Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes

TYPOLOGIE DES CANTONS DU POITOU-CHARENTES

GRSP
Groupement Régional de Santé Publique Poitou-Charentes

Décembre 2007

Cette étude a été conduite par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) à la demande du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Elle repose sur une méthodologie utilisée à l'échelle nationale par la Fédération Nationale des ORS (FNORS).

Principaux résultats de l'étude

- ***Situation moins favorable*** *en milieu rural qu'en milieu urbain*
- *Rôle moindre des indicateurs d'offre de soins (les professionnels libéraux) dans cette classification cantonale*
- ***Hétérogénéité*** *de l'espace rural (mortalité et indicateurs socio-démographiques)*
- *Les différentes classes présentent* ***une grande homogénéité***
  - *du fait de la contiguïté géographique des cantons (classes 1, 2 et 4),*
  - *par le type d'espace (centres urbains pour les classes 7 et 8, espace péri-urbain pour les classes 5 et 6)*
- *Surmortalité dans les cantons où les indicateurs socio-démographiques sont moins favorables.*

UNE RÉGION AUX MULTIPLES PARTICULARISMES

Le Poitou-Charentes se distingue par l'importance de son espace à dominante rurale qui concerne 39 % de la population contre 18 % en France, mais également par une population plus âgée qu'en moyenne : le Poitou-Charentes compte en effet 89,6 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans (65,9 en France).

Au niveau économique, si l'emploi salarié a progressé, l'activité non salariée reste importante (12 % de l'ensemble de l'emploi) notamment en ce qui concerne l'agriculture et les artisans de construction. Le secteur primaire tient une place deux fois plus importante qu'au niveau national et l'industrie représente près d'un emploi sur cinq. Le secteur tertiaire emploie deux actifs sur trois.

La précarité sur le territoire peut être quantifiée par le nombre de ménages qui bénéficient d'une prestation sociale. Ainsi, en 2004, 7 % des ménages de la région sont allocataires soit du RMI (*Revenu Minimum d'Insertion)*, soit de l'API (*Allocation Parent Isolé)*, soit de l'ASV (*Allocation Supplémentaire Vieillesse)* ou encore de l'AAH (*Allocation aux Adultes Handicapés)*. La proportion de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) est de 6,3 %.

...Quelques données de cadrage...

- Population totale 1 705 347 (estimation 2005)
  - *dont rurale 1 002 932 (RP 1999)*
  - *dont urbaine 637 136 (RP 1999)*
- Densité de population 66 hab/km²
- Taux de natalité (2005) 10,9 naissances pour 1000 hab.
- Espérance de vie à la naissance (2004) F : 83,9 / H : 76,8

