

Diagnostic territorial

Haute-Saône

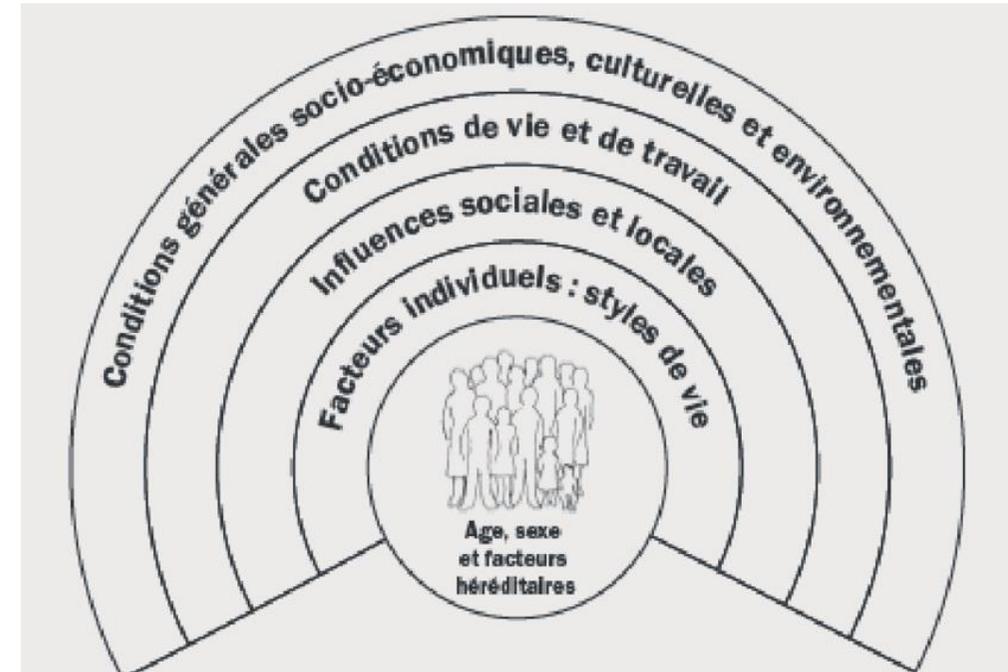


13 juillet 2021



Introduction

Plusieurs facteurs déterminent la santé des populations : les facteurs individuels (âge, sexe, hérédité, habitudes de vie), le milieu de vie (hébergement, famille, communauté), les systèmes (aménagement du territoire, offre de soins et services sociaux), ou encore le contexte global (démographique, environnemental, économique, politique) et, ces différents déterminants de la santé sont inter-reliés.



Source : d'après Whitehead et Dahlgren

Réaliser un diagnostic territorial en santé repose sur l'analyse de données de santé mais aussi de ces déterminants. Aussi vous trouverez dans ce document des indicateurs divers portant sur :

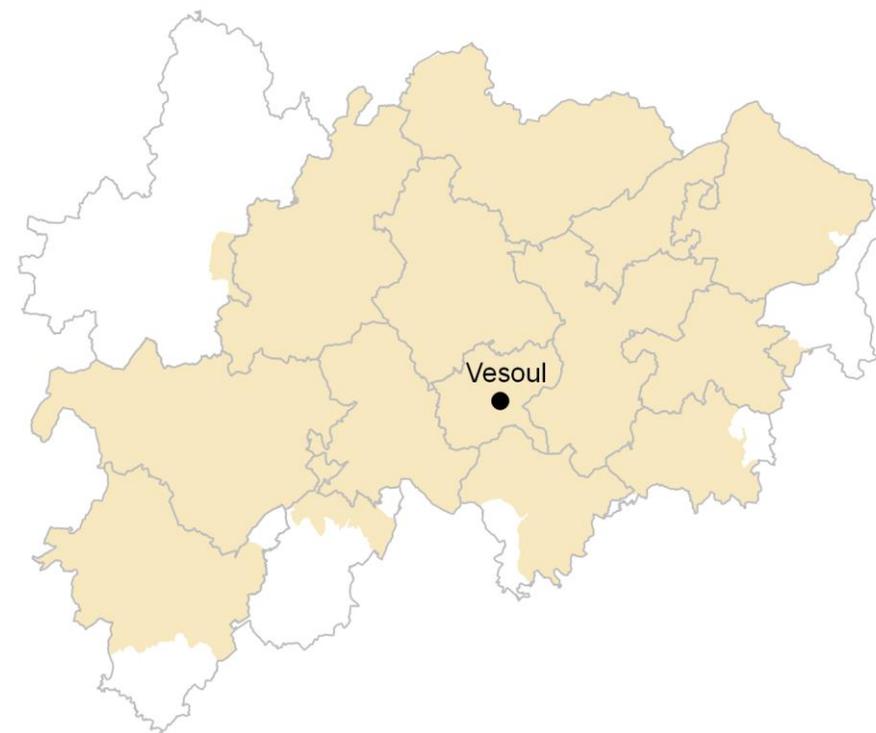
- la démographie,
- l'environnement social,
- l'état de santé et la consommation de soins,
- l'offre de santé,

- et avant tout une présentation succincte du territoire concerné par ce diagnostic territorial.

● Présentation du territoire de responsabilité populationnelle de Haute-Saône



Villes de 10 000 habitants ou plus en 2017



16 EPCI (intercommunalités) couvrent totalement ou partiellement le territoire de responsabilité populationnelle (TRP) de Haute-Saône

- ⇒ ces 16 EPCI regroupent 212 128 habitants au RP 2017,
- ⇒ le TRP de Haute-Saône regroupe 82,7 % de la population des 16 EPCI soit 175 436 habitants

Démographie

Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquissent les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ces indicateurs permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé.

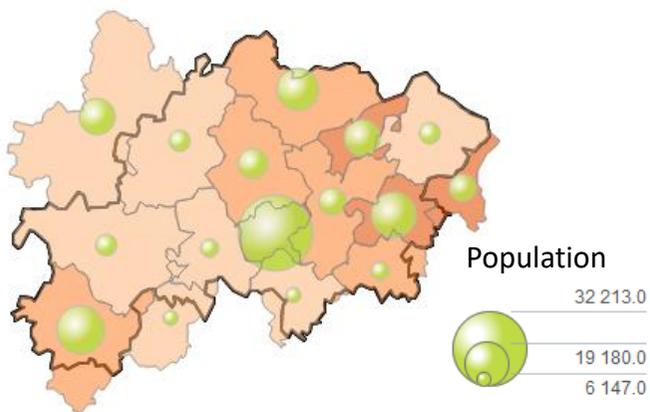
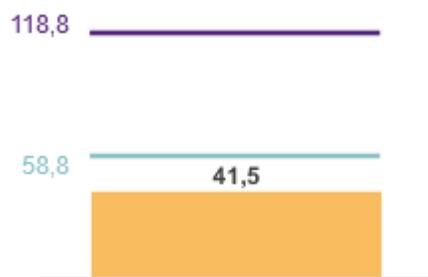
Démographie

175 436 habitants

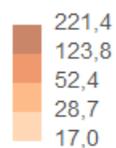
en 2017

Densité de la population en 2017

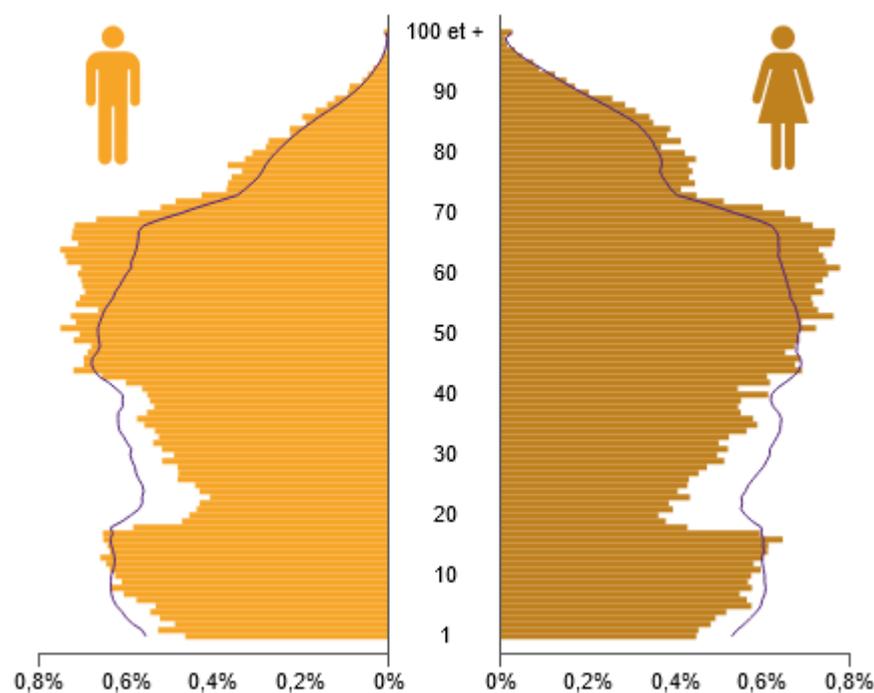
nombre d'habitants au km²



Densité

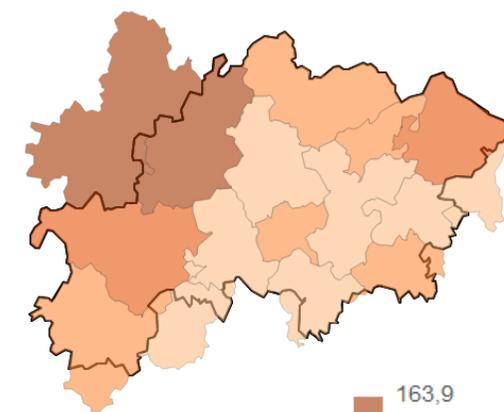
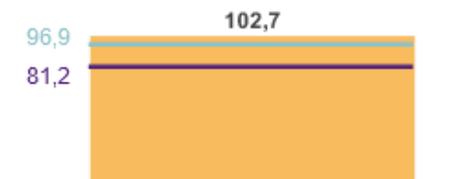


- TRP Haute-Saône
- Bourgogne-Franche-Comté
- France hexagonale



Indice de vieillissement en 2017

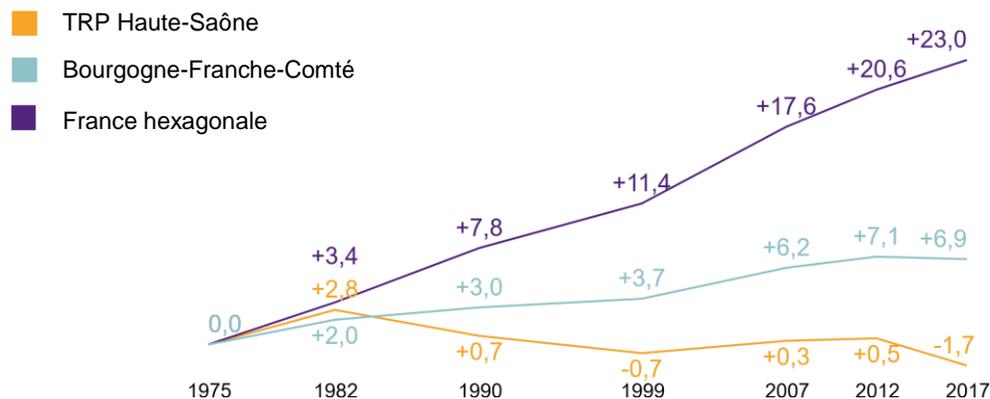
nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100



- Comme en BFC, **davantage de personnes âgées de plus de 65 ans : 23,0 % vs 20,1 % en France (22,1 % en région)**

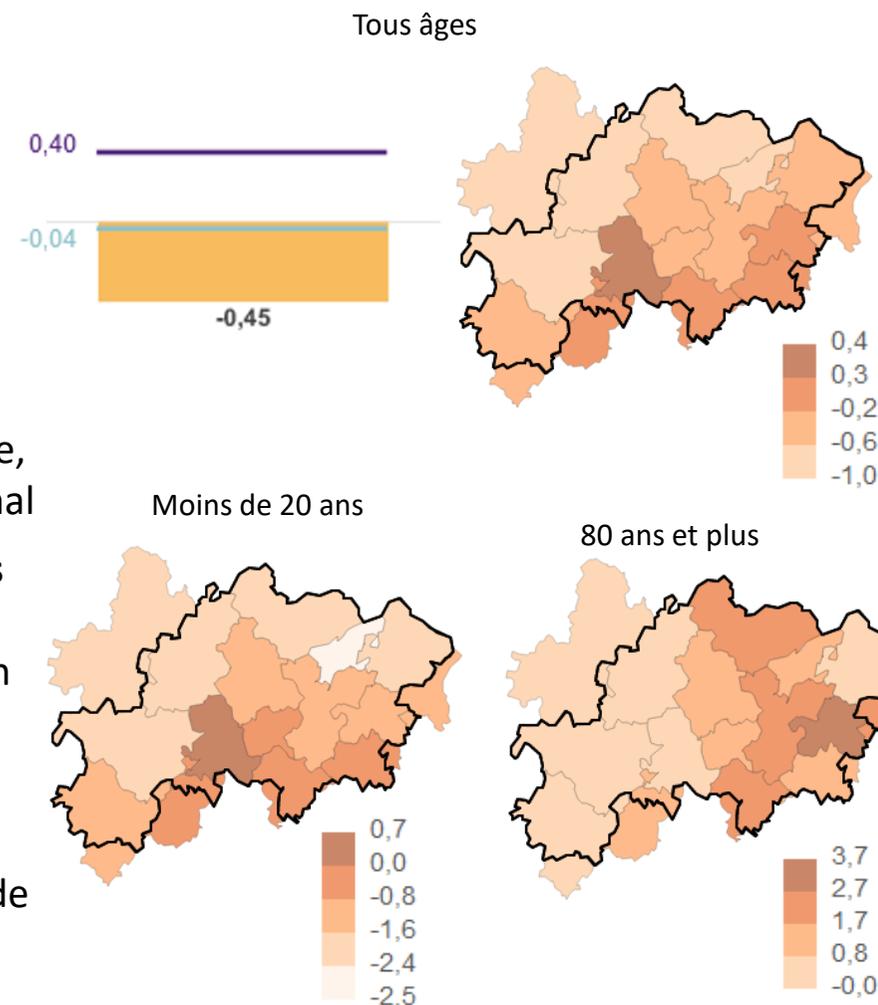
Démographie

Accroissement de la population aux différents recensements par rapport à la population de 1975 (en %)



