

SITUATION SOCIO-SANITAIRE

ANALYSE DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

Pour permettre une amélioration de la santé des populations, les politiques de santé, et plus largement les actions à destination des citoyens, doivent reposer sur une connaissance se voulant la plus précise possible. Dans le cadre d'une observation orientée vers l'aide à la décision, ceci passe par la pluralité des domaines abordés, du fait des nombreux déterminants de santé. Techniquement il est nécessaire de définir, gérer et analyser une multitude d'indicateurs issus de nombreuses sources de données, dont l'usage initial ne s'inscrit pas toujours, loin s'en faut, dans le champ de l'observation de la santé des populations. La notion de territoires n'est bien sûr pas à occulter : une analyse menée à des niveaux géographiques fins permet de faire émerger les particularités qui peuvent exister dans des zones restreintes.

L'objet de ce document est de fournir, en s'appuyant sur de nombreuses données, une photographie du paysage socio-sanitaire de la Haute-Normandie, la plus actualisée possible, tout en prenant en compte les dynamiques évolutionnelles. Les analyses ont été menées au niveau des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), dans une forme aménagée pour considérer également les communes les plus peuplées¹. Ainsi, ce travail rend compte, de manière synthétique, des spécificités territoriales de la région en termes de santé mais aussi en regard de ses déterminants sociaux. Il identifie les zones géographiques les plus fragilisées et détaille leurs spécificités.

La mortalité permettant une bonne approche de la mesure de l'état de santé, la première partie de ce document est dédiée à son analyse sur trente ans. Un zoom est porté sur les deux principales causes de décès : les cancers et les maladies cardiovasculaires. La Haute-Normandie présente, au regard de la France, un surplus de mortalité par cancers un peu plus marqué (plus de 10 % en 2010-2012) que pour les maladies cardiovasculaires (moins de 8 % à la même période). La morbidité, bien que complexe à mesurer, constitue une autre dimension de l'état de santé. Les données d'affection de longue durée permettent une certaine approche, mais ne sont le reflet que d'une partie de la morbidité diagnostiquée. Celles-ci sont croisées avec les données de mortalité dans la deuxième partie du document. Le troisième chapitre est consacré au domaine social, via une typologie réalisée à partir d'indicateurs couvrant de nombreux aspects. Le calcul de l'espérance de vie pour chacune des classes ressortant de cette typologie permet de mesurer combien le lien entre la situation sociale et l'état de santé des populations est fort. Pour faire ressortir les forces et les faiblesses des territoires, la dernière partie du document prend en compte l'ensemble des données mentionnées précédemment auxquelles ont été rajoutés des indicateurs relatifs aux professionnels de santé.

¹ Ceci permettant de mettre en avant les situations hétérogènes qui existent entre les villes et leur périphérie.

PRÉAMBULE 1

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ SUR 30 ANS 2

TYPOLOGIE MORTALITÉ ET AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE 4

TYPOLOGIE SOCIALE 6

TYPOLOGIE SANITAIRE ET SOCIALE 8

SYNTHÈSE 12

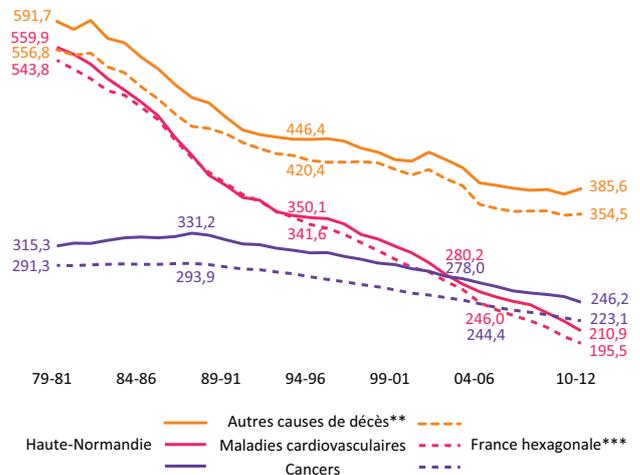


ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ SUR 30 ANS

En trente ans, environ 6 ans d'espérance de vie en plus pour les femmes et 8 ans pour les hommes

Depuis de nombreuses années, la mortalité ne cesse de diminuer, et ce aussi bien en Haute-Normandie qu'en France. Ceci se traduit par un gain d'espérance de vie à la naissance, entre les périodes 1979-1981 et 2010-2012, de 6,1 ans chez les femmes et de 7,8 ans chez les hommes pour la Haute-Normandie et respectivement de 6,5 et 8,1 ans en France. L'espérance de vie des femmes demeure supérieure à celle des hommes, même si l'écart tend à se réduire depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. En 2010-2012, l'espérance de vie à la naissance des Haut-Normandes est de 84,1 ans (85,0 ans en France hexagonale) contre 77,1 ans pour leurs homologues masculins (78,4 ans au niveau national), soit un écart de 7,0 ans entre les deux genres ; cet écart est un peu moins prononcé pour la France hexagonale : 6,4 ans. Depuis la fin des années soixante-dix, l'espérance de vie observée en région est demeurée inférieure à celle de la France, avec des écarts un peu plus prononcés pour les hommes que pour les femmes, écarts qui tendent à s'accroître pour chacun des deux genres.

Évolution de la mortalité* pour les principales causes de décès (pour 100 000 habitants)



* Taux standardisés sur l'âge, lissés sur trois ans.
 ** Ensemble sauf cancers et maladies cardiovasculaires.
 *** Hors Corse de 1979-1981 et 1981-1983.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S

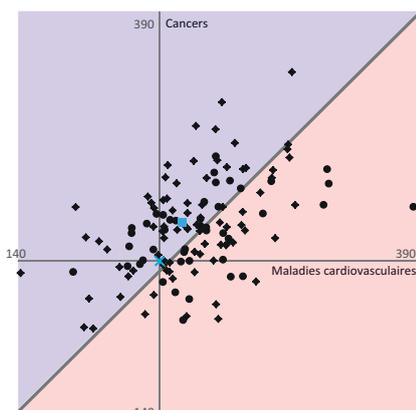
Exploitation OR2S

Une surmortalité par rapport à la France qui s'accroît depuis le milieu des années quatre-vingt-dix

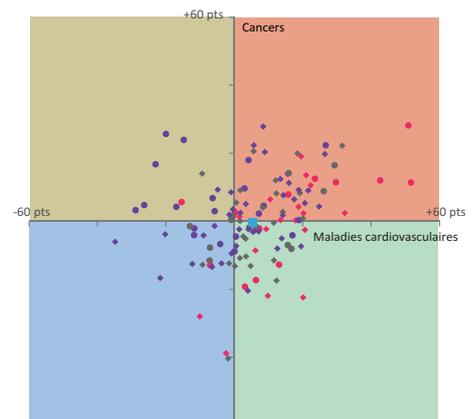
En regard des taux standardisés¹, la Haute-Normandie présente sur les trente dernières années une surmortalité par rapport à la France ; celle-ci a tendance à s'accroître au cours du temps, et notamment ces dernières années. En effet, dans les années quatre-vingt, le différentiel de mortalité était de +5 %/+6 %, puis il a diminué au début des années quatre-vingt-dix (+4 %/+5 %), pour augmenter au milieu des années quatre-vingt-dix et atteindre +9 % en 2010-2012.

Analyse des deux principales causes de décès (cancers et maladies cardiovasculaires) par EPCI¹

Taux standardisés de mortalité en 2002-2012 (pour 100 000 habitants)



Évolution du différentiel de mortalité** avec la France hexagonale entre 1980-1990 et 2002-2012 (en point)



** Pour les deux causes de décès, le surplus de mortalité de chaque zone géographique avec la France hexagonale a été calculé au regard des taux standardisés pour les périodes 1980-1990 et 2002-2012. Puis le nombre de points séparant les pourcentages obtenus pour chacune des deux périodes a été calculé et représenté sur ce graphique.

¹ Les EPCI composés de commune(s) de plus de 8 000 habitants ont été fractionnés, pour isoler ces villes ; cf. encadré « Échelon géographique d'analyse » en page ci-contre.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S

Exploitation OR2S

Aide à la lecture des illustrations : sur chaque graphique, les ronds représentent les EPCI de l'Eure, les losanges ceux de Seine-Maritime et le carré bleu rend compte de la situation de l'ensemble de la région. L'illustration de gauche fait un état des lieux de la situation actuelle (2002-2012) de la mortalité en regard des deux principales causes de décès et informe de la situation de chaque unité territoriale au regard du niveau national : la première cause de décès dans les territoires (EPCI, région et France) situés dans le triangle violet en haut à gauche est le cancer et pour ceux situés dans le triangle rose en bas à droite il s'agit des maladies cardiovasculaires. Plus les points s'éloignent du trait séparant les deux triangles, plus l'écart entre les taux des deux causes de décès est important. Le graphique de droite permet d'illustrer l'évolution de la mortalité par rapport au niveau national et de rendre compte des inégalités territoriales qui se sont creusées entre les périodes 1980-1990 et 2002-2012.

