

Diagnostic régional sur les besoins de santé

Pourquoi faire une analyse des besoins?

Pour déterminer ses priorités de santé dans le cadre du futur **Projet Régional de Santé normand**, l'Agence Régionale de Santé de Normandie doit préalablement objectiver les besoins de santé de la population normande.

Il s'agit de décrire et de comprendre les caractéristiques des besoins régionaux. Quel est l'état de santé des normands ? Que se passe-t-il sur ce territoire ? Pourquoi est-il atypique ?

Le périmètre d'étude repose sur la définition de la notion de « besoins de santé », très large si l'on se réfère à la définition de l'OMS.

Ainsi, le présent document ne passe pas en revue l'intégralité des données disponibles mais repose sur une sélection d'indicateurs. Cela ne permet pas de répondre à toutes les questions des différents champs de la santé.

Au-delà de la mise en évidence de constats, démontrer les facteurs explicatifs n'est pas toujours possible. Mais le présent document permet de poser des hypothèses. Sa lecture soulèvera également de nouvelles questions. Elles pourront faire l'objet de travaux complémentaires ou de renvoi à des diagnostics régionaux (réalisés par les partenaires) ou travaux nationaux existants.

Dans le cadre de l'élaboration du PRS2, l'objectif général de ce diagnostic, en plus d'être la description d'une situation de départ, est de permettre à l'ARS d'identifier les leviers pertinents à actionner pour améliorer l'état de santé de la population normande. Ce premier document relatif aux besoins de santé est complété par un état de l'offre de santé.



Comment définir le « besoin » de santé ?

La santé est définie par l'OMS comme un équilibre physique, mental et social vers lequel l'individu doit tendre pour être dit en « bonne santé ».

Le besoin de santé peut être défini comme un manque, un écart entre l'état de santé existant et observé d'une part, et l'état de santé désiré ou de référence d'autre part.

On supposera donc que les besoins de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus sont inversement proportionnels à l'état de santé; c'est-à-dire que plus l'état de santé est préoccupant, plus le besoin de santé est important.

Dans la mesure du possible, l'étude s'attache à ne traiter que de la notion de besoin de santé. Elle se distingue de la demande de santé et de la consommation de santé (recours à l'offre). Concrètement, un individu peut être dans une situation de besoin de santé (risque de morbidité par exemple) sans pour autant faire appel au système de santé. Etudier uniquement la demande et la consommation de santé serait ainsi réducteur, ne ciblant que les individus qui font appel au système de santé. Or l'objectif du PRS est l'amélioration de la santé de la population, quel que soit son comportement vis-à-vis du système de santé. Toutefois, la disponibilité des données rend parfois nécessaire l'utilisation d'indicateurs de consommation afin d'approcher certains besoins, partant de l'hypothèse que l'état de la consommation (à un soin, à un dispositif...) rend compte du besoin.

Diagnostic régional sur les besoins de santé

Sommaire

Présentation du territoire.....	Page :	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Analyse de l'état de santé.....	Page :	<input checked="" type="checkbox"/> 8
Analyse des déterminants de santé.....	Page :	<input checked="" type="checkbox"/> 31
Synthèse.....	Page :	<input checked="" type="checkbox"/> 39
Bibliographie.....	Page	<input checked="" type="checkbox"/> 41



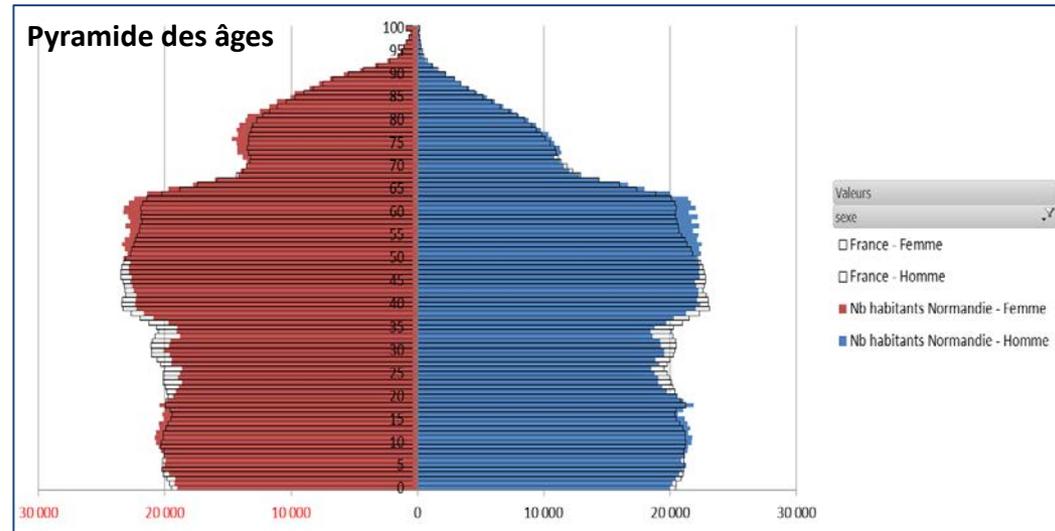
Des caractéristiques démographiques globales proches de la moyenne française avec des disparités infra-territoriales fortes

Une région proche de la moyenne d'âge nationale, avec des disparités marquées : Les territoires de santé de la Manche, de l'Orne et de Dieppe sont en moyenne plus âgés que le reste de la Normandie.

Léger déficit des moins de 5 ans et des 20 à 50 ans par rapport à la France ; un nombre important de femmes de 72 à 85 ans, ainsi qu'une surreprésentation des personnes de 50 à 65 ans.

Même si la part d'actifs est globalement moindre que sur l'hexagone, les équilibres démographiques ne sont pas fondamentalement différents du reste du territoire.

* L'indice de vieillissement est le rapport de la population de 65 ans ou plus à celle de moins de 20 ans.



Caractéristiques démographiques	Calvados	Manche	Orne	Évreux-Vernon	Dieppe	Rouen-Elbeuf	Le Havre	Normandie	France Métropolitaine
Superficie (km ²)	5 548	5 938	6 103	4 312	1 808	4 114	2 084	29 907	543 963
Densité (h/km ²)	124	84	48	93	93	199	218	111	115
Population légale 2016	689 945	499 919	288 848	403 500	168 679	821 740	455 733	3 328 364	65 564 756
Indice de vieillissement *	72,5	91,4	93,2	61,9	76,4	64,0	65,5	72,6	71,8

Source INSEE

Et demain quelle évolution de la population ?

Une augmentation de la population dans l'Eure et le Calvados, principalement sur les 60 ans et plus.

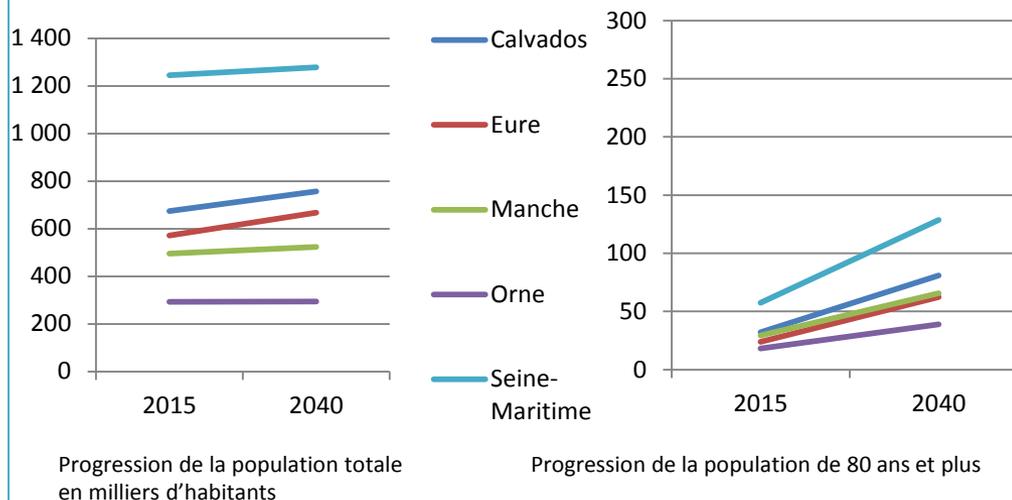
À l'horizon 2040, la population normande serait accrue de 240 000 habitants, principalement dans l'Eure (+96 000h) et dans le Calvados (+83 000h), mais ce sont exclusivement les effectifs des personnes de 60 ans et plus qui augmentent. Alors qu'elles représentent aujourd'hui 22% de l'ensemble, ce ratio passerait à 33% en 2040. Selon les départements, les effectifs augmentent de 50% (Orne) à 80% (Eure).

Quel que soit le département, les effectifs de 80 ans et plus doubleraient.

Ainsi, le taux de personnes âgées de 80 ans et plus ramené à la population atteindrait jusqu'à 13% dans la Manche et l'Orne.

Dans l'Eure, la population des moins de 60 ans se maintiendrait alors qu'elle se réduirait de 4% dans le Calvados, à 17% dans l'Orne.

L'âge moyen augmenterait ainsi d'environ 5 ans : de 4,6 ans en Seine-Maritime à 6,1 ans dans la Manche



Le modèle de projection de l'INSEE en Normandie

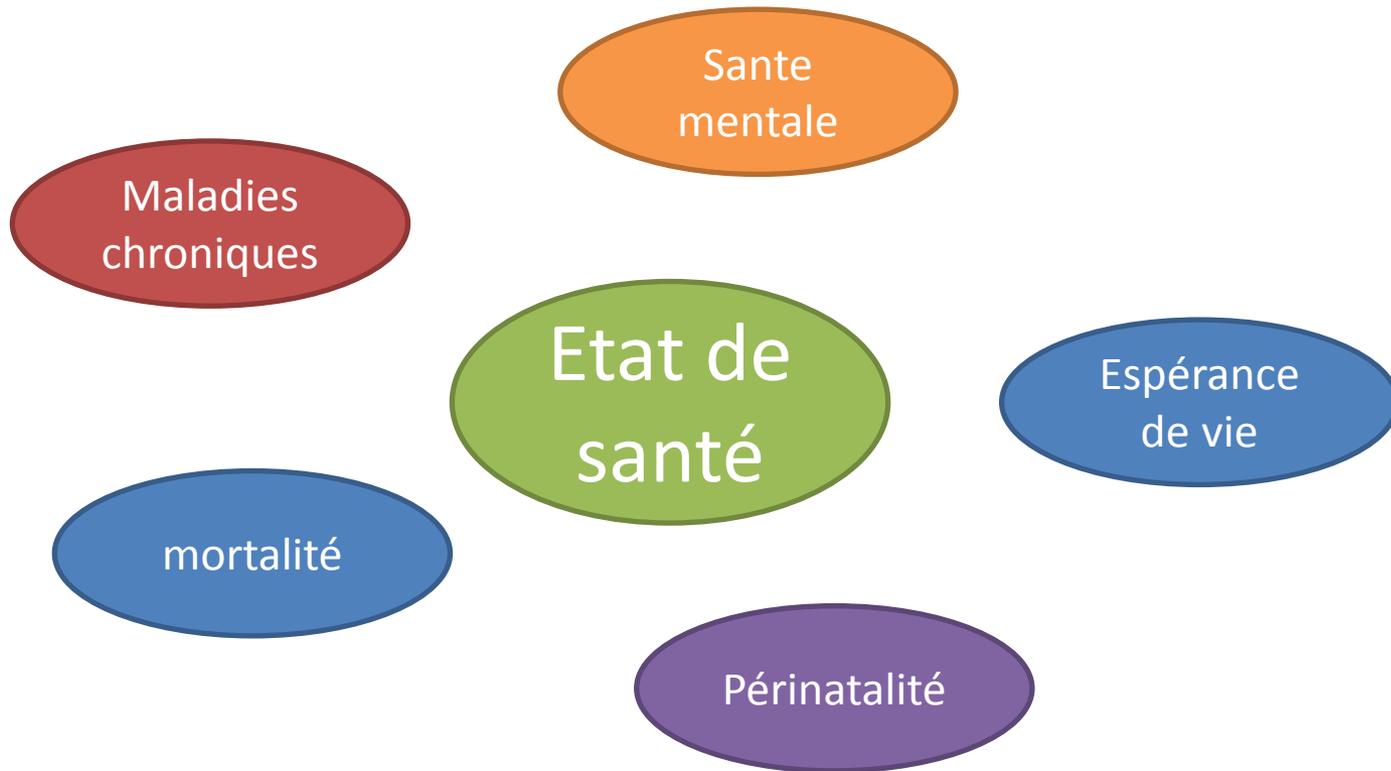
L'INSEE a réalisé des projections de population à l'horizon 2040, sous diverses hypothèses. Le scénario central est celui dont les hypothèses sont les plus proches des évolutions récentes, en termes de fécondité et de natalité, de mortalité, de mouvements de population et d'attractivité des territoires. Le niveau d'étude le plus fin est le département, les regroupements régionaux étant sur les anciennes régions.

Si le taux moyen annuel d'évolution est le même entre Haute et Basse-Normandie (+0,2%), il ne se décompose pas du tout de la même façon selon les ex régions. En Haute-Normandie, le solde naturel est positif (+0,27%) et le solde migratoire légèrement négatif alors qu'en Basse-Normandie c'est le solde migratoire qui est positif (+0,24%), les naissances ne compensant plus les décès. Jusqu'à 40 ans, les profils migratoires – mesurés sur la période 2007-2012 - des deux ex régions sont voisins : les 15-25 ans quittent la région et les familles accompagnées de jeunes enfants viennent s'installer.

En revanche, au delà de 40 ans la Basse-Normandie reste légèrement attractive et connaît de nouveau un palier d'arrivées autour de 60 ans tandis que la Haute-Normandie est relativement stationnaire, la baisse s'amplifiant aussi autour de 60 ans. La présence d'établissements d'accueil pour personnes âgées est sans doute l'explication d'une recrudescence d'arrivées dans chacune des anciennes régions après 80 ans.

L'analyse de l'état de santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Preambule de 1946 à la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).



Analyse de la mortalité :

une surmortalité liée aux cardiopathies ischémiques, à la consommation excessive de tabac et d'alcool et aux suicides

L'état de santé

	Femmes			Hommes	
	Nbre de décès	ICM		Nbre de décès	ICM
2007-2013					
Décès dus à la consommation de tabac	11 678	108,2	Décès dus à la consommation de tabac	22 070	107,6
Décès par maladies cérébrovasculaires	7 232	102,3	Décès par cardiopathies ischémiques	8 967	117,9
Décès par cardiopathies ischémiques	7 055	121,8	Décès par cancers de la trachée des bronches et du poumon	8 815	105,7
Décès par maladies de l'appareil respiratoire	6 244	100,5	Décès dus à la consommation excessive d'alcool	6 951	126,3
Décès par cancer du sein	4 699	106,9	Décès par maladies de l'appareil respiratoire	6 610	100,2
Décès par cancer de la prostate			Décès par maladies cérébrovasculaires	5 143	104,2
Décès par cancer du côlon-rectum	3 186	105,1	Décès par suicide	3 663	132,3
Décès par cancers de la trachée des bronches et du poumon	2 602	92,6	Décès par cancer de la prostate	3 643	111,2
Décès dus à la consommation excessive d'alcool	1 900	116,2	Décès par cancer du côlon-rectum	3 544	105,9
Décès par suicide	1 160	119,7	Décès par accidents de la circulation	1 062	103,2
Décès par accidents de la circulation	341	102,6	Décès par cancer du sein		

L'indice comparatif de mortalité (ICM) :

Cet indice permet de comparer globalement, ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne. En aucun cas, les indices comparatifs masculins et féminins ne sont comparables entre eux, car l'indice masculin est calculé à partir des taux de mortalité de la population masculine et l'indice féminin à partir de la mortalité féminine.

