujets majeurs de santé qui étaient :

- L'offre de soin,
- Le renoncement aux soins,
- La perception de l'état de santé.

L'étude des résultats obtenus alimente le débat actuel sur chacun de ces sujets.

4.1 L'offre de soins

L'offre de soin sur le territoire rezéen est satisfaisante pour 69% des répondants. Cette satisfaction est moins bonne chez les personnes entre 20 et 74 ans contrairement aux 2 extrémités de la vie. Il s'agit de la population dite active, avec une problématique soulevée régulièrement par cette population qui est l'accessibilité horaire aux soins.

Cette problématique rapportée par les résultats de notre étude est également constatée à l'échelle nationale (30,43). En effet, les amplitudes horaires d'ouverture des cabinets médicaux peuvent être moins compatibles avec certains horaires habituels de travail. Cette limitation d'accessibilité représente 15% des motifs énoncés par les patients concernant le renoncement au soin (30).

Au vu de cette constatation, il paraît nécessaire de réfléchir sur une réorganisation des amplitudes horaires d'ouverture des cabinets ou encore à une adaptation de l'emploi du temps des professionnels de santé et/ou des patients.

La mise en place d'une astreinte de semaine dans les cabinets de groupe ou encore une adaptation des règles et droits du travail, permettant au patient de s'absenter sur ses heures légales pour aller à un rdv médical, sont autant de pistes qui pourraient répondre à cette problématique soulevée.

Un problème d'ordre géographique a également été rapporté avec l'absence de soignants proches disponibles. Ainsi à Trentemoult, où aucun cabinet de médecins généralistes n'est installé, 48% des répondants y habitant étaient insatisfaits de l'offre de soin.

L'inégale répartition géographique des professionnels de santé sur le territoire français (11,30,44) est un facteur majeur d'insatisfaction. Elle peut être constatée à l'échelle nationale et régionale, mais également communale et infra-communale comme le montre notre étude.

En effet, la désertification médicale n'oppose plus depuis longtemps la ruralité aux agglomérations urbaines et la démographie médicale peut être très contrastée au sein d'une même aire urbaine.

Cette inégale répartition peut être expliquée par plusieurs phénomènes (45).

Les facteurs personnels propres à chaque soignant, comme les opportunités professionnelles pour le conjoint, le lieu d'étude et de formation du professionnel, ou encore le milieu d'origine familiale (46).

Les facteurs contextuels et environnementaux influencent fortement la décision d'installation. Les équipements et services présents dans le territoire, l'intégration à la communauté, le contenu et la charge de travail du territoire, les modalités d'organisation et de communication avec les politiques communales, la possibilité de développement professionnel, l'attractivité de la commune ou du territoire, sont autant d'éléments sur lesquels l'État et les communes peuvent agir afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer et assurer une meilleure répartition de la démographie médicale sur le territoire (47).

L'incitation financière est développée actuellement par certaines communes avec l'aide à l'installation ainsi que des primes attribuées aux médecins s'installant en zone déficitaire.

La création de CPTS permettant de mieux organiser la coopération des professionnels de santé entre eux et avec leurs partenaires du même territoire peut être une solution à l'isolement de certains médecins en zone sous dotée.

D'autres propositions politiques sont suggérées : La régulation de l'installation avec différentes mesures comme un passage obligé d'exercice dans des zones déficitaires fléchées, pendant une durée déterminée, pour certaines catégories de

médecin. Une restriction plus globale de la liberté d'installation dans le cadre d'un nombre limitatif de places (ou de postes, ou de contrats) défini par zone géographique.

La télémédecine est déjà une alternative proposée au manque de médecin dans certains territoires (48).

Ces mesures pourraient permettre une distribution plus équilibrée mais n'éviteraient cependant pas la pénurie globale (45).

4.2 Le renoncement aux soins

En effet, bien que l'offre de soin sur le territoire soit globalement satisfaisante pour 69% des répondants. Nous constatons que la majorité (59,6%) de ceux-ci ont déjà renoncé à se faire soigner.

Le manque de soignants, généralistes, spécialistes ou paramédicaux, disponibles, ainsi que de structures de soins sur la commune de Rezé, ont été les principaux éléments cités comme freins à se faire soigner.

Le quartier de Trentemoult est celui où les habitants renoncent le plus à se soigner (70%). Ce qui conforte l'idée que la disponibilité de soin à proximité influence fortement le renoncement aux soins.

En plus de l'inégale répartition des professionnels de santé, le manque global de soignants entraîne lui aussi une insatisfaction concernant l'offre de soin et un renoncement à se faire soigner.

Ce manque de médecin généraliste n'est pas propre au territoire Rezéen.