Sur les deux illustrations, les EPCI situés dans le carré en haut à droite sont dans une situation moins favorable que l'Hexagone pour les deux causes de décès : pour le graphique de gauche, les taux de mortalité sont plus importants et, pour celui de droite, le différentiel de mortalité s'est accru entre les deux périodes. À l'inverse, les EPCI situés en bas à gauche présentent une situation plus favorable que la France pour les deux causes de décès étudiées.

¹ Les taux de mortalité considérés dans l'ensemble de ce document sont standardisés sur l'âge à partir de la population de la France hexagonale au recensement de 2006. Ceci permet de prendre en compte le fait que la structure démographique des territoires analysés est différente et qu'elle a évolué au cours du temps (vieillesse de la population), ceci permet donc de rendre les comparaisons entre territoires et entre périodes possibles en neutralisant l'effet « âge ».

À partir de 2003, les cancers deviennent la première cause de décès pour la Haute-Normandie...

Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les deux principales causes de décès au cours de ces trente dernières années. En 1979, les maladies cardiovasculaires constituaient de loin la première cause, provoquant 37 % des décès en France et 35 % en Haute-Normandie, devant les cancers (23 % des décès pour ces deux unités géographiques). Suite à une diminution très marquée de la mortalité par maladies cardiovasculaires (cf. courbes présentées à la page ci-contre), l'écart entre les deux causes s'est resserré, puis inversé en 2003 pour la région et en 2006 pour l'Hexagone. En 2012, les cancers sont responsables de 27 % de l'ensemble des décès de personnes domiciliées en France et de 28 % de celles résidant en Haute-Normandie, tandis que les maladies cardiovasculaires le sont respectivement de 25 % et 24 %.

...mais les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause pour un tiers des EPCI en 2002-2012

Une analyse menée à un niveau géographique plus fin, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), permet de mettre en exergue les disparités géographiques existantes au sein de la Haute-Normandie, disparités qui se creusent au cours du temps. Ainsi, en 1980-1990, toutes causes de décès confondues, douze EPCI (regroupant 8,5 % de la population haut-normande de cette période) présentaient une sous-mortalité au regard de la France, alors que quarante-trois (45,3 % de la population) étaient, à l'inverse, en surmortalité. En 2002-2012, ce sont dix-huit EPCI (regroupant 12,7 % de la population régionale) qui sont dans une situation plus favorable que l'Hexagone et soixante-dix (deux tiers de la population) qui présentent une surmortalité. La majorité des EPCI situés à l'est d'un axe reliant le sud de Dieppe au nord de Vernon, avait un niveau de mortalité qui ne différait pas de celui de la France en 1980-1990, mais présente une surmortalité en 2002-2012.

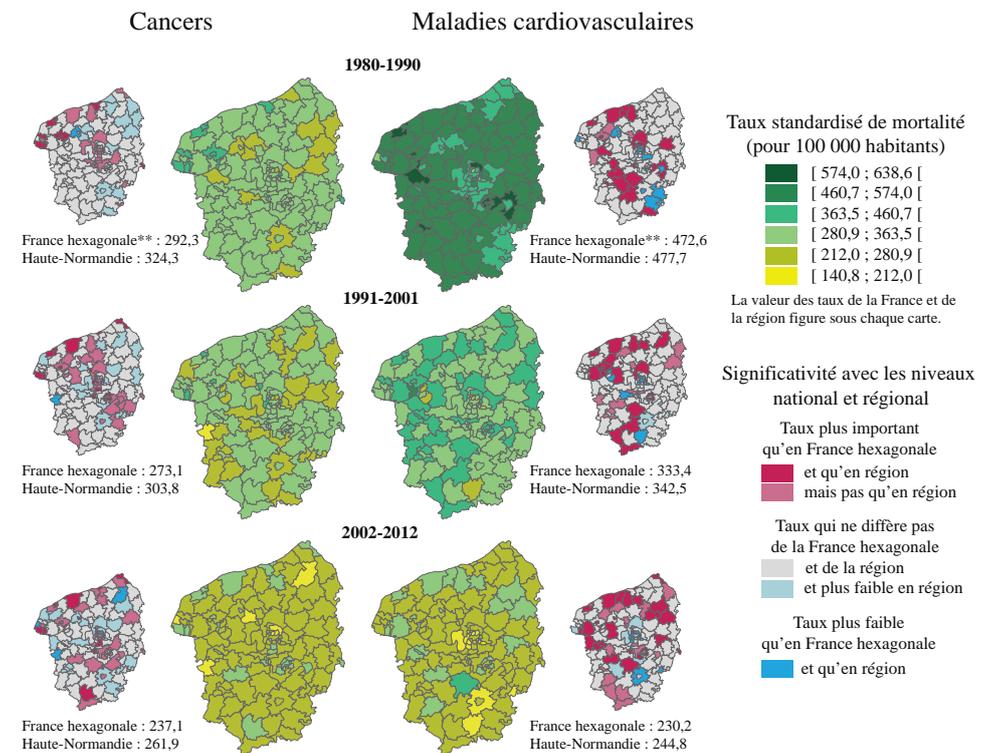
Concernant les deux principales causes de décès, les cartes figurant ci-dessous illustrent une mortalité par maladies cardiovasculaires nettement plus marquée que celle par cancers dans les années quatre-vingt pour l'ensemble des EPCI de la région, l'écart entre les deux causes tendant à se resserrer dans les années quatre-vingt-dix. En 2002-2012, si la mortalité par cancers de l'ensemble de la région est un peu plus importante que celle due aux maladies cardiovasculaires, cette tendance n'est pas retrouvée sur tout le territoire. Pour un tiers des EPCI de Haute-Normandie (regroupant près d'un quart de la population régionale au recensement de 2012), la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire demeure plus importante et, pour un peu plus de la moitié d'entre eux (regroupant près des deux tiers de la population haut-normande), ce sont les cancers qui sont en première position. Pour les EPCI restants, les taux de mortalité de ces deux causes sont très proches.

En outre, au regard du niveau national, seulement deux² ont à la fois une sous-mortalité par cancers et par maladies cardiovasculaires, et ils sont également très peu nombreux à voir le différentiel de mortalité se réduire au cours du temps³. La tendance est en effet plutôt inverse, à savoir davantage d'EPCI en surmortalité pour ces deux causes de décès et des écarts avec le niveau national qui s'accroissent avec le temps (cf. illustration en bas de la page ci-contre et cartes ci-dessous).

Évolution de la mortalité des deux principales causes de décès* par EPCI

Échelon géographique d'analyse

Le choix du niveau géographique d'analyse a été dicté par l'objectif d'avoir un échelon le plus fin possible, permettant de rendre compte des disparités territoriales, mais avec des zones qui soient suffisamment peuplées pour disposer d'indicateurs robustes. De plus, cet échelon devait être adapté aux réalités d'une prise de décision. Aussi, les analyses et cartes présentées dans ce document reposent sur les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) dans une forme « aménagée ». En effet, quand cela a été possible, les EPCI regroupant une commune relativement peuplée (plus de 8 000 habitants) ont été « fractionnés » car ce sont des territoires hétérogènes qui combinent, en règle générale, des zones plus ou moins favorisées et dans lesquelles la ville-centre peut avoir un poids très important au regard de l'EPCI (les indicateurs de l'EPCI sont alors proches de ceux de la ville-centre). Sur les soixante-dix EPCI de Haute-Normandie, quatorze ont été fractionnés, pour arriver à un total de cent-vingt-six zones (dont trente-neuf communes qui ont été « isolées »). Dans l'ensemble de ce document, le terme EPCI renverra à ce découpage « aménagé ».



* Pour chaque cause, une carte représente le taux standardisé de mortalité (la plus grande) et une autre le différentiel de mortalité au regard des niveaux national et régional (la plus petite).
** Hors Corse.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S

Exploitation OR2S

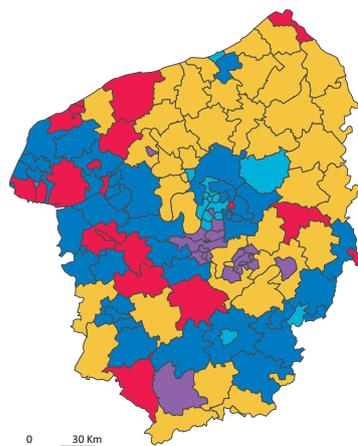
¹ Cf. encadré « Échelon géographique d'analyse » figurant ci-dessus.

² Correspondant à deux communes situées au nord de Rouen.

³ Trois EPCI ont vu leur différentiel de mortalité avec la France se réduire d'au moins dix points pour les deux principales causes de décès entre 1980-1990 et 2002-2012.