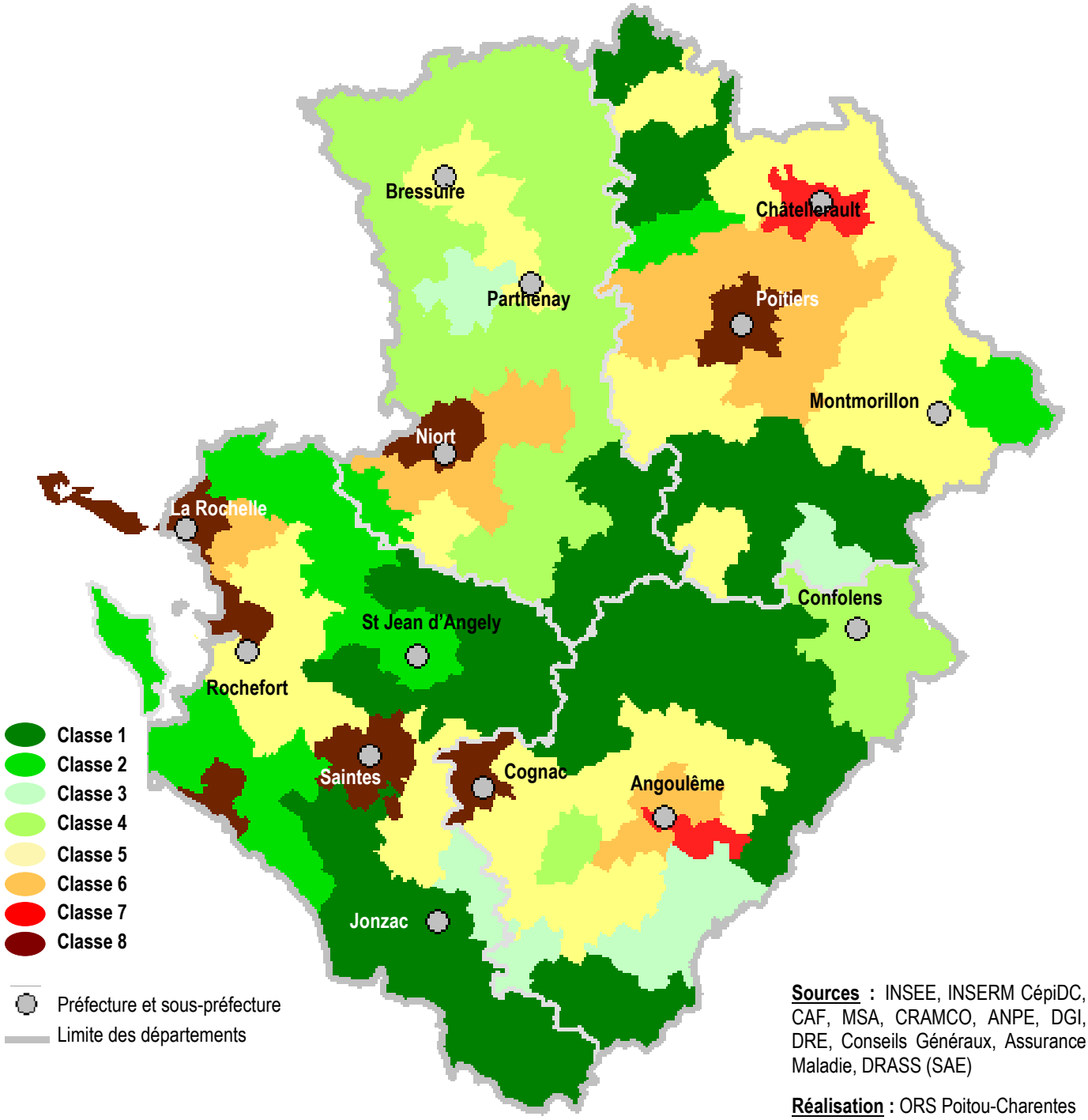
En terme d'offre de soins, en 2006, la densité de médecins généralistes libéraux est proche de la moyenne nationale (113 pour 100 000 habitants), tandis que celle des spécialistes libéraux est plus faible (65 pour 100 000 habitants contre 87). La densité est également plus faible en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Ces densités moyennes régionales masquent cependant des disparités territoriales.

L'état de santé et la mortalité des enfants (0 à 14 ans) est comparable au niveau national. Les accidents de transport et de la vie courante constituent la principale cause de décès dans la région comme en France avec près du tiers des décès. Les adolescents et les jeunes adultes (15-34 ans) ont une mortalité plus importante qu'en France, notamment sur les tranches d'âge 20-24 ans et 25-29 ans. Dans la région, plus de 40 % des décès de cette classe d'âge sont liées à un accident de la voie publique contre moins de 30 % en France. La mortalité régionale des 35-59 ans est comparable à celle de la France tandis que depuis de nombreuses années, les personnes de 60 à 74 ans de la région décèdent moins qu'en France métropolitaine.

Au delà de ces données contextuelles, des disparités géographiques fortes existent à l'échelle infra-régionale. Elles nécessitent des approches adaptées aux spécificités des territoires en terme de population et de problèmes de santé. Cette étude permet de mieux comprendre ces spécificités et donc de définir des politiques de santé publique au plus près des réalités géographiques.

ORS Poitou-Charentes - 17 rue Salvador Allende - 86 000 Poitiers
Tel : 05 49 38 33 12 - E-mail : orspec@interpc.fr

Typologie des cantons du Poitou-Charentes en 8 classes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC, CAF, MSA, CRAMCO, ANPE, DGI, DRE, Conseils Généraux, Assurance Maladie, DRASS (SAE)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Indicateurs et sources utilisés

L'analyse multivariée combine trois types d'indicateurs :

- Population et condition de vie (26 indicateurs)
- Offre de soins et structures d'hébergement pour personnes âgées (12 indicateurs)
- Les indicateurs de mortalité (18 indicateurs)

Les sources de données

- Population et condition de vie : INSEE, CAF, ANPE, MSA, CRAMCO, CPAM, DGE, Conseils Généraux
- Offre de soins et structures d'hébergement pour personnes âgées : SNIR, SAE, DRASS
- Les indicateurs de mortalité : INSEE, INSERM CépiDC

Cantons à dominante rurale

Classe 1 : Zones rurales, âgées, peu peuplées et agricoles, avec de faibles revenus, éloignées des services d'urgences et des maternités, en surmortalité générale et prématurée *(34 cantons, 13 % de la population régionale)*

Il s'agit de cantons âgés, peu peuplés et agricoles, situés dans une grande partie de l'espace central du Poitou-Charentes, du sud des Charentes et du nord-Vienne. Les proportions de ménages ayant de bas revenus et de foyers fiscaux non imposés sont plus importantes qu'au niveau régional, de même que la part de chômeurs de longue durée. Le pourcentage de résidences sans confort est également élevé. Les maternités et services d'urgences sont plus éloignés que la moyenne. Enfin, la mortalité générale est légèrement supérieure à la moyenne du Poitou-Charentes et ces cantons sont également en situation de surmortalité prématurée (avant 65 ans) et prématurée évitable.

