Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

2014
Décembre

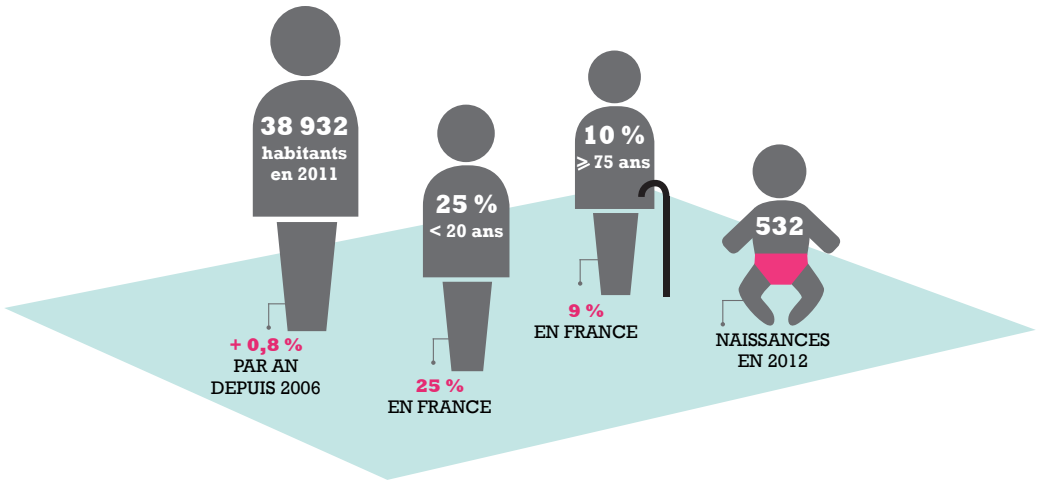
www.santepaysdelaloire.com

Profil santé ville 2014

Sommaire

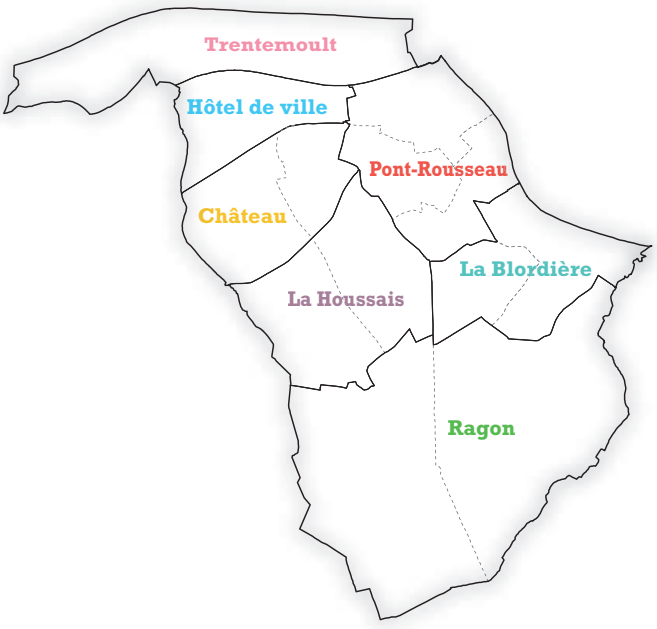
Vue d'ensemble de l'état de santé 05
Problèmes de santé 08
Couverture maladie, accès aux soins 15
Soins de premier recours 16
Soins plus spécialisés 18

Éléments démographiques



Population des quartiers étudiés

Iris	Quartier	Nb d'habitants (RP 2010)
101	Trentemoult	1 860
201	Hôtel de ville	3 374
401, 402	Château	6 244
301, 302, 303	Pont-Rousseau	9 813
501, 502	La Houssais	6 909
601, 602	La Blordière	4 769
701, 702	Ragon	5 455
	Rezé	38 425



Sources : Recensements de la population 2006, 2010, 2011, Etat civil (Insee)

Auteurs
Ce document a été réalisé par Sandrine David, Marie-Cécile Goupil, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec (ORS Pays de la Loire).

Remerciements
Les données présentées dans ce document ont été mises à disposition de l'ORS par l'ASIP Santé, l'ATIH, la CCMSA, la Cnamts, la CPAM de Loire-Atlantique, l'association Cap santé plus 44, la Fnors, l'Inserm CépiDc, le RSI, le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, le service Etat civil de la ville et le service de géomatique de Nantes métropole.
Merci pour leur contribution à Matthieu Bonnaud, France Nanin, Nathalie Thomas (CPAM de Loire-Atlantique), Solenne Delacour et Dr Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée), Dominique Boullot, Sylvie Gilloux et Cécile Picherit (Nantes métropole).

Préambule

Ce profil a été établi à la demande de la ville de Rezé dans le cadre d'une étude initiée par Nantes métropole.
Il repose sur l'analyse d'un certain nombre de données concernant l'état de santé et le recours aux soins de la population de Rezé, ainsi que l'offre de soins sur la commune.
En raison du fort impact de la structure par âge de la population sur les indicateurs de santé et de recours aux soins, tous ces indicateurs sont, sauf mentions contraires, standardisés sur l'âge, c'est-à-dire qu'ils permettent des comparaisons entre années ou entre territoires en gommant les effets des différences de structure par âge.

Les indicateurs concernant la ville de Rezé ont ainsi été comparés, aussi souvent que possible, à la moyenne de Nantes métropole, à la moyenne de la Loire-Atlantique (hors Nantes métropole) et à la moyenne française. Les analyses infracommunales ont été réalisées sur les territoires définis en partenariat avec les services de la ville.

Les limites de cette description de la santé des habitants de Rezé et de certains de ses déterminants sont liés :
- à la disponibilité des indicateurs (toutes les données nécessaires à l'analyse du très vaste champ de la santé ne sont pas disponibles à l'échelon communal, et encore moins à l'échelle infracommunale),
- à la sélection des indicateurs étudiés. Tous les indicateurs de santé potentiellement mobilisables à l'échelle d'une commune n'ont pas été analysés dans ce travail (motifs d'hospitalisation par exemple).
- aux effectifs concernés, parfois insuffisants pour étudier les situations de façon détaillée ou sources de variations aléatoires importantes dans les séries chronologiques de données. Pour limiter cet impact, de nombreux indicateurs ont été calculés à partir de données cumulées sur plusieurs années.
Enfin, au-delà de ces limites de méthode, cette approche de la santé des Rezéens reste strictement quantitative et il importe de l'enrichir et de la confronter avec les perceptions des acteurs locaux.

Eléments de méthode : sources et indicateurs

Sources des données

▶ Affections de longue durée (ALD)

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

Les données d'ALD présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile du patient. Ces données ont été étudiées à la fois en termes de prévalence et d'incidence, de façon globale ou selon la (les) pathologie(s) à l'origine de l'admission en ALD :
• les données d'incidence (nouvelles admissions en ALD sur la période 2006-2010) sont présentées en figures 8, 17, 20, 21, 22. Ces données couvrent les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants).
• les données de prévalence (nombre total de personnes en ALD à une date donnée) sont présentées figures 7, 18 et 19.

Les données de la figure 7, mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique, couvrent uniquement le régime général, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME). Elles concernent le nombre total de bénéficiaires (assurés et ayants droit) en ALD au 01/07/2013.
Les données présentées en figures 18 et 19 couvrent les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants). Elles concernent le nombre total de bénéficiaires (assurés et ayants droit) en ALD pour diabète au 31/12/2012.

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

▶ Causes médicales de décès

Les statistiques des causes médicales de décès sont établies annuellement par l'Inserm CépiDc à partir des données des certificats médicaux de décès, qui mentionnent pour chaque décès, la cause initiale et la cause immédiate de la mort, ainsi que les états morbides associés. Ces données sont croisées avec les informations sociodémographiques sur la personne décédée transmises par l'Insee. Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies (10e révision : CIM-10 depuis 2010).
Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (et non au lieu de survenue de décès) et elles concernent uniquement la cause initiale de décès.

▶ Accès aux soins, couverture maladie et recours aux soins

Les données de couverture maladie et de recours aux soins présentées dans ce document ont été mises à disposition par la CPAM de Loire-Atlantique. Ces données, issues des bases de remboursement, concernent les bénéficiaires (assurés et ayants droit) relevant du régime général, hors sections locales mutualistes (étudiants, fonctionnaires...) et bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME).
Ces données sont rapportées au lieu de domicile du bénéficiaire. Les données de recours aux soins ne prennent pas en compte les actes réalisés dans certaines structures de soins, et notamment : les actes et consultations externes en établissements de santé publics et en ESPIC*, les actes/soins réalisés lors d'une hospitalisation en établissements de santé publics et en ESPIC, les examens et actes réalisés dans les centres d'examens de santé, les soins délivrés dans le cadre de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass), les actes réalisés dans le cadre de la Protection maternelle infantile (PMI), les recours aux urgences sans hospitalisation.

▶ Démographie médicale

Les données de démographie médicale présentées dans ce document sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), qui couvre actuellement quatre professions de santé (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme). Ce répertoire, mis à disposition par l'ASIP Santé, est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres des professionnels concernés et l'assurance maladie. Il recense l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tous ces professionnels de santé. Ces données ont été consolidées et complétées, notamment pour le secteur d'activité, par les données disponibles sur le site ameli.fr de la Cnamts.

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

Les données de participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer colorectal (figures 13 et 14) ont été mises à disposition par l'association Cap Santé Plus - 44, structure de gestion des dépistages organisés dans le département de Loire-Atlantique. Ces données sont rapportées au domicile du patient et concernent les années 2011-2012.

▶ Hospitalisations en court séjour liées à une intoxication éthylique aiguë (IEA)

Les données présentées dans ce document sont issues des bases nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information de médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO), qui est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière reposant sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales. Ces bases de données ont été mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).
Les statistiques présentées concernent les hospitalisations de jeunes âgés entre 10 et 24 ans sur les années 2006-2011, elles sont rapportées au domicile du jeune (figure 24).

