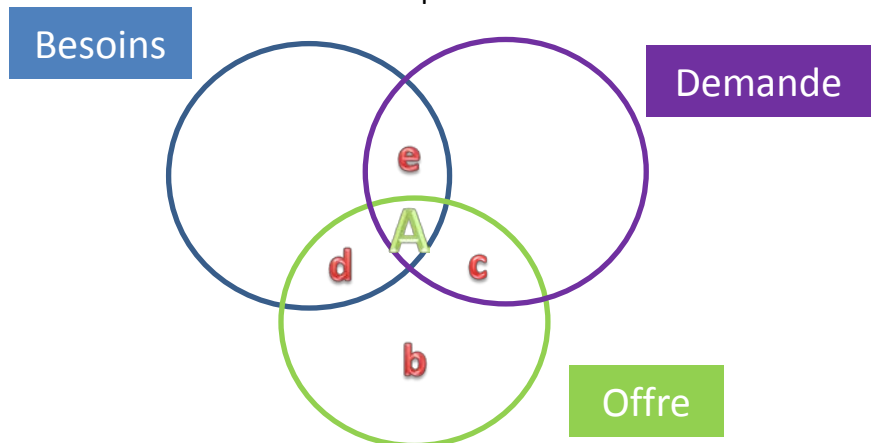


Étude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie



Du besoin, à la demande et à l'offre

La mise en œuvre des politiques publiques de santé fait intervenir les notions de besoin, de demande ou d'offre et leurs interactions. Cette problématique peut être présentée sous la forme d'un schéma afin de visualiser les différentes situations possibles.



La situation idéale (A) est celle où l'offre de santé satisfait un besoin pour lequel il y a une demande. Dans le cas contraire, les autres situations correspondent à un déséquilibre ou à une inadéquation :

- un service de santé offert par habitude à une population mais qui ne répond plus à un besoin ou à une demande, suite à l'évolution des problèmes de santé (b),
- une activité, souvent héritée du passé, utilisée par la population mais ne répondant plus à un besoin (c),
- une absence de demande, il faut alors convaincre d'utiliser le service existant ou d'adopter les mesures préventives (d),
- un besoin et une demande pour lesquels il n'existe pas de réponse d'offre de santé (e).

L'étude de l'offre (biens et services) et de la demande (consommation, recours), à la suite de celle des besoins, vise à identifier les équilibres/déséquilibres régionaux dans un but d'améliorer les services de santé ou bien le cas échéant de les réorienter.

Une analyse par parcours/filières de santé

Cette étude de l'offre porte sur 14 parcours/filières de santé (cités plus haut). En interrogeant chaque parcours, l'intérêt est de mobiliser des informations qui couvrent l'ensemble des champs portés par l'ARS (prévention, promotion, premier recours, l'offre sanitaire et médico-sociale...). Les données mobilisées ont fait l'objet d'échanges avec les directions et les référents thématiques. L'objectif n'est pas de produire une étude exhaustive de chacun des parcours mais de permettre d'en identifier les principaux enjeux en confrontant cette étude à celle des besoins, présentée début septembre. Et soulever ainsi des questions sur l'adéquation - actuelle et future - de la réponse aux besoins de santé : l'offre, telle qu'elle s'est constituée selon les différents schémas, répond-elle aux besoins de santé ? Y-a-t-il des territoires qui présentent une offre insuffisante ou dont il faut revoir l'organisation compte tenu de l'évolution des besoins constatés ou projetés ?

La présente étude vise ainsi 2 objectifs :

- **Mettre en évidence les disparités et les inégalités territoriales** en matière d'offre et de demande, en s'appuyant sur l'observation des services existants ainsi que sur l'état de la consommation et du recours des usagers.
- **Établir une prospective en matière de consommation et de démographie** médicale à l'horizon 2040. Cet exercice, difficile, n'a pas vocation à prédire l'avenir mais apporte toutefois, sur la base d'une série d'hypothèses probables, un éclairage sur ce que pourrait être l'état de la situation en 2040.

Etude de l'offre de santé et du recours aux soins en Normandie

Sommaire

Insuffisance rénale chronique.....	Page 4
Personnes âgées.....	Page 10
Alzheimer	Page 17
Handicap.....	Page 21
Obésité.....	Page 26
Urgence et soins non programmés.....	Page 29
Cancer.....	Page 34
Imagerie.....	Page 42
Autisme.....	Page 47
Addictologie.....	Page 50
Périnatalité.....	Page 54
Cardiologie.....	Page 61
Psychiatrie.....	Page 69
Premiers recours.....	Page 76
Synthèse.....	Page 88

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) :

L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui évolue en cinq stades de sévérité croissante. Au stade 5, le rein n'assure plus ses fonctions et le patient nécessite un traitement de suppléance, greffe d'un rein ou dialyse : en France, 33 700 personnes ont reçu une greffe de rein et 42 500 sont dialysées en 2015.

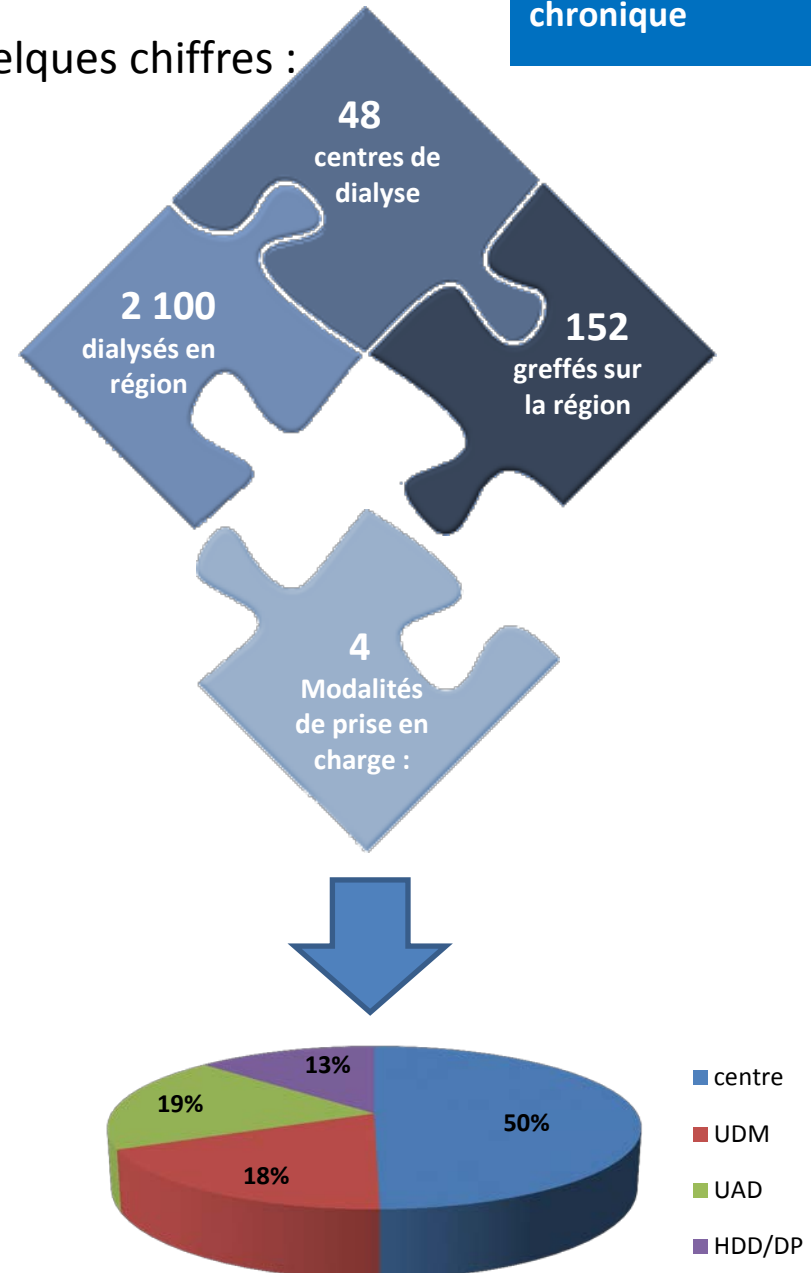
Lorsqu'elle est possible, la greffe d'un rein offre une espérance de vie accrue, une meilleure qualité de vie, par rapport à la dialyse et est aussi plus efficiente. Elle reste toutefois limitée à cause du manque de greffons disponibles. 12 000 personnes sont actuellement inscrites sur la liste d'attente nationale de greffe rénale. (HAS octobre 2015).

Pour la dialyse, actuellement il existe quatre modalités de prise en charge qui vont du plus lourd au plus « léger » :

- Hémodialyse en Centre (C)
- Hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en Unité d'Auto-Dialyse (UAD)
- Dialyse à domicile par Hémodialyse (HDD) ou Dialyse Péritonéale. (DP).

Tout l'enjeu au niveau de la prise en charge de l'IRC consiste à assurer un égal accès à l'ensemble des modalités de dialyse sur chaque territoire et à favoriser la prise en charge en ambulatoire (UAD/HDD ou DP) en alternative aux prises en charge lourdes (centres lourds et UDM)

Quelques chiffres :



Cartographie de l'offre



Insuffisance rénale chronique - Unités d'hémodialyse



Légende

- UDM
- UAD
- HDD ou DP
- Centre



ARS N/DSTRAT/PESAD/JUL/092016

Nombre de places	Centre lourd	UDM	UAD	HDD/DP
TS Calvados	55	38	20	55
TS Dieppe	16	10	10	4
TS Evreux/Vernon	28	8	26	7
TS havre	47	16 *	42	22
TS Manche	45	38	37	15
TS Orne	21	7	11	13
TS Rouen/elbeuf	89	34	38	18
Normandie	301	151	184	134
France entière	6 356	3 726	4 546	1 594

* Le nombre de places tient compte de l'ouverture de l'UDM de l'ANIDER rue Averroès (Le Havre) en 2016

Source SAE 2015

Taux d'équipement pour 100 000 hab	Centre lourd	UDM	UAD	HDD/DP
TS Calvados	79,96	55,24	29,08	79,96
TS Dieppe	94,89	59,31	59,31	23,72
TS Evreux/Vernon	69,73	19,92	64,75	17,43
TS havre	103,18	35,13	92,20	48,30
TS Manche	90,12	76,10	74,10	30,04
TS Orne	72,41	24,14	37,93	44,83
TS Rouen/elbeuf	108,56	41,47	46,35	21,96
Normandie	90,59	45,44	55,38	40,33
France entière	97,42	57,11	69,68	24,43

Source SAE 2015

Des disparités d'équipement entre les territoires

L'analyse des taux d'équipement pour 100 000 habitants met en évidence des disparités entre territoires. Ainsi les territoires du Havre et de Rouen semblent présenter un taux d'équipement supérieur au taux moyen d'équipement France entière au niveau des centres lourds et des unités de dialyses automatisés.

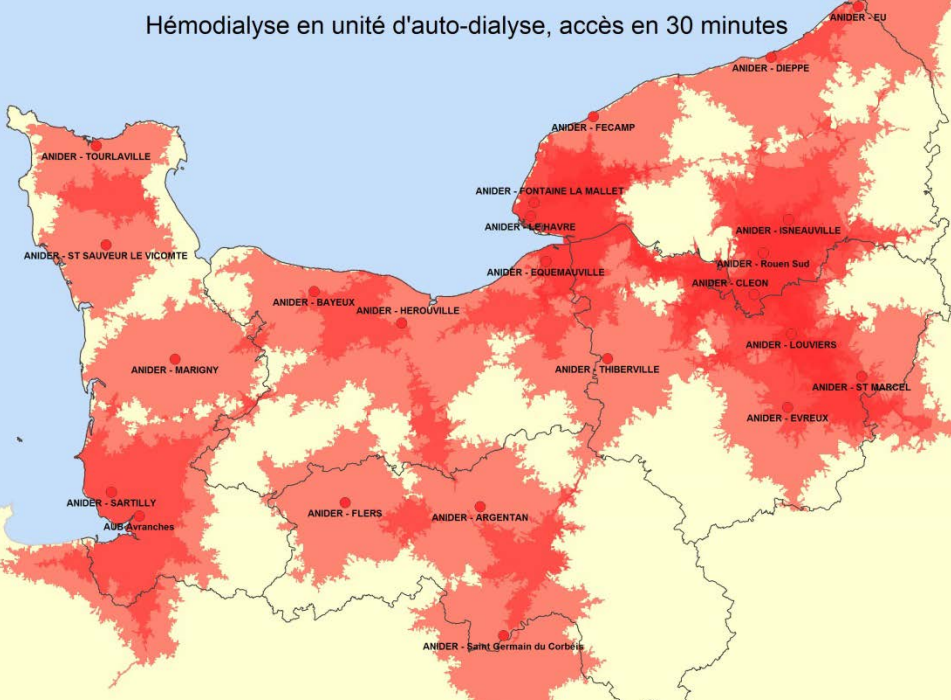
La Manche présente un taux d'équipement en UDM supérieur à la France. Le Calvados présente un nombre de postes en hémodialyse à domicile bien supérieur à la moyenne régionale et nationale.

Le rapport Rein 2014 plaçait la Basse-Normandie parmi les 3 régions Françaises qui présentaient le taux d'ambulatoire le plus important (14,9 % contre 6,7 % France entière).



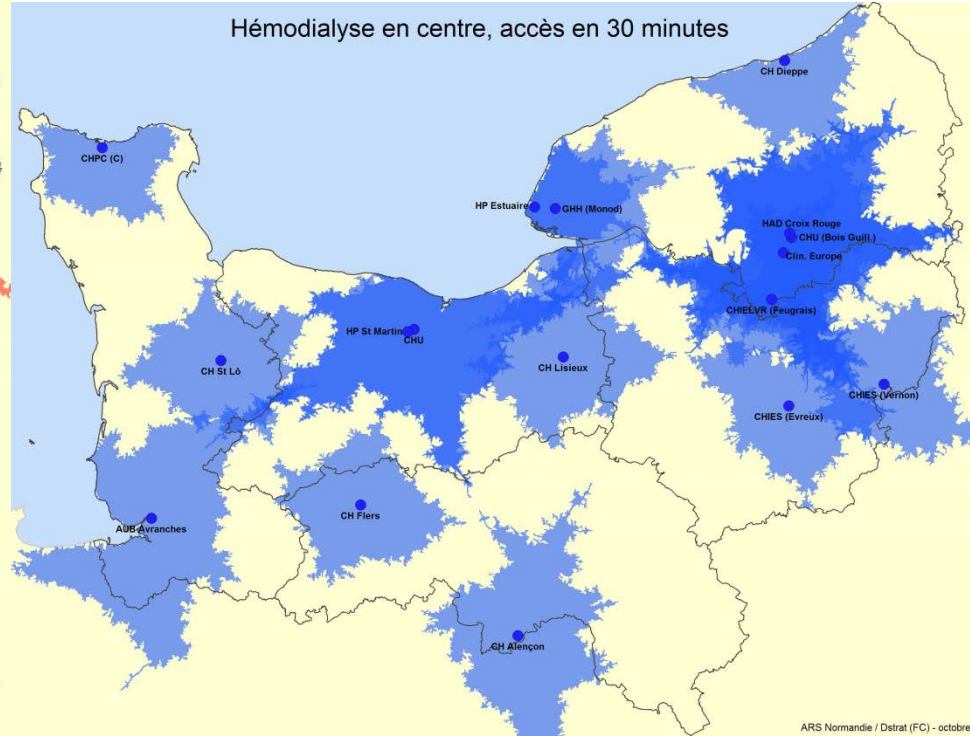
Attention le taux d'équipement ne traduit pas l'utilisation. Certains établissements sont porteurs d'une autorisation mais ne l'utilisent pas

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse, accès en 30 minutes



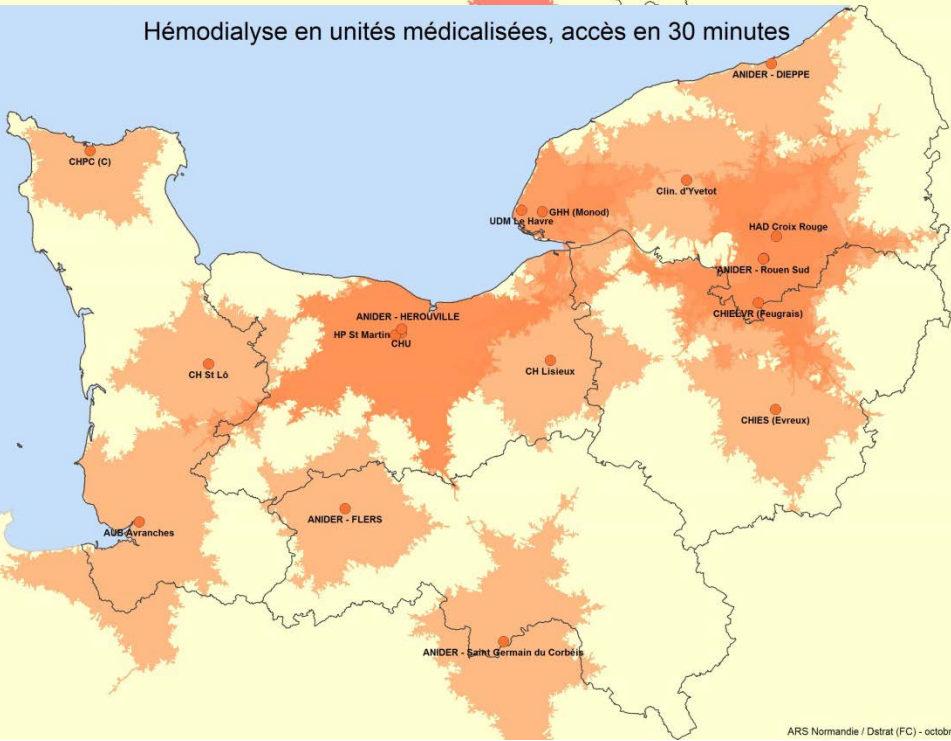
Insuffisance rénale chronique

Hémodialyse en centre, accès en 30 minutes



ARS Normandie / Dstrat (FC) - octobre

Hémodialyse en unités médicalisées, accès en 30 minutes

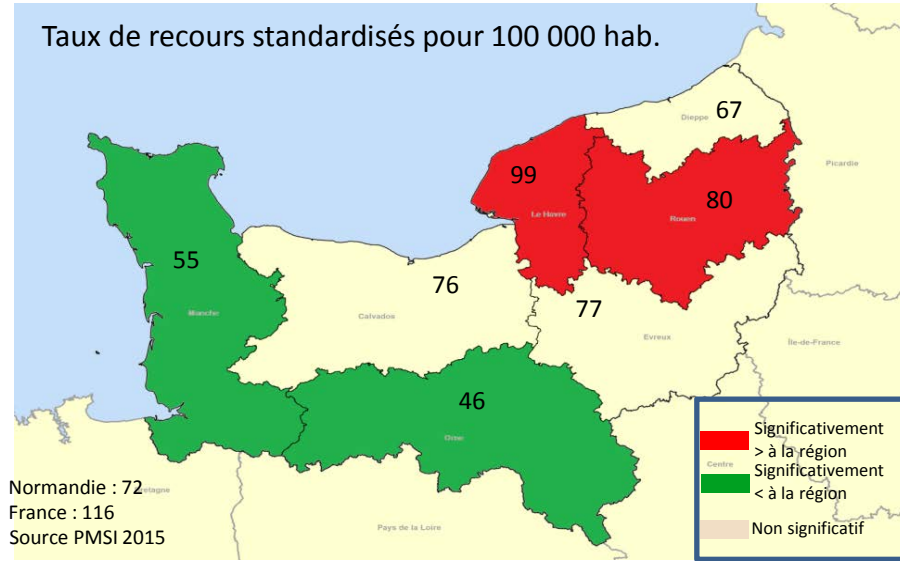


ARS Normandie / Dstrat (FC) - octobre

Les territoires de proximité de Mortagne au Perche, l'Aigle et Verneuil sur Avre forment une "zone blanche" en matière d'accès en moins de 30 minutes quelle que soit la modalité de prise en charge (hors dialyse à domicile).

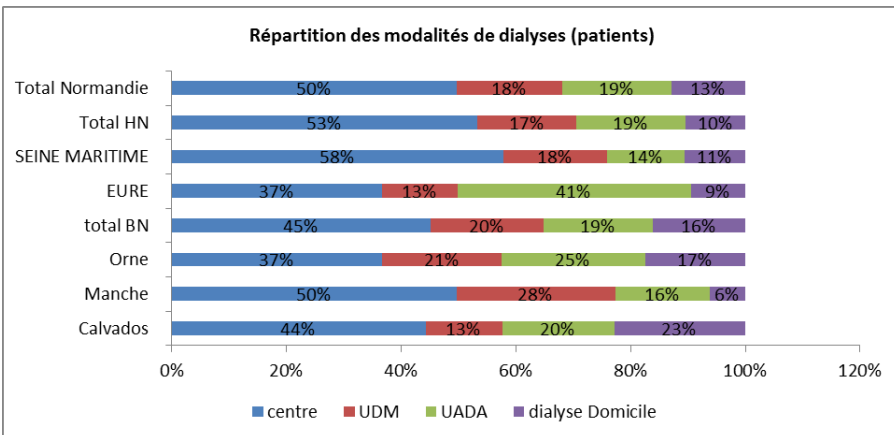
Analyse du recours aux soins

Taux de recours standardisés pour 100 000 hab.



Des modalités de prise en charge différentes d'un territoire à l'autre

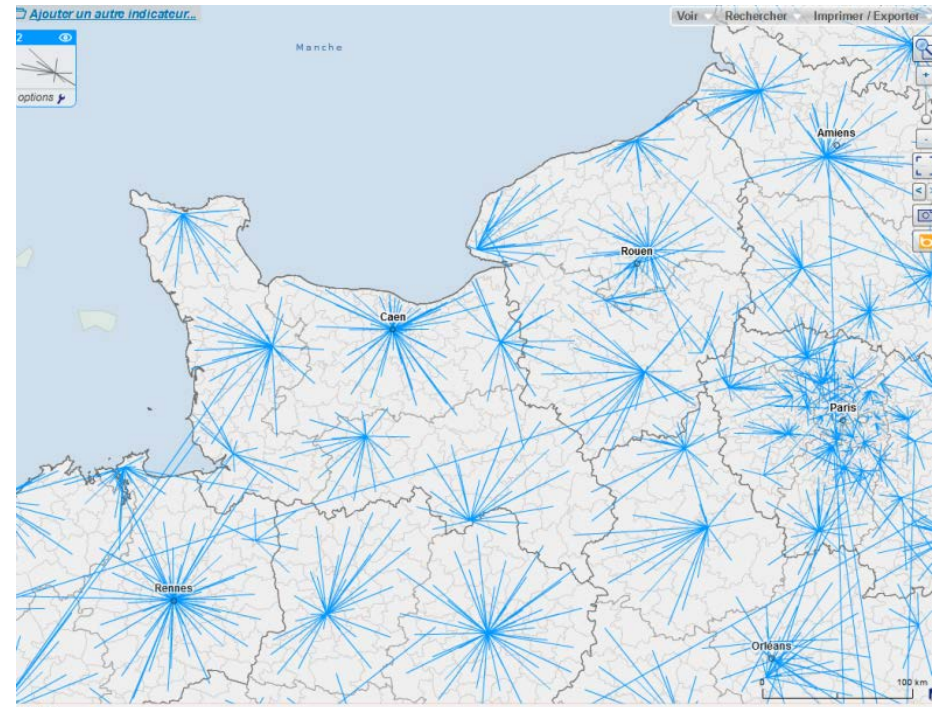
Dans la partie orientale, le recours aux centres lourds est beaucoup plus important que dans la partie occidentale où la pratique de l'ambulatoire est plus développée. On compte (45 % de centres contre 53 % pour la partie orientale).



Source PMSI 2015

Des disparités de recours d'un territoire à l'autre

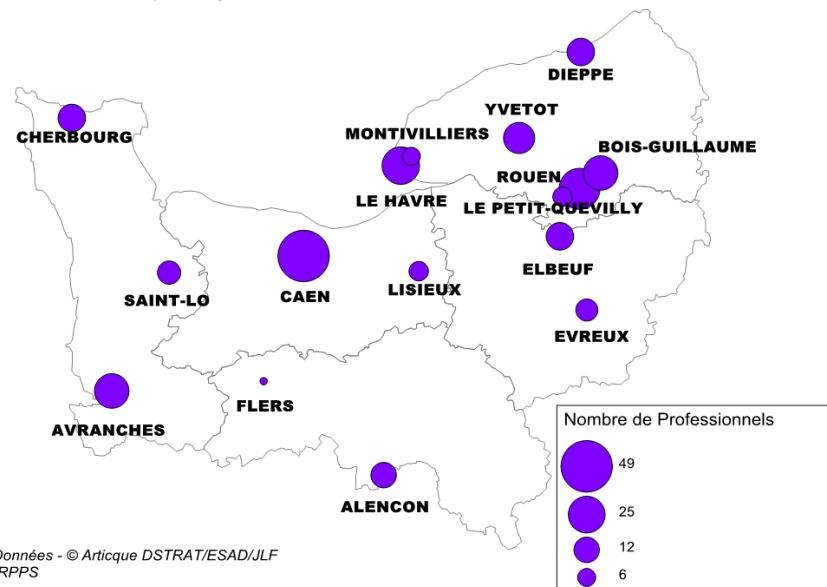
Les territoires de santé de Rouen/Elbeuf et du Havre présentent un taux de recours significativement supérieur à la région. Ce recours plus important pourrait s'expliquer par une prévalence plus forte de l'IRCT dans la partie orientale (rapport REIN 2014)



Source Scansanté

On observe très peu de fuites au niveau des dialyses : 94 % des patients Normands consomment en Normandie. Les fuites concernent principalement les patients en zone limitrophe (Bretagne et Picardie notamment).

Nombre de néphrologues en 2015



Cartes & Données - © Artique DSTRAT/ESAD/JLF
Sources : RPPS

Densité et âge moyen des néphrologues (libéraux + salariés)

TS du praticien	Age moyen	densité
Calvados	52,7	24,7
Dieppe	39,6	26,7
Evreux/Vernon	42,2	12,5
LE HAVRE	43,2	18,7
Manche	42,5	30,0
Orne	39,8	15,5
Rouen/Elbeuf	46,3	29,9
Normandie	45,6	23,8

Source RPPS

Une fragilité des ressources de néphrologues sur le territoire

On observe des disparités fortes en termes de densité de professionnels. Les territoires de santé de l'Orne et de Evreux/Vernon présentent les densités de professionnels les plus faibles, ceux de la Manche et Rouen les plus fortes comparativement à la région.

Taux de recours au néphrologue (C, CS) 2015

Territoire du patient	Consommation moyenne	Taux de recours *
Calvados	2,1	554
Dieppe	2,3	668
Evreux/Vernon	2,0	482
Le Havre	1,8	805
Manche	2,2	457
Orne	2,5	447
Rouen/Elbeuf	2,9	511
Normandie	2,2	553

Source PMSI/ SNIIRAM

* Ville + hopital

Le recours est très inégal d'un territoire à l'autre. Les territoires de santé du Havre, et dans une moindre mesure Dieppe et le Calvados présentent les taux de recours les plus importants. La densité de population et la consommation moyenne par patient semblent avoir une influence.

La prise en charge des personnes âgées :

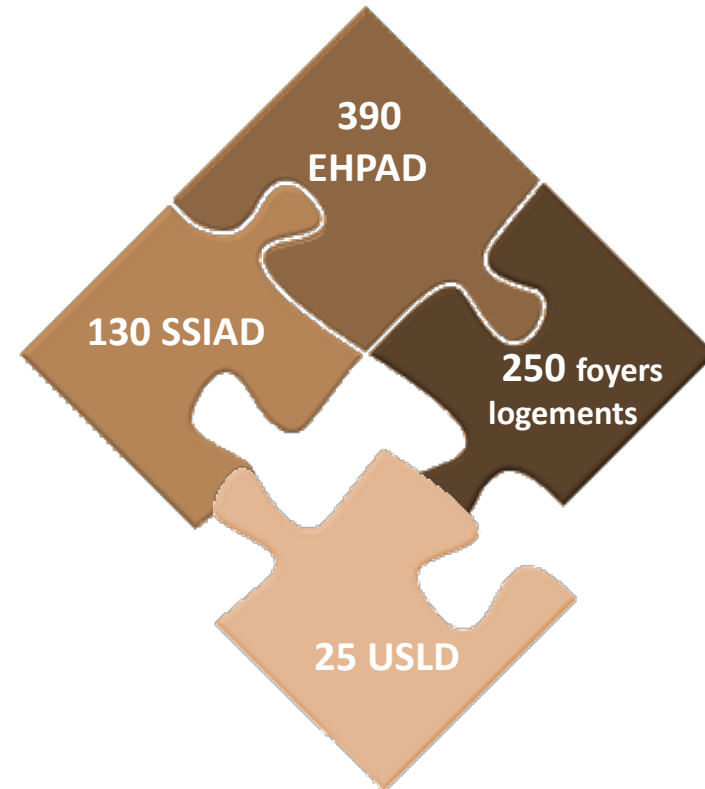
Les personnes âgées dépendantes sont accompagnées par plusieurs types de structures:

- Etablissements et structures médicalisés : USLD, EHPAD, unités de vie,
- Services à domicile : Les services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD – SPASAD) ; Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ; Les Services d'aide à domicile (auxiliaires de vie),
- Les établissements et structures non médicalisés : foyers logements, établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA),
- L'accueil de jour et l'hébergement temporaire : lien entre les institutions et le domicile.
- Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

La pluralité des types d'accueil doit dans le principe offrir une adéquation entre l'état physique et psychique de la personne, les spécificités de la structure, et les possibilités de financement. Ce sont ainsi près de 390 EHPAD, 25 USLD, près de 130 SSIAD, 250 foyers logements et environ 20 maisons de retraite non EHPAD qui, en Normandie, ont la responsabilité de prendre en charge les personnes âgées.

A l'horizon 2050, selon l'INSEE, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La qualité et le coût de la prise en charge des personnes âgées devient dès lors un enjeu prioritaire du système de santé confronté à un vieillissement continu de la population.

Quelques chiffres :



Le nombre de personnes de 75 ans et plus va augmenter de plus de 50% entre 2015 et 2030.

L'amélioration de l'espérance de vie permet aujourd'hui de dépasser plus fréquemment les 75 ans.

De plus, la génération baby boom fait fortement augmenter:

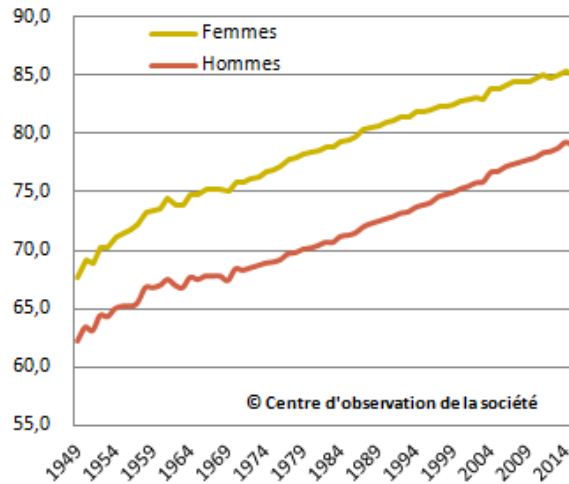
- la part des plus de 60 ans depuis 2010
- La part des plus de 65 ans depuis 2015
- La part des plus de 70 ans à partir de 2020
- Et la part des plus de 75 ans à partir de 2025

Ainsi le nombre de 60 ans et plus va augmenter de 25% entre 2015 et 2030. Le nombre de 80 ans et plus a augmenté de 40% entre 2005 et 2015 et va être multiplié par deux entre 2015 et 2040.

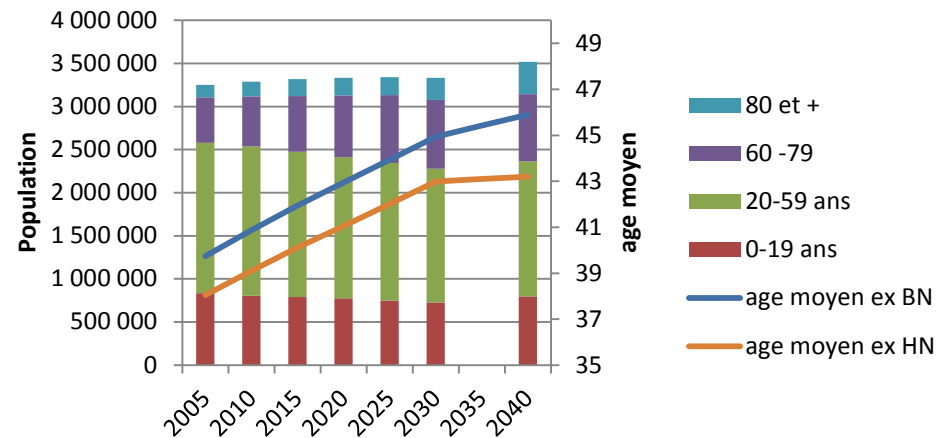
Le nombre de 75 ans et plus va augmenter de plus de 50% entre 2015 et 2030.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance

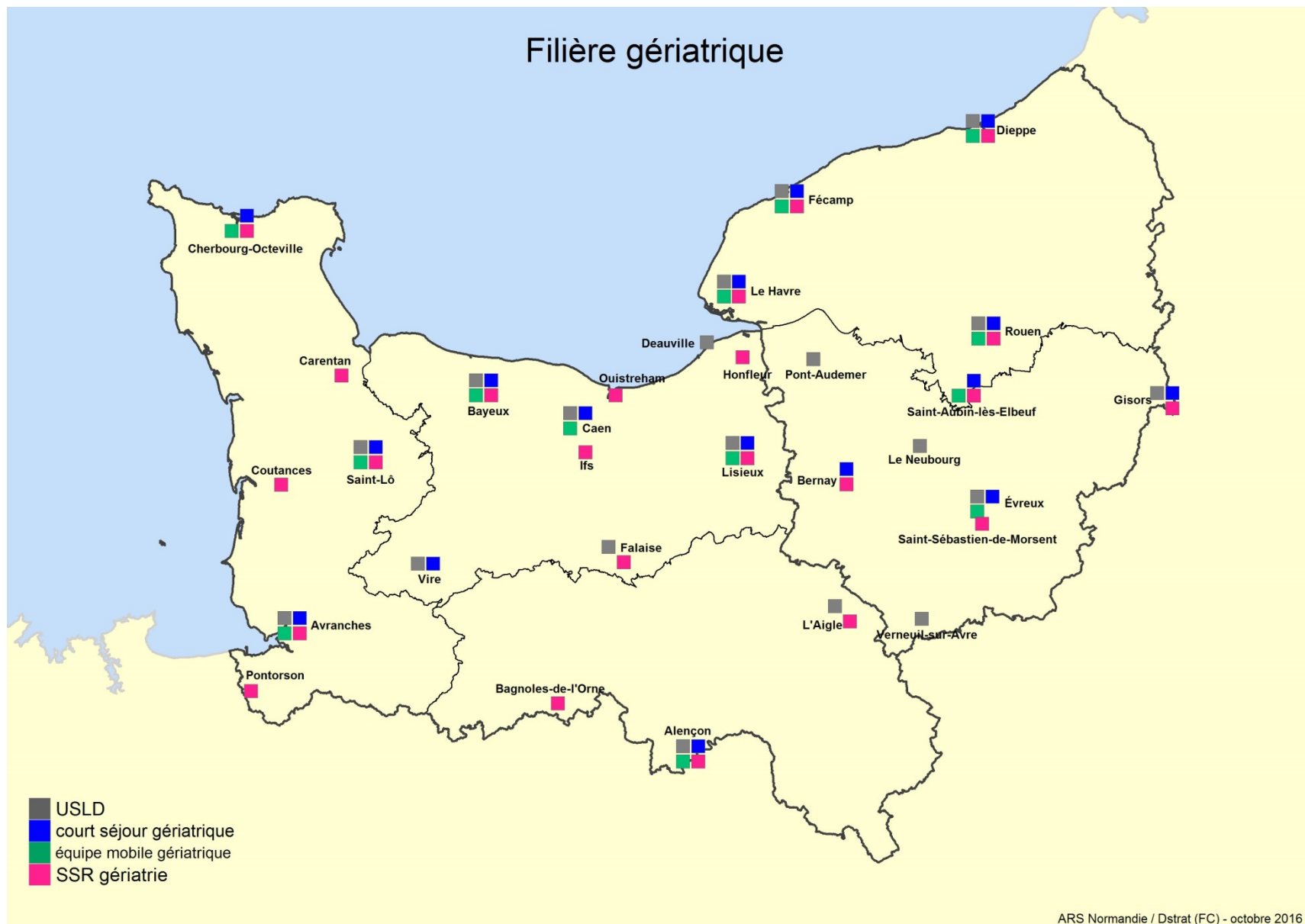
Source : Insee, en années



Projections de population INSEE (ex régions normandes)



Filière gériatrique



Taux d'équipement et type d'hébergement

Types d'accueil	NORMA NDIE	Eure	Seine-Maritime	Calvados	Manche	Orne	France Métropolitaine
Maison de retraite non EHPAD							
Nombre d'établissements	18	0	4	6	7	1	312
Nombre total de places installées	386	0	94	156	122	14	8 217
Dont places en accueil temporaire	1	0	0	1	0	0	146
Dont places en accueil de jour	0	0	0	0	0	0	47
Logement-foyer							
Nombre d'établissements	247	33	120	45	29	20	2 337
Nombre total de places installées	11 505	1 753	6 013	1 775	1 136	828	112 593
Dont places en accueil temporaire	0	0	0	0	0	0	462
Dont places en accueil de jour	0	0	0	0	0	0	107
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)							
Nombre d'établissements	384	48	107	92	83	54	7 350
Nombre total de places installées	33 264	4 895	10 804	7 188	5 725	4 652	589 871
Dont places en accueil temporaire	483	77	145	86	102	73	10 096
Dont places en accueil de jour	773	175	307	133	94	64	10 082
Unités de soins de longue durée (USLD)							
Nombre d'USLD	25	5	8	6	4	2	587
Nombre de lits	1 516	186	665	310	215	140	31 220
Établissement d'accueil temporaire							
Nombre d'établissements	0	0	0	0	0	0	70
Nombre total de places installées	0	0	0	0	0	0	1 279
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)							
Nombre de services	124	17	41	20	33	13	2 085
Nombre de places	6 352	964	2 293	1 127	1 258	710	116 060

Source STATISS 2015

Des disparités de taux d'équipement d'un département à l'autre

Les départements de la Seine-Maritime et dans une moindre mesure l'Eure présentent un taux d'équipement dans les structures non EHPAD supérieur aux autres départements normands.

Le Calvados et l'Orne ont un taux d'équipement en EHPAD plus important comparativement à la Région.

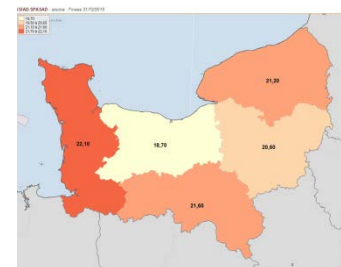
Enfin, la Manche présente un taux d'équipement en SSIAD et SPASAD plus important que les autres départements normands.