TYPLOGIE MORTALITÉ ET AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE*



Sources : CCMSA, CépiDc Inserm, Cnamts, CNRSI, Insee

Nombre d'EPCI	Mortalité la moins importante	Part de la population régionale (RP 2012)
39	Faibles taux de mortalité en général et par cancers en particulier, faibles taux d'admissions en ALD	25,1 %
14	Faibles taux de mortalité et d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, taux d'admissions en ALD plus élevés pour les autres causes	20,4 %
38	Mortalité à un niveau « intermédiaire » Taux élevés d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires	22,2 %
19	Mortalité la plus importante Surmortalités en général et, de manière plus marquée, par maladies cardiovasculaires, faibles taux d'admissions en ALD	21,0 %
16	Surmortalités en général et, de manière plus marquée, par cancers, taux élevés d'admissions en ALD, notamment pour diabète	11,2 %

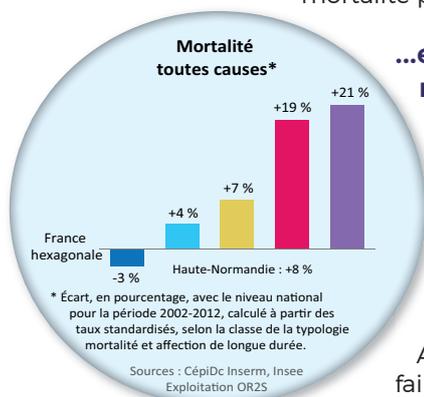
Exploitation OR2S

Une faible mortalité retrouvée dans certaines villes et en périphérie des villes

La typologie présentée ci-dessus met en exergue les spécificités territoriales de la Haute-Normandie en termes d'état de santé, tel qu'abordé à partir des données de mortalité et d'admissions en ALD. Deux classes permettent d'identifier les territoires ayant les plus faibles niveaux de mortalité. Elles sont constituées, pour l'une, de certaines villes de la région (Rouen et Évreux pour les plus peuplées, de communes proches de la capitale régionale, ainsi que de Vernon et Dieppe) et, pour l'autre, d'EPCI souvent situés en périphérie des villes haut-normandes. Ces deux groupes rassemblent près de la moitié de la population régionale (45,5 %), mais au sein des villes la situation est vraisemblablement plus contrastée, avec des quartiers présentant des situations moins favorables¹.

Une mortalité faible globalement mais pas pour les cancers et les maladies cardiovasculaires en périphérie des villes...

Au regard du niveau national, une sous-mortalité toutes causes est constatée pour l'une de ces deux classes (considérée dans sa globalité), celle composée de trente-neuf EPCI souvent situés en périphérie des villes. Ce constat n'est pas retrouvé pour les seuls cancers, ni pour les maladies cardiovasculaires², dont les taux de mortalité ne se distinguent pas de ceux de la France hexagonale. Concernant les admissions en ALD, si les taux sont plus faibles dans les EPCI de cette classe, et ce plus particulièrement pour le diabète, ce constat n'est pas retrouvé pour les cancers (avec des taux qui ne se distinguent pas des autres EPCI de la région). Ceci est d'autant plus notable que cette classe enregistre la mortalité par cancers la plus faible de la région.



...et une mortalité par maladies cardiovasculaires moindre qu'en France mais plus élevée par cancers dans certaines villes

La seconde classe, composée d'une partie des villes haut-normandes (ainsi que d'un EPCI situé au nord de la Métropole Rouen Normandie) et caractérisée par une mortalité moindre comparativement à bon nombre des EPCI de la région, se démarque plus spécifiquement par les maladies de l'appareil circulatoire. Ainsi, dans sa globalité, cette classe enregistre une sous-mortalité par rapport à l'Hexagone pour les décès liés à cette cause. Par contre, toujours au regard du niveau national, elle présente une surmortalité pour les cancers et pour l'ensemble des autres causes de décès. Concernant les admissions en ALD, les taux pour maladies cardiovasculaires ont également tendance à être plus faibles qu'en France hexagonale et que dans les autres EPCI de la région. Ils sont en revanche plus élevés pour les autres motifs d'admissions en ALD.

Typologies

Trois typologies sont présentées dans ce document : l'une figurant sur les pages 4 et 5 a trait aux données d'état de santé, la deuxième en pages 6 et 7 porte sur le domaine social et la dernière, sur les pages 8 à 12, croise ces deux dimensions. L'objectif de ces typologies est de regrouper dans une même classe les EPCI qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(aux) dimension(s) étudiée(s). Les classes obtenues dans une typologie, qui sont relativement dissemblables les unes des autres, sont décrites au regard de la zone d'analyse, à savoir la Haute-Normandie. Ainsi, les EPCI qui appartiennent à une classe présentant des caractéristiques favorables au vu des autres EPCI de la région, peuvent être dans une situation plus défavorable au regard de la situation nationale.

¹ Les données d'état de santé disponibles ne permettent pas de mesurer les spécificités infra-communales. Différents travaux portant sur le champ social abordent les inégalités territoriales existantes au sein des villes. Le lecteur est notamment renvoyé au document intitulé « Situation sociale - Analyses des inégalités territoriales » réalisé en novembre 2014 au sein de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* et téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.pf2s.fr/hn/index.php>

² Cependant, si les taux ne diffèrent pas de l'Hexagone pour la classe considérée dans son ensemble, des spécificités sont relevées pour certains des EPCI qui la composent.

Taux élevés d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires dans des EPCI à dominante rurale

Une majorité des EPCI de la moitié nord de la région et quelques territoires du Sud sont marqués par des taux d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires parmi les plus élevés de la région, nettement au-dessus de ceux de l'Hexagone. Il s'agit le plus souvent d'EPCI présentant une faible densité de population. Les trente-huit EPCI qui composent cette classe (regroupant 22,2 % de la population régionale) présentent le plus souvent des taux de mortalité générale à un niveau intermédiaire au regard de la région, même si quelques EPCI se démarquent avec une mortalité plus importante.

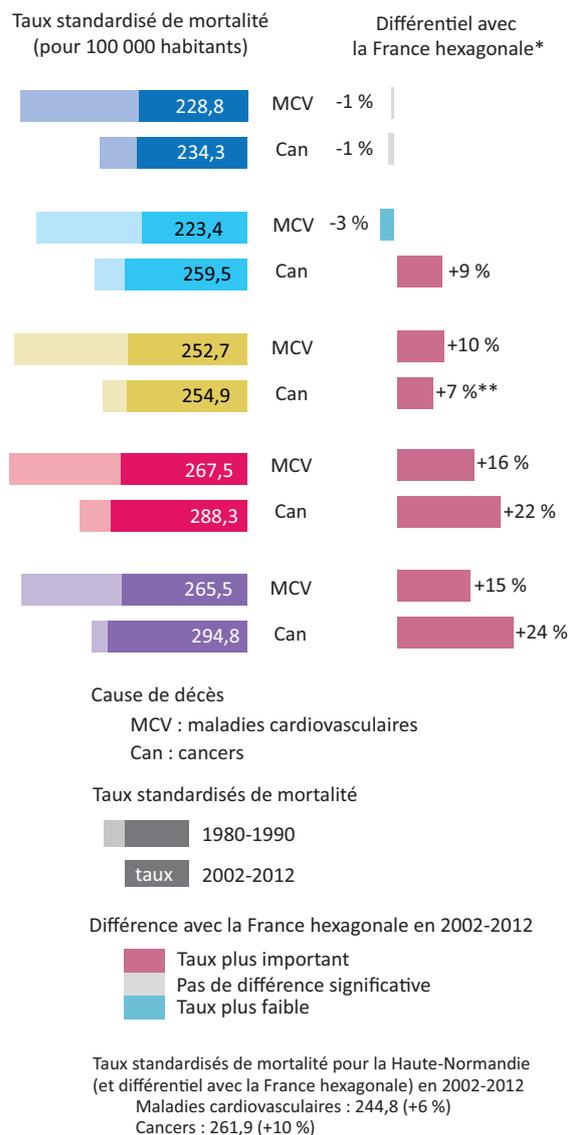
Ce constat général masque des disparités par causes de décès. Si, pour les cancers et pour les maladies cardiovasculaires, la classe considérée dans sa globalité présente en effet des taux plus importants qu'en France hexagonale, la situation au regard de la Haute-Normandie est plus spécifique : une mortalité moindre est observée pour les cancers mais elle est plus importante pour les maladies cardiovasculaires. Ceci est dû au fait que certains EPCI de la classe enregistrent une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire très élevée, avec des taux qui sont parmi les plus importants de la région.

Forte mortalité, mais des taux d'admissions en ALD parfois plus faibles

Les deux dernières classes sont composées des EPCI dont les taux de mortalité figurent parmi les plus importants de la région. Si ces deux classes se démarquent en partie par le fait que l'une présente une mortalité un peu plus élevée par cancers et l'autre par maladies cardiovasculaires, ce qui les distingue majoritairement est le niveau des taux d'admissions en ALD.