Classe 2 : Zones à forte proportion d'employés, avec un taux de chômage élevé et en surmortalité générale et évitable *(14 cantons, 8 % de la population régionale)*

Les cantons de cette classe se localisent dans l'ouest de la Charente-Maritime (sur le littoral ou à proximité), à l'exception de ceux de Mirebeau et de La Trimouille dans la Vienne. Ils présentent une importante proportion d'employés, un chômage élevé, et un fort pourcentage de jeunes non diplômés. Ces territoires sont en situation de surmortalité générale, ce qui est également le cas pour les décès prématurés évitables, les décès par tumeurs dont notamment pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents de la circulation.

Classe 3 : Zones rurales, agricoles et âgées, en sous-mortalité *(6 cantons, 2 % de la population régionale)*

Ces cantons se caractérisent par une forte proportion d'agriculteurs et des taux d'équipement en logements-foyers supérieurs à la moyenne régionale. La mortalité est plutôt favorable au regard du référentiel régional, avec une sous-mortalité générale et pour la quasi totalité des causes prises en compte dans l'analyse.

Classe 4 : Zones rurales avec une forte proportion d'ouvriers, une sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon et une sur-mortalité pour les cancers de l'intestin *(19 cantons, 11 % de la population régionale)*

Plus de 80 % des cantons de cette classe sont localisés en Deux-Sèvres, les autres étant situés en Charente (2 cantons en Charente-Limousine plus Châteauneuf-sur-Charente). Il s'agit de territoires à fortes proportions d'ouvriers et de bénéficiaires de l'ASV. En revanche, la part de la population couverte par l'API, ou le RMI ou la CMU complémentaire est moindre. De même, la part des familles monoparentales ou des ménages composés d'une seule personne, ou de personnes âgées vivant seules est plus faible que la moyenne. En terme d'offre médico-sociale, les taux d'équipement en places d'hébergement collectif pour personnes âgées sont importants. Si le taux de chômage est faible, la part des jeunes et des femmes parmi les chômeurs est plus importante que la moyenne. Cette classe est en situation de sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon mais en sur-mortalité pour les cancers de l'intestin.

Cantons à dominate urbaine

Classe 5 : Zones avec une population jeune et des revenus plutôt élevés, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale *(28 cantons, 18 % de la population régionale)*

Ces cantons sont situés dans la grande couronne des villes. Ils se caractérisent par une proportion d'agriculteurs moins importante qu'au niveau régional, et une moindre proportion de bas revenus. La population qui y vit est moins souvent bénéficiaire de l'ASV et la proportion de personnes âgées est moins importante. En terme de santé, la situation dans ces cantons est comparable à ce qui est observé en moyenne dans les autres cantons de la région.

Classe 6 : Zones péri-urbaines, avec une forte proportion de cadres et d'employés, des revenus plutôt élevés, en sous-mortalité *(13 cantons, 12 % de la population régionale)*

Il s'agit de cantons péri-urbains ayant une proportion d'employés et cadres élevée par rapport à la moyenne de la région. Les revenus moyens imposables sont plus élevés que dans les autres cantons et cela malgré un taux de chômage élevé. De même, les indicateurs sociaux sont favorables : moins de bénéficiaires d'allocations sociales (RMI, AAH, API, CMUc, ASV), moins de personnes vivant seules, et moins de jeunes non diplômés. Ces « bons » indicateurs socio-économiques sont complétés par une situation également favorable pour ce qui est de l'offre de soins (temps d'accès réduits à la maternité notamment). Dans ce contexte, les indicateurs d'état de santé décrivent à leur tour une situation enviable par rapport aux autres cantons de la région : une plus faible mortalité générale, prématurée, et prématurée évitable, ainsi qu'une mortalité par maladies cardio-vasculaires et de l'appareil respiratoire moins importante.

Classe 7 : Zones urbaines, avec de fortes proportions de populations en situation de précarité, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale *(3 cantons, 6 % de la population régionale)*

Sont concernés par cette classe les cantons d'Angoulême, Soyaux et Châtellerault. Il s'agit de territoires à forte densité de population, caractérisés par un fort taux d'allocataires de minima sociaux (RMI, API, CMUc, AAH), de fortes proportions de logements sociaux, de personnes vivant seules et de familles monoparentales. En outre on observe un fort chômage et des revenus moyens faibles mais également une plus forte proportion de cadres. Au niveau des indicateurs de santé, la densité en infirmière libérale est moindre et le temps d'accès à la maternité est moins long qu'en moyenne dans les autres cantons. Les indicateurs de mortalité sont dans la moyenne de ce qui est observé au niveau régional.