Taux d'équipement 2015	NORMANDIE	Eure	Seine-Maritime	Calvados	Manche	Orne	France Métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD)	41,8	40,8	60,1	33,9	24,9	27,7	25,9
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	103,7	103,1	95,9	108,8	96,6	131,4	100,4
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	19,8	20,3	20,3	17,1	21,2	20,1	19,8

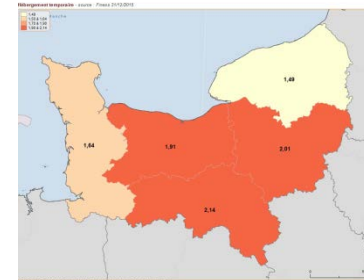
Source STATISS 2015

Personnes Agées

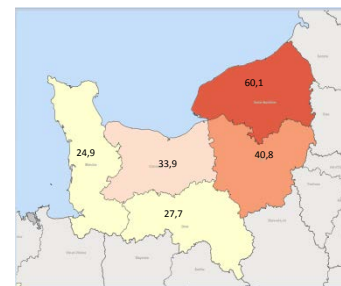
SSIAD/SPASAS



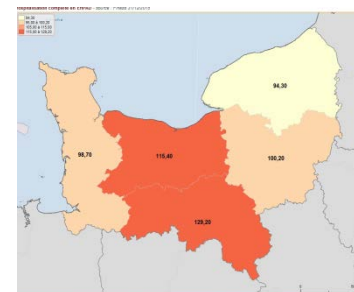
Hébergement temporaire



Structure non EHPAD

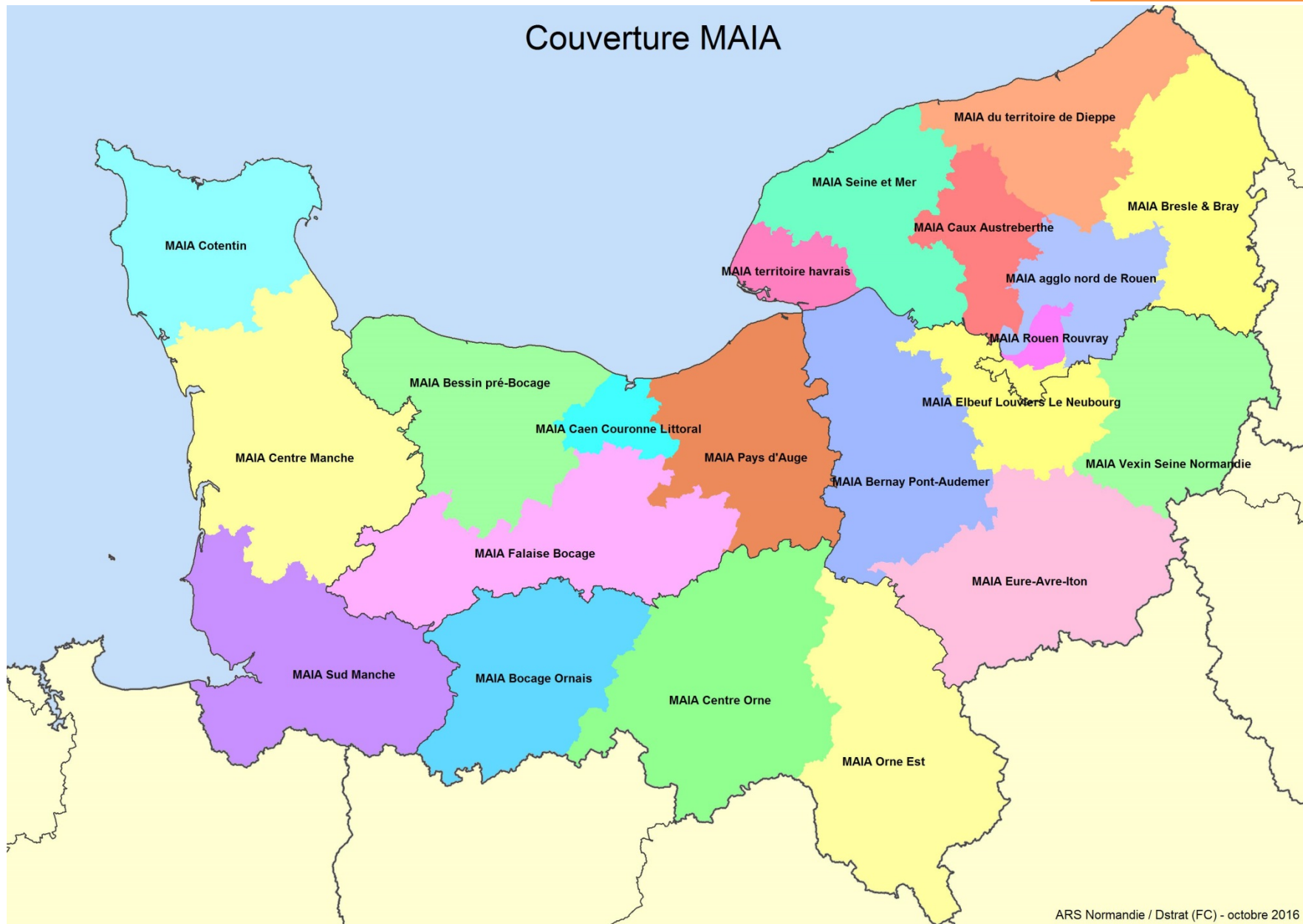


EHPAD



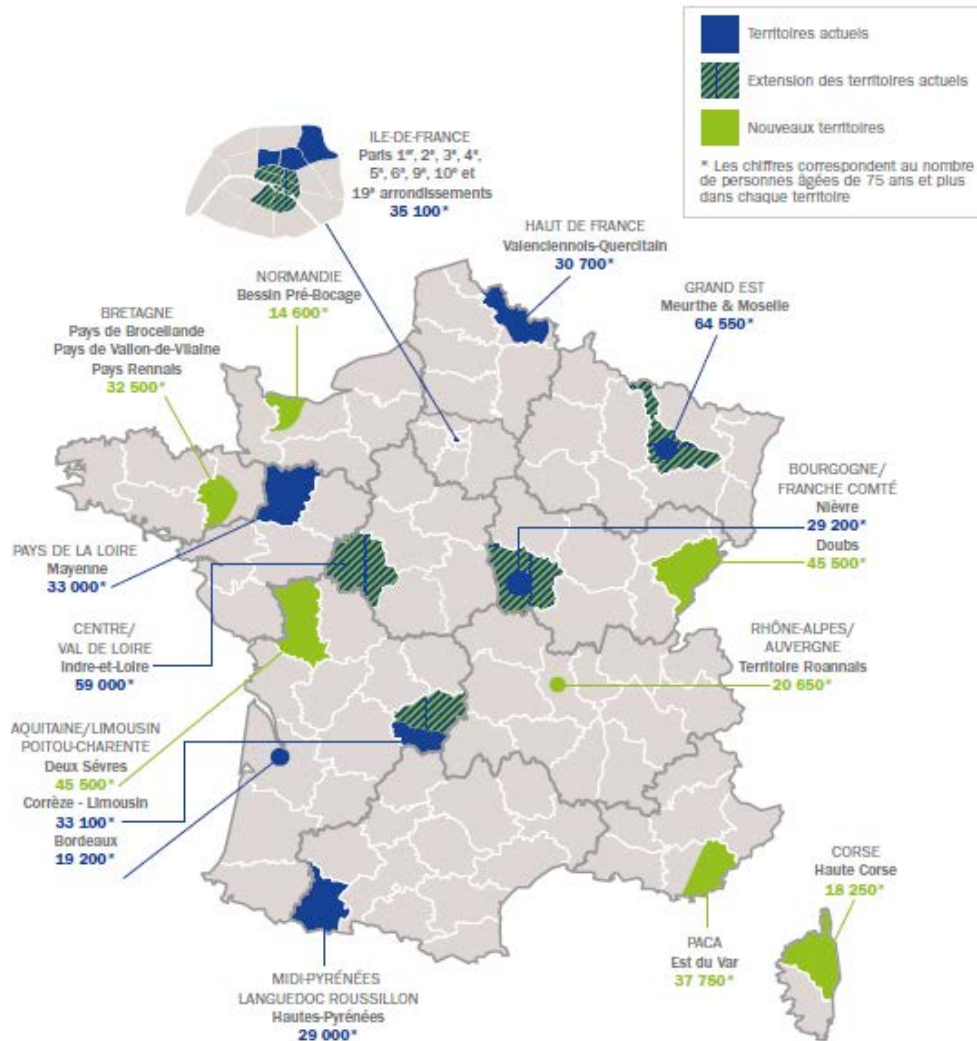
Équipement source STATISS 2015 (cf. tableaux ci-contre)

Couverture MAIA



Les territoires PAERPA

(Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Le dispositif PAERPA:

En France, une personne sur dix a plus de 75 ans et 85% d'entre elles ont au moins une pathologie. Afin de préserver le plus longtemps possible l'autonomie de ces personnes, le parcours de santé des aînés (PAERPA) a été déployé. Il propose d'optimiser le parcours de soins avec les professionnels, les structures et une organisation au meilleur coût.

L'objectif, avec le concours des aidants, est de repérer avant la perte d'autonomie, les principaux facteurs d'hospitalisation évitable (dépression, chutes, erreurs médicamenteuses) et de rendre plus efficiente la coordination des professionnels.

Un dispositif articulé autour de **5 actions clés** :

1. Renforcer le maintien à domicile : coordination clinique de proximité.
2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions : mise en place d'un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants.
3. Sécuriser la sortie d'hôpital : préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation des professionnels de santé.
4. Éviter les hospitalisations inutiles : actions d'éducation thérapeutique et information des professionnels.
5. Mieux utiliser les médicaments : actions de révision d'ordonnance mises en place en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

Focus Hospitalisation chez les 75 ans et plus

Les séjours des personnes de 75 ans et plus représentent aujourd'hui plus d'un tiers des séjours de SSR, HAD, de médecine en hospitalisation complète, et des séjours cancérologie.

Séjours des patients normands de 75 ans et plus

	type de séjours	Nb séjours 2015	part des 75 et +/total
MCO	Chirurgie	82550	22%
	Séances	49173	26%
	Médecine hospit.complete	54806	36%
	Médecine HDJ	8986	17%
	interventionnel	10777	14%
	cancers: séjours	35985	32%
	cancers: séances	46565	19%
	SSR	32659	44%
	HAD	1377	38%

Source PMSI

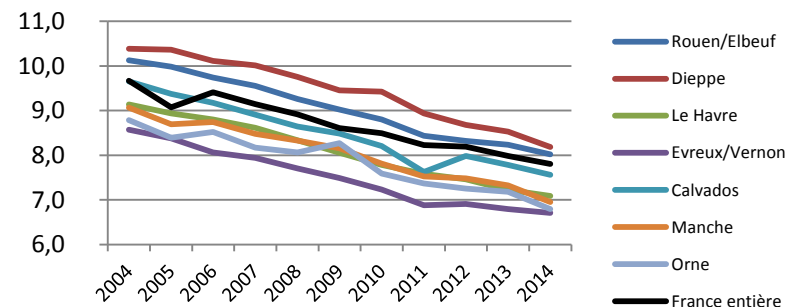
Le taux de recours des 75 ans et plus à l'hospitalisation (chirurgie et médecine) reste en moyenne inférieur au recours national ; des disparités fortes entre territoires de santé sont à noter. Les territoires de Dieppe et d'Evreux/Vernon présentent les recours les plus importants. Le taux d'entrée par les urgences de cette population passe du simple au double selon les territoires. Ainsi, dans la Manche, 38% des entrées en médecine des 75 ans et plus se font par les urgences.

	Chirurgie		Médecine	
	Tx de recours (1000 hab 75 et +)	% entrée urgence	Tx de recours (1000 hab 75 et +)	% entrée urgence
Rouen/Elbeuf	230,5	7%	681,9	11%
Dieppe	211,2	17%	819,9	25%
Le Havre	225,6	18%	785,8	26%
Evreux/Vernon	231,0	18%	902,7	22%
Calvados	237,4	19%	694,0	32%
Manche	232,8	17%	654,4	38%
Orne	219,5	9%	721,1	15%
Normandie	229,6	14%	726,6	24%
France	235,4	19%	762,3	25%

Source PMSI

Consommation de soins de ville

consommation moyenne des 75 ans et + en consultations de médecine générale libérale



Source Cartosante/SNIIRAM

La consommation de soins de médecine générale observe la même tendance à la baisse depuis 10 ans pour l'ensemble des territoires. Des disparités sur le volume des actes sont à noter. Les territoires de Dieppe et Rouen/Elbeuf ont une consommation moyenne plus importante que les autres territoires normands et que la France.

Prise en charge de la maladie d' Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro végétative d'évolution progressive, cause d'une lourde dépendance du sujet âgé et motif principal d'entrée en institution.

Elle reste la cause principale du syndrome démentiel. L'altération des neurones entraîne une déficience importante des facultés cognitives (mémoire, raisonnement...). Cette maladie apparait le plus souvent chez les personnes âgées mais n'est pas une conséquence naturelle du vieillissement.

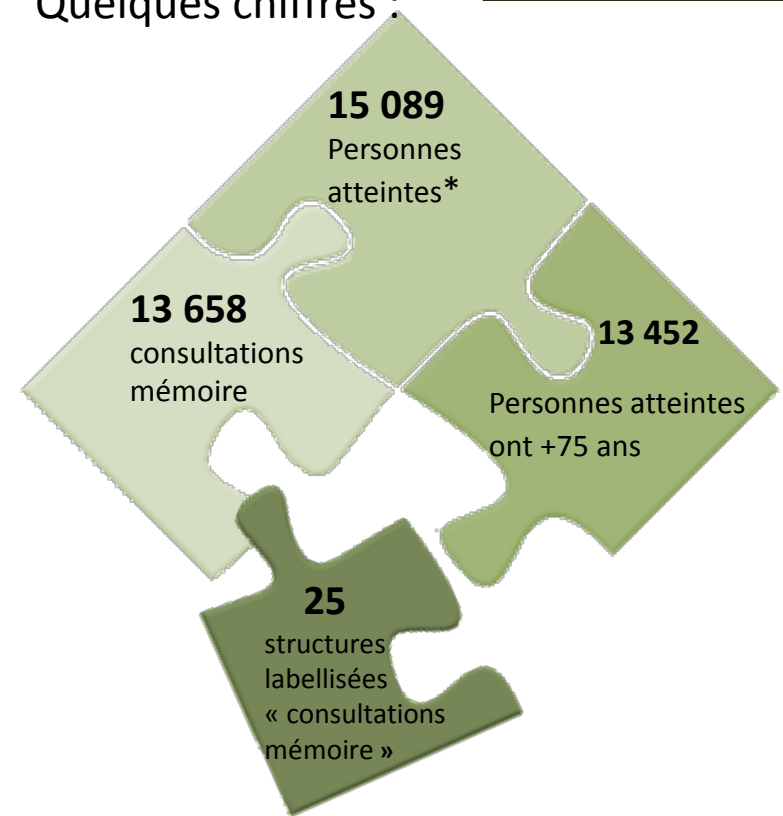
La prise en charge de cette pathologie est, depuis la mise en place des plans Alzheimer, facilitée tant pour les patients que pour leur entourage (les aidants).

Cette prise en charge s'articule autour de :

- Lieux de diagnostic : consultations mémoire labellisées par les ARS,
- Lieux d'information ou de coordination gérontologique : CLIC, MAIA
- Des structures d'accueil de jour avec 12 000 places au niveau national,
- Des structures d'hébergement avec plus de 600 000 places au niveau national en EHPAD, unités de vie protégées ou en USLD,
- Des dispositifs d'aide aux aidants familiaux,
- Les établissements de santé : La prise en charge de cette pathologie hors établissement de santé n'est pas toujours possible pour les personnes présentant des symptômes sévères de la maladie. En effet près de 70% des EHPAD et plus de 40% des USLD évoquent les soins techniques lorsqu'ils deviennent trop lourds et le risque de fugue comme raison principale à un refus d'admission.

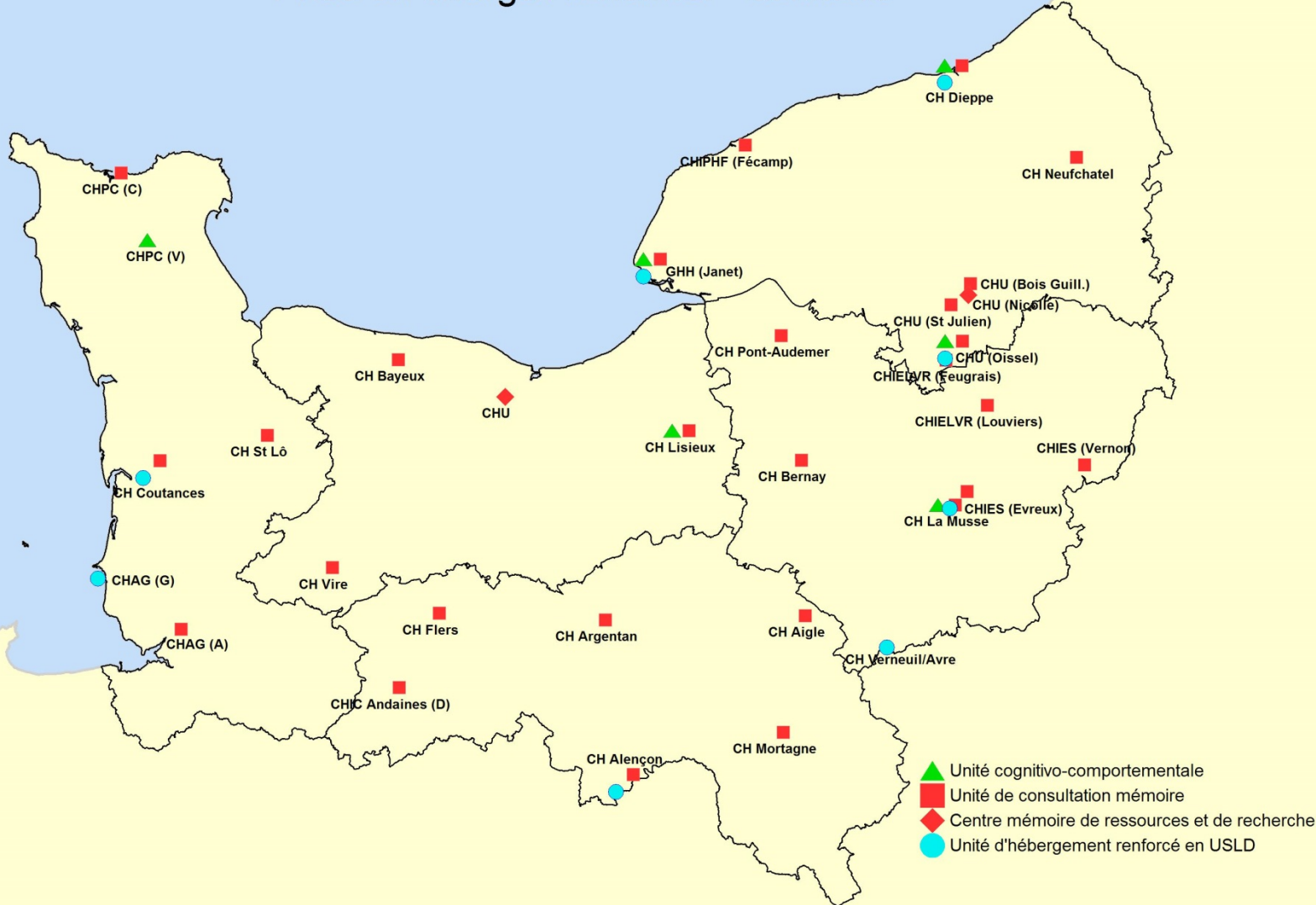
L'enjeu au niveau de cette pathologie consiste à pouvoir garantir au niveau régional, tant sur les démarches diagnostiques que de prise en charge un égal accès à l'ensemble de la population.

Quelques chiffres :



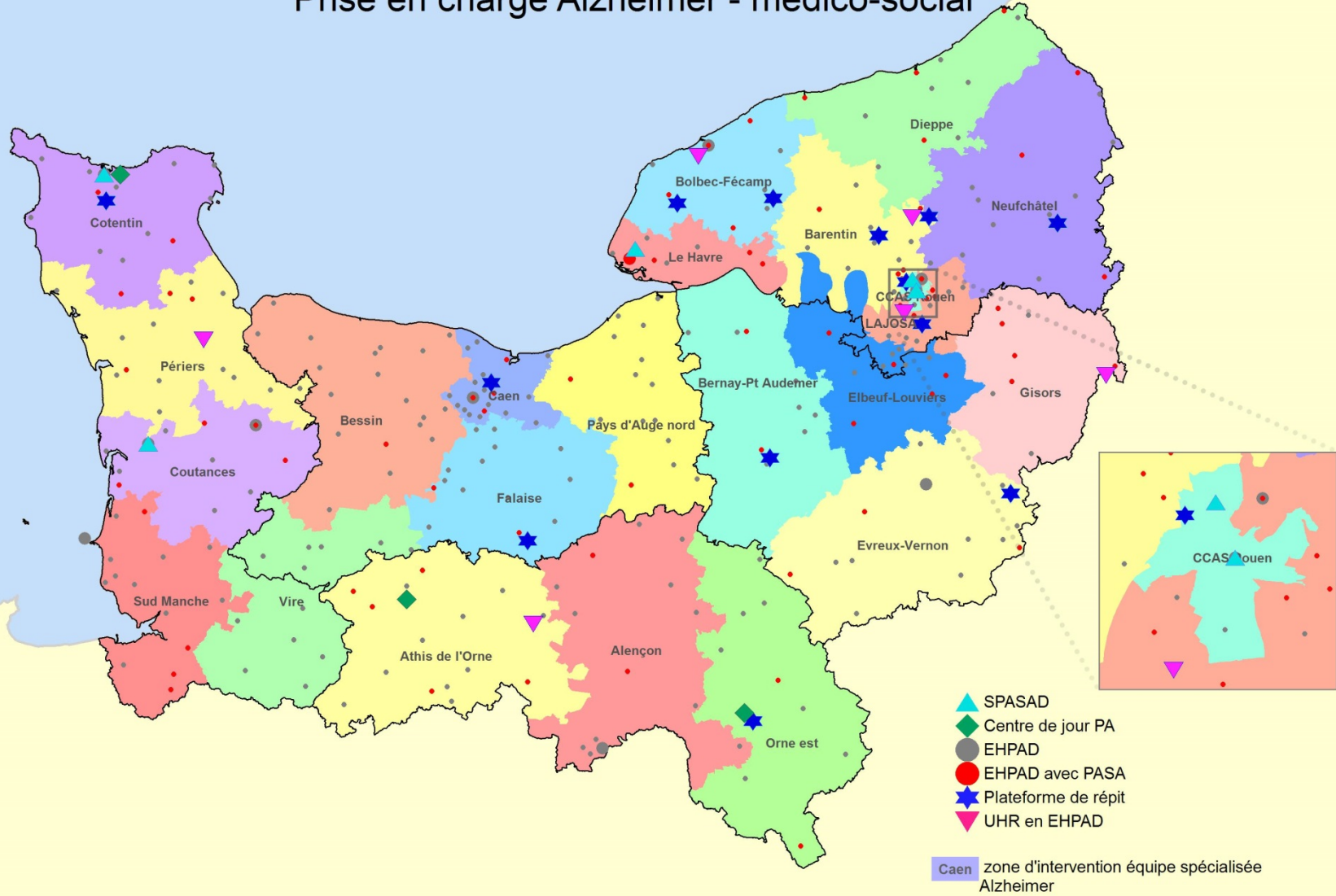
*minimum estimé à partir de l'ALD 15, il est à noter que cet ALD fait l'objet d'une sous-déclaration des médecins généralistes (travaux en cours à la CNAMTS à ce sujet)

Prise en charge Alzheimer - sanitaire



- ▲ Unité cognitive-comportementale
- Unité de consultation mémoire
- ◆ Centre mémoire de ressources et de recherche
- Unité d'hébergement renforcé en USLD

Prise en charge Alzheimer - médico-social



	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE MARITIME	France entière
CENTRE MEMOIRE DE RESSOURCES ET DE RECHERCHE	2	1	/	/	/	1	46
File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année) pour l'activité de recours	2 326	681	0	0	0	1 645	34 917
Dont nombre de nouveaux patients pour l'activité de recours :	1 161	327	0	0	0	834	16 932
NOMBRE D'UNITES DE CONSULTATIONS MÉMOIRE	46	7	10	8	8	13	6 713
File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année)	13 658	2 608	2 241	2 834	2 383	3 592	247 689
Dont nombre de nouveaux patients	7 040	1 423	1 343	1 063	1 345	1 866	118 152

Source SAE 2015

13 658 patients ont été vus au moins une fois dans l'année dans les unités de consultations mémoire et 2326 patients dans les centres de ressources et de recherche. Près de la moitié d'entre eux étaient de nouveaux patients.

L'activité des centres mémoire n'est pas spécifique aux malades d'Alzheimer. Bien que ces derniers en représentent la majeure partie, on trouve parmi la patientèle des personnes atteintes de pathologies apparentées Alzheimer et de maladies non dégénératives.

Il y a actuellement une difficulté liée au délai de prise en charge pour les nouveaux patients qui doivent parfois attendre plusieurs mois pour bénéficier d'une première consultation. Une fois entrés dans le dispositif, ils sont généralement reçus en consultation une fois par semestre, ce qui correspond aux recommandations.

Prise en charge des personnes en situation de handicap :

La prise en charge en structure des personnes en situation de handicap réclame des parcours, des soins et un encadrement adaptés à leur déficience physique, psychique, leur âge et aux possibilités de soutien de leur entourage.

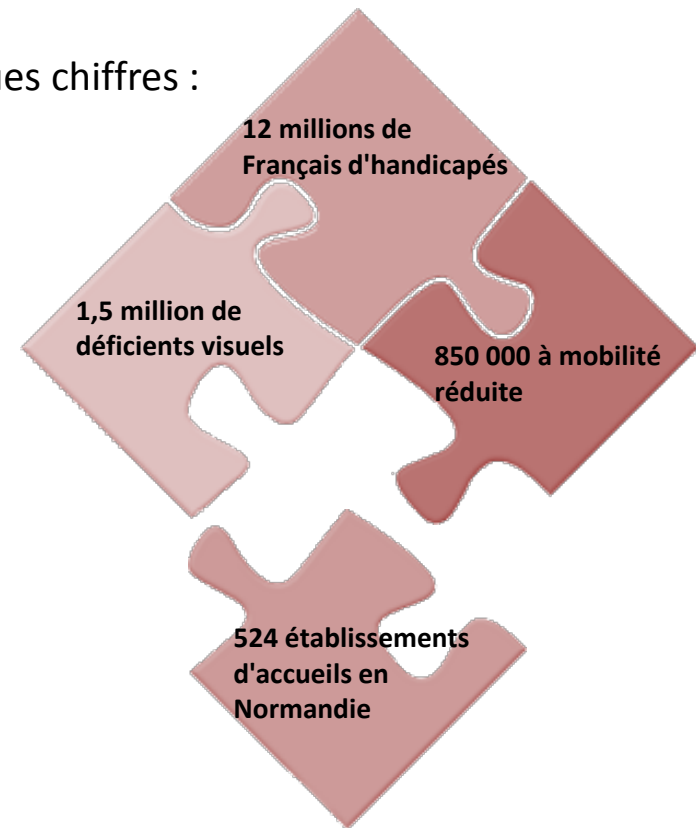
L'orientation vers les établissements et services médico-sociaux est organisée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instance de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), dépendant de chaque Conseil Départemental, qui sert de guichet unique.

Les structures sont multiples en région et organisées en fonction des handicaps à prendre en charge :

Les centres de consultation et de dépistage (centres d'action sociale médico-précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)), les établissements qui accueillent des enfants et adolescents de moins de 20 ans (services d'éducation spéciale et d'accueil à domicile (SESSAD), instituts médico-éducatifs (IME), instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), instituts d'éducation motrice (IEM), établissements pour les polyhandicapés, etc.) et les établissements accueillant des adultes (services d'accompagnement médico-social pour adultes (SAMSAH), maisons d'accueil spécialisées (MAS), centres de préorientation (CPO), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), etc.).

La conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 a rappelé les enjeux de la prise en charge des personnes en situation de handicap et définit les priorités dont l'amélioration des prises en charge et leur adaptation à chaque handicap.

Quelques chiffres :



12 millions de français sur 65 millions sont touchés par un handicap. Parmi eux, 80% ont un handicap invisible.

L'INSEE estime que:

13,4% ont une déficience motrice,

11,4% sont atteints d'une déficience sensorielle,

9,8% souffrent d'une déficience organique,

6,6% sont atteints une déficience intellectuelle ou mentale,

2 à 3% de la population utilise un fauteuil roulant.

Hébergement complet pour adultes handicapés selon le public accueilli

- Foyers d'accueil médicalisés
- Maisons d'accueil spécialisées



Hébergement complet pour adultes handicapés

- 2 - Nombre de places en FAM
- 2 - Nombre de places en MAS

FAM MAS

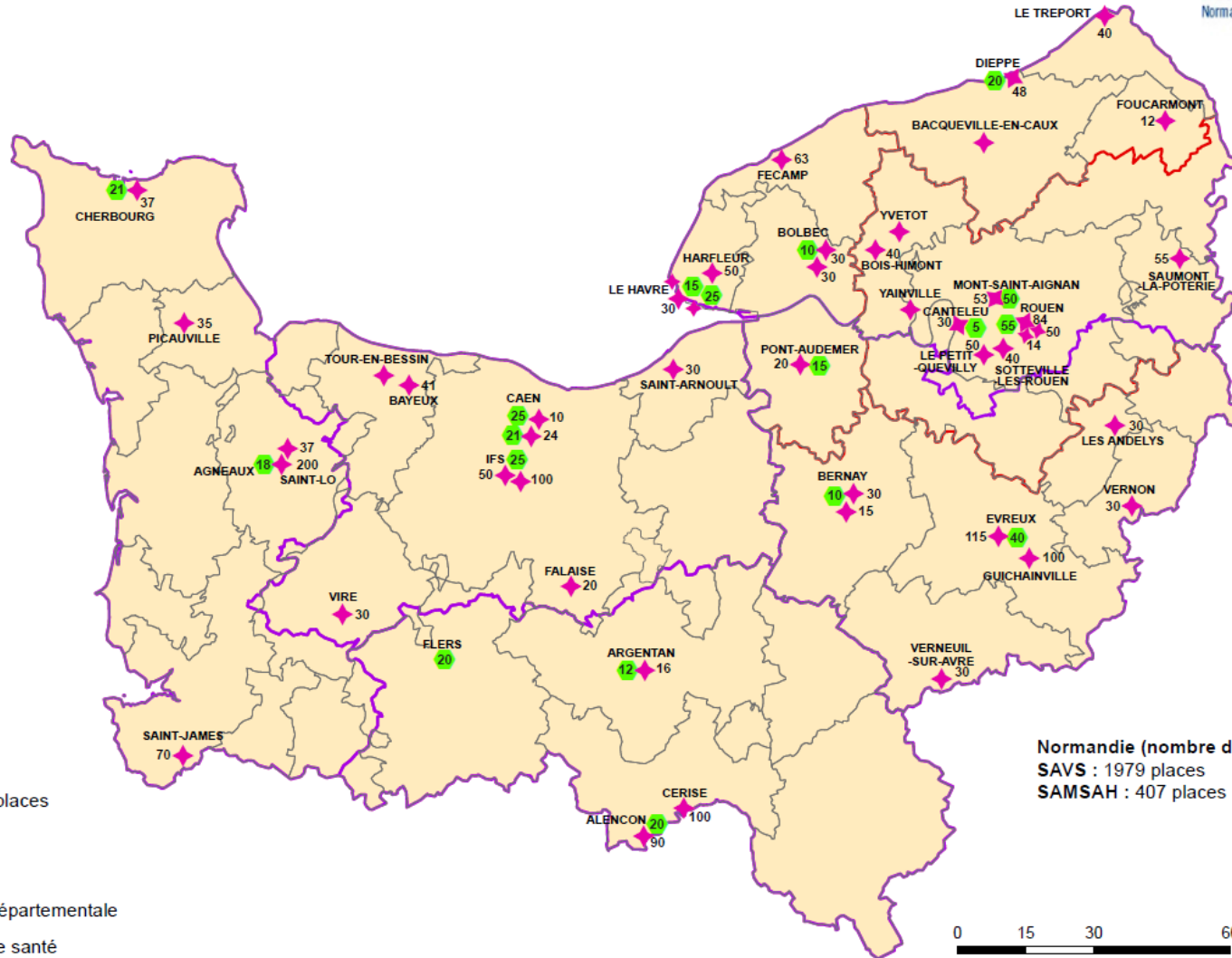
- Autisme
- Traumatismes crâniens et cérébraux
- Handicap psychique
- Handicap moteur
- Polyhandicap
- Déficience intellectuelle
- Toutes déficiences

- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité



Sources : Places autorisées FINESS Septembre 2017

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et les services d'accompagnement à la vie sociale



Légende

40 - Nombre de places

◆ SAVS

● SAMSAH

□ Frontière départementale

□ Territoire de santé

□ Territoire de proximité

Normandie (nombre de places) :

SAVS : 1979 places

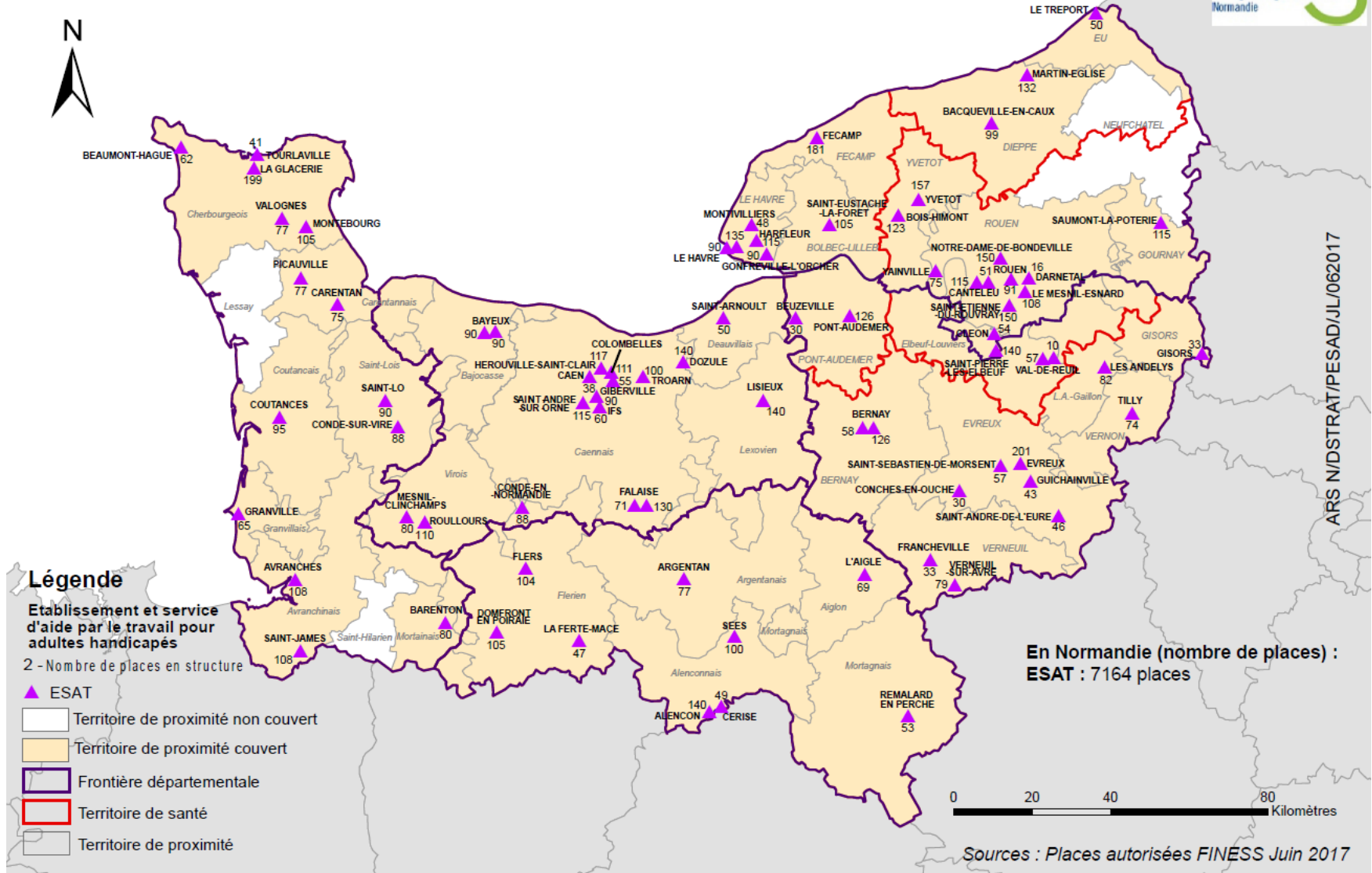
SAMSAH : 407 places



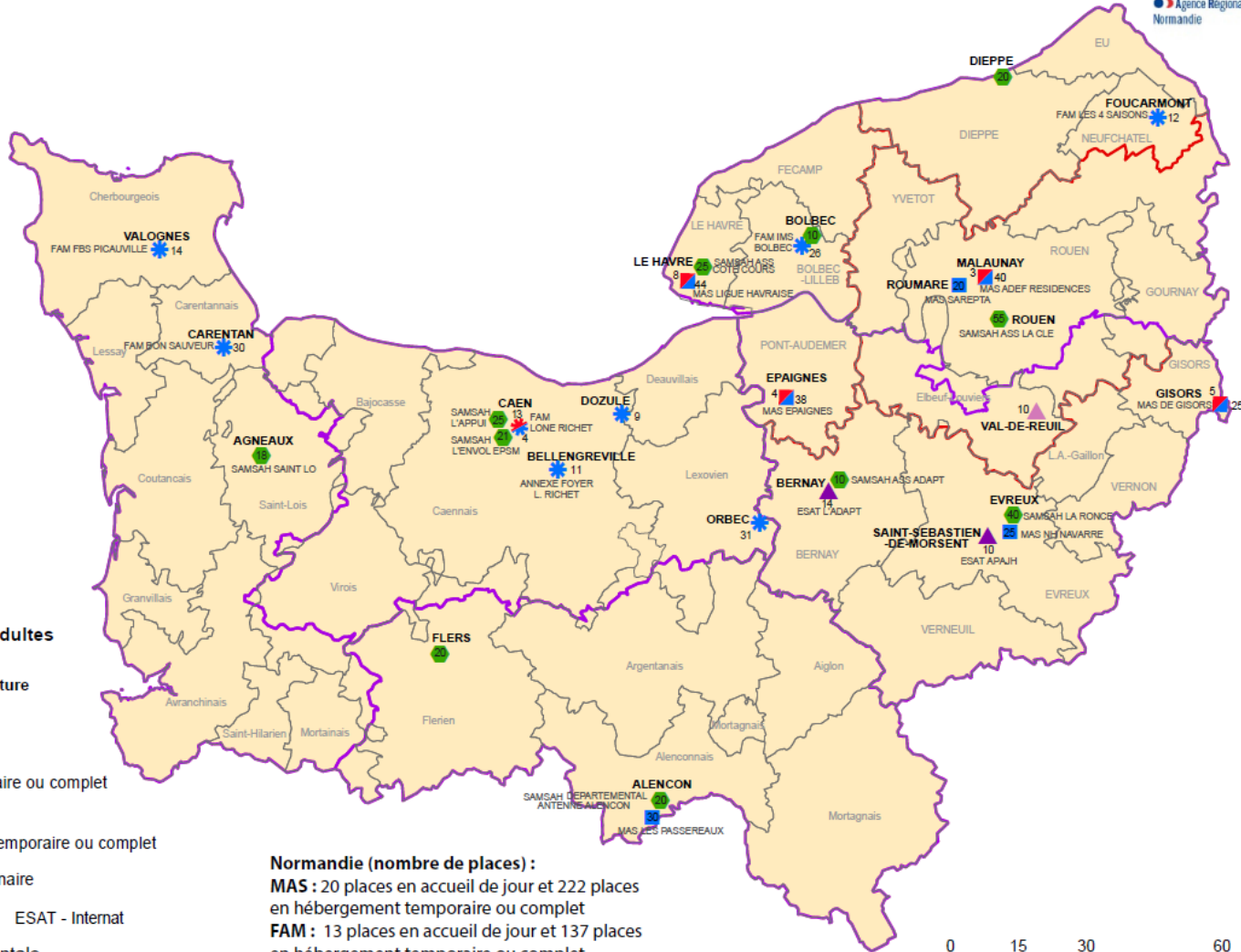
Sources : Places autorisées FINESS Juillet 2017

ARS N/DSTRAT/PESAD/JL/072017

Les établissements et services d'aide par le travail pour les adultes handicapés



Structures d'accueil pour adultes handicapés psychiques



Légende

Structure d'accueil pour adultes handicapés psychiques

2 - Nombre de places en structure

MAS Mode d'activité

- Accueil de jour
- Hébergement temporaire ou complet
- ✳ FAM - Accueil de jour
- ✳ FAM - Hébergement temporaire ou complet
- SAMSAH - Milieu ordinaire
- ▲ ESAT - Externat ▲ ESAT - Internat

□ Frontière départementale

□ Territoire de santé

□ Territoire de proximité

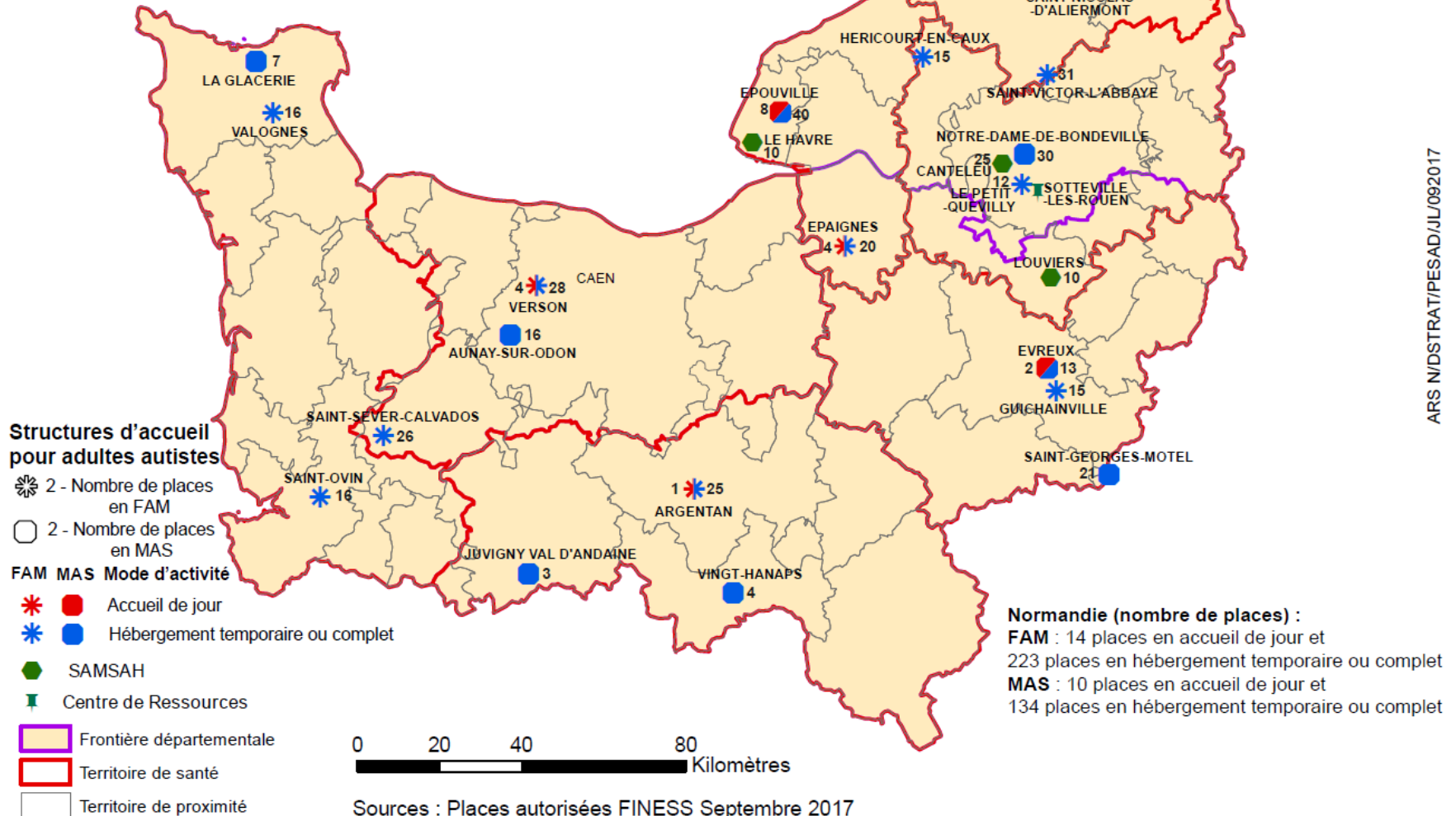
ARS N/DSTRAT/PESAD/JL/062017

Sources : Places autorisées FINESS Juin 2017



Structures d'accueil pour adultes autistes selon de mode d'activité

- Foyers d'accueil médicalisés
- Maisons d'accueil spécialisées
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