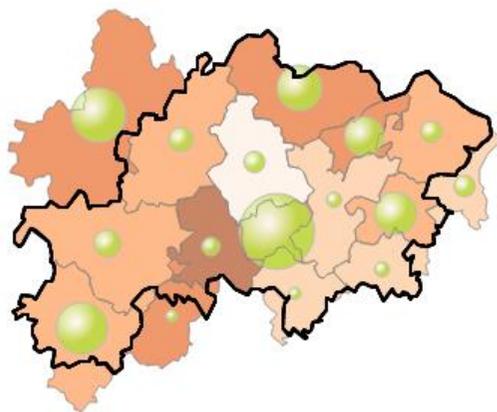
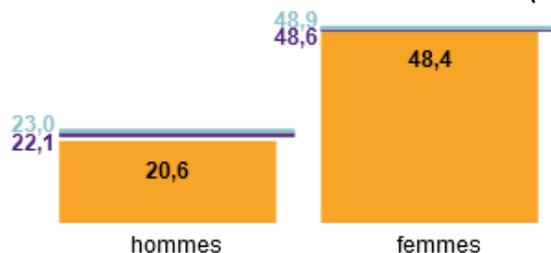
- **-4 022 habitants** entre 2012 et 2017 dans le TRP de Haute-Saône, alors que la population augmente aux niveaux national et régional
- Une **diminution de la population encore plus marquée pour les moins de 20 ans** : taux d'accroissement annuel moyen en 2012-2017 de -1,34 % (vs -0,36 % en région) alors qu'elle augmente en France (+0,18 %)
- **La population des 80 ans et plus ne cesse d'augmenter** : taux d'accroissement annuel moyen de +1,30 % en 2012-2017, soit à un niveau un peu plus faible que celui de la région (+1,67 %) et de la France (+1,95 %)

Taux d'accroissement annuel moyen de la population en 2012-2017 (en %)

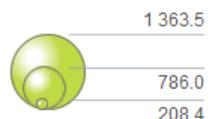


Démographie

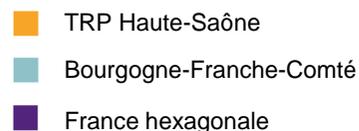
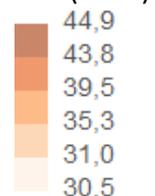
Part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2017 (en %)



Nombre de personnes 75 ans et plus vivant seules



Part (en %)

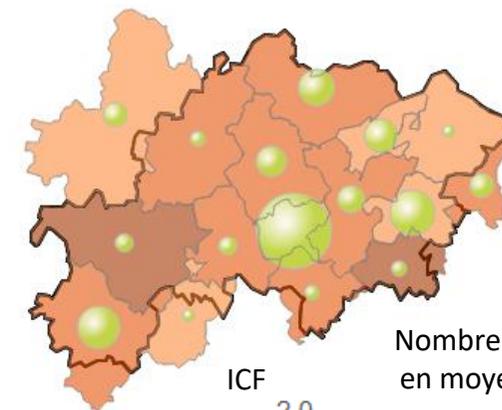
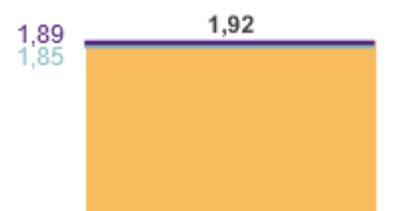


- 7 199 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, soit 37,5 % des 75 ans et plus ; une part un peu plus faible qu'en France (38,4 %)

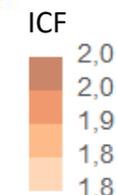
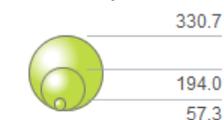
1 648 naissances vivantes en moyenne annuelle en 2013-2019



Indice conjoncturel de fécondité (ICF) en 2013-2019 (nombre d'enfant(s) par femmes)



Nombre de naissances en moyenne annuelle



- un ICF dans le TRP de Haute-Saône très proche de celui de la région et de la France, et plus faible que le seuil de remplacement des générations (2,10 enfants par femmes)

● Environnement social et économique

Les déterminants socio-économiques (ou environnement social et économique) sont des déterminants majeurs de l'état de santé. Des études de l'Insee le confirment ; des écarts d'espérance de vie sont observés selon la catégorie socio-professionnelle des habitants (ex : les cadres ont une espérance de vie plus importante que les ouvriers), selon les niveaux de diplômes ou encore selon les revenus.

Le niveau de vie peut aussi par exemple conditionner l'accès aux soins.

De plus, les personnes avec un niveau de vie plus faible ont plus fréquemment que les autres des comportements défavorables pour leur santé.

Chiffres clés*

6,4 ans Écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes ouvriers et hommes cadres

7,5 ans Écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes sans diplôme et les hommes diplômés du supérieur

12,7 ans Écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % d'hommes ayant les plus faibles revenus et les 5 % ayant les plus importants

11 % Les adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1 % des plus aisés

59 % Des personnes à bas revenus ont eu au moins une activité sportive dans l'année contre 77 % des personnes à hauts revenus

* Résultats nationaux

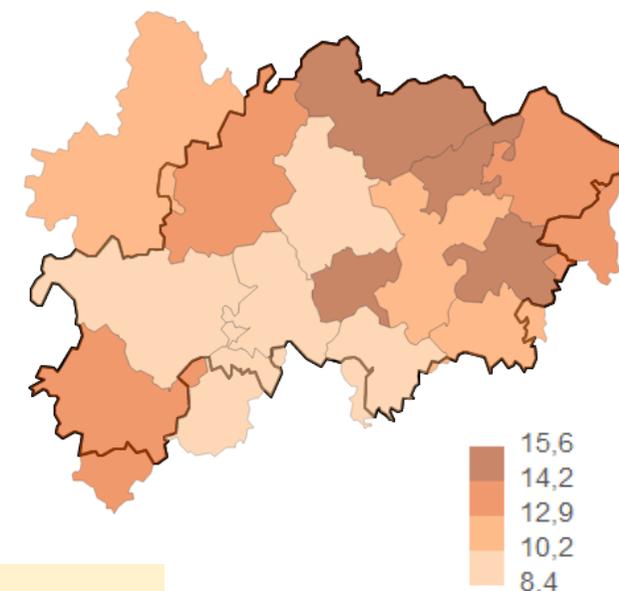
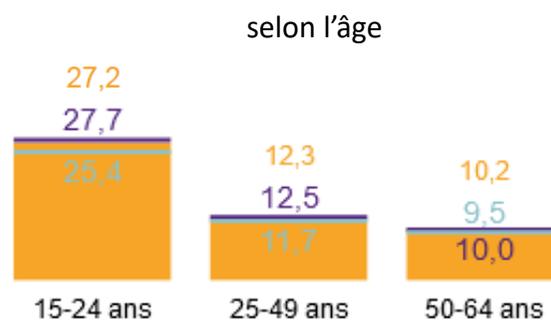
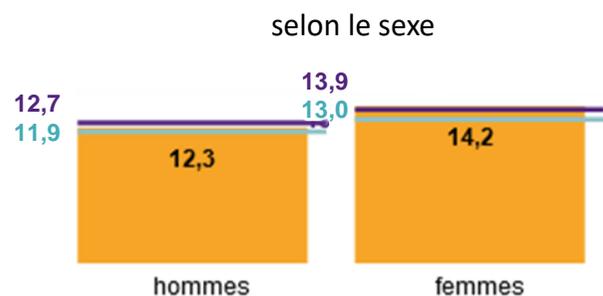
Environnement social : chômage

10 340 chômeurs, soit 13,2 % des actifs de 15 ans et plus

Le taux de chômage est :

- plus élevé qu'en BFC (12,4 %) mais proche du taux national (13,3 %)
- plus élevé chez les femmes que les hommes
- très élevé chez les jeunes
- plus élevé dans les CC du Pays de Luxeuil, du Pays de Lure, de la Haute Comté, et dans la CA de Vesoul

Taux de chômage au sens du RP en 2017 (en %)



- TRP Haute-Saône
- Bourgogne-Franche-Comté
- France hexagonale

Définition & Précisions méthodologiques :

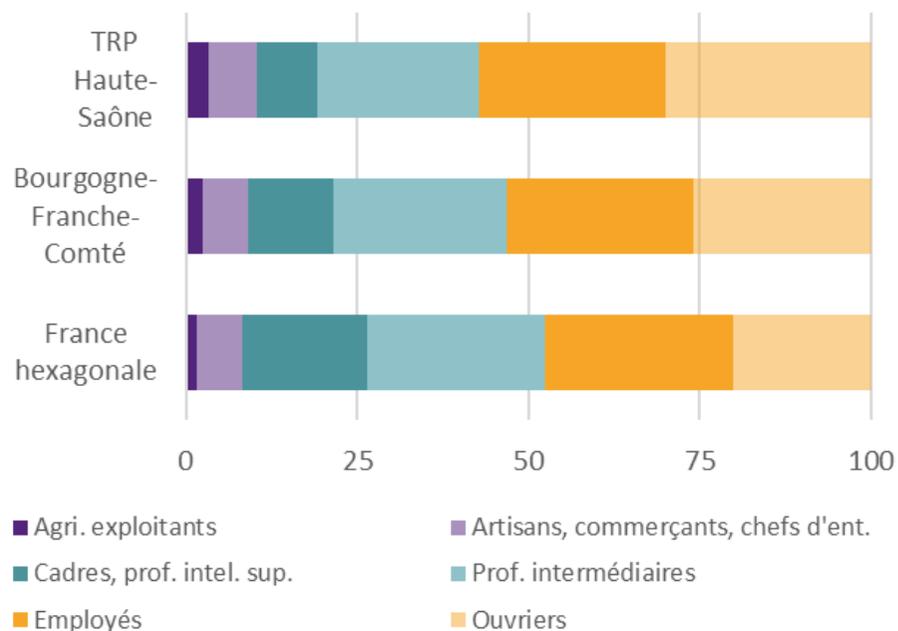
Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes (de 15 ans et plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.

Environnement social : professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

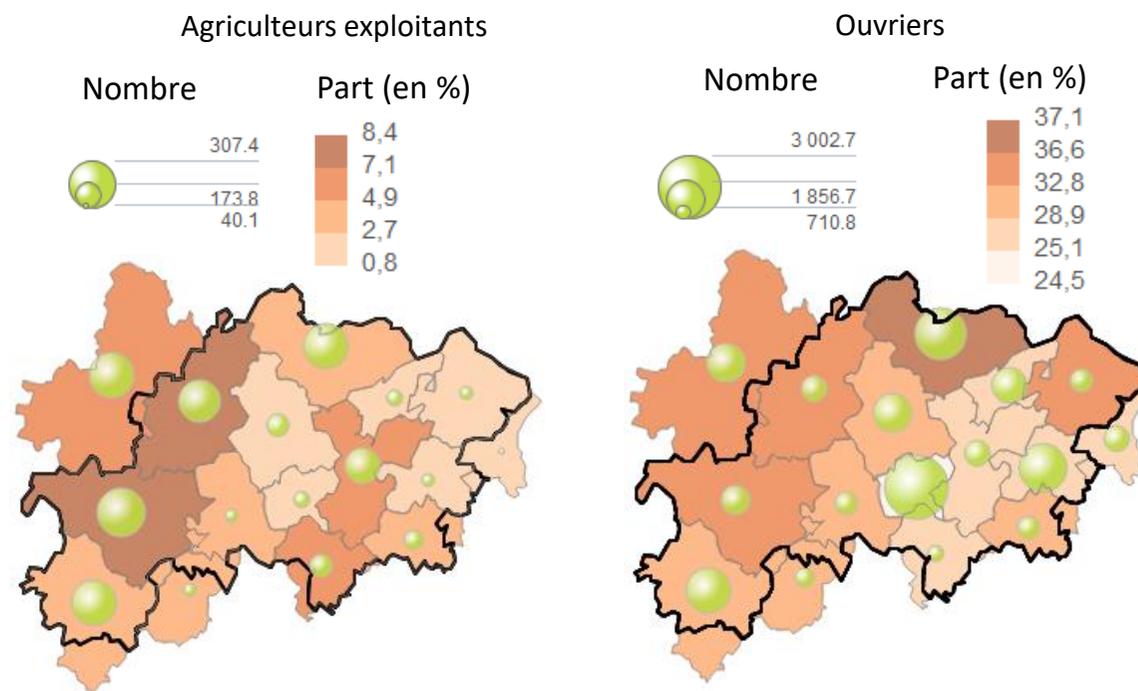
67 730 actifs ayant un emploi

- Plus d'ouvriers (30,0 %)
- Plus d'agriculteurs exploitants (3,2 %)

Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi par professions et catégories socioprofessionnelles en 2017 (en %)



Actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi en 2017



Les agriculteurs exploitants sont plus représentés dans les CC des Quatre Rivières et des Hauts du Val de Saône

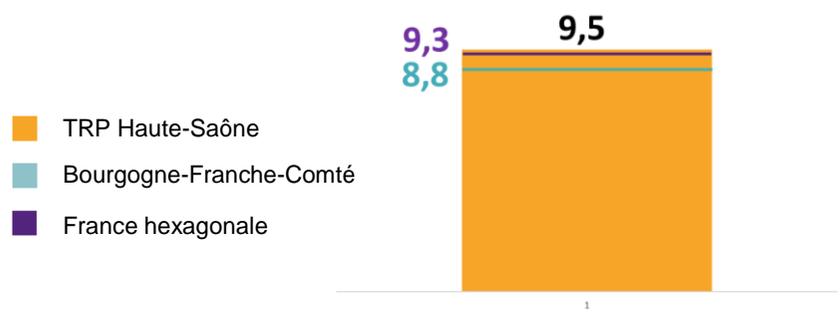
Les ouvriers sont plus représentés dans la CC de la Haute Comté

