



LES TERRITOIRES DE SANTÉ EN HAUTE-NORMANDIE SITUATION SOCIO-SANITAIRE ACTUELLE ET PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES

La notion de territoire est devenue essentielle, et est reconnue comme telle, pour la conception et la mise en place de politique de santé, quel que soit le niveau de décision (national, régional, local) à l'origine de celle-ci. Dans le cadre de la loi HPST et de la mise en place des agences régionales de santé, les territoires de santé haut-normands ont été redéfinis et sont le lieu de la mise en place des actions stratégiques de l'ARS sur ses champs de compétences. Cette mise en place nécessite une connaissance fine de la situation socio-sanitaire des régions et des territoires infrarégionaux. Cette étude réalisée en partenariat entre l'observatoire régional de la santé (ORS) et la direction régionale de l'Insee de Haute-Normandie, met en regard la situation socio-sanitaire des territoires et leurs perspectives démographiques. Elle participe à la connaissance de ces enjeux locaux.

La Haute-Normandie présente une situation socio-sanitaire actuelle préoccupante et très contrastée selon les territoires de santé que ce soit en termes d'indicateurs démographiques, sociaux, d'offre de soins ou bien encore d'état de santé. Ces informations, reflet des années précédentes notamment en termes d'indicateurs de santé, doivent être mises en regard des perspectives démographiques. À l'horizon 2040, près de 10 % de la population haut-normande aura plus de 80 ans contre moins de 5 % en 2010. Ce vieillissement de la population concernera l'ensemble des territoires et pose d'ores et déjà la question de la prise en charge de cette nouvelle composante de la population en termes de mise en place de politiques de santé adaptées.

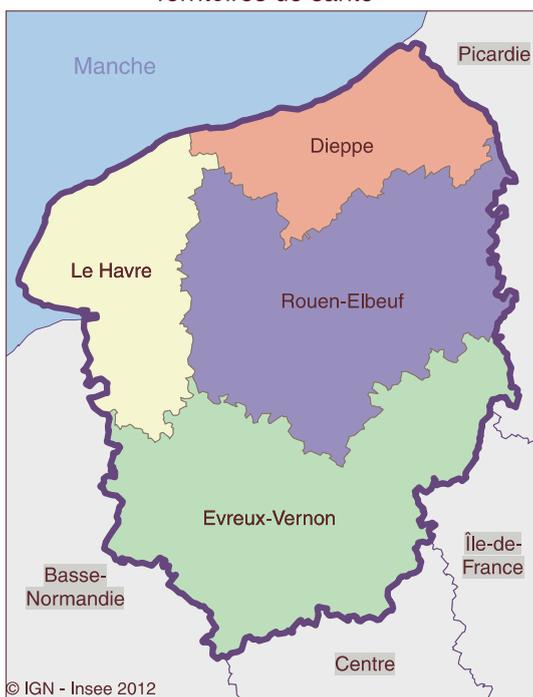
La mise en place des agences régionales de santé (ARS), la fin des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SRDS) de troisième génération et l'émergence des projets régionaux de santé est le signe d'un contexte nouveau concernant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique.

L'échelon régional est aujourd'hui doté de nombreuses compétences en santé publique. La prio-

rité de santé publique, au niveau national comme au niveau régional, est de réduire les inégalités socio-sanitaires et de faciliter l'accès aux soins. Mais c'est aussi et surtout en fonction des spécificités des territoires haut-normands que sera établie une politique de santé publique à l'échelle régionale.

La partition du territoire régional en territoires de santé a été le premier acte du projet régional de

Territoires de santé



© IGN - Insee 2012

Territoires de proximité



© IGN - Insee 2012



santé de Haute-Normandie. En effet, le découpage de ces territoires, instauré par les SROS 3 en 2005, nécessitait d'être actualisé. En tant que périmètres d'organisation de la démocratie locale incarnée par les conférences de territoires, les territoires de santé haut-normands donnent aussi une dimension territoriale aux orientations stratégiques de l'ARS sur tous ses champs de compétence.

L'ARS Haute-Normandie a ainsi présenté à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) sa proposition de quatre territoires de santé ainsi que de 17 territoires de proximité au sens de la Loi HPST en juillet 2010.

La méthode de découpage des territoires de santé et des territoires de proximité (cf. méthodologie page 11) a répondu, en région Haute-Normandie, aux principes suivants :

- assurer la continuité des actions antérieures ;
- répondre aux pratiques spatiales des populations (offre de soins et flux, ambulatoire, médico-social, etc..) ;
- retenir une organisation territoriale centrée sur des pôles urbains en extension, métropoles et pôles métropolitains, et sur la gradation de l'offre sanitaire de recours et de référence existante, véritable épine dorsale régionale : Dieppe, Le Havre, Évreux, Rouen/Elbeuf sont concernés ;
- assurer néanmoins une cohérence régionale et graduée par une concertation régulière entre les conférences de territoires sur les sujets qui relèvent de l'inter-territorialité ;
- favoriser l'intégration de l'offre de santé et des services ;
- permettre une dynamique des acteurs qui ont déjà des démarches communes et permettre la synergie des acteurs autour des projets infra-territoriaux ;
- assurer la cohérence des différents découpages territoriaux ou administratifs existants.

Une situation régionale socio-sanitaire actuelle plus que préoccupante et très contrastée selon les territoires de santé

La Haute-Normandie, qui compte plus de 1,8 million d'habitants, présente des indicateurs sociaux et sanitaires globalement peu favorables et ce depuis un certain nombre d'années. Les différentes analyses réalisées au niveau régional montrent en effet que la région se caractérise par :

... une situation sociale dégradée avec notamment un taux de chômage en constante augmentation depuis 2008 et toujours supérieur à celui observé au niveau national, une population moins diplômée qu'en France métropolitaine, une proportion de bénéficiaires des minima sociaux et de la Couverture Maladie Universelle supérieure à celle observée au niveau national,

... une situation sanitaire très préoccupante avec une surmortalité générale de près de 8 % par rapport à la moyenne nationale (10 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) tous âges confondus et de 16 % si l'on considère les Haut-Normands âgés de moins de 65 ans (concept de mortalité prématurée),

... une offre de soins déficitaire en professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, etc...) mais aussi en lits et places d'hospitalisation qui induisent des difficultés d'accès aux soins et de prise en charge,

... une offre médico-sociale importante notamment en termes de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le territoire haut-normand, comme celui des autres régions, présente de forts contrastes, s'inscrivant dans une continuité historique en matière démographique et sociale, de niveau économique et d'habitudes culturelles.