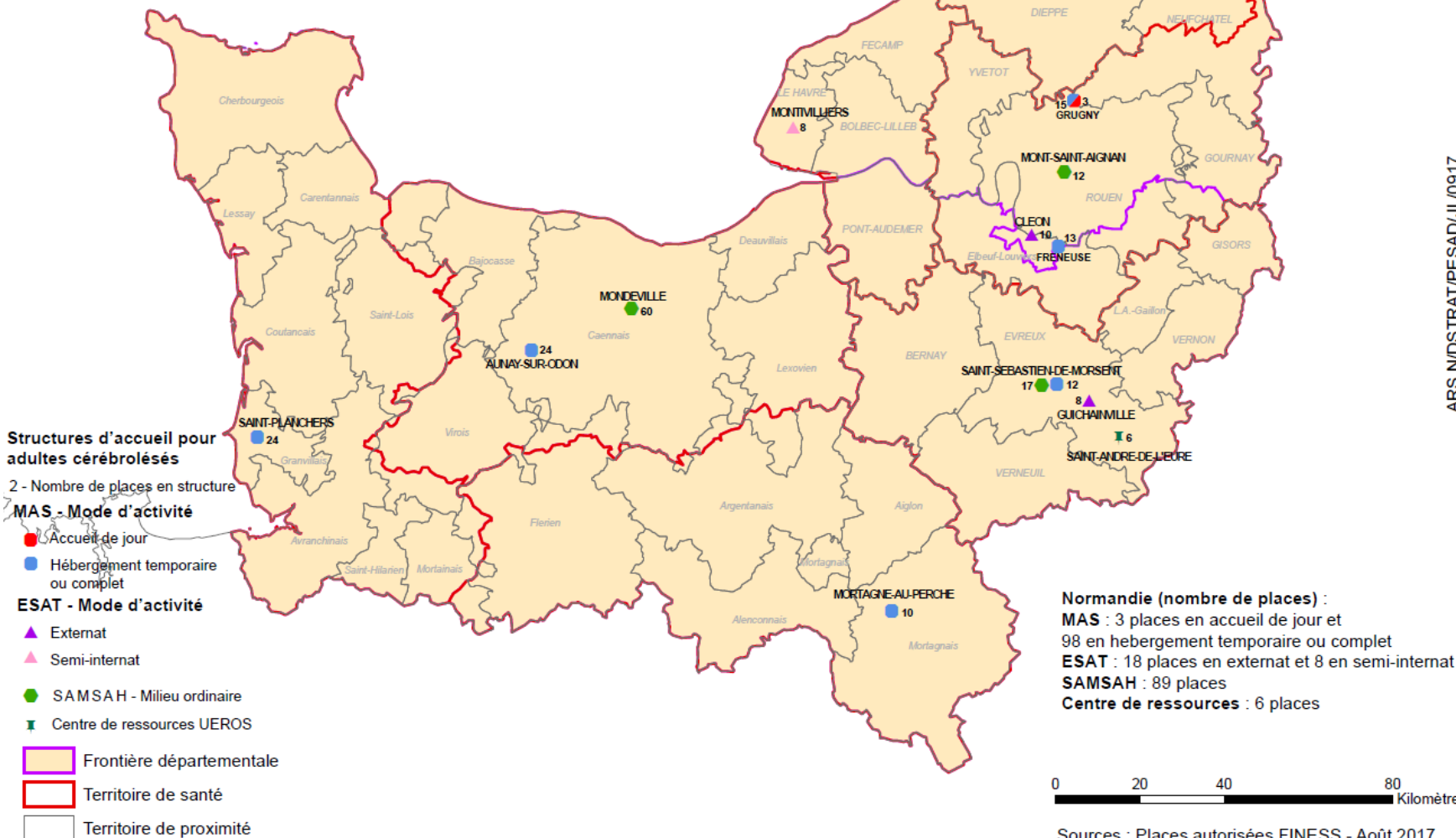




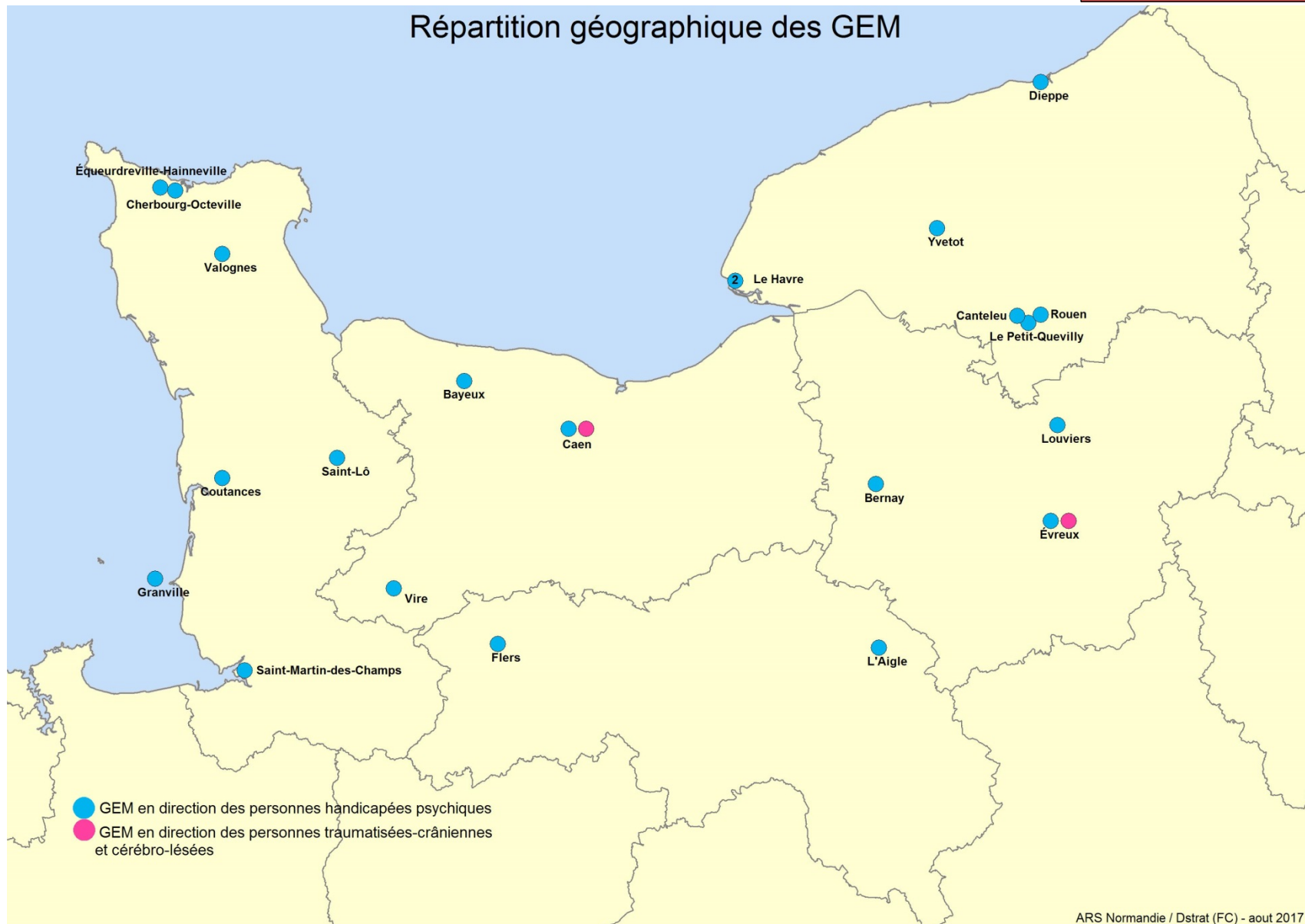
Structures d'accueil pour adultes cérébrlésés

- Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- Etablissements et services d'aide par le travail
- Maisons d'accueil spécialisées selon le mode d'activité

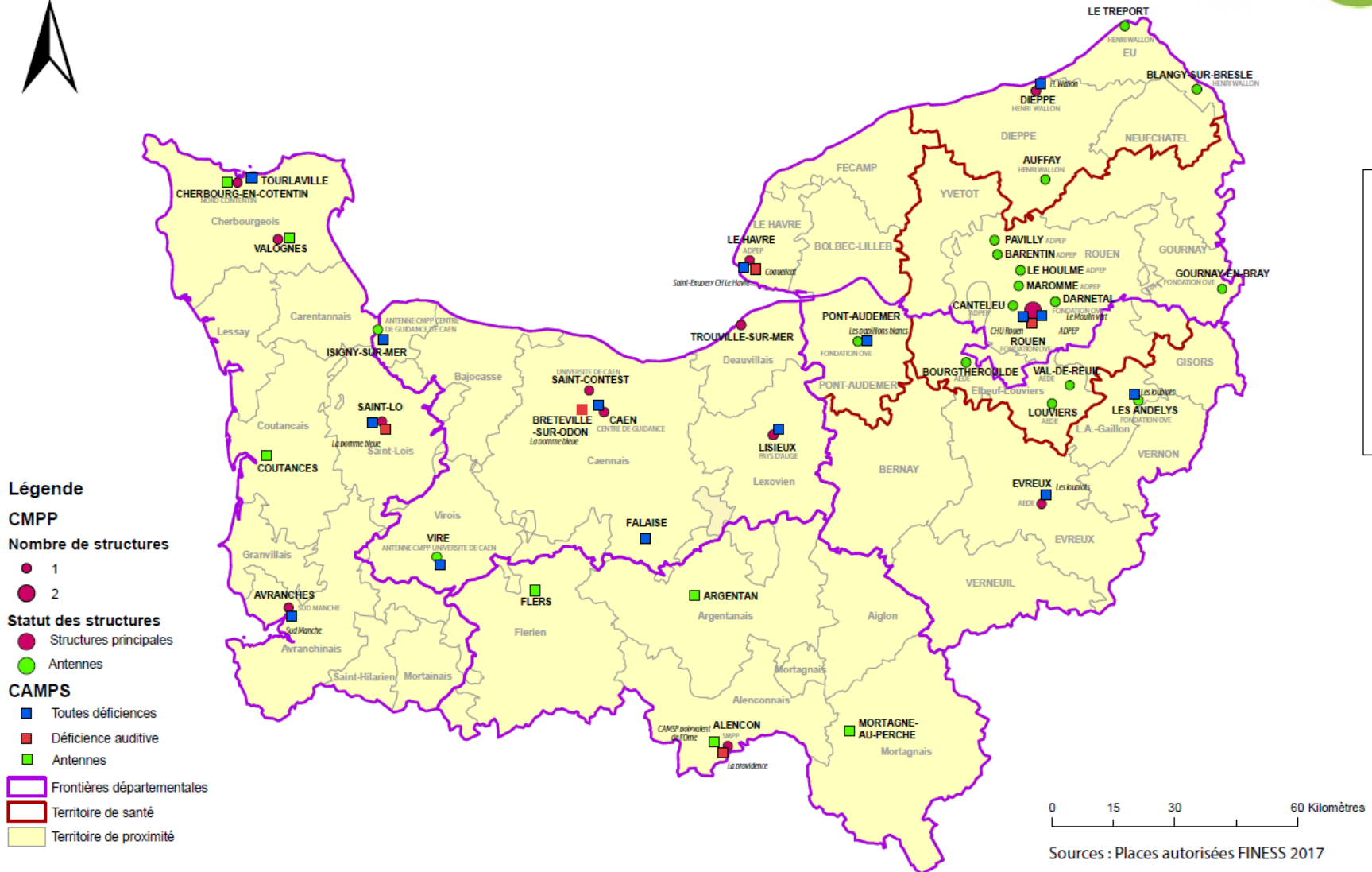
ARS NDS/STRAT/PESAD/JUL0917



Répartition géographique des GEM

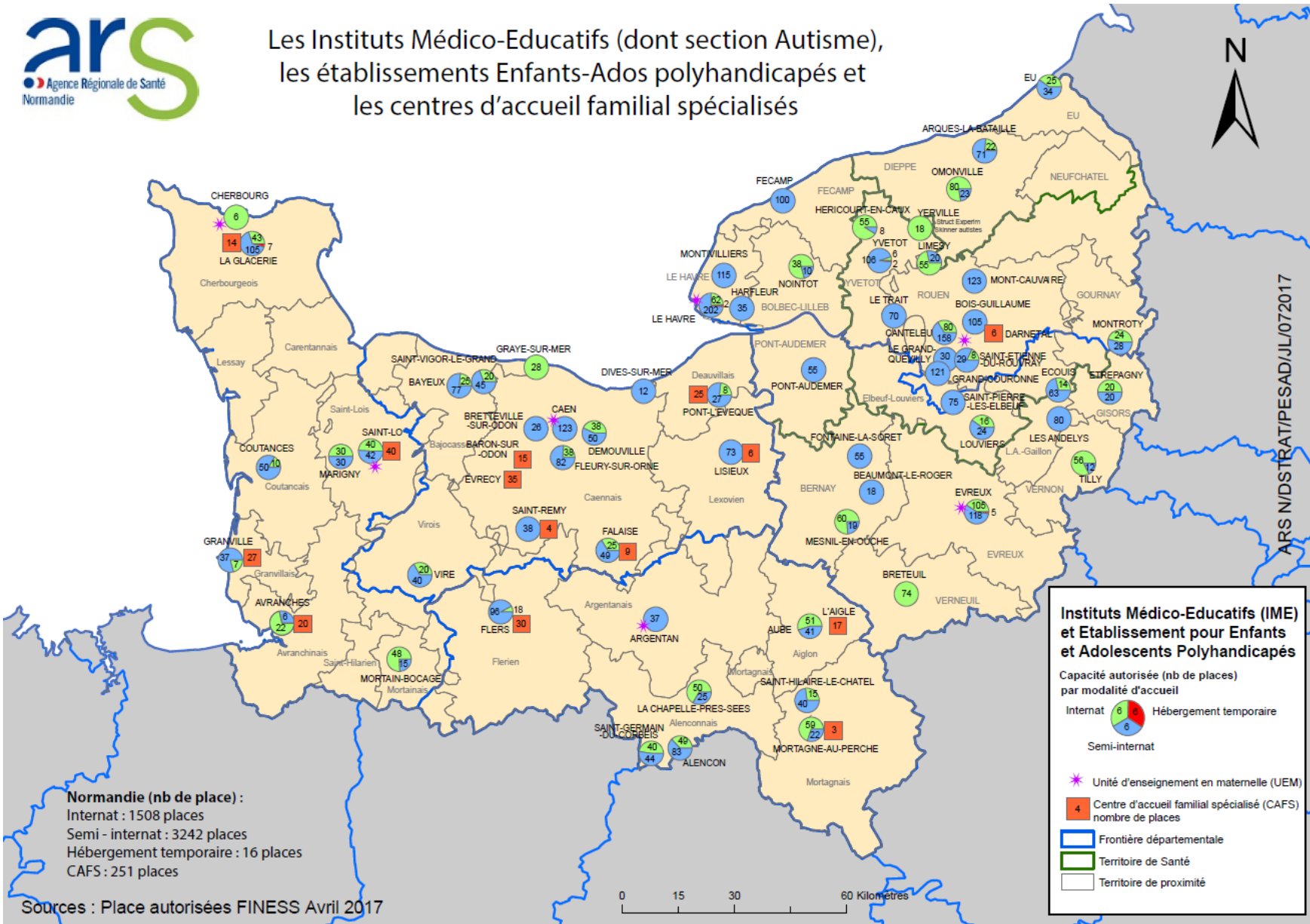


Les centres d'actions médico-sociales précoces et centres médico psycho pédagogique



ARS N/DSTRAT/PESAD/JL/052017

Les Instituts Médico-Educatifs (dont section Autisme), les établissements Enfants-Ados polyhandicapés et les centres d'accueil familial spécialisés



Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile

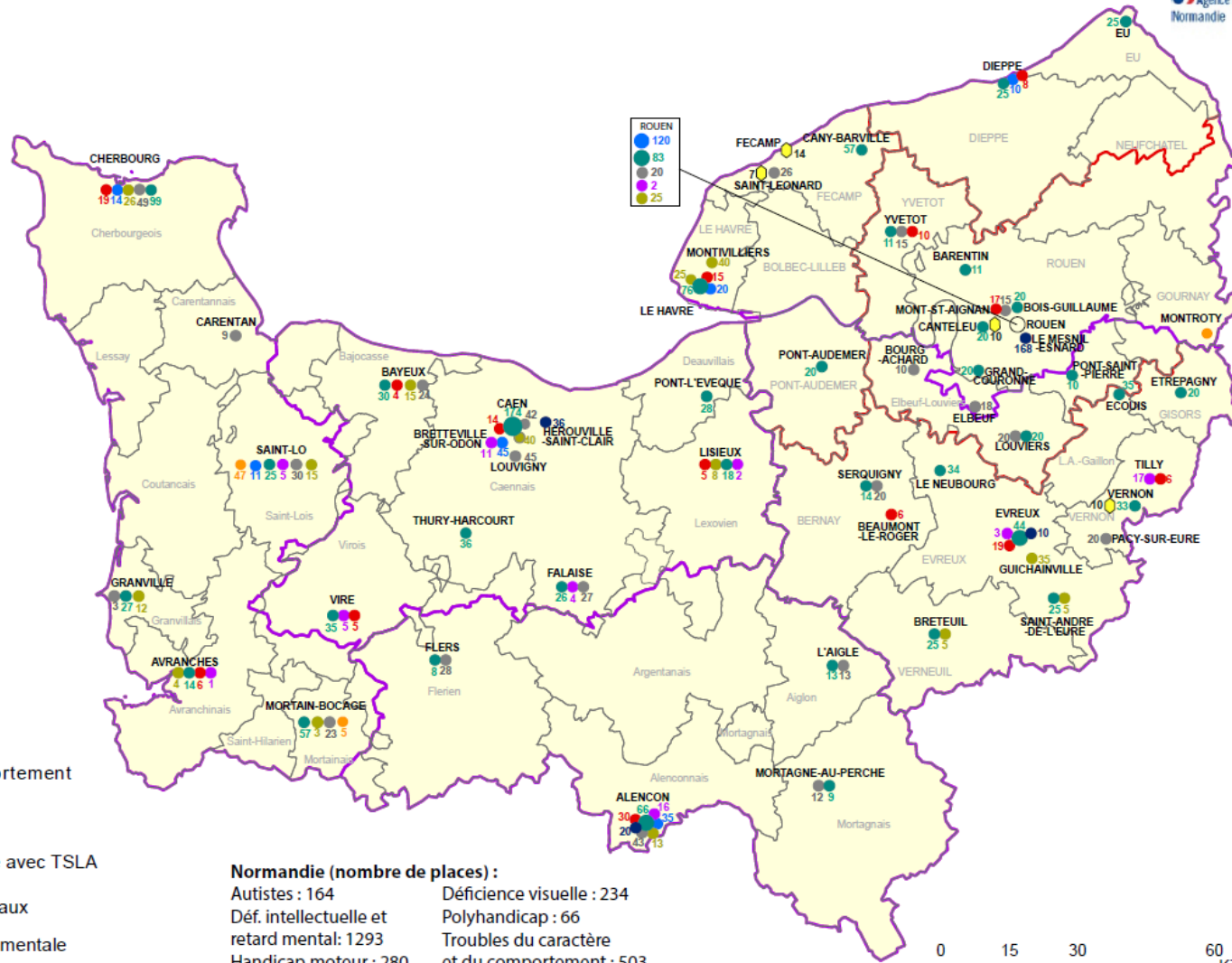


SESSAD

20 - Nombre de places

Nombre de service selon le public

- 1 Déficience intellectuelle
 - 2
 - 3
 - Autisme
 - Troubles du comportement
 - Polyhandicap
 - Handicap moteur
 - Déficience visuelle
 - Déficience auditive avec TSA
 - Toutes déficiences
 - Services expérimentaux
- Frontière départementale
 Territoire de santé
 Territoire de proximité



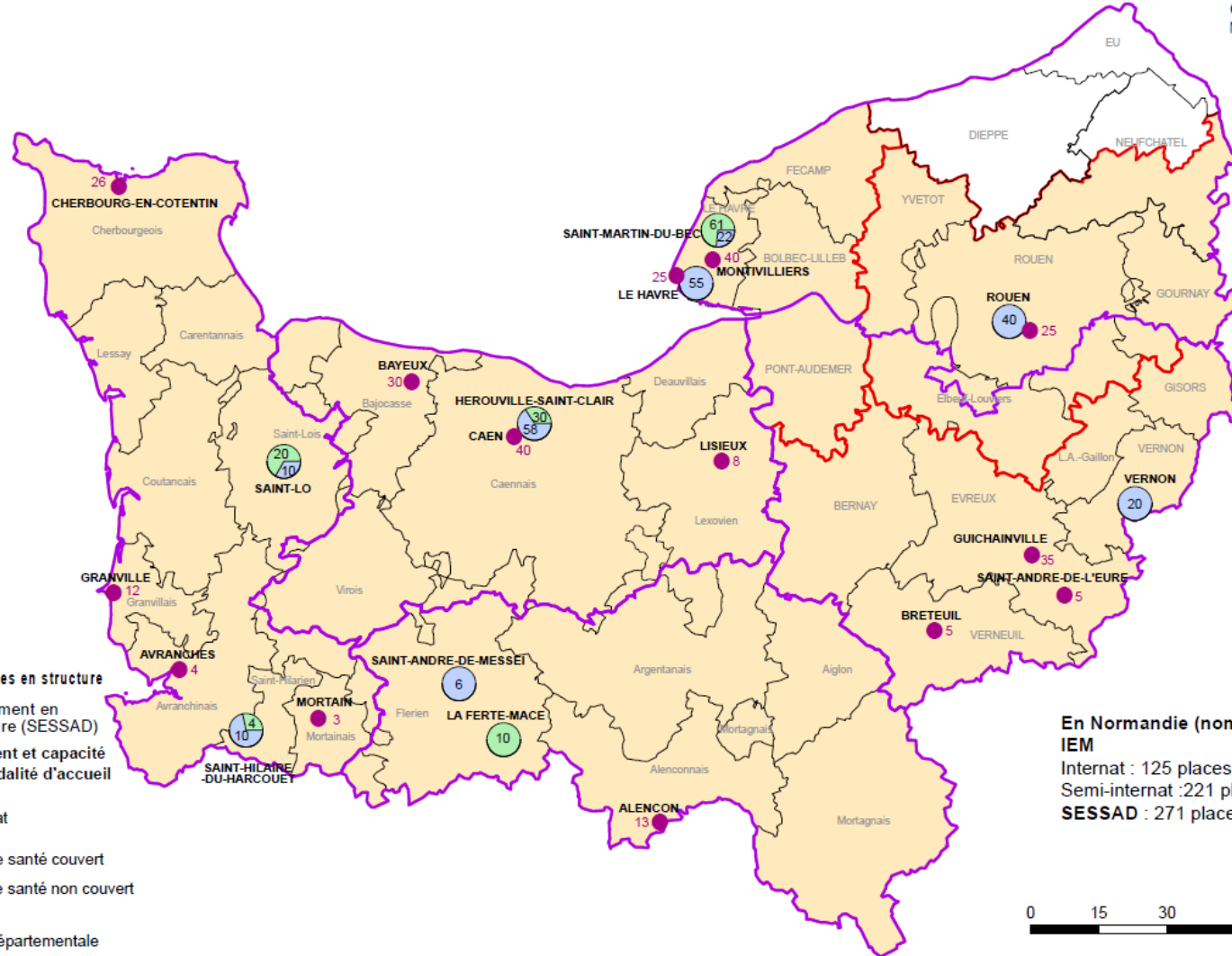
Normandie (nombre de places) :

Autistes : 164	Déficience visuelle : 234
Déf. intellectuelle et retard mental: 1293	Polyhandicap : 66
Handicap moteur : 280	Troubles du caractère et du comportement : 503
Déficience auditive : 255	Toutes déficiences : 52
Services expérimentaux : 41	

0 15 30 60 Kilomètres

Sources : Places autorisées FINESS Juillet 2017

Les établissements et services en direction des enfants atteints de handicap moteur



Légende

2 - Nombre de places en structure

● Accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD)

EM - Etablissement et capacité autorisée par modalité d'accueil

2 Internat
2 Semi-internat

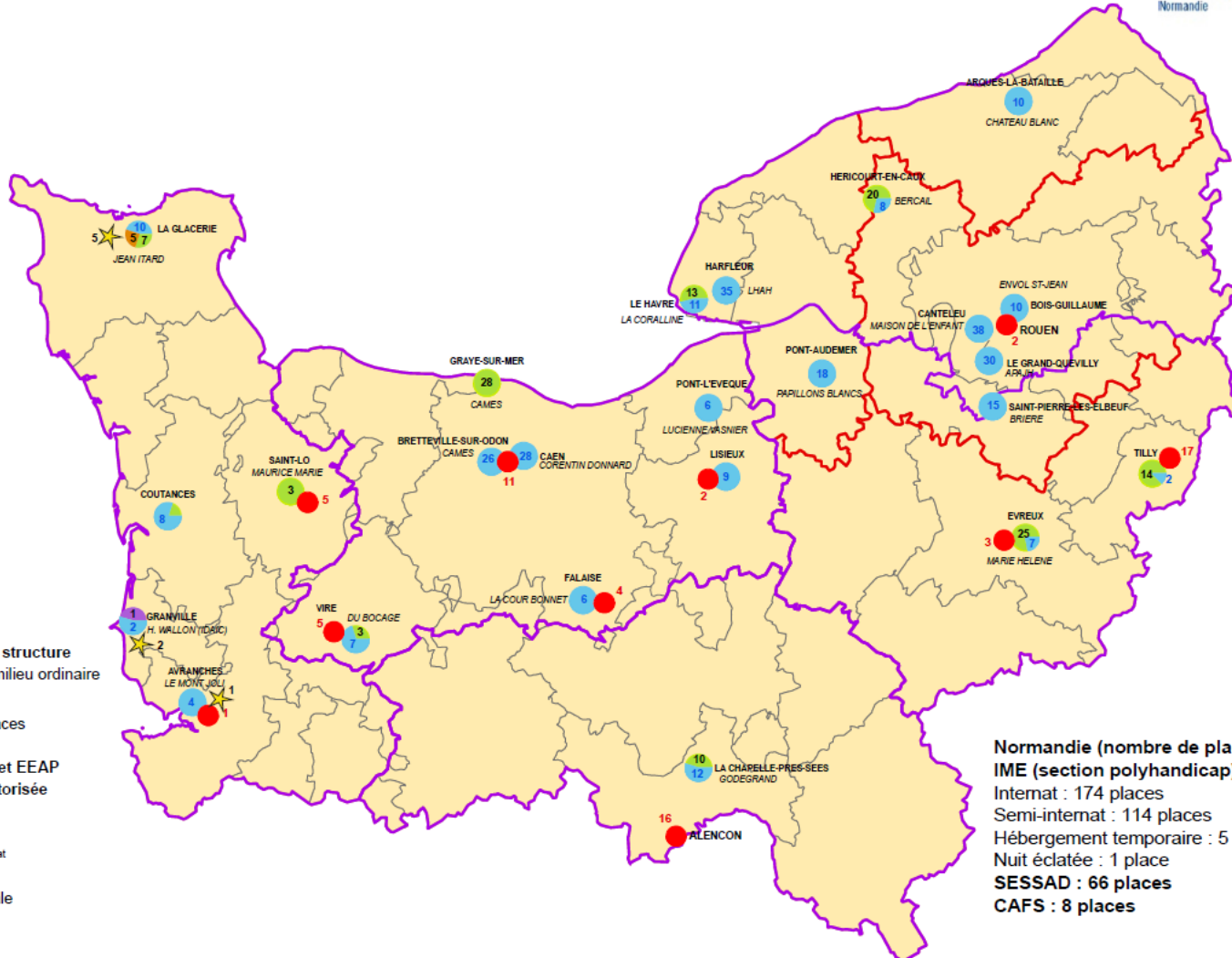
- Territoire de santé couvert
- Territoire de santé non couvert
- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité

En Normandie (nombre de places) :
IEM
 Internat : 125 places
 Semi-internat : 221 places
SESSAD : 271 places



Sources : Places autorisées FINESS Juin 2017

Les établissements et services en direction des enfants atteints de polyhandicap



Légende

- 5 Nombre de places en structure
- Accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD)
- ★ CAFS et nombre de places

IME (section polyhandicap) et EEAP
 Etablissement et capacité autorisée
 par modalité d'accueil

- Nuit éclatée 1 3 Internat
- Héb. Temporaire 2 7 Semi - internat

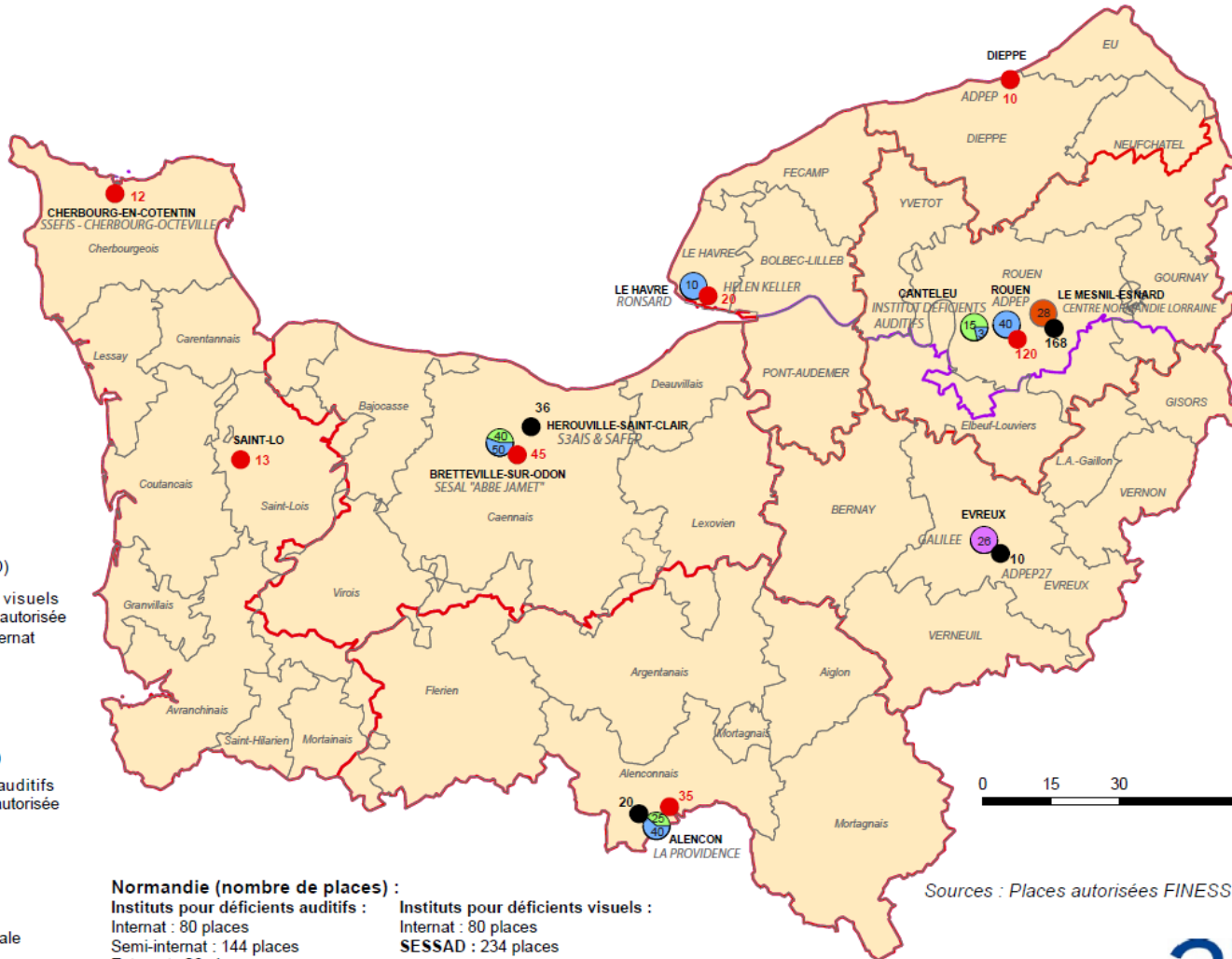
- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité

0 20 40 80 Kilomètres

Sources : Places autorisées FINESS 2017

ARS N/DSTRAT/PESAD/JL/052017

Les établissements et services en direction des enfants atteints de déficience auditive ou de déficience visuelle



Légende

Accueil des enfants atteints de déficience visuelle

- Accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD)
- 28 Instituts pour déficients visuels Etablissement et capacité autorisée par modalité d'accueil - Internat

Accueil des enfants atteints de déficience auditive

- Accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD)
- Instituts pour déficients auditifs Etablissement et capacité autorisée par modalité d'accueil
- Internat
- Semi-internat
- Externat

- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité

Normandie (nombre de places) :

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Instituts pour déficients auditifs : | Instituts pour déficients visuels : |
| Internat : 80 places | Internat : 80 places |
| Semi-internat : 144 places | SESSAD : 234 places |
| Externat : 26 places | |
| SESSAD : 255 places | |

Sources : Places autorisées FINESS avril 2017

Les établissements et services en direction des enfants atteints d'autisme et de trouble du spectre autistique



Légende

- 2 Accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD) - Service et capacité autorisée
- ★ Service expérimental
- IME et Etablissement expérimental
- Etablissement et capacité autorisée par modalité d'accueil
- Semi-internat
- Internat
- Hébergement temporaire
- ★ Unité d'enseignement
- Territoire de santé couvert
- Territoire de santé non couvert
- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité



Sources : Places autorisées FINESS Juin 2017

Les établissements et services en direction des enfants atteints de troubles du caractère ou du comportement



Légende

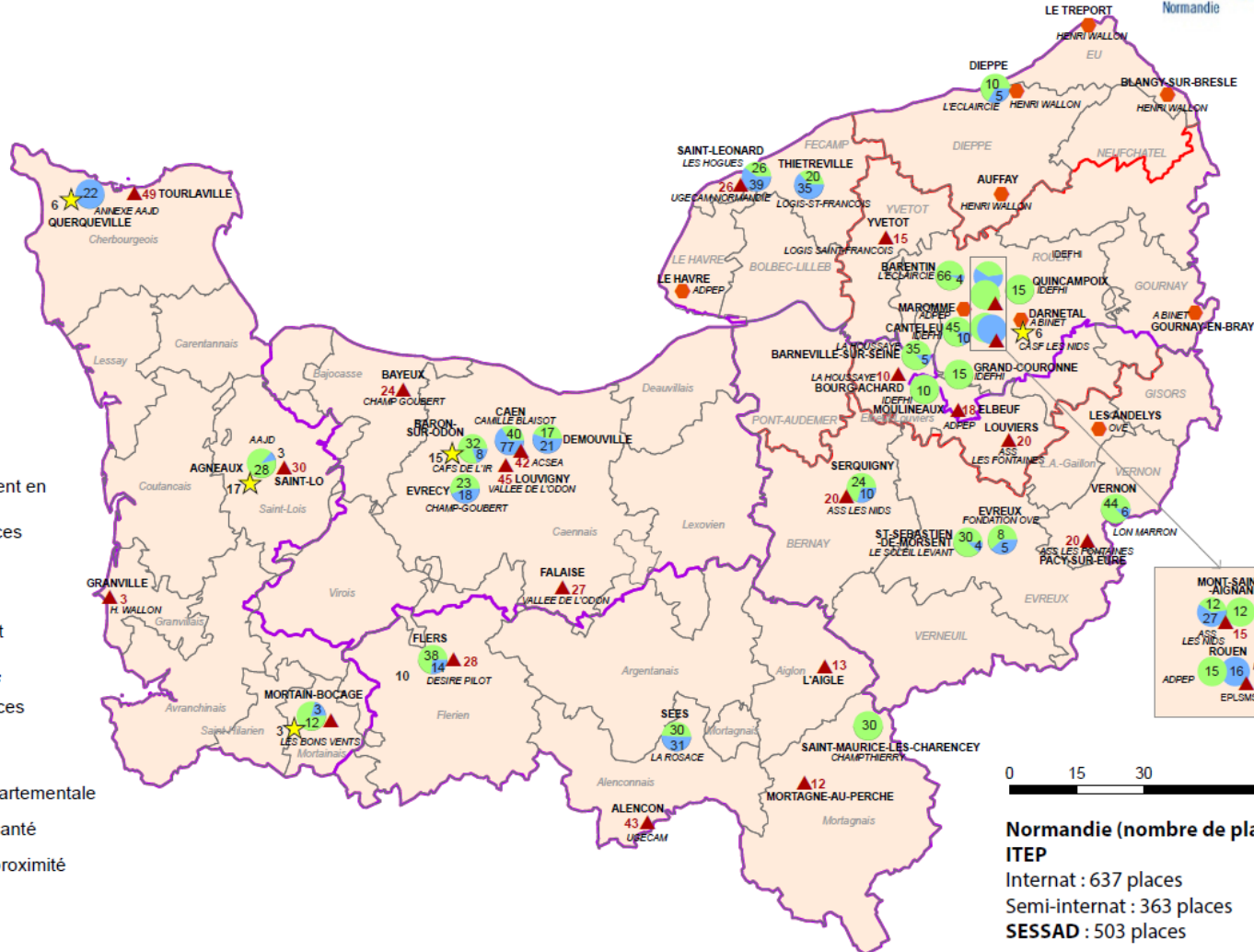
- CMPP
- ▲ SESSAD
- Accompagnement en milieu ordinaire
- 23 Nombre de places

ITEP

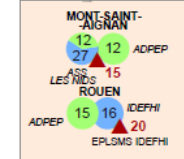
- 12 Internat
- 12 Semi-internat

- ★ CAFS et CASF
- 6 Nombre de places
- Famille Accueil

- Frontière départementale
- Territoire de santé
- Territoire de proximité



ARS NDSTRAT/PESAD/JUL/072017



Normandie (nombre de places) :
ITEP
 Internat : 637 places
 Semi-internat : 363 places
 SESSAD : 503 places

Sources : Places autorisées FINESS Juillet 2017

La prise en charge de l'obésité

L'obésité est considérée par la Haute Autorité de Santé comme une maladie chronique. Un patient est considéré en surpoids avec un IMC ≥ 25 , obèse à partir d'un IMC ≥ 30 et en obésité morbide à partir de 40.

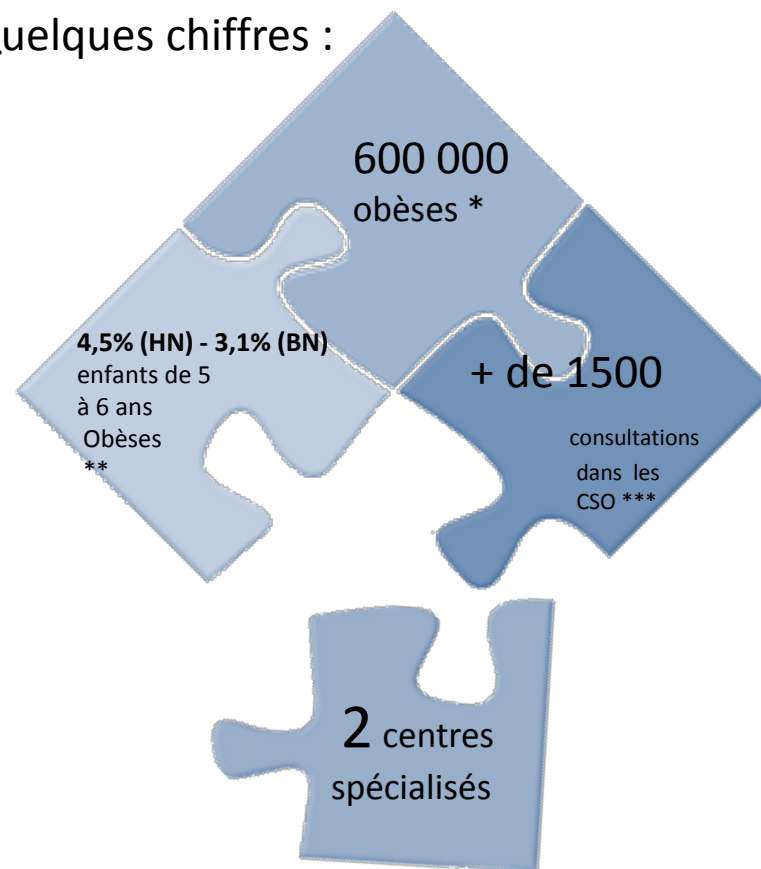
L'obésité entraîne des troubles de santé dont les principaux sont le diabète de type 2 (dans 80 % des cas, la maladie est associée à une obésité), l'hypertension artérielle, les dyslipidémies (excès ou déséquilibre de lipides dans le sang), les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires telles que l'arthrose. L'obésité est en outre associée à un risque accru de certains cancers, en particulier le cancer de l'endomètre (utérus).

Le 3ème Plan National Nutrition Santé et le plan obésité ont permis d'identifier 37 centres spécialisés dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et l'organisation en région des filières de soins. Ces centres constituent le 3ème niveau du recours régional ; le 2ème niveau étant assuré par les médecins spécialistes (endocrinologues, chirurgiens...), et le 1^{er} niveau par les médecins généralistes.

Par ailleurs, 5 centres intégrés de recours supra régional avec la capacité d'effectuer des diagnostics et des traitements très spécialisés viennent compléter le dispositif.

La prise en charge de 3ème niveau au niveau régional est assurée par les CHU de Caen et de Rouen en partenariat avec le centre intégré de Lille.