Au niveau national, la lente érosion du système de soin notamment de la médecine de ville est fortement constatée et documentée. Comme vu dans l'introduction, en 2021, la densité médicale est de 85 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100000 habitants en France (hors Mayotte). Celle-ci est en baisse de 10 % depuis 2012, alors même que la population française augmente et vieillit. Les raisons de cette diminution du nombre de médecins disponibles sont multiples : Numérus clausus limité jusqu'en 2021, la diminution du volume horaire de travail des nouvelles générations de médecin (49), la cessation d'activité prématurée des généralistes libéraux (50).

Le prévisionnel des effectifs projetés diminue jusqu'en 2024, où le nombre de médecins selon les hypothèses du scénario tendanciel atteint un point bas de 209 000 médecins en activité, soit 2,7 % de moins qu'en 2020. Ensuite, les effectifs projetés augmentent légèrement entre 2024 et 2030, puis de façon plus importante par la suite. 18 % par rapport au niveau actuel à l'horizon 2040 et de 36 % à l'horizon 2050 (13).

Les mesures mises en place par les politiques pour répondre à cette problématique doivent donc tenir compte de la temporalité. En effet, la formation d'un médecin généraliste dure 10 ans en moyenne et l'augmentation du numérus clausus après 2021 ne se fera ressentir que bien plus tard sur la démographie médicale.

En attendant, plusieurs pistes peuvent être explorées pour répondre à cette pénurie actuelle de médecin :

- La création du statut d'infirmière en pratique avancée pour libérer du temps médical et pour le suivi de patient chronique a été proposée en 2018 (51) ;
- La fonction d'assistante médicale pour la préconsultation et le suivi des patients ;
- L'incitation au cumul emploi retraite pour le maintien de l'activité des médecins séniors (48) ;
- La dispensation des soins courants dans les hôpitaux de proximité en lien avec la médecine de ville.

Dans notre étude, les classes d'âge qui renoncent le plus fréquemment aux soins sont les 20 à 60 ans.

Nous l'avons décrit précédemment, la population active soulève la problématique de l'accessibilité horaire aux soins. Ce qui peut expliquer que les moins de 19 ans sont les seuls à déclarer majoritairement n'avoir jamais renoncé à se soigner et que les + 75 ans, c'est-à-dire les retraités, sont la catégorie socioprofessionnelle avec la proportion de renoncement la plus faible.

Mais l'accessibilité horaire aux soins n'est pas la seule raison du renoncement aux soins dans cette classe d'âge. En effet, le renoncement est très marqué chez les personnes sans activité professionnelle (41% renoncent souvent). La question budgétaire est donc également importante pour comprendre le renoncement d'une partie de la population aux soins. En 2017, la raison financière représentait pour 25% de la population le motif principal du renoncement au soin. Celle-ci s'élève même à 56% parmi les personnes pauvres (30). En 2020, d'après l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee, 4,4 % de la population déclare

avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont 2,0 % pour raison financière. Ce taux est plus de deux fois plus élevé qu'en 2019 (52).

Agir pour limiter le renoncement aux soins de la population est primordial pour assurer une bonne prise en charge des besoins en santé. Dès lors que le renoncement aux soins est lié aux caractéristiques sociodémographiques des personnes, notamment leur niveau de vie, il s'agit d'un levier important pour réduire les inégalités de santé.

La mise en place de la PUMa (ex CMU) et de la CSS, qui s'adresse aux personnes dont les ressources modestes ne leur permettent pas de souscrire à une mutuelle santé classique, ainsi que les aides financières individuelles (AAH/ALD/APA/AME), sont les outils proposés par le gouvernement pour limiter l'inégalité d'accès aux soins. Malgré cela, il est observé en France une augmentation des inégalités pour raison financière. En effet, la France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées d'Europe occidentale. Celles-ci n'ont aucune tendance à régresser et ce bien que la France soit le premier pays européen pour les prestations sociales (53–55).

La lutte contre le non-recours aux prestations sociales fait partie des orientations majeures des politiques sociales en France. Or, les travaux les plus récents montrent que le taux de non-recours à certaines prestations peut dépasser 30 % (56). Le non-recours peut s'expliquer par la méconnaissance des aides, les difficultés d'accès aux prestations et la crainte du regard porté par l'institution publique. Ainsi en 2021, pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information. La connaissance des prestations par les Français s'est détériorée entre 2016 et 2020 d'après le baromètre d'opinion (57). De même, les démarches administratives jugées trop complexes représentent un frein majeur à la demande d'aides et de dispositifs sociaux.

Une meilleure information sur les aides disponibles via des canaux de diffusions bien connus comme la télévision, la radio, les journaux ou encore, la création de campagnes de sensibilisations et d'informations sur les différents types d'aides, pourrait être un bon moyen de faire baisser ce non-recours et ainsi réduire les inégalités de santé.