▶ Incidence des cancers

Le Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée enregistre tous les nouveaux cas de cancers chez les personnes habitant la Loire-Atlantique ou la Vendée au moment du diagnostic. Pour cette étude, le Registre a mis à disposition les données d'incidence des cancers sur la période 2008-2010, pour les habitants de Rezé.

Ces données d'incidence ont été comparées aux estimations nationales des nouveaux cas de cancers établies par le réseau des registres des cancers français Francim pour l'année 2010.

Indicateurs

▶ **Taux standardisé de mortalité sur l'âge :** permet de comparer la situation de deux territoires ou deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Il correspond au taux que l'on observerait dans le territoire étudié (ex : Rezé, Nantes métropole...) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici, population européenne IARC 1976). Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation dite directe sur une période de trois ans, et se base sur les taux de mortalité spécifiques par tranche d'âge.

▶ **Indice comparatif de morbidité/mortalité :** permet de comparer l'incidence/la mortalité de pathologies dans la population d'une zone géographique (ici : Rezé, Nantes métropole...) par rapport à celle d'une autre zone géographique (ici : France métropolitaine), en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Son calcul est réalisé selon la méthode de standardisation dite indirecte sur une période de plusieurs années. Cet indice correspond à un rapport en base 100 du nombre de cas/décès observés dans la population étudiée au nombre de cas/décès qui serait obtenu si les taux par classe d'âge étaient identiques à ceux de la population de référence (ici : France métropolitaine). La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du Chi2 au seuil de 5 %.
Exemple : l'indice comparatif d'admissions en ALD de la France métropolitaine étant égal à 100, un indice de 107 signifie une incidence supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un indice de 84 une sous-incidence de 16 % à cette moyenne.

Définitions

▶ **Incidence :** indicateur dynamique de morbidité. Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenus pendant une période de temps donnée.

▶ **Prévalence :** indicateur statique de morbidité. Proportion du nombre de cas (d'une maladie) observée à un instant donné sur une population dont sont issus les cas.

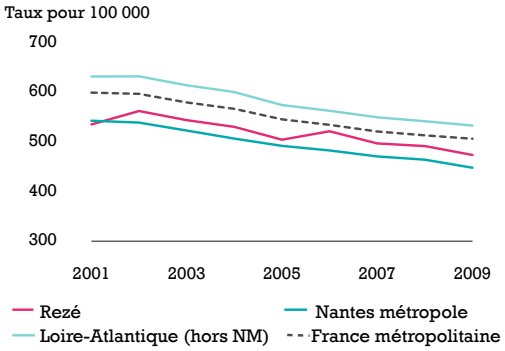
** Etablissement de santé privé à but non lucratif.*

A. ue d'ensemble de l'état de santé

Espérance de vie et mortalité générale

Au cours des dernières décennies, la mortalité générale a fortement diminué en France, notamment aux âges élevés. Il en résulte une augmentation marquée de l'espérance de vie à la naissance. Entre 1990 et 2009, cette dernière a ainsi augmenté en moyenne de 3 mois par an chez les hommes et de 2 mois par an chez les femmes. En 2012, l'espérance de vie à la naissance en France atteint 78,4 ans chez les hommes et 84,8 ans chez les femmes.
Par rapport aux autres pays d'Europe, l'espérance de vie à la naissance en France est l'une des plus élevées pour les femmes, alors qu'elle se situe dans la moyenne pour les hommes. La situation nationale est encore plus favorable si l'on considère l'espérance de vie à 65 ans : celle des Français étant la plus élevée des pays européens, pour les hommes comme pour les femmes.
L'augmentation de l'espérance de vie a profité à toutes les catégories sociales, mais les inégalités restent marquées, notamment chez les hommes. Ainsi, entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint 6 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes, et n'a pas diminué depuis les années 1990.
Au cours des années 1980, ces années de vie "gagnées" apparaissaient majoritairement comme des années vécues en bonne santé, sans maladies chroniques ni incapacités sévères. Cette époque se caractérisait donc par une progression de l'espérance de vie sans incapacité. Mais depuis le début des années 2000, cette progression s'est interrompue. Ce constat est d'interprétation complexe, mais il semble que les gains d'espérance de vie sur la période récente ne soient plus majoritairement des gains de vie en bonne santé, notamment chez les femmes de 50 à 65 ans.

Fig.1 Evolution du taux standardisé de mortalité générale
(2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans
NM : Nantes métropole

Fig.2 Répartition des décès par sexe et classe d'âge
Rezé (moyenne annuelle 2006-2010)

	Hommes	Femmes	Total
< 45 ans	9	4	12
45-54 ans	15	7	22
55-64 ans	21	10	30
65-74 ans	31	14	45
75-84 ans	46	46	92
85 ans et +	40	80	120
Total	**161**	**161**	**322**

Source : Inserm CépiDc

Fig.3 Indice comparatif de mortalité générale
Rezé (2000-2013)

	2007-2013		2000-2006		2000-2013	
	effectif total de décès	ICM[1]	effectif total de décès	ICM	effectif total de décès	ICM
Trentemoult	74	99	80	108	154	103
Hôtel de ville	149	99	232	152*	381	125*
PontRousseau	595	96	543	95	1138	96
Château	574	122*	500	120*	1074	121*
La Houssais	404	86	385	92	789	89*
La Blordière	220	88	166	72*	386	80*
Ragon	292	105	161	78*	453	94

Sources : Etat civil, Insee
* différence avec la moyenne de la ville statistiquement significative au seuil de 5 %
ICM : Indice comparatif de mortalité
Lecture : un indice de 122 signifie une mortalité supérieure de 22 % à la moyenne de la ville et un indice de 86 une sous-mortalité de 14 % par rapport à cette moyenne.

Faits marquants

- Comme en France, l'espérance de vie des habitants de Rezé s'améliore, en lien avec une baisse de la mortalité. Cette dernière a diminué de 11 % entre 2001 et 2009 **(fig1)**.
- Environ 320 Rezéens décèdent en moyenne chaque année **(fig2)**. Rapporté à la population de la ville, et en prenant en compte sa structure par âge, cela correspond à un taux de mortalité inférieur de 7 % à la moyenne française **(fig1)**.
- Une sous-mortalité est également observée à l'échelle de l'agglomération nantaise, mais celle-ci est un peu plus marquée (-10 %). La situation rezéenne est plus favorable que celle du reste du département de la Loire-Atlantique (hors agglomération nantaise), où l'on observe une surmortalité de 6 % **(fig1)**.
- Pour l'ensemble des quartiers à l'exception de celui du Château, la mortalité générale n'apparaît pas significativement différente de la moyenne de la ville sur la période 2007-2013. Le quartier du Château présente quant à lui une mortalité supérieure de plus de 20 % à la moyenne de la ville. Sur la période 2000-2006, une surmortalité était déjà observée sur ce teritoire, mais aussi sur le quartier de l'Hôtel de ville **(fig3)**.

Mortalité prématurée

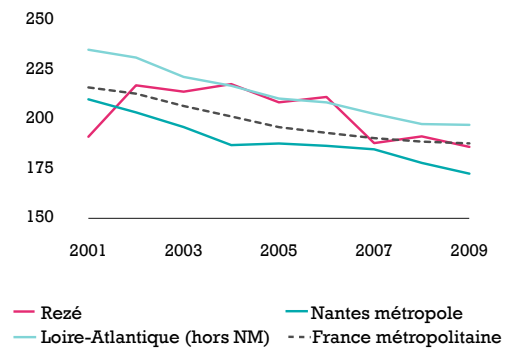
Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les statistiques des causes médicales de décès reflètent de plus en plus la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. D'où l'utilisation croissante des indicateurs de « mortalité prématurée », définie comme celle qui concerne les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Cet indicateur constitue actuellement l'un des outils majeurs pour l'étude des inégalités territoriales de santé, car il est très fiable et peut être mesuré avec précision pour les échelons géographiques fins.
En France, un décès sur 5 survient avant 65 ans. Les hommes ayant un risque nettement plus élevé que les femmes de décéder prématurément, 2 décès sur 3 avant 65 ans concernent des hommes.
Au cours des dernières décennies, la mortalité prématurée a connu un net recul en France, chez les hommes comme chez les femmes. Mais la France reste l'un des pays de l'Europe de l'Ouest les plus mal placés pour la mortalité prématurée masculine.
L'analyse des causes de cette mortalité avant 65 ans permet d'estimer que 37 % des décès prématurés masculins et 23 % des décès prématurés féminins pourraient être évités grâce à la prévention primaire.

Fig.4 Principales causes de décès prématurés
Rezé (moyenne annuelle 2006-2010)

	Total	%
Cancers	30	46 %
dont : - cancer du poumon	*8*	*12 %*
Maladies cardiovasculaires	10	15 %
Traumatismes et empoisonnements	9	13 %
dont : - suicide	*4*	*7 %*
Pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool[1]	4	6 %
Autres causes	12	19 %
Total	**65**	**100 %**

Source : Inserm CépiDc
1. cirrhose du foie et pyschose alcoolique

Fig.5 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée
(2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.6 Indice comparatif de mortalité prématurée
Rezé (2000-2013) - Base100 : Rezé

	2007-2013		2000-2006		2000-2013	
	effectif total de décès	ICM[1]	effectif total de décès	ICM	effectif total de décès	ICM
Trentemoult	25	125	26	136	51	130
Hôtel de ville	36	97	47	133	83	114
Pont-Rousseau	119	114	95	97	214	106
Château	77	109	70	108	147	109
La Houssais	62	77*	63	86	125	81*
La Blordière	51	86	52	93	103	89
Ragon	63	103	49	87	112	95

Sources : Etat civil, Insee
* différence avec la moyenne de la ville statistiquement significative au seuil de 5 %
1.Indice comparatif de mortalité
Lecture : un indice de 125 signifie une mortalité supérieure de 25 % à la moyenne de la ville et un indice de 77 une sous-mortalité de 23 % par rapport à cette moyenne.