L'analyse de la situation socio-sanitaire basée sur des découpages géographiques fins est de ce fait nécessaire afin de prendre en considération des spécificités territoriales.

Les quatre territoires de santé haut-normands présentent des profils très différents que ce soit en termes d'indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins ou d'état de santé.

Le territoire de santé de Dieppe représente moins de 10 % de la population régionale et se caractérise par la plus forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus et inversement la plus faible part des personnes âgées de moins de 20 ans. La structure sociale de la population révèle la plus forte proportion d'ouvriers et d'agriculteurs-exploitants parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus et à l'inverse la plus faible part de cadres et de professions intellectuelles supérieures de la région.

Au sein du territoire de santé de Dieppe, certaines zones sont nettement marquées par le chômage et présentent des taux de chômage localisés supérieurs au taux régional.

Globalement, la Haute-Normandie présente une surmortalité générale et prématurée (des moins de 65 ans) par rapport à la France métropolitaine. Cette situation s'avère plus marquée sur le territoire de santé de Dieppe. Ce dernier se distingue notamment par une très forte mortalité par cancers et pour les causes de décès liées à une consommation excessive d'alcool. Une surmortalité masculine par suicide par rapport à la Haute-Normandie est également observée sur ce territoire.

En termes d'offre de soins, le territoire de santé de Dieppe est particulièrement défavorisé par rapport aux autres territoires de santé. La Haute-Normandie présente une sous démographie médicale importante et le territoire de santé de Dieppe se caractérise par des densités d'offre hospitalière et ambulatoire peu

élevées. Elles sont inférieures d'au moins 10 % à la moyenne régionale en ce qui concerne l'hospitalisation complète, les équipements de soins de suite et de réadaptation, les équipements lourds, la densité de massagers-kinésithérapeutes et celle de chirurgiens-dentistes.

Globalement peu d'indicateurs sont favorables sur ce territoire à l'exception de l'offre de soins médico-sociale notamment à destination des personnes âgées et des adultes handicapés. Cette offre s'avère supérieure à la moyenne régionale, elle-même plus élevée que celle observée en France métropolitaine.

Le territoire de santé du Havre au même titre que celui de Dieppe est marqué par une surmortalité générale importante par rapport à la région. Ce territoire, regroupant un quart de la population régionale, se distingue notamment par une très forte mortalité par cancer (chez les hommes comme chez femmes) et pour les causes de décès liées à une consommation excessive d'alcool (particulièrement chez les hommes). À l'inverse, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accidents de la circulation est inférieure aux niveaux régional et national. Le territoire présente également une

sous-mortalité par suicide par rapport à la Haute-Normandie.

Si l'offre de soins ambulatoire et hospitalière est moins déficitaire qu'à Dieppe, le territoire havrais présente néanmoins un déficit en équipements de soins de suite et de réadaptation.

Le territoire de santé d'Évreux-Vernon (un cinquième de la population régionale) est également marqué par une surmortalité générale par rapport à la région. Il se distingue notamment par une mortalité par suicide et par accidents de la circulation plus élevée que sur l'ensemble de la région.

À l'inverse, et à structure d'âge comparable, le territoire se démarque par

RÉPARTITION DES DÉCÈS DES FEMMES ENTRE 2000 ET 2008

Femmes	Territoire de santé								Haute-Normandie	
	Dieppe		Évreux - Vernon		Le Havre		Rouen - Elbeuf		Nombre de décès annuels	Part (%) dans l'ensemble des décès
	Nombre de décès annuels	Part (%) dans l'ensemble des décès	Nombre de décès annuels	Part (%) dans l'ensemble des décès	Nombre de décès annuels	Part (%) dans l'ensemble des décès	Nombre de décès annuels	Part (%) dans l'ensemble des décès		
Maladies de l'appareil circulatoire	247	31,6	503	30,7	598	30,5	1 021	31,5	2 369	31,1
- Maladies vasculaires cérébrales	67	8,6	119	7,3	148	7,6	263	8,1	597	7,8
- Cardiopathies ischémiques	53	6,8	116	7,1	150	7,6	269	8,3	588	7,7
Cancers	193	24,7	366	22,4	472	24,0	785	24,2	1 816	23,8
- Sein	39	5,0	77	4,7	86	4,4	153	4,7	355	4,7
- Côlon rectum	22	2,8	45	2,7	62	3,1	104	3,2	232	3,0
- Poumon	15	1,9	33	2,0	40	2,0	66	2,0	154	2,0
- Utérus	11	1,5	19	1,2	23	1,2	41	1,3	95	1,2
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	44	5,6	102	6,2	119	6,1	185	5,7	449	5,9
- Suicides	8	1,1	26	1,6	21	1,1	40	1,2	96	1,3
- Accidents de la circulation	5	0,7	14	0,8	8	0,4	17	0,5	44	0,6
Maladies de l'appareil respiratoire	48	6,1	98	6,0	108	5,5	184	5,7	438	5,7
- Pneumonie et bronchopneumonie	20	2,5	31	1,9	37	1,9	63	1,9	150	2,0
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	11	1,4	23	1,4	24	1,2	41	1,3	99	1,3
Troubles mentaux	34	4,4	86	5,3	85	4,3	190	5,9	395	5,2
- Psychoses alcooliques et alcoolisme	3	0,0	7	0,0	5	0,1	11	0,0	25	0,3
- Autres troubles mentaux que psychoses alcooliques et alcool.	31	4,0	79	4,8	80	4,1	179	5,5	370	4,9
Autres causes	216	27,6	483	29,5	580	29,6	874	27,0	2 152	28,2
Toutes causes	781	100,0	1 639	100,0	1 961	100,0	3 238	100,0	7 619	100,0

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation ORS Haute-Normandie

une mortalité prématurée par cancer (chez les hommes) légèrement inférieure à celle observée en Haute-Normandie mais toutefois toujours supérieure au taux français. Les indicateurs sociaux et d'offre de soins sont plus favorables qu'en moyenne régionale avec une plus faible proportion de bénéficiaires du Revenu de Solidarité active et une offre de structures médico-sociales à destination des personnes âgées et des personnes handicapées plus fournie qu'en région.

Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est de loin celui qui présente des indicateurs socio-sanitaires les moins dégradés. L'offre de soins ambulatoire ou hospitalière est notamment supérieure sur ce territoire. Toutefois, des disparités importantes sont notées au sein de ce grand territoire qui regroupe 44 % de la population régionale. En termes de mortalité, le territoire de santé de Rouen - Elbeuf présente les taux comparatifs de mortalité générale et prématurée les plus faibles de la région.