Environnement social : inactivité

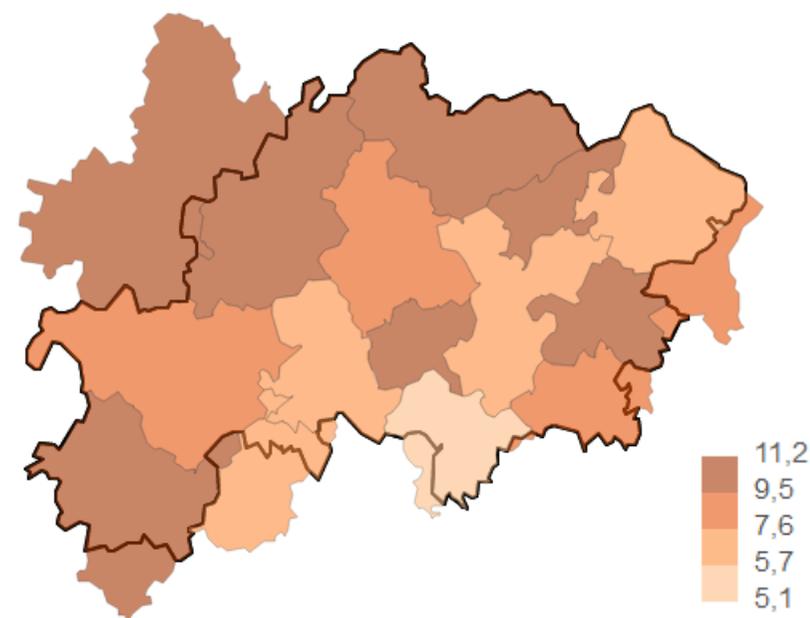
5 830 personnes de 25-54 ans ni en emploi, ni au chômage, soit 9,4 % du groupe d'âge

Le taux d'inactifs est :

- Proche du taux national
- Plus élevé qu'en BFC
- Très faible dans la CC du Pays de Montbozon et du Chanois



Taux standardisé sur l'âge des inactifs de 25-54 ans au sens du RP en 2017 (en %)

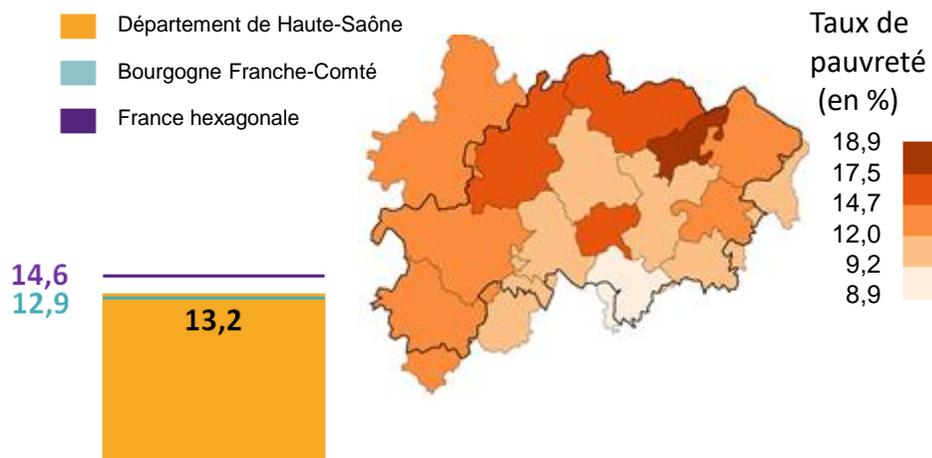


Définition & Précisions méthodologiques :

Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi (BIT) ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler... Ici : seules les personnes de 25-54 ans sont prises en compte, excluant ainsi les jeunes de moins de 25 ans et les retraités.

Environnement social : niveau de vie

Taux de pauvreté en 2018 (en %)



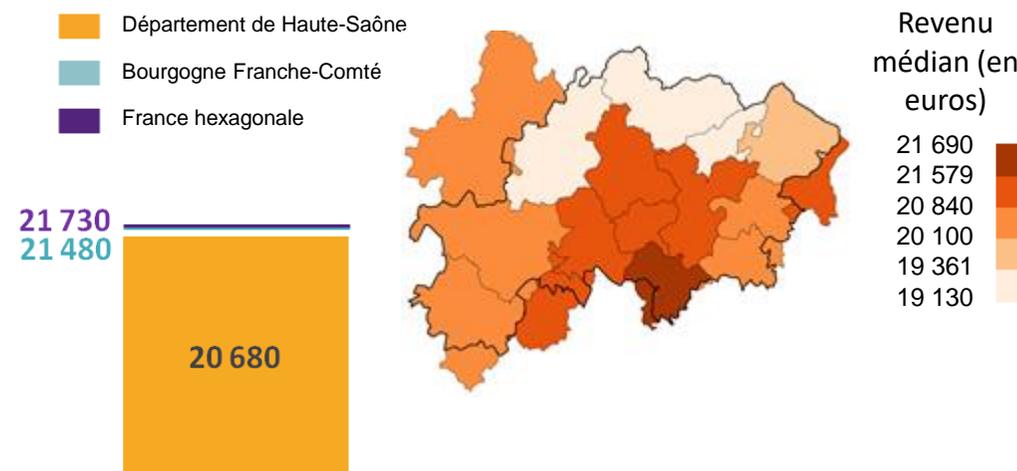
- 30 270 personnes sous le seuil de pauvreté, soit 13,2 % de la population ; une part proche du niveau régional mais inférieure à celle de la France 14,6 %

Définition et Précisions méthodologiques :

Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian en France, soit à un revenu inférieur à 1 063 € par mois en 2018).

En l'absence de données disponibles suffisantes au niveau communal du fait du secret statistique, le taux de pauvreté n'a pas pu être calculé à l'échelle du TRP. En effet, il n'est disponible que pour 2,7 % de l'ensemble des communes du TRP.

Revenu disponible médian en 2018 (en euros)



- Un revenu médian plus faible en Haute-Saône qu'en région et qu'en France, notamment dans les trois EPCI situées au nord du TRP

Définition et Précisions méthodologiques :

Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, telles que 50 % de la population aient un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur.

Le revenu médian du TRP est égal à la moyenne des revenus médians des communes composant le TRP, pondérés par la population des personnes des ménages fiscaux des communes le composant. Ici, comme seulement 78,5 % des communes du TRP sont disponibles, c'est la valeur du département qui est retenue.

Environnement social : niveau de diplôme

2 620 jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, soit 15,4 % de la classe d'âge

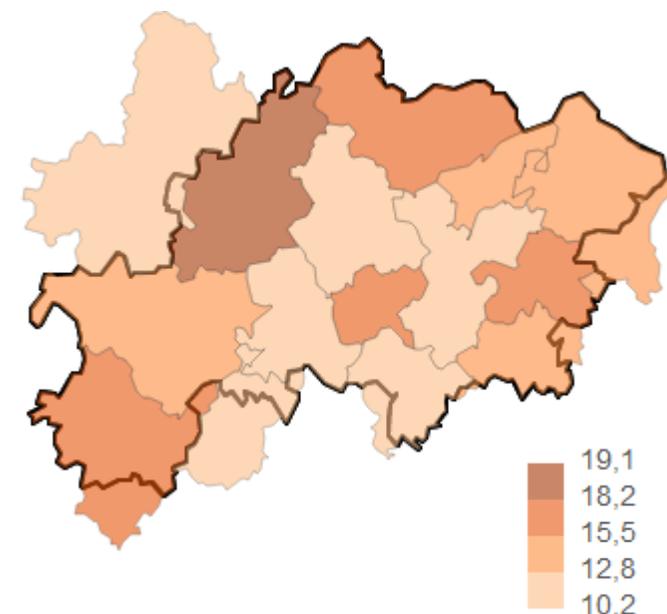
Une part

- Plus élevée que les valeurs de référence (13,7 % en BFC et 12,8 % en France)
- Plus élevée chez les hommes que les femmes
- Plus élevée dans la CC des hauts du Val de Saône

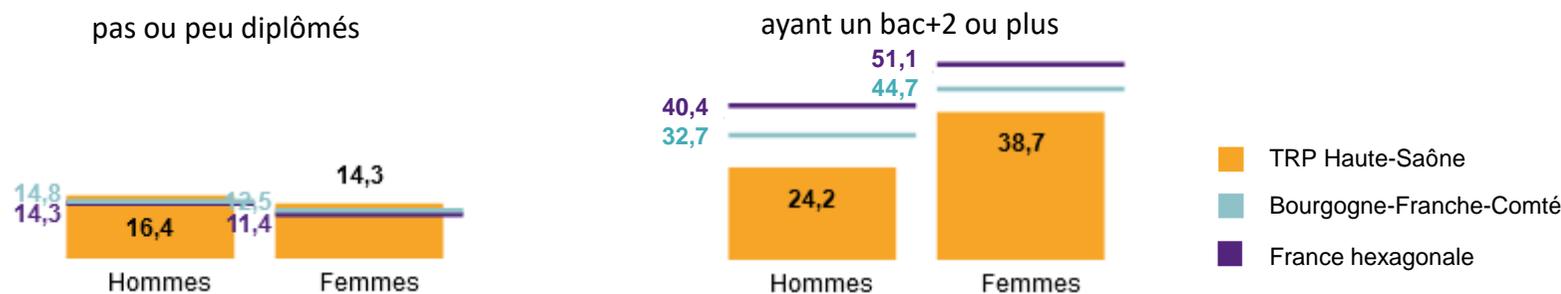
5 330 jeunes de 25-34 ans ayant un bac + 2, soit 31,3 % de la classe d'âge

- Une part plus faible qu'en BFC (38,7 %) et France (45,8 %)
- Le niveau de diplôme bac + 2 plus représenté chez les femmes que les hommes.

Part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017 (en %)

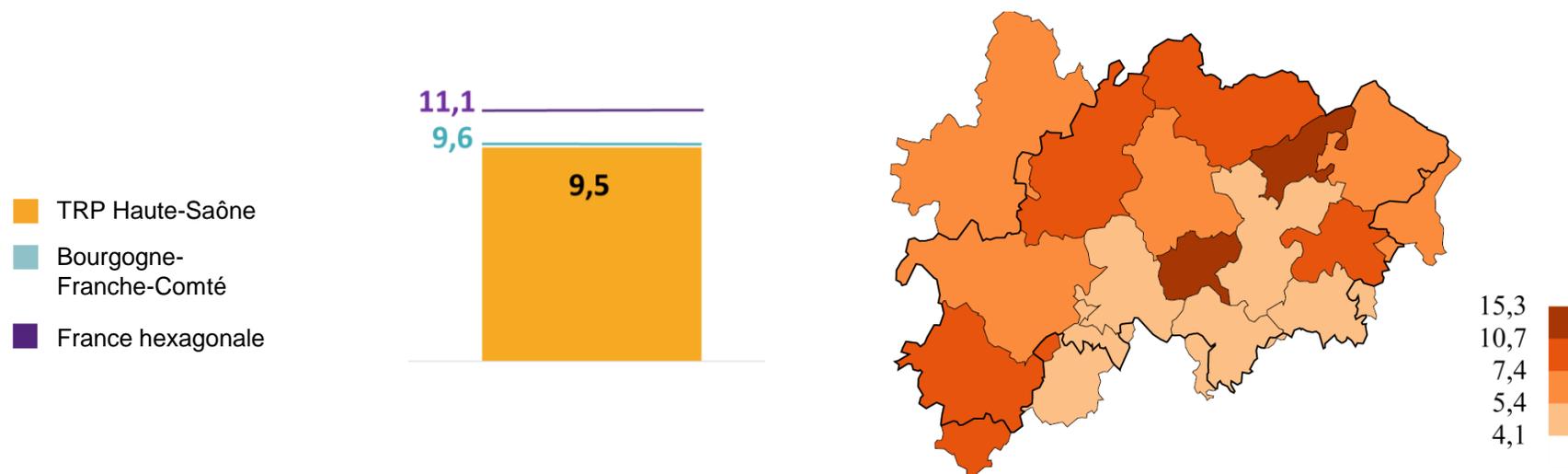


Part des jeunes de 25-34 ans... en 2017 (en %)



Environnement social : précarité d'accès aux soins

Part de bénéficiaires de la CSS parmi les consommateurs affiliés au régime général (RG)*
au 31 décembre 2019 (en %)



13 400 bénéficiaires de la CSS, soit 9,5 % des consommateurs de soins affiliés au RG

- Une part moins élevée qu'en France (11,1 %)
- Des disparités infra-territoriales importantes

Définition & Précisions méthodologiques :

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

- * Les consommateurs de soins affiliés au régime général (RG) couvrent :
- 80 % des consommateurs du TRP de Haute-Saône
 - 79 % des consommateurs de la région BFC
 - 81 % des consommateurs au niveau national

Environnement social : allocations

3 490 allocataires du RSA fin 2019, soit 4,4 % des ménages

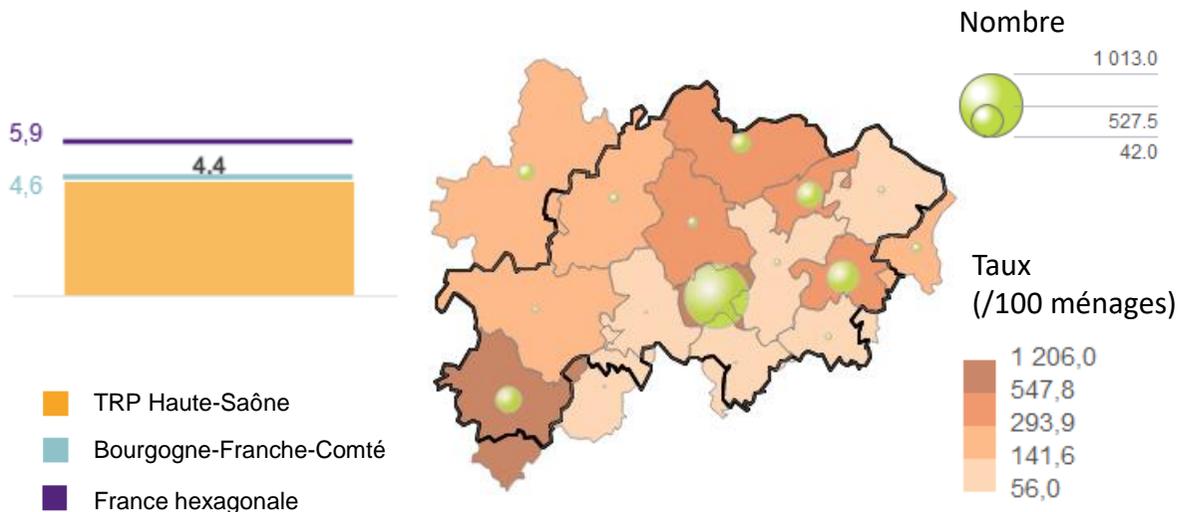
Le taux est :

- Plus faible qu'en France
- Très élevé dans la CA de Vesoul et la CC du Val de Gray

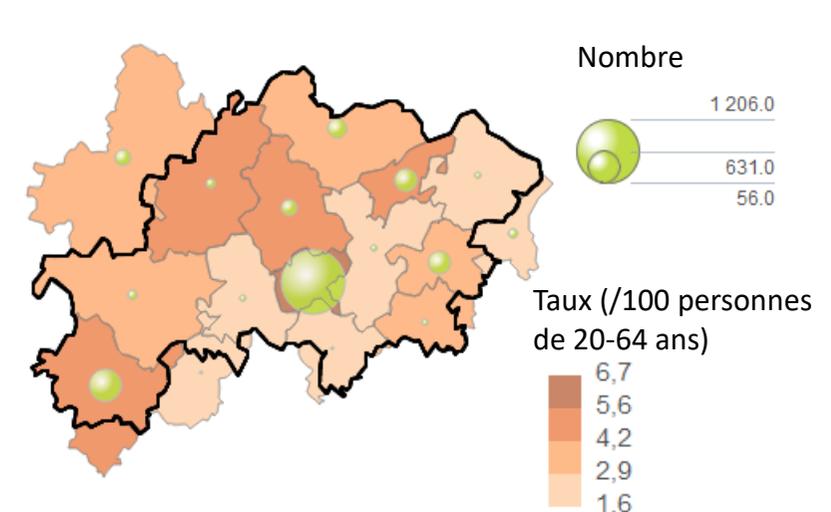
4 115 allocataires de l'AAH fin 2019, soit 4,3 % des habitants de 20-64 ans

- Un taux supérieur à celui de BFC (3,5 %), et de France (3,1 %)

Allocataires du RSA au 31 décembre 2019



Allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2019



Définition & Précisions méthodologiques :

Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Ce niveau minimum pour une personne vivant seule sans enfant est de 565 euros, pour un couple avec deux enfants de 1 187 euros.