Taux de mortalité 2007-2013 (toutes causes)

Territoires de santé	femmes	hommes
Dieppe	685	1 235,3
Évreux/Vernon	680	1 186,6
Le Havre	664,2	1 185
Normandie	634,8	1 130,3
Rouen/Elbeuf	634	1 117,7
Orne	622,3	1 091
Calvados	611,9	1 091
France	610,4	1 048,4
Manche	606,3	1 114

Source CepiDc

Moyenne des décès pour 100 000 habitants

Une situation sanitaire moins favorable en Normandie que dans les autres régions de France métropolitaine. L'écart est encore plus marqué pour la mortalité prématurée (avant 65 ans). L'ICM avant 65 ans atteint 115 pour les hommes et aussi 108 chez les femmes. Les décès liés aux suicides, à la consommation excessive d'alcool et aux cardiopathies ischémiques y sont surreprésentés autant chez les hommes que chez les femmes.

Une surmortalité sur les territoires de Dieppe, Évreux-Vernon et Le Havre.

Le tableau ci-contre met en évidence des disparités marquées entre territoires aussi bien chez les hommes que chez les femmes

Cartographie des pathologies

La Caisse nationale d'Assurance maladie (CnamTS) a mis au point des algorithmes médicaux capables de repérer la population atteinte de certaines pathologies ou recevant des traitements fréquents, ou graves, ou coûteux.

A partir des données médico-administratives du Sniiram, chaînées à celles du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), ont été cartographiés les 56 millions de bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) en 2011, 2012 et 2013 en fonction de pathologies, conditions ou traitements fréquents, ou graves, ou coûteux. Il s'agit des personnes ayant eu des dépenses médicales affectées au régime général d'Assurance maladie.

Parmi l'ensemble de ces bénéficiaires, **13 grandes catégories** non exclusives de pathologies ont été formées, correspondant à **56 groupes** non exclusifs.

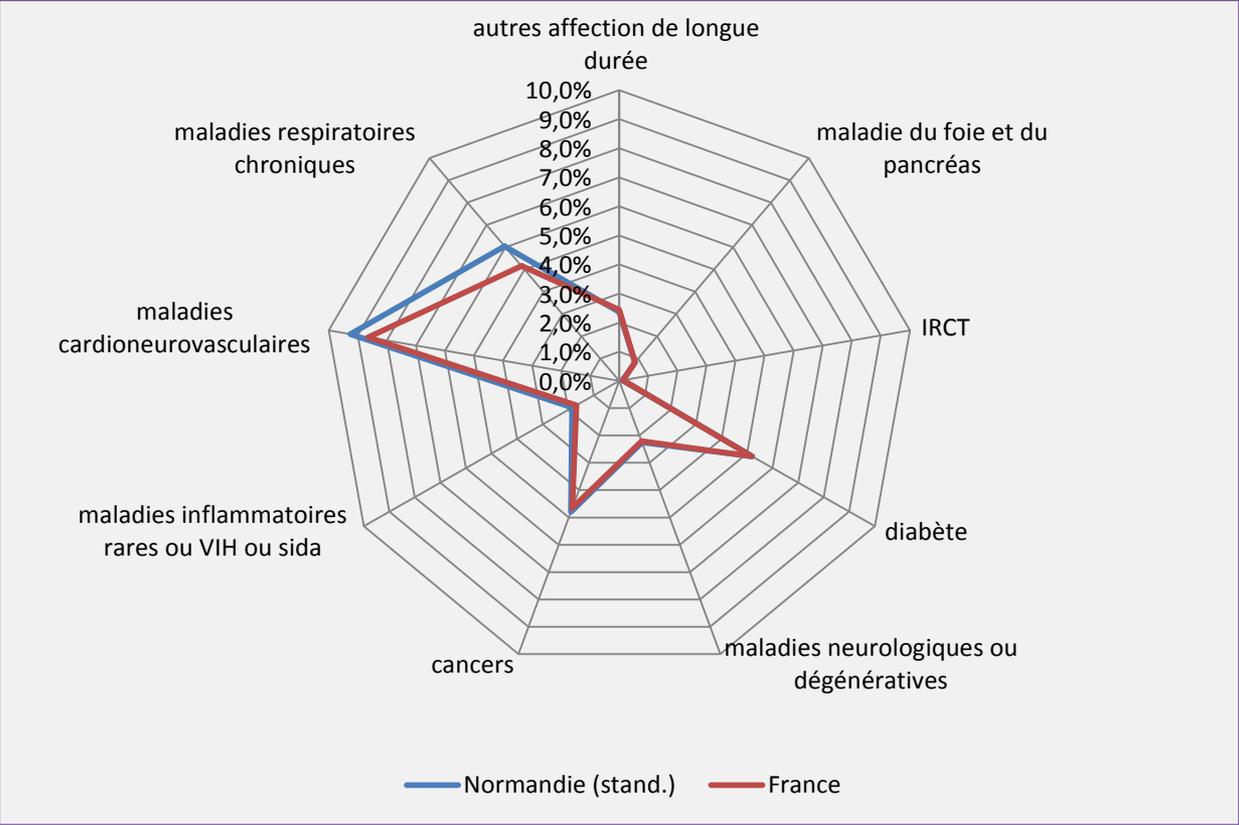
La maternité est considérée ici comme une pathologie en raison du « risque assurantiel » qu'elle représente. Les traitements médicamenteux (traitements du risque vasculaire et traitements psychotropes) sont relatifs à un risque de pathologie.



Pour aller plus loin : voir les travaux de la CNAMTS

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dépenses/index.php>

Les maladies chroniques :



La Normandie plus touchée par les maladies cardio-neuro-vasculaires et respiratoires.

Sur les 10 «pathologies» présentées ici, les maladies cardio-neuro-vasculaires (AVC, artériopathie, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire etc) sont les plus importantes, elles touchent presque 10% des bénéficiaires assurance maladie. Les maladies respiratoires chroniques (Asthme, BPCO) arrivent en second, elles touchent plus de 6% des bénéficiaires. Le diabète et le cancer arrivent en troisième et quatrième position. Leur proportion dans la population couverte ne se différencie pas du niveau national, contrairement aux maladies cardio-neuro-vasculaires et respiratoires qui s'en distinguent.

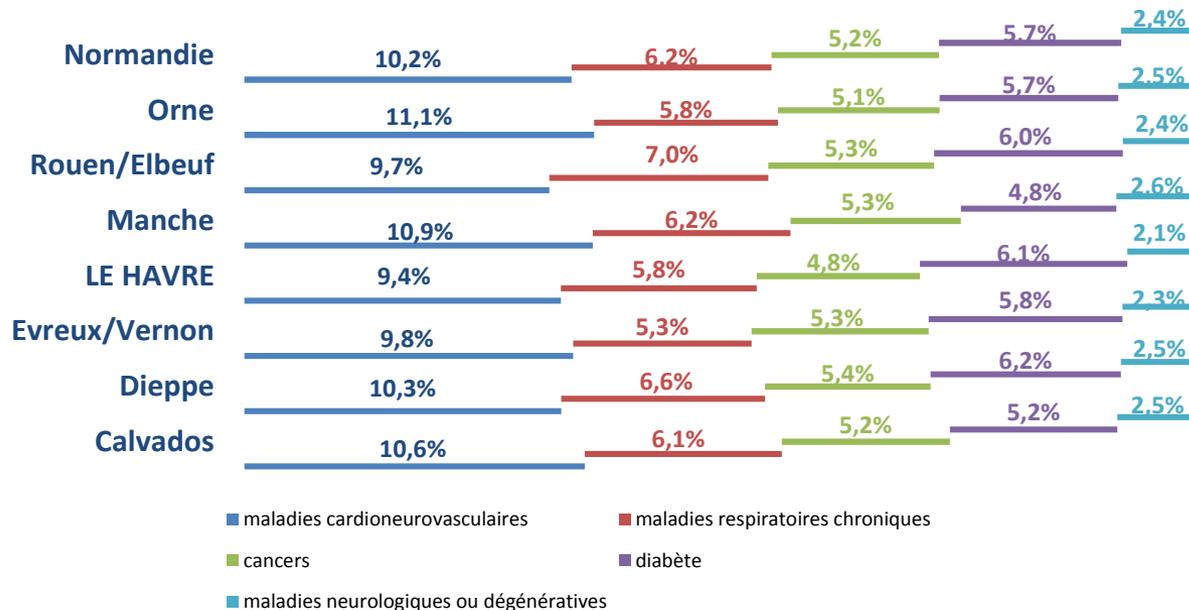
Source cartographie des pathologies 2013, CNAMTS exploitation ARS
Standardisation âge et sexe sur la population couverte du titre du Régime Général et des sections locales mutualistes

Les maladies chroniques : analyse par territoire de santé

Fréquences	Calvados	Dieppe	Evreux Vernon	LE HAVRE	Manche	Rouen/ Elbeuf	Orne	Normandie
maladies cardio-neuro-vasculaires	10,6%	10,3%	9,8%	9,4%	10,9%	9,7%	11,1%	10,2%
maladies respiratoires chroniques	6,1%	6,6%	5,3%	5,8%	6,2%	7,0%	5,8%	6,2%
cancers	5,2%	5,4%	5,3%	4,8%	5,3%	5,3%	5,1%	5,2%
diabète	5,2%	6,2%	5,8%	6,1%	4,8%	6,0%	5,7%	5,7%
maladies neurologiques ou dégénératives	2,5%	2,5%	2,3%	2,1%	2,6%	2,4%	2,5%	2,4%
autres affection de liongue durée	2,0%	3,4%	2,7%	1,9%	2,2%	3,2%	2,0%	2,5%
maladies inflammatoires rares ou VIH ou sida	1,7%	2,1%	1,9%	2,0%	1,9%	2,1%	1,6%	1,9%
maladie du foie et du pancréas	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	1,0%	0,8%	0,9%
IRCT	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

Source CNAMTS cartographie des pathologies 2013

Fréquence des pathologies par territoire de santé (tx standardisé)



Des disparités territoriales marquées

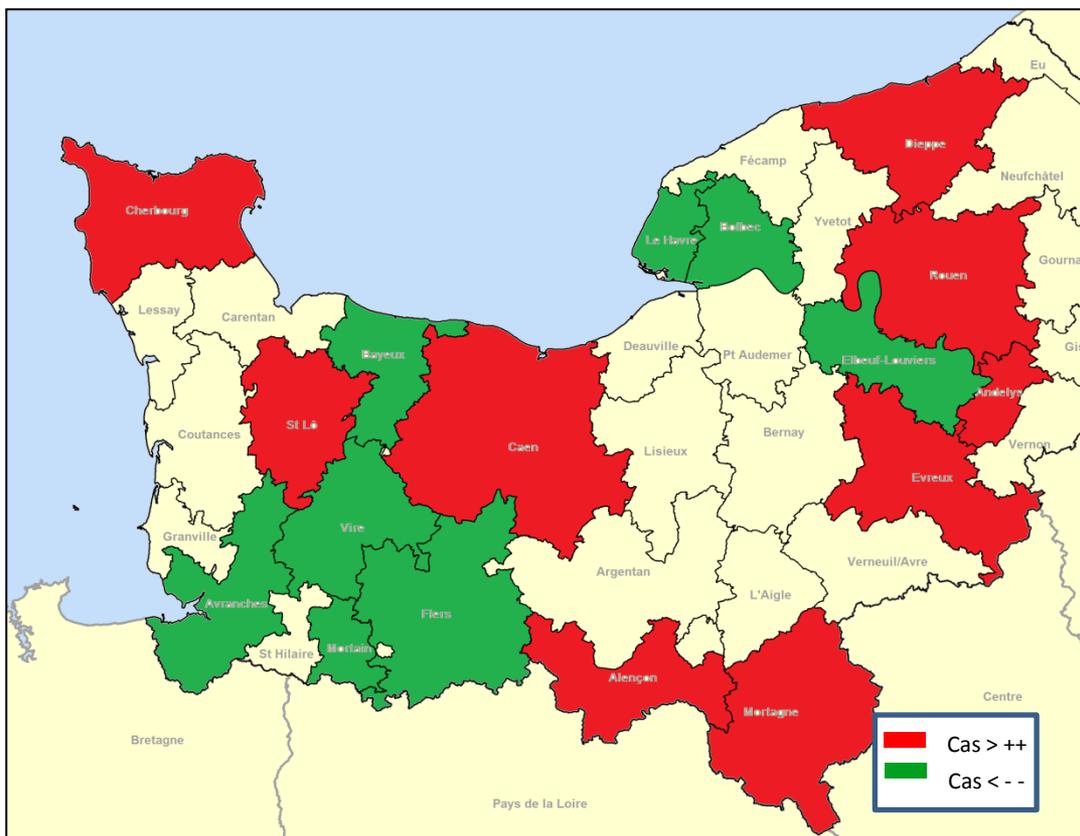
Les territoires de santé de l'Orne, de la Manche présentent une proportion de pathologies cardio-neuro-vasculaires standardisée plus importante que le reste du territoire.

Les maladies respiratoires chroniques sont plus importantes sur les territoires de Rouen/Elbeuf et Dieppe.

Les cancers semblent être plus importants sur le territoire de Dieppe.

La partie orientale de la Normandie semble d'avantage touchée par le diabète.

Enfin les maladies neurodégénératives semblent d'avantage toucher la partie occidentale et le territoire de santé de Dieppe.



	Tx stand. Cancer
MORTAGNAIS	5,7%
CHERBOURGEOIS	5,7%
ALENÇONNAIS	5,5%
SAINT-LOIS	5,5%
L.A.-GAILLON	5,5%
ROUEN	5,4%
EVREUX	5,4%
DIEPPE	5,4%
CAENNAIS	5,3%
NORMANDIE	5,2%
ELBEUF-LOUVIERS	5,0%
BAJOCASSE	4,9%
BOLBEC-LILLEB	4,8%
LE HAVRE	4,7%
VIROIS	4,7%
AVRANCHINAIS	4,6%
MORTAINAIS	4,4%
FLERIEN	4,4%

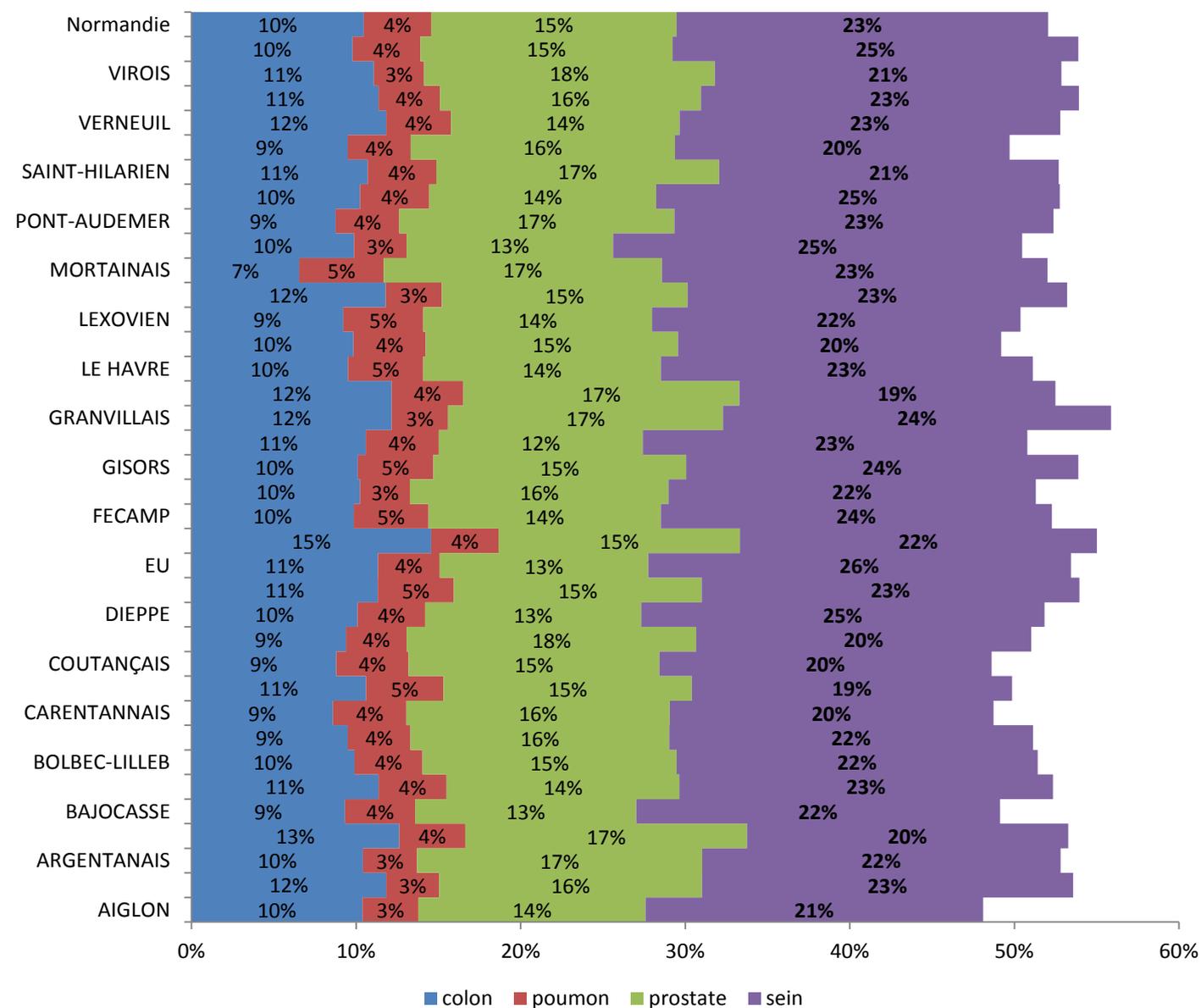
Cartographies de pathologies CNAMTS, taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée Rg+SLM

Les territoires de Cherbourg, Rouen, Caen, Evreux et les territoires du sud Orne comptent une proportion standardisée plus importante de pathologies cancers que la région (territoires en rouge).