Cependant, ils restent largement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine et certaines causes de décès sont davantage représentées sur ce territoire. Notons également, qu'à structure d'âge comparable, le territoire présente une des plus fortes mortalités par cardiopathies ischémiques.

RÉPARTITION DES DÉCÈS DES HOMMES ENTRE 2000 ET 2008

Hommes	Territoire de santé								Haute-Normandie	
	Dieppe		Évreux - Vernon		Le Havre		Rouen - Elbeuf		Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès (%)
	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès (%)	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès (%)	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès (%)	Nombre de décès annuels	Part dans l'ensemble des décès (%)		
Cancers	288	33,0	579	33,1	731	35,0	1 159	33,9	2 757	33,9
- Poumon	64	7,3	145	8,3	177	8,5	303	8,9	689	8,5
- VADS	28	3,2	58	3,3	82	3,9	120	3,5	288	3,5
- Côlon rectum	29	3,3	58	3,3	60	2,9	103	3,0	250	3,1
- Prostate	33	3,8	61	3,5	68	3,2	109	3,2	271	3,3
Maladies de l'appareil circulatoire	238	27,2	440	25,2	529	25,4	871	25,5	2 078	25,6
- Cardiopathies ischémiques	71	8,2	144	8,3	185	8,9	309	9,0	709	8,7
- Maladies vasculaires cérébrales	50	5,7	94	5,4	103	4,9	184	5,4	431	5,3
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	75	8,6	166	9,5	160	7,7	303	8,9	704	8,7
- Suicides	34	3,9	68	3,9	55	2,7	118	3,5	276	3,4
- Accidents de la circulation	11	1,3	35	2,0	26	1,3	54	1,6	126	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	54	6,2	100	5,7	116	5,5	203	5,9	473	5,8
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	20	2,3	38	2,2	41	2,0	77	2,3	176	2,2
- Pneumonie et bronchopneumonie	16	1,9	27	1,6	32	1,5	55	1,6	130	1,6
Maladies de l'appareil digestif	44	5,1	78	4,5	114	5,5	182	5,3	418	5,1
- Cirrhose alcoolique	24	2,7	40	2,3	56	2,7	90	2,6	210	2,6
Autres causes	174	19,9	385	22,0	436	20,9	700	20,5	1 696	20,9
Toutes causes	874	100,0	1 748	100,0	2 087	100,0	3 418	100,0	8 126	100,0

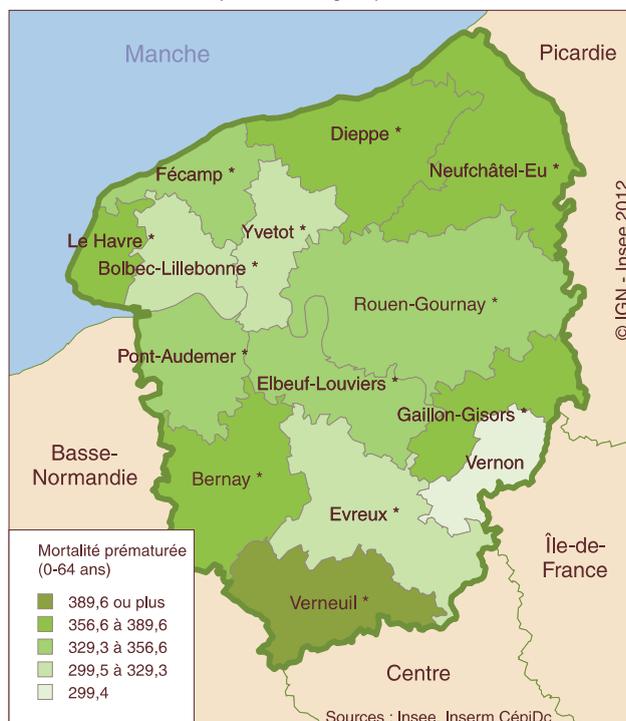
Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation ORS Haute-Normandie

Taux comparatifs de mortalité prématurée par sexe en 2000-2008
 (référence : France métropolitaine)

Territoires de santé : hommes

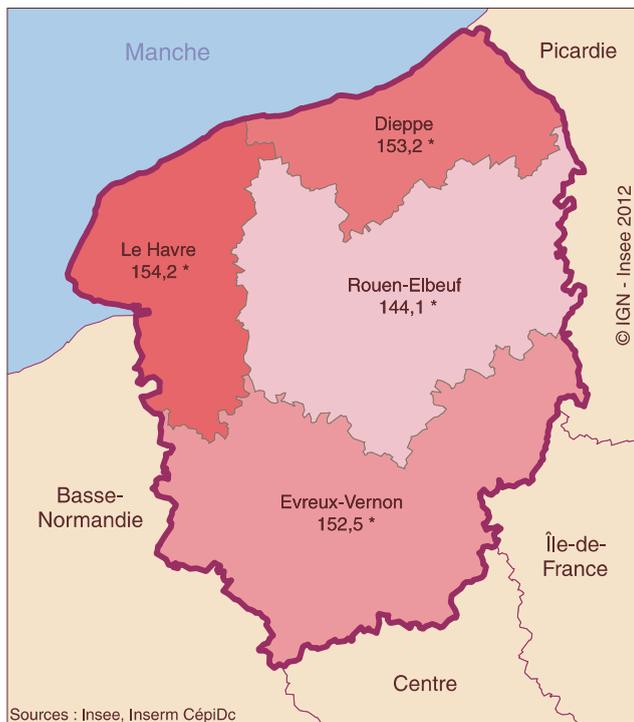


Territoires de proximité regroupés : hommes

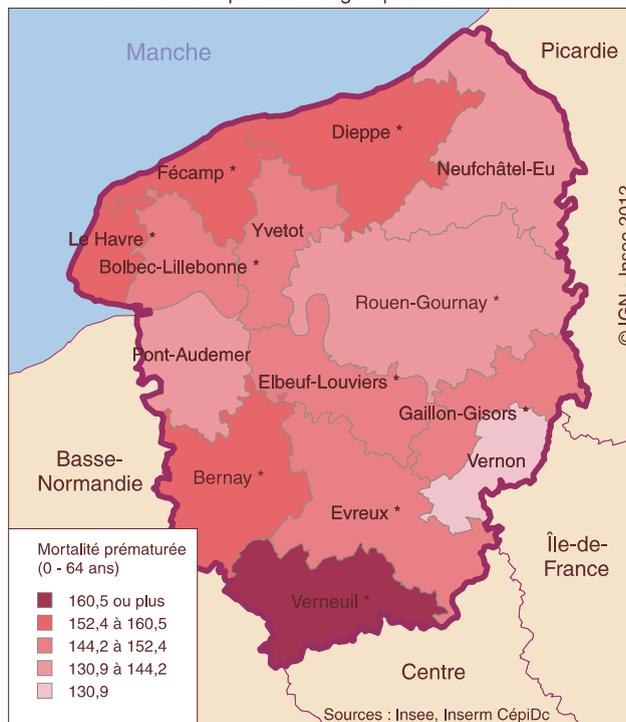


Haute- Normandie : 353,0 * - France métropolitaine : 303,2

Territoires de santé : femmes



Territoires de proximité regroupés : femmes



Haute- Normandie : 149,3 * - France métropolitaine : 133,7

* Ecart significatif par rapport au taux national (p<0,05)