Quelques chiffres :

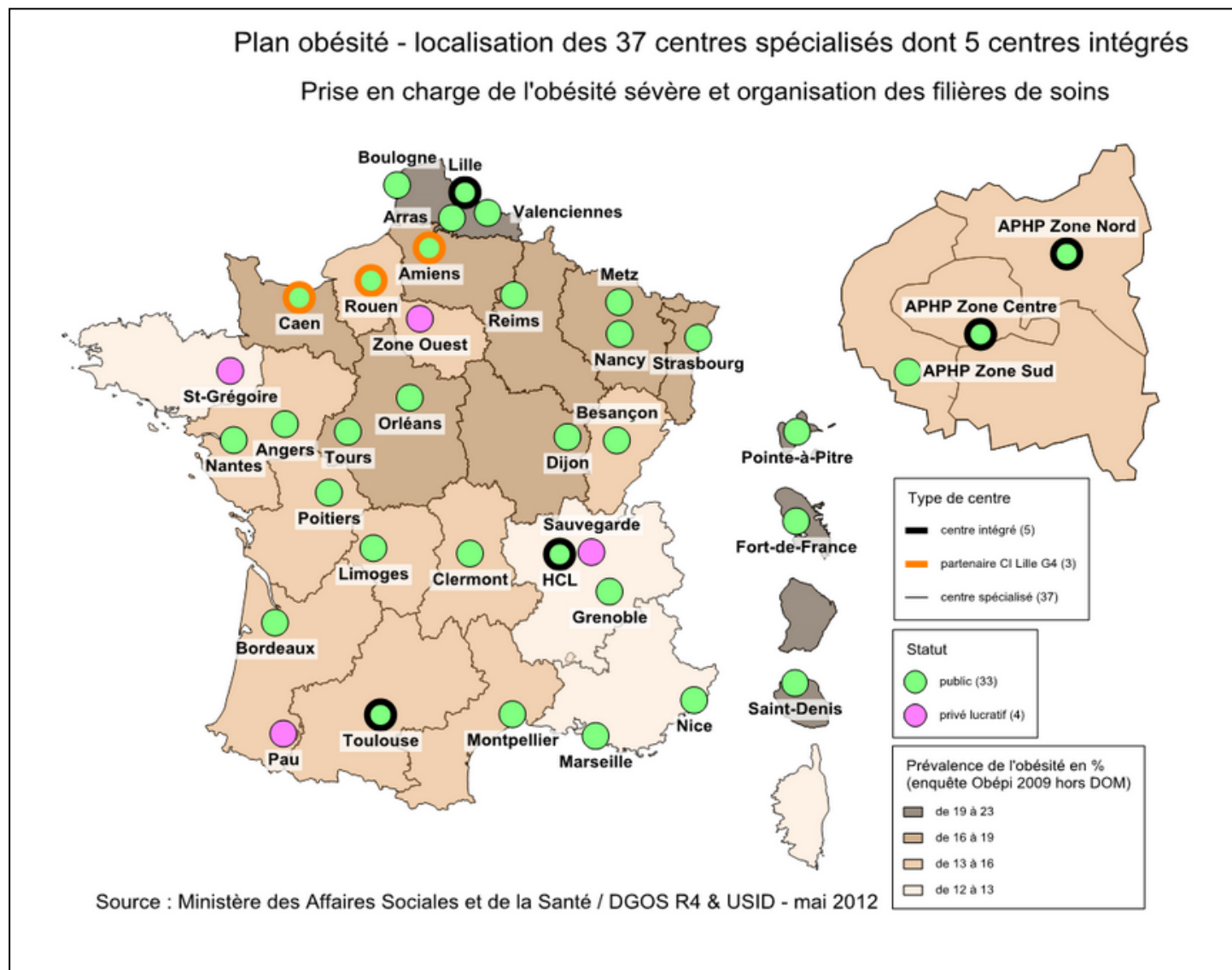


*obépi/roche

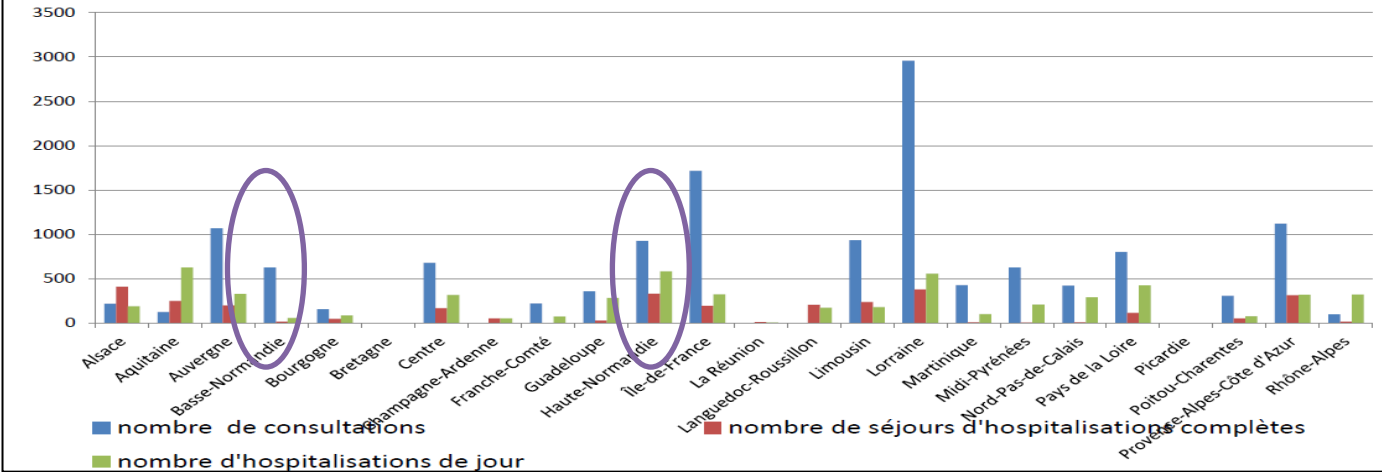
**enquête DREES 2014

*** pour 100 000 obèses (source CSO)

Cartographie de l'offre



2013 - Activité des CSO en médecine pour 100 000 adultes obèses par région.



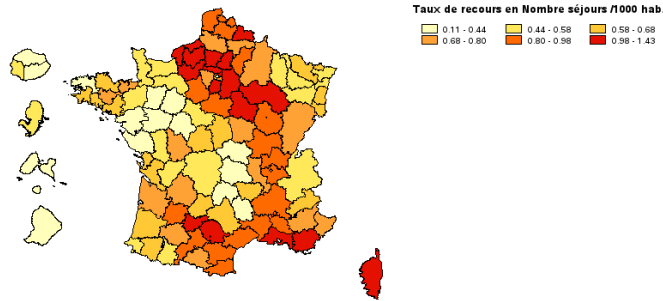
Source ONCSO rapport d'activité 2013

Analyser le recours aux soins des personnes dites obèses n'est pas aisé dans la mesure où les bases de données ne donnent pas d'information sur l'IMC du patient et qu'il n'y a pas de consultation avec cotation spécifique qui permette de repérer ces patients. De ce fait seules les données des CSO permettent d'avoir une approche du recours avec toutefois une limite certaine : les soins ne concernent que les individus qui font une démarche de soins et non l'ensemble des obèses.

On observe une activité importante sur la partie orientale de la Normandie qui peut s'expliquer par une prévalence plus forte de l'obésité.

Focus chirurgie bariatrique

Taux de recours MCO par Territoire de santé - séjours 2015/pop. 2013 - Taux Standardisé
 Indicateurs pertinence des soins : Chirurgie bariatrique
 Sélection par racine
 Taux de recours national : 0,73
 version v11g



Source scansanté

La chirurgie bariatrique, ou chirurgie de l'obésité, regroupe un ensemble de techniques qui modifie l'anatomie du système digestif. Il s'agit avant tout d'une prise en charge de l'obésité dite morbide. On observe comme précédemment un recours plus important sur la partie orientale plus touchée par les problèmes d'obésité.

La prise en charge de l'urgence et soins non programmés

L'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide et adaptée. L'organisation repose sur la prise en charge, sans sélection, 24h/24h, 7j/7j, de toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique (de l'intervention sur site jusqu'aux soins en établissement).

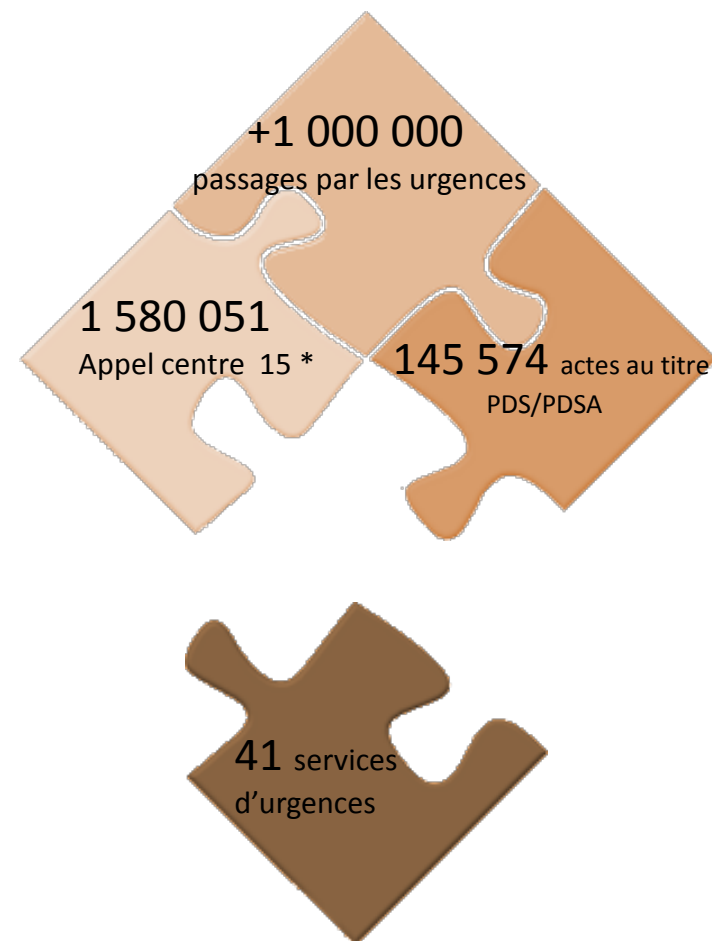
L'organisation sanitaire des urgences s'articule à ce jour autour 2 axes :

- Un axe hospitalier (avec les SMUR et les SAMU),
- Un axe ambulatoire avec la permanence des soins ambulatoires (régulée par le centre 15), SOS médecins sur Caen, Rouen, Cherbourg et une organisation de la permanence des soins en établissements privés.

Il existe des filières de prise en charge spécialisée pour les urgences vitales (AVC, cardio-vasculaire) et une organisation propre aux urgences pédiatriques et à la santé mentale.

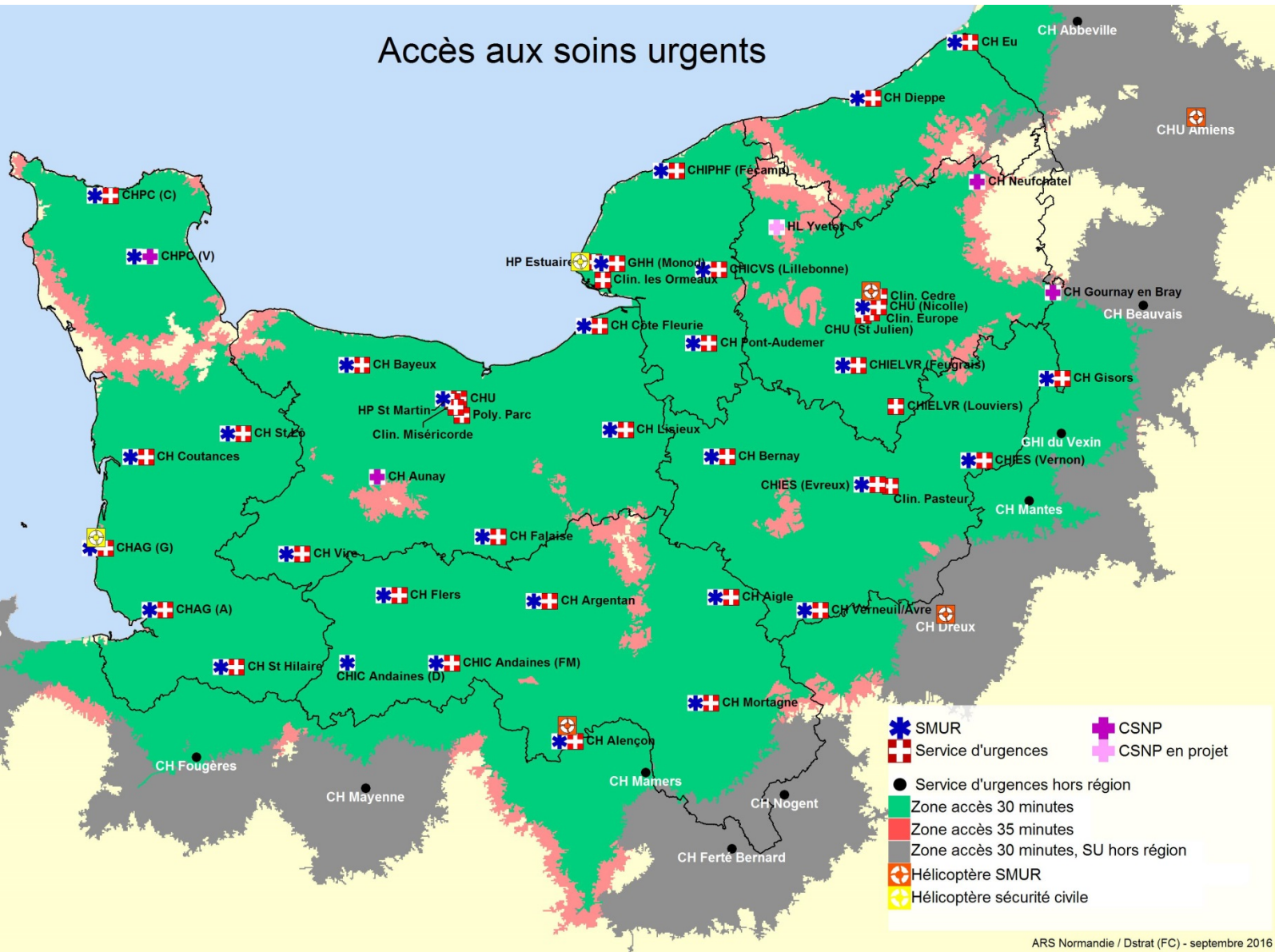
L'organisation des urgences sera amenée à évoluer dans les prochains mois suite aux travaux sur la territorialisation et l'organisation des services d'urgence sur le territoire (cf : rapport Grall – juillet 2015) avec pour objectif la création au sein de chaque GHT, d'une équipe de territoire unique de médecins urgentistes sous l'autorité hiérarchique d'un chef de service, de pôle ou d'équipe.

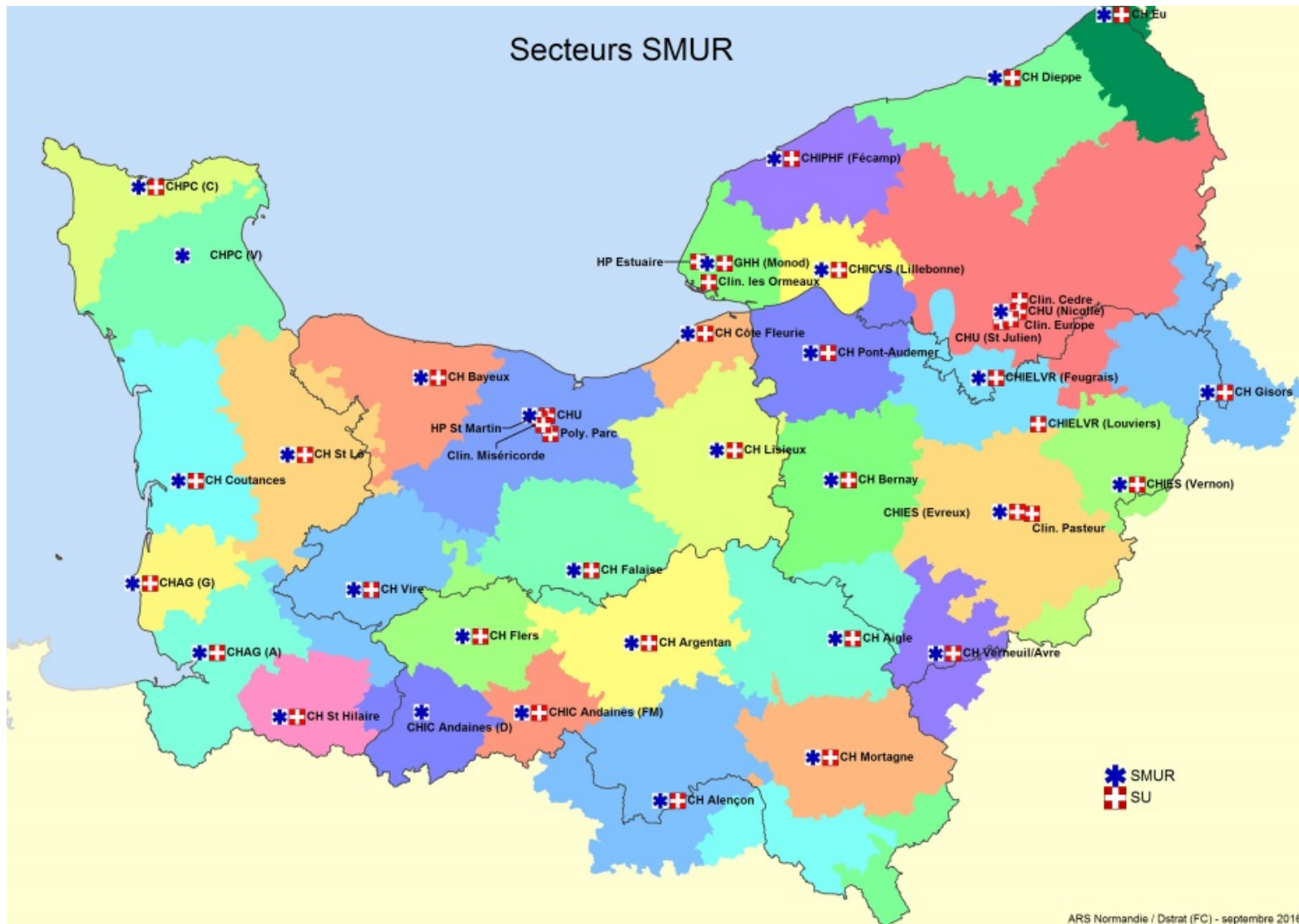
Ces travaux auront également pour objectif en région de faire face à l'enjeu de la prise en charge du risque vital confronté aux difficultés liées à la démographie médicale et à la sur-sollicitation des services d'urgence hospitaliers.



* Présentés (SAE 2015)

Accès aux soins urgents





Territoire	Taux de recours 2015 (pour 1000 hab.)	Population à plus de 30 minutes
région	367	2,4%
Calvados	372	1,8%
Dieppe	328	7,8%
Evreux	373	0,1%
Le Havre	448	0,1%
Manche	327	6,3%
Orne	430	6,5%
Rouen	327	0,3%

Un recours différencié d'un territoire à l'autre

Les territoires de santé de l'Orne et du Havre présentent un recours plus important aux services d'urgence que le reste de la région. Il convient toutefois de noter que dans les grandes villes (Caen, Rouen, Cherbourg) SOS médecins assure une partie des demandes de soins non programmés.

Les caractéristiques socio-économiques jouent un rôle important sur le recours aux urgences.

Selon la DREES, les urgences hospitalières sont davantage le recours des catégories socio-professionnelles les plus modestes, alors que les dispositifs de ville sont plus sollicités par les catégories les plus aisées. En effet, pour les 20% les plus aisés de la population, 3 recours sur 10 en « urgence » sont réalisés auprès des médecins de garde ou des associations type SOS médecins versus 2 recours sur 10 pour les autres. (source DREES).

Focus Activité ambulatoire non programmée: permanence de soins ambulatoires des généralistes en 2015

L'organisation de la PDSA dans les territoires de santé de Normandie est fortement liée au contexte local. La régulation et l'effectif ont des caractères propres à chaque territoire.

Taux de participation des médecins généralistes par périodes de garde en 2015

Territoire de santé	Nombre de médecins généralistes			Taux de participation (2)		
	Régulation téléphonique (1)	Nuit (1ère et 2ème partie) (1)	Samedi, Dimanche, jours fériés (1)	Régulation téléphonique	Nuit (1ère et 2ème partie)	Samedi, Dimanche, jours fériés
DIEPPE	1	61	49	0,8%	49,6%	39,8%
EVREUX	31	173	159	14,0%	78,3%	71,9%
LE HAVRE	24	202	216	7,5%	62,9%	67,3%
ROUEN	58	419	398	8,0%	58,0%	55,1%
CALVADOS	28	20	268	4,9%	3,5%	47,0%
MANCHE	70	11	157	19,4%	3,0%	43,5%
ORNE	18	3	131	9,4%	1,6%	68,6%

(1) Nombre de médecins généralistes ayant déclaré au moins un forfait de garde en 2015

(2) définition : nombre de médecins généralistes ayant participé à la garde / population des

médecins généralistes sur le territoire

Sources : SNIIRAM, RPPS, CNOM

La Manche compte 8 secteurs d'effectif, l'Orne 6 secteurs, l'Eure 11 secteurs, le Calvados 8 secteurs, la Seine-Maritime 20 secteurs.

Avertissement :

Cette statistique est le reflet de la facturation en 2015 de l'activité PDSA tant sur les forfaits de garde que ceux d'activité.

Taux de participation des médecins généralistes à la PDSA en 2015

Territoire de santé	Nombre de médecins généralistes		Taux de participation (2)/(1)
	au 01/07/2016 (1)	Ayant participé à la PDSA en 2015 (2)	
DIEPPE	123	62	50,4%
EVREUX	221	183	82,8%
LE HAVRE	321	248	77,3%
ROUEN	722	487	67,5%
CALVADOS	570	293	51,4%
MANCHE	361	197	54,6%
ORNE	191	138	72,3%

(1) Nombre de médecins généralistes ayant déclaré : au moins un forfait de garde en 2015

Sources : SNIIRAM, RPPS, CNOM

La régulation s'effectue soit via le centre 15 ou un numéro à 10 chiffres, soit par la régulation libérale à domicile.

Activité de la PDSA des médecins généralistes en 2015

Territoire de santé	Volume des actes de la PDSA en 2015 (consultations ou visites)			Nombre de médecins généralistes (Avec au moins un acte)	
	Nuit (1ère et 2ème partie)	Samedi	Dimanche, jours fériés	Nuit (1ère et 2ème partie)	Samedi, Dimanche, jours fériés
DIEPPE	307	156	927	61	49
EVREUX	1 682	150	6 458	173	159
LE HAVRE	5 687	286	12 200	202	216
ROUEN	10 038	950	21 597	419	398
CALVADOS	17 319	25	34 811	20	268
MANCHE	5 178	244	21 771	11	157
ORNE	18	35	5 735	3	131

Sources : SNIIRAM, RPPS, CNOM

La prise en charge du cancer

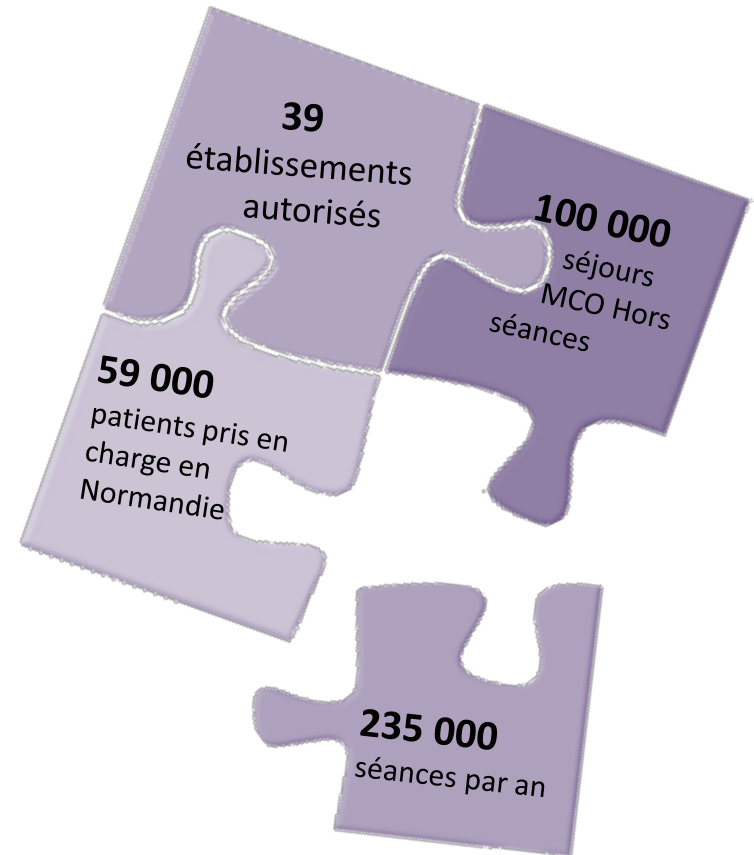
Le cancer reste en 2016 la première cause de mortalité en France avec près de 150 000 décès par an. La Normandie présente une surmortalité globale par cancer (rapport INCA).

En région, la prise en charge du cancer est une priorité de santé publique qui, en amont comme en aval de la maladie, implique un grand nombre d'acteurs dans plusieurs domaines du parcours de soins :

- Prévention : dépistage organisé chaque fois qu'il est possible et qui permet parfois le traitement de lésions précancéreuses,
- Diagnostic : en allant des analyses nécessaires jusqu'à l'annonce au patient,
- Traitement : chirurgies traditionnelles et ambulatoires, radiothérapies, chimiothérapies (conventionnelle ou thérapie moléculaire ciblée), thérapie cellulaire, hormonothérapie, immunothérapie, psychothérapie, soins de supports,
- Suivi : relai vers la médecine de ville pour réduire la récurrence,
- Soins palliatifs, recherche, réseaux de santé

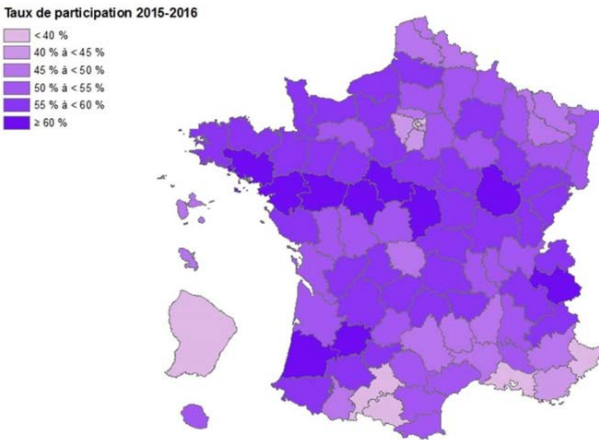
Le plan cancer 2014-2019 décline 17 objectifs qui entendent optimiser le parcours de soins en lui appliquant les évolutions les plus récentes en terme de thérapeutique, de sécurité, de technologie et cherche à garantir une prise en charge globale et personnalisée plus efficiente.

Quelques chiffres :

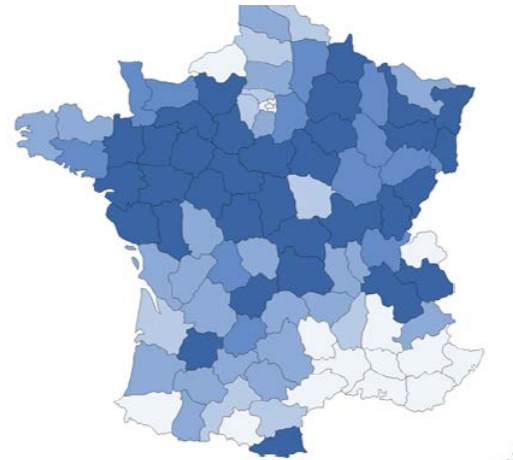


Dépistage des cancers

Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2015-2016



Taux de participation au dépistage du cancer colo-rectal en 2015-2016



Taux de participation standardisés (%) *

- ≤ 24,7
- [24,7 ; 27,9]
- [27,9 ; 30,9]
- [30,9 ; 33,8]
- > 33,8

* Les classes ont été définies par rapport au taux de participation national standardisé 2015-2016 :

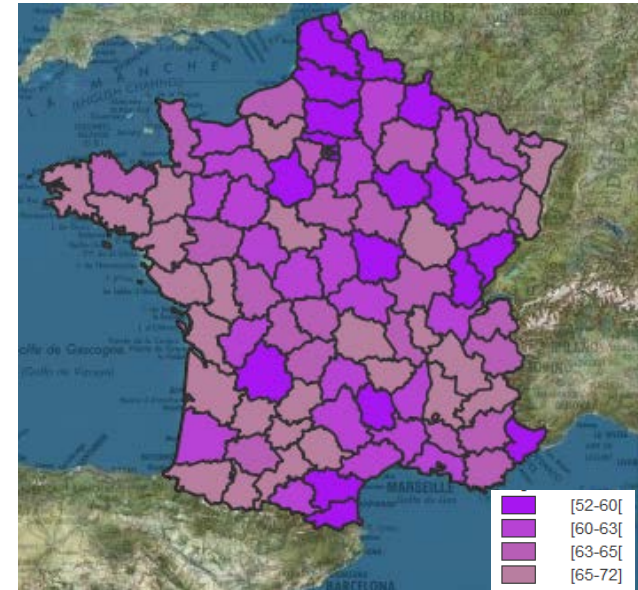
- plus de 15% supérieur au niveau national
- de 5 à 15% au-dessus du niveau national
- comparable au niveau national (+/- 5%)
- de 5 à 15% en-dessous du niveau national
- plus de 15% inférieur au niveau national

* sur la population française 2009 (Projections de population Insee (scénario central) 2007-2047)

Source Santé publique France

Département	Taux de participation Insee standardisé en %
Calvados	56,6
Eure	55
Manche	58,3
Orne	53,2
Seine-Maritime	59
France	50,9

Département	Taux de participation Insee standardisé en %
Calvados	31
Eure	34,3
Manche	32,4
Orne	36,7
Seine-Maritime	24,5
France	29,3

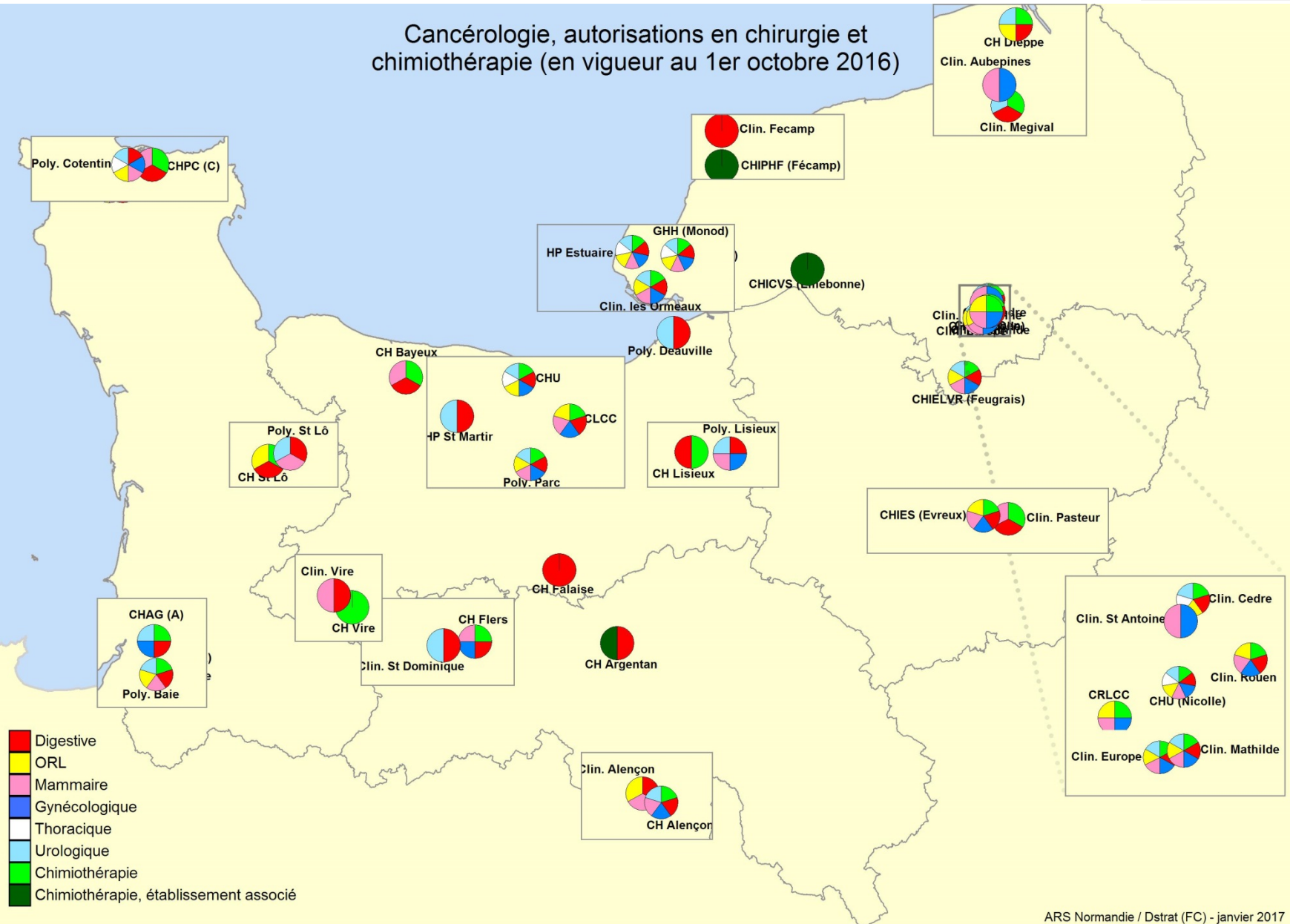


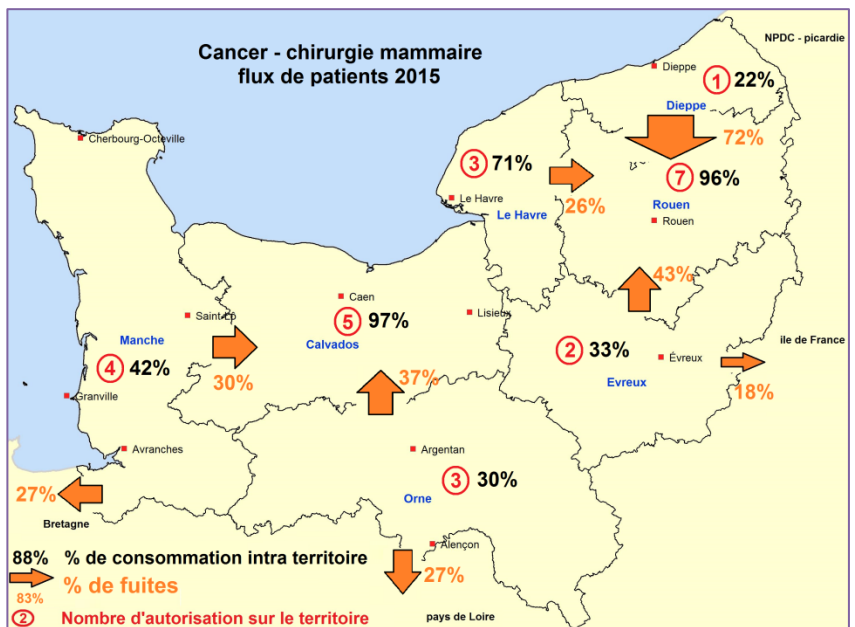
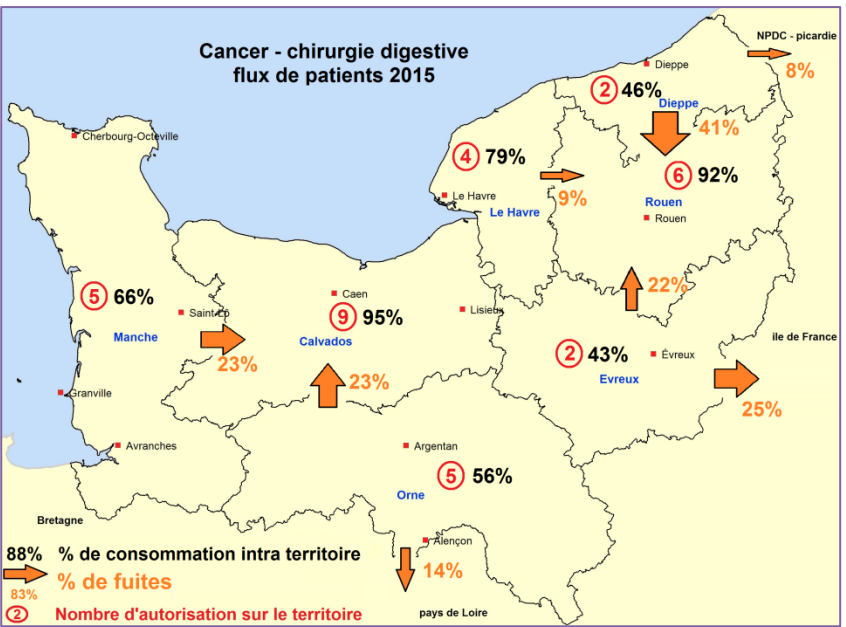
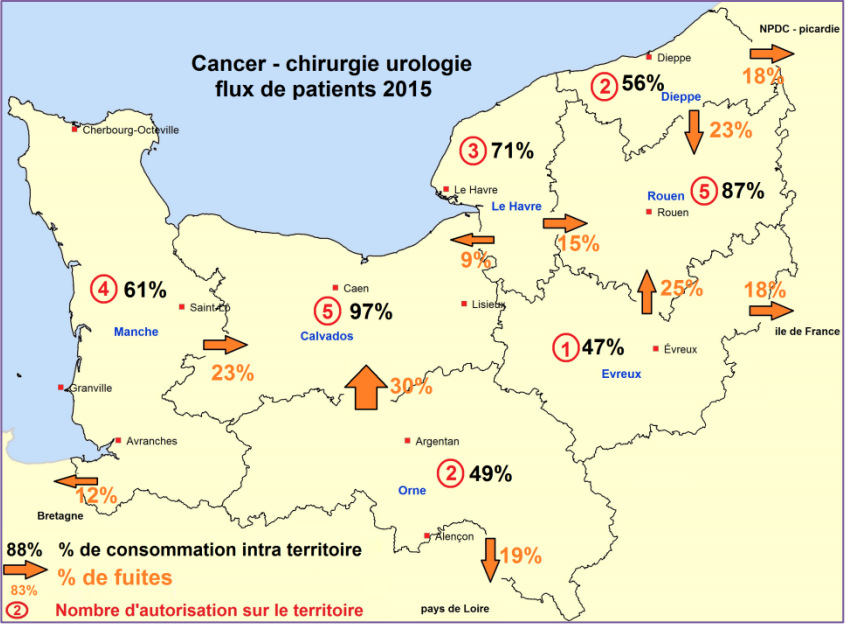
Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin pour 2010-2014 selon les départements de France

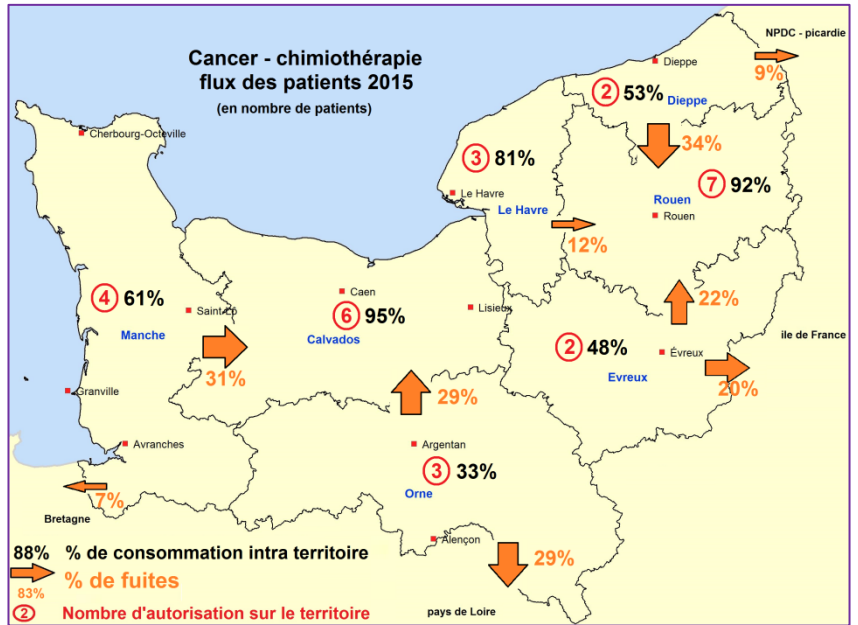
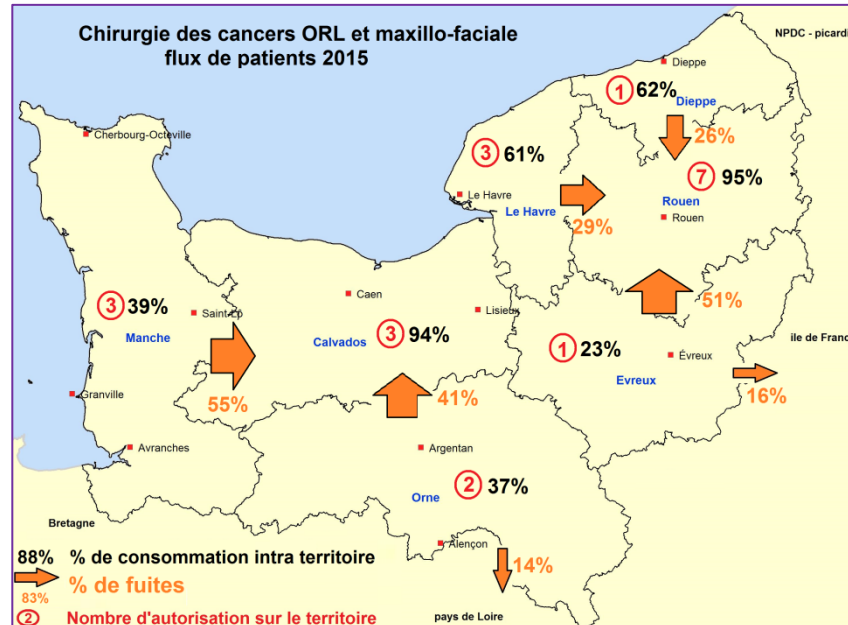
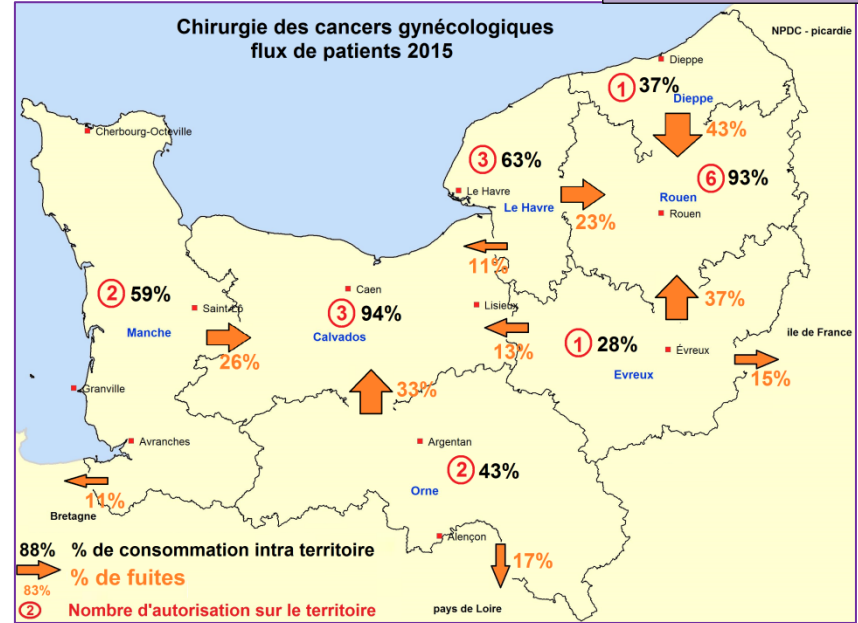
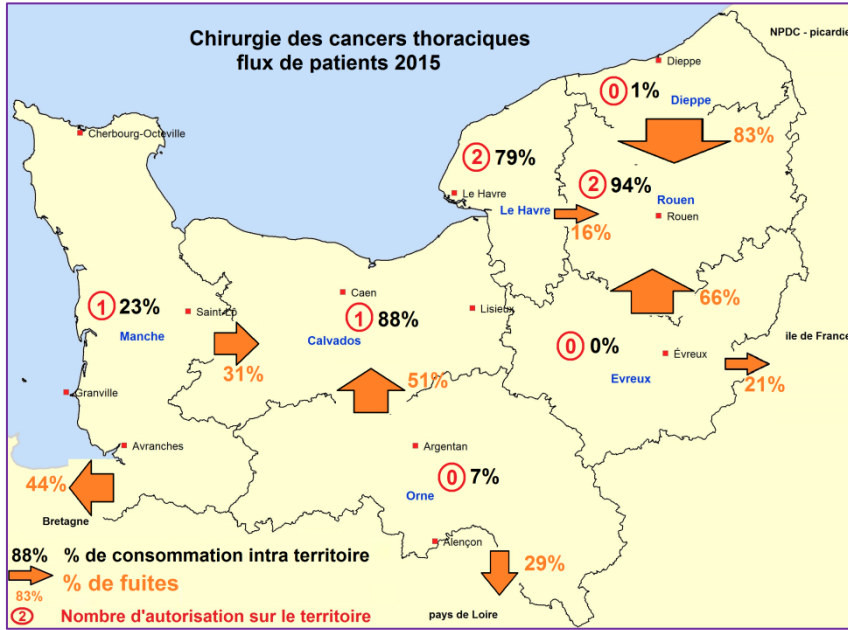
Département	Taux de réalisation (%) d'au moins un frottis cervico-utérin pour 2010-2014
Calvados	62
Eure	65
Manche	63
Orne	60
Seine-Maritime	63
France	61

NB: la couleur la moins foncée concerne les zones où les taux de participation sont les plus faibles.