La simplification des démarches administratives et le développement de conseillers pour les personnes les plus précaires pourraient être, là aussi, une solution à ce problème de non-recours aux prestations sociales.

Enfin, des services d'aide et d'accompagnement de proximité, comme la « Maison des services » dans le quartier du Château, un espace labellisé « France services » par l'État, peuvent être un levier supplémentaire pour garantir un meilleur accès aux démarches, et donc aux soins de santé primaire.

4.3 La perception de son état de santé

Dans notre étude, La grande majorité de la population Rezéenne se considère en bonne santé. En effet, dans n'importe quelle tranche d'âge, la majorité des répondants se considère en bonne ou très bonne santé. Cependant, plus les répondants sont âgés, plus ceux-ci se considèrent en moins bonne santé.

L'âge est un facteur primordial dans la perception de l'état de santé. Le vieillissement entraîne l'apparition des pathologies chroniques et la diminution naturelle des capacités physiques et cognitives de l'individu (58,59). De même, le vieillissement du corps transforme également l'image offerte à autrui et à soi-même et modifie ainsi grandement la perception de ses capacités et de son état de santé (60).

Il a été observé que les ouvriers se trouvaient être la seule classe socioprofessionnelle à ne pas avoir la majorité de ses répondants à se considérer en bonne ou très bonne santé et que les personnes sans emploi ne se considéraient pas souvent en très bonne santé. Cette inégalité entre les différentes classes socioprofessionnelles est retrouvée à l'échelle nationale (53) et on observe un gradient social marqué pour cet indicateur.

Les ouvriers déclarent moins souvent être en bonne santé et avoir plus souvent des limitations d'activités et des maladies chroniques, à l'inverse des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus nettes encore entre les actifs et les inactifs (61). Les raisons sont multifactorielles. De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités (61). Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve les conditions de vie et notamment de travail. Ils peuvent être dus aux conséquences du travail en lui-même et de sa pénibilité, ainsi que par les répercussions directes ou indirectes sur le corps et l'état de santé (62-64).

En effet, prendre en compte le travail non seulement comme activité concrète, mais aussi comme statut social et économique peut expliquer que la subordination

hiérarchique, l'inégalité salariale, la perte d'autonomie dans l'application des tâches, la précarité financière de certaines professions, sont autant de causalités combinées expliquant cette inégalité de perception.

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » et cette inégalité de perception entre les différentes catégories socioprofessionnelles apparaît cependant comme un indicateur pertinent de l'état de santé. Preuve en est, l'espérance de vie n'est pas la même entre les différentes catégories socioprofessionnelles (61). Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 7 ans.

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité. Les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités (61).

Il existe donc une "double peine". Aux inégalités de mortalité s'ajoutent des inégalités de qualité de vie.

Ces différences très marquées s'expliquent par le fait que les catégories socioprofessionnelles sont très représentatives des comportements et conditions de vie. Elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, comportements à risque, etc.)

La santé est façonnée par l'ensemble des conditions de vie, aussi bien matérielles que sociales et comportementales. L'emploi et le travail y contribuent largement. Réduire l'exposition des personnes des catégories défavorisées aux risques auxquels elles sont surexposées est donc primordial pour réduire ces inégalités. Cela implique d'améliorer les conditions de travail pour réduire la pénibilité et les accidents, ainsi que mieux réglementer l'exposition de certains professionnels à des toxiques ou des situations à risque pour leur santé. Il faut s'attacher à réduire les conséquences d'une maladie ou d'un accident sur la situation sociale des personnes avec des dispositifs favorisant le retour à l'emploi ou la capacité d'emprunt, par exemple, en cas d'arrêt durable.

Les travaux scientifiques ont montré toute l'importance pour la santé de l'estime de soi, de la reconnaissance sociale ou encore du sentiment de contrôler sa vie (65). Ainsi la revalorisation salariale et l'augmentation de l'autonomie au travail pourraient être d'autres leviers permettant de combattre ces inégalités de santé. Retrouver un sens à son travail est fondamental pour l'épanouissement personnel et pouvoir vivre décemment du salaire de celui-ci est une nécessité.

Les comportements sont une composante importante de la construction de la santé. Ces comportements (alimentation, consommation d'alcool, exercice physique...) ne sont pas seulement « individuels », mais aussi sociaux. En effet, la reproduction sociale est un phénomène sociologique bien connu qui ne se limite pas uniquement à la transmission des positions sociales mais aussi des comportements notamment en termes de santé (66).