Note de lecture : en Haute-Normandie, le taux comparatif de décès masculins prématurés est de 353 pour 100 000 habitants

Le vieillissement de la population concernera tous les territoires

La croissance de la population haut-normande repose sur un excédent des naissances sur les décès suffisamment fort pour compenser un solde migratoire déficitaire. Si ces tendances se poursuivent, la population devrait continuer d'augmenter modérément dans les prochaines années. Les projections de population tendancielle qui reconduisent les tendances passées font apparaître des disparités entre territoires de santé. Le dynamisme de croissance de la population est très faible pour les territoires de santé de Dieppe et du Havre, un peu plus soutenu sur le territoire de santé de Rouen, et fort, équivalent à la moyenne française, sur le territoire de santé d'Évreux. En dépit de ces différences, une composante sera commune à tous les territoires : le vieillissement.

Au niveau régional, dans l'hypothèse de poursuite des tendances, la population totale pourrait augmenter de 90 000 personnes entre 2010 et 2040 quand, dans le même temps, le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus augmenterait de 100 000 ! Le vieillissement de la population

s'explique par l'allongement de la durée de la vie et l'arrivée de générations nombreuses aux âges élevés. L'allongement de la durée de la vie est une composante commune à tous les territoires, les Français gagnent en moyenne chaque année 3 mois d'espérance de vie. Le poids des différentes générations peut lui être différent selon les territoires. Les personnes de plus de 80 ans sont par exemple en proportion moins nombreuses à Évreux en 2010. En dépit de structures par âge un peu différentes, tous les territoires vont vieillir sensiblement avec le remplacement progressif des générations creuses des années 1920 et 1930 par les générations beaucoup plus nombreuses de l'après-guerre.

Un Haut-Normand sur 20 a plus de 80 ans en 2010. Ce ratio varie de 1 habitant sur 25 pour le territoire de proximité d'Elbeuf-Louviers à un habitant sur 17 pour le territoire de Bernay.

En 2040, un Haut-Normand sur 10 aura plus de 80 ans. Ce doublement de la proportion concernera tous les territoires, ainsi un habitant sur 12 aura plus de 80 ans dans le territoire de proximité d'Elbeuf-Louviers contre un sur 8 sur le territoire de Bernay.

En 2010, 12 000 personnes ont plus de 90 ans en Haute-Normandie. Ce

nombre devrait doubler entre 2010 et 2020, puis presque doubler une seconde fois entre 2020 et 2040.

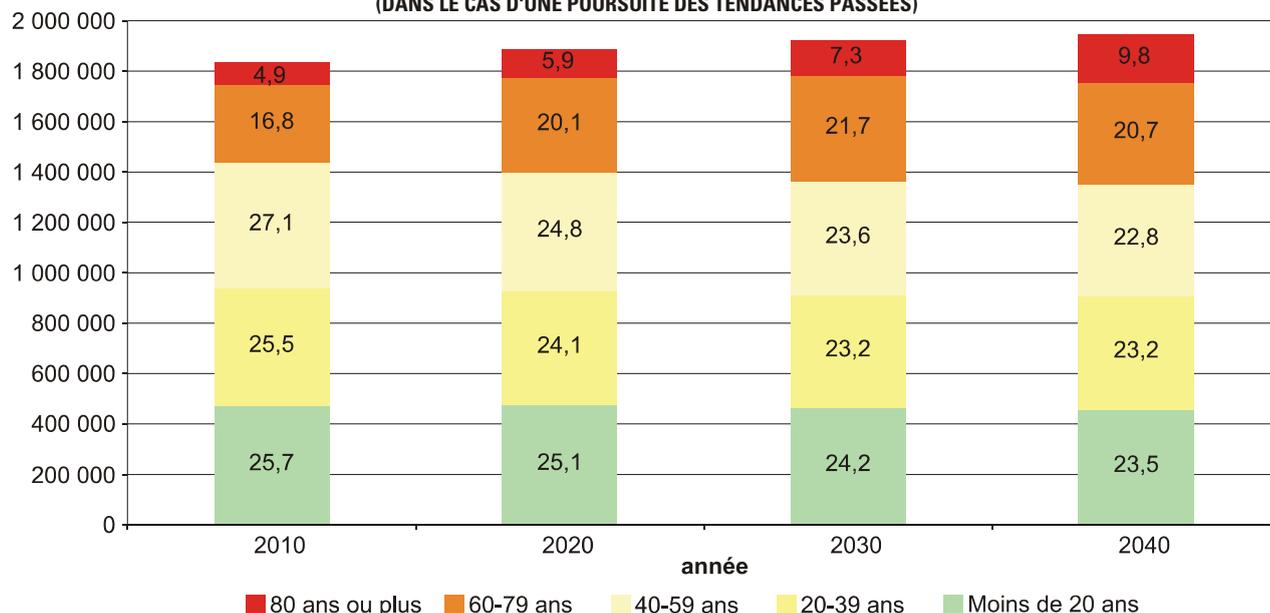
Les effectifs des générations plus jeunes devraient beaucoup moins évoluer. Les mouvements ne sont cependant pas négligeables : globalement le nombre de moins de 60 ans diminuerait de 80 000 personnes entre 2010 et 2040. Celui des 60-80 ans augmente déjà très fortement sous l'effet de l'arrivée dans cette tranche d'âge des premières générations du baby boom de l'après-guerre.

L'équilibre entre générations va donc considérablement évoluer. En 2010, sur tous les territoires, on compte moins d'une personne de plus de 80 ans pour quatre personnes de moins de 20 ans. En 2040, à Bernay et à Dieppe, si les tendances démographiques se poursuivent, on comptera un habitant de plus de 80 ans pour deux personnes de moins de 20 ans.

Le nombre de personnes en âge d'être actives devrait lui aussi diminuer. Cela signifie que non seulement le besoin en personnels pour les services aux personnes âgées devrait augmenter, mais que cette hausse du besoin se fera dans un contexte de moindre abondance de la main d'œuvre.

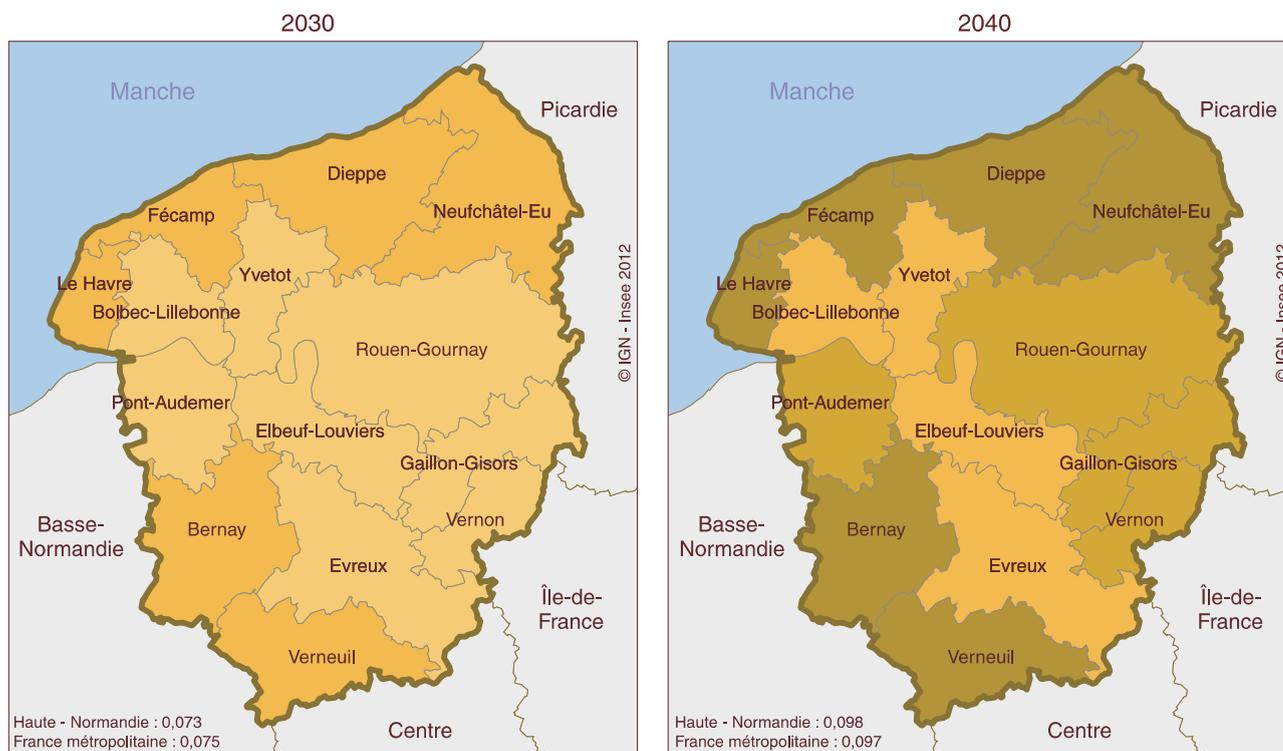
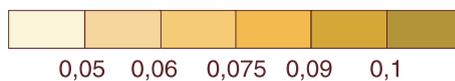
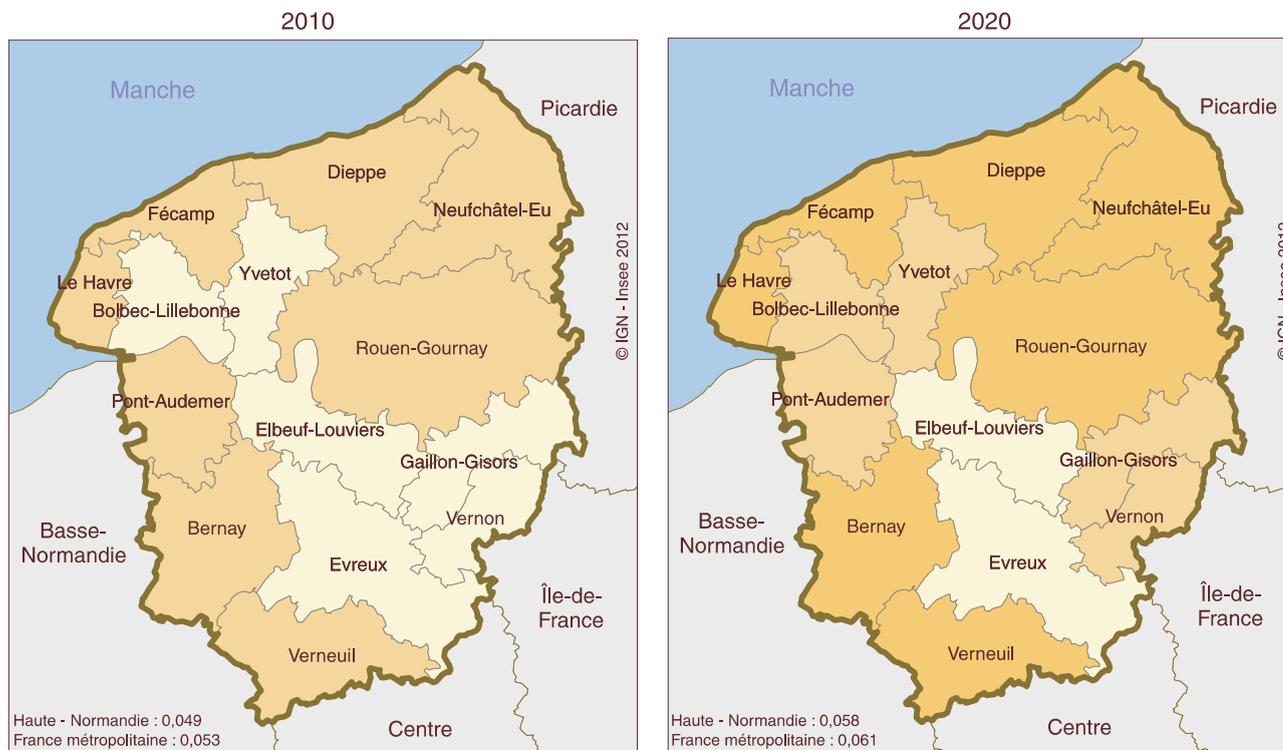
Les projections commentées dans cette étude sont des projections

PROJECTION DE LA POPULATION HAUT-NORMANDE ENTRE 2010 ET 2040
(DANS LE CAS D'UNE POURSUITE DES TENDANCES PASSÉES)



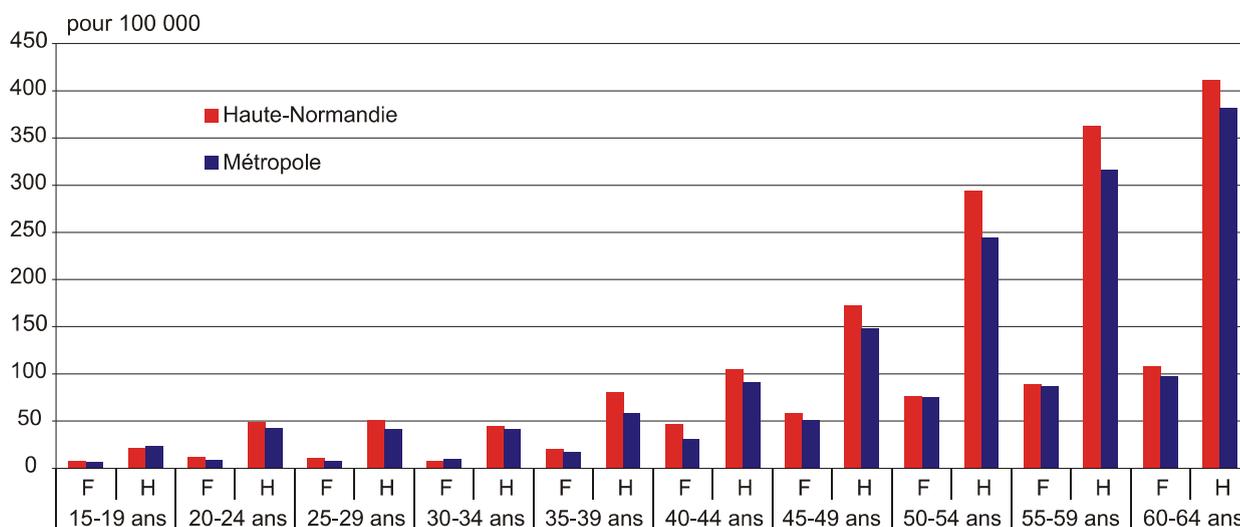
Source : Insee, Omphale 2010 (scénario central)
 Note de lecture : 23,5 % de la population aura moins de 20 ans en 2040.

Part des 80 ans ou plus dans les territoires de proximité



Source : Insee - Projections de population

**TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE PAR ACTION SUR LES FACTEURS DE RISQUES INDIVIDUELS
 (LIÉE AUX PRATIQUES DE PRÉVENTION PRIMAIRE) PAR SEXE ET ÂGE DE 15 À 64 ANS**



Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation ORS Haute-Normandie

tendancielle. Bien sûr, le solde migratoire de la région pourrait être moins déficitaire. Si la région attire des jeunes ou est moins quittée par les actifs avec enfants, alors le vieillissement sera un peu moins fort. Cependant, les mouvements à l'œuvre qui expliquent le vieillissement (allongement de la durée de la vie et arrivée progressive des générations du baby boom aux âges élevés) sont si importants que même un net regain migratoire de la région n'atténuerait que

faiblement le constat du vieillissement qui touchera l'ensemble des territoires français. Les hypothèses de mortalité correspondent à une poursuite de l'allongement de la durée de la vie avec un mouvement de convergence vers le niveau national. Aujourd'hui, la Haute-Normandie souffre de taux de mortalité plus élevés avec en particulier une "mortalité évitable par action sur les facteurs de risque individuels" plus forte. Des décès évitables (SIDA, cancer des

lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, cancer de l'œsophage, cancer du larynx, cancer du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides) au même niveau que ceux observés au plan métropolitain entre 15 et 64 ans signifieraient pour la Haute-Normandie le gain de 1 000 vies d'hommes et de 250 vies de femmes dans les dix ans à venir.

Les projections de population : un outil prévisionnel décisionnel important

Définition d'une projection : une projection de population fournit une image de ce que pourrait être la population à venir, à partir de la connaissance du passé et en prenant, pour le futur, des hypothèses sur trois composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations.