Définition & Précisions méthodologiques :

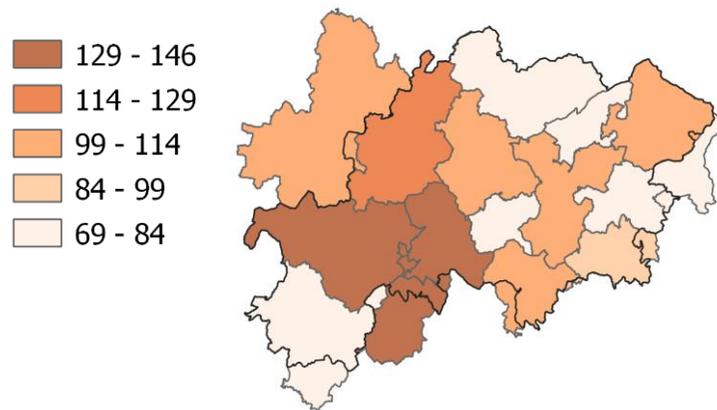
L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap. Accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'AAH est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Son montant vient compléter les autres ressources. Le montant maximal est de 904 euros.

Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

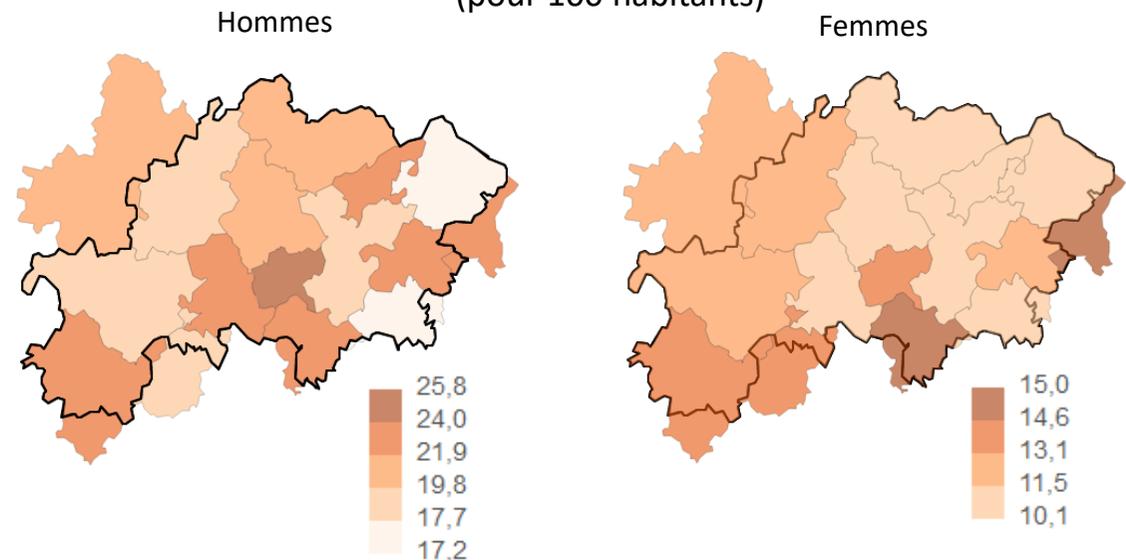
27 745 licences sportives délivrées sur le TRP de Haute-Saône en 2017

- Un taux d'équipements sportifs sur le TRP (89/ 10 000) supérieur à celui de BFC (61) et de France (55)
- Davantage de licenciés sur la CA de Vesoul, un taux moindre sur la CC du Pays de Villersexel, avec des disparités hommes/femmes

Taux d'équipements sportifs en avril 2021
(pour 10 000 habitants)



Taux standardisés selon l'âge de licences sportives délivrées en 2017
(pour 100 habitants)



Définition & Précisions méthodologiques :

Le recensement des licences et des clubs sportifs est réalisé annuellement par la MEDES auprès des fédérations sportives agréées par le ministère en charge des sports. Celles-ci fournissent des données sur les licences qu'elles délivrent et sur les clubs qui leur sont affiliés. Ces fichiers sont retraités par l'INJEP. Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois qui ne sont pas répertoriées au lieu de domicile du licencié. Il est à noter que le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés, des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois s'ils sont licenciés dans plusieurs fédérations.

Etat de santé

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé aux travers de différents éléments que sont notamment l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité (ici, total des affections de longue durée -ALD- au 31 décembre), la santé ressentie (non étudiée ici) et la consommation de soins.

Sont ainsi présentés ici des indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé auxquelles ont accès la Fnors et les ORS, grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant et au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

Les indicateurs sont notamment des taux standardisés sur l'âge qui s'affranchissent des effets liés à l'âge et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes. Sont aussi présentés des indicateurs évaluant par exemple le différentiel de mortalité entre le territoire étudié et la France hexagonale et sa significativité statistique.

Sont d'abord abordés des indicateurs de santé générale, de santé mentale puis des *focus* sur les pathologies faisant l'objet des travaux de responsabilité populationnelle de la FHF, à savoir le diabète et l'insuffisance cardiaque et enfin des indicateurs de recours à certains professionnels de santé.

La FHF produit également des indicateurs complémentaires provenant de l'exploitation des données du PMSI soit des hospitalisations.

État de santé : vue d'ensemble

949



+64
décès

nombre de décès
annuel moyen
en 2009-2015

902



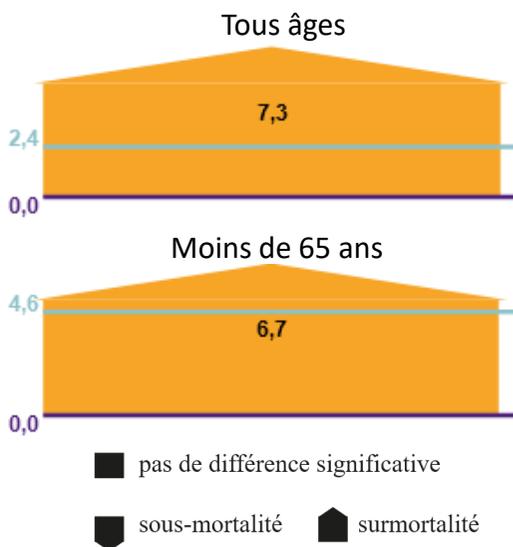
+57
décès

Écart entre le nombre de décès
relevé et celui qui serait observé
avec la même mortalité qu'en
France

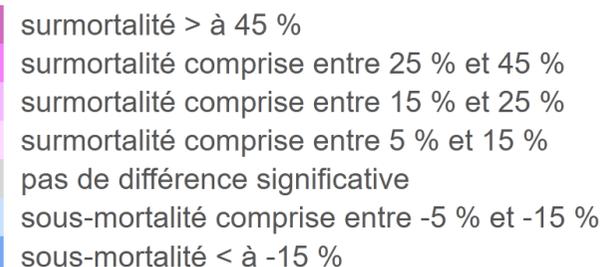
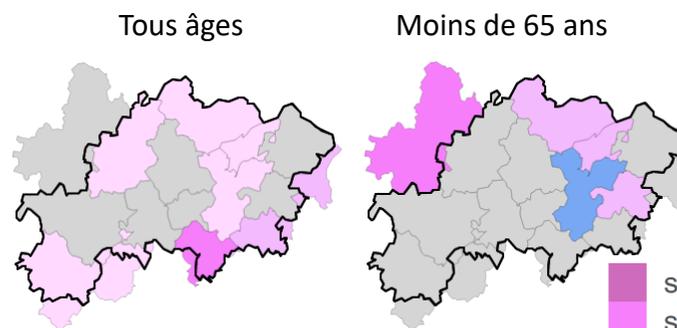
Une espérance de vie à la naissance en 2009-2015,
de **77,8 ans chez les hommes** et de **84,5 ans chez les femmes**

- soit des valeurs moindres qu'en France :
-0,9 an pour les hommes et -0,7 an pour les femmes
- et qu'en région :
-0,4 an pour les hommes et -0,5 pour les femmes

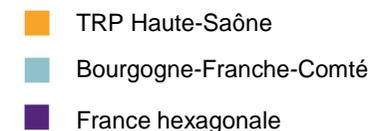
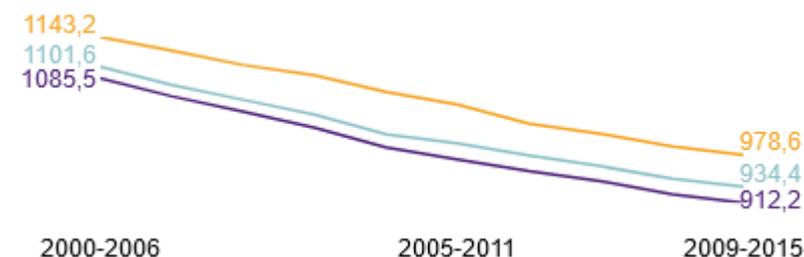
Différentiel de mortalité* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



* calculé à partir du taux standardisé de mortalité



Évolution du taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)



État de santé : mortalité évitable chez les moins de 75 ans liée à la prévention



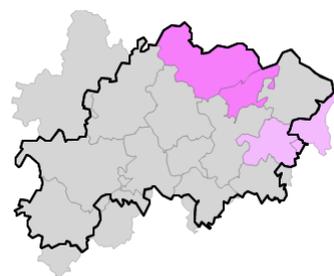
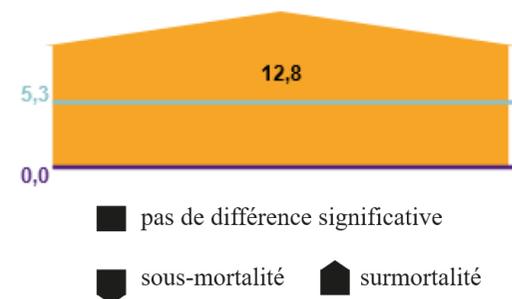
liée au système de soins



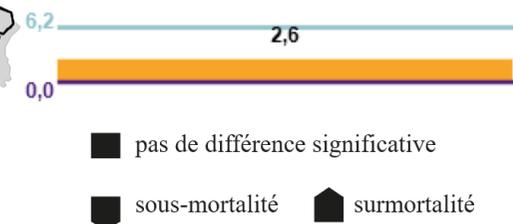
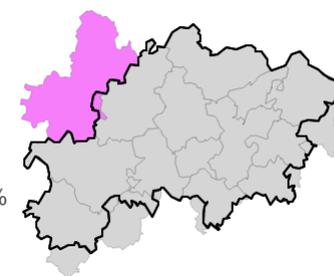
Évolution du taux standardisé de mortalité évitable (pour 100 000 habitants de moins de 75 ans)



Différentiel de mortalité évitable* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



- surmortalité > à 45 %
- surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
- surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
- surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
- pas de différence significative
- sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
- sous-mortalité < à -15 %



* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

Définition & Précisions méthodologiques :

La mortalité évitable considérée (OCDE/Eurostat - novembre 2019) est celle définie dans le document intitulé *Avoidable mortality : OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)* publié en novembre 2019. Deux types de mortalité évitable peuvent être calculés, celle liée au système de soins et celle liée à la prévention. La mortalité évitable liée à la prévention regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large. La mortalité évitable liée au système de soins regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins au sens large.

État de santé : *focus* santé mentale - suicide

28

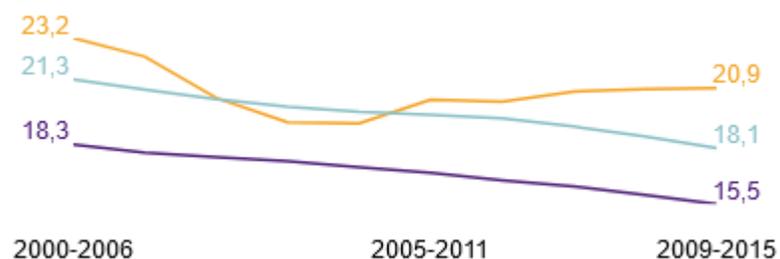


nombre de décès
annuel moyen par suicide
en 2009-2015

10



Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants)



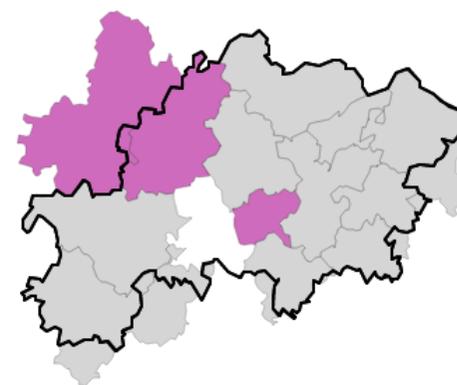
Définition & Précisions méthodologiques :

Différentes études ont pu mettre en évidence que des biais pouvaient entraîner une sous-estimation des décès par suicide. Selon la dernière évaluation réalisée par le CépiDc, certains suicides seraient en particulier enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée (codes Y10-Y34). Ce défaut d'identification pourrait entraîner, selon l'étude, une sous-estimation potentielle des décès par suicide de 9,4 % en France (données 2006). Cette sous-estimation semble variable selon les territoires.