Classe 8 : Zones urbaines avec une offre de soins libérale importante, en surmortalité pour le cancer du poumon et en sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires et de l'appareil circulatoire *(10 cantons, 30 % de la population régionale)*

Ces cantons sont constitués des centres urbains à forte densité de population. Ils présentent des taux de bénéficiaires de minima sociaux (CMUc, RMI, API) légèrement plus élevés, plus de logements sociaux, de personnes isolées et familles monoparentales. Les indicateurs économiques montrent une réalité contrastée avec une plus forte proportion de cadres mais également d'employés et de chômeurs. Cependant, le revenu moyen est supérieur à la moyenne des autres cantons, et la proportion de foyers non imposables plus faible. Les densités de dentistes et médecins généralistes sont relativement importantes et les temps d'accès à la maternité et aux urgences sont faibles. Enfin, on observe une surmortalité par cancer du poumon tandis que la mortalité par maladies cardio-vasculaire ou de l'appareil circulatoire est moindre.

Tableau synthétique des résultats

	Classe	Offre de soins et médico-sociale	Indicateurs socio-démographiques	Indicateurs de mortalité
Espace rural	1	Situation moins favorable	Situation moins favorable	Surmortalité générale, prématurée, prématurée évitable et pour les maladies cardio-vasculaires
	2	/	Situation moins favorable	Surmortalité générale, prématurée, prématurée évitable, pour les maladies cardio-vasculaires, les cancers (dont poumon) et les accidents de la circulation
	3	/	/	Sous-mortalité pour la quasi totalité des causes
	4	*Bonne offre pour la prise en charge en établissement des personnes âgées*	Situation plutôt favorable	Surmortalité par cancers de l'intestin / Sous-mortalité par suicide
Espace urbain	5	/	*Moins de personnes vivant avec de bas revenus*	/
	6	*Temps d'accès moindre à la maternité*	Situation plutôt favorable	Sous-mortalité générale, prématurée, prématurée évitable, pour les accidents de la circulation, les maladies de l'appareil respiratoire, et les maladies vasculaires
	7	/	Situation moins favorable	/
	8	Situation plutôt favorable	Situation contrastée	Surmortalité par cancers du poumon / Sous-mortalité par maladies vasculaires et de l'appareil circulatoire

/ Aucun des indicateurs du thème ne présente de différence avec la moyenne des cantons du Poitou-Charentes

Objectif et méthode

L'objectif de ce travail est d'identifier, via une cartographie cantonale et une méthodologie validée au niveau national, les territoires présentant un profil sanitaire et social plutôt moins favorable, et les facteurs associés au mauvais état de santé des populations. Cette analyse multivariée, combinée d'une analyse en composante principale (ACP) et d'une classification hiérarchique ascendante, permettent d'analyser et de décrire les liaisons entre plusieurs variables quantitatives, et de visualiser des ensembles de cantons « homogènes » décrits par plusieurs indicateurs. Elle constitue un outil d'aide à la décision en santé publique permettant d'étayer les choix des décideurs et de prioriser les actions à mettre en place.

L'originalité de cette approche repose sur le rapprochement d'indicateurs de différentes natures : indicateurs socio-démographiques, indicateurs d'offre de soins et indicateurs de mortalité. En effet, ces différents thèmes sont régulièrement analysés de manière différenciée, tandis qu'ils sont ici abordés simultanément.

Conclusions et enseignements

☑ **Premier ciblage des territoires prioritaires** (*classes 1 et 2).* La surmortalité par cancers de l'intestin (classe 4) pose ainsi la question d'un déséquilibre nutritionnel éventuel alors que les indicateurs sociaux sont plutôt favorables. De même, les espaces en situation de surmortalité possède souvent de fortes proportions de jeunes non diplômés.

☑ Au final, il apparaît capital de **renforcer l'approche transversale santé-social sur les espaces ruraux** les plus enclavés mais également d'adapter les actions de santé publique aux spécificités des territoires : insertion professionnelle et comportements à risque sur les cantons ruraux du littoral; inégalités sociales et personnes seules dans les centres urbains.

☑ Des niveaux de **mortalité différent en milieu urbain et rural :** la seule cause de surmortalité qui ressort de cette analyse en milieu urbain concerne une pathologie fortement induite par un comportement individuel (cancers du poumon), tandis que dans l'espace rural la surmortalité apparaît plus globale. Les caractéristiques socio-économiques expliquent en partie ces différences spatiales de mortalité, mais l'influence de certains facteurs restent à confirmer (environnement, conditions de travail, habitudes de vie,...).