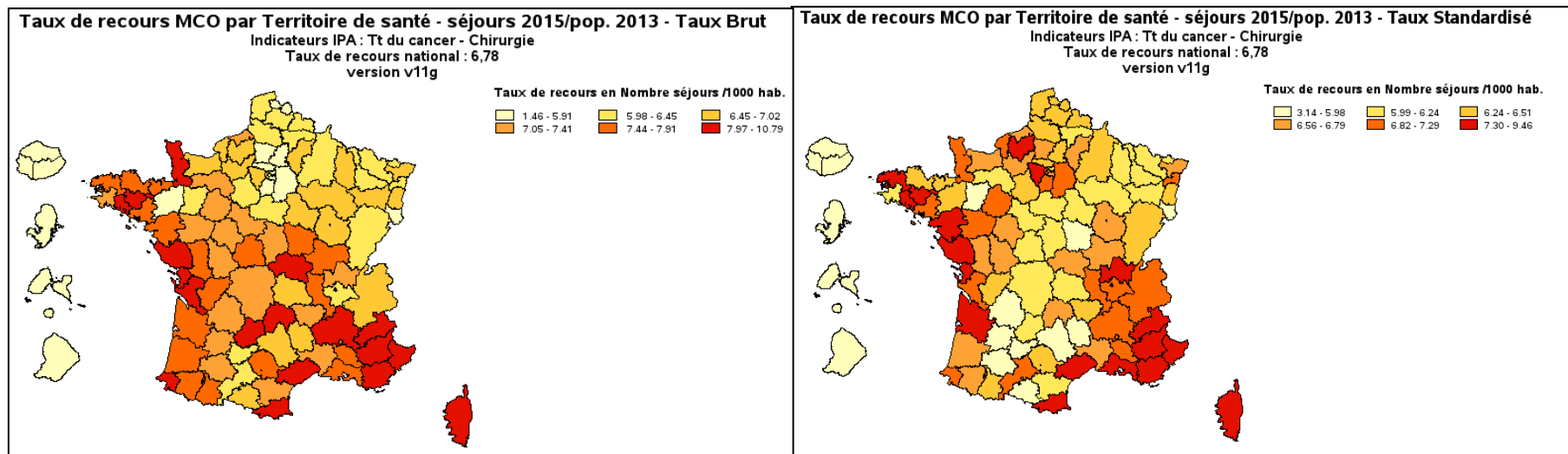
Cancérologie, autorisations en chirurgie et chimiothérapie (en vigueur au 1er octobre 2016)







Focus chirurgie des cancers



Source Scansanté ATIH

En Normandie, le taux de recours brut et standardisé (âge, sexe) sur la chirurgie des cancers est légèrement plus élevé qu'en France.

Le taux brut est particulièrement élevé pour le territoire de la Manche, ce qui est en grande partie dû à un effet âge de cette population.

Ainsi en standardisant (annulation des effets de l'âge et du sexe), le taux de la Manche devient moins élevé. L'effet inverse se produit sur le territoire de santé de Rouen/Elbeuf qui met en lumière l'existence d'un autre effet que l'âge favorisant l'apparition des cancers sur ce territoire.

Projection du recours à 2025

Activités soumises à seuil (âge ≥ 18 ans)	Hausse d'activité 2015-2025	Taux de recours brut 2015 nb de séjours pour 1000 habitants	Taux de recours brut 2025 pour 1000 habitants
digestif	12%	1,30	1,43
gynéco	10%	0,75	0,81
mammaire	9%	1,46	1,55
orl	8%	0,49	0,51
thorax	12%	0,49	0,54
urologie	14%	0,46	0,51
Chimiothérapie (en nb de patients distincts)	18%	7,87	9,05

L'évolution des prises en charge en cancérologie .

Selon l'étude prospective réalisée par UNICANCER, 50 % de la chirurgie du cancer du sein sera réalisée en ambulatoire en 2020.

En 2020, 14 % des prises en charge du cancer du sein pourront se faire par chimiothérapie à domicile.

La projection du recours présentée ici tient compte uniquement de l'évolution de la structure d'âge à horizon 2025 (faible hausse du nombre d'habitants mais vieillissement important). Cette projection ne tient pas compte des évolutions de pratiques (innovations,...).

Effectifs des professionnels dans les établissements traitant du cancer en 2015

MEDECINS CONCOURANT A L' ACTIVITE DE CANCEROLOGIE (1)

Territoire de santé	Nombre au 31-12-2014 (en tps complets ou partiel)		ETP moyens annuels	
	Médecins oncologues médicaux	Autres médecins habilités en cancérologie	Médecins oncologues médicaux	Autres médecins habilités en cancérologie
DIEPPE	3	9	1	8,8
EVREUX	5	5	5	3,8
LE HAVRE	12	24	8	22,88
ROUEN	17	19	14,66	15,45
CALVADOS	18	10	13,87	5,59
MANCHE	7	0	4,54	-
ORNE	-	1	-	-
Normandie	62	68	47,1	57,5
France métropolitaine	1745	1333	1156,0	745,7
Densité p. 100 000 hab.				
Normandie	1,87	2,05	1,4	1,7
France métropolitaine	2,77	2,11	1,8	1,2

Source : SAE 2015

(1) Personnel salarié et /ou libéral

MEDECINS CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE (1)

Territoire de santé	Nombre au 31-12-2014 (en tps complets ou partiel)		ETP moyens annuels	
	Médecins radiothérapeutes (hors internes)	Radiophysiciens	Médecins radiothérapeutes (hors internes)	Radiophysiciens
DIEPPE	-	-	-	-
EVREUX	2	3	2	3
LE HAVRE	3	3	2,6	2,5
ROUEN	11	9	9,5	7,96
CALVADOS	15	10	14,5	9,69
MANCHE	4	4	4	4
ORNE	-	-	-	-
Normandie	35	29	32,6	27,15
France métropolitaine	858	611	627,67	567,58
Densité p. 100 000 hab.				
Normandie	1,06	0,87	0,98	0,82
France métropolitaine	1,36	0,97	1,00	0,90

Source : SAE 2015

Avertissement :

Cette statistique issue de la SAE ne présente ici que l'activité spécialisée de l'unité d'oncologie médicale. Elle ne dimensionne pas toute l'activité de traitement du cancer d'un établissement qui peut par exemple être prise en charge par d'autres unités médicales. Elle ne recense donc ni tous les professionnels ni tous les patients traités pour un cancer.

L'imagerie médicale

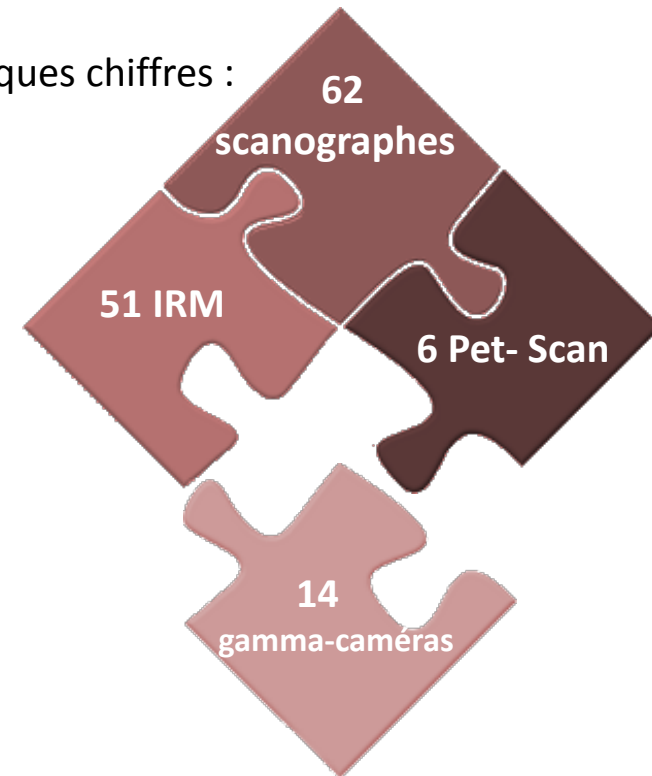
Premier élément du diagnostic, l'imagerie est une étape essentielle du parcours de soins. Sur ce domaine l'offre prend toute son importance dans la mesure où plus l'adéquation aux besoins est forte, plus la réponse est rapide. L'objectif n°2 du plan cancer 2014-2019 illustre ce point en prévoyant de réduire de 27 jours à 20 jours un délai national d'accès à l'examen d'IRM. Plus ce délai est important plus il entraîne une perte de chances. Les plans AVC et Alzheimer soulignent également cette problématique.

Les temps d'accès aux équipements sont assez variables sur le territoire national et sont donc source de retards de prise en charge (le taux d'équipement est faible par rapport à la moyenne européenne (ex: IRM en France: 10/million d'habitants, contre 20/million d'habitants en Europe de l'ouest – source : plan cancer 2014-2019).

Ce constat est à l'origine des plans d'action (Programme de gestion du Risque, SROS, etc.) déclinés en région devant répondre à ces enjeux de santé publique. Il s'agit de mettre en œuvre notamment :

- Une diversification du parc IRM régional via la procédure des autorisations,
- Une optimisation des délais de prise en charge d'imagerie cérébrale (optimisation des organisations et travail sur la pertinence des prescriptions),
- Un renforcement des coopérations,
- Un développement de la télémédecine

Quelques chiffres :



Focus : Principales autorisations d'appareils d'imagerie – Normandie 2016

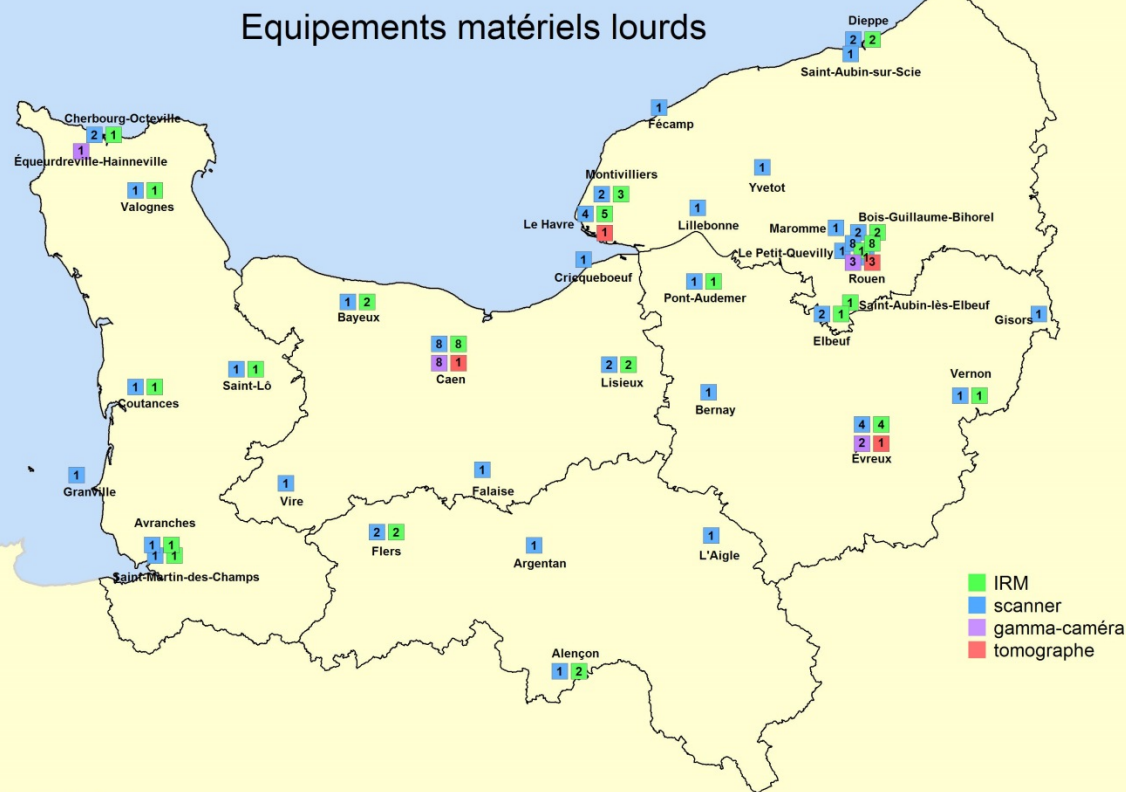
Pet scan : Le PET Scan (Tomographie par Émission de Positrons) est un examen isotopique qui consiste à injecter un produit légèrement radioactif (isotope) dans le corps, qui va se fixer sur les tumeurs et/ou métastases.

Scanographe : scanners

IRM : Imagerie par résonance magnétique

Gamma-caméra : appareil d'imagerie médicale qui produit une image fonctionnelle par l'administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) dont on détecte les rayonnements qu'il émet une fois qu'il a été capté par l'organe ou la cible à examiner (scintigraphie).

Equipements matériels lourds



ARS/DStrat septembre 2016

Territoire	Taux équipement IRM	Taux équipement TEP	Taux équipement GAMMA	Taux équipement scanner
TS Rouen/Elbeuf	15,9	3,7	3,7	19,5
TS Dieppe	11,9	0,0	0,0	17,8
TS Le Havre	19,8	2,2	0,0	19,8
TS Evreux/Vernon	12,5	2,5	5,0	17,4
TS Calvados	17,4	1,5	11,6	20,4
TS Manche	12,0	0,0	2,0	16,0
TS Orne	13,8	0,0	0,0	17,2
Normandie	15,3	1,8	4,2	18,7

Des disparités de taux d'équipement infra territoriales

Les taux d'équipement en IRM varient de 12 pour 1 000 000 hab. à 19,8 pour 1 000 000 hab.. Concernant les scanners, les taux varient de 16 à 20,4. Les taux les plus importants s'observent dans les territoires de santé qui concentrent les grands pôles urbains. (Le Havre, Rouen/Elbeuf et le Calvados).

Taux de recours

recours 10 000 hab (nombre de patients qui ont eu au moins un acte)

	scanner	IRM	GAMMA	tep-scan
Calvados	323	154	2,5	38,8
Dieppe	514	259	4,0	29,7
Evreux/Vernon	631	273	9,6	21,8
LE HAVRE	375	265	12,1	20,6
Manche	555	223	3,2	25,3
Orne	623	180	3,7	23,4
Rouen/Elbeuf	380	197	4,2	31,4
Normandie	452	212	5,4	28,6

Source : base de liquidation AM + données de consultations externes hôpitaux publics

Les recours sont calculés à partir de l'origine géographique du patient.

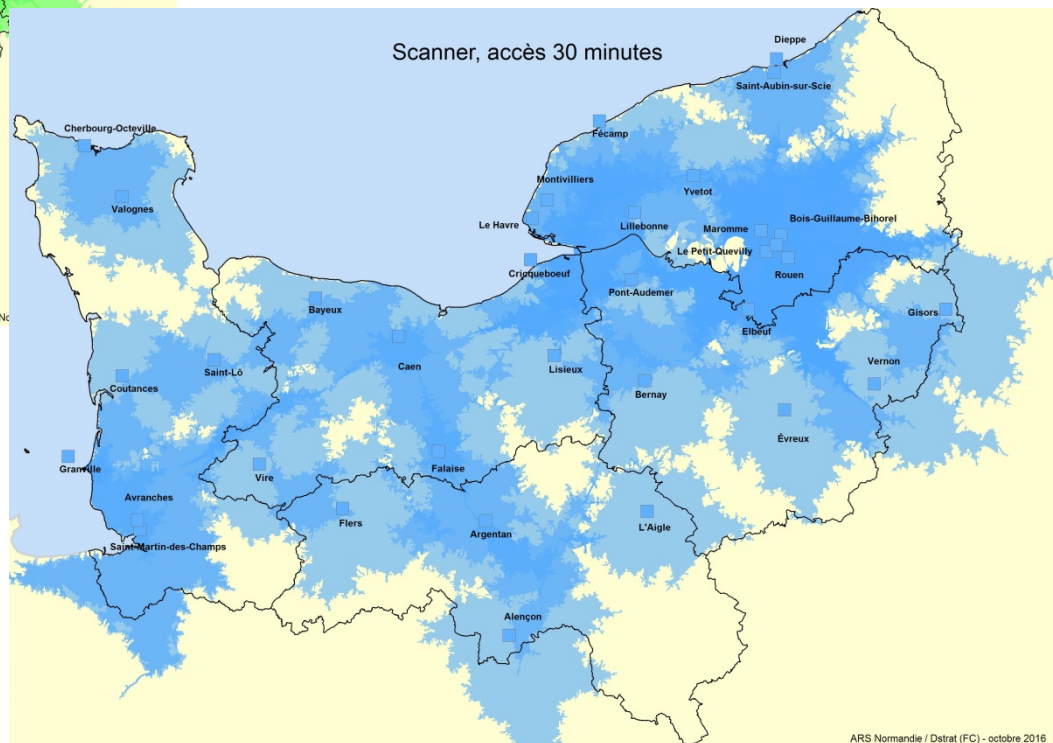
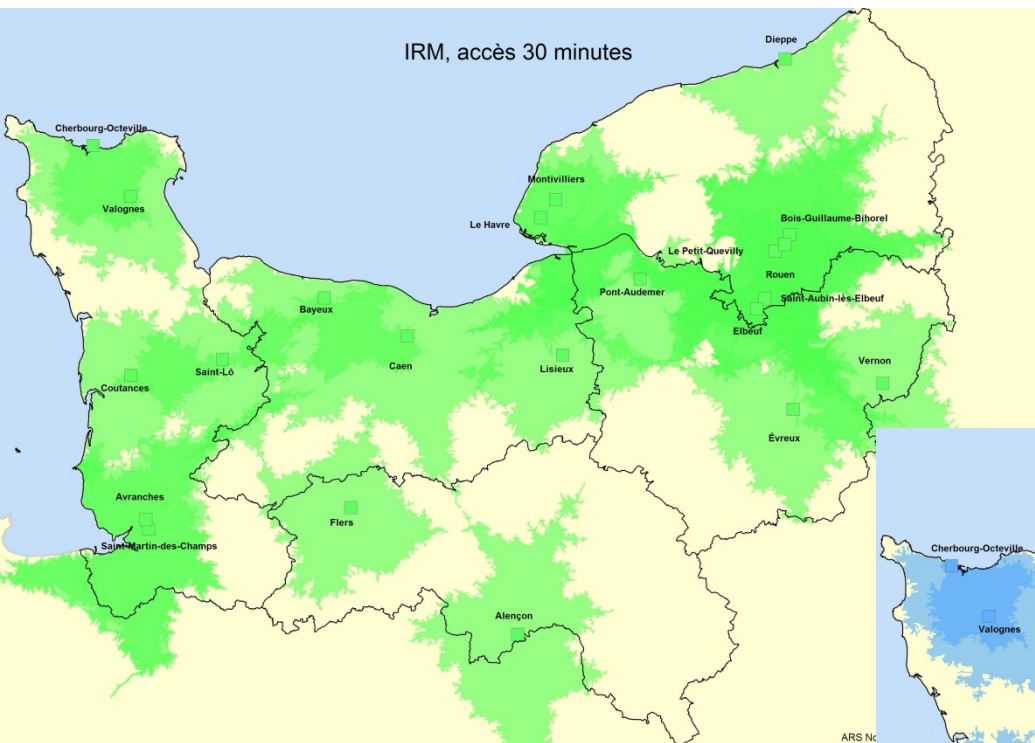
Des disparités de recours

Les recours d'un territoire de santé à l'autre varient sensiblement selon le type d'examen pratiqué. Les recours pour scanner varient ainsi de 323 pour 10 000 hab dans le calvados à 631 pour Evreux. Les territoires de l'Orne et d'Evreux/vernon se distinguent des autres.

Concernant les IRM, les recours sont plus importants dans les territoires du Havre, de Dieppe et d'Evreux comparativement à la région.

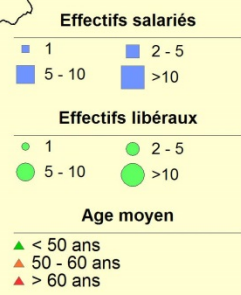
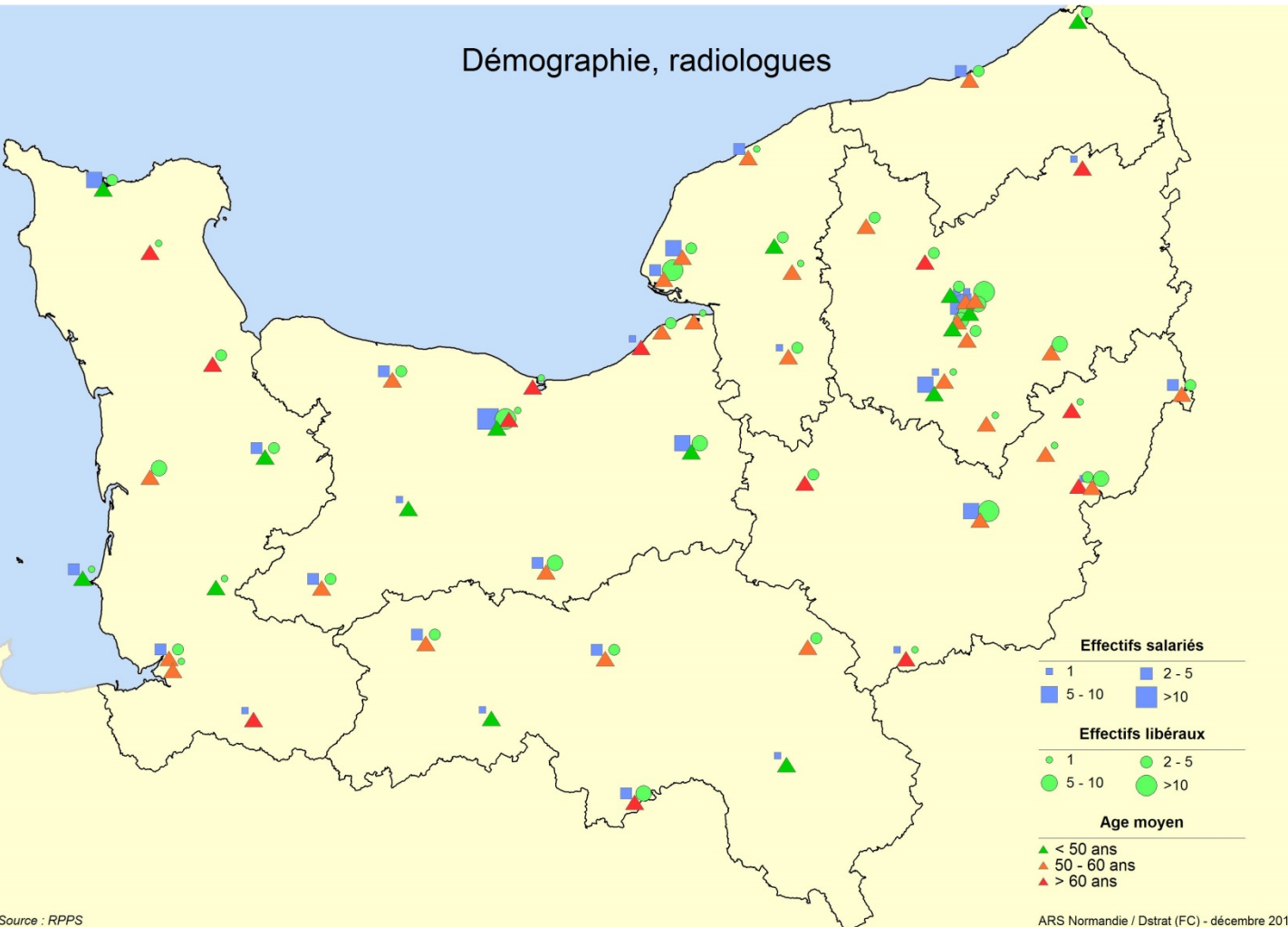
Le recours aux GAMMA-cameras varie de manière importante avec un taux plus élevé sur les territoire de santé du Havre et d'Evreux/Vernon.

Enfin sur les Tep-scan, un recours plus important comparativement à la région sur le territoire de santé du Calvados peut être observé.



La couverture territoriale en équipement de scanographie est relativement bonne, la majorité des habitants de la région peut accéder à un scanner en moins de 30 minutes.
La couverture en appareils d'IRM laisse en revanche des zones blanches, dans le département de l'Orne, mais aussi en Seine-Maritime.

Démographie, radiologues



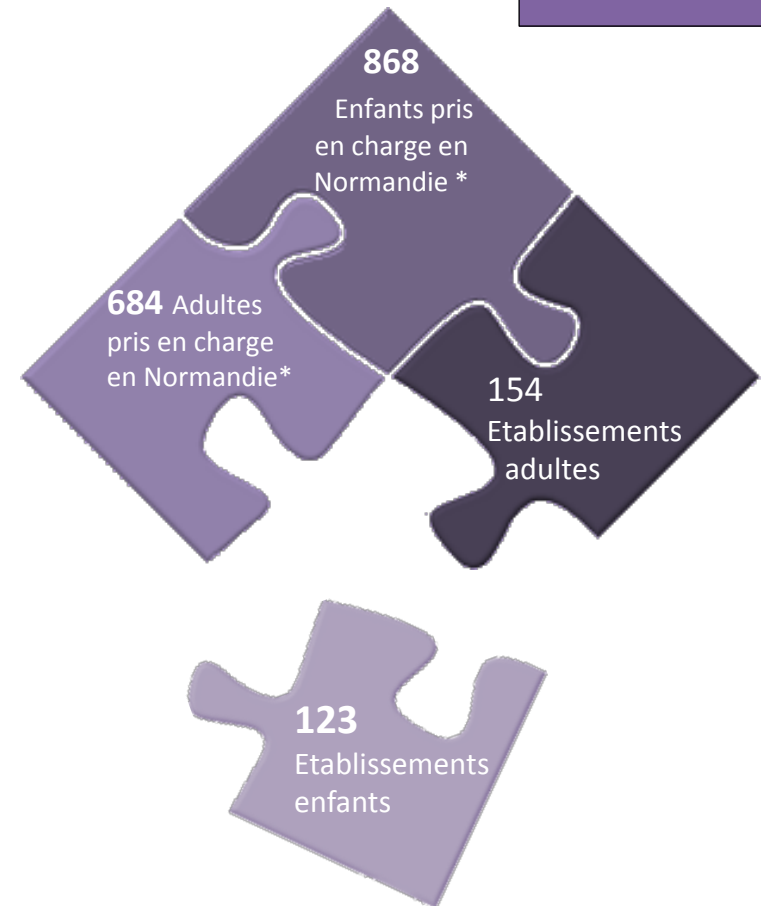
	Libéraux	Salariés	Age moyen
CALVADOS	56	31	49,9
DIEPPE	8	2	51,5
EVREUX	34	9	56,8
LE HAVRE	35	10	54,4
MANCHE	23	17	49,9
ORNE	16	9	54,6
ROUEN	61	33	49,8
Région	233	111	51,7

La prise en charge de l'autisme

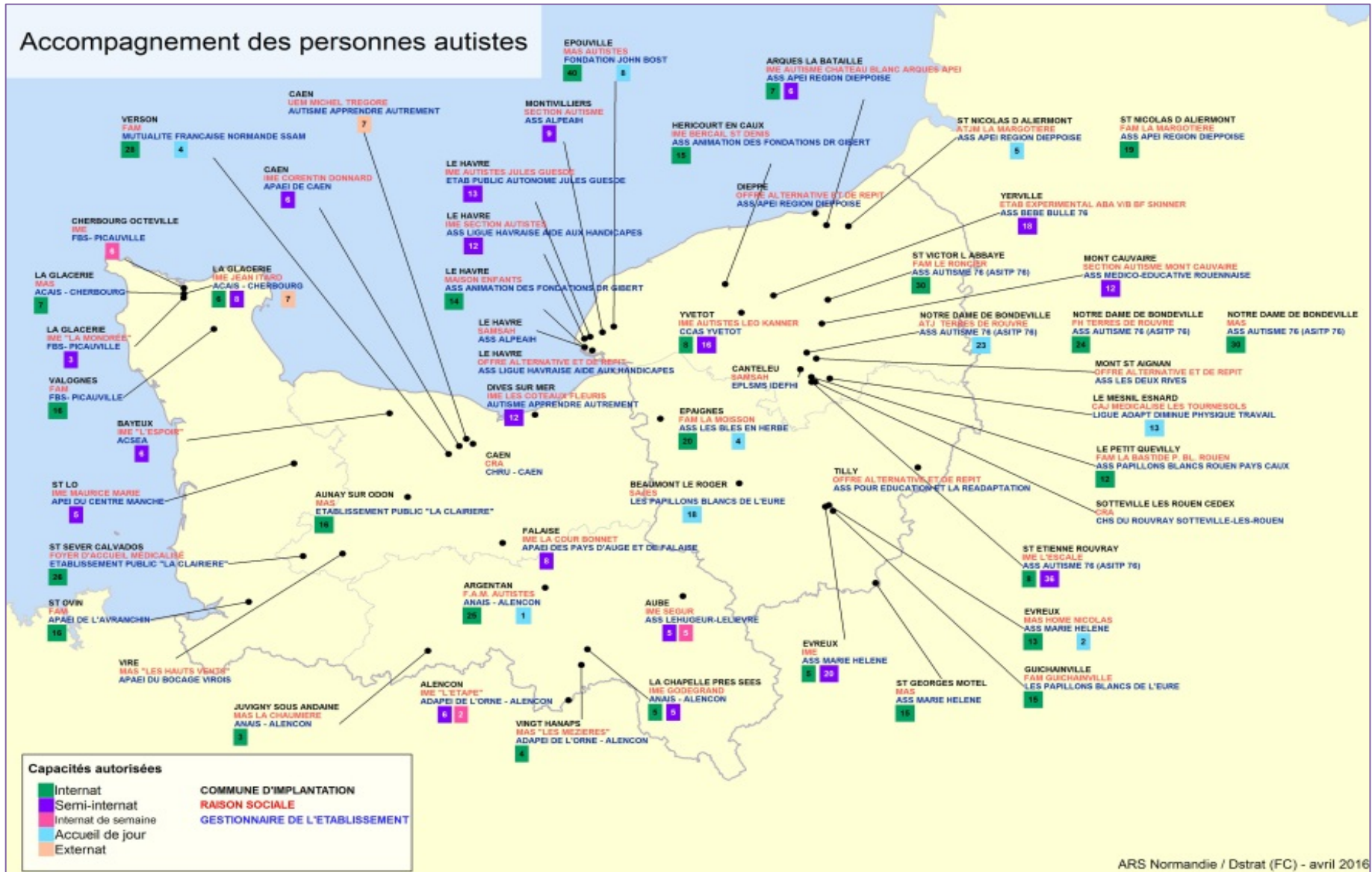
L'autisme fait partie des huit pathologies référencées comme Trouble Envahissant du Développement (TED). Cette pathologie apparaît au cours de l'enfance et peut persister à l'âge adulte. Les personnes touchées souffrent de difficultés dans leur capacité à établir des interactions sociales, à communiquer, et présentent des troubles du comportement. Le handicap variera, de faible à sévère, d'un individu à l'autre mais entrainera systématiquement des problèmes d'apprentissage. Il est admis que cette pathologie peut avoir une origine génétique.

Au niveau national, on estime qu'environ 100 000 jeunes de moins de 20 ans sont atteints d'un TED en France avec une prévalence de 4 à 5 pour 10 000 naissances. Pour une grande part, ils sont accueillis dans les établissements et services pour enfants autorisés. Chez les adultes près de 13 000 personnes avec « autisme et autres TED » ont été accueillies ou accompagnées dans une structure médico-sociale pour adultes handicapés ; près de la moitié des adultes autistes sont accueillis dans des structures pour personnes sans capacité de travail : 24 % en FAM, 23 % en MAS, 22 % en foyer de vie. (Enquête ES).

Le 3ème plan autisme a mis en exergue l'insuffisance des possibilités de prises en charge et de la mise en œuvre des recommandations de la HAS et de l'ANESM. Il tend donc à renforcer le nombre de places en structures adaptées, à renforcer la formation des soignants et à réintégrer les familles dans une logique de parcours de soins.



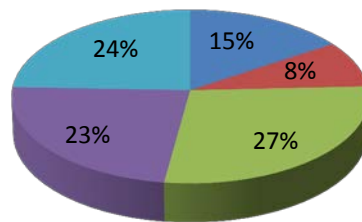
Accompagnement des personnes autistes



La prise en charge des autistes

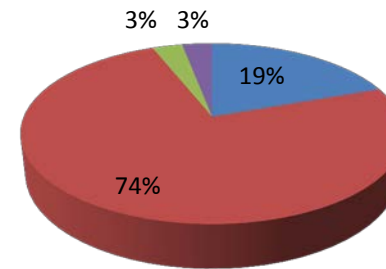
Les enfants autistes sont pour une grande part accueillis dans les établissements et services pour enfants autorisés. Chez les adultes, près de la moitié des adultes autistes sont accueillis dans des structures pour personnes sans capacité de travail : 24 % en FAM, 27 % en MAS, 23 % en foyer de vie. (Enquête ES 2014).

Adultes



- Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- Foyers d'hébergement pour adultes handicapés
- Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
- Foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés
- Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM)

enfants



- Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
- Instituts médico-éducatifs (IME)
- Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
- Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée

Source Enquête ES 2014

La prise en charge de l'addictologie :

L'INSERM définit les addictions comme étant des « pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères et parfois sévères ». Les deux principales addictions sont liées au tabac et à l'alcool devant le cannabis puis dans une moindre mesure les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne, les amphétamines, les psychotropes, les produits hallucinogènes et les drogues de synthèse.

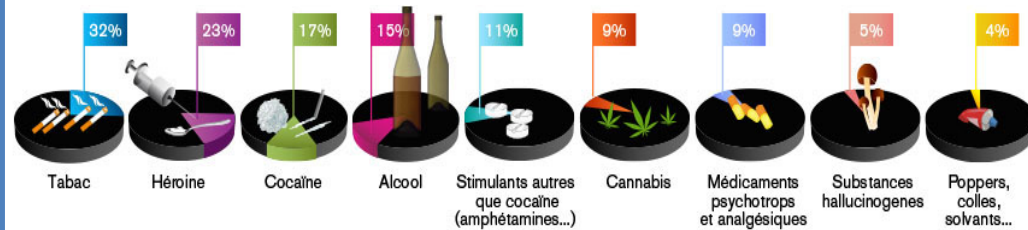
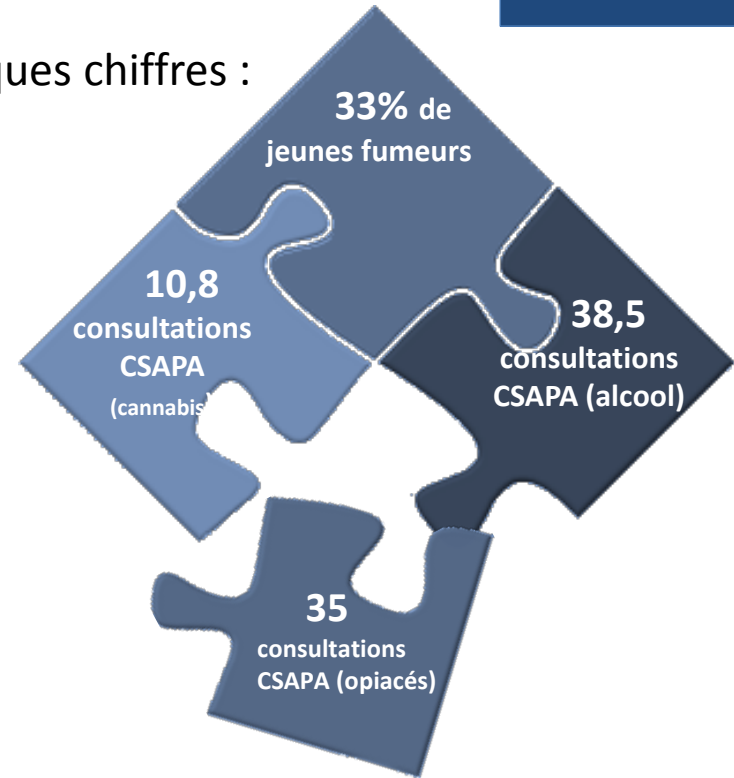
Les addictions au tabac et à l'alcool sont susceptibles de toucher toutes les catégories de population mais avec des risques accrus chez les jeunes et les femmes enceintes. La prise en charge de ces addictions est en général multidisciplinaire et repose sur la combinaison d'un traitement médicamenteux, d'un suivi psychologique et d'un accompagnement après traitement pour éviter les récives qui restent fréquentes et très liées à la motivation du patient.