Différentiel de mortalité par suicide* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



■ pas de différence significative
 ▼ sous-mortalité ▲ surmortalité



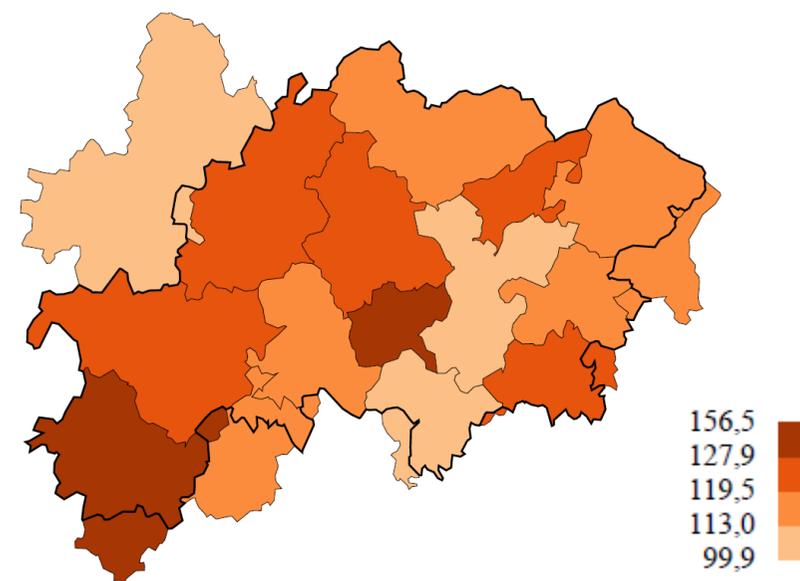
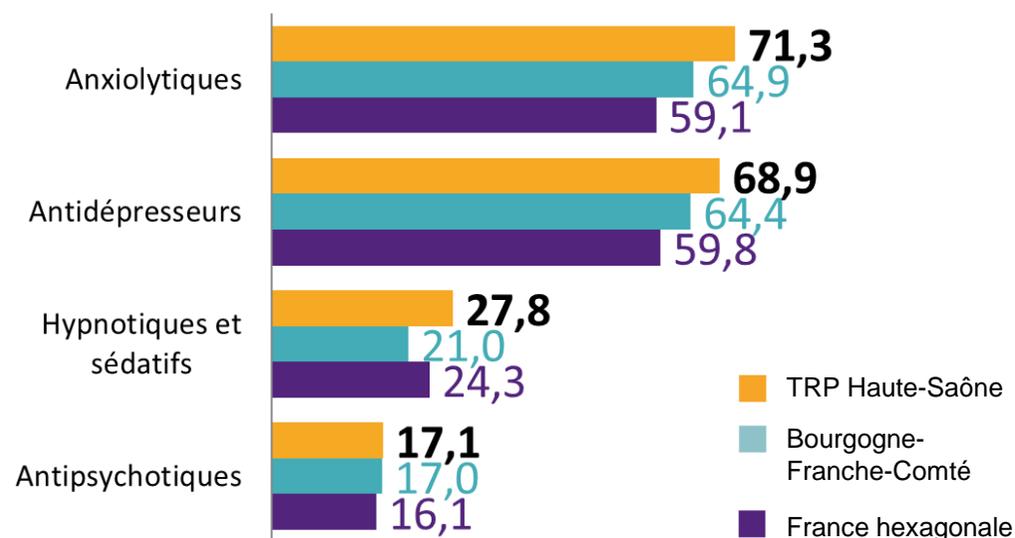
■ surmortalité > à 45 %
 ■ surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
 ■ surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
 ■ surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
 ■ pas de différence significative
 ■ sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
 ■ sous-mortalité < à -15 %
 ■ effectif trop faible pour présenter la valeur

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

■ TRP Haute-Saône
 ■ Bourgogne-Franche-Comté
 ■ France hexagonale

État de santé : focus santé mentale - consommation de psychotropes

Patients pris en charge par traitements psychotropes en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



24 500 patients traités par psychotropes, soit 126,5 pour 1 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (110,8 pour 1 000)

Définition & Précisions méthodologiques :

Les personnes prises en charge pour les différentes classes de traitements psychotropes (antipsychotiques N05A, anxiolytiques N05B, hypnotiques et sédatifs N05C, antidépresseurs N06A, psycholeptiques N05A/N05B/N05C) correspondent aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances des traitements de la classe ATC concernée dans l'année.

État de santé : mortalité liée au diabète

65

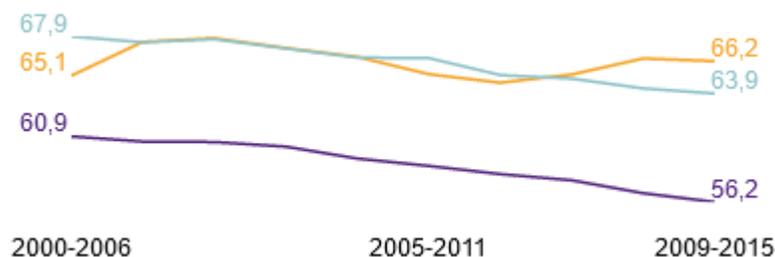


nombre de décès
annuel moyen par diabète
en 2009-2015

62

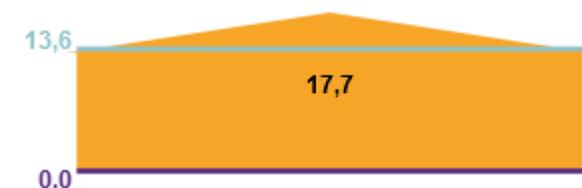


Évolution du taux standardisé de mortalité par diabète (pour 100 000 habitants)

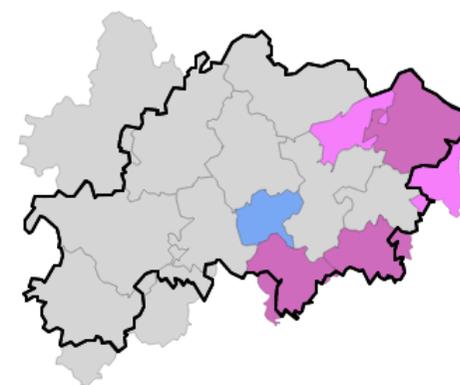


- Les décès par diabète représentent 48,3% des décès par maladies endocriniennes (45,1 % au niveau national)

Différentiel de mortalité par diabète* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



■ pas de différence significative
 ▼ sous-mortalité ▲ surmortalité



■ surmortalité > à 45 %
 ■ surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
 ■ surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
 ■ surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
 ■ pas de différence significative
 ■ sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
 ■ sous-mortalité < à -15 %

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

■ TRP Haute-Saône
 ■ Bourgogne-Franche-Comté
 ■ France hexagonale

Définition & Précisions méthodologiques :

La mortalité liée au diabète est étudiée en tant que causes initiale, associée et comorbidité.

État de santé : affections longue durée (ALD) pour diabète

diabète de type 1

456



nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(1,7 % du total d'ALD)

451



diabète de type 2

4 019



nombre total d'ALD
au 31 décembre 2019
(17,5 % du total d'ALD)

4 222

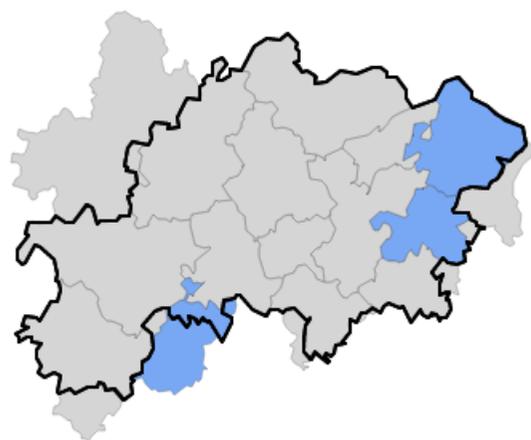


Différentiel du total des ALD pour diabète* en regard de la France hexagonale au 31 décembre 2019 (en %)



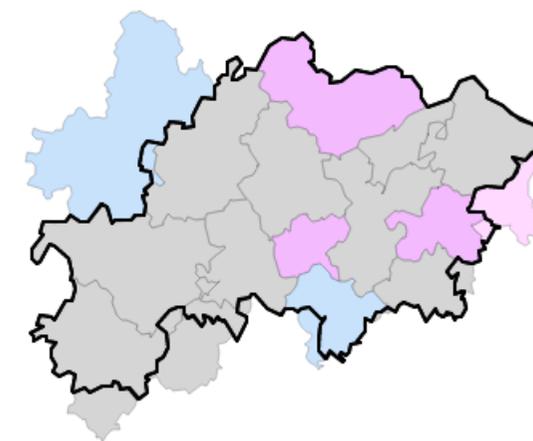
■ TRP Haute-Saône
■ Bourgogne-Franche-Comté
■ France hexagonale

■ pas de différence significative
▾ taux moins élevé ▴ taux plus élevé



■ taux plus élevé, différentiel > à 45 %
■ taux plus élevé, différentiel compris entre 25 % et 45 %
■ taux plus élevé, différentiel compris entre 15 % et 25 %
■ taux plus élevé, différentiel compris entre 5 % et 15 %
■ taux plus élevé, différentiel < 5 %
■ pas de différence significative
■ taux plus faible, différentiel compris entre -5 % et -15 %
■ taux plus faible, différentiel < à -15 %

* calculé à partir du taux standardisé

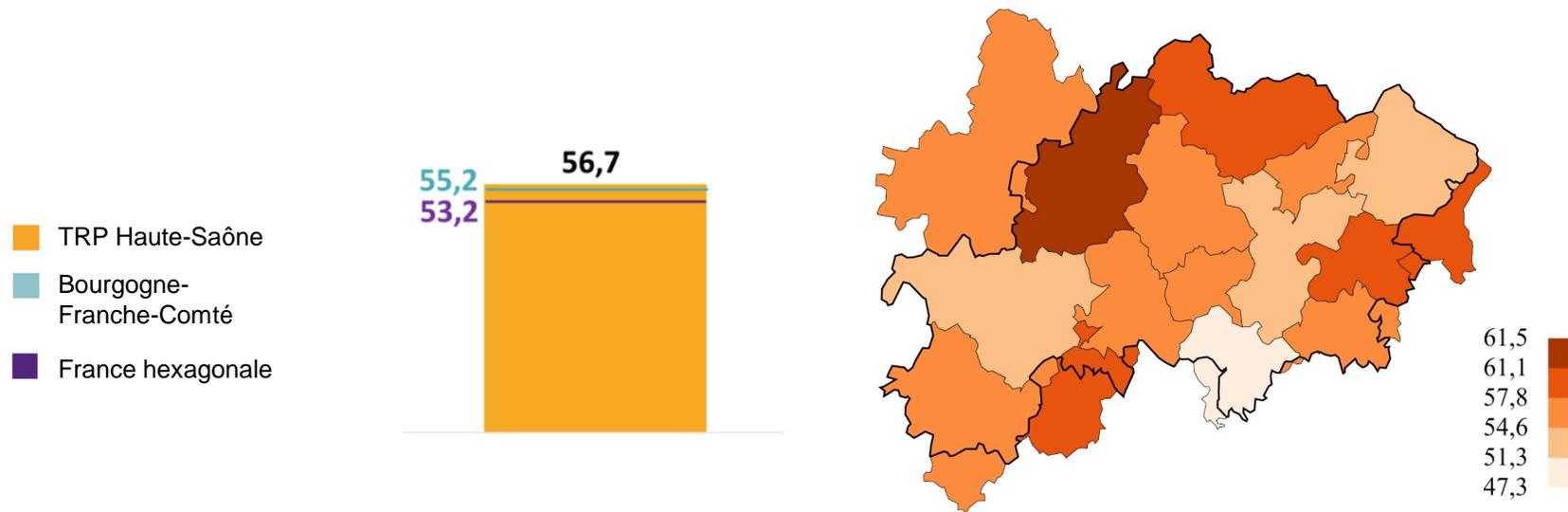


Définition & Précisions méthodologiques :

Il faut noter que les données d'ALD dépendent naturellement de la situation de la population face à la pathologie, mais également des modalités d'attribution de la part du service médical de l'Assurance maladie et de la demande des personnes *via* leur médecin. De plus, certaines personnes ne sont pas forcément diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil. Aussi, les indicateurs calculés à partir des données d'ALD ne reflètent pas la morbidité réelle, mais constitue une approche d'une certaine morbidité diagnostiquée et prise en charge.

État de santé : diabète pris en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour diabète en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins)



11 900 patients diabétiques, soit 56,7 pour 1 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (53,2 pour 1 000)
- Les CC des Hauts du Val de Saône et du Pays de Lure avec des taux > 60 pour 1 000

Définition & Précisions méthodologiques :

Les personnes prises en charge pour diabète correspondent :

- aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année, et/ou personnes ayant une ALD (affection de longue durée) au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète,
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année avec codes Cim 10 de diabète (diagnostic principal -DP- ou diagnostic relié -DR-),
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code Cim 10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (résumé d'unité médicale).