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

Faits marquants

- Environ 65 Rezéens de moins de 65 ans décèdent en moyenne chaque année. Ces décès prématurés représentent 20 % du nombre total de décès des habitants de la commune **(fig4)**.
- Sur ces 65 décès, plus des deux tiers, concernent des hommes. La part des décès prématurés est nettement plus élevée chez les hommes : 28 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, contre 13 % des décès féminins.
- Les cancers constituent la principale cause de mortalité prématurée **(fig4)**. Ils sont à l'origine de 46 % des décès avant 65 ans, devant les maladies cardiovasculaires (15 %) et les morts violentes, par suicide ou accident.
- Parmi ces 65 décès annuels, 21 peuvent être considérés comme "évitables"* car leurs causes sont accessibles à la prévention.
- La mortalité prématurée dans la population rezéenne a connu des fluctuations au cours de la dernière décennie. Celle-ci tend néanmoins à diminuer **(fig5)**.
- Cette mortalité, qui était plutôt supérieure à la moyenne nationale au milieu des années 2000, apparaît proche de cette moyenne au cours des années 2006-2010 **(fig5)**.
- Pour cet indicateur, Rezé présente une situation un peu moins favorable que la métropole nantaise, qui connaît une sous-mortalité prématurée d'environ 5 %. Par contre, la situation rezéenne est un peu plus favorable que celle observée dans le reste du département (hors agglo. nantaise), où une surmortalité d'environ 5 % est observée chez les moins de 65 ans **(fig6)**.
- Globalement, la mortalité prématurée apparaît relativement proche de la moyenne de la ville pour l'ensemble des quartiers, à l'exception de ceux de la Houssais et de Trentemoult **(fig6)**.
Le quartier de la Houssais présente une sous-mortalité de plus de 20 % depuis le début des années 2000. A l'inverse, même si l'écart observé n'est pas significatif en raison du faible nombre de décès enregistrés, le quartier de Trentemoult semble se distinguer par une surmortalité de l'ordre de 30 %. Par ailleurs, la mortalité prématurée proche de la moyenne de la ville du quartier Château masque une surmortalité de plus de 30 % chez les moins de 65 ans de l'Iris Château-Mahaudières depuis le début des années 2000.

Affections de longue durée

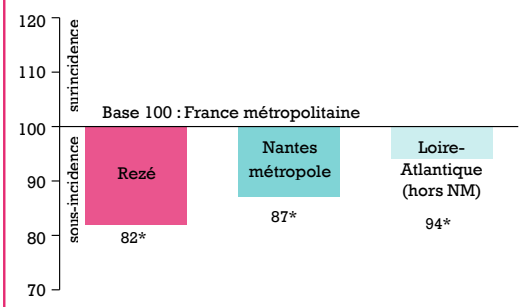
Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés et coûteux peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin traitant, en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. Ces personnes bénéficient alors d'une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour les soins liés à ces affections. Les statistiques relatives aux ALD, qu'il s'agisse de celles portant sur les personnes nouvellement admises en ALD ou de celles concernant l'ensemble de la population bénéficiant de ce dispositif, permettent d'apprécier la fréquence et certaines caractéristiques des pathologies les plus graves. Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète et les pathologies psychiatriques.
La proportion de personnes en ALD parmi celles protégées par le régime général d'assurance maladie atteint près de 16 % en 2012, contre environ 12 % en 2004 et 8 % en 1994. Cette progression illustre le poids croissant des maladies chroniques, qui résulte notamment du vieillissement de la population, de l'amélioration du dépistage, du diagnostic et des prises en charge, mais aussi pour certaines pathologies comme le diabète, d'une réelle augmentation de l'incidence de la maladie.
L'interprétation des données relatives aux ALD doit être menée en tenant compte des limites liées au caractère médico-administratif de ces données.

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

	Effectif	%[1]
Trentemoult	126	11 %
Hôtel de Ville	358	14 %
Pont Rousseau	1 111	14 %
Château	919	16 %
Houssais	804	14 %
Blordière	601	16 %
Ragon	633	14 %
Rezé	**4 552**	**14 %**
Nantes métropole	59 388	14 %

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

Fig.8 Indice comparatif d'admissions en affection de longue durée (3 principaux régimes d'assurance maladie)
(moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (y compris sections locales mutualistes), régime agricole, régime social des indépendants
* différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 82 signifie que la fréquence des admissions en ALD est inférieure de 18 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

▸ En 2013, **le nombre total de Rezéens en ALD** atteint 4 500, pour le seul régime général d'assurance maladie*, **(fig7)**. 14 % de la population couverte par ce régime est donc atteinte d'une affection chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux.

▸ Le taux de personnes en ALD varie de 11 à 16 % selon les quartiers. Après prise en compte de la structure par âge de la population, les taux les plus faibles sont observés dans le quartier de Trentemoult. Les taux les plus élevés concernent les quartiers du Château et de la Blordière **(fig7)**.

▸ **Chaque année, le nombre moyen de Rezéens admis en ALD** s'élève à environ 690, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie**. Cela correspond à une fréquence des admissions en ALD inférieure de 18 % à la moyenne nationale **(fig8)**.

Cette moindre fréquence des admissions en ALD se retrouve à l'échelle de la métropole nantaise (- 13 %) et dans le reste du département (- 6 %).

Comme en France, les pathologies les plus souvent à l'origine des admissions en ALD sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques.

* régime général hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'Etat, soit 79 % de la population rezéenne
** régime général, agricole, social des indépendants

. roblèmes de santé

▸ Cancers

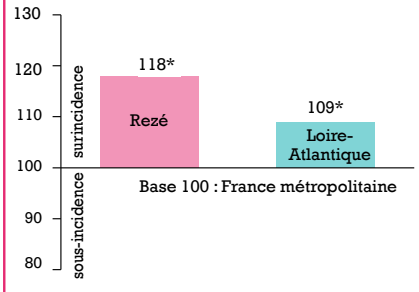
Les cancers sont des affections fréquentes et graves, qui regroupent des pathologies très différentes, notamment du point de vue de leurs facteurs de risque et de leur prise en charge. Globalement, leur pronostic s'est nettement amélioré au cours des dernières décennies, mais il reste très variable selon les localisations et le stade au diagnostic. Ce groupe de pathologies constitue actuellement en France la première cause de mortalité et de mortalité prématurée, et la seconde cause d'admission en affection de longue durée par les caisses d'assurance maladie.
Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont la prostate et le poumon chez les hommes, le sein et le côlon-rectum chez la femme. En termes de mortalité, cancer du poumon, cancer colorectal et cancer du sein sont le plus souvent en cause.
Les inégalités sociales sont importantes pour ces affections, avec pour les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés, une mortalité par cancer 4,5 fois plus élevée chez les hommes et 2 fois plus chez les femmes.
Les facteurs de risque des cancers sont nombreux et leur effet est cumulatif. Quatre d'entre eux jouent un rôle majeur au niveau de la population, et sont accessibles à la prévention primaire : le tabac, l'alimentation, le manque d'activité physique et l'alcool. Le tabac, principal facteur de risque évitable de mortalité, serait responsable de 33 % des décès par cancer chez l'homme et de 10 % chez la femme. Et 30 à 40 % des cancers pourraient être évités par une amélioration des facteurs nutritionnels (alimentation, consommation de boissons alcoolisées, surpoids/obésité et exercice physique).
La responsabilité de certaines expositions professionnelles (notamment l'amiante) ou environnementales (radon) est également bien établie.
Deux localisations cancéreuses - le sein et le côlon-rectum - bénéficient d'un programme de dépistage organisé, qui s'adresse aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Ces programmes doivent permettre une baisse de la mortalité liée à ces pathologies dans la population dépistée, sous réserve d'un taux de participation suffisament élevé.

Fig.9 Nombre annuel de nouveaux cas de cancers diagnostiqués et nombre annuel de décès par cancer - Rezé

		Nouveaux cas diagnostiqués (moy. 2008-2010)	Décès (moy. 2006-2010)
Total cancers		**238**	**101**
dont :	- cancer du sein chez la femme	33	9
	- cancer de la prostate	31	7
	- cancer du côlon-rectum	30	10
	- cancer du poumon	25	19
	- cancers des VADS et de l'oesophage	11	7
dont :	- total cancers masculins	125	59
	- total cancers féminins	113	42
dont :	- total cancers chez les moins de 65 ans	99	30
	- total cancers chez les 65 ans et plus	138	71

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

Fig.10 Indice comparatif d'incidence des cancers
(moyenne 2008-2010)



Sources : Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée, Francim, Invs, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
Lecture : un indice de 118 signifie que la fréquence des nouveaux cas de cancers est supérieure de 18 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

▸ Environ 240 nouveaux cas de cancers sont diagnotisqués en moyenne chaque année parmi les habitants de Rezé, selon les données du Registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée. 44 % concernent des personnes de moins de 65 ans **(fig9)**.

▸ Le cancer du sein, de la prostate et du côlon-rectum sont les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer du poumon **(fig9)**.

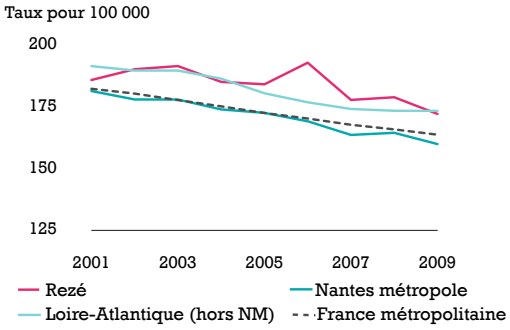
▸ La fréquence de nouveaux cas de cancers dans la population rezéenne est supérieure à la moyenne française (+ 18 % sur la période 2008-2010) **(fig10)**. Cette surincidence est plus marquée que celle constatée à l'échelle du département (+ 9 %).