3 niveaux de prise en charge cumulatifs sont identifiés :

- Ambulatoire : médecin ; pharmacien ; filières médico-sociales (Les CSAPA (information et évaluation médicale) et les CAARUD (aide aux victimes de la drogue)) ; court séjour et consultation en addictologie (niveau 1 hospitalisation)
- Post niveau 1 : Hospitalisation complète ou de jour ; SSR (Niveau2)
- Post niveau 2 : Recherche/formation (niveau 3)

En Normandie, les addictions liées au tabac et à l'alcool sont en moyenne supérieures au niveau national. La prévention et l'organisation de la prise en charge des patients constituent donc une priorité forte pour la région. (données OFDT)

Quelques chiffres :



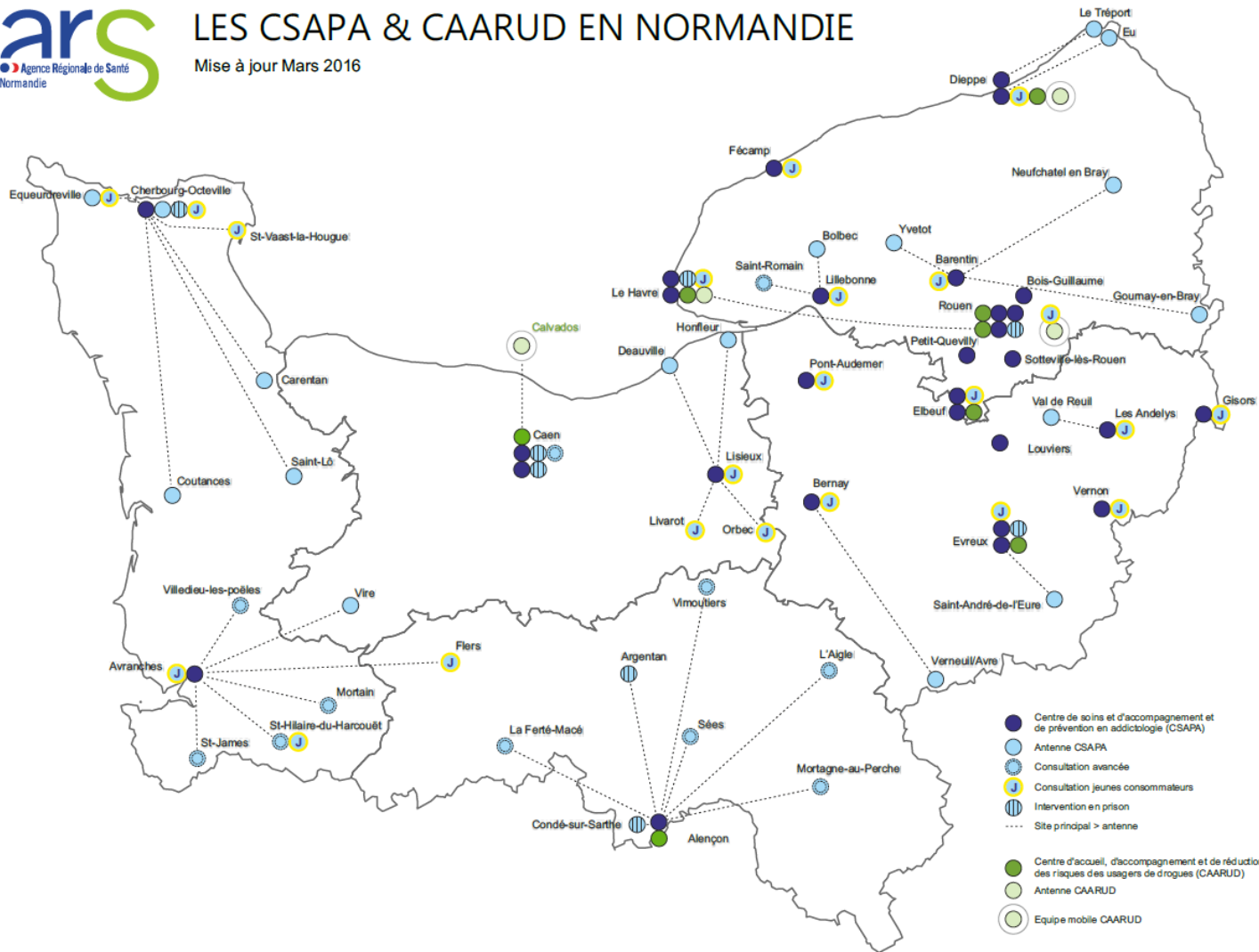
Parts des usagers développant une dépendance à une substance consommée – INSERM 2014)

Ex : 17% des consommateurs de cocaïne deviennent dépendants



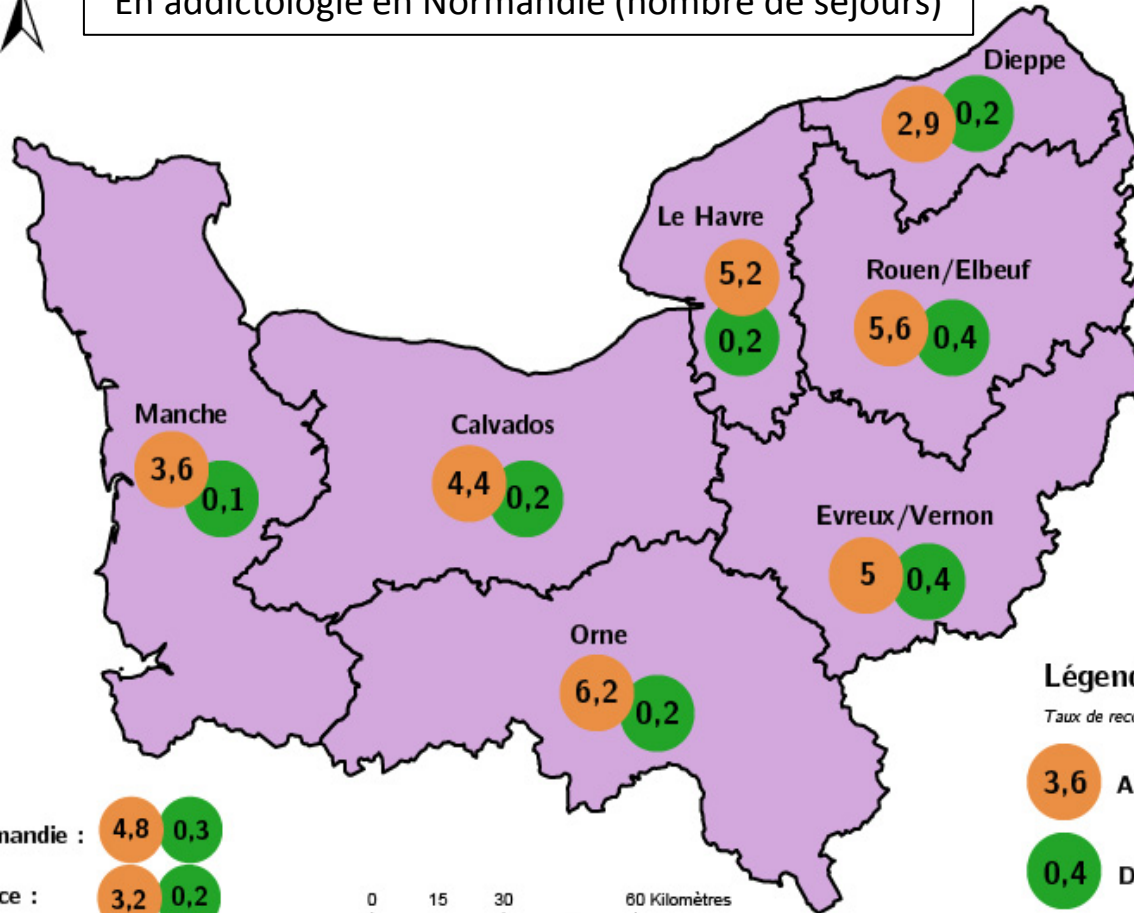
LES CSAPA & CAARUD EN NORMANDIE

Mise à jour Mars 2016



Cartographie DJSR/SE/LQ

Taux de recours à l'hospitalisation MCO/SSR En addictologie en Normandie (nombre de séjours)



Définitions:

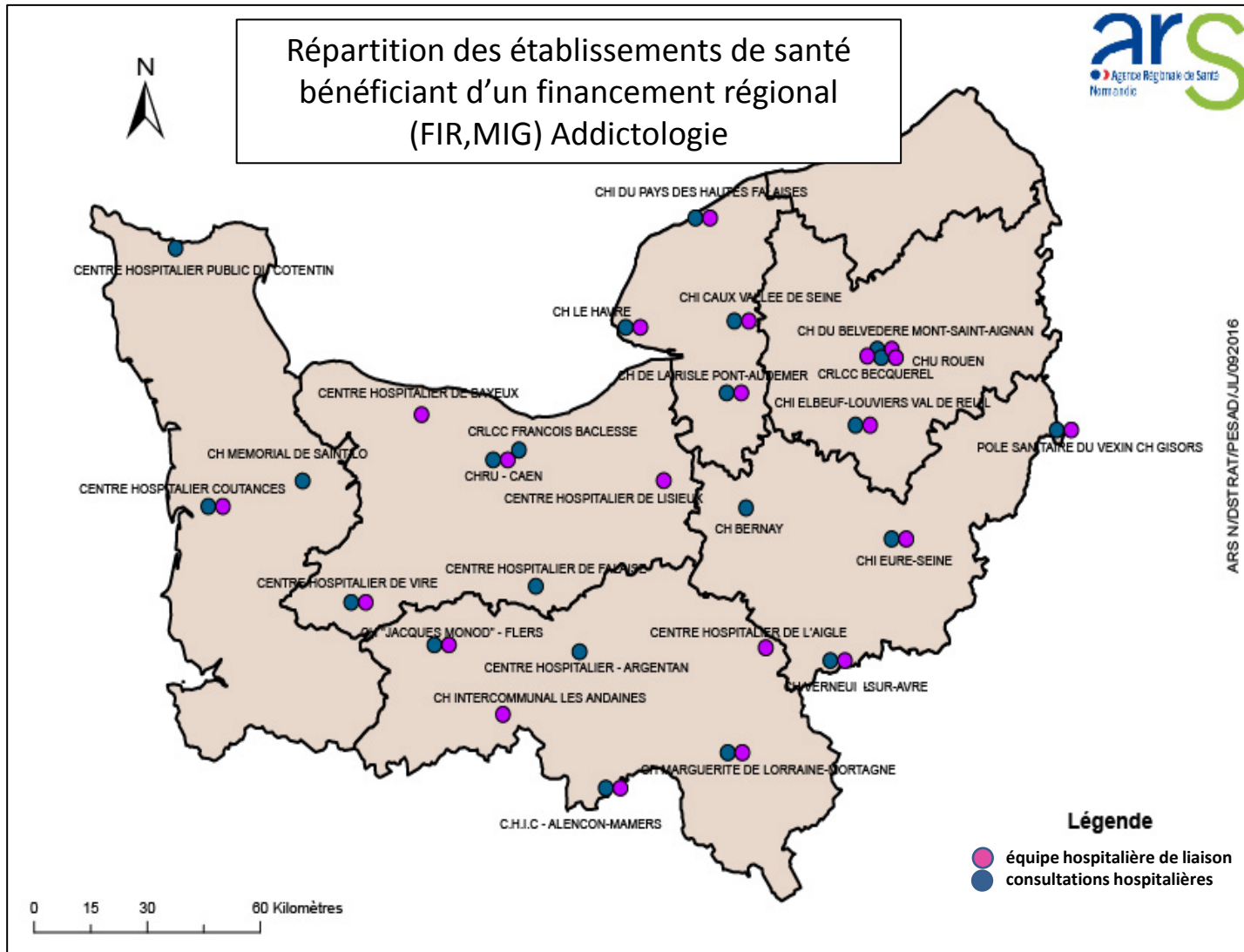
Séjours alcool:

Séjours MCO pour éthyisme aigu ou avec dépendance ajoutés aux séjours SSR pour dépendance à l'alcool ou troubles mentaux dûs à l'alcool (traités dans les unités spécialisées addictologie SSR)

Séjours drogues:

Séjours MCO pour abus de drogues non éthyliques ou toxicomanies non éthyliques ajoutés aux séjours SSR pour dépendance ou trouble mentaux dûs aux opiacés ou au cannabis ou à la cocaïne ou au tabac ou aux drogues multiples.

ARS NIDSTRAT/PESAD/JUL092016



Les financements au titre de la MIG

« consultations hospitalières d'addictologie » correspondent aux surcoûts incompressibles non financés par les tarifs GHS liés à la prise en charge des patients

Les financements au titre du FIR

« équipe hospitalière de liaison en addictologie » correspondent à la formation et à l'assistance aux soignants.

Périnatalité

La périnatalité représente l'ensemble du processus lié à la naissance depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nouveau-né. Cela comprend également le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

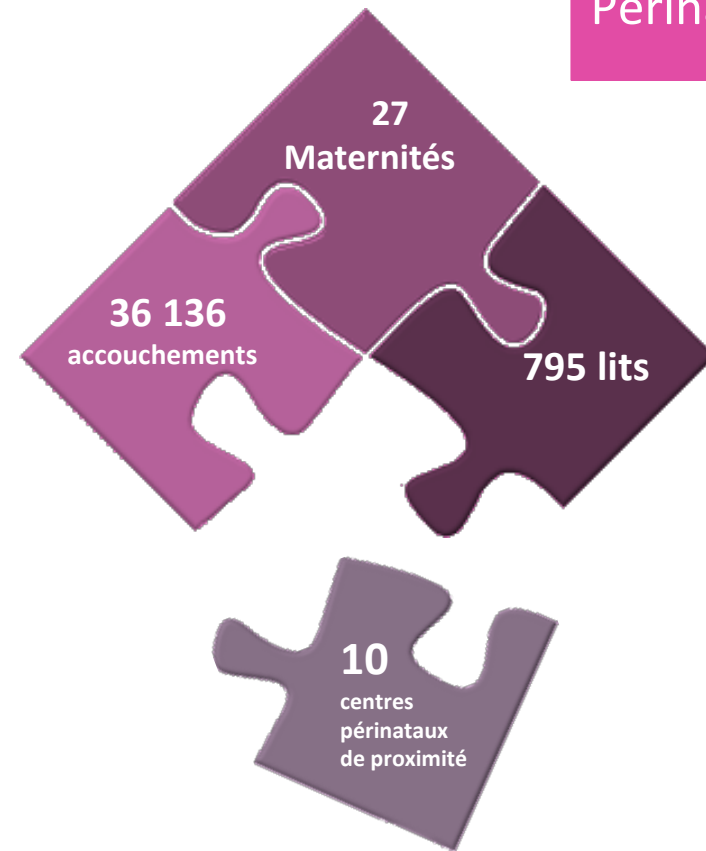
L'enjeu réside dans la réussite de la grossesse et de l'accouchement et dans la prévention des problèmes de santé de l'enfant et de sa mère après la naissance.

Des recommandations professionnelles de la HAS ont été identifiées dès le plan périnatalité 2005-2007 en proposant aux professionnels de santé impliqués en périnatalité une démarche qui vise à :

- Préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées,
- Repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parents-enfants,
- Soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux,
- Favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

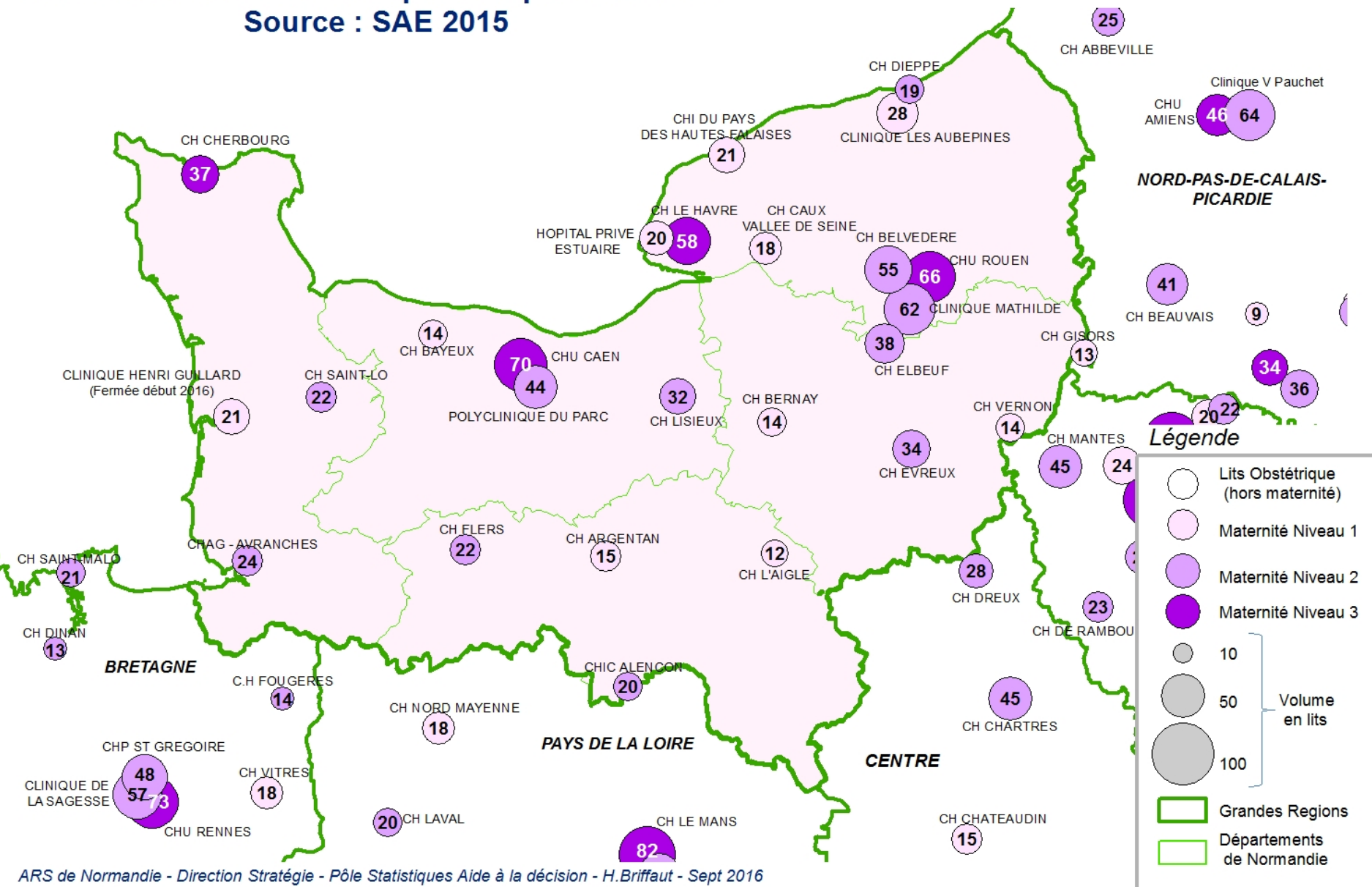
De multiples enjeux de santé publique sont liés à la périnatalité, tels que l'accès à l'IVG, la baisse de la mortalité périnatale ou le suivi des nouveau-nés vulnérables.

Pour répondre à ces enjeux l'ARS Normandie, en collaboration avec le réseau de professionnels « périnatalité » a engagé plusieurs travaux pour répondre aux spécificités régionales sur ces thématiques (allaitement, risques environnementaux, risques d'addictions, etc.)

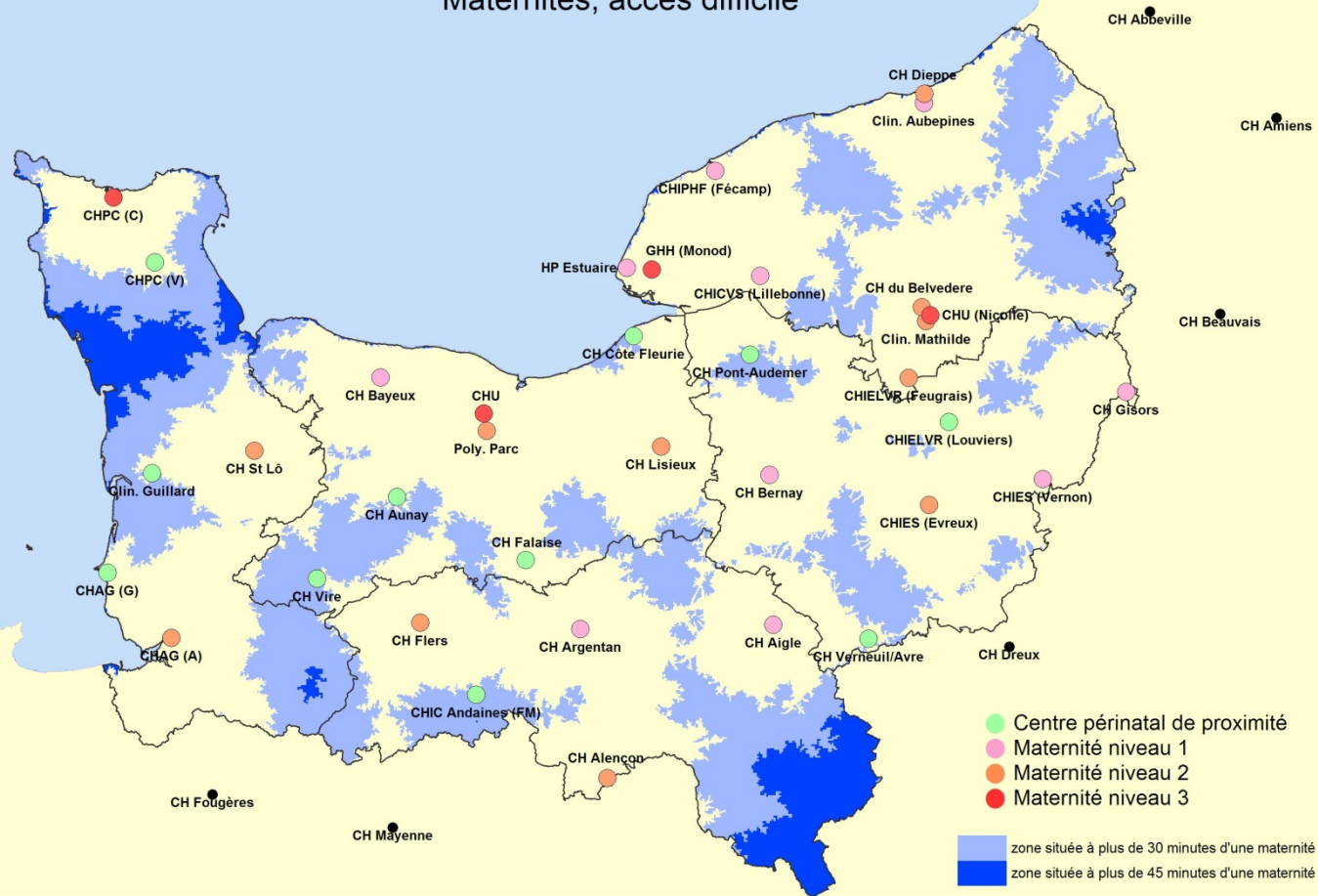


Etablissements d'Obstétrique et capacités en lits

Source : SAE 2015



Maternités, accès difficile



ARS Normandie / Dstrat (FC) - octobre 2016

En France en 2010, le temps d'accès médian à une maternité est de 17 minutes.

En Normandie, la majorité du territoire se trouve à moins de 45 minutes d'une maternité mais de nombreuses zones ne permettent pas un accès en moins de 30 minutes.

Dans la Manche et l'Orne, respectivement 4,3% et 7,6% des femmes en âge d'avoir des enfants habitent à plus de 45 minutes d'une maternité.

Sur l'ensemble de la région 1,5% des femmes en âge de procréer sont dans cette situation.

	femmes en âge de procréer		
	couverture 30 min	couverture 45 min	plus de 45 min
Calvados	90,8%	9,2%	0,0%
Eure	92,3%	7,7%	0,0%
Manche	76,5%	19,2%	4,3%
Orne	76,4%	16,0%	7,6%
Seine-Maritime	91,7%	7,5%	0,8%
Normandie	88,4%	10,2%	1,5%

Analyse des Flux des Patients

Un **taux d'équipement de 110,7 lits** pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, proche de la moyenne France (111,7)

Département	Nb lits obst	Taux équipt *
14	160	105,5
27	75	58,0
50	104	105,9
61	69	122,3
76	387	136,8
Normandie	795	110,7
France	15 875	111,7

* pour 100 000 Femmes de 15 à 49 ans

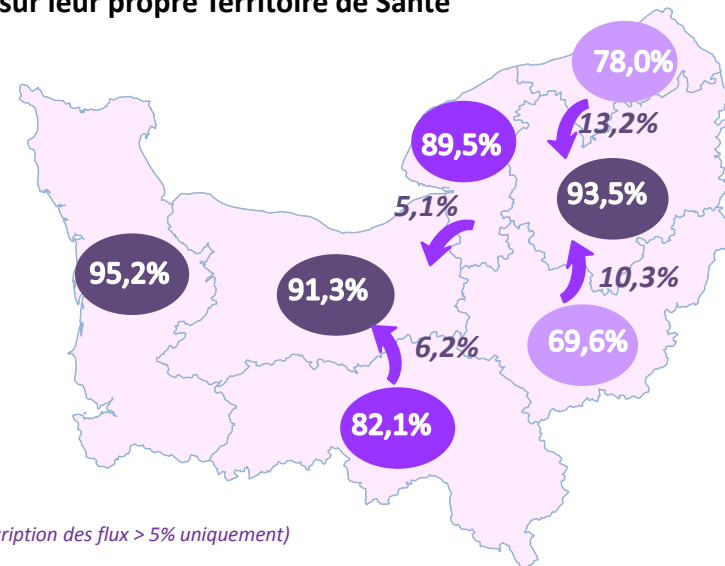
96,2% des parturientes normandes accouchent dans un établissement Normand.

On note : ➤ 1,1% d'entre elles vont en Ile de France

- 1% dans la région Centre
- 0,7% en Picardie
- 0,6% en Pays de Loire

Flux Infra-régionaux des parturientes (Source PMSI 2015)

Seules 69,6% et 78,0% des patientes TS de Dieppe et Evreux-Vernon accouchent sur leur propre Territoire de Santé

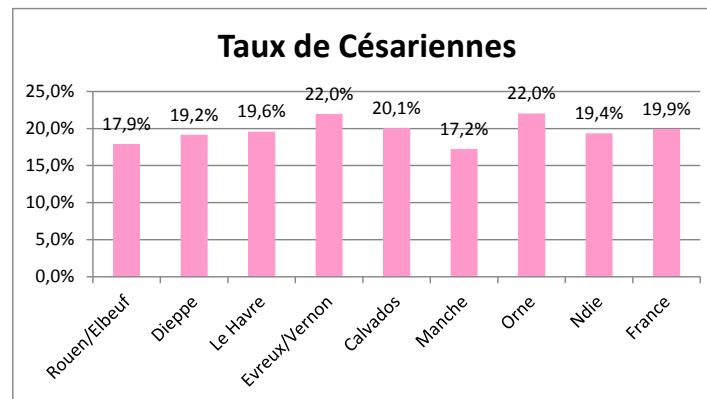


(Description des flux > 5% uniquement)

Un taux de césariennes normand (19,4 %) semblable à la moyenne nationale (19,9 %).

Des taux plus faibles pour les patientes des TS Rouen/Elbeuf et Manche (17,9 % et 17,2 %), et plus forts sur les TS Evreux-Vernon et Orne (22,0 % pour les deux)

Territoire des Patients	Acc voie basse	Césariennes	Mort-né	Hors établi
Rouen/Elbeuf	80,6%	17,9%	0,9%	0,6%
Dieppe	79,6%	19,2%	0,7%	0,5%
Le Havre	79,1%	19,6%	0,8%	0,5%
Evreux/Vernon	76,8%	22,0%	0,9%	0,3%
Calvados	78,8%	20,1%	0,7%	0,4%
Manche	81,6%	17,2%	0,8%	0,4%
Orne	76,4%	22,0%	0,8%	0,7%
Normandie	79,3%	19,4%	0,8%	0,5%
France	78,7%	19,9%	0,8%	0,5%



Une mortalité infantile plus faible en Normandie que la moyenne française, excepté dans l'Eure.

Le taux de mortalité infantile normand de 3,3 décès de moins de 1 an pour 1000 naissances est en deçà du taux français de 3,5. Le Calvados présente même un taux de 2,4, très bas. En revanche le taux de l'Eure de 3,9 est au dessus de la moyenne.

Un âge gestationnel normand dans la moyenne de la France

Des durées de gestation légèrement plus courtes dans le Calvados (38,9 SA en moyenne), et davantage de bébés prématurés (7,9 % <37 SA au lieu de 6,9 % en moyenne en Normandie)

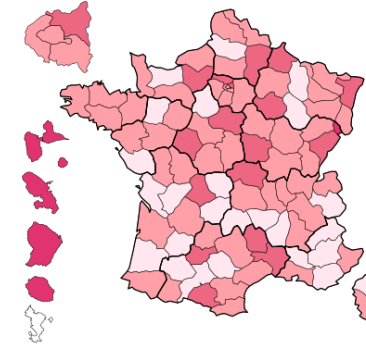
Dpt	Age Gestationnel (Semaines d'Aménorrhée)				Total	Moyenne
	<28 SA	28 à 32 SA	33 à 36 SA	≥ 37 SA		
14	0,9%	1,5%	5,6%	92,1%	100,0%	38,9
27	0,4%	0,4%	4,3%	94,9%	100,0%	39,2
50	0,5%	0,9%	4,8%	93,8%	100,0%	39,1
61	0,4%	0,4%	4,7%	94,6%	100,0%	39,0
76	0,7%	1,2%	5,5%	92,6%	100,0%	39,0
Normandie	0,6%	1,1%	5,2%	93,1%	100,0%	39,0
France	0,7%	1,1%	5,2%	93,0%	100,0%	39,0

Département	Mortalité infantile 2012 à 2014) (‰)
Calvados	2,4
Eure	3,9
Manche	3,2
Orne	3,5
Seine-Maritime	3,5
Normandie	3,3
France	3,5

Mortalité en 2014 : comparaisons départementales

Taux de mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants entre 2012 et 2014) (‰)

- 5,6 ou plus
- de 3,7 à moins de 5,6
- de 2,9 à moins de 3,7
- Moins de 2,9



Source : Insee, État Civil, Estimations de population.

Gynécologues libéraux et salariés

TS	densité pour 1 000 000 femmes	Age moyen
Calvados	265,9	50,0
Rouen/Elbeuf	249,3	48,3
LE HAVRE	214,7	52,3
Orne	211,7	50,9
Manche	202,1	52,6
Evreux/Vernon	171,5	54,4
Dieppe	143,5	55,3
Normandie	223,1	50,8

Source : RPPS

En Normandie, la densité de gynécologues est de 223,1 pour 1 million de femmes avec des taux faibles sur les TS de Dieppe, Evreux/Vernon et dans la Manche (respectivement 143, 171 et 202 gynécologues par million de femmes).

Leur âge moyen est de 50,8 ans en Normandie ; il est plus élevé sur Dieppe (55,3) et Evreux-Vernon (54,4 ans).

TS	taux recours pour 1000 femmes *	Consommation moyenne
Rouen/Elbeuf	214,1	1,4
Evreux/Vernon	165,5	1,4
Calvados	152,6	1,4
La Havre	149,4	1,4
Dieppe	144,1	2,2
Orne	128,9	1,4
Manche	123,6	1,3
Normandie	162,0	1,4

Source : PMSI/SNIIRAM 2015

*Femmes de 14 à 99 ans

Recours ville + hôpital

Le taux de recours aux gynécologues est de 162 pour 1 000 femmes avec des taux plus faibles dans la Manche (123,6), l'Orne (128,9) et le TS de Dieppe (144,1).

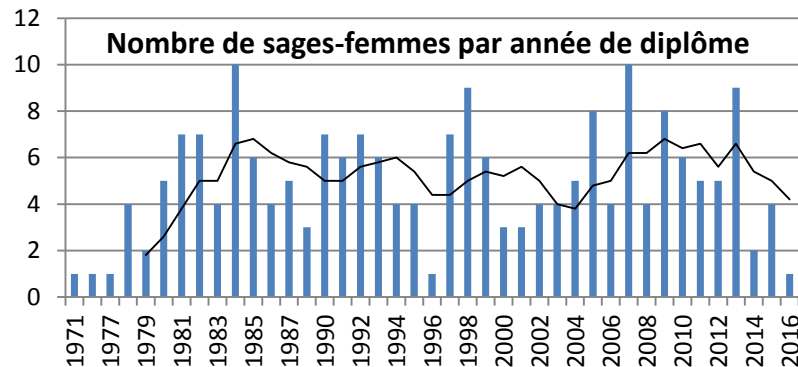
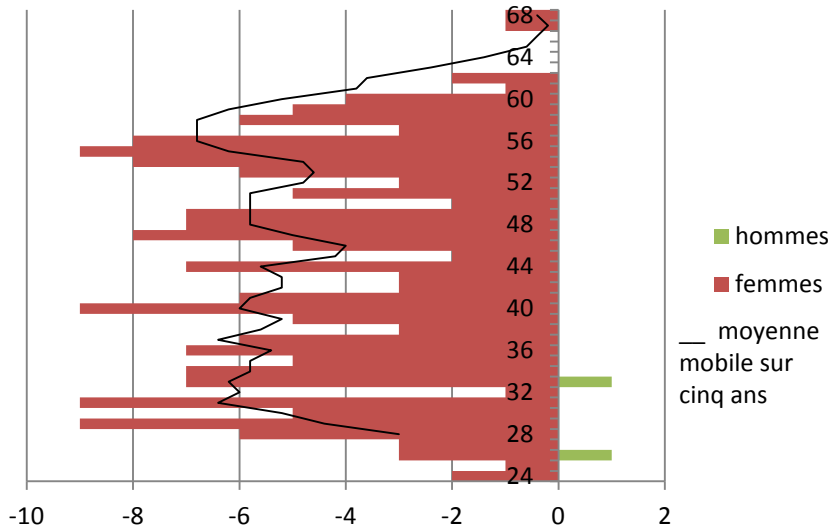
La consommation moyenne de 1,4 consultation par femme est assez homogène.

On remarque cependant une consommation très élevée à Dieppe de 2,2 consultations par patient.

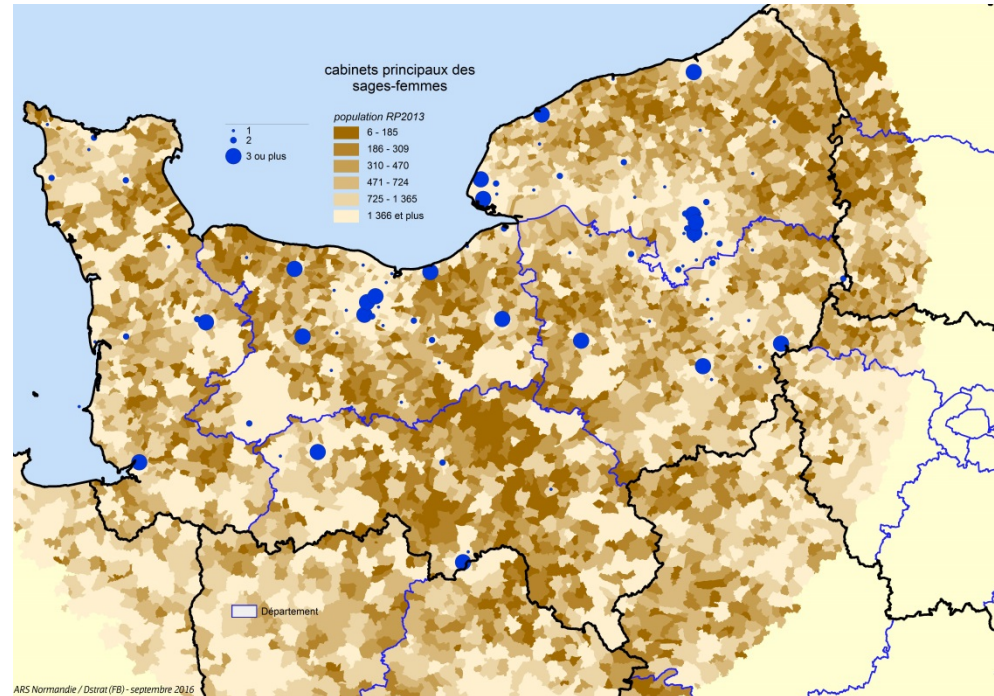
Sages-femmes

effectif département	sexe		âge médian femme	densité pour 100 000 h	
	homme	femme			ensemble
Calvados	1	58	59	47 1/2 ans	8,5
Eure	1	26	27	39 ans	4,5
Manche		29	29	43 1/2 ans	5,8
Orne		11	11	31 ans	3,8
Seine maritime		76	76	39 1/2 ans	6,1
Normandie	2	200	202	43 ans	6,1

200 sages-femmes libérales exercent en Normandie, ce qui correspond à la densité nationale. Le département de l'Orne dispose d'une densité faible, mais il compense par une moyenne d'âge jeune ; les départs en retraite ne sont pas à l'ordre du jour. L'Eure a une densité faible. Les effectifs peu nombreux de la profession tracent une pyramide d'âge très irrégulière. La moyenne mobile sur 5 ans permet d'identifier une distribution assez homogène, avec un léger pic vers 55 ans.



Les promotions sont de taille variable. Sur les dix dernières années, la moyenne est de six par an.



Bien que la profession soit concernée par la présence de cabinets secondaires, la carte ci-dessus ne localise que les cabinets principaux. Les taches bleues sont significativement positionnées sur les zones claires correspondant aux communes denses. En revanche, toutes ces zones ne sont pas couvertes, ceci étant plus sensible au sud de la région.

Plus de la moitié des installations dans la configuration actuelle (statut, adresse) datent de moins de trois ans.

La prise en charge des pathologies cardiaques

Les pathologies cardiaques graves et l'infarctus du myocarde en particulier, relèvent de l'urgence vitale en termes de prise en charge. L'enjeu au niveau de ces pathologies consiste à pouvoir garantir, dans les meilleurs délais, au niveau régional, un égal accès à l'ensemble de la population tant sur les démarches diagnostiques que sur la prise en charge.

Le diagnostic exact en urgence cardiaque est plus ou moins aisé et les difficultés de diagnostics sont plus fréquentes chez les femmes, les personnes âgées et les diabétiques.

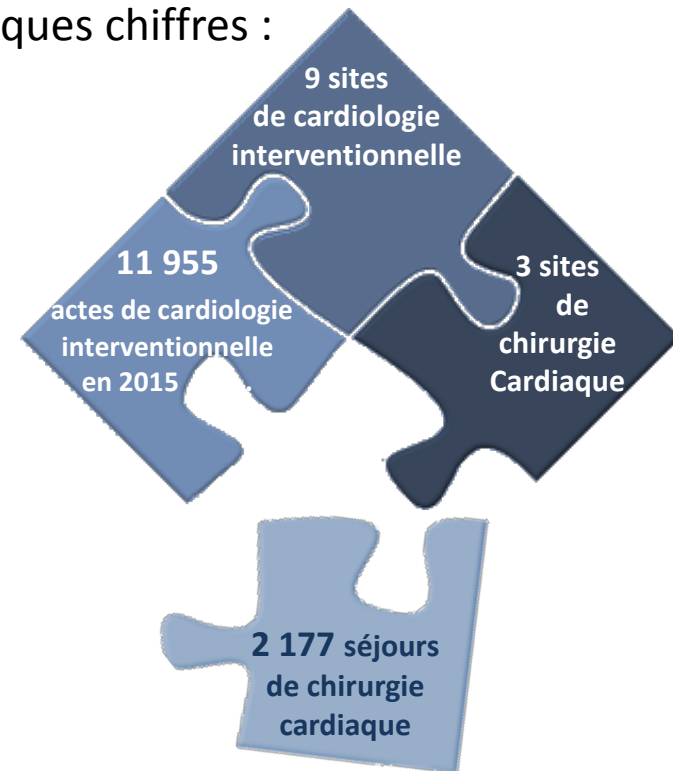
Les recommandations de la Haute Autorité de Santé pointent le centre 15 et le médecin régulateur du SAMU comme porte d'entrée de l'urgence cardiaque en pré-hospitalier avant orientation en coronarographie diagnostique et interventionnelle.

Les filières de prises en charge se décomposent en 3 niveaux :

- Proximité : Samu et services d'urgences
- Intermédiaire : Unités de soins intensifs en cardiologie (USIC)
- Spécialisé : Plateaux techniques lourds (angioplastie, chirurgie cardiaque)

Les enjeux sont multiples sur ces pathologies avec l'organisation de la permanence des soins, le développement du suivi à domicile pour éviter les ré-hospitalisations itératives (développement des outils de télémédecine de type SCAD), l'organisation des USIC sur les territoires de santé, l'organisation de la prévention ou le développement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale.

Quelques chiffres :



Une offre de Soins de Cardiologie Interventionnelle localisée sur les 4 sites de Rouen, Caen, Le Havre et Evreux



Un taux de recours plus faible en Normandie que la moyenne nationale (359 actes pour 100 000 habitants au lieu de 381).

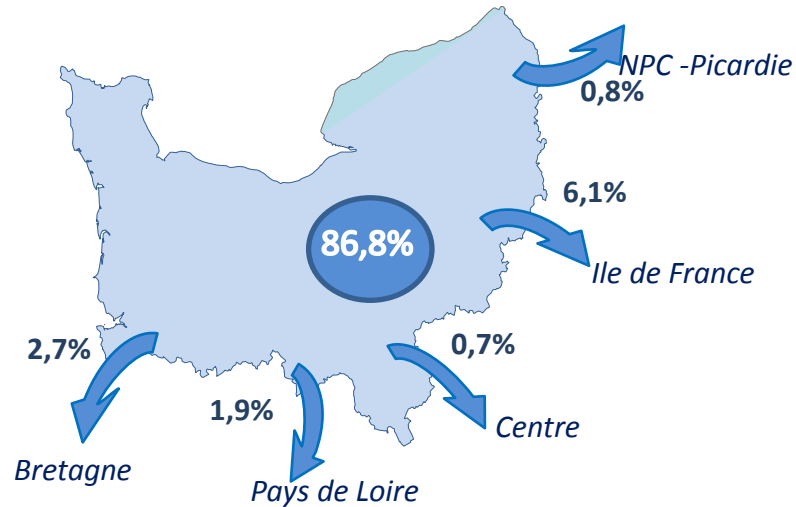
De très faibles recours pour Evreux-Vernon (327) et Rouen-Elbeuf (332). Seuls deux Territoires de Santé se trouvent au dessus de la moyenne nationale (l'Orne à 415, et Le Havre à 413).

On note des disparités sur les territoires de santé suivant le type d'activité: l'Orne, Le Havre, le Calvados, la Manche et Evreux-Vernon ont des taux de recours plus faibles pour l'activité du Groupe 1, tandis que Dieppe, Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon présentent un taux de recours plus faible sur le Groupe 3.

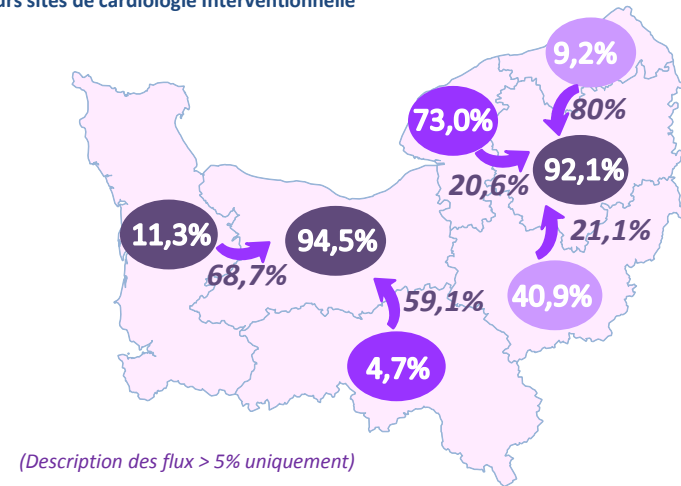
Territoire Patient	Nb actes Total	Taux de Recours			Total (Tri)
		1 Rythmologie	2 Cardiopathie Congénitales Enf et Adult	3 Coronaro et Valvulopathies	
Orne	1 198	87	13	315	415
Le Havre	1 884	89	20	304	413
Calvados	2 510	87	9	267	364
Dieppe	585	108	21	218	347
Manche	1 729	80	6	260	346
Rouen/Elbeuf	2 729	94	22	216	332
Evreux/Vernon	1 320	90	20	217	327
Normandie	11 955	89	16	254	359
France Métrop.	246 927	105	12	264	381
<i>Répartition moyen.</i>		28%	3%	69%	100%

Nombre d'Actes	2015								Evol 2015/2010
	Rouen/Elbeuf	Calvados	Le Havre	Manche	Evreux/Vernon	Orne	Dieppe	Total	
1 Rythmologie	772	601	406	399	364	252	182	2 976	+ 55,2%
2 Cardiop Congénit Enf et Adultes	182	64	91	29	82	37	36	521	+ 58,8%
3 Coronaro et Valvulopathies	1 775	1 845	1 387	1 301	874	909	367	8 458	+ 18,1%
Total	2 729	2 510	1 884	1 729	1 320	1 198	585	11 955	+ 27,1%

Cardiologie Interventionnelle : Flux des Patients en nombre d'actes (Source PMSI 2015)



Flux Infra-régionaux des patients en nombre d'actes (Source PMSI 2015) Les patients du TS d'Evreux-Vernon recourent aux soins sur Rouen-Elbeuf pour 32,4% des actes malgré leurs sites de cardiologie Interventionnelle



86,8% des actes pour les patients normands sont réalisés en Normandie.

Les patients limitrophes recourant hors Normandie font appel aux établissements de l'Île de France à 6,1 %, puis Bretagne (2,7 %), et Pays de la Loire (1,9 %).

Les Territoires de Santé voient des flux correspondant à l'offre. Les patients des TS de la Manche, l'Orne et Dieppe ont recours aux soins de Cardiologie Interventionnelle dans les TS les plus proches (Calvados et Rouen-Elbeuf).

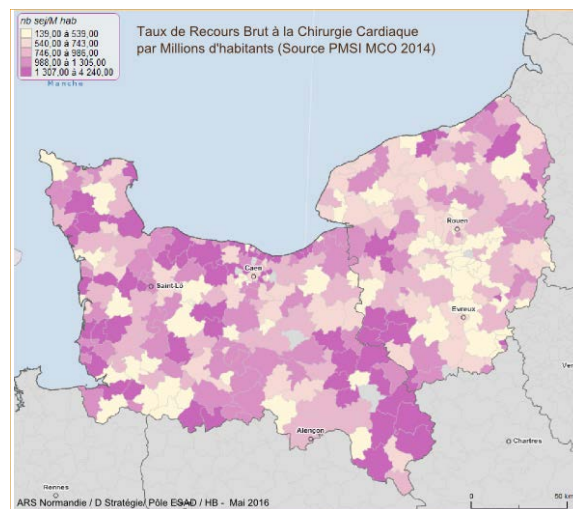
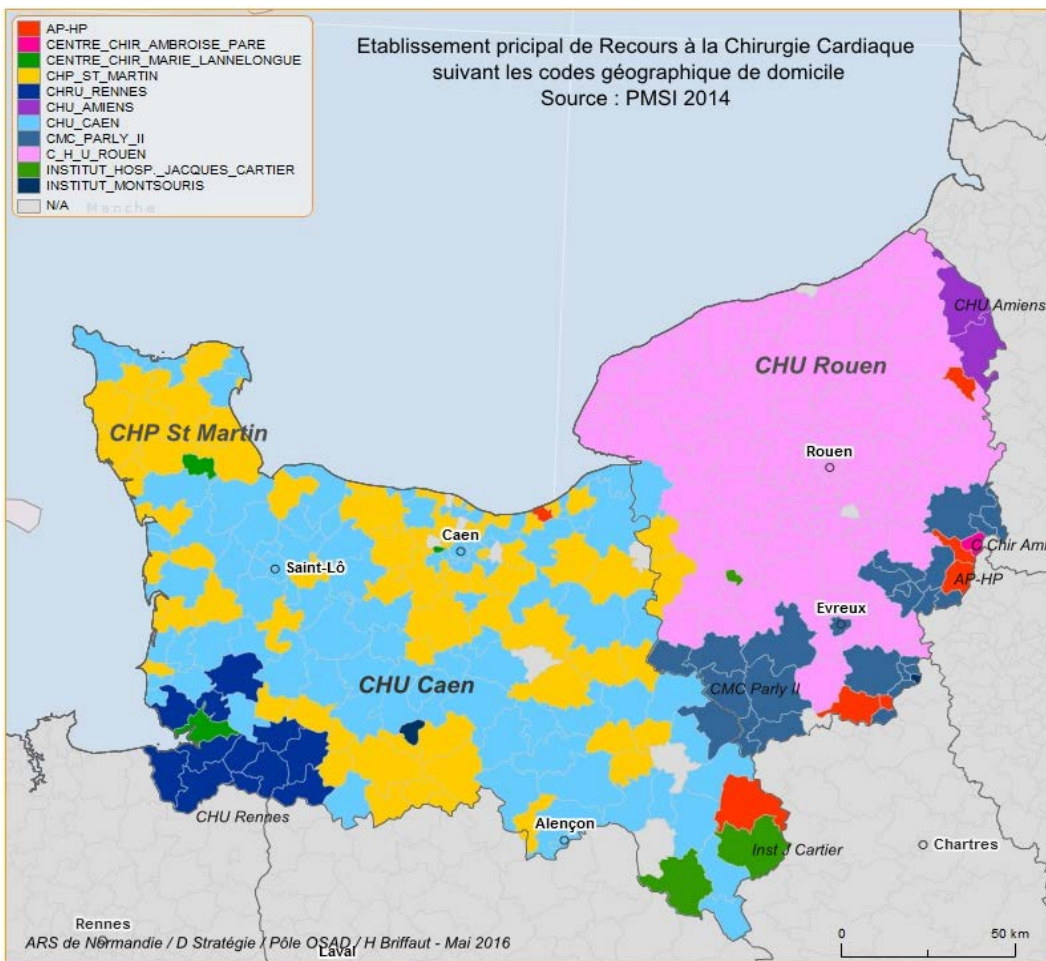
3 établissements autorisés à réaliser l'activité de chirurgie cardiaque en Normandie : CHU de Rouen - CHU de Caen - Hôp privé St Martin .