État de santé : mortalité et ALD pour insuffisance cardiaque

124



nombre de décès annuel moyen
par insuffisance cardiaque
en 2009-2015

161



384

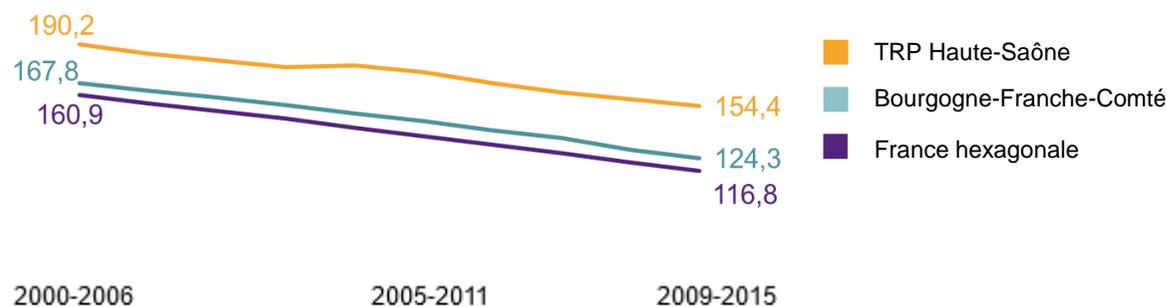


nombre total d'ALD
pour insuffisance cardiaque
au 31 décembre 2019

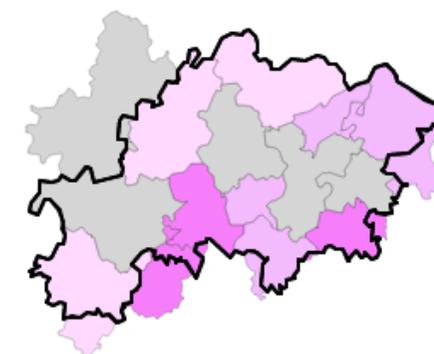
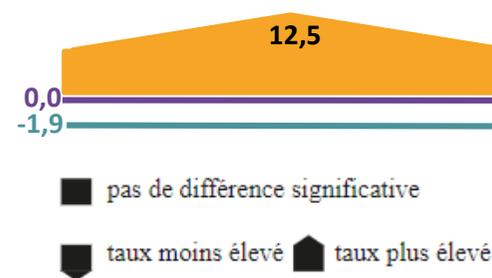
389



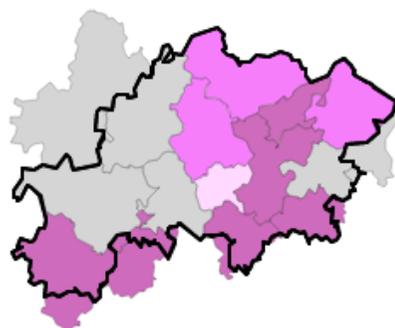
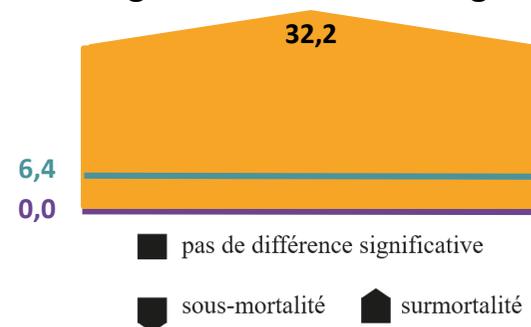
Évolution du taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque (pour 100 000 habitants)



Différentiel du total des ALD pour insuffisance cardiaque* en regard de la France hexagonale au 31 décembre 2019 (en %)



Différentiel de mortalité par insuffisance cardiaque* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



- taux plus élevé, différentiel > à 45 %
- taux plus élevé, différentiel compris entre 25 % et 45 %
- taux plus élevé, différentiel compris entre 15 % et 25 %
- taux plus élevé, différentiel compris entre 5 % et 15 %
- taux plus élevé, différentiel < 5 %
- pas de différence significative
- taux plus faible, différentiel compris entre -5 % et -15 %
- taux plus faible, différentiel < à -15 %

Définition & Précisions

méthodologiques :

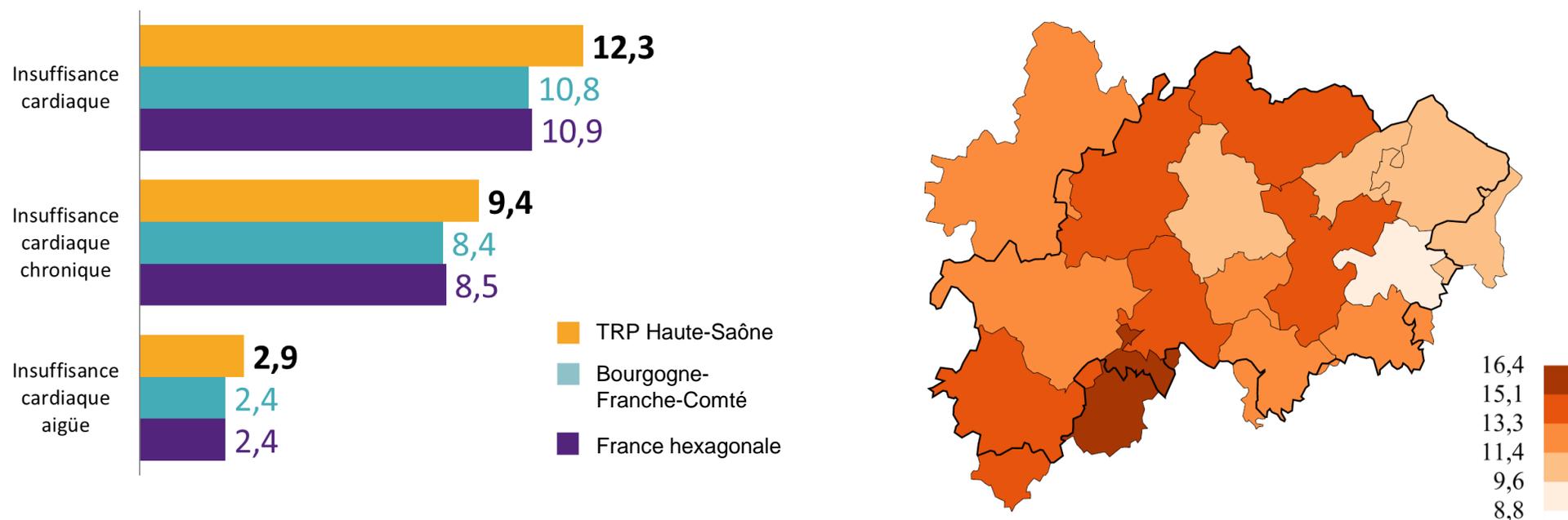
La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidité.

Les ALD sont une estimation du nombre de patients a minima atteints (cf. page 23) et sont relativement imprécises pour l'insuffisance cardiaque.

* calculé à partir du taux standardisé

État de santé : Insuffisance cardiaque prise en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour insuffisance cardiaque (IC) en 2018
(taux standardisés pour 1 000 consommateurs de soins du régime général)



2 000 patients traités pour IC, soit 12,3 pour 1 000 consommateurs de soins

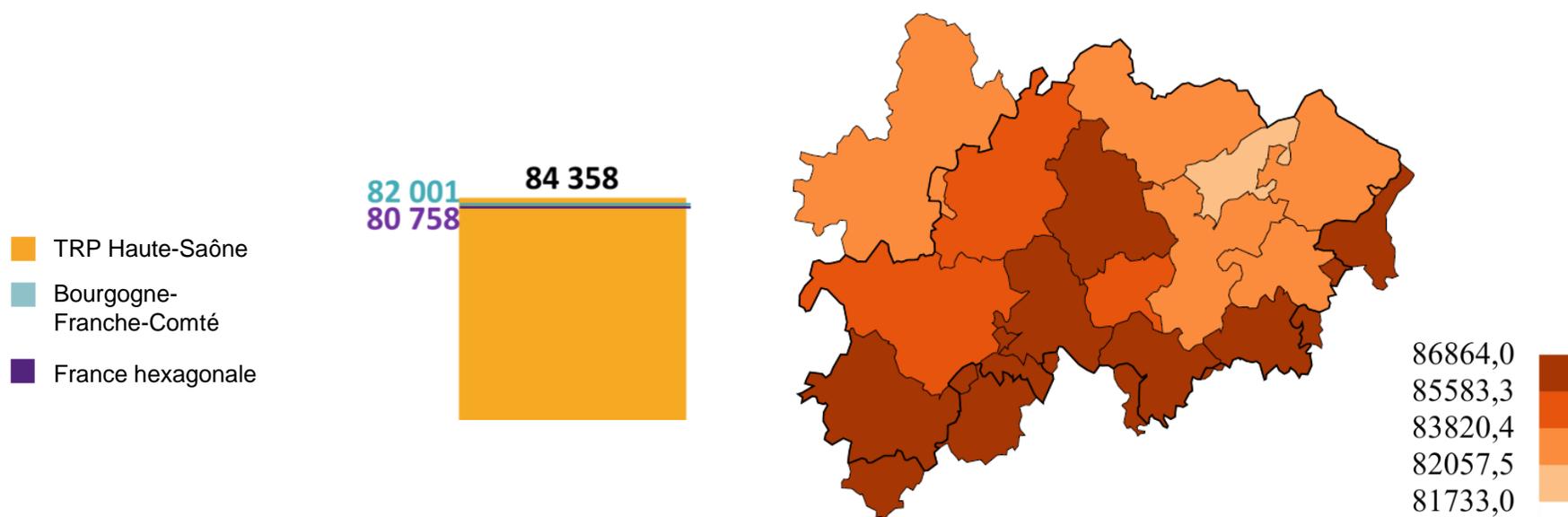
- Un taux plus important qu'en France (10,9 pour 1 000)

Définition & Précisions méthodologiques :

Les données sur les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque aiguë et/ou insuffisance cardiaque chronique sont issues de la cartographie des pathologies disponible dans le portail SNDS de l'Assurance Maladie. Les données intègrent notamment les personnes ayant une ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'insuffisance cardiaque, cardiopathie hypertensive, ou cardiopathie hypertensive, et/ou les personnes hospitalisées au cours des années n à n-4 pour insuffisance cardiaque ou autre motif en lien avec une IC (cf. site internet Ameli.fr - rubrique Etudes et Données, thème Pathologies pour plus de détail)

État de santé : recours aux soins de médecins généralistes

Personnes ayant eu recours à un médecin généraliste (MG) de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)



149 000 personnes ont eu recours à un MG de ville, soit 84 358 pour 100 000 consommateurs de soins

- Un taux plus important qu'en France (80 758 pour 100 000)
- Des taux plus élevés dans la CC Terre de Saône et dans les CC situés au sud du territoire

Définition & Précisions méthodologiques :

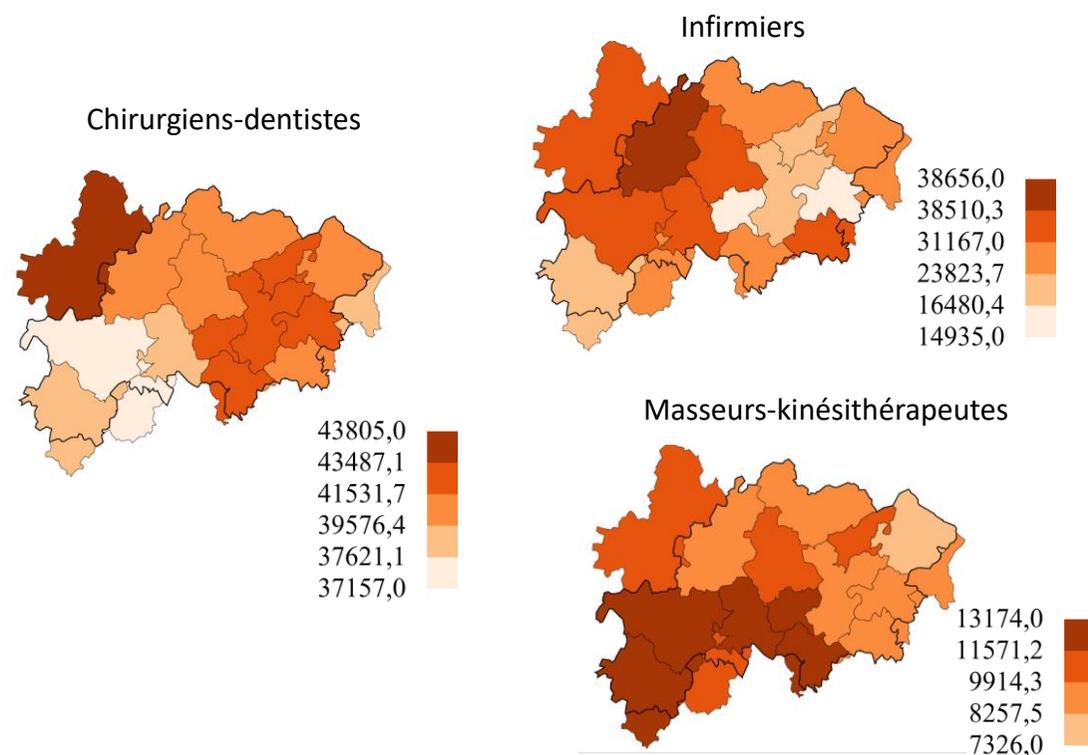
Sont pris en compte ici les recours aux médecins généralistes libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou aux médecins généralistes salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres professionnels de santé

Personnes ayant eu recours à un infirmier, un chirurgien-dentiste et/ou un masseur-kinésithérapeute de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

Recours aux soins de proximité	TRP Haute-Saône		BFC	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Infirmiers	45 222	23 219	20 043	17 023
Chirurgiens-dentistes	71 886	40 825	40 516	40 558
Masseurs-kinésithérapeutes	20 561	11 045	12 551	14 503

- Taux de recours aux infirmiers > taux national
- Taux de recours aux masseurs-kiné < taux national



Définition & Précisions méthodologiques :

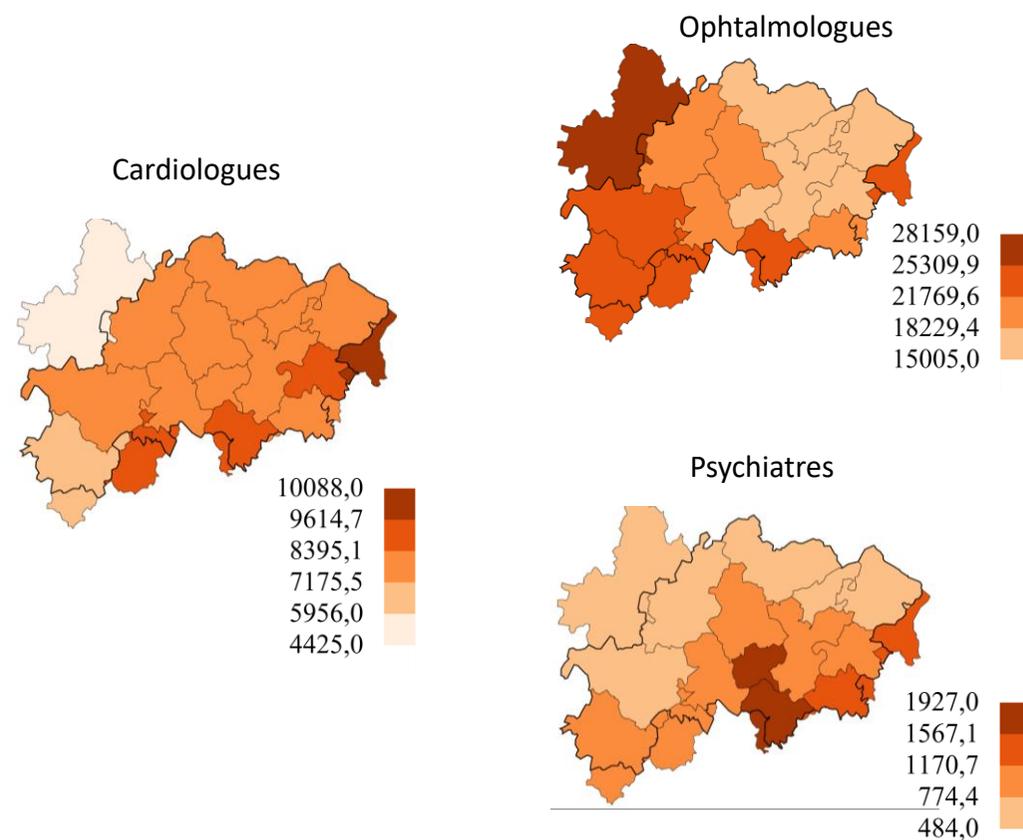
Les professionnels de santé de proximité (autres que les médecins généralistes) considérés ici, sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Sont pris en compte les recours à ces 3 types de professionnels de santé libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

État de santé : recours aux soins d'autres spécialités médicales de ville

Personnes ayant eu recours à un cardiologue, un ophtalmologue et/ou un psychiatre de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommateurs de soins)

Recours aux PS de ville	TRP Haute-Saône		BFC	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000	Taux std / 100 000
Ophtalmologues	33 618	18 391	26 159	27 295
Cardiologues	16 025	7 754	7 406	8 931
Psychiatres	1 810	1 056	1 752	2 162

- Des taux de recours à ces spécialistes bien plus faibles que les taux nationaux



Définition & Précisions méthodologiques :

Sont pris en compte les recours aux cardiologues, ophtalmologues et psychiatres libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

Offre de soins, offre de santé

Dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparaît plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux. L'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé et constitue un axe important dans le cadre des travaux de responsabilité populationnels de la FHF qui souhaite s'appuyer sur les ressources présentes sur les territoires.

Les professionnels libéraux sont *a priori* les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes. Ces derniers assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

Vous trouverez ainsi des éléments sur la densité de professionnels de santé libéraux ou mixtes et leur accessibilité (en durée) sur les territoires étudiés.

Sont également présentés des éléments en matière d'offres d'accompagnements/hébergements médico-sociaux pour les personnes âgées ainsi que les dispositifs connus d'exercices coordonnés. Enfin, vous trouverez des éléments quant aux programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) disponibles sur les territoires, l'ETP étant un outil notamment déployé dans le cadre des pathologies diabétiques et d'insuffisance cardiaque.

Offre de soins libérale : APL au médecin généraliste

Définition & Précisions méthodologiques :

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge.

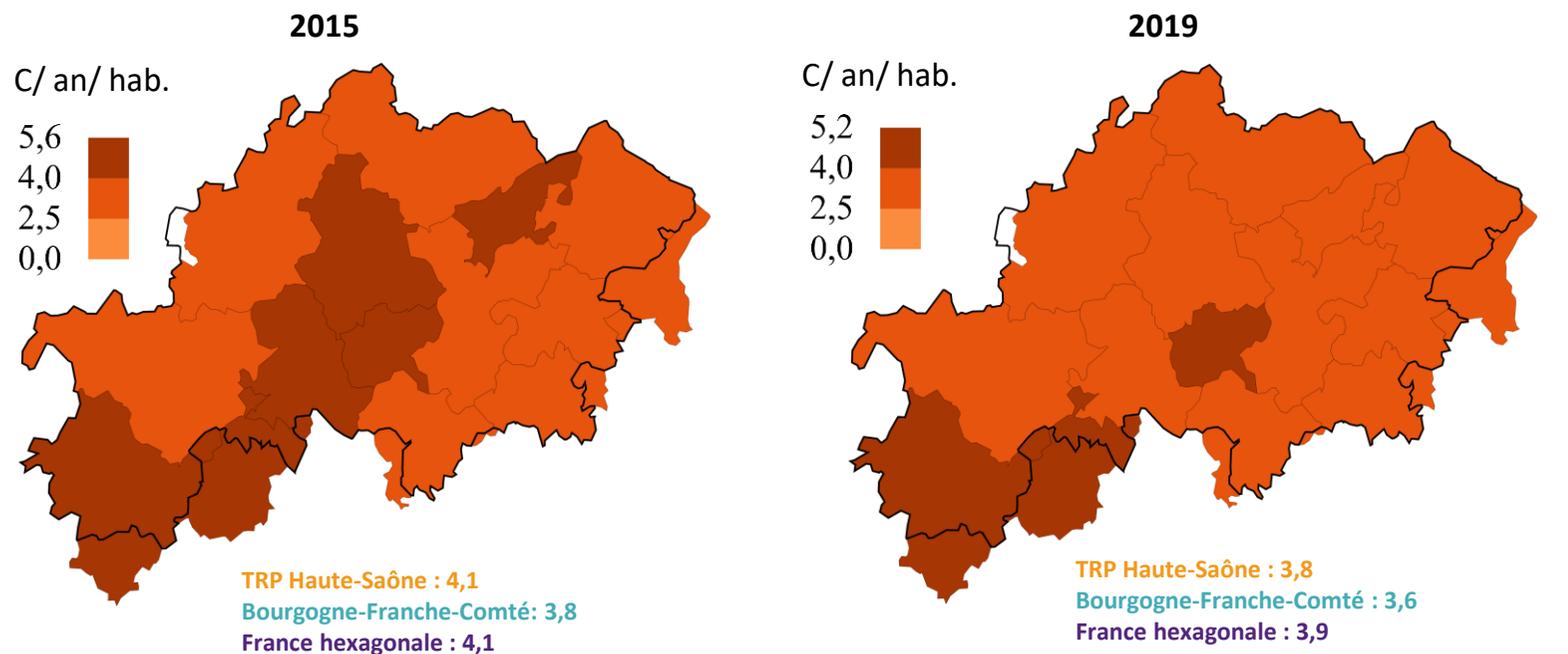
De l'accessibilité potentielle localisée (APL) à la sous-densité

La Drees a retenu, pour déterminer si une commune est sous-dense ou pas en médecins généralistes, le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C/an/hab). Ainsi, Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 C/an/hab et bien doté si son APL excède 4 C/an/hab.

L'indicateur d'APL d'une entité supra-communale est égal à la moyenne des APL des communes composant cette entité, pondérés par leur population standardisée. Il faut toutefois noter que plus l'indicateur d'APL est agrégé sur des mailles larges, plus il se rapproche d'un indicateur de densité.

Source : Drees

Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste (en nombre de consultations par an et par habitant)



- Une **accessibilité spatiale aux médecins généralistes plus élevée dans le TRP de Haute-Saône** que la moyenne régionale et proche de la moyenne nationale en 2019 (3,8 consultations accessibles par an et par habitant contre resp. 3,6 en BFC et 3,9 en France).
- Une situation qui tend à se dégrader par rapport à 2015, en particulier dans les CC des Combes, Terres de Saône et Pays de Luxeuil

Offres de soins de 1^{er} recours

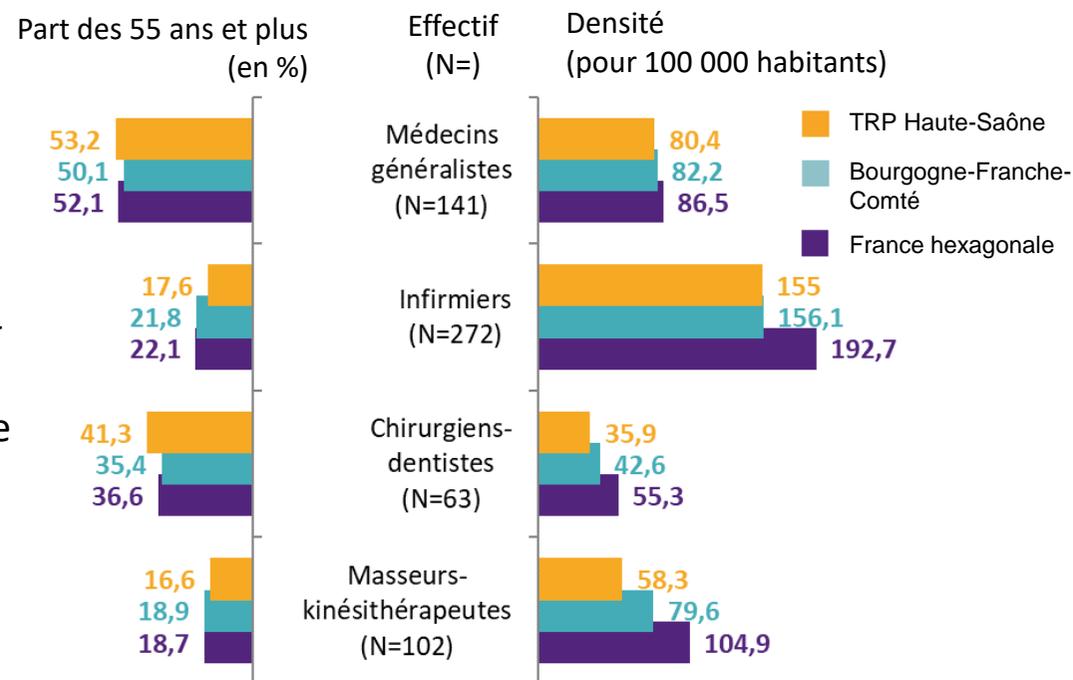
- **Globalement, un territoire moins bien doté en offre libérale de premier recours**, avec des densités plus faibles qu'aux niveaux régional et national
- Des **infirmiers et masseurs-kinés libéraux (ou mixtes) proportionnellement plus jeunes**, à l'inverse des chirurgiens-dentistes un peu plus âgés. La part de médecins généralistes âgés de 55 ans et plus est, quant à elle, proche de la moyenne nationale
- Des **professionnels de 1^{er} recours relativement proches** sur le territoire même si les temps d'accès sont plus longs qu'au niveau national

Définition & Précisions méthodologiques :

Depuis 2016, les distances et temps d'accès aux professionnels de santé et aux structures sont calculées à partir des distances routières fournies par le distancier Métric de l'Insee. Ils ont donc un caractère théorique car, en pratique, les trajets ne se font pas forcément en voiture, et certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de parking, feux rouges...). Ils permettent cependant d'appréhender des situations très diverses en matière d'accessibilité et d'enclavement des territoires. Pour chaque commune, le temps d'accès à un équipement, par exemple un professionnel de santé, est le temps d'accès entre le chef-lieu de la commune (la localisation de la mairie) et celui de la commune équipée la plus proche. Lorsque le professionnel est présent dans la commune, le temps d'accès est alors considéré comme étant nul.

Le temps moyen d'accès pour un territoire supracommunal -par exemple une région- représente la moyenne des temps d'accès communaux de ce territoire pondérée par la population. La population de chaque commune est prise en compte de sorte qu'une commune très peuplée pèse davantage dans le calcul qu'une commune moins peuplée.

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020



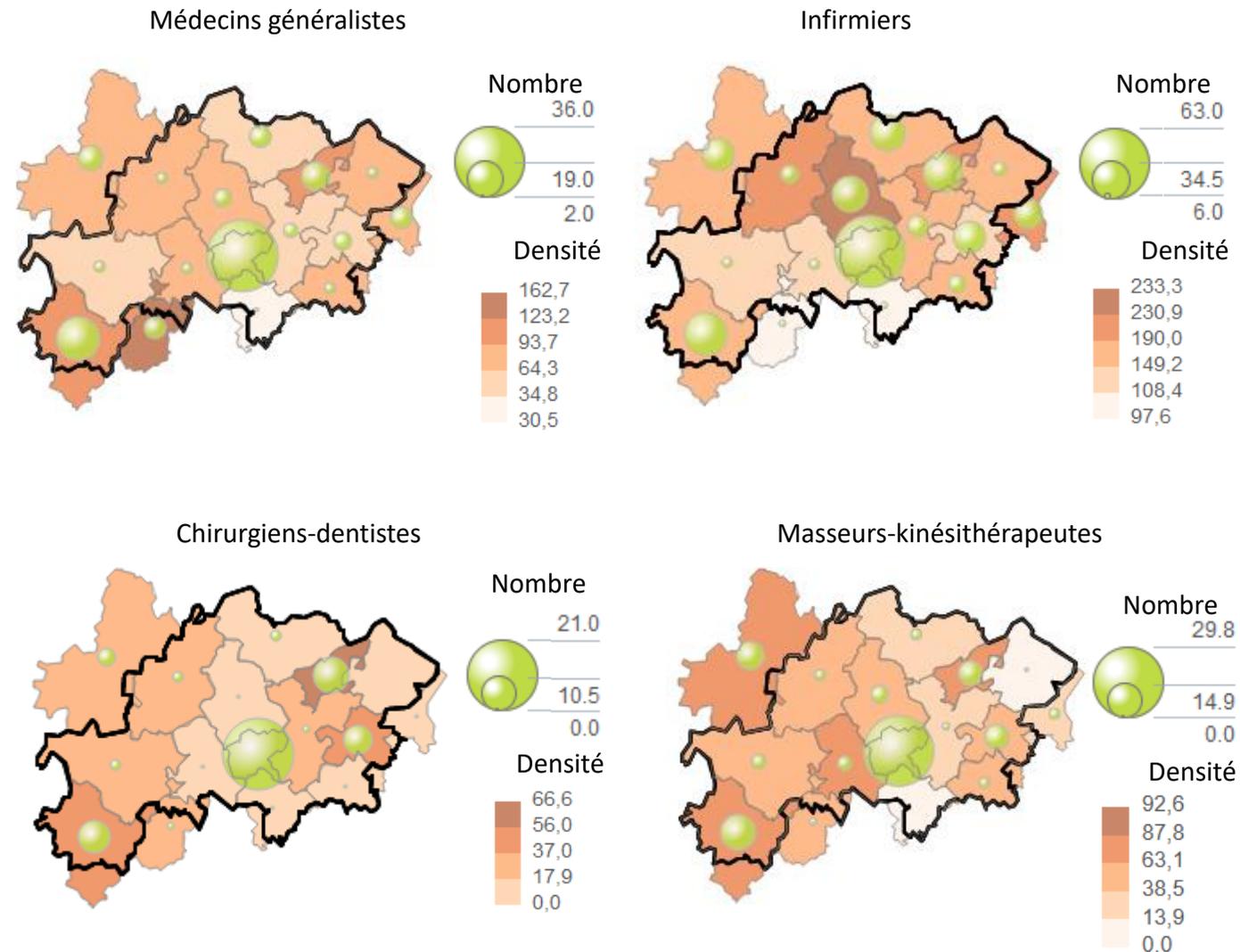
Part de la population à moins de 10 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes)	TRP Haute-Saône		BFC	France hexa.
	% population à moins de 10 minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes
Médecins généralistes	89,0	3,5	2,5	1,2
Infirmiers	93,9	2,9	2,2	0,9
Chirurgiens-dentistes	70,9	6,0	4,4	2,1
Masseurs-kinésithérapeutes	74,4	5,3	3,0	1,3
Officines de ville	91,7	3,3	2,7	1,3

Offres de soins de 1er recours : les disparités intra-territoriales...

- Des disparités d'offre de proximité à un niveau géographique fin :
- La CA de Vesoul, les CC du Val de Gray et du Pays de Luxeuil avec une offre de soins de proximité globalement meilleure que dans les autres EPCI
- À l'inverse, les CC du Pays de Montbozon et du Chanois, des 1000 étangs et de la Haute-Comté plutôt moins bien dotés
- ... À relativiser par des temps moyens d'accès qui restent raisonnables (12 minutes maximum)

Nombre et densité des professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020 (pour 100 000 habitants)



Offres de soins en médecine de spécialités

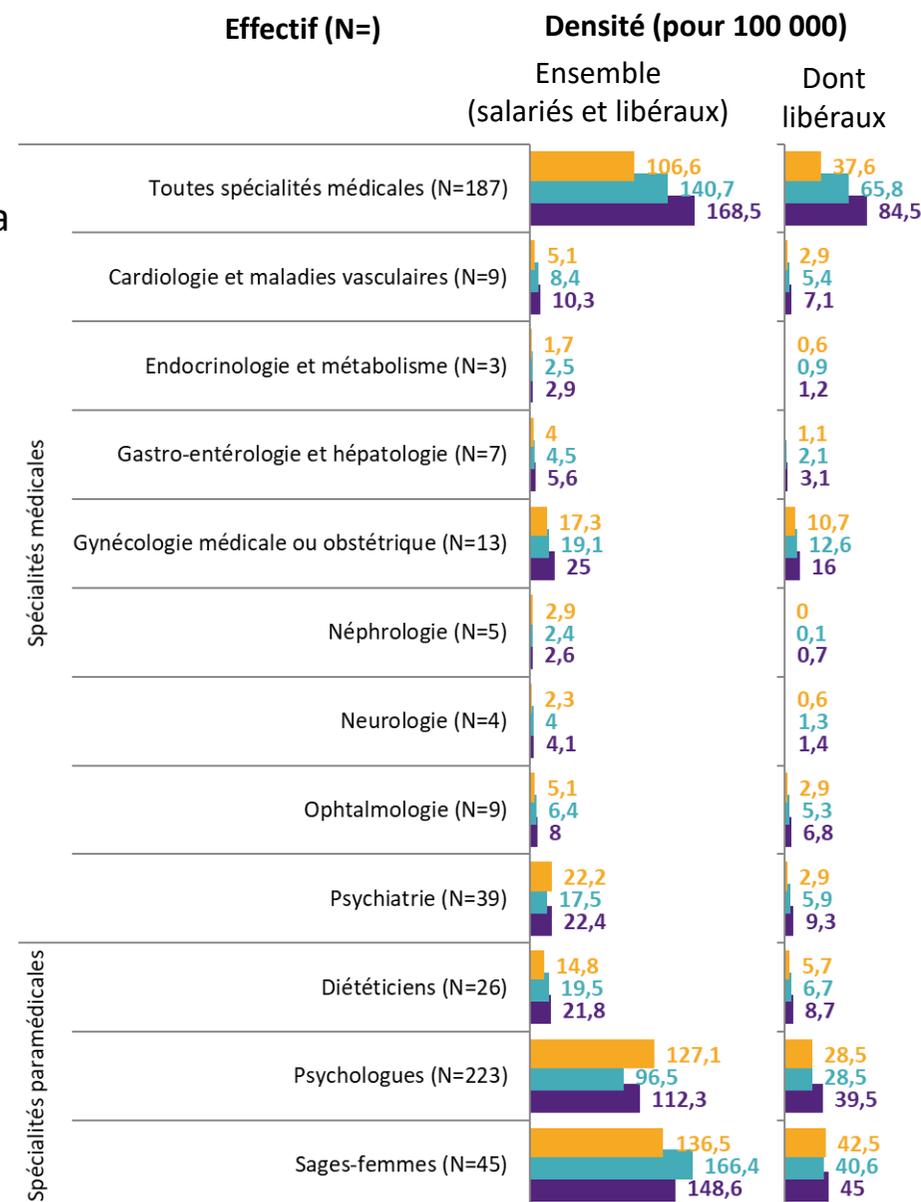
- Globalement, **un territoire moins doté en offre libérale et salariée pour la médecine de spécialité**, avec une densité de médecins spécialistes (106,6 pour 100 000 habitants) très inférieure à celle de la région (140,7) et de la France (168,5)
- Davantage de psychiatres et psychologues, les autres spécialités affichant des niveaux inférieurs ou proches de ceux de la France
- Une **proximité variable des professionnels libéraux** selon la spécialité, des temps d'accès plus longs qu'au niveau national

Part de la population à moins de 10 minutes (en %)*
et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux	TRP Haute-Saône		BFC Temps moyen d'accès en minutes	France hexa. Temps moyen d'accès en minutes
	% population à moins de 10 minutes	Temps moyen d'accès en minutes		
Sages-femmes libérales	39,9	12,5	7,8	4,6
Cardiologues libéraux	37,4	14,3	14,4	9,5
Ophthalmologues libéraux	29,2	19,8	14,6	8,6
Gynécologues libéraux	25,4	21,5	17,8	10,1
Neurologues libéraux	22,7	24,4	22,7	16,7
Psychiatres libéraux	21,3	20,1	15,8	10,7
Gastro-entérologues libéraux	15,0	28,3	20,1	12,5

* par fréquence décroissante

Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2020



Offres de soins : dispositifs pour les personnes âgées

La vie en établissements

- 22 Ehpad ; 1 820 places d'hébergement
- 8 résidences autonomie ; 390 places

Par rapport à la valeur régionale :

Un taux de places en Ehpad légèrement inférieur (*pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus*)

Un taux de places en résidence autonomie identique

La vie à domicile

- Accueil temporaire en Ehpad : 14 places
- Accueil de jour en Ehpad : aucune place
- Ssiad : 280 places

Par rapport à la valeur régionale (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus) :

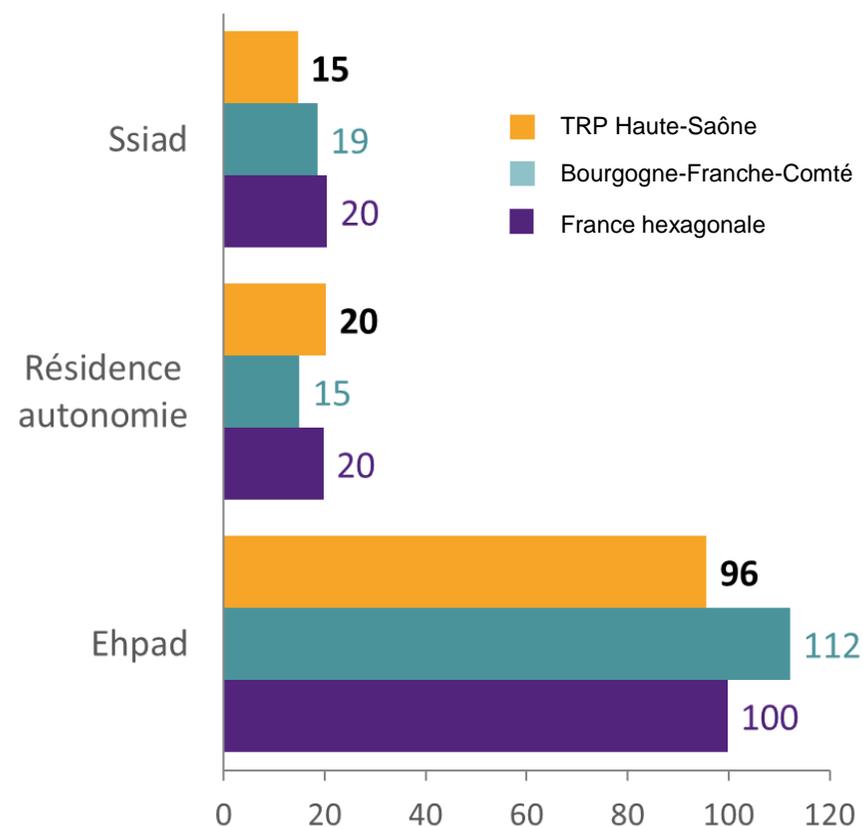
Un taux de places en Ssiad inférieur

Définition & Précisions méthodologiques :

Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ssiad : services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soin à domicile.

Taux de places d'accompagnement en 2021
(pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)



Offres de soins : exercice coordonné et coordinations

Exercice coordonné de professionnels de santé

- 11 Maisons de santé pluridisciplinaires
- 3 Centres de santé polyvalents

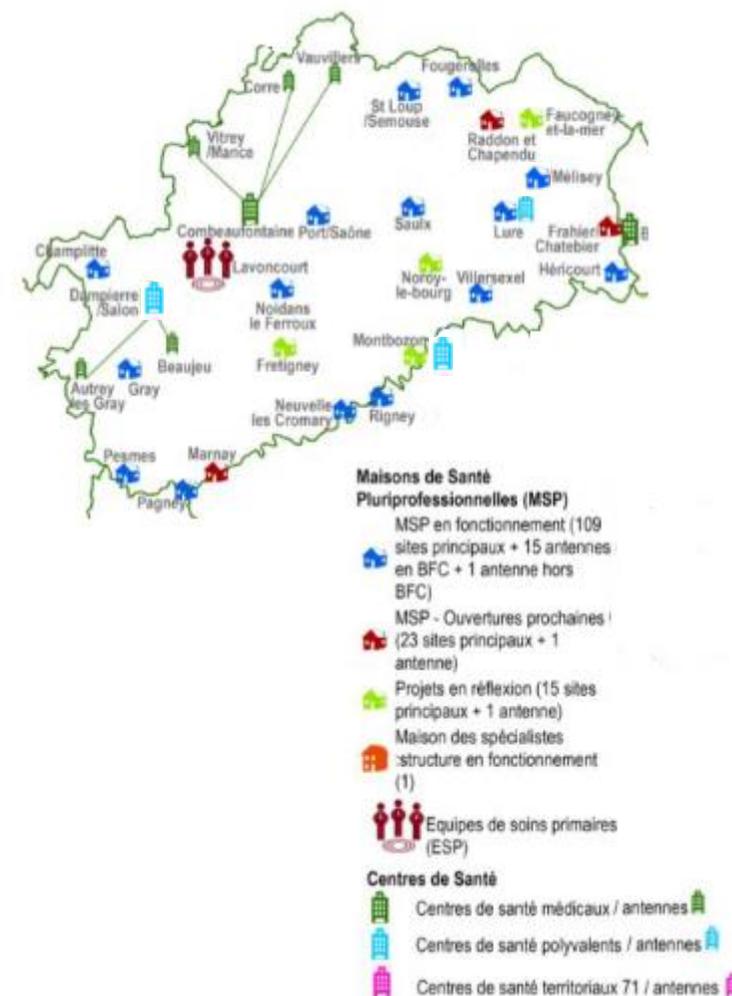
Dispositif d'appui à la coordination (DAC) *

Le TRP est couvert par le DAC de Franche-Comté intégrant les missions d'anciens dispositifs notamment sur le TRP :

- La MAIA de Haute-Saône (basée à Vesoul)
- Le PSPA (parcours de santé de la personne âgée) de Gray

Le DAC FC travaille en lien avec les CLIC de Gray, Luxeuil-les-Bains et Vesoul

La coordination clinique de proximité sur le département de Haute-Saône



* *Eléments en attente de validation*

Définition & Précisions méthodologiques :

PTA : plateforme territoriale d'appui

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

PAERPA : dispositif pour personnes âgées en perte d'autonomie

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

Offres de soins : éducation thérapeutique du patient (ETP)

Programmes d'ETP recensés sur le territoire

**+ Association française des
diabétiques - Haute-Saône (AFD 70)
basée à Lure**
**+ Femasco : Dépistage Gratuit de la
Rétinopathie Diabétique**

Diabète

- CH du Val de Saône Pierre-Vitter : Éducation thérapeutique du patient diabétique
- CH de la Haute-Saône : Éducation thérapeutique du patient diabétique
- MSP Noidans le Ferroux : Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2

Insuffisance cardiaque

- CH de la Haute-Saône : Éducation thérapeutique pour les patients insuffisants cardiaques
- CRF d'Héricourt : Mieux vivre après un AVC
- MSP Noidans le Ferroux : Éducation thérapeutique des patients avec facteur de risque cardio-vasculaire

Merci de votre attention

Observatoire régional de la santé de Bourgogne-Franche-Comté
5 rue des Perrières
21000 DIJON

www.orsbfc.org

Téléphone : 03 80 65 08 10

E-mail : contact@orbfc.org