A contrario, les territoires du Sud Manche, du Havre et d'Elbeuf affichent un taux standardisé de pathologies cancers plus faible que la région.

Les territoires en beige ne se distinguent pas de manière significative du taux régional.

Répartition des cancers pour les cancers les plus fréquents (stand.)

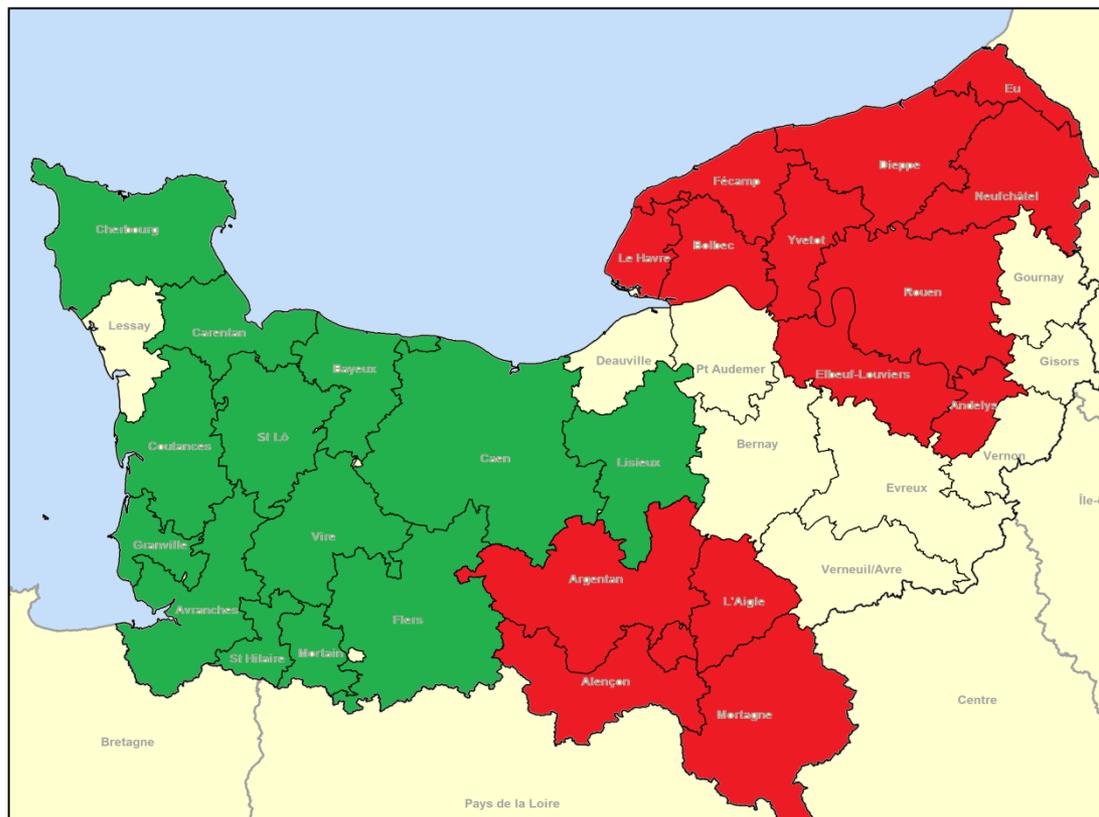


La répartition des cancers n'est pas la même d'un territoire à l'autre.

Les territoires d'Evreux et dans une moindre mesure Avranches, Verneuil, Mortagne, Granville, L.A. Gaillon et Alençon présentent une proportion plus importante de cancer colorectal (actifs + surveillances) que la région.

Pour le cancer de la prostate, les territoires de Vire, Deauville, St Hilaire, Pont-Audemer, Mortagne, Avranches-Granville se distinguent des autres territoires.

Enfin pour le cancer du sein, les territoires d'Eu, Rouen, Yvetot, Neufchâtel, Dieppe présentent une proportion plus forte que la région (actifs + surveillances)



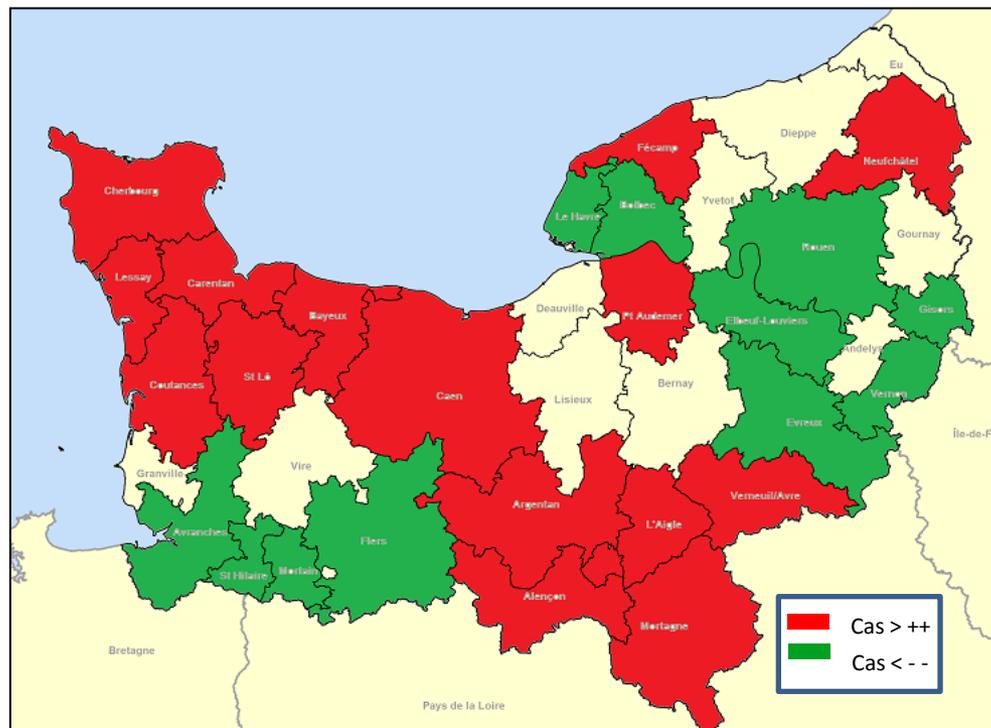
Cartographies de pathologies CNAMTS, taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée Rg+SLM

Une proportion plus forte de diabète dans la partie orientale de la Normandie et dans le sud de l'Orne.

En gommant l'effet lié à la structure de la population, deux zones se distinguent par leur proportion importante de diabète : la partie orientale de la Normandie et le sud ornaï. Les territoires de la Manche et du Calvados présentent un taux de diabétiques inférieur à la région.

	Tx stand.
FECAMP	6,9%
NEUFCHATEL	6,6%
EU	6,4%
MORTAGNAIS	6,2%
AIGLON	6,2%
BOLBEC-LILLEB	6,1%
L.A.-GAILLON	6,1%
ARGENTANAIS	6,1%
LE HAVRE	6,1%
ROUEN	6,0%
GISORS	6,0%
VERNEUIL	6,0%
DIEPPE	6,0%
ELBEUF-LOUVIERS	6,0%
ALENÇONNAIS	5,9%
YVETOT	5,9%
NORMANDIE	5,7%
LEXOVIEN	5,4%
BAJOCASSE	5,4%
CHERBOURGEOIS	5,3%
CARENTANNAIS	5,3%
CAENNAIS	5,2%
COUTANÇAIS	5,1%
SAINT-LOIS	5,0%
DEAUVILLAIS	4,9%
FLERIEN	4,9%
VIROIS	4,8%
MORTAINAIS	4,4%
GRANVILLAIS	4,3%
SAINT-HILARIEN	4,2%
AVRANCHINAIS	3,9%

Focus sur les maladies cardio-neuro-vasculaires : analyse par territoire de proximité



Cartographies de pathologies CNAMTS, taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

Une proportion plus forte de pathologies cardiovasculaires sur la partie occidentale de la Normandie.

Le Sud de l'Orne, le Nord de la Manche ainsi que le Calvados comportent une proportion de maladies cardio-neuro-vasculaires plus forte que la région. Ce nombre est très élevé malgré la standardisation sur le territoire de l'Aigle.

	Tx stand.
AIGLON	13,5%
ARGENTANAIS	12,1%
SAINT-LOIS	12,1%
COUTANÇAIS	11,9%
LESSAY	11,6%
ALENÇONNAIS	11,4%
VERNEUIL	11,2%
CHERBOURGEOIS	11,2%
MORTAGNAIS	11,2%
CARENTANNAIS	10,9%
NEUFCHATEL	10,8%
FECAMP	10,7%
CAENNAIS	10,7%
PONT-AUDEMER	10,6%
BAJOCASSE	10,6%
ROUEN	10,0%
NORMANDIE	10,2%
FLERIEN	9,7%
EVREUX	9,6%
AVRANCHINAIS	9,5%
LE HAVRE	9,1%
GISORS	9,0%
VERNON	8,9%
SAINT-HILARIEN	8,8%
ELBEUF-LOUVIERS	8,7%
BOLBEC-LILLEB	8,5%
MORTAINAIS	8,2%

	artériopathie oblitérante des membres inférieurs	insuffisance cardiaque chronique	maladie coronaire chronique	sequelles AVC	trouble du rythme de la conduction cardiaque	
AIGLON	1,3%	1,7%	4,1%	0,9%	3,0%	
ALENÇONNAIS	1,0%	1,0%	3,5%	1,2%	2,8%	
ARGENTANAIS	1,4%	1,0%	3,6%	1,0%	2,9%	
AVRANCHINAIS	1,0%	0,7%	2,9%	1,0%	2,2%	
BAJOCASSE	1,1%	1,0%	3,4%	1,1%	2,3%	
BERNAY	1,1%	0,9%	2,9%	1,1%	2,6%	
BOLBEC-LILLEB	0,8%	0,9%	2,2%	0,9%	2,1%	
CAENNAIS	1,2%	0,9%	3,7%	1,0%	2,3%	
CARENTANNAIS	1,3%	1,1%	3,3%	1,1%	2,3%	
CHERBOURGEOIS	1,3%	0,9%	3,7%	1,1%	2,5%	
COUTANÇAIS	1,2%	1,0%	3,7%	1,1%	3,2%	
DEAUVILLAIS	1,1%	0,9%	3,4%	1,0%	2,4%	
DIEPPE	1,2%	1,0%	2,5%	1,2%	2,4%	
ELBEUF- LOUVIERS	1,1%	0,8%	2,3%	1,0%	2,0%	
EU	1,3%	0,9%	2,6%	1,3%	2,7%	
EVREUX	1,0%	1,0%	2,6%	1,1%	2,4%	
FECAMP	1,1%	1,2%	2,8%	1,1%	2,6%	
FLERIEN	1,1%	0,9%	2,9%	0,9%	2,3%	
GISORS	0,9%	1,0%	2,6%	0,7%	2,1%	
GOURNAY	1,1%	1,1%	2,5%	1,1%	2,5%	
GRANVILLAIS	1,4%	0,8%	3,2%	1,2%	2,3%	
L.A.-GAILLON	1,2%	0,8%	2,6%	0,9%	2,5%	
LE HAVRE	1,1%	0,9%	2,5%	0,9%	2,0%	
LESSAY	1,1%	1,0%	3,7%	1,0%	3,1%	
LEXOVIEN	1,0%	1,0%	3,4%	1,0%	2,3%	
MORTAGNAIS	1,1%	1,1%	3,3%	1,0%	2,6%	
MORTAINAIS	0,9%	0,6%	2,1%	0,8%	2,1%	
NEUFCHATEL	1,1%	1,0%	2,9%	1,3%	2,6%	
PONT-AUDEMER	0,9%	1,1%	3,2%	1,0%	2,6%	
ROUEN	1,1%	1,0%	2,8%	1,1%	2,4%	
SAINT-HILARIEN	0,9%	0,8%	2,6%	0,9%	1,9%	
SAINT-LOIS	1,3%	1,1%	3,7%	1,3%	2,7%	
VERNEUIL	1,2%	1,1%	3,1%	1,1%	2,8%	
VERNON	0,9%	0,8%	2,5%	0,9%	2,3%	
VIROIS	1,2%	0,9%	2,8%	0,9%	2,5%	
YVETOT	0,9%	1,0%	2,7%	1,1%	2,4%	
Normandie	1,1%	0,9%	3,0%	1,0%	2,4%	

Des territoires touchés par des pathologies neuro-cardio-vasculaires sensiblement différentes.

La ventilation des pathologies neuro-cardio-vasculaires par territoire montre une prégnance plus forte de certaines pathologies cardiaques.

Les insuffisants cardiaques sont ainsi beaucoup plus nombreux sur le territoire de l'Aigle comparativement à la région. Les syndromes coronariens sont également beaucoup plus nombreux sur le territoire de l'Aigle et sur les territoires du nord Cotentin.