Analyse des Taux de recours

Taux de recours standardisé (par Million d'hab)	2013	2014	Evol 2014/13	Ecart
Ex-Haute-Ndie	974	986	+ 1,3%	-10,2%
Ex-Basse-Ndie	1 294	1 278	- 1,2%	+15,0%
France	1 102	1 087	- 1,4%	+ 0,0%

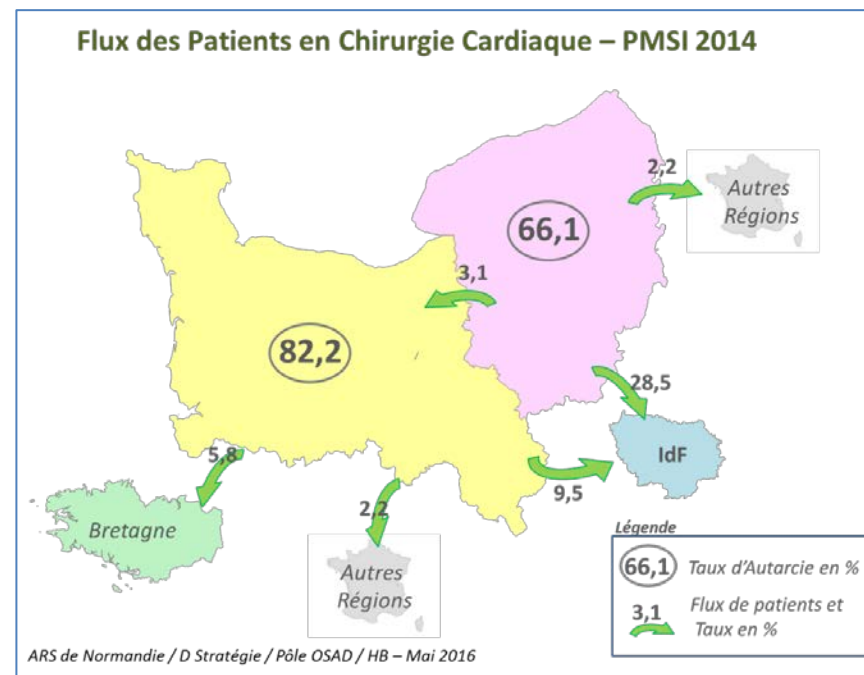
Les taux de recours standardisés à la chirurgie cardiaque sont respectivement de 986 et 1 278 patients par million d'habitants en ex-Haute-Normandie et ex-Basse-Normandie, alors que la moyenne nationale est de 1 087. L'ex-Haute-Normandie se trouve au dessous de la moyenne nationale alors que l'ex-Basse-Normandie paraît au-dessus de la moyenne.

La carte de la région par code géographiques PMSI fait apparaître des taux de recours moindres en ex-Haute-Normandie (couleur plus claire) notamment dans les zones de Rouen et Evreux.



Les zones ouest de l'Eure (Epaignes et Thiberville) bénéficient de l'offre du pôle Caennais (CHU de Caen, CHP St Martin), tandis que les zones limitrophes Sud et Est ex-Haute-Normandie se dirigent davantage vers les centres chirurgicaux de Paris (Ambroise Paré, AP-HP, Institut J Cartier) ainsi que vers le CHU d'Amiens pour les zones Nord Est. Le sud ouest de l'ex-Basse-Normandie a tendance à se diriger vers le CHU de Rennes.

Dpt Patients	Régions d'hospitalisation							Total
	Ex-BNdie	Ex-HNdie	Total Ndie	IdF	Bretagne	Picardie	Autres Régions	
Calvados	590	4	594	48			5	647
Manche	391		391	30	84		4	509
Orne	245		245	64	2		24	335
ST/Ex B-Ndie	1 226	4	1 230	142	86		33	1 491
Eure	30	163	193	223			1	423
Seine-Maritime	10	685	695	143			13	859
ST/Ex Hte Ndie	40	848	888	366			14	1 282
Normandie	1 266	852	2 118	508	86	14	47	2 773
Ex-BN	82,2%	0,3%	82,5%	9,5%	5,8%	0,0%	2,2%	100,0%
Ex-HN	3,1%	66,1%	69,3%	28,5%	0,0%	1,1%	1,1%	100,0%
Normandie	45,7%	30,7%	76,4%	18,3%	3,1%	0,5%	1,7%	100,0%



Les patients Normands ont eu recours à 2 773 séjours de chirurgie cardiaque avec intervention en 2014 dont 1 491 pour des patients de l'ex-Basse Normandie et 1 282 pour des patients de l'ex-Haute-Normandie. Le taux d'autarcie en chirurgie cardiaque est de 76,4% en Normandie globalement. Il est plus élevé en ex-Basse-Normandie avec un taux de 82,2% alors qu'il est de 66,1% en ex-Haute-Normandie.

Cardiologues libéraux + salariés

TS	Densité pour 100 000 hab	Age Moyen
Calvados	117,03	49,90
Rouen/Elbeuf	87,20	45,74
Evreux/Vernon	75,95	57,15
LE HAVRE	68,05	53,16
Orne	60,34	50,69
Manche	54,05	50,24
Dieppe	47,44	55,13
Normandie	80,05	50,24

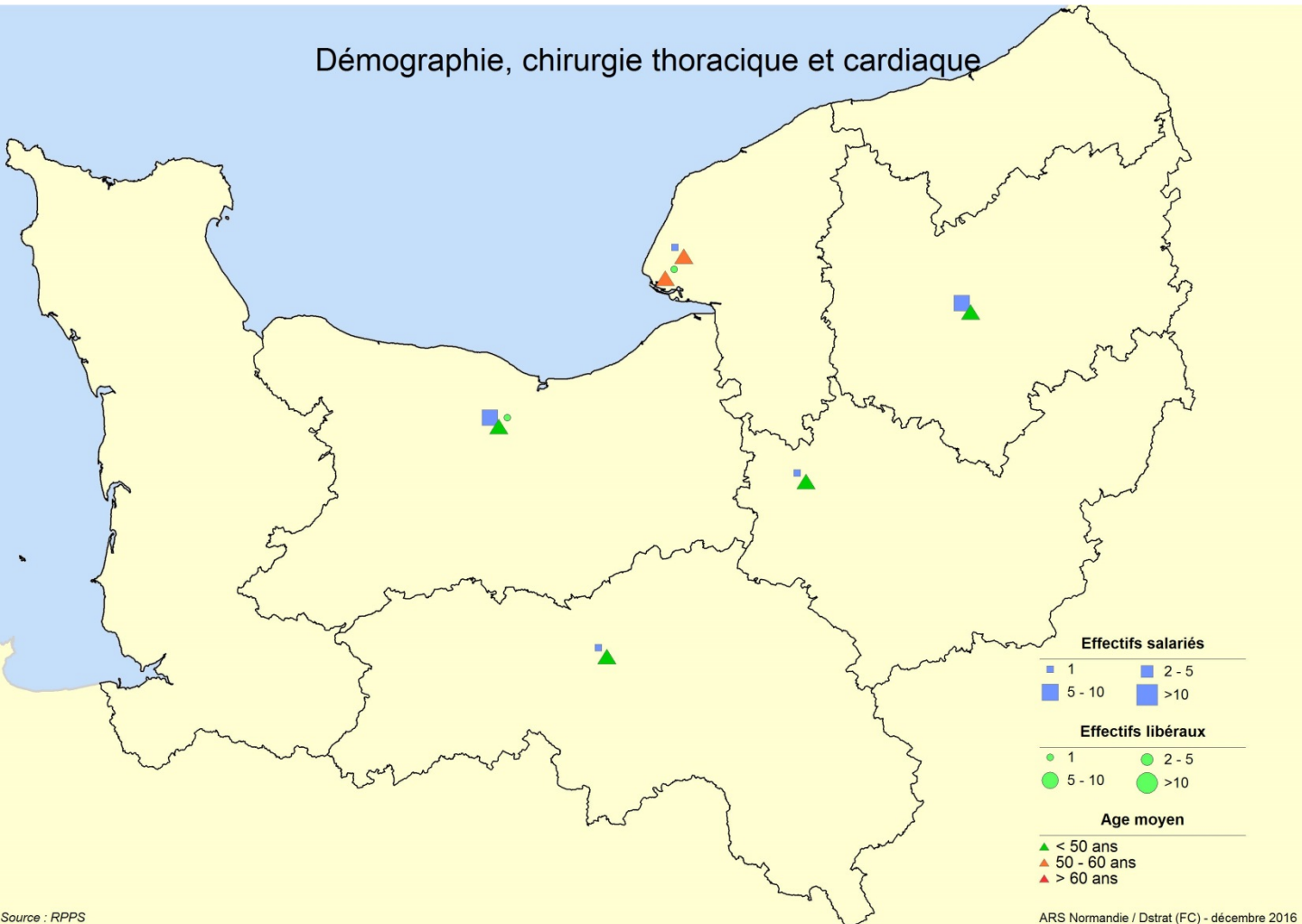
Source : RPPS

La densité moyenne en Normandie est de 80 cardiologues pour 100 000 habitants. Cependant, il existe de fortes disparités entre les TS, avec notamment une offre très faible en praticiens sur les territoires de santé de Dieppe, la Manche, l'Orne, le Havre (des taux compris entre 47 et 68 cardiologues pour 1 000 000 habitants). Les moyennes d'âge sur Evreux Vernon et Dieppe sont plus élevées avec des âges moyens de 57,1 ans et 55,1 ans comparés à la moyenne régionale de 50,2 ans.

TS	Recours (Consultations) pour 10 000 hab *	Conso moyenne
Dieppe	256,9	1,3
Orne	238,2	1,3
Calvados	182,4	1,5
LE HAVRE	165,1	1,2
Rouen/Elbeuf	110,9	1,4
Evreux/Vernon	158,8	1,1
Manche	151,5	1,3
Normandie	163,9	1,3

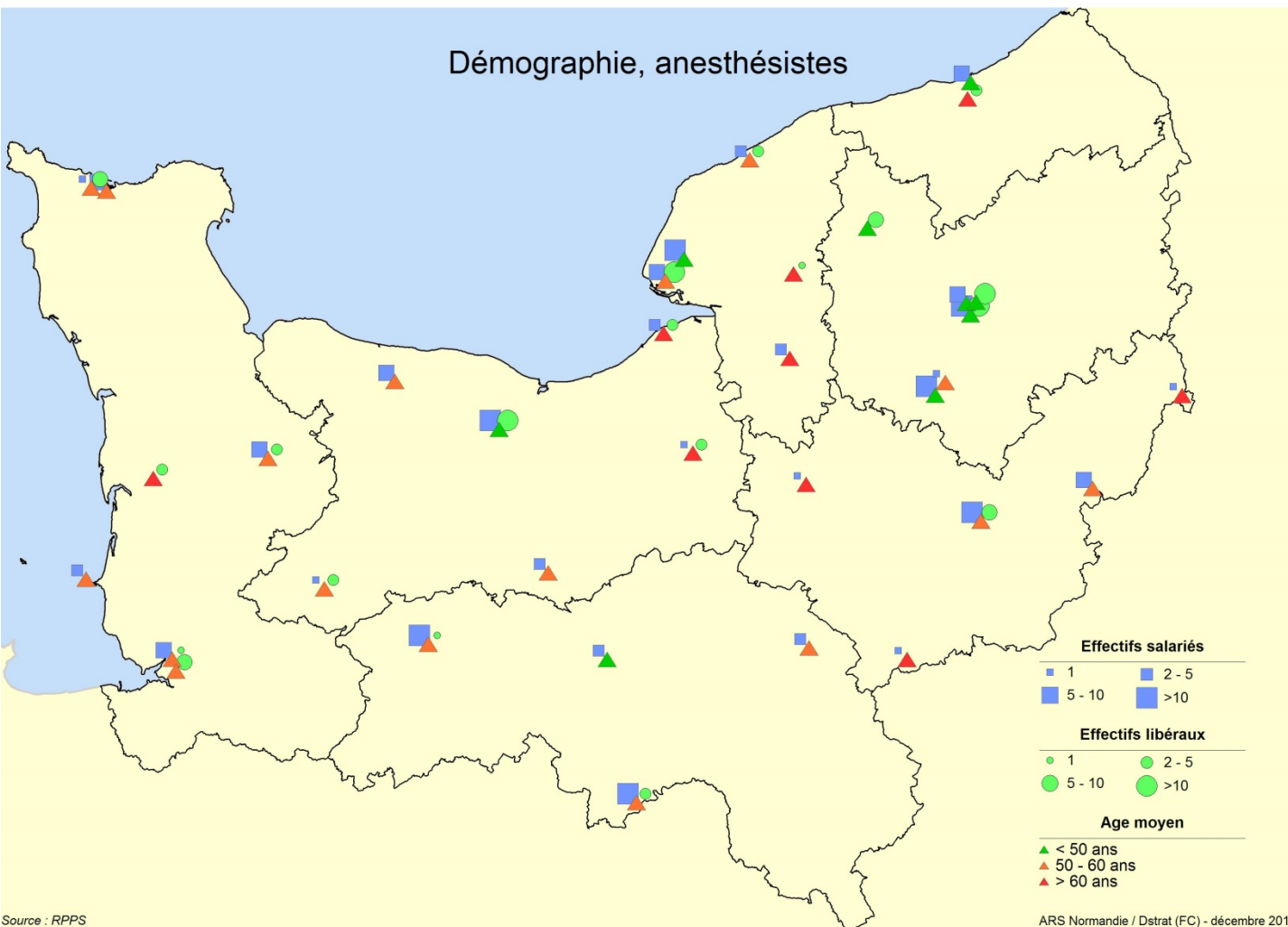
Le recours est en moyenne de 163 patients sur 10 000 habitants avec une consommation moyenne de 1,3 consultation par an. Cependant il existe des disparités avec des valeurs plutôt élevées sur les territoires de Dieppe et de l'Orne (respectivement 256,9 et 238,2 patients pour 10 000 habitants). La consommation moyenne s'échelonne entre 1,1 et 1,5 consultation, la consommation la plus faible étant sur le territoire de santé Evreux-Vernon.

Démographie, chirurgie thoracique et cardiaque



	Libéraux	Salariés	Age moyen
CALVADOS	2	5	46,3
DIEPPE			
EVREUX	1		43,0
LE HAVRE	1	1	52,0
MANCHE			
ORNE		1	47,0
ROUEN	1	6	47,0
Région	5	13	47,1

Démographie, anesthésistes



	Libéraux	Salariés	Age moyen
CALVADOS	39	78	49,4
DIEPPE	4	8	47,8
EVREUX	9	18	56,4
LE HAVRE	21	23	50,8
MANCHE	20	26	55,2
ORNE	3	26	52,6
ROUEN	46	104	47,6
Région	142	283	50,2

La prise en charge de la santé mentale

La prise en charge des pathologies liées à la santé mentale relève de différents degrés d'urgence et nécessite des structures et des personnels formés à la prise en charge de patients parfois dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui qui peuvent induire des mesures d'isolement ou une hospitalisation sans consentement du patient.

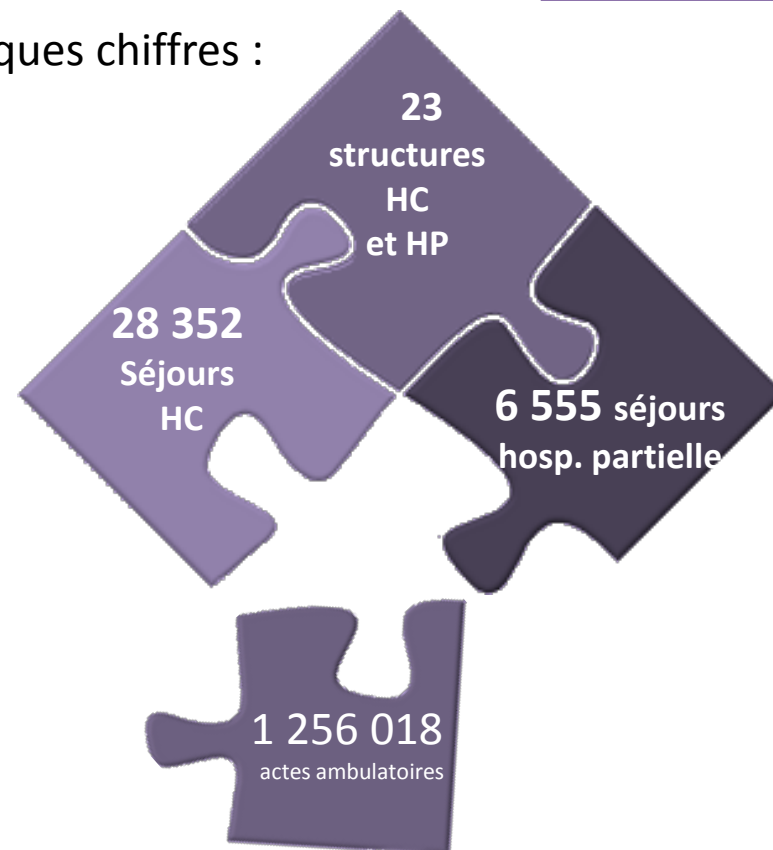
Les pathologies les plus fréquentes sont les troubles schizophréniques, les troubles dépressifs et à tendance suicidaire et les pathologies liées à l'alcool. Les réponses apportées ne se basent pas que sur le soin mais sur un parcours plus complexe intégrant tant le médecin généraliste que le spécialiste en psychiatrie, la famille, et différentes structures de soins ou d'accompagnement.

La prise en charge en région s'organise sur 3 niveaux :

- Proximité : Consultations en centre médico-psychologique (CMP) et centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) en lien avec le médecin généraliste ; Services sectorisés à l'hôpital
- Intermédiaire : Prise en charge des urgences ; Centres d'accueil et de crises (services hospitaliers essentiellement : unités d'admission, unités fermées, géronto-psychiatrie, pédopsychiatrie, HAD)
- Spécialisé : Centres de référence (autisme, suicidologie, schizophrénie, etc.) ; Recherche.

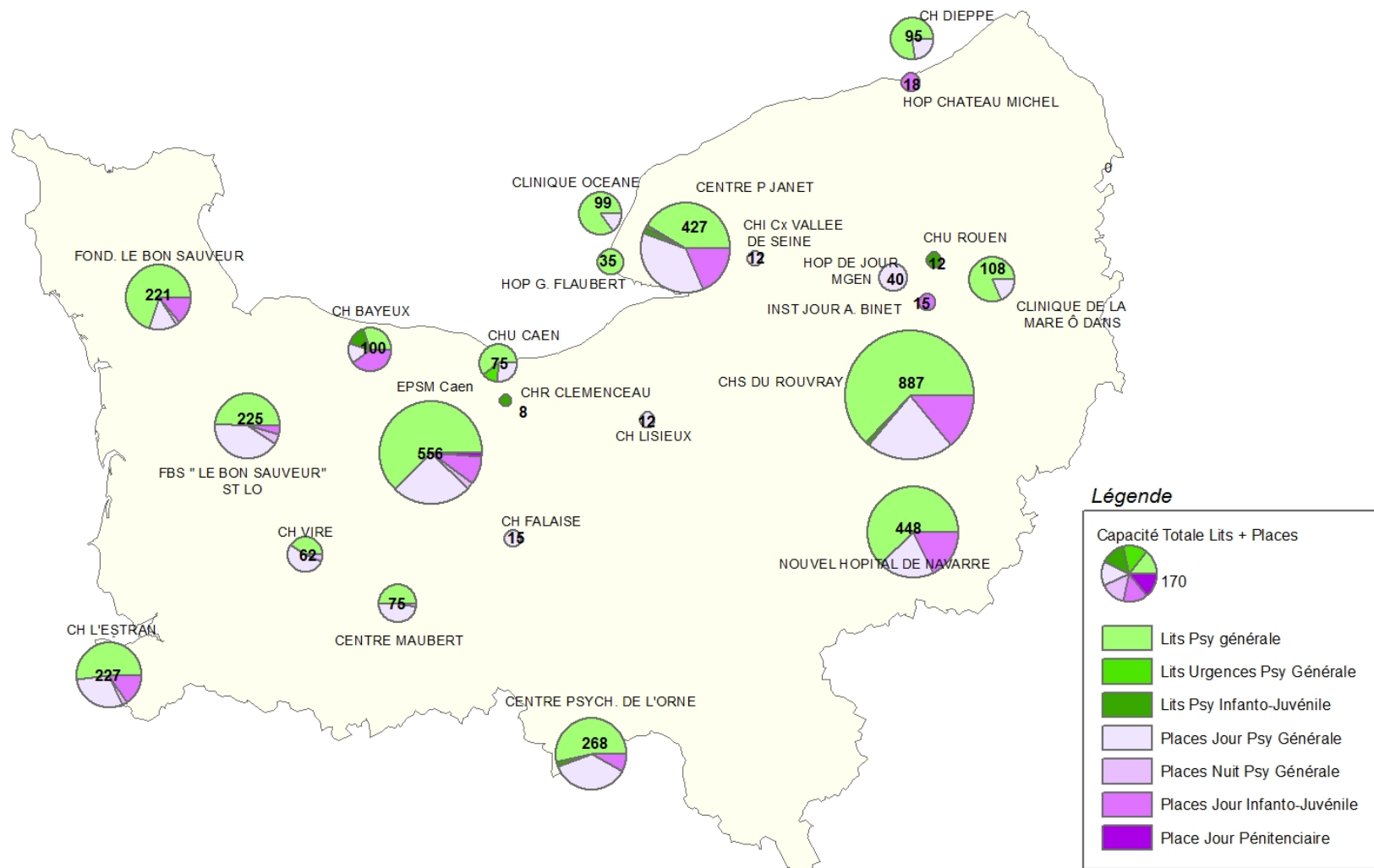
Les enjeux de la prise en charge sont liés à la capacité d'une offre de prise en charge adaptée sur tous les territoires de santé, de jour comme de nuit, adaptée à tous publics y compris pénitentiaires, à la capacité de disposer de professionnels formés, et à la capacité de maintenir le lien entre le soin et la famille.

Quelques chiffres :



L'offre de soins actuelle et son activité

Psychiatrie : Offre de Soins en Normandie Capacité en Hospitalisation Complète et Hospitalisation Partielle (Source : SAE 2015)



L'offre de soins actuelle et son activité :

Psychiatrie adulte et infanto-juvénile , Hospitalisation complète , partielle et ambulatoire en établissements

Activité 2015	Nb séjours		Nb journées		Nb d'actes
	01 - Temps complet	02 - Temps partiel	01 - Temps complet	02 - Temps partiel	03 - Ambulatoire
CH LISIEUX		34		9 479	
CH BAYEUX	511	163	12 151	8 432	39 652
CHRU CAEN	900	283	17 422	3 155	27 647
CH FALAISE		39		2 100	355
CH VIRE	369	416	8 047	3 228	18 647
EPSM Caen	3 127	557	104 946	29 801	117 668
CH DIEPPE	1 345	296	26 080	8 351	37 190
NVEL HOP DE NAVARRE	3 497	341	98 110	16 846	192 942
CLINIQUE PORTES DE L'EURE	59	23	1 967	181	
CLINIQUE OCEANE	836	81	27 406	1 784	
CH LE HAVRE	3 238	751	103 275	21 213	112 943
CHI CAUX VALLEE DE SEINE		38		2 164	23 025
CH PONTORSON	1 682	617	38 562	29 759	60 224
FOND "LE BON SAUVEUR"- PICAUVILLE	2 392	370	46 453	5 900	133 606
FOND DU BON SAUVEUR ST-LO	1 613	658	33 751	24 692	70 744
CENTRE PSYCH. ORNE	1 233	267	54 324	14 891	117 559
CH FLERS	467	71	12 863	6 224	27 721
CLINIQUE DE LA MARE Ô DANS	681	118	28 620	4 398	
CHU ROUEN	75		3 276		
CHS DU ROUVRAY	6 327	1 104	205 869	52 034	266 216
HOP PRIVE DE JOUR MGENASS		328		10 470	1 158
INST DE JOUR ALFRED BINET					5 541
CTRE DE LUTTE CONTRE ISOLT SUICIDE					3 180
Total Normandie	28 352	6 555	823 122	255 097	1 256 018

En 2015 les établissements normands ont réalisé 28 352 séjours en hospitalisation complète , 6 555 séjours en hospitalisation partielle, et 1 256 018 actes ambulatoires.

Analyse des taux de recours – Hospitalisation adultes

Zone d'Intervention Adultes	Nb Patients			Tx Recours / pop totale 2012		
	Tps Complet	Tps Partiel	Ambu	Tps compl	Tps partiel	Ambu
CH Rouvray	3 954	790	22 503	584	117	3 326
CH Navarre	2 170	289	14 631	372	50	2 507
EPSM Caen	2 126	455	12 912	465	100	2 827
GH du Havre	1 803	332	7 715	540	99	2 312
Fond Bon Sauveur Picauville	1 168	159	12 073	531	72	5 492
Centre Psych Orne	965	221	10 300	439	100	4 683
Fond Bon Sauveur St Lô	837	307	7 018	652	239	5 464
CH Dieppe	750	163	4 762	464	101	2 947
CH Pontorson	697	371	7 134	468	249	4 793
CHU Caen	327	68	2 397	337	70	2 474
CH Bayeux	311	46	2 516	436	64	3 524
CH Flers	270	73	3 356	389	105	4 835
CH Vire	250	84	1 955	413	139	3 228
CH Caux-Vallée de Seine	145	39	2 670	178	48	3 273
Total Patients Normands	15 773	3 397	111 942	477	103	3 383
France	331 489	87 052	1 482 239	508	133	2 272

15 773 patients normands recourent à l'hospitalisation à temps complet adulte, 3 397 patients sont pris en charge à temps partiel et 111 942 patients constituent la filière ambulatoire en établissements psychiatriques.

Le taux de recours en hospitalisation complète adulte des patients normands est de 477 patients/100 000 habitants, légèrement en dessous de la moyenne nationale de 508.

Il est de 103 en hospitalisation à temps partiel, en dessous de la moyenne nationale de 133, et de 3 383 actes pour 100 000 habitants en ambulatoire, très au dessus de la moyenne nationale de 2 272.

Analyse des taux de recours – Hospitalisation Infanto-Juvenile

Zone d'Intervention Enfants	Nb Patients Normands			Tx de recours / Pop 0 17 ans		
	Tps Complet	Tps Partiel	Ambu	Tps compl	Tps partiel	Ambu (actes/ 100 000 hab)
CH Rouvray	299	365	7 448	199	243	4 951
GH du Havre	165	135	4 842	177	145	5 205
CH Navarre	130	144	5 305	91	100	3 700
EPSM Caen	81	129	2 957	82	130	2 985
CH Dieppe	61	33	1 090	169	92	3 023
Centre Psych Orne	47	49	4 470	76	79	7 236
Fond Bon Sauveur Picauville	34	49	3 210	71	103	6 720
CH Bayeux	30	76	1 074	79	200	2 832
CH Vire	13	4	661	98	30	4 961
Fond Bon Sauveur St Lô	12	47	1 316	43	168	4 711
CH Pontorson	11	66	1 298	37	221	4 355
Normandie	883	1 097	33 671	119	148	4 547
France	18 112	31 042	485 753	130	223	3 494

883 jeunes Normands (<18ans) recourent à l'hospitalisation à temps complet, 1 097 jeunes patients sont pris en charge à temps partiel et 33 671 jeunes patients constituent la filière ambulatoire en établissements psychiatriques.

Le taux de recours en hospitalisation complète Infanto-Juvenile des Normands est de 119 patients/100 000 jeunes légèrement en dessous de la moyenne nationale de 130.

Il est de 148 en hospitalisation à temps partiel, en dessous de la moyenne nationale de 223, et de 4 547 actes pour 100 000 habitants en ambulatoire, très au dessus de la moyenne nationale de 3 494 (l'exhaustivité des données nationales n'est pas assurée).

Psychiatres libéraux et salariés

	Densité p/ 100 000 hab	Age Moyen
Calvados	21,2	51,0
Rouen/Elbeuf	19,2	49,5
Evreux/Vernon	16,5	55,5
Orne	12,8	51,3
Le Havre	11,8	54,5
Manche	11,3	54,3
Dieppe	10,6	50,5
Normandie	16,1	51,8

Source : RPPS

La densité des psychiatres en Normandie est de 16,1 pour 100 000 habitants. Elle est très faible pour les territoires de santé de Dieppe, de la Manche, du Havre et de l'Orne, avec des taux de 10,6 à 12,8 praticiens pour 100 000 hab. La moyenne d'âge des praticiens est plus élevée sur les territoire d'Evreux-Vernon (moyenne de 55,5 ans), du Havre (54,5 ans) et de la Manche (54,3 ans) comparée à la moyenne régionale de 51,8 ans.

	Recours pour 10 000 hab	Conso Moyenne *
Le Havre	215	6,2
Rouen/Elbeuf	207	4,0
Evreux/Vernon	193	7,7
Dieppe	173	7,2
Calvados	158	7,1
Orne	103	5,2
Manche	58	6,1
Normandie	163	6,4

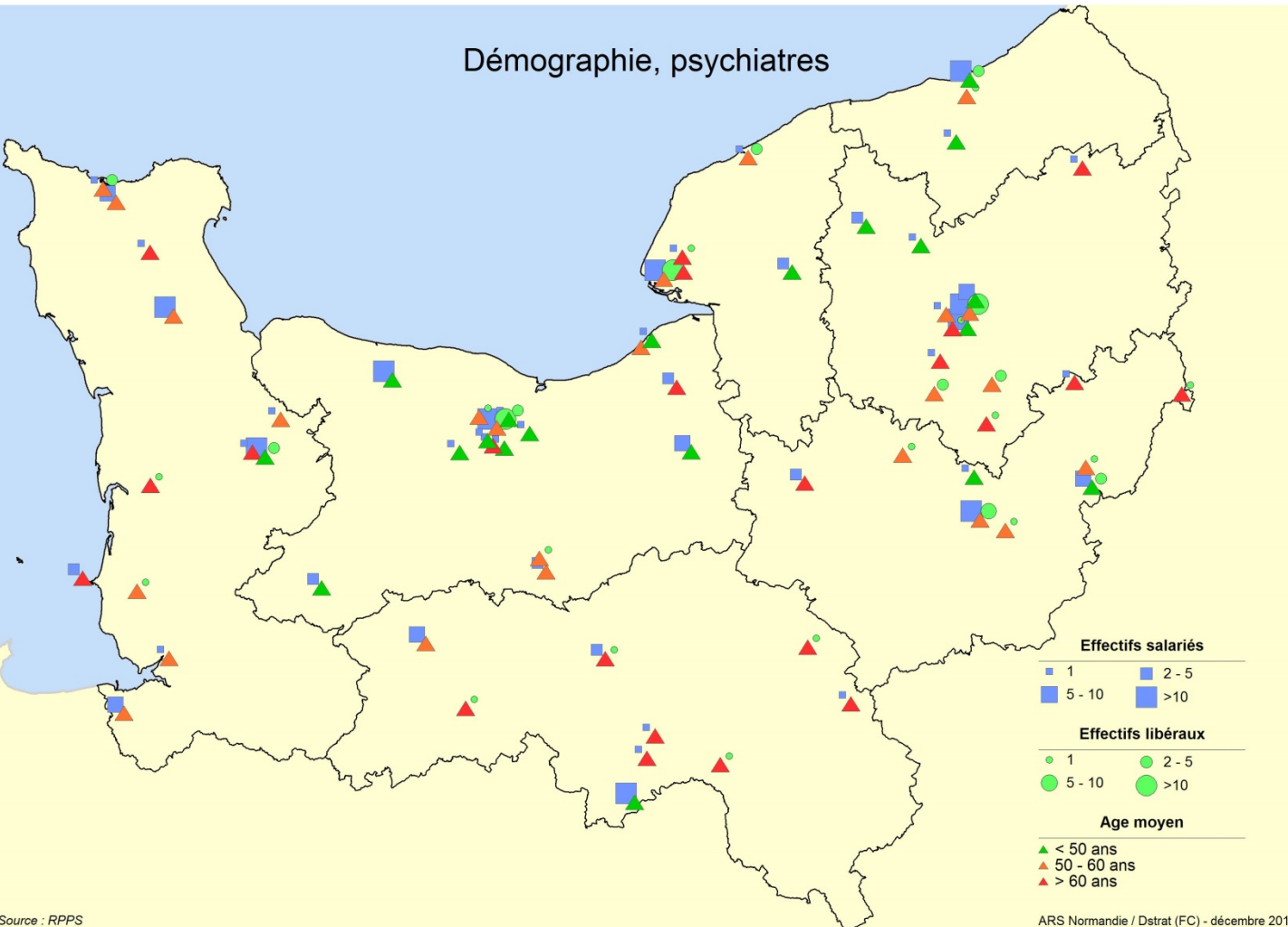
Source : SNIIRAM 2015

Activité de ville des psychiatres libéraux

En Normandie, en moyenne, sur 10 000 habitants, 163 patients consultent au moins une fois un psychiatre libéral en 2015; avec cependant des taux très faibles pour les territoires de santé de la Manche (58) et de l'Orne (103).

La consommation en ambulatoire est de 6,4 consultations par patient et par an en moyenne en Normandie, mais elle est uniquement de 4,0 et de 5,2 sur les territoires de Rouen/Elbeuf et de l'Orne.

Démographie, psychiatres



Les effectifs libéraux sont implantés sauf exceptions dans des cabinets.

Les salariés travaillent pour des hôpitaux (CH, CHR, CHS,...) ou pour des établissements médico-sociaux (spécialisé personnes handicapées par exemple)

	Libéraux	Salariés	Age moyen
CALVADOS	37	101	49,7
DIEPPE	4	13	49,3
EVREUX	15	46	53,1
LE HAVRE	23	29	53,0
MANCHE	10	49	53,4
ORNE	7	29	52,4
ROUEN	40	110	49,0
Région	136	377	50,8

L'offre de 1^{er} recours

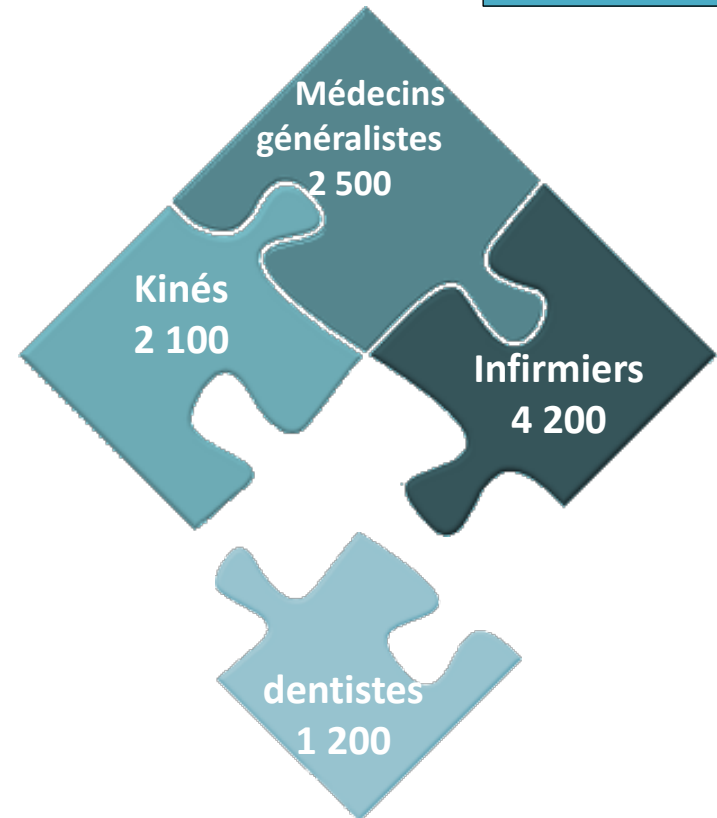
Le 1^{er} recours participe à l'offre de soins ambulatoire en organisant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation, le suivi et l'éducation pour la santé.

L'offre de 1^{er} recours est axée sur les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes exerçant en mode libéral. La majeure partie de la population vit à moins de 15 minutes des professionnels de 1^{er} recours. Toutefois, il est observé que les patients ne vont pas systématiquement consulter au plus proche de leur domicile. Il en va de même pour les spécialistes en accès direct que sont les gynécologues et ophtalmologues.

L'offre, l'attente, le lieu de travail, l'accessibilité sont autant d'indicateurs à prendre en considération pour l'analyse des disparités observées sur le territoire.

En région Normandie des disparités assez fortes entre territoires sont observées. Elles provoquent une grande variabilité sur l'activité (nombre d'actes) de chaque professionnel de santé.

L'accès aux soins de premier recours, par la loi, a été placé au cœur des priorités en mettant l'accent sur l'entrée par la ville dans le parcours de soins. L'enjeu repose donc sur le médecin généraliste qui est identifié comme le pivot coordonnateur du parcours de soins.



Accessibilité potentielle localisée

L'accessibilité potentielle localisée est associée à un indicateur de mesure qui est appliqué ici aux médecins généralistes libéraux de premier recours. Cet indicateur tient compte :

- du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre (source Assurance Maladie)
- du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande.

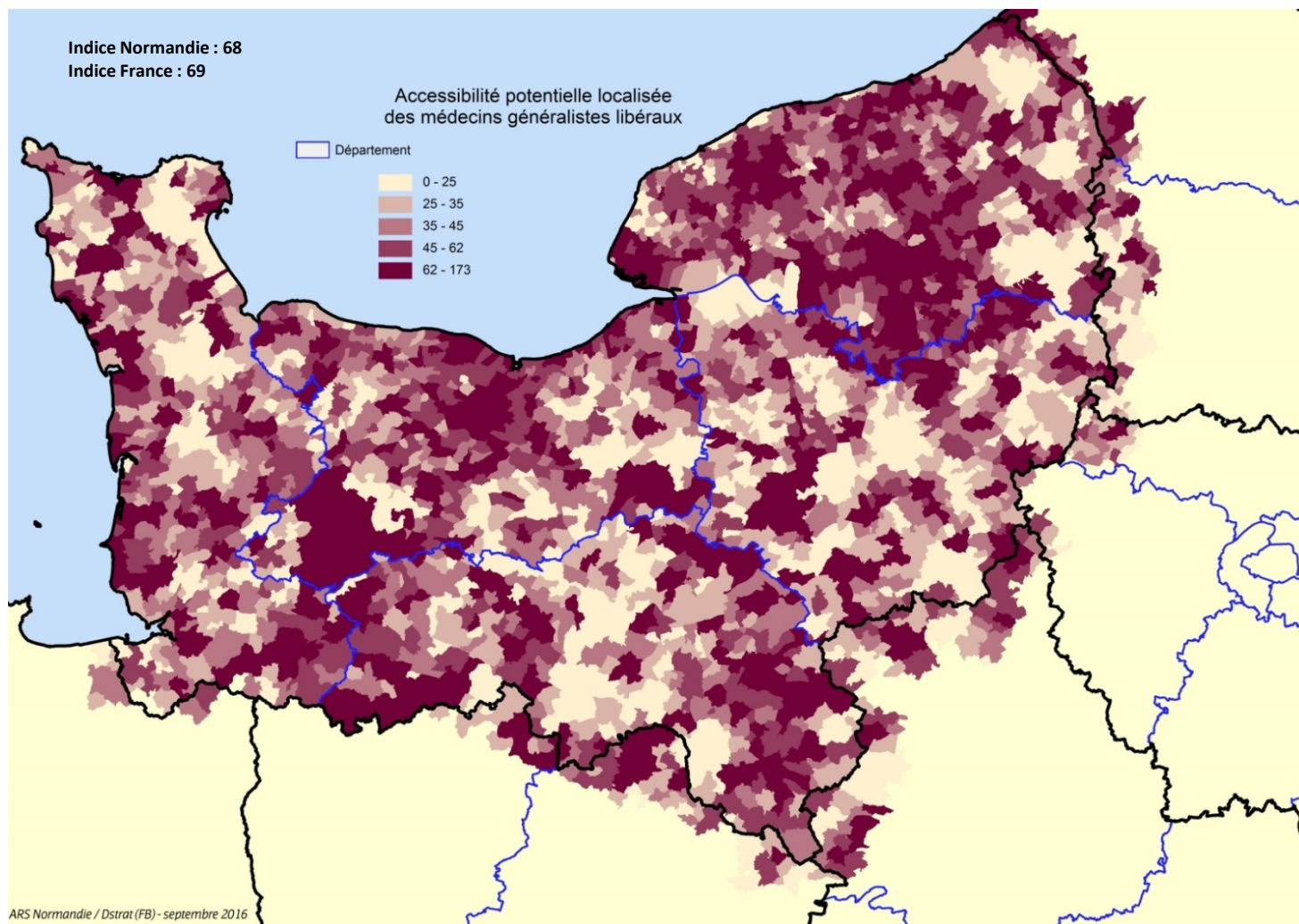
Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

La structure par âge de la population entre en ligne de compte dans cet indicateur.

La distance d'accès au professionnel est prise en compte car le recours y est inversement proportionnel.

L'indicateur moyen correspond à la densité de la profession traitée, sur l'ensemble du territoire. Sa valeur est donc de 69 (médecins pour 100 000 habitants) en France en 2013, et 68 pour la Normandie. Sur l'ensemble du territoire, l'indicateur vaut 49 pour les communes rurales et en couronne des pôles urbains.

Les deux teintes les plus claires de la carte normande signalent donc une accessibilité limitée.