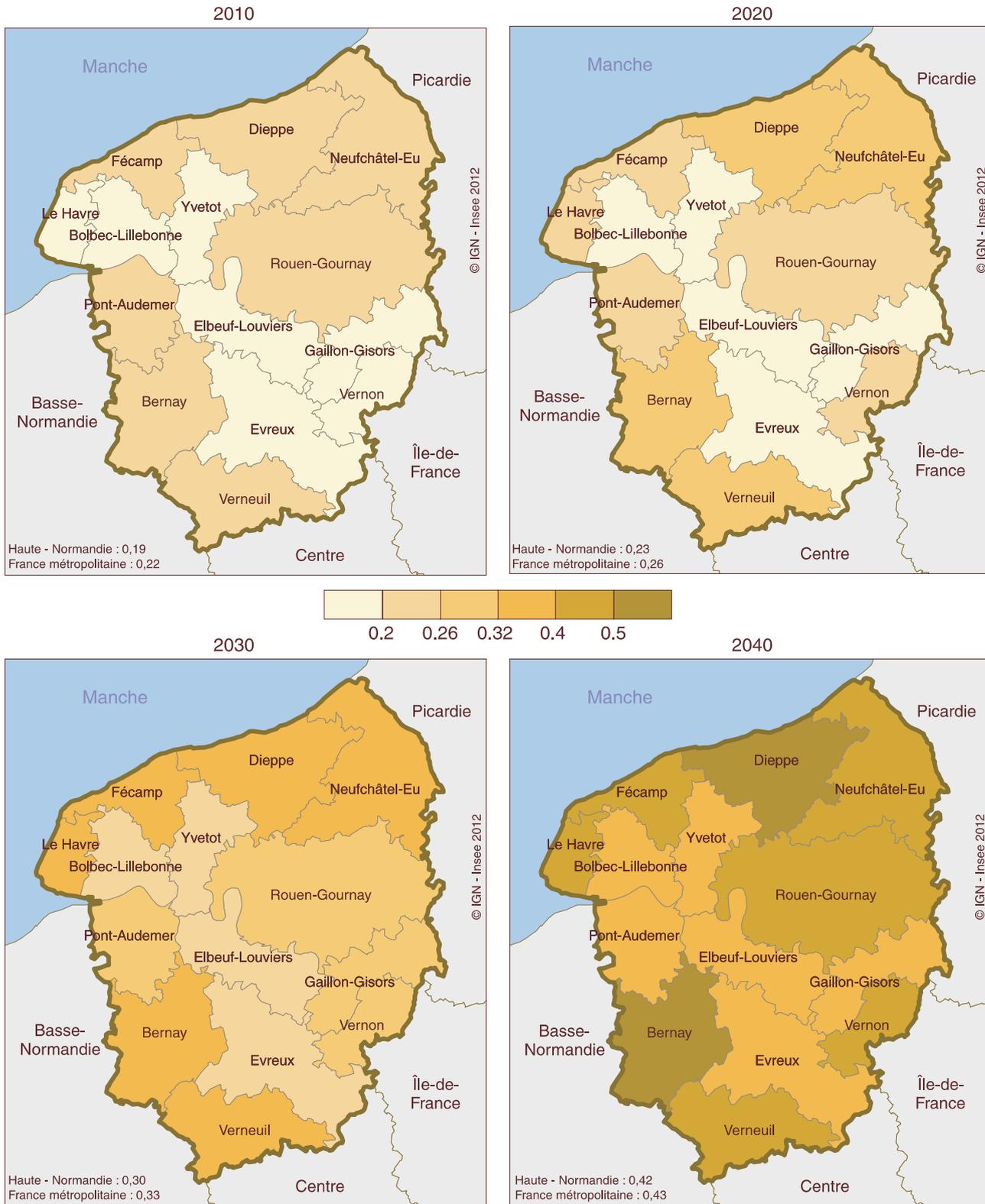
Les populations sont connues à partir du recensement de la population. À partir des données par sexe et âge, l'Insee réalise des projections à l'aide du modèle "OMPHALE 2010", qui applique, avec un pas quinquennal, pour chaque sexe et âge, des quotients d'émigration bilocalisés, et des quotients de fécondité et de mortalité, propres aux populations correspondantes. Ces projections à pas quinquennal sont ensuite annualisées. Les divers quotients sont déterminés en ne prenant en compte que les tendances de fécondité, mortalité et de migrations régionales observées par le passé, sans intégrer les réactions complexes qu'elles peuvent susciter (effet sur le marché foncier, impact des politiques publiques territoriales, etc...) ni les facteurs exogènes.

Les projections commentées ici ont été élaborées avec les hypothèses du scénario dit "central". Ainsi :

- la fécondité est maintenue à son niveau de 2007, qu'il s'agisse de l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) global ou des quotients de référence par âge de la mère ;
- la mortalité de chaque région baisse au même rythme qu'en France métropolitaine où l'espérance de vie atteindrait 81,9 ans pour les hommes et 88,1 ans pour les femmes haut-normandes en 2040 ;
- les quotients migratoires calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre territoires.

Ces projections ne peuvent donc s'assimiler à des prévisions : il n'est pas affecté a priori de probabilité aux hypothèses retenues. Ces projections permettent cependant d'anticiper certains phénomènes. Les constats de vieillissement par exemple sont peu sensibles aux hypothèses migratoires. Des nouvelles hypothèses de fécondité ne modifient pas les générations déjà nées.

Part des 80 ans ou plus rapportée aux moins de 20 ans
 dans les territoires de proximité



Source : Insee - Projections de population

Une forte demande de soin en perspective pour faire face au vieillissement de la population

La Haute-Normandie partage avec les autres régions du Nord de la France le profil d'une population jeune aux taux de mortalité élevés. En plus d'une baisse générale des taux comparatifs de mortalité pour les principales causes de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers, morts violentes, etc...), une réduction des écarts de mortalité entre la Haute-Normandie et la moyenne nationale pour les pathologies chroniques liées à l'alcool pourrait être observée. Il existe en effet un décalage dans le temps entre les comportements en cause et les décès. La tendance actuelle est à l'atténuation des disparités régionales en matière de conduites d'alcoolisation.

En matière de morbidité, le vieillissement de la population va se traduire par une augmentation constante de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques. La demande d'offre de soins sera croissante tandis que parallèlement le nombre de professionnels pourrait diminuer. Les besoins vont s'accroître particulièrement pour des disciplines médicales axées sur le

vieillesse (gériatrie, neurologie, etc...) et des techniques médicales nouvelles destinées à prendre en charge des pathologies du sujet âgé. Le développement de cette offre de soin est un enjeu majeur pour assurer la prévention de la dépendance.

En effet, malgré une tendance à l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, la perspective du doublement à l'horizon 2040 de la population régionale âgée de 80 ans ou plus signifie un accroissement très rapide de la population âgée en situation de perte d'autonomie. Les défis à relever consisteront à renforcer la prise en charge institutionnelle et ambulatoire de ces personnes.

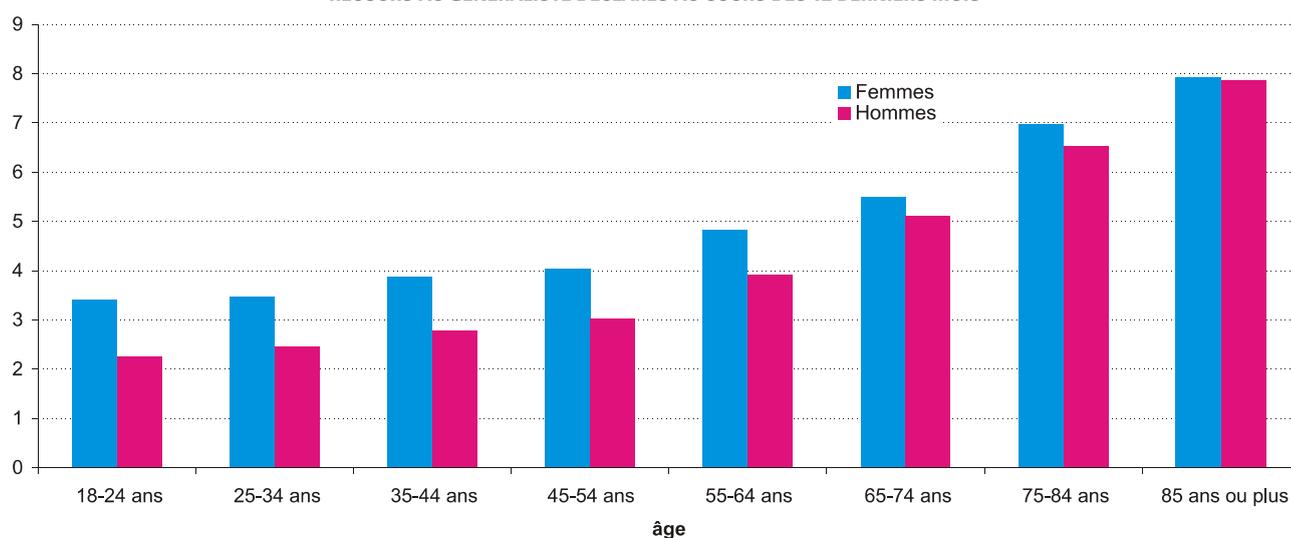
Sans entrer dans le détail par pathologie, la forte croissance des besoins à venir peut être illustrée à l'aide de deux ordres de grandeur.

La dernière enquête Handicap-Santé auprès des ménages réalisée par l'Insee en 2008 permet de connaître le recours au médecin généraliste déclaré par les adultes ne vivant pas en institution. Les personnes vivant en institution (enquêtées en 2009) sont généralement plus suivies médicalement. Le recours au généraliste est fortement croissant avec l'âge. Un homme de 25 à 34 ans voit en

moyenne son médecin généraliste un peu plus de deux fois par an. La fréquence des visites est multipliée par deux entre 65 et 74 ans, et par trois après 85 ans. Si on fait l'hypothèse forte que ce recours déclaré correspond à la demande de soins de médecine générale, alors le vieillissement de la population expliquerait que le nombre de demandes de recours pourrait augmenter deux fois plus vite que la population régionale dans les 30 ans à venir. Ce décalage entre évolution de la population et demande de soin se vérifie sur tous les territoires. Il est le plus prononcé dans le Nord de la Seine-Maritime, dans les territoires de proximité de Neufchâtel-Eu et de Dieppe. Même sur le territoire de proximité du Havre où la population diminuerait en cas d'une poursuite des tendances, la demande de soin pourrait ne pas baisser dans les années à venir.

Dans le même ordre d'idée, il n'existe pas de statistiques récentes sur les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer. L'étude PAQUID a permis d'obtenir des données de prévalence et d'incidence de cette maladie par sexe et classe d'âge extrapolées à la France métropolitaine¹. Si on applique ces taux à la population haut-nor-

RECOURS AU GÉNÉRALISTE DÉCLARÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



Source: Insee, enquête Handicap-Santé 2008, volet "ménages"
 Champ: France métropolitaine et DOM, 18 ans et plus vivant à leur domicile

Unité : nombre moyen de recours

¹ Cf. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Helmer C., Pasquier F., Dartigues JF. Médecine/Sciences 2006 ; 22-3 : 288-296.

mande le nombre de personnes de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer peut être estimé à 26 000 en 2010. Il pourrait atteindre 32 000 en 2020, 40 000 en 2030 et 55 000 en

2040. Cette forte croissance concerne tous les territoires. Celui dans lequel l'application de ces taux de prévalence donne la plus forte augmentation est le territoire de santé d'Évreux,

où le nombre de malades de plus de 75 ans pourrait passer de 5 400 en 2010 à 12 700 en 2040.

Julien DELAMARE (Insee)
François GITTON (Insee)
Dr Hervé VILLET (ORS)
Annabelle YON (ORS)

MÉTHODOLOGIE :

Méthode de redéfinition des territoires de santé haut-normands

L'organisation de l'offre de premiers recours s'articule autour des services pluridisciplinaires que sont l'offre de santé, l'accès à l'école et aux hébergements (personnes âgées), enfin aux commerces de bases.

Les critères retenus par l'agence régionale de santé pour la révision des territoires de premier recours sont :

- la présence d'au moins quatre des cinq professions de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) ;
- la présence d'au moins trois des quatre services suivants : hébergement pour personnes âgées, classe maternelle (ou classe RPI), supermarché (ou épicerie) et boulangerie ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 5 km ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.

Pour définir les territoires de proximité sur la base de l'accès à l'offre sanitaire, l'agence régionale de santé a procédé à des regroupements ascendants et par contiguïté des territoires de premiers recours, sur la base des flux sanitaires, et de l'accessibilité à une offre spécialisée ambulatoire.

Les critères retenus pour la définition des territoires de proximité sont :

- la présence d'au moins trois des cinq spécialités libérales suivantes : cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, imagerie médicale et laboratoire d'analyse ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 20 minutes ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.

L'analyse des données de mortalité

La mortalité demeure actuellement le seul indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu quelles que soient l'aire géographique et la pathologie. La description de l'état de santé présentée dans cet article résulte d'une analyse statistique des causes de décès sur neuf années s'échelonnant de 2000 à 2008. Le choix d'étudier une période de neuf ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour obtenir une signification statistique, eu égard à la faible population à l'échelon des territoires de proximité.

Taux comparatif de mortalité :

Taux que l'on observerait dans la région, les territoires de santé et les territoires de proximité si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence (France métropolitaine au RP 2006). Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les échelons géographiques.

POUR ALLER PLUS LOIN :

Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile / INSEE, pôle analyses territoriales ; Mélanie Bigard, David Levy ; DRESS ; Franck Evain - In : INSEE première. - N° 1397 (2012, mars) ; 4 p.

Diagnostic sanitaire et social des territoires de santé haut-normands / Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie (ORSHN) ; A. Yon, H. Villet, L. Berger, M. Flamand. - ROUEN, 2011. - 211 p.

Observation «Santé / Social» des territoires : Données et profils pour la Région Haute-Normandie / DRJSCS Haute-Normandie ; A. Bellay, G. Bouvais, C. Boudier, A. Yon. - Rouen : Edition 2010. - (2011, janv.) ; 105 p.

Inégalités socio-sanitaires en France / A. Trugeon, N. Thomas, F. Michelot et al. - Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. - 280 p.

L'offre de soins libérale de proximité en 2010 et projections 2015 / URCAM de Haute-Normandie, ARH de Haute-Normandie. - Rouen : Mission Régionale de Santé de Haute-Normandie, 2010

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification / M. Coldefy, V. Lucas-Gabrieli. - IRDES. DT n° 10. - (2008, mai)



Insee Haute-Normandie

8 quai de la Bourse
76037 Rouen cedex 1
Tél : 02 35 52 49 11
www.insee.fr

Informations statistiques :
09 72 72 4000
du lundi au vendredi, 9h à 17h
(prix d'un appel local)

Observatoire Régional de la Santé

Pôle Régional des Savoirs
115, Boulevard de l'Europe
76 100 Rouen
Tél : 02 32 18 07 50
Fax : 02 32 18 07 51