Toute l'importance des premières années de vie dans la construction de la santé des adultes a bien été démontrée (67). L'éducation à la santé et la prévention des comportements à risque via l'environnement physique et social de l'école est l'outil qui doit être amélioré pour modifier ces comportements.

Le lien au système de soin et les apprentissages des habitudes et gestes de vie bénéfiques à la santé sont prioritairement à promouvoir.

Particulièrement marquées en France, les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître. Elles concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur selon la situation géographique à l'échelle nationale. Mais ces inégalités ne se limitent plus à la classique opposition France du Nord/France méridionale. Elles se retrouvent à toutes les échelles géographiques, y compris au sein d'une même aire urbaine notamment selon les quartiers.

Comme vu précédemment, la perception de son état de santé est un indicateur des inégalités sociales de santé. Dans notre étude, géographiquement, nous avons constaté que la perception de l'état de santé par quartier ne diffère pas significativement. A l'échelle nationale et pour d'autres communes, il en est autrement (68,69). Dans d'autres villes, certains quartiers présentent de grandes différences entre eux concernant les différents indicateurs de santé comme l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité, la perception de son état de santé, etc...

Pour comprendre ces inégalités et les combattre, il faut s'attacher à étudier et comprendre l'influence de ce contexte socio-spatial sur les individus et

réciroquement. La structuration des quartiers de résidence résulte de processus sociaux, politiques et économiques. Or, le lieu où l'on a grandi, où l'on vit, est un élément essentiel des constructions identitaires et de l'adoption de pratiques en matière de santé (alimentation, alcool, prévention, soins, sport, etc.). Il fonde également les perceptions et les usages (70). Cette géographie sociale constitue donc un déterminant actif des inégalités de santé.

Cette approche spatiale des problèmes sociaux et des modes de vie, notamment dans le cadre de la santé, peut ainsi amener à des actions associant des mesures générales et des programmes spécifiques, ajustés aux besoins d'une zone géographique. Favoriser l'accès à un système de soins qui intègre la dimension sociale des inégalités de santé dans son fonctionnement est primordial pour les combattre.

L'habitat et l'environnement (humidité, pollution, hygiène etc.) sont des éléments à prendre en compte. Ainsi, loger convenablement des personnes au lieu de financer les soins de santé résultant de l'absence de domicile décent, pourrait être une première étape dans le combat contre les inégalités de santé entre les quartiers. L'installation d'équipements sportifs, la création de lieux de partage, notamment pour l'éducation à la santé via l'hygiène de vie, l'alimentation, l'épanouissement personnel, sont autant de pistes à explorer.

La dimension holistique de la santé et l'instauration de programmes qui combindraient une action dans plusieurs domaines sont nécessaires pour répondre aux problématiques complexes et multifactorielles soulevées par ces inégalités de santé entre les territoires.

4.4 Limites de notre étude

L'enquête menée a permis d'obtenir un grand échantillon avec 864 répondants sur une population de 42 993 habitants. Ce qui représente 2% de la population Rezéenne.

Une répartition homogène du questionnaire sur toute la commune de Rezé a été assurée avec une bonne visibilité et une information relayée par plusieurs types de supports pour éviter les biais.

Néanmoins, notre étude présente quelques faiblesses :

Il existe des biais de Recrutement/Sélection :

Les femmes ont très majoritairement répondu par rapport aux hommes. 79,2% des répondants sont des femmes alors qu'elles représentent 53,5% de la population Rezéenne. De même, il est observé une très faible participation des moins de 19 ans qui ne représentent que 4% des répondants.

Ce biais de recrutement est également observé entre les différents quartiers de la ville. Le quartier regroupant le plus grand nombre d'habitants n'est pas celui qui est le plus représenté dans notre étude. Nous observons ainsi une sur ou sous-représentation de certains quartiers par rapport à d'autres. (ex : sous-représentation Pont-Rousseau et sur représentation de Ragon).

Concernant les statuts socioprofessionnels des répondants, là aussi le biais de sélection est observable. La catégorie des professions intermédiaires est peu représentée parmi les répondants. Alors que celle-ci est la 2ème catégorie socioprofessionnelle comptant le plus de personnes dans la population Rezéenne d'après l'Insee. Les ouvriers eux aussi sont très peu à avoir répondu au questionnaire.

Ces différents biais de sélection peuvent donc altérer la qualité de notre échantillon et remettre en cause la représentativité de celui-ci ou encore entraîner une sur ou sous-estimation de certains de nos résultats.