Ainsi, la classe regroupant dix-neuf EPCI (un cinquième de la population régionale), à savoir certaines villes (dont Le Havre) mais aussi des EPCI plus ruraux, présente des taux d'admissions en ALD en général plus faibles que ceux observés dans bon nombre des EPCI de Haute-Normandie. L'autre classe, composée de seize EPCI, correspondant souvent à des villes pour partie situées au sud de la Métropole Rouen Normandie (rassemblant un neuvième de la population régionale), présente des taux d'admissions en ALD plus élevés. Cette classe est plus particulièrement marquée par des taux de mortalité et d'admissions en ALD élevés pour les cancers, ainsi que par de forts taux d'admissions en ALD pour diabète.

Mortalité des deux principales causes de décès, selon la classe de la typologie mortalité et affection de longue durée



* Calculé à partir des taux standardisés en 2002-2012.

** Le taux de mortalité par cancers de cette classe est significativement plus faible que celui de la Haute-Normandie.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S

Exploitation OR2S

Indicateurs utilisés pour effectuer la typologie mortalité et affection de longue durée

La typologie* présentée sur cette double page repose sur onze variables issues des données de mortalité et d'admissions en ALD. Ces dernières données ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire de nouvelles admissions en ALD sur la période 2006-2013 (« incidence »), et de stock, à savoir le nombre total des admissions en ALD au 31 décembre 2013 (« prévalence »). Ces données permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelle (seules les personnes diagnostiquées et qui font une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées). Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'admissions en ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

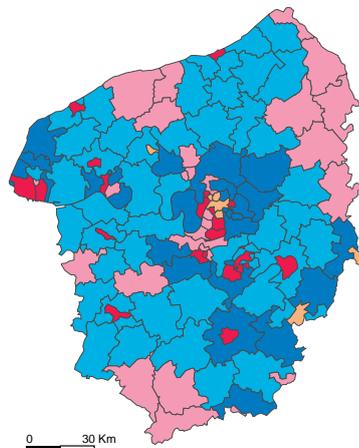
Les indicateurs retenus pour effectuer la typologie sont :

- taux standardisés de mortalité en 2002-2012 par cancers, par maladies cardiovasculaires et pour les autres causes de décès (ensemble sans les deux pathologies précédemment mentionnées) - CépiDc Inserm, Insee
- taux standardisés de nouvelles admissions en ALD en 2006-2013 pour cancers, pour maladies cardiovasculaires, pour diabète et pour les autres admissions (ensemble sans les trois pathologies précédemment mentionnées) - CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee
- taux standardisés d'admissions en ALD au 31 décembre 2013 pour cancers, pour maladies cardiovasculaires, pour diabète et pour les autres admissions (ensemble sans les trois pathologies précédemment mentionnées) - CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee

* Cf. encadré page 4 pour avoir plus de précisions sur l'objectif d'une typologie.



TYPLOGIE SOCIALE



Nombre d'EPCI		Part de la population régionale (RP 2012)
27	la plus favorable	17,2 %
46	favorable	28,8 %
7	défavorable, zones urbaines*	11,8 %
26	défavorable, zones rurales	15,9 %
20	la plus défavorable	26,4 %

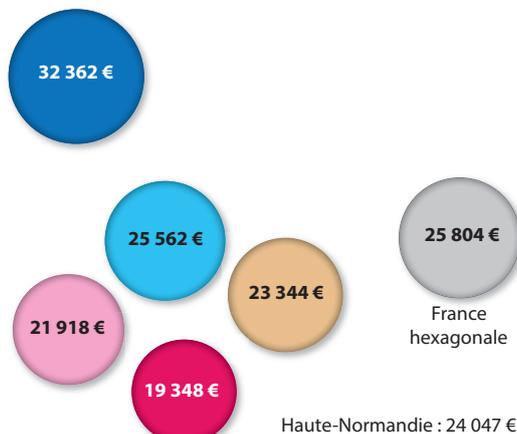
* Part élevée de cadres et professions intellectuelles supérieures.

Sources : CCMSA, Cnaf, Dreal Haute-Normandie - Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie SOeS RPLS, Insee, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP Exploitation OR2S

Le territoire haut-normand est marqué par de fortes inégalités sociales...

La typologie sociale¹ en cinq classes réalisée sur les EPCI de Haute-Normandie illustre la diversité du paysage social de la région². Deux classes sont caractérisées par une situation sociale plus favorisée, l'une présentant des indicateurs proches, voire pour certains meilleurs, que ceux relevés en France hexagonale et l'autre étant dans une situation plus favorable que l'ensemble du pays. À l'inverse, les trois autres classes présentent une situation plus défavorable, voire très défavorable, en regard de l'Hexagone³. À titre d'exemple, le différentiel entre ces classes est illustré par les valeurs du

Revenu net imposable moyen annuel par foyer fiscal en 2012, selon la classe de la typologie « sociale »



Source : Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP Exploitation OR2S

revenu annuel moyen par foyer fiscal : en 2012, l'écart entre les deux classes « extrêmes » (situation sociale la plus favorable et situation sociale la plus défavorable) est de 13 000 € ; la France se retrouve juste au milieu avec un différentiel de l'ordre de 6 500 € avec chacune de ces deux classes.

...avec un fort contraste entre les villes centre dans une situation sociale défavorable...

La classe présentant les indicateurs sociaux les plus défavorables de la région est composée uniquement de villes : vingt des trente-neuf communes qui ont été « isolées »⁴. Une deuxième classe, présentant pour partie des indicateurs sociaux défavorables au regard du niveau national et de bon nombre des EPCI de la région, est également composée de communes ainsi isolées (sept, dont Rouen et quelques-unes des communes de sa périphérie).

Les taux d'allocataires pour les différentes prestations sociales sont particulièrement élevés et sont à des niveaux proches pour ces deux classes, de même que la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.

La classe présentant la situation sociale la plus défavorisée détient par contre le taux de chômage le plus important de la région, de même que les parts de jeunes de 20-29 ans sortis du système

scolaire sans diplôme (ou au maximum avec le certificat d'études primaires), de foyers fiscaux non imposés sur le revenu et de la densité de logements sociaux. Cette classe présente également un taux de fécondité chez les jeunes femmes de 12-20 ans relativement élevé.

La seconde classe présente, outre les indicateurs déjà mentionnés précédemment (prestations sociales et familles monoparentales), un taux de chômage et une densité de logement sociaux plus importants que dans l'Hexagone. Par contre, les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures et de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire avec au moins un Bac+2 sont plus favorables que ce qui est constaté en France (contrairement à l'autre classe). La part de jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés et celle de foyers fiscaux non imposés sur le revenu sont quant à elles plus proches de ce qui est relevé dans l'ensemble du pays.

¹ Cf. encadré en bas de la page ci-contre.

² L'échelon géographique considéré dans ce document (les EPCI dans une forme « aménagée »), permet d'isoler les communes les plus peuplées de la région. Ceci permet de rendre compte des spécificités sociales qui existent entre les principales villes, les EPCI qui leurs sont limitrophes et les territoires ruraux qui présentent des situations sociales hétérogènes.

³ Pour l'une de ces trois classes (composée de quelques villes), la situation est plus complexe avec des indicateurs parfois proches du niveau national.

⁴ Cf. encadré « Échelon géographique d'analyse » page précédente.

...et leur périphérie proche dans une situation nettement plus favorisée

La classe qui présente la situation sociale la plus favorable de la région, avec des indicateurs qui sont le plus souvent meilleurs qu'en France, est principalement composée d'EPCI situés en périphérie des trois principales villes de Haute-Normandie (Le Havre, Rouen et Évreux). Les villes de taille un peu moins importante en termes d'habitants voient leurs EPCI limitrophes appartenir à l'autre classe présentant une situation sociale favorable (mais qui l'est dans une moindre mesure que la classe précédemment mentionnée). Vernon, Gisors et Lillebonne se démarquent toutefois avec des EPCI limitrophes qui appartiennent également à la classe la plus favorisée ; la CC Rurales du Sud de l'Eure, à proximité de Dreux (ville de taille moyenne du Centre-Val de Loire), est également à mentionner.

En définitive, Vernon et Gisors se démarquent avec une situation sociale moins défavorable que bon nombre de villes de la région, avec certains indicateurs qui sont parfois meilleurs que ceux relevés en France ou qui sont à des niveaux comparables, et dont la périphérie proche se retrouve dans la situation la plus favorisée de Haute-Normandie.

Par ailleurs, il est à noter que la situation sociale au sein des villes est hétérogène, regroupant des quartiers particulièrement défavorisés et, à l'inverse, des quartiers plus favorisés¹.