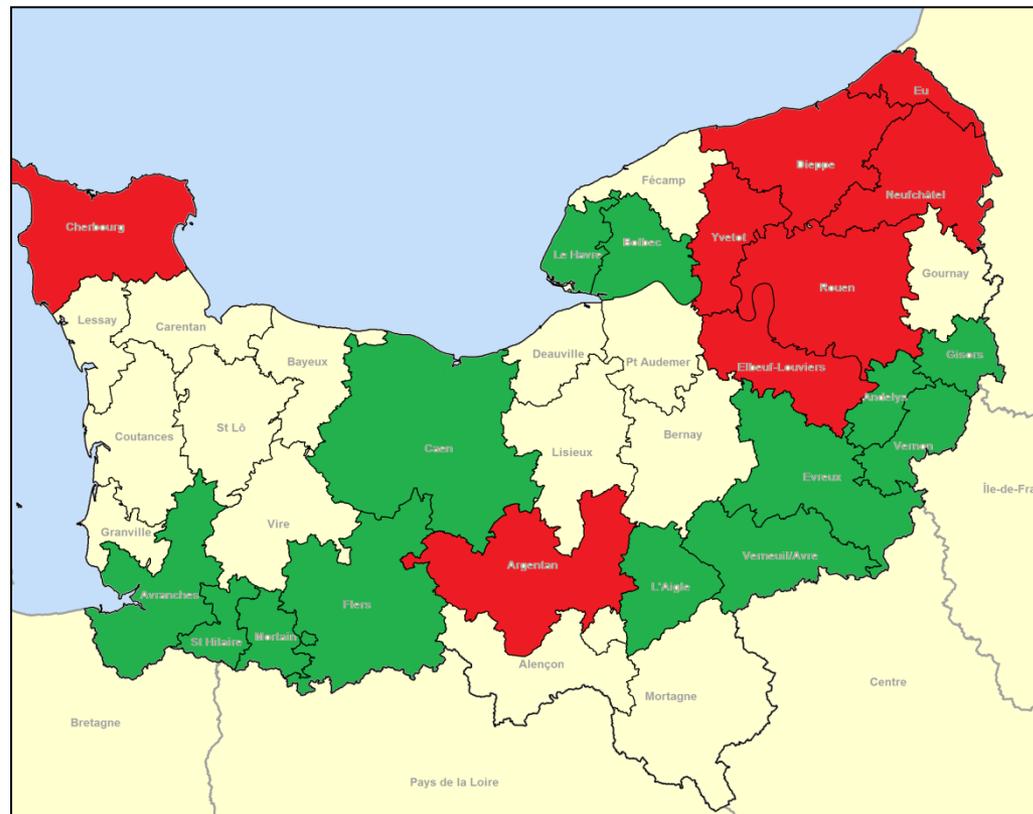
L'atypie des territoires de l'Orne est sur le tableau assez visible. Atypie que l'on retrouve également sur le diabète.

Une étude sur les syndromes coronariens aigus et l'insuffisance cardiaque, réalisée par Novartis en lien avec les ORS et l'ARS sur l'ex région Basse-Normandie auprès d'un échantillon de médecins généralistes, a mis en évidence un cumul de facteurs de risques avec, pour 50% des patients, des signes dépressifs associés et des problèmes d'observance médicamenteuse.

Source: cartographie des pathologies : exploitation ARS
Fréquences des personnes atteintes par une pathologie cardio-neuro-vasculaire (sur les 85% des pathologies cardio-neuro-vasculaires les plus fréquentes)

Pour aller plus loin : voir l'étude de Novartis

http://www.orsbn.org/Etudes/URM_L_etude_cardiovasculaire.pdf



Cartographies de pathologies CNAMTS , taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

Une proportion de pathologies respiratoires plus forte sur la partie orientale de la région.

Les territoires de proximité autour de Rouen, ainsi que ceux de Eu , Dieppe, Cherbourg et Argentan présentent une proportion de pathologies respiratoires plus forte comparativement à la région.

	Taux stand.
ROUEN	7,2%
EU	7,1%
NEUFCHATEL	7,1%
ARGENTANAIS	6,9%
CHERBOURGEOIS	6,7%
ELBEUF-LOUVIERS	6,6%
YVETOT	6,6%
PONT-AUDEMER	6,5%
DIEPPE	6,5%
NORMANDIE	6,2%
CAENNAIS	6,0%
BERNAY	6,0%
BOLBEC-LILLEB	5,8%
L.A.-GAILLON	5,8%
AIGLON	5,7%
VERNEUIL	5,6%
LE HAVRE	5,6%
MORTAINAIS	5,5%
GISORS	5,3%
AVRANCHINAIS	5,3%
SAINT-HILARIEN	5,2%
FLERIEN	5,1%
EVREUX	5,0%
VERNON	4,8%

Focus maladies neurologiques ou dégénératives : analyse par territoire de santé de proximité

territoires	SEP	parkinson	paraplégie	myopathie d	epileptique	démences (d	autres infect
AIGLON	4,55%	11,21%	3,32%	3,11%	25,39%	41,94%	10,47%
ALENÇONNAIS	7,10%	13,25%	2,78%	2,12%	26,89%	35,28%	12,59%
ARGENTANAIS	8,85%	13,29%	3,08%	3,24%	26,23%	32,21%	13,09%
AVRANCHINAIS	6,74%	13,84%	2,16%	2,81%	24,48%	37,56%	12,39%
BAJOCASSE	5,50%	16,38%	3,79%	2,57%	19,18%	40,46%	12,12%
BERNAY	5,90%	16,37%	2,19%	2,68%	20,14%	42,97%	9,76%
BOLBEC-LILLEB	8,11%	15,97%	2,50%	2,51%	23,73%	35,65%	11,53%
CAENNAIS	6,78%	14,79%	3,18%	2,65%	20,03%	42,00%	10,57%
CARENTANNAIS	6,13%	16,18%	3,64%	3,94%	23,92%	35,66%	10,53%
CHERBOURGEOIS	5,38%	15,55%	2,88%	2,89%	23,52%	38,32%	11,47%
COUTANÇAIS	6,65%	14,32%	2,46%	2,59%	24,53%	37,42%	12,03%
DEAUVILLAIS	6,38%	16,54%	3,73%	2,05%	21,91%	40,64%	8,75%
DIEPPE	8,15%	15,79%	2,77%	2,56%	23,53%	35,42%	11,78%
ELBEUF-LOUVIERS	5,85%	13,45%	2,66%	3,08%	22,98%	42,17%	9,80%
EU	8,45%	19,04%	2,54%	3,54%	21,66%	34,13%	10,63%
EVREUX	6,65%	13,27%	4,70%	3,10%	18,86%	41,83%	11,58%
FECAMP	7,56%	14,29%	2,53%	2,25%	21,81%	39,69%	11,87%
FLERIEN	6,62%	17,16%	3,09%	3,06%	20,41%	38,63%	11,02%
GISORS	7,06%	13,87%	2,18%	5,48%	20,73%	38,39%	12,29%
GOURNAY	8,43%	16,16%	2,83%	2,88%	20,13%	38,42%	11,14%
GRANVILLAIS	7,23%	12,69%	3,32%	3,11%	22,50%	38,09%	13,06%
L.A.-GAILLON	6,07%	15,20%	4,39%	3,80%	18,45%	43,03%	9,06%
LE HAVRE	7,46%	13,56%	3,17%	3,30%	25,02%	34,36%	13,13%
LESSAY	8,40%	14,96%	2,41%	2,50%	22,04%	35,90%	13,79%
LEXOVIEN	6,51%	13,73%	3,30%	2,63%	19,14%	45,76%	8,93%
MORTAGNAIS	7,03%	14,70%	2,24%	2,09%	27,46%	33,73%	12,74%
MORTAINAIS	3,17%	16,97%	2,49%	2,56%	21,45%	40,85%	12,51%
NEUFCHATEL	9,47%	14,83%	3,78%	3,36%	24,14%	31,97%	12,44%
PONT-AUDEMER	6,26%	17,42%	2,95%	2,55%	22,27%	37,35%	11,19%
ROUEN	5,96%	13,34%	2,47%	2,83%	23,20%	41,75%	10,45%
SAINT-HILARIEN	6,29%	16,92%	2,02%	3,95%	22,88%	31,55%	16,38%
SAINT-LOIS	6,18%	14,37%	3,19%	2,13%	21,00%	39,75%	13,38%
VERNEUIL	6,80%	16,76%	2,92%	2,25%	19,50%	39,84%	11,92%
VERNON	6,64%	15,84%	3,62%	3,20%	18,37%	41,83%	10,50%
VIROIS	7,24%	17,59%	3,83%	2,75%	19,91%	37,46%	11,22%
YVETOT	6,93%	13,21%	3,16%	2,82%	23,63%	39,00%	11,25%
Normandie	6,66%	14,53%	3,01%	2,84%	22,26%	39,46%	11,24%

Des territoires touchés par des pathologies neurodégénératives sensiblement différentes...

La proportion de chaque maladie neurologiques ou dégénératives est sensiblement différente d'un territoire à l'autre.

Les SEP sont plus importantes sur les territoires sud ornaï, autour de Rouen et de Dieppe. Le nombre de malades de parkinson est plus important sur le sud ornaï, le plateau caennais, le cherbourgeois et les territoires autour de Rouen.

On note une proportion plus élevée de paraplégie sur le territoire d'Evreux et de myopathie sur le territoire de Gisors.

Les épileptiques sont plus nombreux sur les territoires du sud ornaï, l'avranchinai et le coutançais.

Enfin les maladies Alzheimer et autres démences sont plus représentées sur les territoires de l'Aigle, Caen, Lisieux, Bernay, Dieppe, Evreux et Rouen.

Note de lecture: les pastilles de couleurs montrent l'étendue de la variable : le rouge pour les valeurs les plus élevées, le vert pour les plus faibles, et la couleur jaune pour les valeurs intermédiaires. Les cases rouges correspondent aux écarts à la région significatifs.

Des inégalités d'espérance de vie et pertes résiduelles d'espérance de vie

La durée moyenne de vie s'explique par la distribution de la mortalité dans les territoires. Cette relation se résume par une droite décroissante (rouge) au milieu du nuage de points pour la région Normandie. Ainsi, quand le taux de mortalité augmente de 100 décès pour 100 000 habitants chez les hommes dans les territoires de Normandie, l'espérance de vie attendue décroît de 1,03 années (et de 1,37 années chez les femmes).

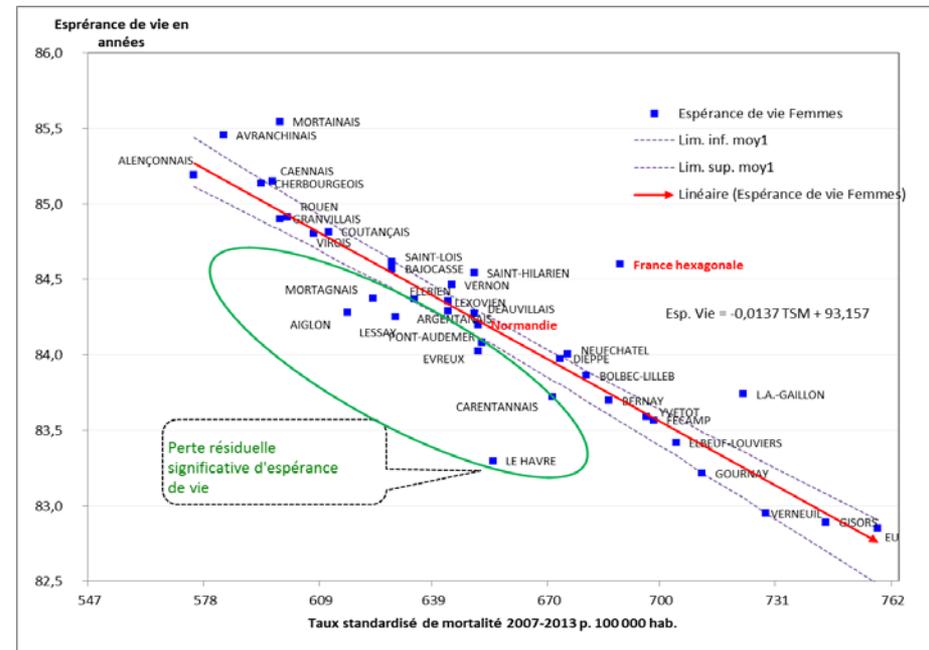
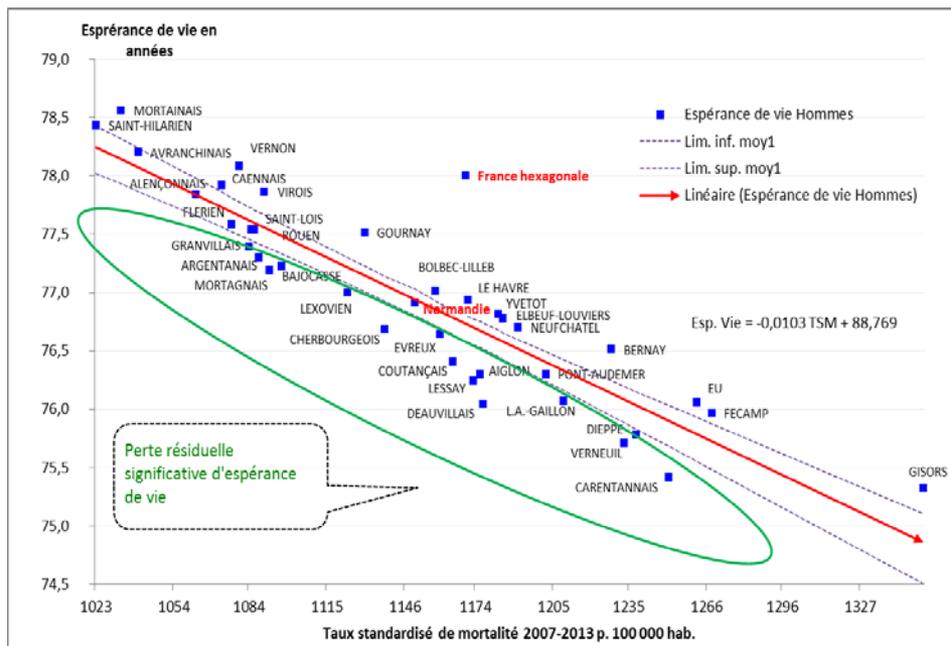
Cette droite met à jour deux choses :

- elle révèle des inégalités d'espérance de vie qui croissent en fonction du taux de mortalité entre les territoires. Pour les territoires où l'espérance de vie se situant dans le quart Sud-Est de la moyenne régionale, on fait donc le constat d'inégalités régionales de santé mesurées en termes d'espérance de vie. Cette situation atteint principalement les territoires de l'ex Haute Normandie (par exemple : Gisors, Eu, Verneuil/A).
- elle révèle aussi à mortalité constante, des gains ou des pertes résiduelles significatives d'espérance de vie dans certains territoires. Là où l'espérance de vie attendue (droite rouge) est significativement supérieure à son niveau réel (point bleu) pour un niveau de mortalité donné, alors il y a une perte résiduelle d'espérance de vie. Pour ces territoires, leur décrochage par rapport aux autres territoires normands détermine une relation plus dégradée entre le taux de mortalité et l'espérance de vie signifiant l'existence d'un besoin de santé accru.

Pour les femmes, les territoires où il existe un besoin de santé accru : **CARENTANNAIS, LESSAY, AIGLON, MORTAGNAIS, ÉVREUX, PONT-AUDEMER, LE HAVRE.**

Pour les hommes, les territoires où il existe un besoin de santé accru : **BAJOCASSE, DEAUVILLAIS, LEXOVIEN, CARENTANNAIS, CHERBOURGEOIS, COUTANÇAIS, GRANVILLAIS, LESSAY, ARGENTANAIS, AIGLON, MORTAGNAIS, ÉVREUX, L.A.-GAILLON, VERNEUIL, DIEPPE.**

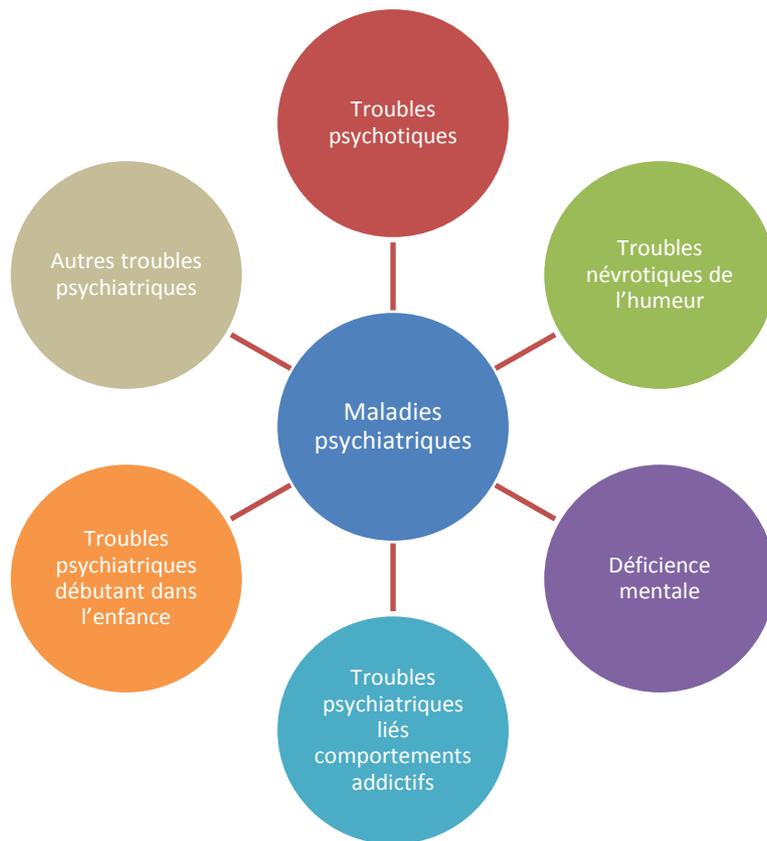
En termes de territoire de santé, cela correspond principalement à la Manche et l'Eure.



Comment mesurer la santé mentale ?

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». La santé mentale n'est pas simple à appréhender puisqu'elle peut renvoyer au domaine du subjectif. Ici, le choix a été porté vers l'analyse des pathologies psychiatriques mais aussi vers des indicateurs de détresse psychologique comme le suicide, ou des indicateurs de risque des troubles anxieux ou dépressifs à travers la consommation de médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques).

L'état de santé



Cartographies des pathologies psychiatriques

La CNAMTS a établi de la même façon que pour les pathologies chroniques, une cartographie des pathologies psychiatriques élaborée à partir des épisodes de soins et/ou des ALD, le cas échéant.

Les troubles psychotiques concernent la schizophrénie, les troubles délirants et psychoses.

Les troubles névrotiques renvoient à des épisodes maniaques, dépressifs, troubles de l'humeur, troubles obsessionnels, etc.

Enfin, les autres troubles psychiatriques sont relatifs aux troubles de la personnalité, aux épisodes de délirium et aux troubles mentaux non classés ailleurs.

Pour aller plus loin : voir les travaux de la CNAMTS

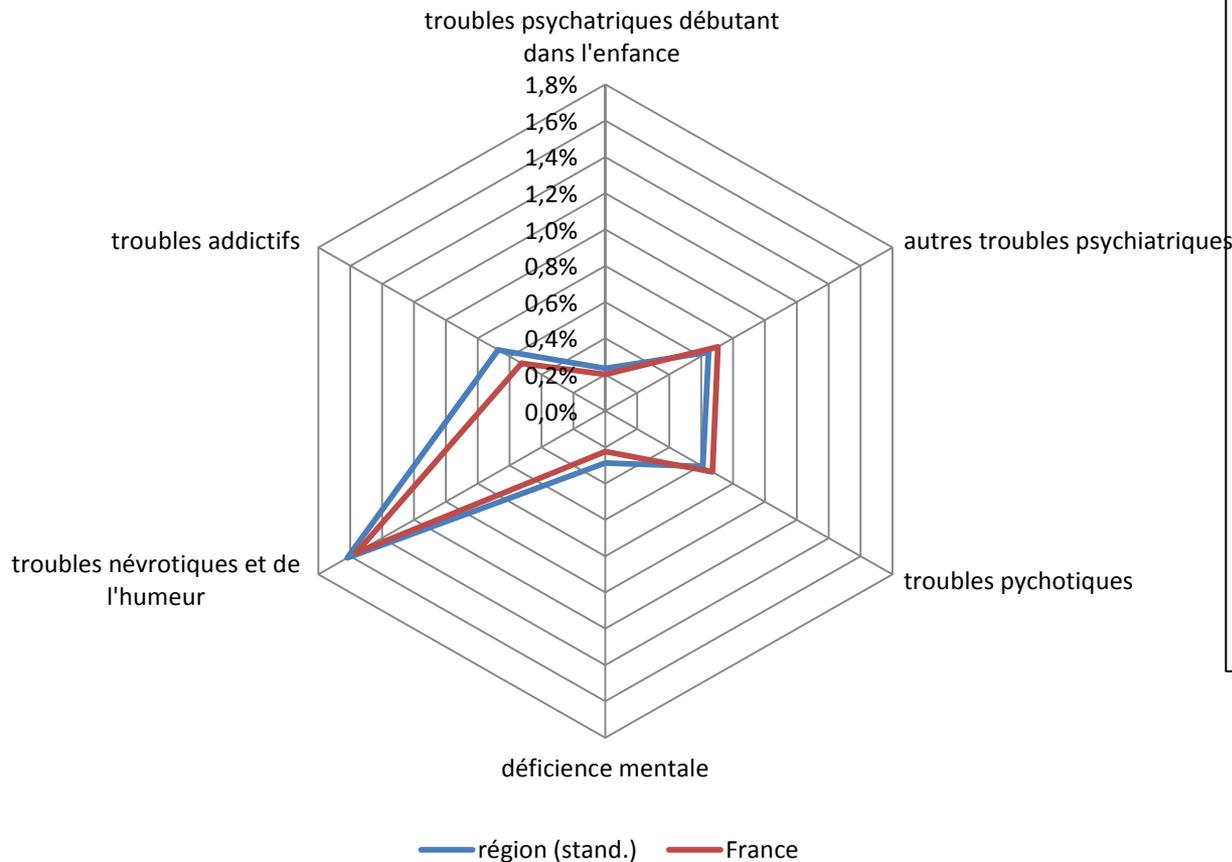
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>

Comment mesurer la santé mentale ?

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». La santé mentale n'est pas simple à appréhender puisqu'elle peut renvoyer au domaine du subjectif. Ici, le choix a été porté vers l'analyse des pathologies psychiatriques mais aussi vers des indicateurs de détresse psychologique comme le suicide, ou des indicateurs de risque des troubles anxieux ou dépressifs à travers la consommation de médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques).

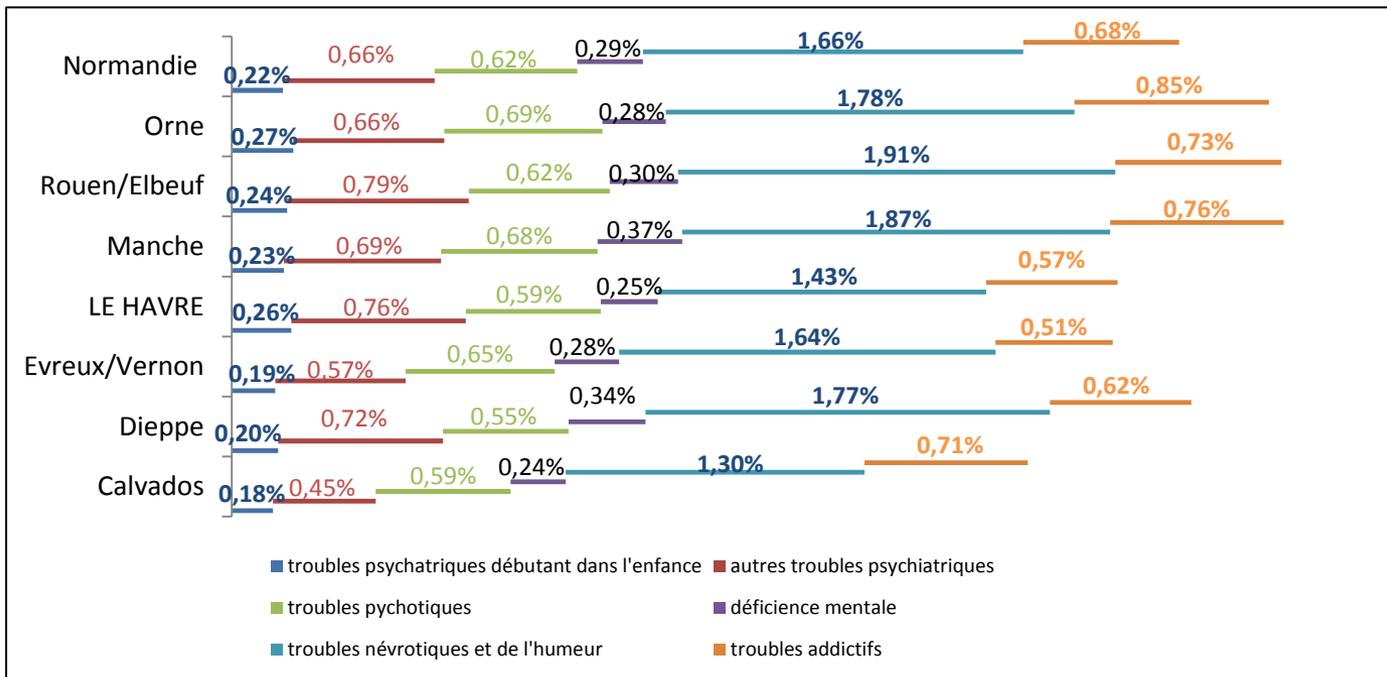
L'état de santé

Cartographie des pathologies psychiatriques



Des troubles addictifs plus présents en Normandie.

Le tableau ci-dessus recense les effectifs pour les 6 groupes de pathologies psychiatriques identifiées. Les troubles névrotiques et de l'humeur sont les troubles psychiatriques les plus fréquents en Normandie, suivis par les troubles addictifs, c'est-à-dire liés à l'usage de substances psychoactives. Les proportions de chaque pathologies dans la région Normande ne se distinguent pas sensiblement du niveau national sauf pour les troubles addictifs.



Cartographies de pathologies CNAMTS, taux standardisés âge/ sexe par rapport à la population protégée RG+SLM

Des disparités territoriales

La fréquence des maladies psychiatriques diffère d'un territoire de santé à l'autre.

Malgré leur faible proportion, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance sont plus fréquents sur les territoires du Havre, Rouen/Elbeuf et de l'Orne.

Les troubles psychotiques sont plus fréquents sur les territoires de la Manche et de l'Orne.

Le nombre de déficients mentaux est plus important sur le territoire de Dieppe.

Les territoires de Dieppe, de la Manche, Rouen/Elbeuf et de l'Orne présentent une proportion de troubles névrotiques et de l'humeur plus importante que la région.

Enfin, les troubles addictifs sont plus fréquents sur les territoires de la Manche, de Rouen/Elbeuf et de l'Orne.

Tableau de significativité des écarts

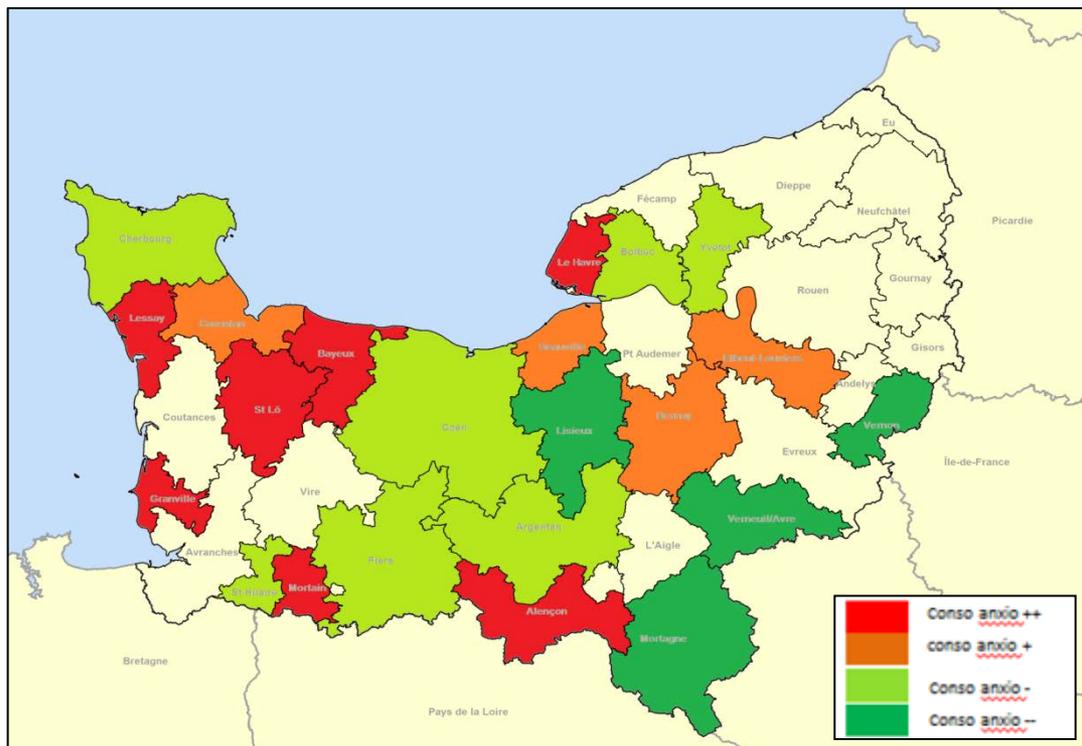
	troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	autres troubles psychiatriques	troubles psychotiques	déficience mentale	troubles névrotiques et de l'humeur	troubles addictifs	total
Calvados	--	-	--	--	--	++	--
Dieppe	NS	++	--	++	++	--	NS
Evreux/Vernon	--	--	+	NS	NS	--	--
LE HAVRE	++	+	--	--	--	--	--
Manche	NS	NS	++	+	++	++	++
Rouen/Elbeuf	++	+	NS	NS	++	++	++
Orne	++	NS	++	NS	++	++	++

Note de lecture: les cases en rouge '++' correspondent à une proportion très significativement plus élevée (<1%) que la région, les '+' à une proportion significativement plus élevée. Les cases vertes '-' correspondent à une proportion très significativement moins élevée que la région et les cases '--' à une proportion significativement moins élevée

La souffrance psychique traitée, à travers la consommation d'anxiolytiques

L'état de santé

La carte représente la souffrance psychique traitée, avec une consommation plus forte d'anxiolytiques sur certains territoires de la Manche (Mortain, Granville, Saint-Lô, Lessay) mais aussi sur les territoires d'Alençon, du Havre et de Bayeux est à noter.



La consommation d'anxiolytiques et hypnotiques

Territoire de santé	Nombre de bénéficiaires	Taux de recours au traitement p. 1 000 hab.
CALVADOS	111 422	162,0
DIEPPE	30 464	180,7
EVREUX	66 070	164,5
LE HAVRE	78 853	173,1
MANCHE	83 822	167,9
ORNE	47 196	162,7
ROUEN	143 393	174,9
NORMANDIE	564 306	169,8

Sources : SNIIRAM/ DCIR 2015

Une très forte disparité significative entre les territoires de santé apparaît. Le territoire de Dieppe se distingue notamment avec un recours maximal, qui est particulièrement localisé sur le territoire de proximité d'Eu.

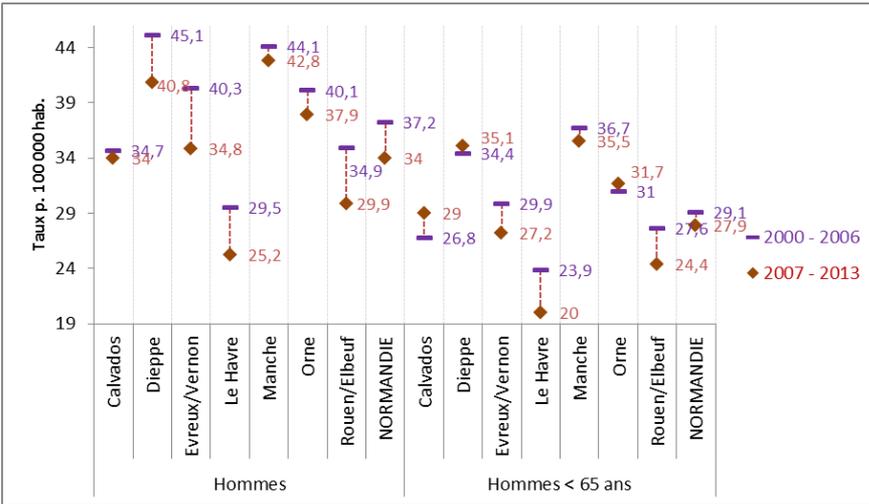
Note de lecture : Les à-plats de couleurs représentent la consommation d'anxiolytiques/hypnotiques. Les territoires en couleur rouge ont une consommation très significativement supérieure à la région, à l'inverse plus la couleur est verte et plus la consommation est significativement inférieure.

Pour aller plus loin : voir les études de l'ORS sur la santé des Bas-Normands et celle de l'ORS sur le suicide en Haute-Normandie

Le suicide

Un taux de suicide élevé en Normandie pour les 75 ans et plus, mais aussi une surmortalité très élevée sur la partie occidentale chez les hommes de 15 à 34 ans et chez les femmes de 55 à 74 ans.

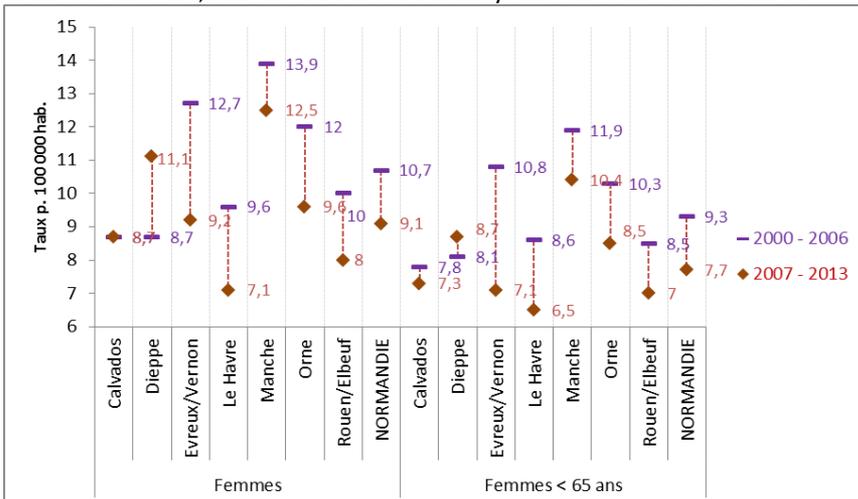
Des disparités territoriales marquées



Le taux de suicide a sensiblement diminué sur les six dernières années par rapport à la période précédente tant chez les femmes que chez les hommes. Seul le territoire de Dieppe pour les femmes est au contraire de cette tendance. Dans certains territoires de santé où le taux demeure élevé, ce taux a diminué moins fortement chez les hommes dans l'Orne et dans la Manche ou chez les femmes dans la Manche.

Une très forte disparité significative entre les territoires de santé apparaît. Le territoire de Dieppe se distingue notamment avec un recours maximal. Dans ce territoire, la zone d'Eu distord la moyenne du territoire de santé.

Le taux de suicide avant 65 ans stagne chez les hommes et notamment dans les territoires de santé de Dieppe, de la Manche et de l'Orne.



Une diminution des accouchements plus forte en Normandie qu'en France

Cette diminution est de 8,7 % en Normandie alors qu'elle n'est que de 3,9 % en France. Ce taux est même encore plus important sur les territoires de santé de l'Orne, d'Évreux-Vernon et du Calvados avec des diminutions de 12,9 %, 11,4 % et 10,6 %

Territoire de Santé	2011	2015	Evol 2015/11
Rouen-Elbeuf	10 802	10 045	- 7,0%
Dieppe	1 822	1 676	- 8,0%
Le Havre	5 999	5 573	- 7,1%
Évreux-Vernon	5 088	4 506	- 11,4%
Calvados	7 972	7 123	- 10,6%
Manche	5 146	4 832	- 6,1%
Orne	3 072	2 675	- 12,9%
Normandie	39 901	36 430	- 8,7%
France	821 420	789 655	- 3,9%

Source : Diamant PMSI

Un taux d'IVG plus faible en Normandie que la moyenne nationale (11,9 p 1000 vs 14,5), mais des taux plus forts sur Évreux (19) et Le Havre (15,3 p 1000)

Territoire Santé	IVG en ville	IVG Hospit	Total IVG	Taux IVG 2015
Calvados	208	1 502	1 710	13,3
Dieppe	52	309	361	12,2
Évreux-Vernon	121	1 271	1 392	19,0
Le Havre	257	1 034	1 291	15,3
Manche	59	854	913	11,3
Orne	22	524	546	11,7
Rouen-Elbeuf	409	1 928	2 337	14,5
Normandie	1 128	7 421	8 551	11,9
France*				14,5

Source : SNIIRAM/DCIR et Diamant PMSI

* Source INED – données provisoires

Age des parturientes

Un âge moyen des mères légèrement plus jeune que la moyenne nationale

Davantage de jeunes mères sur les territoires de Dieppe, du Havre et de l'Orne, et des mères plus âgées sur Rouen-Elbeuf, Évreux-Vernon et le Calvados

Territoire de Santé	2015				Age moyen	Evol 2015/2011		
	< 16 ans	16 - 18 ans	19 - 34 ans	≥ 35 ans		< 16 ans	16 - 18 ans	≥ 35 ans
Rouen-Elbeuf	0,03%	0,98%	81,9%	17,1%	29,6	-0,0	-0,2	+0,8
Dieppe	0,12%	1,67%	84,6%	13,6%	28,8	+0,0	-0,4	-1,8
Le Havre	0,07%	1,18%	83,4%	15,4%	29,1	-0,1	-0,4	+0,9
Évreux-Vernon	0,09%	1,07%	81,2%	17,6%	29,5	+0,1	-0,5	+1,2
Calvados	0,01%	0,97%	80,8%	18,2%	29,8	-0,0	-0,3	+1,3
Manche	0,04%	0,93%	83,2%	15,9%	29,3	+0,0	-0,2	+0,7
Orne	0,00%	0,86%	83,7%	15,4%	29,1	-0,1	-0,5	-0,4
Normandie	0,04%	1,03%	82,2%	16,7%	29,4	-0,0	-0,3	+0,7
France	0,10%	1,16%	78,2%	20,5%	30,0	+0,0	-0,1	+1,4

Source : Diamant PMSI

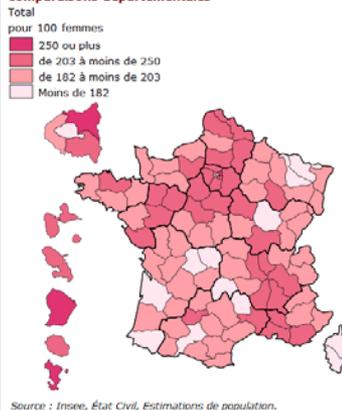
Taux de fécondité et âge des mères :

Une taux de fécondité faible dans le Calvados et assez élevé dans l'Eure

Département	Nb naissances	Taux brut de natalité (%)	Taux de fécondité 2014
Eure	7 242	12,1	2,10
Orne	2 810	9,8	1,99
Seine-Maritime	15 199	12,1	1,97
Manche	4 911	9,8	1,97
Calvados	7 466	10,8	1,85
Normandie	37 628	11,3	1,96
France	816 638	12,4	2,00

En 2014, le taux de fécondité normand de 1,96 enfant par femme rejoint celui de la France de 2,00. L'Eure dépasse même la moyenne française avec un taux de 2,10

Indicateur conjoncturel de fécondité en 2014 : comparaisons départementales



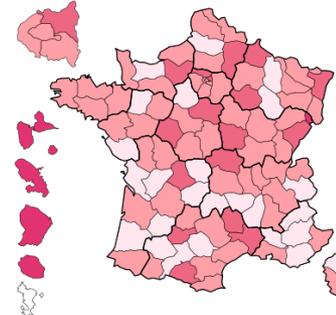
Une mortalité infantile plus faible en Normandie que la moyenne française, excepté dans l'Eure.

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, particulièrement bas. En revanche le taux de l'Eure de 3,9 se situe au dessus de la moyenne.

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



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

Typologie des territoires de santé

A partir des critères qui viennent d'être présentés séparément, il est réalisable d'ordonner les territoires. Les variables qui composent le chapitre Etat de santé (mortalité globale, prévalence estimée des maladies chroniques, suicides et tentatives de suicide, mortalité infantile, inégalités d'espérance de vie) ont permis de constituer une synthèse classant chaque territoire dans l'une des situations présentées ci-dessous.

Ce positionnement doit bien sûr s'entendre en comparaison avec la situation de la région, tout en sachant que la Normandie est globalement dans une situation défavorable par rapport à la France métropolitaine.

L'état de santé :
synthèse

- Dieppe
- Évreux-Vernon
- Le Havre
- Manche

- Rouen-Elbeuf
- Orne

- Calvados

Du plus défavorable

au moins défavorable

Dieppe, Évreux-Vernon et Le Havre sont ici classés défavorablement notamment en raison de leur surmortalité globale. La Manche, présente une prévalence plus marquée sur les cancers et un taux de suicide important.

L'Orne est classé en intermédiaire en raison d'une mortalité standardisée plus faible mais une prévalence sur les maladies chroniques (cardiovasculaire, AVC et diabète) plus forte. Rouen-Elbeuf ne dégage pas de particularité autre qu'un taux de tentatives de suicide élevé.

Le Calvados est classé favorablement en raison d'une mortalité plus faible que le reste du territoire, une prévalence plus faible sur les maladies chroniques. À noter toutefois, une prévalence un peu plus forte sur les cancers.

L'analyse des déterminants de santé

Sont désignés sous le terme « déterminants de santé », l'ensemble des facteurs qui influent sur notre état de santé :

Parmi les modèles de déterminants existants, le modèle de Dahlgreen et Whitehead (en arc en ciel) présenté ici, s'organise autour de trois niveaux de déterminants : individuel, environnemental et sociétal.

Il présente les déterminants de la santé en quatre niveaux :

- Facteurs liés au style de vie personnel
- Réseaux sociaux et communautaires
- Facteurs liés aux conditions de vie et de travail
- Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais ils interagissent.



modèle de Dahlgreen et Whitehead

Les déterminants de santé : les inégalités socio-économiques

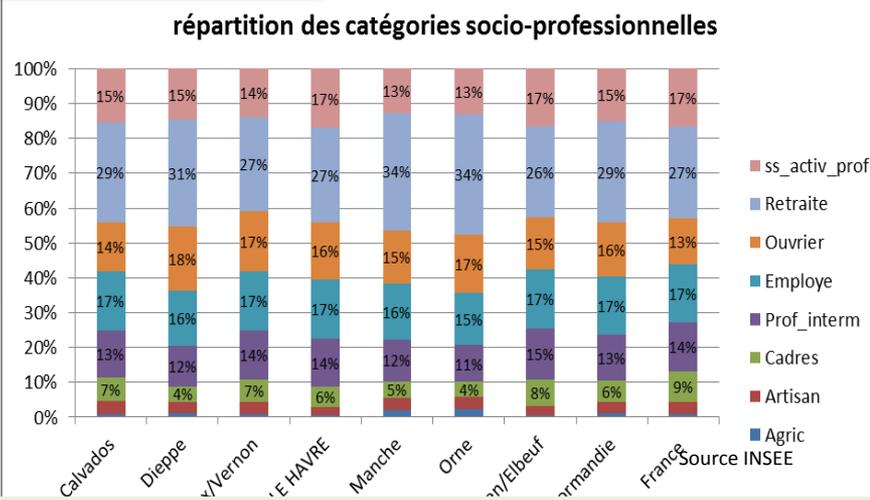
La mesure des inégalités socio-économiques

Pour approcher la situation sociale des individus, plusieurs indicateurs peuvent être considérés, tels la catégorie socioprofessionnelle (ces catégories permettent de mesurer les inégalités de niveau de vie et les inégalités socioculturelles), des indicateurs de pauvreté économique (taux de pauvreté, revenus médians, minimas sociaux). À cela, peuvent s'ajouter des indicateurs directement liés aux conditions de vie, tels la présence ou non de salle de bain... L'INSERM a créé un indice de défavorisation sociale (EDI) qui repose sur les conditions de vie (cf page suivante pour en savoir plus sur l'EDI).

Des disparités sociales entre territoires

La Normandie se distingue du niveau national par une proportion significativement plus importante d'ouvriers (16% vs 13%) et une proportion moins importante de cadres (6% vs 9%).

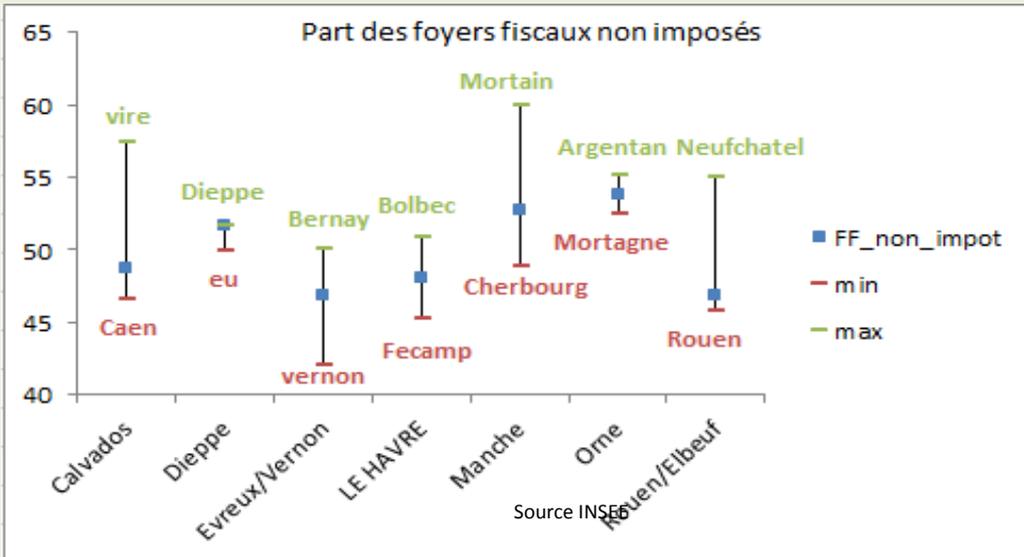
Les deux ex-régions (Basse-Normandie et Haute-Normandie) se distinguent par une proportion de retraités sensiblement différente. Les territoires de santé de l'Orne, de la Manche et de Dieppe présentent le taux de retraités le plus important et parallèlement un taux d'agriculteurs supérieur au taux régional. On y retrouve une distinction forte entre les territoires ruraux et les territoires urbains ayant un taux de cadres supérieurs élevé.



Territoire	t-pauvreté
Calvados	12,7% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
Dieppe	13,8% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
Evreux/Vernon	13,5% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
LE HAVRE	14,0% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
Manche	12,3% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
Orne	15,6% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%
Rouen/Elbeuf	13,6% Min: 12,3% Région: 13,4% Max: 15,6%

La pauvreté économique

L'Orne, le Havre et Dieppe présentent un taux de pauvreté significativement supérieur à la région. Pour les territoires de santé de l'Orne et de Dieppe, les différences entre les territoires ne peuvent s'expliquer par la seule structure des CSP, mais sans doute par l'hétérogénéité des revenus au sein de ces CSP, dont la dispersion est parfois importante, tant chez les agriculteurs que chez les ouvriers.



La part des foyers fiscaux non imposables est plus importante dans l'Orne, la Manche et dans une moindre mesure à Dieppe. Le graphe ci-dessous montre la dispersion des territoires de proximité à l'intérieur des territoires de santé. Sur le Calvados par exemple, il y a un écart non négligeable entre Vire et Caen. Cette importante dispersion s'observe également sur les territoires de la Manche et de Rouen-Elbeuf.

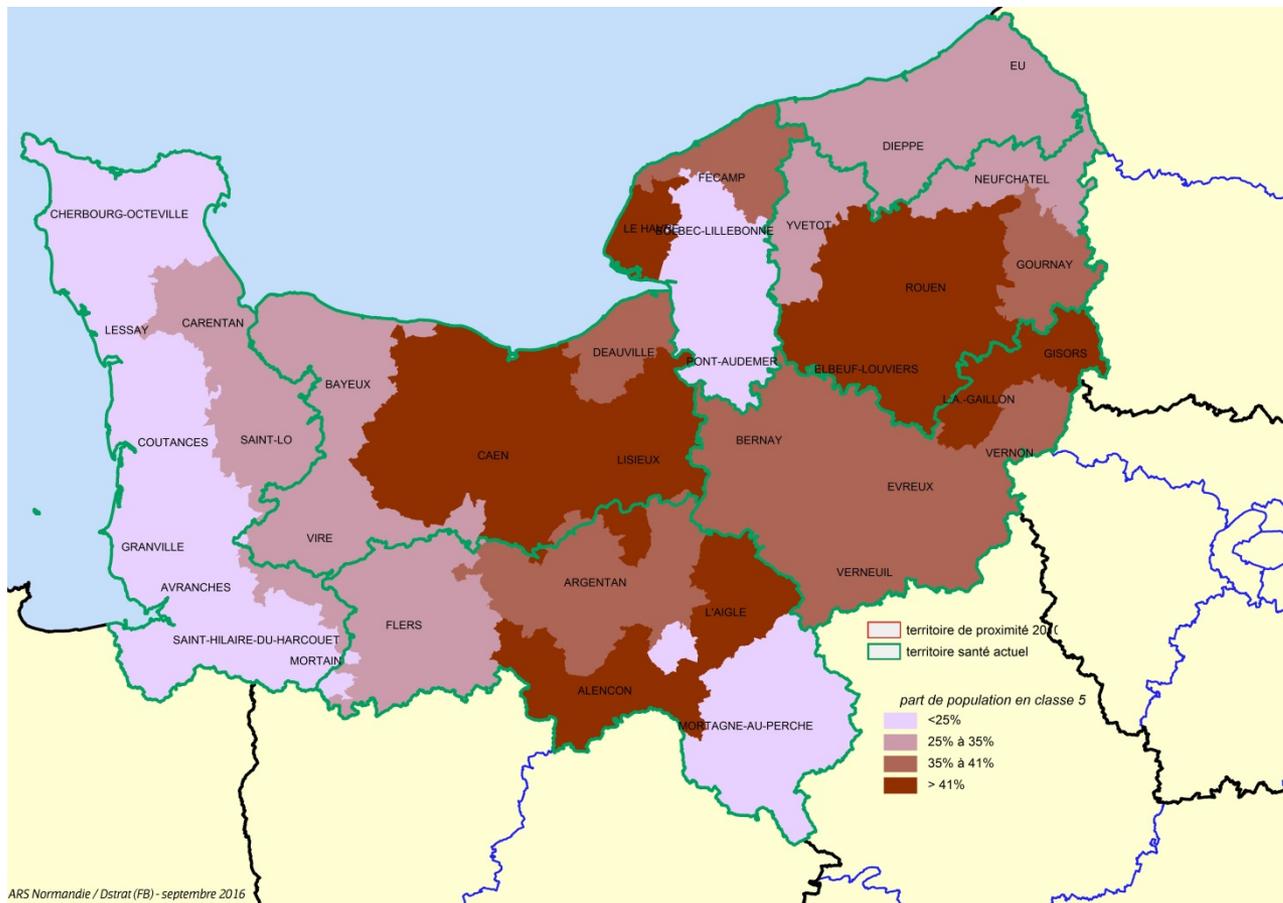
La pauvreté

La pauvreté se définit au sens de l'INSEE comme la proportion d'individus ou de ménages qui vivent en dessous d'un seuil ici 60 % du revenu médian (revenu autour duquel la population est divisée en 2 : 50 % au-dessus et 50 % en dessous)

Source INSEE

Des inégalités sociales via un indice de défavorisation

Les déterminants de santé : les inégalités socio-économiques



ARS Normandie / Dstrat (FB) - septembre 2016

Si par construction, la distribution nationale compte autant d'IRIS* dans chacune des cinq classes (quintiles), il n'en est pas de même en Normandie. Les premières classes, les moins défavorisées, sont plus nombreuses, mais ceci tient compte du morcellement de la région. La classe 5, la plus défavorisée, regroupe une population de près de 1 400 000 normands (41 %), diversement présents sur le territoire. Par territoire de proximité -représenté ci-dessus- la part de population de cette classe varie de 0 % (Granville) à 75 % (Le Havre). Les zones urbaines sont particulièrement sensibles à ce caractère de défavorisation.

Indice de défavorisation sociale (EDI)

L'INSERM a déterminé une version française d'un indice de défavorisation EDI.

Cet indice est la pondération de variables présentes dans les résultats du recensement de la population. Il peut donc ainsi s'appliquer à tout type de territoire, se pondère simplement par la population et permet donc de comparer des territoires entre eux. Les pondérations ont été déterminées à partir de l'enquête européenne EU-SILC sur la perception des ressources et des conditions de vie.

Les critères qui le composent, sont dans leur ordre de poids croissant :

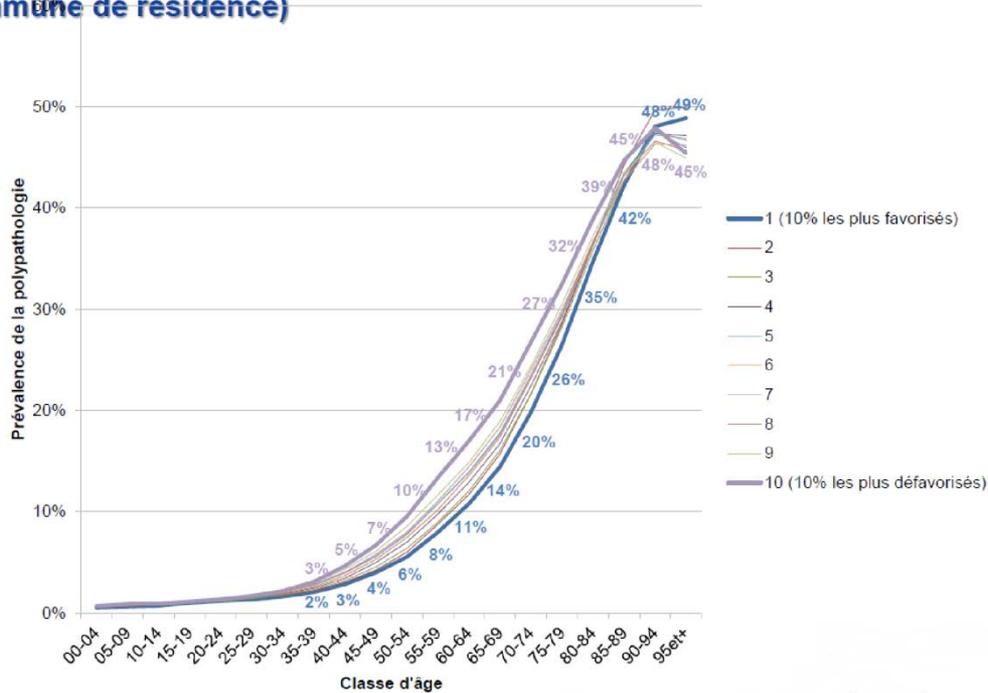
- logement surpeuplé
- nationalité étrangère
- catégorie sociale ouvrier non qualifié ou agricole
- pas de voiture
- absence de chauffage
- chômage
- famille nombreuse
- famille monoparentale
- non propriétaire
- faible niveau d'éducation

*Le niveau géographique détaillé est l'IRIS (découpage infra-communal de la plupart des communes de plus de 5 000 habitants, la commune elle-même sinon)

Un score établi à partir des indicateurs ci-dessus permet de classer les territoires unitaires (IRIS) en cinq quintiles qui vont du moins défavorisé (classe 1) au plus défavorisé (classe 5).

Des inégalités sociales via un indice de défavorisation

Fréquence de la polypathologie, selon l'âge et le niveau socioéconomique en 2013 (indice géographique de défavorisation selon la commune de résidence)



* Au moins 2 parmi 49 groupes de pathologies chroniques (hors maternité, hors traitements)

Cartographies de pathologies CNAMTS données nationales

Le poids du gradient social

A partir des données issues de la cartographie des pathologies et de la commune de résidence du patient. La CNAMTS a réalisé le graphique ci-contre. L'importance du gradient social sur le fait d'avoir une polypathologie (ie au moins 2 pathologies parmi les 49 du groupe) y est clairement mise en évidence. Ainsi les individus situés dans les communes les plus défavorisées sont plus nombreux à être polypathologiques et inversement.

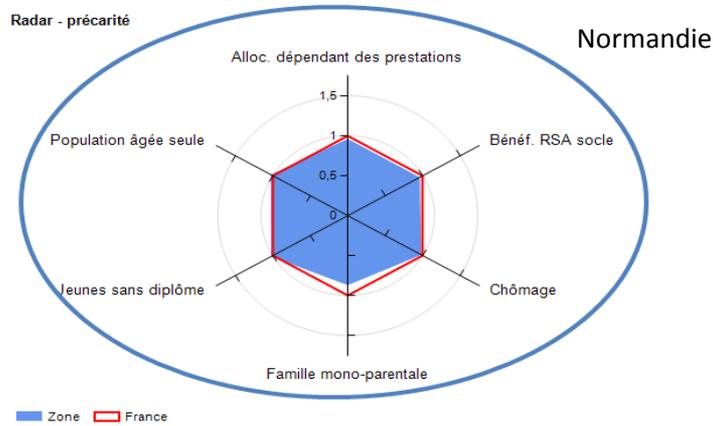
Pour aller plus loin : voir les travaux de la CNAMTS

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dependances/index.php>

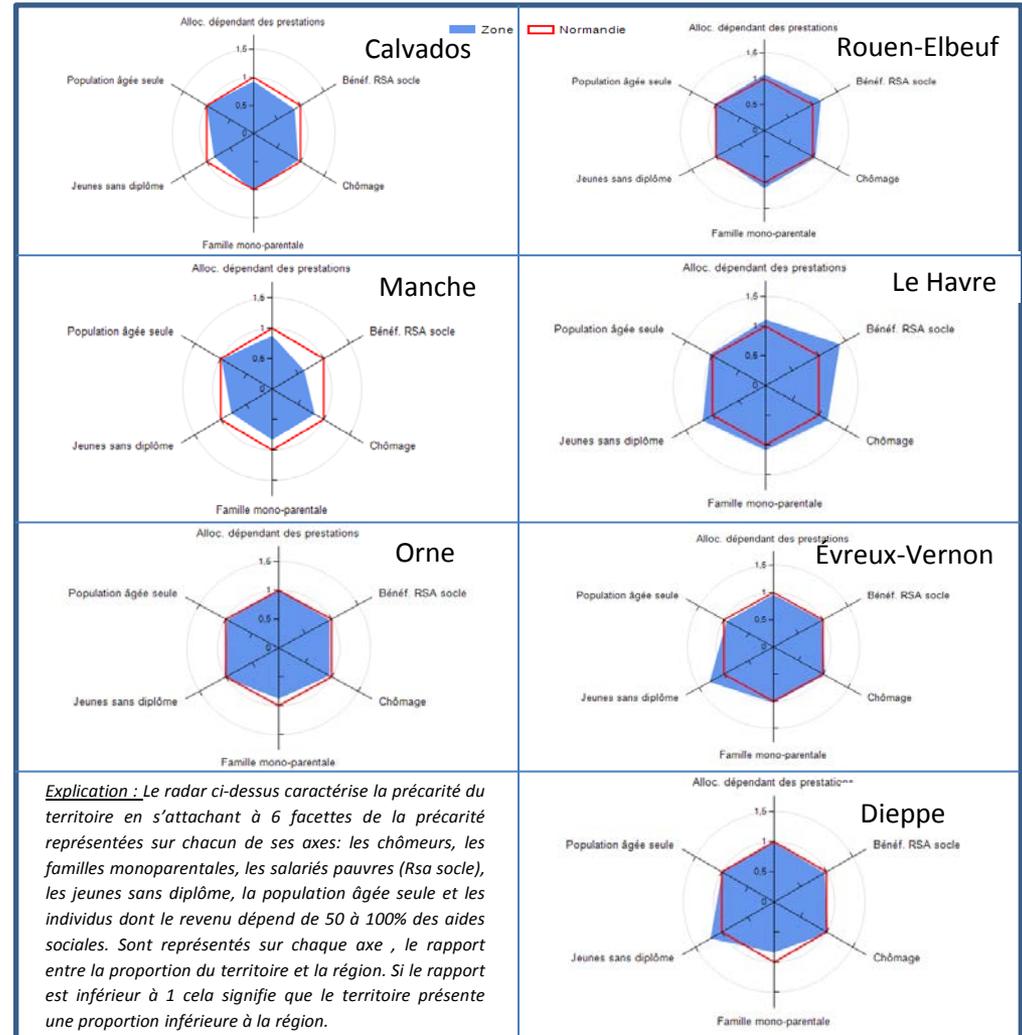
La notion de précarité :

« Le précaire est un pauvre potentiel », cette définition d'Oheix (8) résume assez simplement le lien entre pauvreté et précarité. Ainsi la précarité est un facteur de pauvreté ; pour autant tous les pauvres ne sont pas précaires et les précaires ne sont pas tous pauvres. La précarité est plus large que la pauvreté, elle associe la fragilisation de la sphère de l'emploi (développement du chômage, contrats précaires) au délitement des liens sociaux (familles monoparentales, divorce). Le sociologue Robert Castel (9), parle de « vulnérabilité sociale ». La précarité touche toutes les catégories sociales.

Les déterminants de santé : les inégalités socio-économiques



Radar précarité des territoires de santé



La Normandie dans son ensemble ne se distingue pas sensiblement du niveau national en termes de précarité.

Sur les populations précaires présentées dans le graphique, la Normandie présente un taux très légèrement plus faible de familles monoparentales et d'allocataires dont le revenu dépend des prestations sociales.

Cette apparente homogénéité cache toutefois des disparités infra-territoriales importantes.

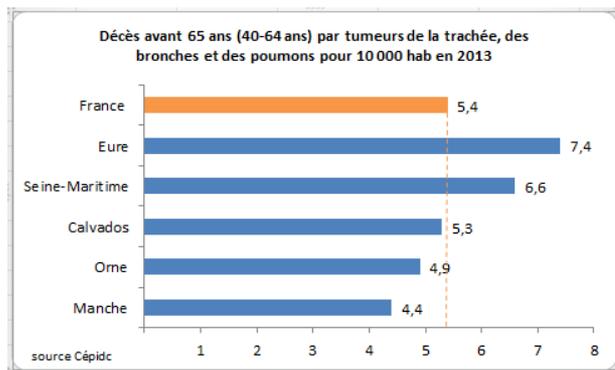
Une précarité plus marquée sur les territoires du Havre et de Rouen-Elbeuf et dans une moindre mesure de Dieppe

Les territoires du Havre et de Rouen se distinguent assez sensiblement par rapport à la région. Le Havre présente des taux de chômage, de salariés pauvres, de jeunes sans diplôme et de familles monoparentales supérieurs à la moyenne régionale. Rouen/Elbeuf se distingue de la région par des taux de salariés pauvres (RSA socle), d'allocataires de minimas sociaux et de familles monoparentales plus importants.

Les territoires de Dieppe et d'Évreux-Vernon affichent un taux de jeunes sans diplôme plus important qu'au niveau de la région.

Une mortalité liée au tabac plus importante en Normandie orientale

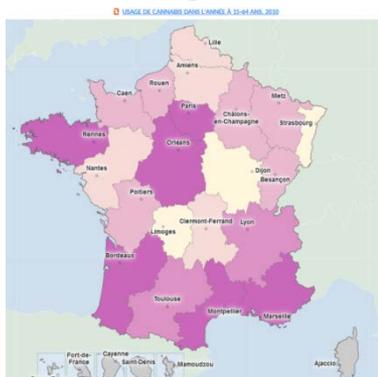
Le taux de mortalité lié à la consommation de tabac est plus important en ex-Haute Normandie. Il y a un clivage entre la partie occidentale de la Normandie où les taux sont inférieurs au taux national et la partie orientale où le phénomène est opposé. L'Eure, figure parmi les départements les plus touchés avec 7,4 décès pour 10 000 habitants.



Tabagisme et caractéristiques sociodémographiques

De nombreuses études mettent en évidence un lien étroit entre les caractéristiques sociodémographiques et le tabagisme régulier. Ainsi, le niveau de diplôme, la situation d'activité (le fait d'être au chômage), le niveau de revenu et la CSP induiraient un comportement plus propice à la consommation de tabac. L'étude de l'INPES sur les profils des fumeurs met cela clairement en évidence. « *Le fait d'être ouvrier montre que les inégalités en matière de tabagisme, qui s'étaient renforcées entre 2000 et 2010, se maintiennent en 2014, et pourraient même s'être accentuées si l'on considère la situation de chômage.* » (11)

Les drogues



Un usage pas significativement différent des autres régions

Les usages réguliers de cannabis chez les adolescents sont relativement peu répandus.

Concernant les autres substances psychoactives (ecstasy/héroïne), la Normandie se distingue par rapport à la France par une consommation moins importante d'ecstasy chez les adolescents. En revanche la consommation d'héroïne est plus importante chez les adultes haut-normands (10).

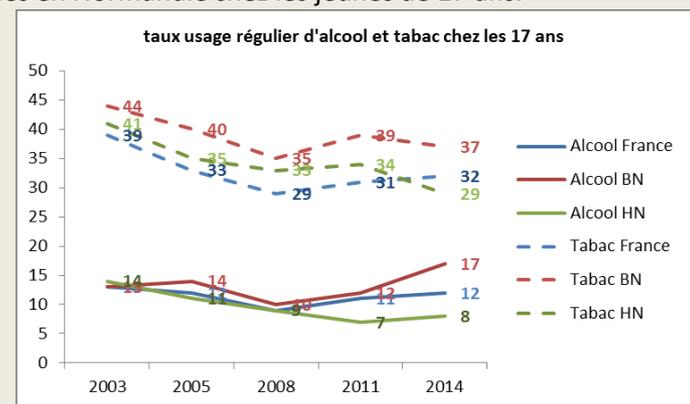
Les déterminants de santé : facteurs individuels

Des pratiques à risque plus marquées chez les jeunes normands et particulièrement en ex-Basse-Normandie.

Les dernières exploitations de l'enquête ESCAPAD par l'OFDT mettent en évidence des comportements à risque plus marqués en Normandie chez les jeunes de 17 ans.

Des disparités territoriales fortes entre les deux ex-régions existent. En ex-BN, 11% des jeunes de 17 ans déclaraient être régulièrement en état d'ivresse contre 5% en ex-Haute-Normandie (France 9%).

Les études menées par l'ORS et l'OR2S en région font état de ce constat (7)



Un recours au « binge drinking » plus marqué chez les bas-normands.

	5 verres en 1 occasion (1fois/mois)	5 verres en 1 occasion (3 fois/mois)	5 verres en 1 occasion (10 fois/mois)
France	49%	22%	3%
ex-BN	54%	25%	4%
ex-HN	43%	14%	1%

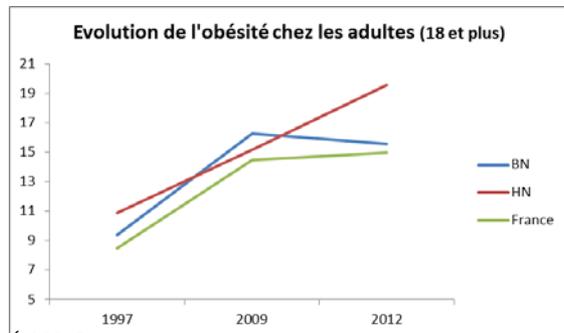
Pour aller plus loin : voir les travaux de l'OFDT et ODICER Normandie voir étude ORS/ORS sur la consommation des jeunes (12) et (13)

Le lien nutrition/ santé : un lien qui n'est plus à démontrer

Les liens entre nutrition et santé sont de plus en plus connus. De nombreuses études mettent en évidence l'impact des comportements alimentaires sur le maintien en bonne santé. Qualifiée « d'épidémie mondiale » par l'OMS, l'obésité n'a cessé de progresser ces dernières années. L'augmentation de la prévalence concerne principalement les milieux les plus modestes (source ObÉpi-Roche).

Une obésité plus marquée en Ex-Haute -Normandie

Lors de la dernière enquête de 2012, l'étude ObÉpi avait fait le constat d'un ralentissement dans la progression de l'épidémie d'obésité chez les adultes en France. En Normandie, La prévalence de l'obésité a progressé significativement entre 1997 et 2012. Si les deux ex-régions connaissent une prévalence sensiblement équivalente en 1997 (9,4 % en Basse Normandie et 10,9 % en Haute Normandie), la progression a toutefois été plus rapide en ex Haute-Normandie sur la période de 1997 à 2012 pour atteindre une fréquence de 19,6 % contre 15,6 % en ex Basse-Normandie. Entre 2009 et 2012, l'ex Basse-Normandie a connu une baisse de sa prévalence.



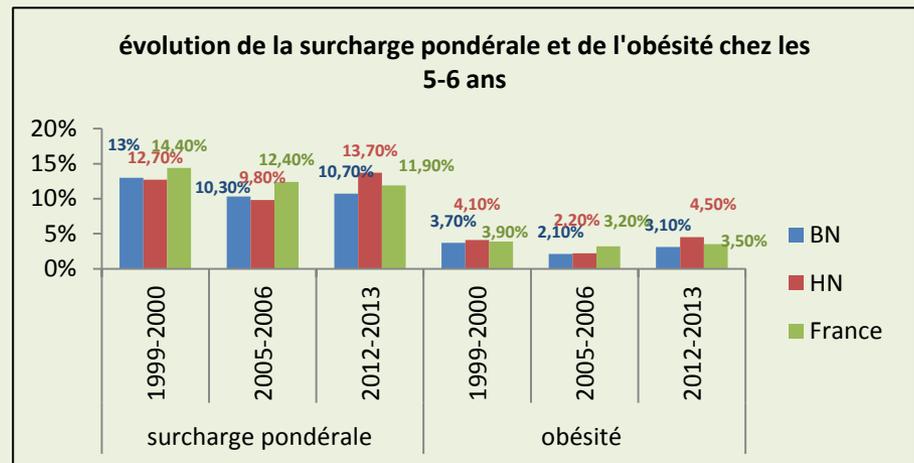
Source: ObÉpi 2012

L'obésité, une maladie aux multiples conséquences

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 de cancer de l'endomètre (utérus).

Focus : L'obésité chez les enfants

Selon une enquête de la DREES chez les enfants de 6 ans (grande section de maternelle), l'indicateur de surcharge pondérale comme d'obésité est inférieur à la moyenne nationale de 2000 à 2013 en ex-Basse-Normandie. Pour l'ex-Haute-Normandie, les résultats sont plus délicats à interpréter du fait de l'absence d'évolution tendancielle combinée à l'imprécision statistique.



Source: DREES

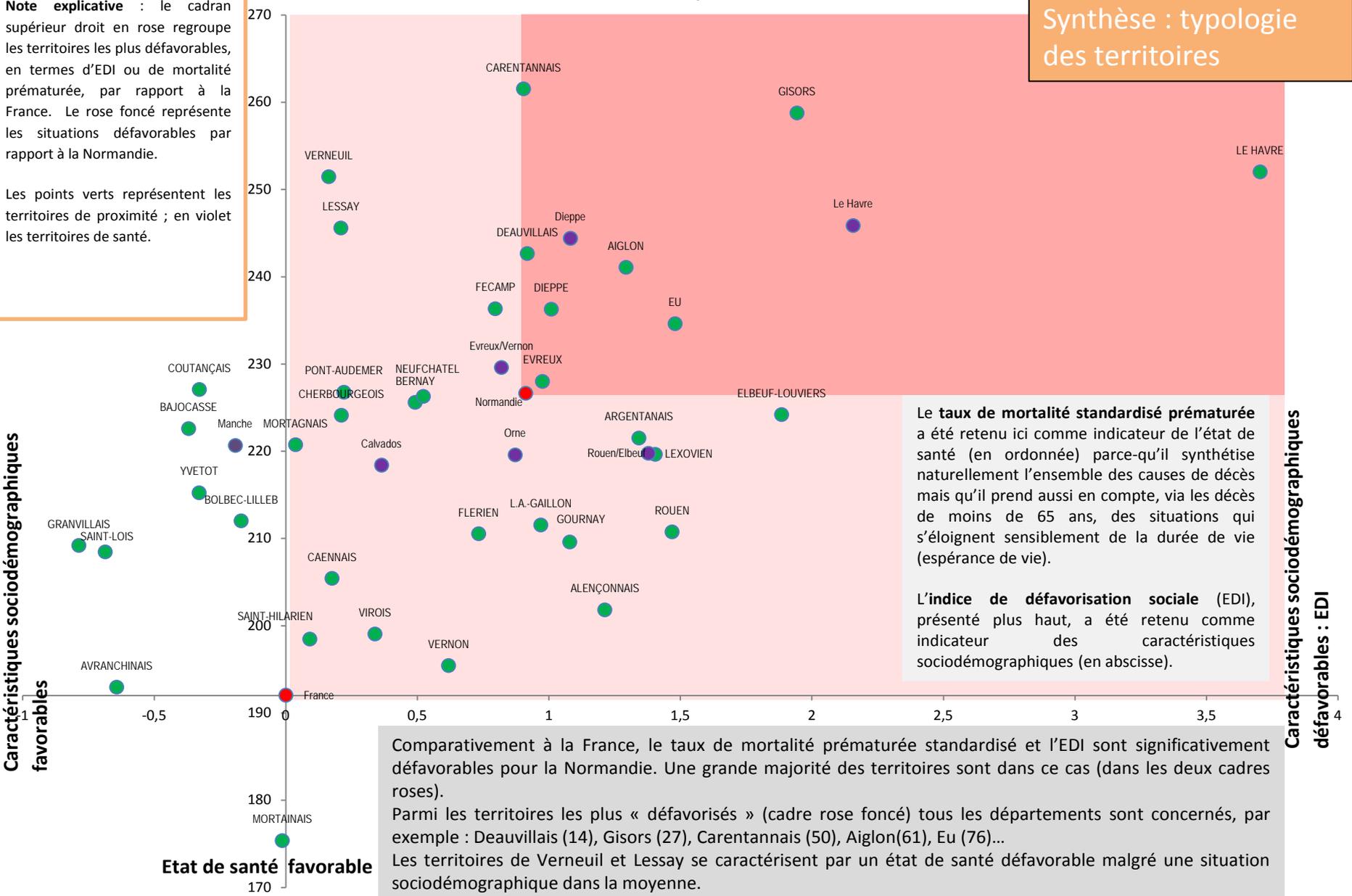
Etat de santé défavorable : taux de mortalité prématurée

Synthèse : typologie des territoires

Note explicative : le cadran supérieur droit en rose regroupe les territoires les plus défavorables, en termes d'EDI ou de mortalité prématurée, par rapport à la France. Le rose foncé représente les situations défavorables par rapport à la Normandie.

Les points verts représentent les territoires de proximité ; en violet les territoires de santé.

Caractéristiques sociodémographiques favorables



Le **taux de mortalité standardisé prématurée** a été retenu ici comme indicateur de l'état de santé (en ordonnée) parce-qu'il synthétise naturellement l'ensemble des causes de décès mais qu'il prend aussi en compte, via les décès de moins de 65 ans, des situations qui s'éloignent sensiblement de la durée de vie (espérance de vie).

L'**indice de défavorisation sociale (EDI)**, présenté plus haut, a été retenu comme indicateur des caractéristiques sociodémographiques (en abscisse).

Caractéristiques sociodémographiques défavorables : EDI

Comparativement à la France, le taux de mortalité prématurée standardisé et l'EDI sont significativement défavorables pour la Normandie. Une grande majorité des territoires sont dans ce cas (dans les deux cadres roses).

Parmi les territoires les plus « défavorisés » (cadre rose foncé) tous les départements sont concernés, par exemple : Deauvillais (14), Gisors (27), Carentannais (50), Aiglon(61), Eu (76)...

Les territoires de Verneuil et Lessay se caractérisent par un état de santé défavorable malgré une situation sociodémographique dans la moyenne.

Le Mortainais et l'Avranchiniais sont en limite de situation favorable par rapport à la France.

Etat de santé favorable

Thématiques :

Territoire

(1) INSEE, portrait de territoire, 2015.

(2) <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#l=fr;v=map1>

Prévalence des maladies chroniques

(3) <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>

(4) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-vasculaires>

(5) Cire, INVS, BVS : Données épidémiologique sur les cancer en Normandie, N°19/Juin 2016

(6) <http://www.or2s.fr/index.php/thematiques/santementale-suicide/155-suicidehn2014>

(7) http://www.orsbn.org/Etudes/ESBN_RapportFinal_SiteInternet.pdf

Précarité

(8) Oheix M., 1981, Contre la pauvreté et la précarité. Soixante propositions, Rapport au ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, Paris, éd. La Documentation Française.

(9) Castel R., 1995, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, éd. Fayard.

Suicide

(6), (7) et plaquette à venir : ARS-OR2S-Région Normandie : Le suicide en Normandie

Addictions

(10) http://www.ars.normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Votre_Sante/dossiers_a_a_z_prevenir_les_risques_sante_public/addictions/Normandie.pdfhttp://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/pdf/2015_17-18.pdf

(11) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>

(12) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2014/008-tabagisme.asp>

(13) <http://www.or2s.fr/index.php/thematiques/alcool/48-classe-de-2nde-la-sante-des-jeunes-en-haute-normandie>

Obésité

(14) http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

Rédacteurs :

François BOUTIN, Céline LEROY,
Jean-Luc FOSSARD, Yann POUGET, Hélène
BRIFFAUT, Roseline DERSY, Florian
COTTEBRUNE, Emmanuel BEUCHER

Avec des remerciements à Marie Branellec-Favellec, Marguerite Watrin, Nathalie Lucas, Anne-Catherine Sudre, Tiphaine Vesval, Docteur Carole Pornet, Raphaël Tracol, Docteur Sylvie Frappier, Docteur Véronique Gomanne, Docteur Benoît Cottrelle ainsi que le Docteur Francis Kühn et Claude Viard pour leurs contributions.