5 CONCLUSION

Dans notre étude, de façon générale, la population étudiée de Rezé se sentait globalement en bonne santé et trouvait l'offre de soins correcte. Cependant on retrouvait des inégalités selon l'âge en lien avec le vieillissement mais aussi suivant la profession, corrélées avec les inégalités sociales déjà observées et connues. Le renoncement aux soins ainsi que la perception de son état de santé étaient en rapport avec la sous-disponibilité des cabinets de médecins généralistes dans les quartiers les moins bien dotés, et en lien avec les déterminants sociaux.

Une dimension à retenir de cette étude concernant l'accès aux soins serait, par exemple, d'établir une politique de dialogue social et professionnel pour repenser la répartition des lieux de soins et envisager la proximité qui est intrinsèque aux soins primaires.

Les questions posées par notre étude sont très d'actualité. En effet, le diagnostic de l'état de santé d'une population s'inscrit dans le cadre des enquêtes baromètre santé publique qui comme nous l'avons vu précédemment, concourt à la ligne directrice des politiques publiques à venir. Mais contrairement à ces enquêtes baromètre qui reposent sur la méta-analyse de différentes études ainsi que sur différents indicateurs épidémiologiques. Notre étude, elle, est une évaluation directe de l'état de santé de la population par questionnaire et autoévaluation. Elle s'inscrit donc vers l'autonomisation et la participation active des populations aux politiques publiques de santé.

De même, l'échelle des enquêtes Baromètre santé est nationale et/ou régionale. Notre étude porte sur un territoire beaucoup plus restreint qui est la commune de Rezé. Elle adhère donc à la mouvance actuelle de décentralisation et d'autonomisation des politiques publiques locales, notamment en santé.

Actuellement, le secteur des soins primaires est confronté à des évolutions rapides et brutales de l'offre et de la demande de soins. La compréhension de la santé ne peut se faire au seul échelon national, ainsi nous constatons l'apparition de multiples enquêtes similaires à la nôtre souvent médiées par les mairies qui permettent une analyse fine du fonctionnement de la santé au niveau local.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conférence internationale pour la promotion de la santé. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 1986; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-hegel-2017-2-page-105.htm>
2. Etat Français. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/
3. Etat Français. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
4. Etat Français. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
5. White, Williams et Greenberg. Carré de white and greenberg [Internet]. 1961 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/798/fichier_carre_de_whit e2cd52.pdf
6. Laporte, Fortin al. Carré de White revisité | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/carre-de-white>
7. Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. 1991. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
8. Etat Français. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2019 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353
9. Etat Français. Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2018 [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896
10. Etat Français. Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) - Légifrance [Internet]. 2022 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000031917906/#LEGISCTA000031917906
11. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.2022 Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr
12. Tomoko Ono, Michael Schoenstein, James Buchan. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Internet]. 2014 avr [cité 25 janv 2023]. (OECD Health Working Papers; vol. 69). Report No.: 69. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en
13. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;

14. ORS. Epitomé d'accès aux soins de premier recours en 2022. 2022 [cité 24 janv 2023]; Disponible sur: https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2022/06/Epitome_3_Fnors_Juin-2022_VF-1.pdf
15. DREES. Contexte démographique de la France en 2017 [Internet]. 2017 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Contexte%20d%C3%A9mographique.pdf>
16. Khaled Larbi. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767. [cité 26 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
17. Boussaguet L, Jacquot S, Ravinet P. Dictionnaire des politiques publiques - Presses de Sciences Po [Internet]. [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.pressesdesciencespo.fr/fr/book/?GCOI=27246100023520>
18. Nathalie Blanpain. L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme Méthode et principaux résultats. 2016.
19. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. 2004
20. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
21. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 11 avr 2016;353:i1732.
22. CESER haut de France. L'accès aux soins médicaux des personnes en situation de précarité [Internet]. 2016 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://ceser.hautsdefrance.fr/assets/uploads/medias/pub_docs/2016-10-04%20Rapport-Avis%20Acc%C3%A8s%20aux%20soins%20m%C3%A9dicaux%20des%20personnes%20en%20situation%20de%20pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf
23. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;59(790):14-8.
24. DREES. Fiche 11 -Les conditions de vie, minima sociaux et prestations sociales. 2021 [cité 25 janv 2023]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2011%20-%20Les%20conditions%20de%20vie.pdf>
25. DREES. Fiche 12 - Les conditions de logement. Minima sociaux et prestations sociales. 2021 [cité 25 janv 2023]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2012%20-%20Les%20conditions%20de%20logement.pdf>
26. Durlach Vincent. Tabagisme et diabète : le temps de l'action [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/tabagisme-et-diabete-le-temps-de-l-action>
27. Guignard R. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010.