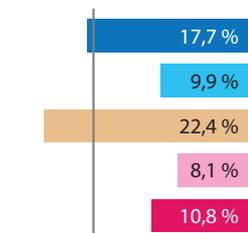
Moins de contraste entre les EPCI à dominante rurale, même si des situations sociales différentes sont relevées

La situation sociale des EPCI à dominante rurale est relativement hétérogène, mais avec des situations moins contrastées que celles observées entre les villes et leur périphérie. Les EPCI du nord-est de

la Haute-Normandie, attenants à la frontière picarde, ceux situés entre Dieppe et Fécamp et ceux du sud de la région, appartiennent à la classe présentant une situation sociale relativement défavorable. Si les taux d'allocataires ont tendance à être assez proches de ce qui est observé sur l'ensemble du pays, le taux de chômage, la part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu, celle de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire avec peu ou pas de diplôme y sont plus faibles.

Les autres EPCI à dominante rurale de la région appartiennent quant à eux à la classe ayant « une situation sociale favorable » et dont les indicateurs sont proches, voire pour certains meilleurs, que ceux relevés dans l'Hexagone, exception faite toutefois de la part de cadres et professions intellectuelles supérieures qui y est moindre.

Part de cadres et professions intellectuelles supérieures*, au 1^{er} janvier 2012



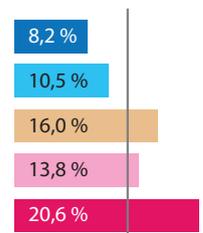
France hexagonale
17,1 %

Haute-Normandie : 12,8 %

* Parmi les actifs occupés.

Source : Insee RP 2012

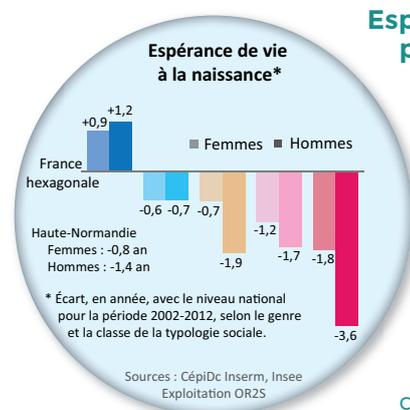
Taux de chômage, au 1^{er} janvier 2012



France hexagonale
12,6 %

Haute-Normandie : 13,8 %

Exploitation OR2S



Espérance de vie plus élevée dans les zones favorisées, avec des écarts particulièrement marqués chez les hommes

Le calcul de l'espérance de vie pour chacune des classes de la typologie sociale permet de rendre compte du fort lien qui existe entre la situation sociale et l'état de santé de la population. Ainsi, sur la période 2002-2012, la classe présentant les indicateurs sociaux les plus défavorables compte près de trois ans d'espérance de vie à la naissance en moins par rapport à celle qui est dans la situation la plus favorable chez les femmes, cet écart étant encore plus marqué chez les hommes : cinq ans. Par ailleurs, seule la classe qui présente la situation sociale la plus favorable enregistre des espérances de vie plus élevées qu'en France hexagonale. L'autre classe, qui est dans une situation sociale plutôt favorisée au regard de la région, et avec des indicateurs proches de ceux de la France hexagonale, présente des espérances de vie un peu plus faibles que celles relevées sur l'ensemble du pays.

Indicateurs utilisés pour effectuer la typologie sociale

La typologie* présentée sur cette page repose sur quatorze indicateurs couvrant des thématiques variées du domaine social (enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement), à savoir :

- taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2005-2014 - Insee
- part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au 1^{er} janvier 2012 - Insee
- part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés au 1^{er} janvier 2012 - Insee
- taux de chômage au 1^{er} janvier 2012 - Insee
- taux standardisé des inactifs de 25-54 ans au 1^{er} janvier 2012 - Insee
- part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2012 - Ministère des Finances et des Comptes publics ; DGFIP
- part de jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés (maximum le certificat d'études primaires) sortis du système scolaire au 1^{er} janvier 2012 - Insee
- taux d'allocataires au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf, Insee
- part d'allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations sociales au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf
- taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf, Insee
- taux d'allocataires de l'ASF au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf, Insee
- taux d'allocataires de 20-59 ans de l'AAH au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf, Insee
- taux d'allocataires percevant une allocation logement au 31 décembre 2013 - CCMSA, Cnaf, Insee
- densité de logements sociaux au 1^{er} janvier 2014 - Dreal Haute-Normandie - Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie Service de l'observation et des statistiques (SOeS) RPLS, Insee

* Cf. encadré page 4 pour avoir plus de précisions sur l'objectif d'une typologie.

¹ Cf. note de bas de page numéro 1 de la page 4.



TYPOLOGIE SANITAIRE ET SOCIALE

La typologie en six classes explicitée sur les pages 8 à 11, et dont la cartographie figure dans sa globalité en page 12 (retrouvée aussi dans l'illustration en bas de page), a pour objet de mettre en exergue les spécificités de la région et de connaître les territoires qui cumulent les difficultés. Elle repose sur des indicateurs de nature sociale, relatifs aux professionnels de santé et d'état de santé, tels qu'abordés à partir des données de mortalité et d'admissions en ALD (cf. encadré en page 11). Pour chaque classe, une illustration offre la possibilité de localiser les EPCI en résumant les caractéristiques socio-sanitaires¹.

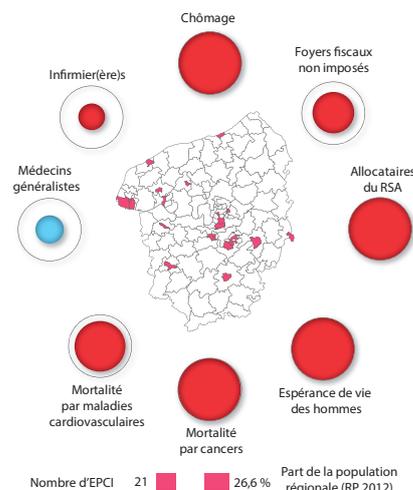
Situation socio-sanitaire défavorable

Situation socio-sanitaire la plus défavorable de Haute-Normandie...

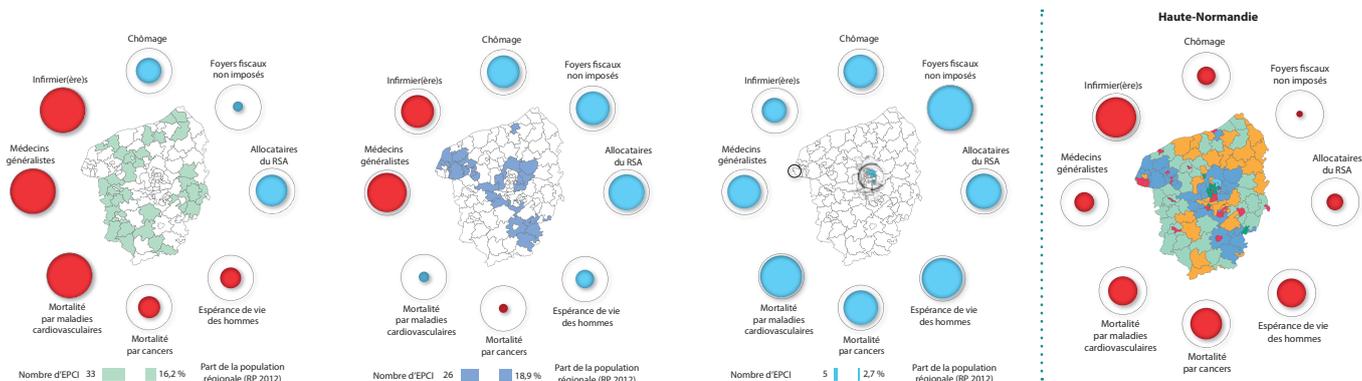
La classe qui présente les indicateurs socio-sanitaires les plus défavorables de Haute-Normandie est composée de vingt-et-un EPCI, correspondant tous à des villes² de taille plus ou moins importantes (population variant entre 8 000 et près de 175 000 habitants pour Le Havre). Que ce soit pour les indicateurs sociaux ou ceux issus des données de mortalité, ils sont en général les plus défavorables de la région et bien moins bons que ceux relevés en France. À titre d'exemple, au regard du niveau national, l'espérance de vie à la naissance calculée sur l'ensemble de la classe est de deux ans plus faible chez les femmes et de près de quatre ans chez les hommes pour la période 2002-2012 (respectivement quatre ans et près de sept ans d'écart avec la classe la plus favorisée, qui est présentée en bas de la page 11). De plus, si l'espérance de vie s'est améliorée, cette amélioration a été moins prononcée qu'en France et que pour les zones plus favorisées, voyant de fait les écarts s'accroître au cours du temps. Ainsi, en 1980-1990, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre cette classe et le niveau national était de -1,3 an chez les femmes et de -2,8 ans chez les hommes (contre respectivement -2,0 ans et -3,7 ans en 2002-2012). De plus, si les taux de mortalité sont nettement au-dessus du niveau national, ils le sont tout particulièrement chez les personnes de moins de 65 ans³.