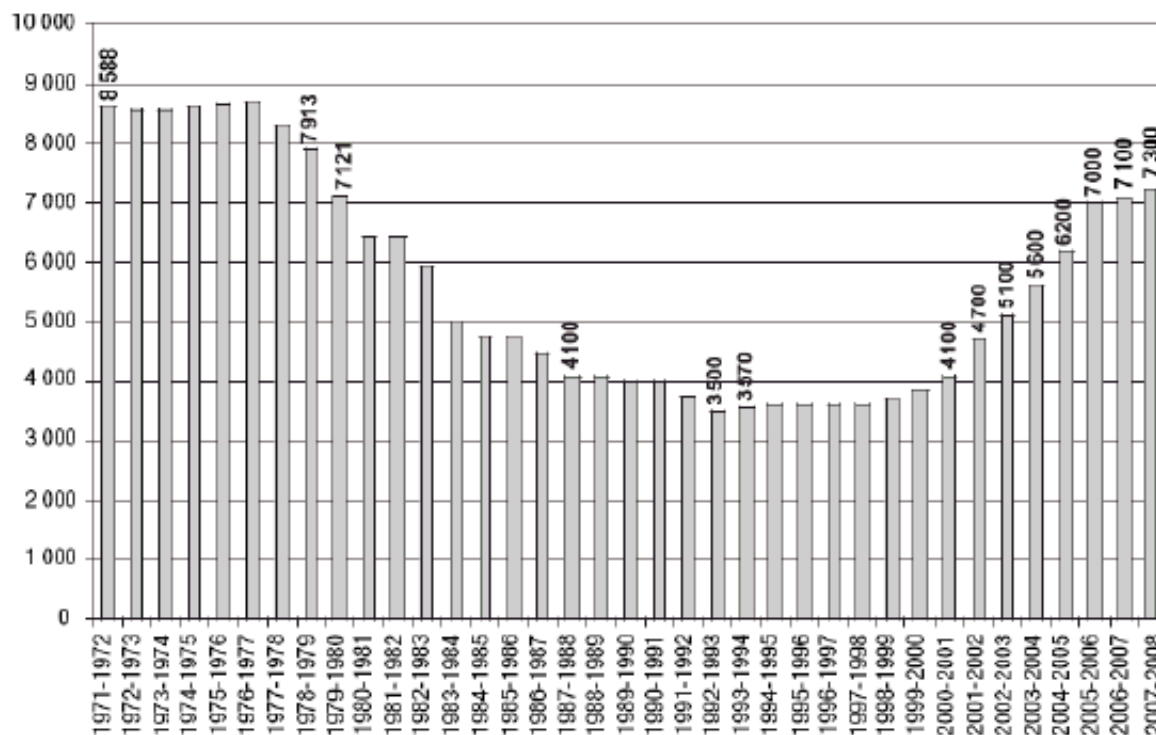
Élément de contexte national:

La baisse du nombre de médecins généralistes depuis 2007 - due aux départs en retraite et un *numerus clausus* non réévalué à la hausse jusqu'en 2006 (cf *graphique*) - va se prolonger jusqu'en 2020.

Conjuguée à la hausse et le vieillissement de la population française, la densité médicale chute ces dernières années.

Si des territoires sont épargnés grâce à une densité médicale forte ou un nombre de médecins en âge de partir à la retraite faible ou bénéficiant d'une attractivité d'implantation des nouveaux diplômés (comme *l'île de France, la côte méditerranéenne ou la Gironde*), ceux conjuguant des difficultés sur ces trois points doivent trouver des solutions pour réussir à garantir une offre satisfaisante en médecins généralistes ; à attirer de nouveaux médecins.

C'est principalement sur ces territoires qu'une nouvelle réponse est apparue : le recours à des médecins formés à l'étranger, pour pallier le déficit temporaire de médecins.



Médecins généralistes de premier recours

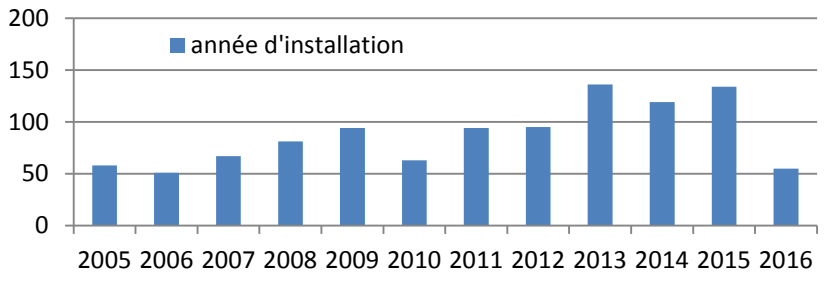
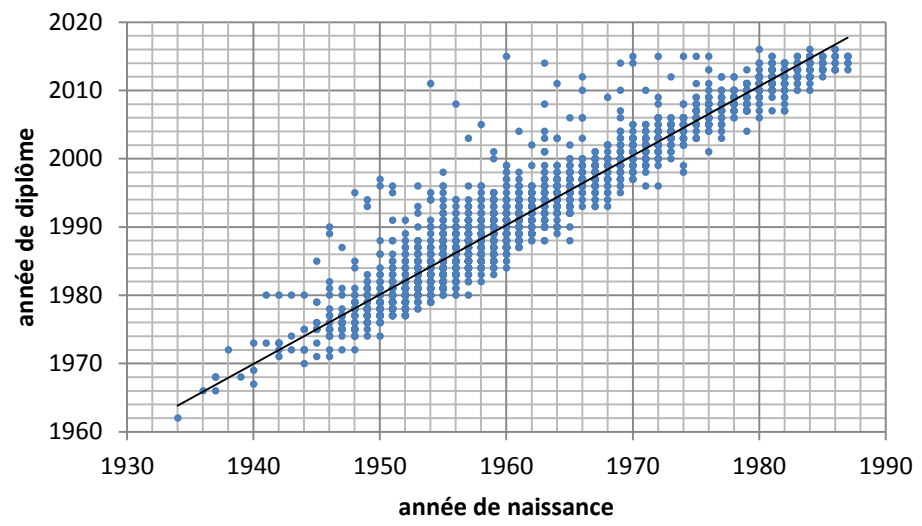
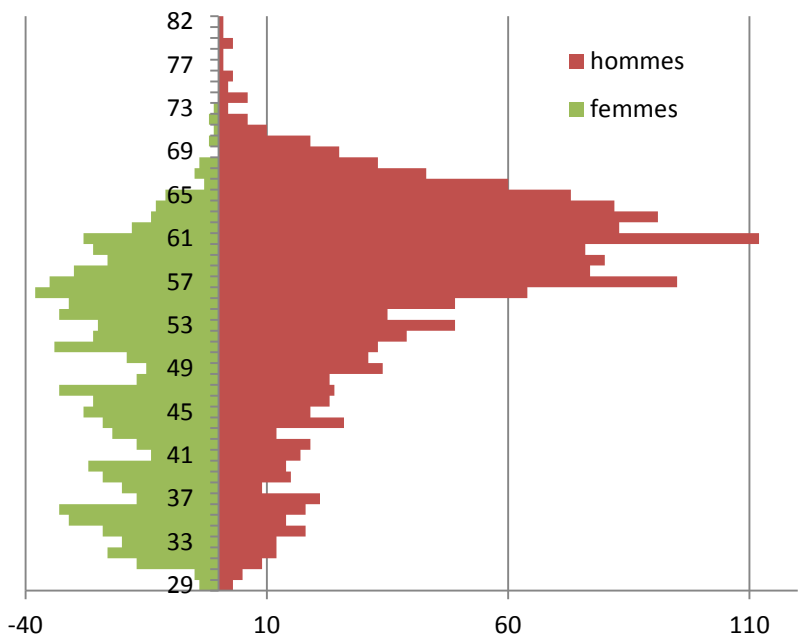
effectif département	sexe		ensemble	âge moyen		densité pour 10 000 h
	homme	femme		homme	femme	
Calvados	378	193	571	54 ans	47 1/2ans	8,3
Eure	224	129	353	56 1/2ans	47 ans	5,9
Manche	238	120	358	57 ans	50 1/2ans	7,2
Orne	136	55	191	60 ans	49 ans	6,6
Seine maritime	656	366	1022	56 1/2ans	48 ans	8,1
Normandie	1632	863	2495	56 ans	48 ans	7,5

Près de 2 500 médecins généralistes libéraux sont le premier maillon médical auprès de la population normande. L'Eure et l'Orne détiennent les plus faibles densités médicales.

Si, globalement, les femmes représentent un tiers des effectifs, la pyramide d'âges affiche qu'en dessous de 50 ans, les effectifs sont majoritairement féminins.

La valeur modale des hommes de 61 ans présage des départs en retraite de près d'un tiers des effectifs dans les cinq à huit années prochaines. Or les promotions récentes sont en moyenne d'environ 45 personnes.

Actuellement, la moitié des médecins normands ont 56 ans et plus, mais cette proportion est encore plus élevée dans l'Orne puis dans la Manche.



Le diplôme est désormais en moyenne obtenu à l'âge de 31 ans, entre 27 et 35 ans. 40 ans auparavant, il était obtenu un an plus jeune. Les diplômes obtenus plus tardivement sont en nombre des diplômés dispensés hors de France.

Pour la moitié des médecins, leur installation actuelle (en termes de commune) est antérieure à 2003. Bien qu'il y ait régulièrement quelques changements de cabinet ou de type d'activité, à moins de changements de comportements prévisibles, près de trois médecins sur quatre sont installés définitivement, sinon dans leur cabinet, du moins dans leur commune.

Des disparités entre les territoires

L’Orne fait partie des territoires les plus en difficulté de France cumulant une faible densité en médecins, des médecins très âgés et des difficultés à attirer de nouveaux médecins.

Depuis 2012, comme les autres territoires en difficulté, le territoire ornais a recouru aux médecins diplômés à l’étranger (hausse de la part dans les effectifs: +6,5 points : passage de 6 à 12,5% des effectifs). Mais ces recrutements n’ont pas permis de réduire le nombre de médecins en âge de partir à la retraite (âge moyen 58,8 ans) ni de maintenir les effectifs (-3% depuis 2012). Une des conséquences est une baisse du recours faute d’offre.

Les territoires d’Evreux/Vernon et la Manche possèdent également une activité par médecin élevée et ont également dans une moindre mesure eu recours aux diplômés à l’étranger. En revanche, ces territoires bénéficient d’un âge moyen plus favorable qui a permis, depuis quatre ans, de maintenir le nombre de médecins.

Les territoires de Dieppe, le Havre, Calvados et Rouen/Elbeuf possèdent tous une activité moyenne par médecin supérieure à la moyenne nationale mais cependant inférieure à celle des trois territoires précédemment cités. La moyenne d’âge des médecins étant plus basse, la gestion des départs à la retraite est moins préoccupante.

Territoire de santé	rappel 2012		Age moyen 2016 des médecins généralistes ayant un diplôme français	évolution 2012-2016 de:	
	Activité par médecin et par territoire	Age moyen des MG ayant un diplôme français		part des diplômés étrangers	nb médecins généralistes
Orne	6 371	58,5	58,8	6,5	-3%
Evreux/Vernon	6 531	56,7	56,2	4,0	1%
Manche	6 530	56,6	54,6	1,7	-1%
Dieppe	5 914	56,0	55,4	0,3	3%
LE HAVRE	5 821	56,0	55,0	2,5	-1%
Calvados	5 759	54,3	53,2	0,6	0%
Rouen/Elbeuf	4 804	54,0	52,6	0,5	1%
France métro.	4 770	55,3	54,9	1,4	-2%

Territoire	taux de recours 2014 par habitants (nb consultations)
Calvados	3,9
Dieppe	4,1
Evreux/Vernon	3,6
Le Havre	3,9
Manche	3,6
Orne	3,5
Rouen/Elbeuf	4,4
Normandie	3,9

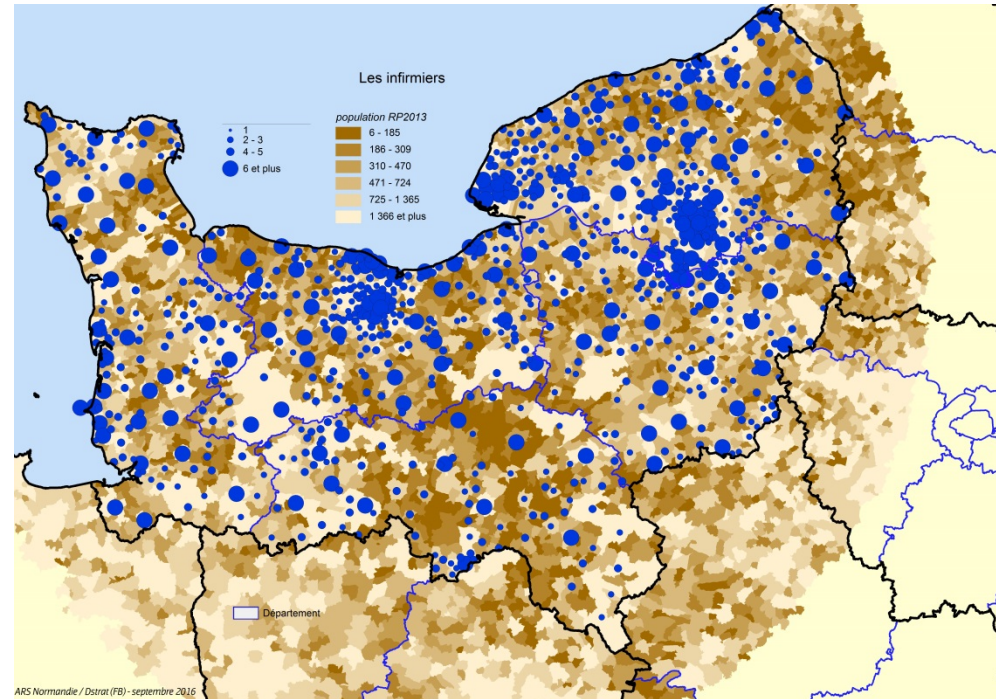
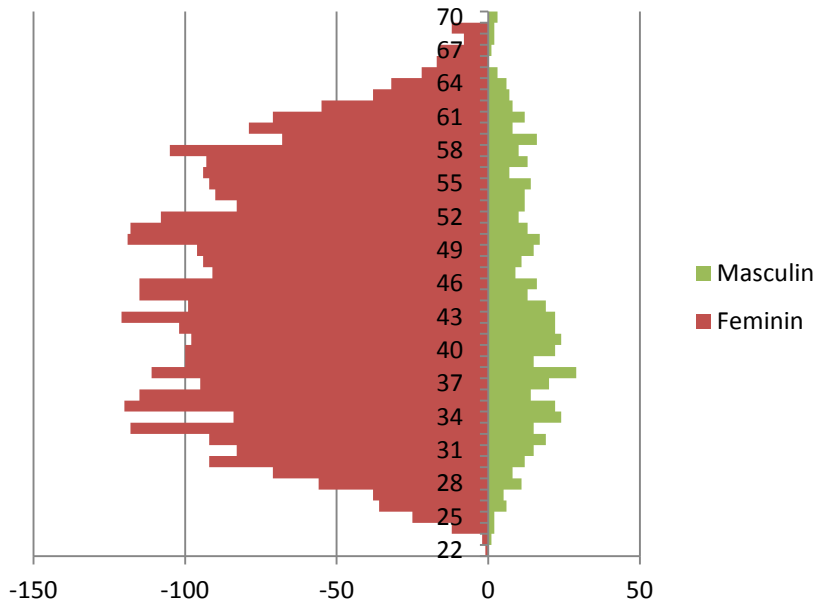
Source Cartosante 2014 /SNIIRAM/RPPS

Infirmiers

effectif département	sexe		ensemble	âge moyen		densité pour 10 000 h
	homme	femme		homme	femme	
Calvados	161	813	974	43 1/2 ans	45 1/2 ans	14,1
Eure	54	517	571	45 ans	44 ans	9,6
Manche	103	547	650	45 1/2 ans	45 1/2 ans	13,0
Orne	56	303	359	44 1/2 ans	45 1/2 ans	12,4
Seine maritime	195	1 412	1 607	42 1/2 ans	44 1/2 ans	12,9
Normandie	569	3 602	4 171	44 ans	45 ans	12,5

Près de 4 200 infirmiers exercent leur profession en activité libérale en Normandie. 220 d'entre elles exercent parallèlement une activité salariée, en général dans un établissement de soins.

Le maillage du territoire est assez bien réalisé puisqu'à peine plus d'1 % de la population est entre 5 et 10 km d'une infirmière. Bien que l'Eure soit nettement en sous-densité, sa population dispose toujours d'une infirmière à moins de 5 km.



Outre le fait que 85% de ces professionnels sont des femmes, la pyramide d'âge montre des irrégularités. L'activité libérale de l'infirmière est souvent sujette à évolutions, avec des alternances entre cabinet et salariat, voire remplacements ou arrêt temporaire d'activité. Ces événements peuvent expliquer l'irrégularité de la représentativité de chaque âge.

Les effectifs de 58 ans et plus, dont le départ en retraite est à prévoir dans les huit prochaines années sont de 600 personnes. C'est aussi le volume de la classe de 30 à 35 ans. Ceci permet d'envisager au moins un maintien des effectifs d'ici ce terme.

Population à plus de 5 km d'une infirmière

	population	en %
Calvados	2 770	0,4 %
Eure	0	
Manche	8 681	1,7 %
Orne	15 623	5,4 %
Seine-Maritime	10 476	0,8 %
Normandie	37 550	1,1 %

Des disparités entre les territoires

Dans les soins infirmiers, il est important de distinguer deux types de soins: les actes infirmiers de soins (AIS): des soins d'hygiène, et les actes médico-infirmiers (AMI) tels les piqûres, pansements complexes... Le premier type de soins n'est pas nécessairement réalisé par des infirmiers libéraux (par des SSIAD). Ainsi sur les territoires d'Evreux/Vernon et Rouen/Elbeuf, cette activité AIS est très peu réalisée par des infirmiers libéraux.

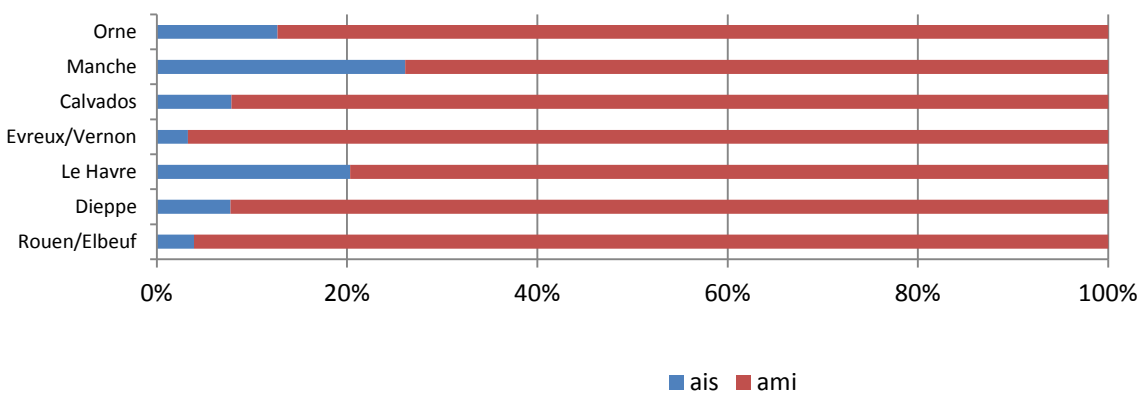
La projection est donc difficile à réaliser sur les actes AIS tant la prise en compte de l'implantation des SSIAD est importante.

Concernant les actes AMI, si le recours par âge reste identique, sur la base des projections départementales de population INSEE, le vieillissement de la population va mécaniquement entraîner une hausse annuelle proche de 1% par année.

Le taux de recours aux infirmiers libéraux est donc très lié à la réalisation ou non des actes AIS par les infirmiers libéraux.

Territoire	Prévision sur période 2014 à:		
	2020	2030	2040
Calvados	+ 8%	+ 18%	+ 30%
Manche	+ 8%	+ 20%	+ 32%
Orne	+ 7%	+ 16%	+ 25%
Eure	+ 5%	+ 11%	+ 18%
Seine Maritime	+ 5%	+ 13%	+ 21%

répartition de l'activité 2014 par nombre d'actes et par territoire

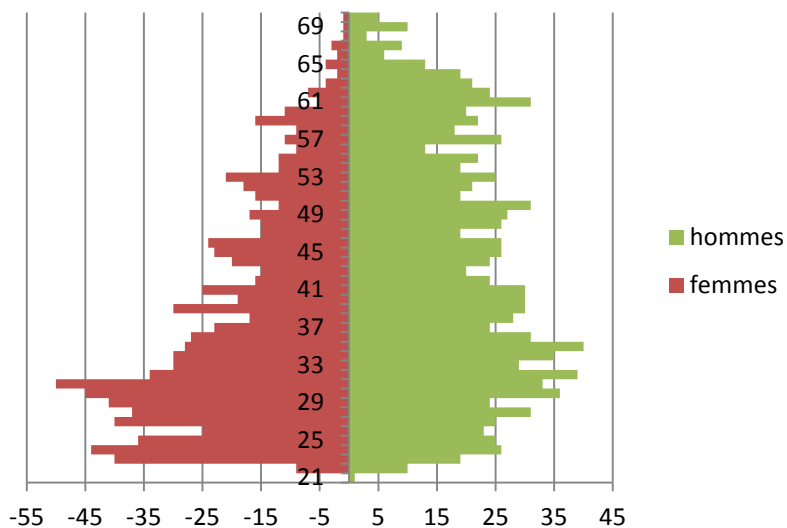


Territoire	taux de recours 2014 par habitants (en coefficients d'actes)
Calvados	6,9
Dieppe	8,3
Evreux/Vernon	5,0
Le Havre	9,4
Manche	8,4
Orne	7,6
Rouen/Elbeuf	7,1
Normandie	7,4

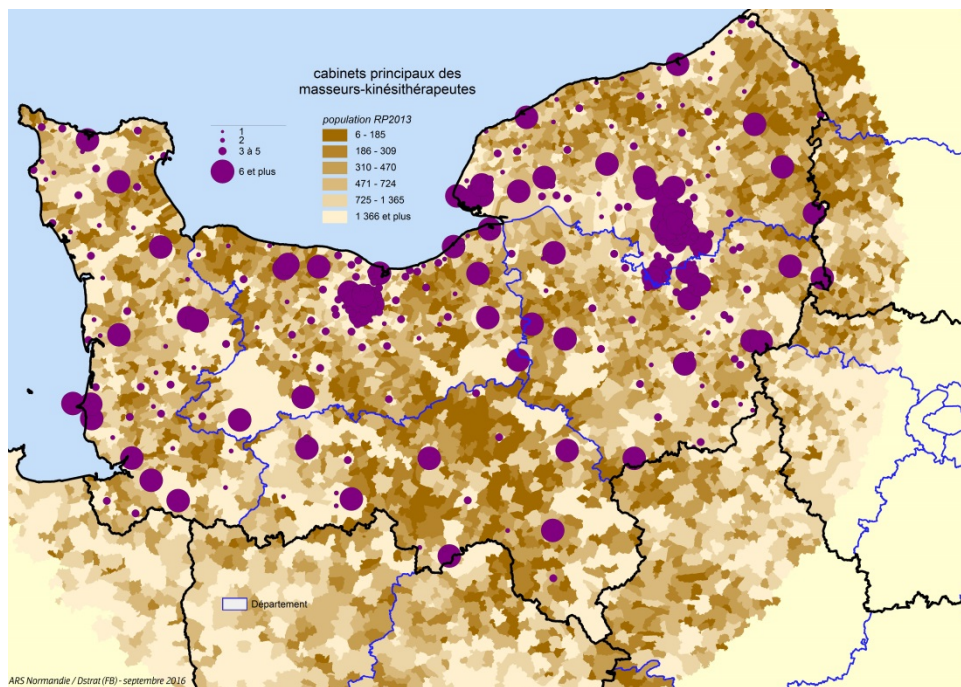
Masseurs-kinésithérapeutes

effectif département	sexe		ensemble	âge médian		densité pour 10 000 h
	homme	femme		homme	femme	
Calvados	288	234	522	40 1/2ans	38 ans	7,6
Eure	161	129	290	45 ans	34 ans	4,9
Manche	180	150	330	44 ans	36 ans	6,6
Orne	78	63	141	45 ans	35 ans	4,9
Seine maritime	431	376	807	39 1/2ans	33 1/2ans	6,4
Normandie	1138	952	2090	42 ans	34 1/2ans	6,3

Les 2 000 masseurs-kinésithérapeutes exerçant libéralement en Normandie ne sont pas uniformément répartis sur le territoire. L'Eure et l'Orne sont moins bien pourvus. A titre d'exemple, cinq communes de plus de 3 000 habitants de l'Eure, disposant d'une implantation, ne comptent qu'un professionnel. Cette situation ne se retrouve que dans une commune du Calvados et une de la Manche.



Par rapport aux autres professions étudiées, la pyramide des âges présente une base importante de personnes de moins de 40 ans. Cela permet de mesurer des moyennes d'âge relativement basses, et notamment en Seine-Maritime, tant pour les hommes que pour les femmes. On retrouve bien sûr un pic autour de 60 ans, plutôt masculin, correspondant aux générations des années 1950. Sur cette base des 40 ans et moins, l'équilibre par sexe est désormais au profit des femmes, à l'inverse des générations antérieures.



Les masseurs-kinésithérapeutes sont principalement implantés dans les agglomérations. Cependant 125 d'entre eux ont leur cabinet dans une commune de moins de 1 000 habitants, plutôt de la Manche ou de l'Orne.

Les actes de kinésithérapie réalisés hors établissement, se répartissent en deux grandes catégories : les actes de kinésithérapie ostéo-articulaire (AMS) qui touchent aussi bien les personnes jeunes qu'âgées. Et les autres (actes AMK: actes de kinésithérapie) qui concernent plus les personnes âgées.

Si le recours par âge ne varie pas dans les prochaines années, ces actes vont donc générer une hausse moyenne d'activité des kinésithérapeutes comprise entre 0,4% et 0,7% par an jusqu'en 2040 en Normandie.

Territoire	AMK			AMS			AMK + AMS		
	sur période 2014 à:			sur période 2014 à:			sur période 2014 à:		
	2020	2030	2040	2020	2030	2040	2020	2030	2040
Calvados	+ 5%	+13%	+ 20%	+ 4%	+ 9%	+15%	+ 5%	+11%	+18%
Manche	+ 6%	+15%	+ 24%	+ 5%	+11%	+18%	+ 6%	+13%	+21%
Orne	+ 4%	+10%	+ 16%	+ 3%	+ 7%	+10%	+ 4%	+ 8%	+13%
Eure	+ 3%	+ 7%	+ 12%	+ 2%	+ 4%	+ 6%	+ 2%	+ 6%	+ 9%
Seine Maritime	+ 3%	+ 7%	+ 11%	+ 2%	+ 4%	+ 6%	+ 2%	+ 5%	+ 8%

Source Cartosante 2014/SNIIRAM

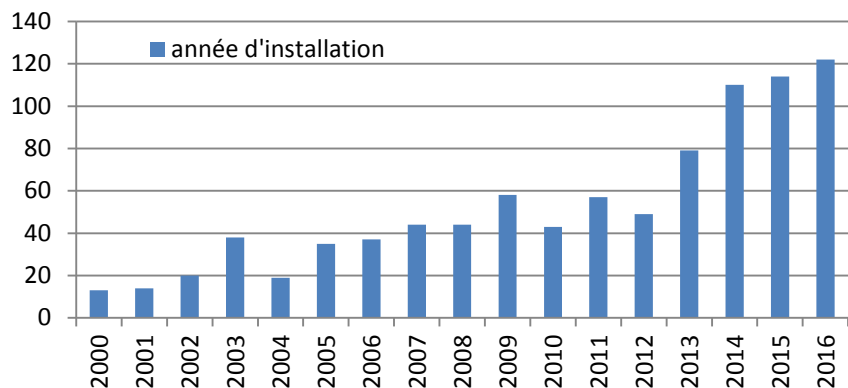
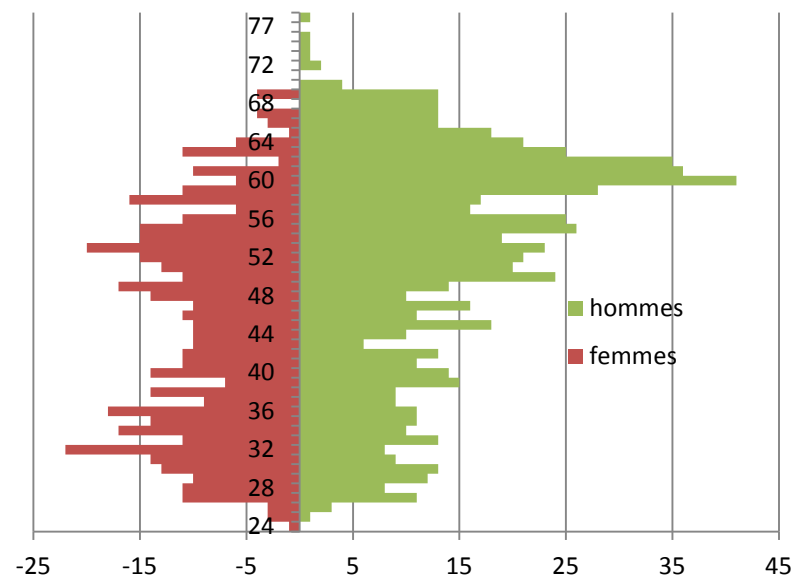
Territoire	taux de recours 2014 par habitants (en coefficients d'actes)
Rouen/Elbeuf	2,2
Dieppe	2,1
Le Havre	2,5
Evreux/Vernon	2,1
Calvados	2,4
Manche	2,2
Orne	1,8
Normandie	2,3

A l'échelle des territoires de santé, le taux de recours aux masseurs kinésithérapeutes semble lié à la densité médicale. C'est en effet sur les mêmes territoires que ces deux données sont les plus faibles : Orne et Eure, ou réciproquement les plus élevées : Calvados et Le Havre.

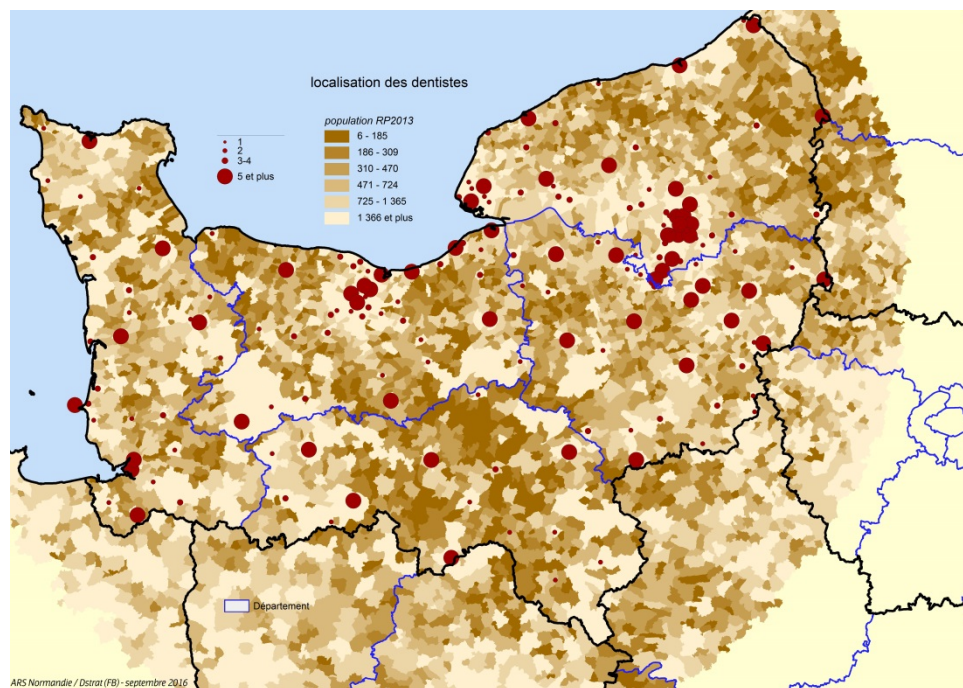
Chirurgiens-dentistes

1^{er} recours
dentistes

effectif département	sexe			âge médian		densité pour 10 000 h
	homme	femme	ensemble	homme	femme	
Calvados	179	100	279	52 1/2ans	40 ans	4,0
Eure	114	80	194	55 ans	49 ans	3,3
Manche	112	61	173	52 1/2ans	47 1/2ans	3,5
Orne	56	39	95	56 ans	41 ans	3,3
Seine maritime	262	196	448	56 1/2ans	48 ans	3,7
Normandie	723	476	1199	52 1/2ans	44 1/2ans	3,6



1 200 dentistes libéraux sont installés en Normandie. La profession est quasiment pour les deux tiers masculine, même si l'équilibre femme/homme est acquis pour les jeunes générations. Les importants effectifs de 60 ans et plus (essentiellement masculins) laissent entrevoir pour les prochaines années une réduction d'effectifs. Cette réduction devrait être moindre dans le Calvados et la Manche que dans les autres territoires du fait de l'allure des pyramides d'âges. Les dentistes libéraux sont installés sur 300 communes de la région. Sur deux tiers d'entre elles, ils sont seuls ou à deux. Caen, Rouen et Le Havre comptent chacun autant de professionnels, soit entre 85 et 89. Les six bassins de vie les moins denses sont Caudebec et Fauville-en-Caux, Cany-Barville et Luneray (76) suivis de Brionne (27) et Valognes (50)



La moitié des installations actuelles ont été réalisées depuis 2009. Le volume moyen de 110 installations annuelles sur les trois dernières années comprend un grand nombre de reprises de cabinets, par des jeunes dentistes, mais aussi suite à des déménagements.

Le recours au chirurgien-dentiste est particulièrement important entre 50 et 74 ans..

Si le recours par âge reste identique, on observera en Normandie une hausse du recours jusqu'en 2025 suivi ensuite d'une baisse. En effet, la tranche d'âge 50 -74 ans, forte consommatrice, augmente jusqu'en 2025, mais au-delà ce sont essentiellement les tranches d'âge plus élevé dont les effectifs sont en croissance. Et, à ce jour, le recours au dentiste s'amenuise avec les ans.

Territoire	évolution moyenne annuelle jusqu'en 2040	sur période 2014 à:		
		2020	2030	2040
Calvados	+ 0,2%	+ 3,9%	+ 5,3%	+ 6,7%
Manche	+ 0,3%	+ 4,8%	+ 7,4%	+10,2%
Orne	+ 0,1%	+ 2,5%	+ 2,2%	+ 1,8%
Eure	- 0,1%	+ 1,0%	- 1,1%	- 3,3%
Seine Maritime	- 0,1%	+ 1,5%	- 0,2%	- 1,9%

Source Cartosante 2014/SNIIRAM

En termes de recours, il y a peu de différences entre les territoires.

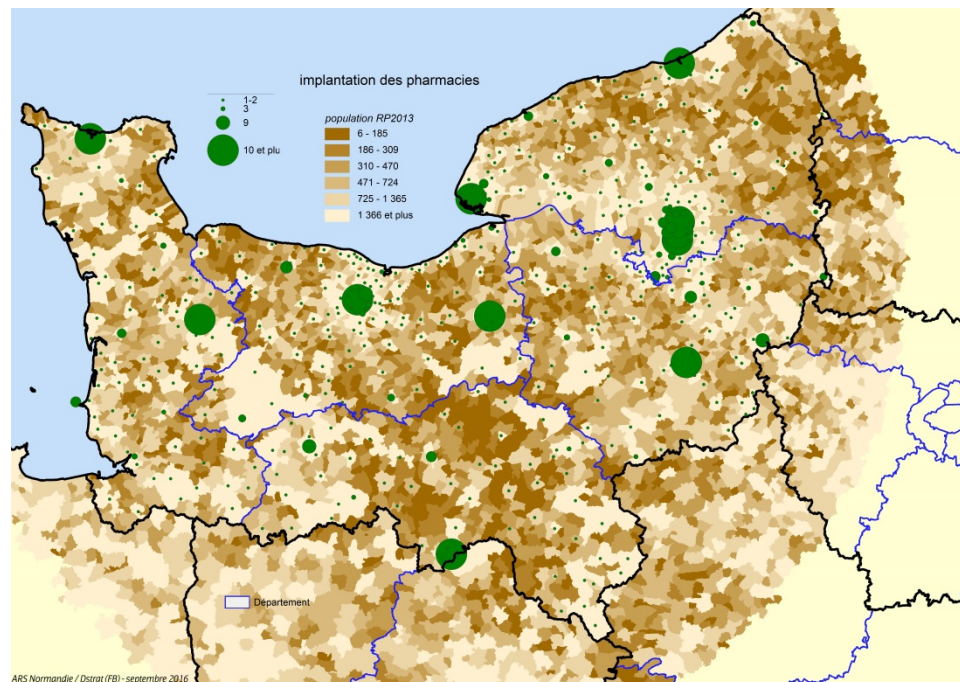
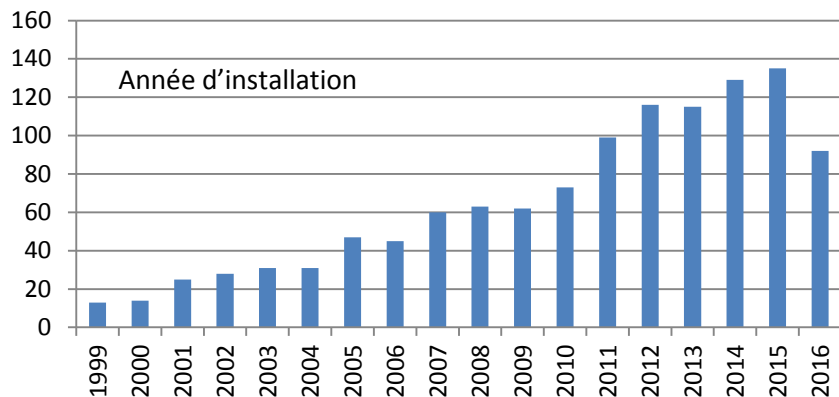
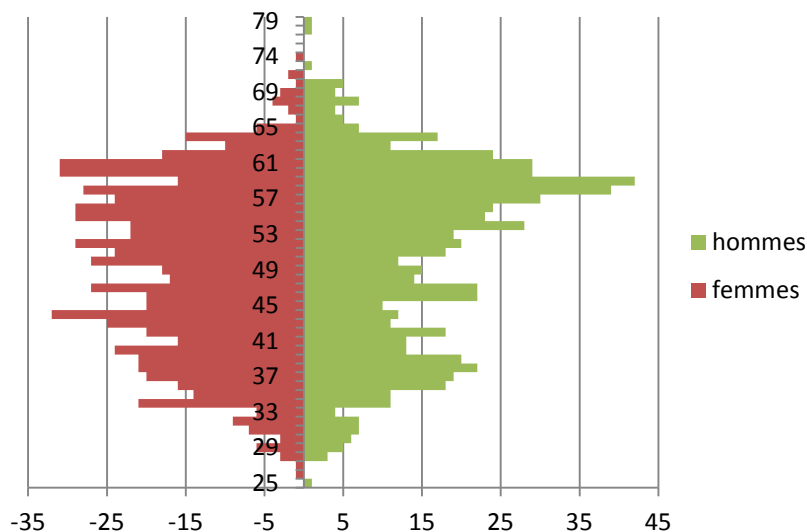
Territoire	% de recours à un dentiste en 2014
Calvados	26%
Dieppe	24%
Evreux/Vernon	25%
Le Havre	27%
Manche	26%
Orne	26%
Rouen/Elbeuf	26%
Normandie	26%

Pharmaciens et pharmacies

1^{er} recours pharmacies

effectif département	sexe		ensemble	âge médian		densité pour 10 000 h
	homme	femme		homme	femme	
Calvados	148	168	316	47 1/2ans	48 ans	4,6
Eure	101	107	208	54 ans	49 ans	3,5
Manche	114	127	241	56 1/2ans	50 ans	4,8
Orne	69	66	135	52 1/2ans	52 ans	4,7
Seine maritime	252	275	527	56 1/2ans	48 ans	4,2
Normandie	684	743	1427	52 1/2ans	50 ans	4,3

1 427 pharmaciens et pharmaciennes sont installés en Normandie. A l'échelle du département, l'Eure dispose de la densité la plus faible, suivie de la Seine-Maritime. La répartition dans les trois autres départements est plus uniforme. La répartition par sexe est assez équilibrée, légèrement au profit des femmes, et ce quel que soit l'âge. L'âge moyen est de 51 ans sur la région. Les pharmaciens du Calvados sont cependant nettement plus jeunes.



1 011 pharmacies sont installées sur la région. 40% d'entre elles sont administrées par un pharmacien unique. Dans les structures les plus importantes il peut y avoir 4, voire 5 docteurs en pharmacie.

La moitié des pharmaciens sont installés depuis douze ans ou plus dans leur commune. Le rythme actuel est d'environ 120 nouvelles installations chaque année, ce qui permet de compenser les départs en retraite.

Thématique	Synthèse	Synthèse
Insuffisance rénale chronique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disparité du maillage territorial ▪ Fragilité des ressources en néphrologues (sauf en Seine-Maritime malgré la légère baisse du nombre de néphrologues) 	
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des disparités de taux d'équipement d'un département à l'autre ▪ Compléter les filières gériatriques à une échelle de proximité. 	
Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit en professionnels de santé dans certains territoires (lien avec la démographie médicale) ▪ Des zones non couvertes par l'ensemble des structures (tous les territoires de parcours ne disposent pas de dispositif de répit par exemple) 	
Personnes handicapés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fiabilisation des données sur cette problématique est nécessaire pour pouvoir objectiver les disparités territoriales 	
Obésité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des disparités de recours entre territoires (un recours plus important sur la partie orientale) 	
Urgences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de zones blanches, en particulier grâce à l'offre de SMUR hélicoptérés 	
Cancer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le SROS Bas-Normand remet actuellement à plat l'offre à travers l'analyse des seuils d'activité non atteints. 	
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des disparités infra territoriales sur les taux d'équipement 	
Autisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une fiabilisation des données sur cette problématique est nécessaire pour pouvoir objectiver les disparités territoriales 	
Addictologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une disparité importante de l'offre CSAPA et CAARUD entre les territoires de santé de Normandie 	
Périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des zones non couvertes à 45 min (Perche Ornais et Lessay-Barneville) 	
Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un taux de recours plus faible que la moyenne nationale, notamment en cardiologie interventionnelle sur la partie orientale de la Normandie 	
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de recours très faible autour de Lillebonne et faible, sauf en Seine-Maritime, en psychiatrie pour adultes ▪ Taux de recours faible dans l'ouest de la région en psychiatrie infanto-juvénile 	
1 ^{er} recours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plus faible densité de médecins généralistes dans l'Orne et l'Eure ▪ Faible densité de la plupart des professionnels dans l'Eure ▪ Le Calvados, comparé à la Normandie, tire son épingle du jeu 	<p>Rédacteurs : François BOUTIN, Céline LEROY, Jean-Luc FOSSARD, Yann POUGET, Hélène BRIFFAUT, Roseline DERSY, Florian COTTEBRUNE, Patricia MARIE, Catherine REBOUL, Justine LENOIR, Emmanuel BEUCHER</p>