28. Mogenet A, Tomasini P. Précarité sociale et socio-culturelle : impact sur les traitements et accès à l'innovation thérapeutique. *Rev Mal Respir Actual*. 1 oct 2022;14(2, Supplement 1):2S358-62.
29. Pasquereau Anne, Andler Raphaël, Guignard Romain, Soullier Noémie, Gautier Arnaud, Richard Jean-Baptiste, Nguyen-Thanh Viêt. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
30. Fabrice Lenglard. ER1200 Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. 2021 [cité 19 déc 2022]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
31. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 26 avr 2016;315(16):1750-66.
32. Observatoire régional de la santé, éditeur. La santé des Nantais. Nantes: ORS, Observatoire régional de santé des Pays de la Loire; 2018.
33. Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Marie Dalichampt, Dr Anne Tallec (ORS Pays de la Loire). Profil santé de St-Herblain. 2018 [cité 26 janv 2023]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2018_PDF/2018_profilsante_stherblain.pdf
34. Saint-Louis B. 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 d'Orvault ; NounProject / Fabio Rinaldi, Tatina Vazest, Sophia Bai ISBN 978-2-908417-90-6 / ISBN NET 978-2-908417-97-5. 2018;
35. santé publique france. Baromètres de Santé publique France [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>
36. INSEE. dossier statistique complet de la commune de Rezé en 2022 [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44143#chiffre-cle-5>
37. Rezé. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Rez%C3%A9&oldid=200585577#Histoire>
38. Ville de Rezé [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Site officiel de la Ville de Rezé. Disponible sur: <https://www.reze.fr/>
39. ORS Pays de la Loire (Sandrine David, Marie-Cécile Goupil, Marie Dalichampt, Dr Jean-François Buyck). PROFESSIONS DE SANTÉ DE PREMIER RECOURS À REZÉ Démographie, activité et recours [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2022_PDF/PS_nant esmetrop/2021_ProfSante_premiersrecours_Reze.pdf

40. Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Marie Dalichampt, Dr Anne Tallec (ORS Pays de la Loire). Profil santé de Rezé. 2018 [cité 25 janv 2023]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2018_PDF/2018_pr_ofilsante_reze.pdf
41. Etat Français. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
42. Bardin L. Chapitre premier. Analyse des résultats à un test d'association de mots : stéréotypes et connotations. In: L'analyse de contenu [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013 [cité 13 mars 2023]. p. 55-61. (Quadriga). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-55.htm>
43. Monconduit M. Le système de santé français, espoirs et réalités. À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015. Études. 2016;Juillet-Août(7-8):43-56.
44. ISNAR-IMG. Une inégale répartition des médecins généralistes sur le territoire, oui, mais demain ? [Internet]. 2017 [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/poster-demo-med.pdf>
45. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;
46. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace Géographique. 2018;47(4):362-80.
47. ONDPS. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2015 [cité 16 déc 2023]; Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
48. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 déc 2023]. Lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
49. Jean-Marc Aubert. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine. 16 mai 2019 [cité 18 déc 2023]; Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>
50. Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 2. 2008; Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/cessation_activite_generalistes_tome2.pdf
51. Etat Français. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702
52. Lapinte A. Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières.2018

53. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;
54. Doriane Mignon et Florence Jusot. Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France [Internet]. 2020 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html
55. Clément Dherbécourt, Mathilde Didier et Geoffrey Lefebvre. La protection sociale en France et en Europe en 2022-2023 [Internet]. 2023 [cité 22 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/PROTSOC2023.pdf>
56. Castaing E (DREES/DIRECTION). Quantifier le non-recours aux minima sociaux en Europe. le débat. 2022;
57. Fabrice Lengart. ER1263 Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information. 2023 [cité 15 déc 2023]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1263.pdf>
58. Lemaire P. Le Vieillissement cognitif. FeniXX; 1998. 137 p.
59. Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Lang PO. La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2014;14(79):43-9.
60. Noel M. La perception de soi au cours du vieillissement: approche normale et pathologique à travers l'étude de la chute.2012 ;
61. Danet S. Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ? 2010
62. Bouffartigue P, Pendariès JR, Bouteiller J. La perception des liens travail/santé: Le rôle des normes de genre et de profession. Rev Fr Sociol. 12 juill 2010;Vol. 51(2):247-80.
63. Anabelle Gilg Soit Ilg, Marie Houot, Corinne Pilorget. Estimation de parts de cancers attribuables à certaines expositions professionnelles en France. 2016 [cité 23 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665>
64. Damien Leger yolandes esquirole. Le travail posté et de nuit et ses conséquences sur la santé. 2019; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30446236/>
65. Doré C. L'estime de soi : analyse de concept. Rech Soins Infirm. 2017;129(2):18-26.
66. Khlal M. Nicolas TANTI-HARDOUIN, 2019, La reproduction sociale de santé. Inégalités de santé : responsabilité individuelle ou destinée sociale ?, Paris, L'Harmattan, 168 p. Population. 2021;76(2):405-7.
67. Lang T, Kelly-Irving M, Lamy S, Lepage B, Delpierre C. Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? Santé Publique. 2016;28(2):169-79.

68. Alexandre Labasse Patricia Pelloux. Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris. 2023; Disponible sur: <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/inegalites-sociales-territoriales-sante-grand-paris>
69. Badin AL, Anzivino L, Venzac M, Olny X. Caractériser les inégalités territoriales environnementales, sociales et sanitaires : l'approche menée pour Grand Lyon métropole. Environ Risques Santé. 2020;19(4):273-80.
70. Vallée J, Le Roux G, Chauvin P. Quartiers et effets de quartier. Analyse de la variabilité de la taille des quartiers perçus dans l'agglomération parisienne. Ann Géographie. 2016;708(2):119-42.



DIAGNOSTIC SANTÉ À REZÉ

La Ville de Rezé réalise actuellement un diagnostic pour mieux connaître les enjeux et problématiques de santé sur le territoire. Celui-ci alimentera la construction de sa stratégie d'action sur le sujet pour la période à venir. La présente enquête, à destination des habitants de Rezé, doit permettre de nourrir cette réflexion.

VOTRE PROFIL

1. Quel est votre genre ?

- Femme
- Homme
- Non binaire

2. Quel est votre âge ?

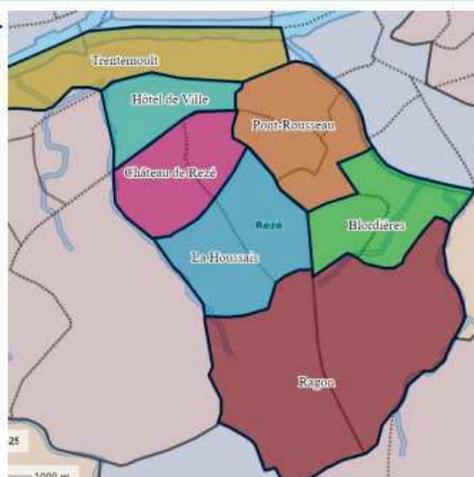
- Moins de 16 ans
- 16-19 ans
- 20-39 ans
- 40-49 ans
- 60-74 ans
- 75 ans et plus

3. Si vous êtes majeur, quel est votre statut ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Je ne suis pas majeur

4. Quel est votre quartier de résidence ?

- Blordière
- Château de Rezé
- Hôtel de Ville
- La Houssais
- Pont-Rousseau
- Ragon
- Trentemoult
- Je n'habite pas à Rezé
- Je ne sais pas



5. Comment jugez-vous votre santé ?

- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Très mauvaise

L'OFFRE DE SOINS

6. Dans l'ensemble, comment jugez-vous l'offre de soins à Rezé ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Très insatisfaisante

7. Quels sont de votre point de vue les principaux manques sur le territoire concernant l'offre de soins ? [4 choix maximum]

- Médecins généralistes
- Psychologues et structures de santé mentale
- Gynécologues
- Kinésithérapeutes / ostéopathes
- Orthophonistes
- Pédiatres
- Autres spécialistes (dentistes, dermatologues, ophtalmologues, radiologues...)
- Pharmacies
- Médecines alternatives
- Autre, précisez :

8. Avez-vous déjà renoncé à vous faire soigner ?

- Oui, souvent
- Oui, ponctuellement
- Oui, rarement ou exceptionnellement
- Non, jamais

9. Quels sont de votre point de vue les principaux freins pour vous occuper de votre santé ou celle de votre famille, en dehors du contexte de crise sanitaire ? [5 choix maximum]

- Coût / reste à charge des soins
- Pas de couverture sociale ou de mutuelle
- Peur (dentiste, médecin, du diagnostic, du traitement...)
- Manque de confiance dans les professionnels de santé
- Horaires de fonctionnement inadaptés
- Méconnaissance des services existants
- Manque de temps
- Eloignement géographique / problème de mobilité
- Délais d'attente trop longs pour avoir un RDV
- Refus des soignants
- Absence de traduction / langue étrangère
- Ne s'inquiète pas de sa santé / pas prioritaire
- Aucun frein identifié
- Autre, précisez

10. Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre opinion sur ce sujet :

VOTRE MODE DE VIE

11. A ce jour, dans vos habitudes de vie, qu'est ce qui impacte le plus négativement votre santé selon vous ? [4 choix maximum]

- Manque d'activité physique
- Alimentation insuffisamment équilibrée / de qualité
- Etat du logement
- Manque de sommeil
- Isolement, manque de liens sociaux
- Stress
- Enjeux liés à la parentalité
- Consommation de produits à risques (alcool, tabac...)
- Conditions de travail
- Eco-anxiété (stress lié au réchauffement climatique)
- Ecrans numériques, réseaux sociaux, jeux vidéos
- Manque d'activités de loisirs et culturelles
- Déconnexion avec la nature
- Aucun impact négatif identifié
- Autre, précisez :

12. Au-delà de la question des médecins, quels sont les principaux manques sur le territoire pour préserver votre santé ? [4 choix maximum]

- Offre alimentaire de qualité / accessible
- Offre sportive
- Offre de mobilité
- Aides et services à domicile
- Activités de relaxation
- Accompagnement à la parentalité
- Accompagnement social et aides financières
- Accompagnement sur les addictions (alcool, tabac, écrans, drogues...)
- Accompagnement psychologique et groupes de paroles ou d'entraides
- Accompagnement à l'amélioration et à l'adaptation des logements
- Autre, précisez :

13. Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre opinion sur ces sujets (manques, freins...) :

14. De façon générale, estimez-vous disposer facilement et suffisamment d'informations sur les bonnes pratiques pour préserver votre santé ? (conseils, actions de prévention, campagnes d'informations...)

- Tout à fait
- Plutôt
- Plutôt pas
- Pas du tout
- Je ne sais pas

LE CADRE DE VIE

15. Selon vous, le territoire rezéen est-il favorable à votre santé et votre bien-être ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Plutôt pas
- Pas du tout
- Je ne sais pas

16. Quels sont les principaux atouts du territoire pour votre bien être selon vous ? [3 choix maximum]

- Présence de la nature et des espaces verts
- Calme et tranquillité
- Echelle humaine et proximité des services et commerces
- Solidarité entre les habitants
- Animation, vie culturelle et loisirs
- Facilités de déplacements
- Offre d'équipements sportifs
- Autre, précisez :

17. Quels sont les principaux défauts du territoire pour votre bien être selon vous ? [3 choix maximum]

- Manque de nature et d'espaces verts
- Environnement dégradé, pollutions et nuisances
- Isolement d'une part importante de la population
- Manque de services
- Inégalités prononcées
- Mauvaises relations entre les habitants
- Faible offre culturelle et de loisirs, manque d'animation
- Embouteillages, insécurité routière, difficulté à se déplacer
- Manque d'équipements sportifs
- Autre, précisez :

18. En conclusion, sur quoi faudrait-il agir en priorité selon vous pour améliorer l'état de santé des habitants sur le territoire rezéen ?

Si vous rencontrez des difficultés pour répondre à cette enquête ou que vous avez une question, vous pouvez contacter les services de la mairie à l'adresse suivante : actionsociale@mairie-reze.fr ou par téléphone au 02 40 84 45 25.

Vu, Le président du jury,
Professeur Cédric RAT

Vu, Le Directeur de thèse,
Docteur Jean Baptiste AMELINEAU

Vu, Le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE REZÉ EN 2022

RÉSUMÉ

OBJECTIF :

Analyser la perception de l'offre de soins en fonction des quartiers de la ville et du profil des habitants de Rezé.

Objectifs secondaires : Analyser la perception de l'offre de soins de Rezé en fonction des habitudes et modes de vie des habitants, et analyser le renoncement aux soins et les facteurs s'y rapportant.

MATERIEL ET METHODE :

Etude observationnelle descriptive transversale visant à recueillir l'opinion des habitants de Rezé concernant leur santé et l'offre de soin de la commune.

Etude menée du 18 juillet au 10 Octobre 2022.

RESULTATS :

Dans notre étude, de façon générale, la population étudiée de Rezé se sentait globalement en bonne santé et trouvait l'offre de soins correcte.

Cependant on retrouvait des inégalités selon l'âge en lien avec le vieillissement mais aussi suivant la profession, en lien avec les inégalités sociales déjà observées et connues. Le renoncement aux soins ainsi que la perception de son état de santé étaient corrélés avec la sous-disponibilité des cabinets de médecins généralistes dans les quartiers les moins bien dotés, et en lien avec les déterminants sociaux.

CONCLUSION :

Le diagnostic de l'état de santé d'une population s'inscrit dans le cadre des enquêtes baromètre santé publique. Notre étude est une évaluation directe de l'état de santé de la population par questionnaire et autoévaluation. Elle s'inscrit donc vers l'autonomisation et la participation active des populations aux politiques publiques de santé. Elle participe à l'apparition de multiples enquêtes similaires souvent médiées par les mairies permettant une analyse fine du fonctionnement de la santé au niveau local.

MOTS CLES :

Santé publique, Démographie médicale, Inégalités de santé, Renoncement aux soins, Ville de Rezé, Diagnostique territorial, Offre de soins.