...mais des densités de professionnels de santé (hors infirmier(ère)s) un peu plus élevées

Par ailleurs, à l'instar des autres villes de la région, celles de cette classe voient leur population diminuer, mais ceci de manière encore plus prononcée et depuis de nombreuses années⁴, ceci étant encore plus notable chez les moins de 25 ans. Une autre spécificité des villes de la région tient au fait que les densités de professionnels de santé (exception faite des infirmier(ère)s) ont tendance à être plus élevées qu'ailleurs⁵. Ce constat, est retrouvé pour les villes de cette classe, mais avec des densités cependant plus faibles que dans certaines des autres classes. De plus, en regard du niveau national, la densité de médecins généralistes libéraux (ou mixtes) est un peu plus élevée, mais celles des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmier(ère)s exerçant de manière libérale y sont un peu plus faibles.



Situation des classes présentées en pages 10 et 11 et de la Haute-Normandie



Sources : Adeli 2015, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Dreal Haute-Normandie - Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie SOeS RPLS, Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Insee, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFiP Exploitation OR2S

¹ Elle permet aussi de comparer les classes entre elles et de connaître leur situation au regard de la France hexagonale (cf. encadrés d'aide à la lecture en pages 9, reprise en page 10).

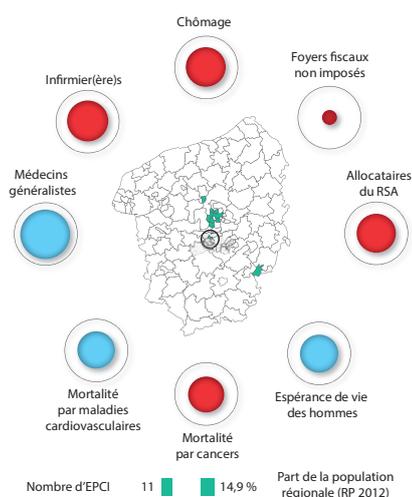
² Les EPCI composés de commune(s) de plus de 8 000 habitants ont été fractionnés, pour isoler ces villes : cf. encadré « Échelon géographique d'analyse » en page 3.

³ Le surplus de mortalité par rapport à la France est de +20 % pour l'ensemble de la classe tous âges confondus et de près de +50 % chez les moins de 65 ans.

⁴ Le taux d'accroissement annuel moyen de population entre les recensements de 1975 et 1982 est de -0,67 % pour l'ensemble de la classe contre +0,47 % en France, il est quasiment stable entre les recensements de 1982-1990 et 1990-1999, puis est de l'ordre de -0,4 % entre 1999-2007 et 2007-2012 alors qu'il progresse en France sur l'ensemble de ces périodes.

⁵ Ce constat est cependant à relativiser du fait de plus faibles densités relevées dans la périphérie des villes et donc de leur attractivité pour ces populations.

Situation sociale plutôt défavorable et taux d'admissions en ALD élevés

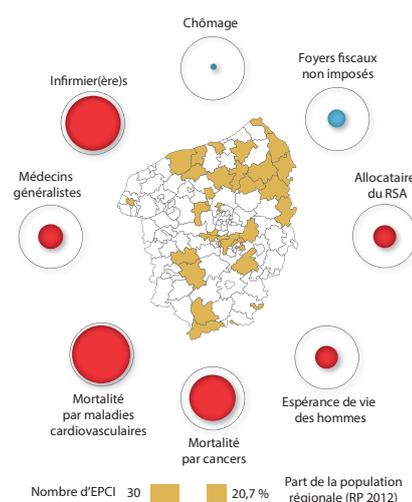


Densités élevées de professionnels de santé (hors infirmier(ère)s)...

Deux classes composées de villes (cf. classe présentée en bas de la page 11) se démarquent par des densités de professionnels de santé libéraux qui se situent parmi les plus élevées de la région. Cette classe, rassemblant un septième de la population haut-normande, regroupe onze villes (dont Rouen) qui, pour la majorité, appartiennent à la Métropole Rouen Normandie. Contrairement à l'autre classe, la situation sociale de celle-ci est parmi les plus défavorables de la région, avec des indicateurs dégradés au regard de ceux de la France. La densité de médecins généralistes libéraux est plus importante que dans l'Hexagone ; par contre, celles des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes y sont comparables. Concernant les infirmier(ère)s exerçant de manière libérale, les EPCI de cette classe ne se démarquent pas de ceux du reste de la région, et ont des densités bien plus faibles que celle de la France hexagonale.

...et faibles taux de mortalité et d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires

Cette classe se démarque également par des taux de mortalité et d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires plutôt faibles. Ainsi, sur la globalité de la classe, une sous-mortalité par rapport à la France hexagonale est relevée pour cette cause. Par contre, toujours en considérant la classe dans sa totalité et les maladies cardiovasculaires, une surmortalité est observée pour les personnes de moins de 65 ans. Concernant les cancers (qui engendrent davantage de décès chez les plus jeunes), une surmortalité tous âges est cette fois observée, celle-ci étant encore plus marquée chez les moins de 65 ans.



Maladies cardiovasculaires particulièrement présentes...

Trente EPCI, rassemblant un cinquième de la population régionale, sont regroupés dans cette classe du fait de caractéristiques proches pour les maladies cardiovasculaires. Ces EPCI sont situés dans le nord de la région, le long de la frontière avec la Picardie, au sud de la Métropole Rouen Normandie, zone se prolongeant sur les EPCI qui lui sont limitrophes et dans quelques EPCI du sud de la Haute-Normandie.

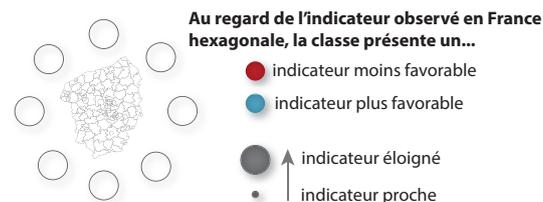
Les taux de mortalité et d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires sont très élevés, à un niveau comparable à certains des EPCI de la classe présentée à la page ci-contre, à savoir parmi les plus importants de la région et bien au-dessus du niveau national. En outre, les taux d'admissions en ALD ont tendance à être un peu plus élevés que ceux relevés dans bon nombre d'EPCI du reste de la région, de même que le taux de mortalité générale.

...mais une situation hétérogène pour les autres caractéristiques socio-sanitaires

Concernant les cancers, la situation est plus hétérogène, même si, pour une majorité des EPCI de cette classe, les taux de mortalité sont relativement importants : une moitié présente une surmortalité par rapport à la France hexagonale.

Au regard des indicateurs sociaux et des densités de professionnels de santé, la situation est également très disparate au sein de cette classe. Il est à noter, que la densité d'infirmier(ère)s exerçant de manière libérale a tendance à être plus faible pour une majorité d'EPCI de la classe, à des niveaux bien moindres que la France hexagonale et parmi les plus faibles de la région.

Aide à la lecture des illustrations

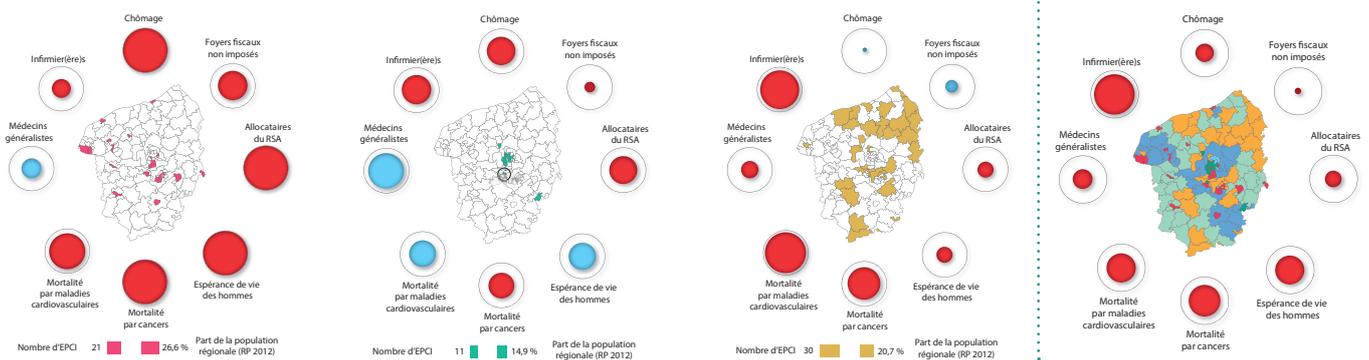


Les illustrations des pages 8 à 11 résument, au regard du niveau national, la situation socio-sanitaire de chaque classe de la typologie présentée. Ceci, permet de visualiser rapidement les spécificités de la classe à partir de huit indicateurs : trois du domaine social, trois relatifs à la mortalité et deux aux densités de professionnels de santé. Si, pour un indicateur donné, la classe présente dans sa globalité* une valeur plus favorable que celle de l'Hexagone, le point est de couleur bleu et, dans le cas contraire, il est rouge. La taille du point permet de mesurer l'écart avec le niveau national : plus le point est de taille importante, plus l'écart sera marqué. Pour chaque indicateur, la taille du cercle gris correspond à l'écart le plus important observé, en valeur absolue, entre

une classe et la France hexagonale. Ainsi, si le point de couleur remplit entièrement le cercle, ceci signifie que la valeur extrême est observée dans la classe concernée. Par exemple, pour le chômage, l'écart le plus élevé observé entre une classe et le niveau national, est relevé dans celle présentant la situation socio-sanitaire la plus défavorable, avec un taux plus élevé qu'en France ; pour la part de foyers fiscaux non imposés, c'est la classe qui présente la situation socio-sanitaire la plus favorable, avec un taux plus faible.