▸ Une centaine de décès par cancer surviennent chaque année dans la population rezéenne. Une trentaine, soit près du tiers, surviennent avant 65 ans.

Le cancer du poumon, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, représente la première cause de mortalité par cancer **(fig9)**.

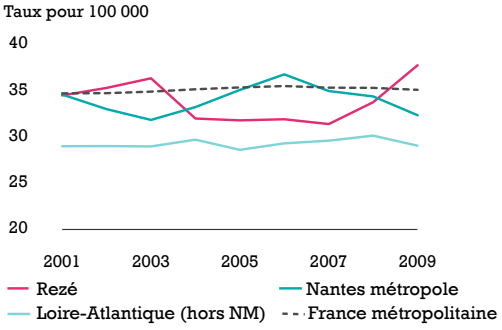
Cancers *(suite)*

Fig.11 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer (2001-2009)



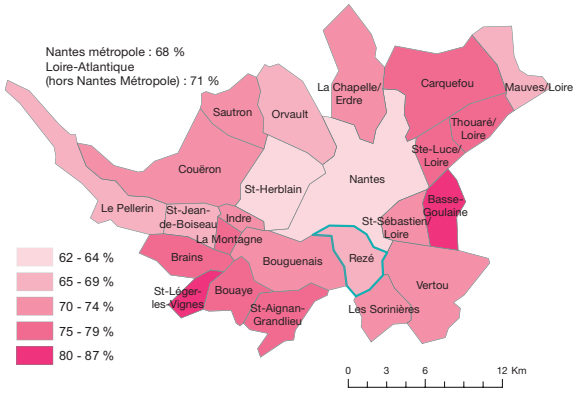
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.12 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon (2001-2009)



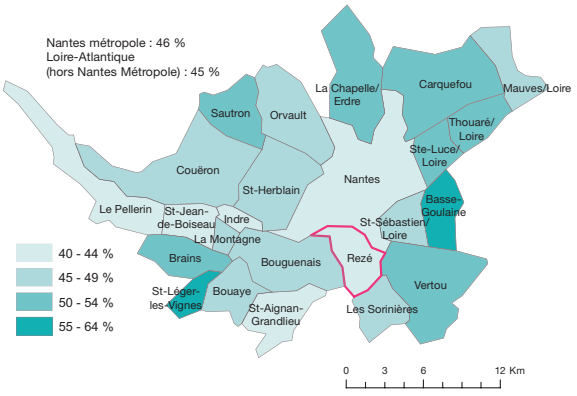
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.13 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (moyenne 2011-2012)



Sources : Association Cap Santé Plus-44, Invs, Insee

Fig.14 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum (moyenne 2011-2012)



Sources : Association Cap Santé Plus-44, Invs, Insee

Faits marquants

▸ Comme en France, et malgré des fluctuations, la mortalité par cancer suit globalement une tendance à la baisse dans la population rezéenne **(fig11)**. Cette mortalité reste cependant supérieure à la moyenne nationale (+ 6 % sur la période 2006-2010). Cette situation contraste avec celle de la métropole nantaise, où la mortalité par cancer est proche de la moyenne française.

La mortalité par cancer du poumon parmi les habitants de Rezé connaît des fluctuations importantes, en raison du faible nombre de décès **(fig12)**. Cette mortalité, qui est restée plutôt stable et inférieure à la moyenne nationale au milieu des années 2000, tend à progresser ces dernières années.

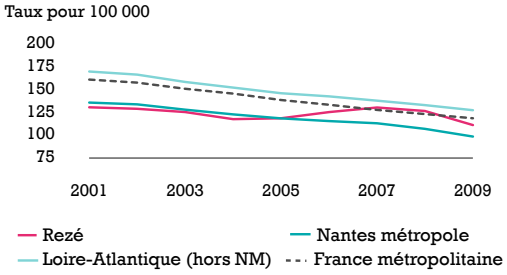
▸ Le taux de participation des Rezéennes au dépistage organisé du cancer du sein (67 %) est proche de la moyenne de la métropole nantaise (68 %) **(fig13)**. Il est supérieur à la moyenne nationale (53 %), ainsi qu'à l'objectif national de 65 % fixé par le Plan cancer 2009-2013.

▸ Pour le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum, le taux de participation des Rezéens (45 %) est proche de celui observé à l'échelle de la métropole nantaise et dans le reste du département **(fig14)**. Il est également supérieur à la moyenne nationale (32 %). Ce taux répond notamment au taux minimum de 45 % fixé par les recommandations européennes.

Maladies cardiovasculaires

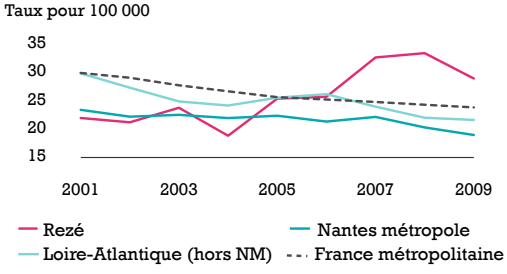
Les maladies cardiovasculaires sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital.
La mortalité cardiovasculaire, qui concerne surtout les personnes âgées, est principalement liée aux cardiopathies ischémiques (infarctus notamment), aux maladies vasculaires cérébrales (dont l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque) et à l'insuffisance cardiaque. Cette dernière résulte de l'évolution de la plupart des pathologies cardiaques.
Les maladies cardiovasculaires constituent en France la première cause d'admission en affection de longue durée par les régimes d'assurance maladie et la deuxième cause de décès, après les cancers.
Les inégalités sociales sont très marquées, avec une mortalité cardiovasculaire 4 à 6 fois plus importante dans les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés.
Plusieurs facteurs, constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies (cholestérol, triglycérides), surpoids, alcool, tabac, alimentation déséquilibrée et sédentarité.
Outre la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé, la prévention des maladies cardiovasculaires passe par le dépistage et le contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies, facteurs de risque eux-mêmes souvent liés à des facteurs nutritionnels.
La rapidité et la qualité de la prise en charge des épisodes cardiovasculaires aigus sont également essentielles et ont fortement contribué à la forte baisse de la mortalité cardiovasculaire au cours des dernières décennies.

Fig.15 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires (2001-2009)



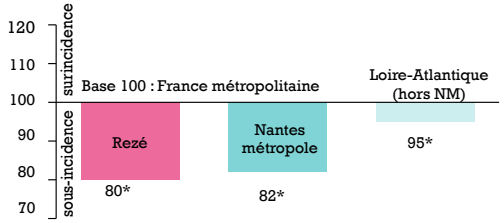
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.16 Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Fig.17 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires (moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 80 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est inférieure de 20 % à la moyenne nationale.

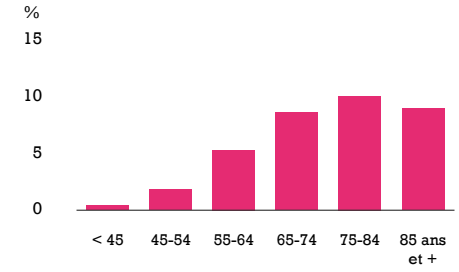
Faits marquants

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admissions en ALD dans la population rezéenne : 230 habitants sont admis en moyenne chaque année en ALD pour ces affections.
- Le poids de ces affections est également important en matière de mortalité : environ 90 habitants en décèdent en moyenne chaque année.
- Les maladies cardiovasculaires touchent des personnes plutôt âgées. 45 % des admissions concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus et 78 % des décès. Mais les admissions en ALD et les décès avant 65 ans ne sont pas rares (75 admissions par an, 32 % ; 10 décès par an, 11 %).
- Comme à l'échelle de l'agglomération nantaise, la fréquence globale des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires dans la population rezéenne est inférieure à la moyenne nationale (- 20% sur la période 2006-2010) **(fig17)**. Ce constat est également observé chez les moins de 65 ans.
- Par contre, la mortalité par maladies cardiovasculaires dans la population rezéenne, qui était inférieure d'environ 15 à 20 % à la moyenne nationale au début des années 2000, apparaît désormais plutôt proche de cette moyenne au cours des dernières années **(fig15)**.
- Ce constat est notamment lié à une progression de la mortalité par maladies cardiovasculaires ces dernières années chez les moins de 65 ans. Cette mortalité est supérieure à la moyenne nationale d'environ 20 % sur la période 2006-2010 **(fig16)**. Cette situation contraste avec la métropole nantaise, où une sous-mortalité par maladies cardiovasculaires est observée dans la population globale ("tous âges"), mais aussi chez les moins de 65 ans.

Diabète

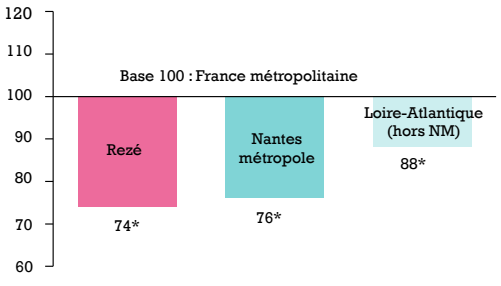
Le diabète est une maladie particulièrement répandue (près de 5 % de la population française est traitée pharmacologiquement pour cette affection en 2012) et en forte progression.
Il existe deux formes principales de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide voire brutale. Le diabète de type 2 est le plus répandu puisqu'il représente plus de 90 % des cas. Il s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique.
La fréquence du diabète croît avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes et dans les groupes sociaux les moins favorisés.
La gravité de cette pathologie tient notamment à ses complications vasculaires, qui sont fréquentes et graves (plaies du pied pouvant conduire à l'amputation, cécité, infarctus du myocarde, insuffisance rénale…). La prévention de ces complications nécessite une surveillance régulière des personnes diabétiques.
Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier, les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. Alimentation équilibrée et activité physique régulière permettent donc de prévenir la survenue du diabète de type 2, et font également partie de son traitement.

Fig.18 Proportion de personnes en ALD pour diabète selon l'âge Rezé (31/12/2012)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee (RP 2010)

Fig.19 Indice comparatif de bénéficiaires en ALD pour diabète (31/12/2012)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 74 signifie que le taux de personnes en ALD pour diabète est inférieur de 26 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

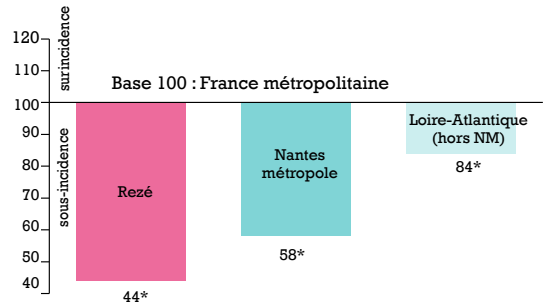
- Fin 2012, environ 1 050 Rezéens, soit près de 3 % de la population, étaient en affection de longue durée pour diabète. Cette proportion augmente progressivement avec l'âge, elle atteint plus de 9 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus **(fig18)**.
- Rapporté à la population, et en prenant en compte sa structure par âge, le taux de personnes en ALD pour diabète dans la population rezéenne est inférieur de 26 % à la moyenne nationale.

Cette situation favorable se retrouve également à l'échelle de l'agglomération nantaise et dans le reste du département **(fig19)** et elle est observée plus globalement au niveau de l'Ouest de la France, en lien vraisemblablement avec des facteurs génétiques et des habitudes alimentaires.

Maladies respiratoires

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en termes de gravité. Les pathologies respiratoires aiguës sont essentiellement d'origine infectieuse. Elles sont fréquentes mais le plus souvent peu graves, sauf chez les personnes fragiles. Parmi les pathologies respiratoires chroniques, l'asthme, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les affections les plus fréquentes et se caractérisent par leur gravité potentielle de leur évolution.
L'asthme affecte environ 10 % des enfants et 6 % des adultes. Cette maladie résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Les facteurs de déclenchement des crises sont bien identifiés : allergènes, infections respiratoires, pollution atmosphérique, tabac. Le contrôle de cette maladie est souvent insuffisant, notamment dans les catégories sociales les moins favorisées qui connaissent en outre une prévalence de l'asthme plus élevée. L'éducation thérapeutique des personnes atteintes est essentielle.
La bronchite chronique et la BPCO sont des pathologies surtout liées au tabagisme, mais aussi favorisées par certains environnements professionnels à risque. La BPCO concernerait environ 7 % des adultes.
L'insuffisance respiratoire chronique constitue l'une des complications évolutives de l'asthme et de la BPCO, qui peut, dans certains cas, nécessiter une oxygénothérapie de longue durée à domicile.

Fig.20 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladies respiratoires
(moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice comparatif de 44 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladies respiratoires est inférieure de 56 % à la moyenne nationale.

Faits marquants

- 12 Rezéens sont admis en moyenne chaque année en ALD pour maladies respiratoires.

Plus de la moitié de ces admissions concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

L'asthme et l'insuffisance respiratoire sont les pathologies les plus souvent à l'origine de ces admissions (respectivement 36 % et 34 %), devant les bronchites chroniques (25 %).

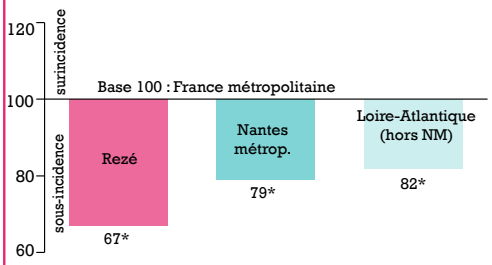
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies respiratoires dans la population rezéenne est nettement inférieure à la moyenne nationale (- 56 % sur la période 2006-2010) **(fig20)**.

Cette situation favorable se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise (- 42 % par rapport à la moyenne française) et de façon moins marquée, dans le reste du département(- 16 %) **(fig20)**.

Troubles mentaux et du comportement

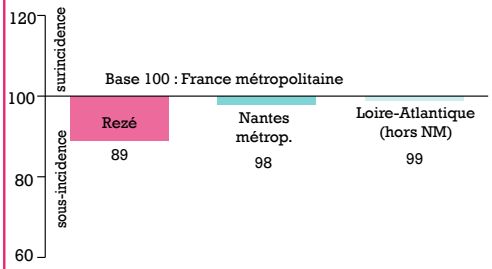
Les troubles de la santé mentale couvrent un champ vaste et hétérogène, allant de la souffrance psychique consécutive aux difficultés relationnelles et sociales, aux pathologies psychiatriques sévères et durables, souvent source d'une situation de handicap. Les troubles mentaux éloignent notamment du marché du travail, et constituent la première cause de mise en invalidité.
Les troubles dépressifs sont les affections les plus fréquentes : au cours d'une année, 8 % de la population souffre d'un épisode dépressif caractérisé. Ces troubles sont plus fréquents chez les personnes vivant seules, ayant subi des violences (en particulier sexuelles) ou des deuils précoces et chez les femmes en situation de chômage.
Environ 3 % de la population a été hospitalisée au cours des cinq dernières années ou est actuellement en affection de longue durée (ALD) pour une affection psychiatrique. Les troubles de l'humeur (dépression en particulier), les troubles mentaux organiques (démences le plus souvent) et les psychoses (schizophrénie notamment) sont les motifs les plus fréquents d'admission en ALD. Les troubles schizophréniques, en cause dans près de la moitié des hospitalisations sans consentement, constituent l'une des causes majeures de handicap psychique.
En matière de suicide, la France présente une situation très défavorable par rapport à la moyenne européenne. Différents facteurs de risque sont bien identifiés. La famille et plus globalement le support social protège. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail, la maladie mentale sont des facteurs de risque. L'alcool est également un puissant facteur de risque, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Fig.21 Indice comparatif d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) (moyenne 2006-2010)



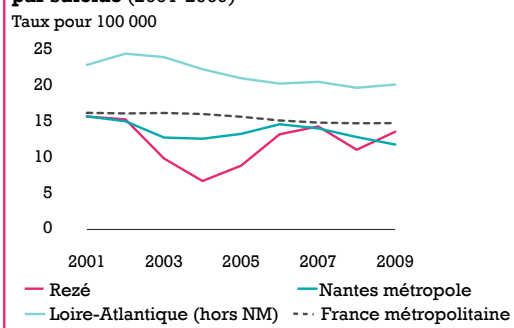
Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 67 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour affections psychiatriques (hors démences) est inférieure de 33 % à la moyenne nationale.

Fig.22 Indice comparatif d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (moyenne 2006-2010)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee
*différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %
NM : Nantes métropole
Lecture : un indice de 89 signifie que la fréquence des admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences est inférieure de 11 % à la moyenne nationale.

Fig.23 Evolution du taux standardisé de mortalité par suicide (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Faits marquants

▸ 43 Rezéens sont admis en moyenne chaque année en ALD pour une **affection psychiatrique autre qu'une démence**.
Près de 80 % de ces admissions concernent des personnes âgées de moins de 65 ans.
La fréquence des admissions en ALD pour ces affections dans la population rezéenne est inférieure à la moyenne nationale (- 33 % sur la période 2006-2010) **(fig21)**.
Une situation favorable est également observée à l'échelle de la métropole nantaise et du reste du département.
Au total, dans la population rezéenne, environ 570 personnes sont en ALD pour une affection psychiatrique (hors démences) fin 2012.

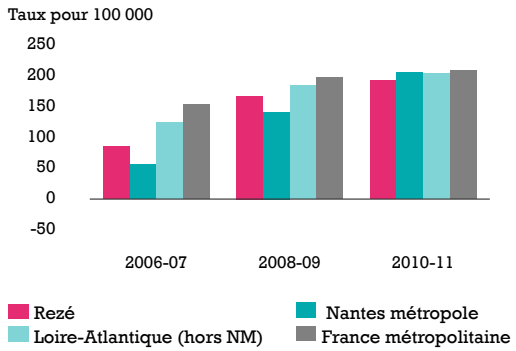
▸ 36 Rezéens sont admis en moyenne chaque année en ALD pour **une maladie d'Alzheimer** ou une autre démence.
90 % de ces personnes sont âgées de 75 ans et plus.
Le taux d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences dans la population rezéenne apparaît plutôt proche de la moyenne nationale.
Un constat analogue est observé à l'échelle de la métropole nantaise et du reste du département **(fig22)**.
Au total, dans la population rezéenne, environ 250 personnes sont en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences fin 2012.

▸ Environ 6 habitants de Rezé décèdent en moyenne chaque année par **suicide**. Ces personnes sont dans la grande majorité âgées de moins de 65 ans.
La mortalité par suicide dans la population rezéenne est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat se retrouve également à l'échelle de la métropole nantaise. Cette situation locale favorable contraste avec celle du reste du département, où une surmortalité de 30 % est observée **(fig23)**.

Conséquences de la consommation excessive d'alcool sur la santé

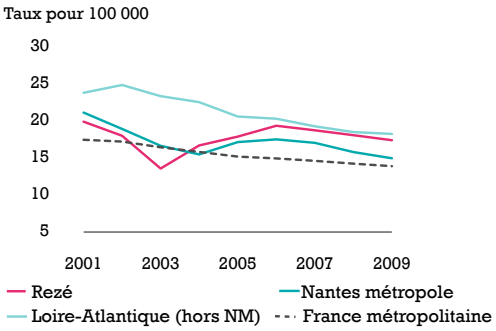
La consommation de boissons alcoolisées a de multiples effets négatifs sur la santé et la vie sociale.
La consommation ponctuelle augmente le risque d'accidents de toutes natures (circulation, travail, vie courante et loisirs…), de comportements violents ou délictueux ainsi que le passage à l'acte suicidaire.
Consommé en forte quantité, l'alcool peut provoquer un coma éthylique et, dans certains cas, engager le pronostic vital. Les situations d'intoxication éthylique aiguë et leurs conséquences conduisent souvent à une prise en charge par les urgences hospitalières, voire à une hospitalisation.
La consommation chronique d'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies (cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux), dont certaines sont identifiées comme étant directement et uniquement provoquées par la consommation d'alcool. C'est le cas en particulier des cirrhoses alcooliques du foie et des psychoses alcooliques, souvent utilisées comme indicateur des habitudes d'alcoolisation chronique d'une population.
En France, le nombre annuel de décès, toutes causes confondues, attribuables à la consommation d'alcool est estimé à 30 000, dont un tiers de décès par cancer.

Fig.24 Evolution du taux d'hospitalisation liée à une intoxication aiguë à l'alcool chez les jeunes de 10-24 ans



Sources : PMSI-MCO, données domiciliées (DGOS/ATIH), Insee

Fig.25 Evolution du taux standardisé de mortalité par pathologies liées à une consommation excessive d'alcool (2001-2009)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans

Faits marquants

▸ **14 jeunes rezéens de moins de 25 ans ont été hospitalisés en court séjour pour ou avec une intoxication éthylique aiguë (IEA)** en moyenne chaque année sur la période 2010-2011.
Pour un jeune en moyenne chaque année, l'hospitalisation s'est accompagnée de complications sévères (mention de coma, de soins de réanimation, intensifs, ou de surveillance continue).

▸ Comme en France, le taux des hospitalisations liées à une IEA a augmenté chez les jeunes rezéens depuis 2006. Malgré cette hausse et un écart qui se réduit, ce taux reste inférieur à la moyenne nationale **(fig24)**.

La progression rapide de la fréquence de ces hospitalisations peut être liée à l'augmentation des IEA chez les jeunes. Mais elle peut aussi résulter, au moins pour partie, d'une plus grande propension à hospitaliser les jeunes concernés. Une évolution des pratiques de codage de ces séjours dans les établissements de santé concernés peut aussi expliquer cette évolution.

▸ 57 % des hospitalisations liées à une IEA concernent des jeunes de moins de 18 ans, et 61 % des garçons. Mais avant 18 ans, les hospitalisations sont presque aussi nombreuses chez les filles que chez les garçons.

▸ **La mortalité par pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool*** dans la population rezéenne est restée plutôt stable ces dernières années **(fig25)**.

Cette mortalité est supérieure de 30 % à la moyenne nationale sur les années 2006-2010. Une surmortalité est également observée à l'échelle de l'agglomération nantaise mais celle-ci est moins marquée (+ 15 %).

* cirrhose du foie et pyschose alcoolique

C. Couverture maladie, accès aux soins

▶ Le système français d'assurance maladie est composé de plusieurs régimes dont l'affiliation est obligatoire pour les personnes auxquelles ils sont destinés. Le régime général couvre environ 90 % de la population, principalement les salariés du secteur privé ainsi que, par délégation à des sections locales mutualistes (SLM), les étudiants et certains groupes professionnels (les fonctionnaires notamment). Les personnes qui ne sont pas rattachées à un régime existant, comme assuré ou ayant droit, sont couverts par la couverture maladie universelle (CMU) de base, et sont de fait affiliées au régime général.
Pour couvrir la part des coûts des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, près de 90 % de la population française souscrit un contrat pour une couverture complémentaire privée, qui prend en charge tout ou partie de ces coûts. Les personnes à faibles revenus peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui prend en charge les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire dans les limites d'un panier de biens et services. Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée pour faciliter l'acquisition d'une complémentaire par les personnes dont les ressources sont modestes, mais au-dessus du seuil de revenus donnant droit à la CMU-C. Enfin, l'aide médicale d'Etat (AME) permet l'accès gratuit aux soins pour les personnes les plus démunies de nationalité étrangère en situation irrégulière.
▶ Malgré ces dispositifs, le reste à charge (dépenses des soins non prises en charge par les régimes d'assurance maladie et les complémentaires) et l'avance de frais constituent des freins au recours aux soins, à côté d'autres facteurs d'ordre social, culturel et liés à l'accessibilité géographique.
Le reste à charge dépend des circonstances des soins (accident du travail, maladie professionnelle, maternité…), du niveau de couverture complémentaire, de la catégorie des biens et soins médicaux, et du tarif pratiqué par le professionnel. Certains médecins libéraux sont, en effet, autorisés à pratiquer des tarifs supérieurs à ceux de l'assurance maladie. De manière générale, le reste à charge tend à augmenter, à cause des mesures d'équilibre des comptes de l'assurance maladie qui rendent les conditions de remboursement moins avantageuses, et du développement du secteur à honoraires libres chez les spécialistes.
Concernant l'avance de frais, les pratiques sont différentes selon le type de biens/soins médicaux : les officines pharmaceutiques pratiquent le plus souvent le tiers payant, de même que les établissements de santé, alors que les patients doivent, en général, effectuer l'avance de frais pour consulter un médecin libéral et pour des examens complémentaires (radiologie, biologie médicale…). Des dispenses d'avance de frais sont cependant prévues pour les patients qui bénéficient de la CMU-C, de l'ACS mais aussi pour des soins liés à un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle…

Fig.26 Population couverte par le régime général (hors sections locales mutualistes et aide médicale d'Etat), bénéficiaires de la CMU-C - (01/07/2013)

	Bénéficiaires du régime général (hors SLM et AME)	Bénéficiaires de la CMU-C parmi les moins de 65 ans	
		Effectif	%
Trentemoult	1 346	48	4 %
Hôtel de ville	2 750	277	12 %
Pont-Rousseau	7 691	436	7 %
Château	5 235	604	14 %
La Houssais	5 316	139	3 %
La Blordière	3 725	206	7 %
Ragon	4 836	307	7 %
Rezé	**30 899**	**2 017**	**8 %**
Nantes métropole	451 096	32 941	9 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
Bénéficiaires : assurés et ayants droit
SLM : sections locales mutualistes, mutuelles qui gèrent pour le compte du régime général les prestations d'assurance maladie (étudiants, fonctionnaires...)
AME : aide médicale d'Etat

Fig.27 Bénéficiaires d'une attestation de l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) (01/07/2013)

	Bénéficiaires pour lesquels une attestation d'ACS a été délivrée	
	Effectif	%
Trentemoult	5	0,4%
Hôtel de ville	41	1,5%
Pont-Rousseau	78	1,0%
Château	105	2,0%
La Houssais	23	0,4%
La Blordière	34	0,9%
Ragon	38	0,8%
Rezé	**324**	**1,0%**
Nantes métropole	6 290	1,4%

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
Bénéficiaires : assurés et ayants droit ; ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Faits marquants

▸ 31 000 Rezéens sont couverts par le régime général de la sécurité sociale, hors sections locales mutualistes, soit 79 % de la population municipale (fig26).

▸ Pour leur couverture complémentaire, 2 000 Rezéens relevant du régime général* bénéficient de la CMU-C en 2013, soit 8 % de la population couverte âgée de moins de 65 ans (fig26).

Ce taux est équivalent à la moyenne française** (8 %) et celle de la métropole nantaise (9 %).

Le taux de bénéficiaires de la CMU-C varie de 3 % à 14 % selon les quartiers de la ville. Les quartiers de la Houssais et de Trentemoult présentent les taux les plus faibles et les quartiers du Château et de l'Hôtel de Ville les plus élevés (fig26).

▸ En juillet 2013, environ 320 bénéficiaires du régime général* avaient reçu une attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qu'ils l'aient utilisée ou non (fig27). Cet effectif représente 1 % de la population couverte par ce régime.

De façon cohérente avec les résultats concernant la CMU-C, les quartiers de la Houssais et de Trentemoult présentent les taux les plus faibles de bénéficiaires de l'ACS et les quartiers du Château et de l'Hôtel de ville les taux les plus élevés.

* hors sections locales mutualistes
** taux chez les moins de 65 ans, régimes : général, agricole, social des indépendants (sources : Fonds CMU 2012, RP 2011)

D. Soins de premier recours

▶ Le médecin généraliste est le professionnel de santé auquel la population a le plus fréquemment recours après le pharmacien. Près de 90 % de la population consulte un généraliste au moins une fois dans l'année, pour 4 à 5 consultations et visites en moyenne par an. Globalement, la fréquence des recours au médecin généraliste varie selon le sexe, l'âge et l'état de santé. Les écarts selon le niveau de revenus sont moins marqués ; à besoins de santé comparables, les milieux les plus modestes ont un peu plus souvent recours au médecin généraliste que les milieux aisés. Le recours au praticien le plus accessible géographiquement n'est pas systématique : en 2010, seulement 60 % des consultations ont lieu dans la commune de domicile du patient ou dans la commune équipée la plus proche.
L'effectif des généralistes libéraux n'a pas augmenté entre 1996 et 2008, et a depuis amorcé une baisse. Parallèlement, le nombre d'habitants a progressé de 10 % depuis 1996. Près de la moitié des généralistes libéraux sont âgés de 55 ans ou plus.
La grande majorité des médecins généralistes libéraux (94 %) appliquent les tarifs fixés par la sécurité sociale (secteur 1).
L'exercice en groupe se développe particulièrement dans les Pays de la Loire, où ce mode d'exercice concerne deux tiers des généralistes. Les pouvoirs publics cherchent à favoriser ces regroupements, qui correspondent mieux aux attentes des jeunes praticiens, et à développer l'exercice pluriprofessionnel, notamment par la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération.
L'installation en libéral d'un médecin dépend non seulement des conditions économiques qui lui sont proposées, mais également de la diversité du réseau professionnel sur lequel il peut s'appuyer, notamment en termes de spécialités médicales.
▶ La moitié de la population consulte au moins une fois par an un chirurgien-dentiste. Ce recours est moins fréquent chez les personnes non diplômées, au chômage, au foyer et en situation de précarité, chez les ménages disposant de faibles revenus ou d'un faible niveau de couverture complémentaire. Les soins courants (traitement de caries, détartrage…) font l'objet des mêmes conditions de remboursement que les soins médicaux. En revanche, le reste à charge est souvent important pour les autres soins, telles que les prothèses dentaires. D'autres facteurs expliquent ces disparités d'accès aux soins dentaires (peur de soins réputés douloureux, attention apportée à son image ou encore à la prévention...).

Fig.28 Effectif et densité de médecins généralistes libéraux*
Avril 2014

	Effectif	Densité (pour 100 00 hab.)
Trentemoult	1	54
Hôtel de ville	2	59
Pont-Rousseau	11	112
Château	8	128
La Houssais	5	72
La Blordière	10	210
Ragon	0	0
Rezé	**37**	**96**
Nantes métropole	548	93

Source : RPPS
* hors médecins généralistes à mode d'exercice particulier (acupuncteur, échographiste, allergologue, homéopathe...), exerçant en établissement de santé, hors urgentistes (SOS médecins...)

Faits marquants

L'offre de médecins généralistes

▸ 37 médecins généralistes exercent une activité libérale sur la commune de Rezé. L'ensemble de ces généralistes exerce en secteur 1.
Rapporté à la population, cet effectif correspond à une densité de 96 professionnels pour 100 000 habitants, proche de la moyenne de la métropole nantaise (93) et celle de Nantes (94).

▸ S'y ajoutent 6 généralistes exerçant un mode d'exercice particulier (3 allergologues, 1 acupuncteur, 1 homéopathe, 1 échographiste).

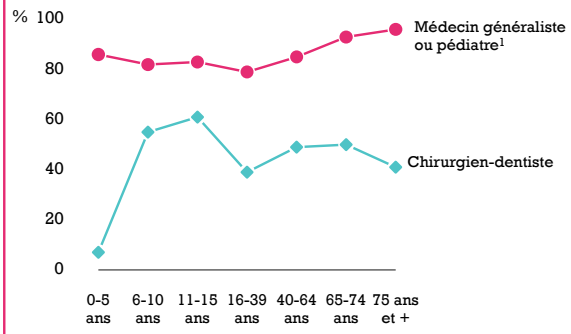
▸ La densité des médecins généralistes* varie de façon importante selon les quartiers. Aucun médecin n'est installé sur le quartier de Ragon, alors que le quartier de la Blordière présente la plus forte densité de généralistes libéraux **(fig28)**.

Le recours au médecin généraliste

▸ 85 % des Rezéens relevant du régime général* ont consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de 16 ans) (82 % pour la métropole nantaise).
Les Rezéens consultent en moyenne 4 fois dans l'année un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre libéral pour les moins de16 ans).

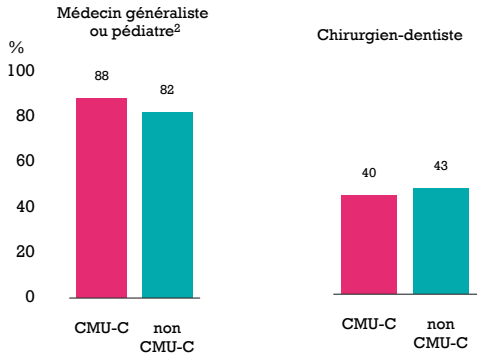
. Soins de premiers recours *(suite)*

Fig.29 Proportion selon l'âge de personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral
Rezé (01/07/2012-30/06/2013)



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

Fig.30 Proportion[1] de personnes de moins 65 ans ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Rezé (01/07/2012-30/06/2013)



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

Fig.31 Proportion[1] de personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois un médecin généraliste ou un pédiatre libéral, un chirurgien-dentiste libéral
(01/07/2012-30/06/2013)

	Médecin généraliste ou pédiatre		Chirurgien-dentiste
	% [1]	nb moyen de recours[2]	% [1]
Trentemoult	80 %	3,8	46 %
Hôtel de ville	84 %	4,4	43 %
Pont-Rousseau	83 %	4,2	43 %
Château	84 %	4,4	39 %
La Houssais	86 %	4,3	45 %
La Blordière	86 %	4,3	43 %
Ragon	86 %	4,2	45 %
Rezé	**85 %**	**4,3**	**43 %**
Nantes métropole	82 %	4,1	43 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. proportion standardisée sur l'âge
2. nombre moyen standardisé sur l'âge, calculé parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général

Faits marquants

La proportion la plus élevée de personnes ayant consulté un généraliste est observée chez les personnes âgées (96 % des 75 ans et +), la plus faible chez les 16-39 ans (79 %) **(fig29)**.

▸ A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion plus nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste ou à un pédiatre libéral (88 % *vs* 82 %**) **(fig30)**.

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

Ces constats se retrouvent à l'échelle de l'agglomération nantaise.

▸ A structure par âge comparable, les habitants du quartier de Trentemoult semblent avoir un recours un peu plus faible au médecin généraliste que les habitants des autres quartiers **(fig31)**.

Le recours au chirurgien-dentiste

▸ 43 % des Rezéens ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste libéral au cours des 12 derniers mois. Ce taux est analogue à celui observé à l'échelle de la métropole nantaise.

La proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste dans l'année varie selon l'âge, avec un premier pic entre 6 et 15 ans (58 %) et un second chez les 65-74 ans (50 %) **(fig29)**.

▸ A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion un peu moins nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral (40 % *vs* 43 %**) **(fig30)**.

Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise.

▸ A structure par âge comparable, le quartier du Château présente le plus faible taux de personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année, le taux le plus élevé étant observé sur le quartier de Trentemoult **(fig31)**.

* hors sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants...) et aide médicale d'Etat
** taux calculés parmi les moins de 65 ans

E. Soins plus spécialisés

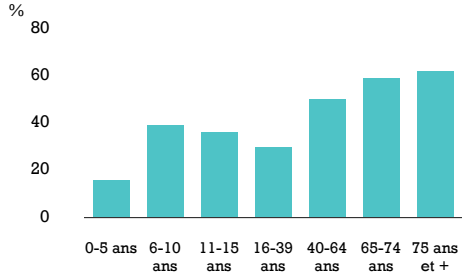
▶ L'accès aux spécialités médicales (en dehors de la médecine générale) s'effectue en secteur libéral (en cabinet ambulatoire ou en clinique), au sein des établissements publics de santé (consultations externes), mais aussi sous d'autres formes (centre médicopsychologique pour la santé mentale, centre de protection maternelle et infantile pour les nouveau-nés).
Environ 50 % des spécialistes exercent en libéral (de manière exclusive ou non) et 40 % en milieu hospitalier comme salariés. Mais le poids relatif de l'exercice libéral varie selon les spécialités : 87 % des ophtalmologistes, 86 % des gynécologues médicaux, 60 % des gynécologues obstétricaux, 44 % des psychiatres et 41 % des pédiatres exercent en libéral.
L'effectif global des spécialistes libéraux a connu une faible augmentation depuis 1996. Le nombre de radiologues et de cardiologues libéraux a progressé alors que l'effectif des pédiatres, oto-rhino-laryngologistes, dermatologues, gynécologues est en recul. Plus de 40 % des spécialistes exercent en secteur à honoraires libres (secteur 2), la part de ce secteur fluctuant fortement selon les spécialités médicales.
Les spécialistes exercent principalement en milieu urbain, leur installation étant souvent associée à l'implantation d'établissements de santé, au sein desquels de nombreux praticiens exercent leur activité.
Le recours au médecin spécialiste est moins fréquent que le recours au généraliste. Les ophtalmologistes, les gynécologues, les cardiologues, les dermatologues ou encore les pédiatres sont les praticiens les plus fréquemment consultés. On observe des disparités sociales, les recours aux spécialistes étant plus fréquents dans les milieux sociaux les plus favorisés.
▶ L'accès à des soins d'orthophonie en secteur libéral s'effectue sur prescription médicale. Les motifs de recours à l'orthophonie sont multiples (troubles de l'articulation, de la parole, du langage, bégaiement, surdité...). Chez l'enfant, la rééducation des troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysortographie...) constitue le principal motif de recours. Au plan national, ces troubles concerneraient 5 à 6 % des enfants, soit environ un enfant par classe en moyenne.

Fig.32 Effectif des médecins spécialistes libéraux : dermatologues, gynécologues, ophtalmologistes, pédiatres et psychiatres
Avril 2014

	Dermato-logues	Gynécologues médicaux	Gynécologues obstétricaux	Ophtalmo-logistes	Pédiatres	Psychiatres
Trentemoult	-	-	-	-	-	-
Hôtel de ville	-	-	-	-	-	-
Pont-Rousseau	2	-	-	2	-	7
Château	-	2	-	-	-	1
La Houssais	-	2	-	1	1	-
La Blordière	-	-	-	-	-	-
Ragon	1	-	-	-	-	-
Rezé	**3**	**4**	**0**	**3**	**1**	**8**
dont : secteur 1	*3*	*4*	-	*1*	*1*	*6*
Nantes métropole[1]	44	36	38	107	34	97

Source : RPPS
1. sans doubles comptes

Fig.33 Proportion de personnes ayant eu recours à un ophtalmologiste libéral au cours des 12 derniers mois selon l'âge - Rezé (01/07/2012-30/06/2013)



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

Faits marquants

8 psychiatres, 4 gynécologues médicaux, 3 dermatologues, 3 ophtalmologistes, 1 pédiatre exercent en secteur libéral sur la commune **(fig32)**.

A l'exception des ophtalmologistes, ces spécialistes exerçant le plus souvent en secteur 1 **(fig32)**.

Le recours à l'ophtalmologiste

▶ 42 % des Rezéens ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des 24 derniers mois. Ce taux est proche de la moyenne de la métropole nantaise (41 %).

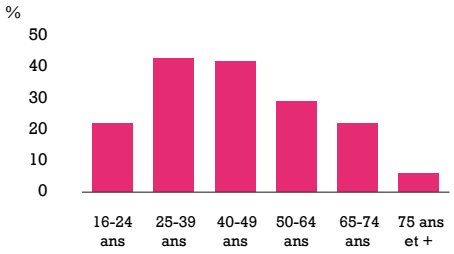
▶ Le recours à ce spécialiste est plus fréquent chez les personnes âgées. Plus de 60 % des 65 ans et plus ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années **(fig33)**.

▶ A structure par âge comparable, les bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion un peu moins nombreux que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours à un ophtalmologiste libéral au moins une fois au cours des deux dernières années (28 % *vs* 39 %*) **(fig32)**. Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise.

▶ A structure par âge comparable, le quartier du Château présente la plus faible proportion de personnes ayant consulté au moins une fois un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années (39 %), la plus élevée est observée pour le quartier de la Houssais (46 %) **(fig33)**.

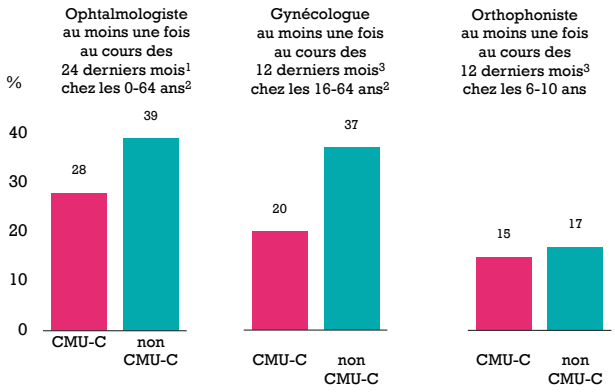
E. Soins plus spé ialisés *(suite)*

Fig.34 Proportion de femmes ayant eu recours à un gynécologue libéral au cours des 12 derniers mois selon l'âge - Rezé (01/07/2012-30/06/2013)



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

Fig.35 Recours aux professionnels de santé libéraux suivants : ophtalmologiste, gynécologue, orthophoniste selon le fait de bénéficier ou non de la CMU-C
Rezé



Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. période : (01/07/2011-30/06/2013) ; 3. période : (01/07/2012-30/06/2013)
2. proportion standardisée sur l'âge

Fig.36 Recours aux professionnels de santé libéraux suivants : ophtalmologiste, gynécologue, orthophoniste

	Ophtalmologiste au moins une fois au cours des 24 derniers mois[1] (tous âges)[2]	Gynécologue au moins une fois au cours des 12 derniers mois[3] chez les 16 ans et plus[2]	Orthophoniste au moins une fois au cours des 12 derniers mois[3] chez les 6-10 ans
Trentemoult	41 %	35 %	14 %
Hôtel de ville	40 %	30 %	19 %
Pont-Rousseau	41 %	30 %	14 %
Château	39 %	26 %	14 %
La Houssais	46 %	38 %	19 %
La Blordière	43 %	29 %	17 %
Ragon	43 %	32 %	19 %
Rezé	**42 %**	**31 %**	**17 %**
Nantes métropole	41 %	31 %	16 %

Source : CPAM Loire-Atlantique, exploitation ORS Pays de la Loire
Champ : régime général (hors SLM, hors AME)
1. période : (01/07/2011-30/06/2013) ; 3. période : (01/07/2012-30/06/2013)
2. proportion standardisée sur l'âge

Faits marquants

Le recours au gynécologue

▸ 31 % des Rezéennes âgées de 16 ans et plus ont consulté au moins une fois un gynécologue libéral (médical ou obstétricien) au cours des 12 derniers mois. Ce taux est proche de la moyenne de l'agglomération nantaise (31 %).
Le recours à ce spécialiste est maximal entre 25 et 49 ans (42 %), puis diminue progressivement avec l'âge **(fig34)**.

▸ A structure par âge comparable, les femmes bénéficiaires de la CMU-C sont en proportion moins nombreuses que les autres bénéficiaires du régime général à avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral (20 % *vs* 37 %**) **(fig35)**. Ce constat se retrouve à l'échelle de l'agglomération nantaise, mais de façon plus marquée (22 % *vs* 37 %).

▸ A structure par âge comparable, le quartier du Château présente la plus faible proportion de femmes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un gynécologue libéral (26 %), la plus élevée est observée pour le quartier de la Houssais (38 %) **(fig36)**.

Le recours à l'orthophoniste chez les enfants

▸ 17 % des enfants de la commune âgés entre 6 et 10 ans ont consulté au moins une fois un orthophoniste au cours des 12 derniers mois. Ce taux est proche de la moyenne de la métropole nantaise (16 %).

▸ Ce recours apparaît un peu moins fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C (15 % *vs* 17 % pour les autres bénéficiaires du régime général) **(fig35)**. A l'échelle de l'agglomération nantaise, on observe un constat inverse, le recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste étant plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C.
▸ La proportion d'enfants ayant eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste varie de 14 % à 19 % selon les quartiers **(fig36)**.

* taux calculés parmi les moins de 65 ans
** taux calculés chez les femmes de 16-64 ans

Synthèse

A Rezé comme en France, l'espérance de vie de la population est en augmentation, en lien avec la baisse de la mortalité. Actuellement, la mortalité des Rezéens est inférieure à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité traduit un état de santé des habitants de Rezé globalement plus favorable que la moyenne française. La moindre fréquence dans la population des admissions en affection de longue durée (ALD) par les caisses d'assurance maladie conforte cette situation.

Ce constat positif doit toutefois être nuancé par le fait qu'une proportion relativement importante des décès surviennent avant 65 ans, c'est-à-dire de façon prématurée eu égard à l'espérance de vie actuelle. Même si la situation rezéenne n'est pas plus défavorable que la moyenne nationale, un homme sur 4 et une femme sur 8 y décèdent avant 65 ans. Parmi ces 65 décès prématurés annuels, une vingtaine peuvent être considérés comme évitables car leurs causes sont accessibles à la prévention.

En lien notamment avec le vieillissement de la population, les progrès du dépistage et de la prise en charge et l'évolution des comportements, le poids des affections chroniques est en augmentation. 14 % des Rezéens sont actuellement en ALD et sont donc atteints d'une pathologie chronique nécessitant des soins prolongés et coûteux. Les maladies les plus fréquemment en cause sont les affections cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies psychiatriques.

La situation rezéenne apparaît globalement plutôt favorable en matière de maladies cardiovasculaires et de diabète, pathologies qui ont en commun certains facteurs de risque (sédentarité, alimentation...). La fréquence des admissions en ALD pour ces deux groupes d'affections y est inférieure à la moyenne nationale. Toutefois, au cours des années récentes, une surmortalité cardiovasculaire est observée chez les Rezéens de moins de 65 ans. En outre, le diabète est une pathologie en forte augmentation, et plus de 1 000 Rezéens sont en ALD pour cette affection, soit 3 % de la population.

Environ 240 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en moyenne chaque année dans la population rezéenne. Les cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum sont les plus fréquemment diagnostiqués. Mais c'est le cancer du poumon, dont le tabac est le principal facteur de risque, qui est à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer. La fréquence de nouveaux cas de cancers et la mortalité par ces affections sont dans la population rezéenne supérieures à la moyenne française.

En matière de troubles mentaux et du comportement, la situation rezéenne apparaît plutôt favorable. Environ 800 Rezéens sont en ALD pour une pathologie psychiatrique, dont 250 pour maladie d'Alzheimer ou une autre démence. La fréquence des admissions en ALD pour une maladie d'Alzheimer ou une autre démence est plutôt proche de la moyenne nationale. Par contre, la fréquence pour les autres pathologies psychiatriques est inférieure à cette moyenne. La mortalité par suicide (6 décès par an) est également plus faible qu'au plan national.

Enfin, la mortalité par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool dans la population rezéenne est supérieure à la moyenne nationale.

Concernant la démographie médicale, Rezé présente une offre de soins libérale assez importante. Une quarantaine de médecins généralistes y exercent une activité libérale. Divers spécialistes libéraux sont également installés sur la commune (psychiatres, ophtalmologistes, dermatologues, gynécologues médicaux...).

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté, après le pharmacien. 85 % des Rezéens ont consulté dans l'année un médecin généraliste libéral (ou un pédiatre pour les moins 16 ans). Les soins dentaires et en ophtalmologie occasionnent également des recours importants : 43 % des Rezéens ont consulté dans l'année un chirurgien-dentiste libéral, 42 % un ophtalmologiste libéral au cours des deux dernières années.

Les bénéficiaires de la CMU-C (8 % des Rezéens de moins de 65 ans) ont plus souvent recours dans l'année que les non-bénéficiaires à un médecin généraliste libéral (ou pédiatre pour les moins de 16 ans). Par contre, ils ont moins souvent recours à des soins spécialisés (ophtalmologie, gynécologie pour les femmes).
Les données présentées offrent également un regard sur les inégalités territoriales et sociales de santé sur la commune.

Cette analyse quantitative de l'état de santé, de l'offre de soins libérale sur le territoire et du recours aux soins de ville des habitants de Rezé, contribue à une meilleure connaissance des enjeux en termes de prise en charge sanitaire et sociale de la population, ainsi qu'en matière de prévention et de promotion de la santé, notamment autour des quatre grands déterminants de la santé que sont le tabac, l'alcool, l'activité physique et l'alimentation.

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