* Indicateur calculé sur l'ensemble des EPCI constituant la classe.

Situation des classes présentées en pages 8 et 9 et de la Haute-Normandie



Sources : Adeli 2015, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Dreal Haute-Normandie - Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie SOeS RPLS, Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Insee, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP Exploitation OR2S

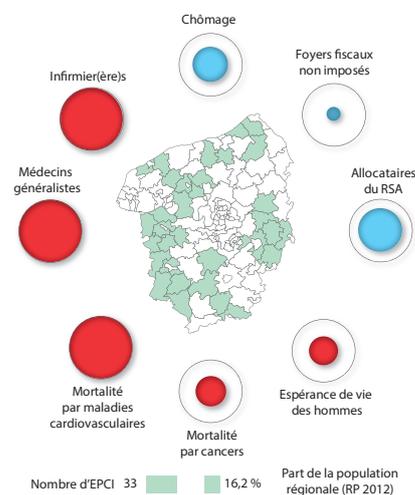
Situation sociale plutôt favorable et faibles densités de professionnels de santé

Plus faibles densités de professionnels de santé de la région...

Trente-trois EPCI à dominante rurale, rassemblant un sixième de la population haut-normande, forment une classe marquée par des densités de professionnels de santé libéraux particulièrement faibles, à des niveaux bien en deçà de celles de l'Hexagone. Ainsi, considérée dans sa globalité, la densité de médecins généralistes libéraux (ou mixtes) de la classe est deux fois plus faible que celle de la France. Ce différentiel est encore plus marqué pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes : les densités sont respectivement quatre et trois fois plus faibles que celles de la France (1,6 fois pour les infirmier(ère)s). De plus, au-delà de la seule densité, la structure par âge des médecins généralistes libéraux constitue une problématique supplémentaire pour cette classe, avec des parts de généralistes ayant au moins 55 ans nettement plus importantes que celles relevées en France et dans bon nombre d'EPCI de la région.

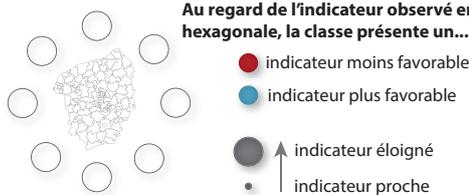
...et mortalité par maladies cardiovasculaires très marquée pour quelques EPCI de la classe

Par ailleurs, les territoires constituant cette classe ont tendance à être dans une situation sociale un peu plus favorable que celle observée en France. Concernant l'accroissement de la population, la tendance est à une augmentation relativement marquée, ceci étant encore plus notable chez les moins de 25 ans¹. Concernant les données d'état de santé, la situation est relativement hétérogène entre les EPCI de cette classe : une majorité présente une situation plus défavorable que celle de l'Hexagone, d'autres sont dans une situation relativement comparable, tandis qu'une minorité présente des taux de mortalité générale plus faibles qu'en France. De plus, au regard des EPCI de la région, certains de cette classe se démarquent par une mortalité par maladies cardiovasculaires particulièrement élevée ; un peu plus d'un tiers présente une surmortalité par rapport à la France pour cette cause. Un constat analogue est à mentionner pour les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, avec des taux plus élevés pour bon nombre d'EPCI de la classe.



Aide à la lecture des illustrations

Au regard de l'indicateur observé en France hexagonale, la classe présente un...



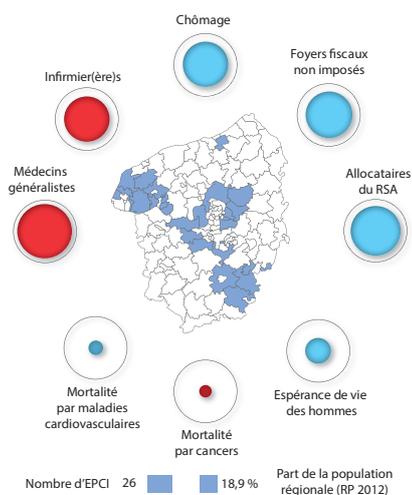
Les illustrations des pages 8 à 11 résument, au regard du niveau national, la situation socio-sanitaire de chaque classe de la typologie présentée. Ceci, permet de visualiser rapidement les spécificités de la classe à partir de huit indicateurs : trois du domaine social, trois relatifs à la mortalité et deux aux densités de professionnels de santé. Si, pour un indicateur donné, la classe présente dans sa globalité* une valeur plus favorable que celle de l'Hexagone, le point est de couleur bleu et, dans le cas contraire, il est rouge. La taille du point permet de mesurer l'écart avec le niveau national : plus le point est de taille importante, plus l'écart sera marqué. Pour chaque indicateur, la taille du cercle gris correspond à l'écart le plus important observé, en valeur absolue, entre une classe

et la France hexagonale. Ainsi, si le point de couleur remplit entièrement le cercle, ceci signifie que la valeur extrême est observée dans la classe concernée. Par exemple, pour le chômage, l'écart le plus élevé observé entre une classe et le niveau national, est relevé dans celle présentant la situation socio-sanitaire la plus défavorable, avec un taux plus élevé qu'en France ; pour la part de foyers fiscaux non imposés, c'est la classe qui présente la situation socio-sanitaire la plus favorable, avec un taux plus faible.

* Indicateur calculé sur l'ensemble des EPCI constituant la classe.

¹ Le taux d'accroissement annuel moyen des jeunes de moins de 25 ans entre les recensements de 2007 et de 2012 est de +0,81 % pour la totalité de la classe contre +0,12 % pour l'Hexagone ; de plus, cela est d'autant plus à prendre en compte que le nombre de jeunes a tendance à diminuer ou se stabiliser dans bon nombre d'EPCI du reste de la région.

Situation socio-sanitaire favorable



Un déficit en professionnels de santé...

Les deux classes présentées sur cette page affichent les situations socio-sanitaires les plus favorables de la Haute-Normandie, ceci étant plus prononcé dans la seconde que la première.

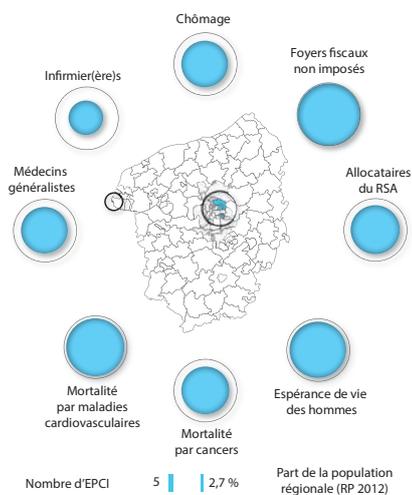
Ce groupe rassemble vingt-six EPCI, soit près d'un cinquième de la population régionale, situés en périphérie proche des principales villes haut-normandes.

Le constat favorable observé pour cette classe est à nuancer du fait de faibles densités de professionnels de santé libéraux (ou mixtes), et ce au regard de la France et de la région ; sont entre autres à mentionner, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. En effet, les densités observées sur l'ensemble de la classe sont au moins moitié moindres que celles constatées en Hexagone (respectivement 2,5 et 2,0 fois plus faibles au 1^{er} janvier 2015) ; pour les médecins généralistes et les infirmier(ère)s exerçant de manière libérale, ce rapport est de 1,6 et de 1,3. Il est à noter que ces zones géographiques sont proches des villes qui regroupent davantage de professionnels de santé, palliant en partie ce déficit.

...et une mortalité proche de celle relevée en France

Les indicateurs sociaux de cette classe ont tendance à être meilleurs que ceux observés sur l'ensemble du pays. Le niveau de mortalité est proche du niveau national. Ainsi, sur la globalité de la classe, les mortalités par cancers et par maladies cardiovasculaires ne se distinguent pas du niveau national en 2002-2012. Une spécificité est toutefois à mentionner chez les moins de 65 ans avec des taux de mortalité plus faibles, notamment pour les maladies cardiovasculaires¹. Par ailleurs, les taux d'admissions en ALD sont un peu plus faibles que ceux de bon nombre d'EPCI de Haute-Normandie, exception faite des admissions pour cancers où les taux ont tendance à être un peu plus élevés.

Situation socio-sanitaire la plus favorable de Haute-Normandie...



Regroupant moins de 3 % de la population régionale, la classe qui présente la situation socio-sanitaire la plus favorable de la région est composée de quatre communes et d'un EPCI aménagé² situés à proximité des deux plus grandes villes de la région (Le Havre et Rouen). Les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures chez les actifs occupés et de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire avec au moins un Bac+2 y sont particulièrement élevées. La population résidante dans ces villes est plus âgée et le nombre de personnes de 75 ans et plus augmente de manière plus soutenue qu'en France depuis de nombreuses années. À l'inverse, celui des jeunes de moins de 25 ans ne cesse de diminuer depuis le recensement de 1975, alors qu'en France il augmente légèrement depuis 1999.

...et plus favorable qu'en France

Cette classe, est la seule à enregistrer à la fois des indicateurs sociaux, de mortalité et relatifs aux densités de professionnels de santé meilleurs qu'en France. Ceci se traduit par exemple par une espérance de vie à la naissance qui pour la période 2002-2012 est de plus de deux ans (2,3) supérieure à celle de l'Hexagone pour les femmes et de trois ans pour les hommes. Au cours du

temps et en regard du niveau national, la mortalité s'est davantage améliorée, notamment pour les cancers. Ainsi, en 1980-1990 la mortalité par cancers enregistrée pour l'ensemble de la classe était proche de celle de l'Hexagone, alors qu'en 2002-2012 une sous-mortalité de près de 15 % est observée ; pour les maladies cardiovasculaires, ce différentiel est de -15 % pour les deux périodes. Les villes composant cette classe se démarquent par des taux d'admissions en ALD qui ont tendance à être plus faibles que ceux enregistrés dans le reste de la région, notamment pour le diabète et, dans une moindre mesure, les maladies cardiovasculaires.

Indicateurs utilisés pour effectuer la typologie sanitaire et sociale

La typologie¹ présentée sur les pages 8 à 12 a été réalisée à partir des onze indicateurs d'état de santé de la typologie mortalité et affection de longue durée (cf. encadré en page 5), des quatorze indicateurs considérés dans la typologie sociale (cf. encadré en page 7) et de six indicateurs relatifs aux professionnels de santé (Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Adeli), à savoir : les densités de médecins généralistes, de chirurgiens-dentistes, d'infirmier(ère)s et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (ou mixtes) et les parts de médecins généralistes et de chirurgiens-dentistes libéraux de 55 ans et plus au 1^{er} janvier 2015.

* Cf. encadré en page 4 pour avoir plus de précisions sur l'objectif d'une typologie.

¹ Chez les personnes de moins de 65 ans, en regard des taux standardisés, des sous-mortalités par rapport à l'Hexagone de près de 17 % en 2002-2012 pour les maladies cardiovasculaires et de près de 5 % pour les cancers sont observées pour la classe considérée dans sa globalité.

² Cette classe est composée, pour la CA Havraise (Codah), de la commune de Sainte-Adresse et, pour la Métropole Rouen Normandie, des communes de Bois-Cuillaume, Bihorel, Bonsecours et Le Mesnil-Esnard, ainsi que le territoire regroupant quatre communes (Fontaine-sous-Préaux, Houppesville, Isneauville et Saint-Martin-du-Vivier) situé dans le nord-est de la métropole rouennaise.

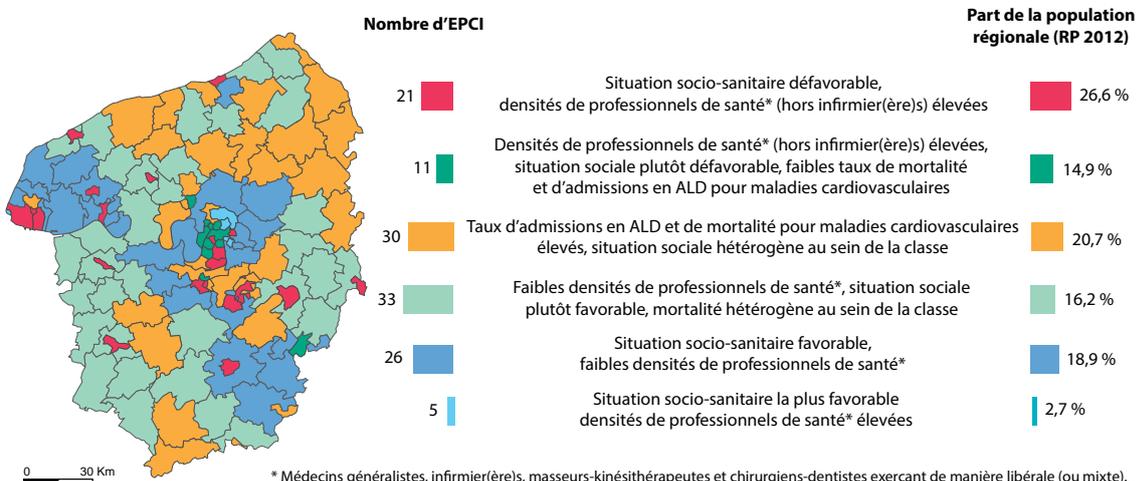


SITUATION SOCIO-SANITAIRE

ANALYSE DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

SYNTHÈSE

Typologie sanitaire et sociale par EPCI



Sources : Adeli 2015, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Dreal Haute-Normandie - Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie SOeS RPLS, Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Insee, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP Exploitation OR2S

La Haute-Normandie présente des caractéristiques socio-sanitaires pour la plupart moins favorables que celles de la France hexagonale. Ce constat est retrouvé tant pour les indicateurs sociaux, que pour ceux appartenant au domaine sanitaire, que ce soit à travers l'analyse de la mortalité ou autour de l'offre de soins, notamment en regard des professionnels de santé libéraux. Toutefois, à l'instar des autres régions, la situation globale haut-normande masque une forte hétérogénéité territoriale.

Les villes présentent les indicateurs sociaux les plus défavorables de la région. En termes sanitaires, elles accueillent, en plus grand nombre, une diversité de professionnels de santé mais connaissent dans le même temps une assez forte hétérogénéité quant à l'état de santé de la population, tel que révélé par la mortalité. Les couronnes de ces pôles urbains sont dans une situation plus homogène, détenant le plus souvent les situations socio-sanitaires les plus favorables de la Haute-Normandie, mais avec des densités de professionnels de santé souvent plus faibles que dans l'Hexagone¹. Les contrastes les plus marqués sont ainsi retrouvés entre les villes et leur périphérie, contrastes existant aussi de façon sensible entre les quartiers d'une même ville². De plus, si les couronnes des pôles périurbains enregistrent de meilleurs indicateurs sociaux que ceux de l'Hexagone, le constat n'est pas aussi favorable pour les indicateurs de mortalité. En effet, si certains EPCI (ou villes) présentent une mortalité plus faible qu'en France, elle se retrouve le plus souvent comparable au niveau national.

Enfin, les territoires ruraux ont des caractéristiques hétérogènes, tant au niveau social qu'en termes de mortalité, mais avec des densités de professionnels de santé souvent moindres. Les EPCI à dominante rurale de la Haute-Normandie sont, pour la plupart, répartis au sein de deux groupes, chacun ayant des caractéristiques bien spécifiques. Le premier rassemble des EPCI plutôt situés dans la moitié nord/nord-est de la région et pour lesquels les maladies cardiovasculaires sont notamment plus présentes³. Certains territoires plus densément peuplés du sud de la Métropole Rouen de Normandie sont aussi dans cette situation. Le second groupe, rassemblant des EPCI situés pour la majorité dans la moitié sud/sud-ouest de la région ; il présente des indicateurs sociaux plutôt favorables mais enregistre des densités de professionnels de santé libéraux particulièrement faibles⁴ avec, de plus, pour les médecins généralistes libéraux, une part de ces professionnels de santé âgés de 55 ans plus élevée.

¹ Déficit compensé en partie du fait de la proximité avec les villes qui enregistrent des densités de professionnels de santé plus importantes.

² Les données d'état de santé disponibles ne permettent pas, ou très difficilement, de les mesurer.

³ Taux de mortalité et d'admissions en ALD élevés.

⁴ Pour l'ensemble de la classe de la typologie obtenue, la densité des chirurgiens-dentistes libéraux est quatre fois plus faible qu'en France et elle est trois fois plus faible pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.



Ce document a été imprimé à 500 exemplaires en novembre 2015 par l'OR2S.

Il a été réalisé avec le soutien financier de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie et de la Région Haute-Normandie.

Il a été rédigé par Nadège Thomas, François Michelot et Alain Trugeon.

Il a été mis en page par Sylvie Bonin.

Directrice de la publication : D^r Élisabeth Lewandowski.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Antenne de Haute-Normandie : 115, boulevard de l'Europe - 76100 Rouen - Téléphone : 07 71 13 79 32

Adresse Mail : infohn@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr